

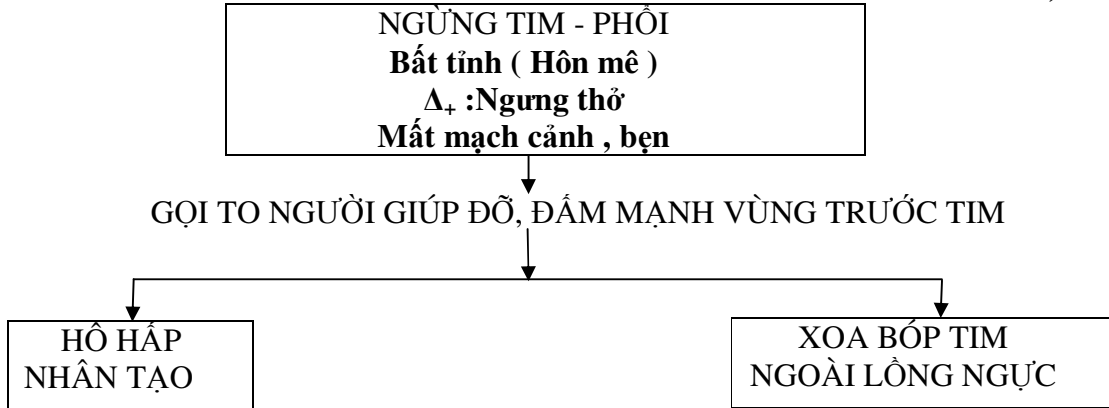
CẤP CỨU NGỪNG TIM NGỪNG THỞ

Cấp cứu theo A-B-C-D:

“ A – B – C – D ” đầu tiên
Airway : (khí đạo) <ul style="list-style-type: none"> • Khai thông đường thở, lấy dị vật (nếu có)
Breathing : (hô hấp) <ul style="list-style-type: none"> • Tạo nhịp thở bằng áp lực dương: hà hơi thổi ngạt, bóp bóng
Circulation : (tuần hoàn) <ul style="list-style-type: none"> • Nhấn tim ngoài lồng ngực
Defibrillation : (khử rung) <ul style="list-style-type: none"> • Shock VF / pulseless VT (shock tim/ tạo nhịp trong thất)

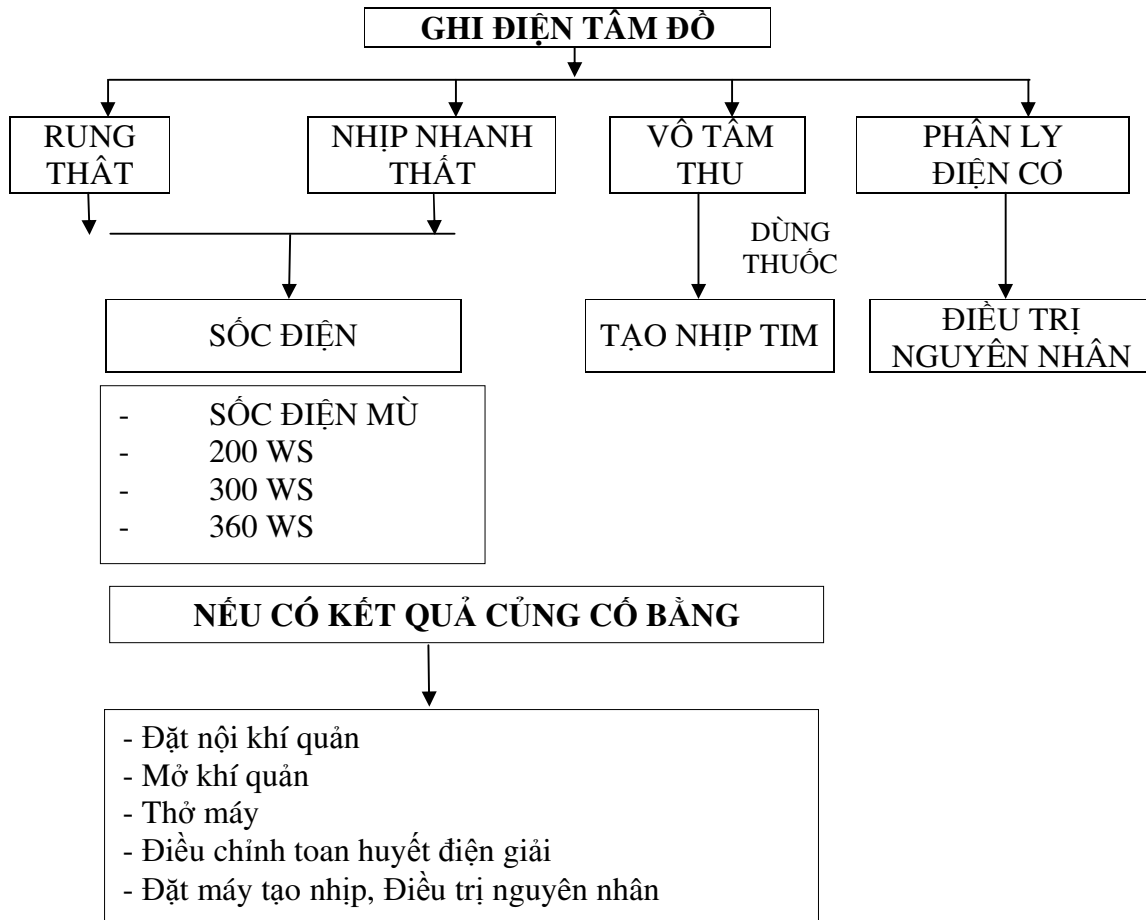
“ A – B – C – D ” thứ hai
Airway : (khí đạo) <ul style="list-style-type: none"> • Tạo đường thở thông thoáng để có thể điều chỉnh . • Đặt nội khí quản.
Breathing: (hô hấp) <ul style="list-style-type: none"> • Bóp bóng qua nội khí quản. • Thở máy với áp lực dương.
Circulation: (tuần hoàn) <ul style="list-style-type: none"> • Đặt đường truyền tĩnh mạch để truyền dịch và thuốc. • Tiếp tục CPR . • Tạo nhịp tim bằng thuốc.
Differential Diagnosis : (tìm nguyên nhân khác) <ul style="list-style-type: none"> • Tìm và trị nguyên nhân gây bệnh. Tìm và điều chỉnh các nguyên nhân có thể đảo ngược .

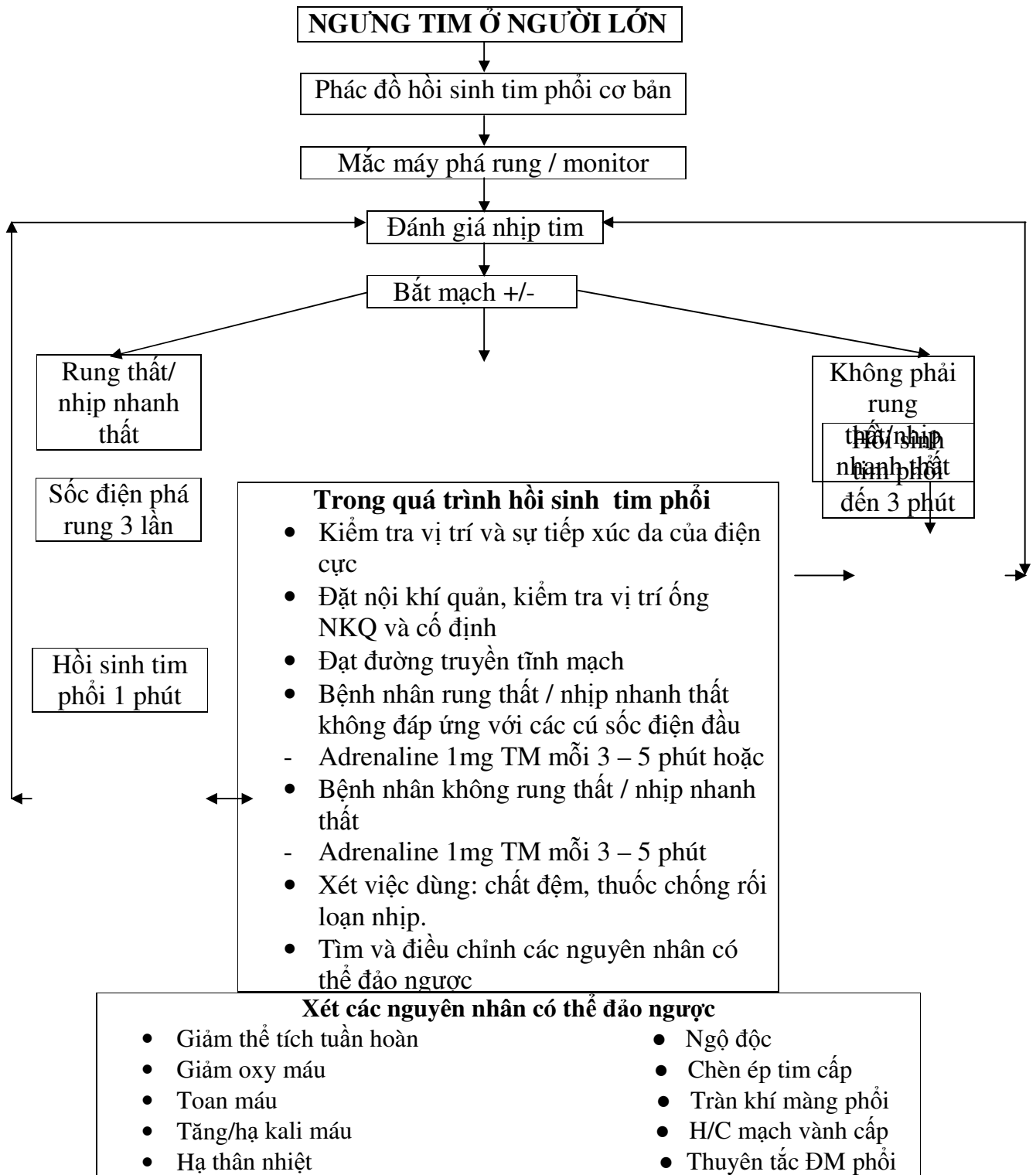
C.R.P
(CARDIO – CERERRO –PULMONARY – RESUSCITATION : CCRP)



Chuẩn bị:

- Máy sốc điện
- Máy điện tim
- Đặt đường truyền TM
- Điều trị toan huyết
- Máy tạo nhịp tim





NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP

I. Chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp: Dựa trên 2 trong 3 dấu hiệu sau (a,b,c):

a. Con đau thắt ngực: là triệu chứng thường gặp nhất với các tính chất sau:

- Đau sau xương ức hoặc đau ngực trái;
- Kiểu đè nặng, siết chặt, bóp nghẹt;
- Lan lên cổ, hàm dưới, vai trái hoặc bờ trụ tay trái. Một số trường hợp lan xuống thượng vị nhưng không bao giờ vượt quá rốn;
- Thời gian: thường kéo dài >30 phút;
- Triệu chứng kèm theo: khó thở, vã mồ hôi (đau ngực sau xương ức, kéo dài >30 phút, kèm vã mồ hôi gợi ý rất nhiều đến nhồi máu cơ tim);

Một số bệnh nhân không biểu hiện đau ngực mà có những triệu chứng không đặc hiệu: cảm giác mệt mỏi, cảm giác hồi hộp, khó thở, đau thượng vị, buồn nôn, nôn, rối loạn vị giác... Bệnh nhân hậu phẫu, lớn tuổi, đái tháo đường có thể không biểu hiện đau ngực mà xuất hiện triệu chứng rối loạn tri giác hoặc dấu hiệu sinh tồn xấu đi khi bị NMCT cấp.

b. Biến đổi trên ECG:

- Đoạn ST: Chênh vồng lên với sóng T cao nhọn, đối xứng hoặc sóng T âm, sâu, nhọn, đối xứng.
- Sóng Q: Điển hình có thời gian > 40 miligiây, có thể xuất hiện muộn, vài ngày sau.

*** Tiêu chuẩn chẩn đoán ST chênh lên trên ĐTĐ:** ST chênh lên ở điểm J tại ít nhất 2 chuyển đạo liên tiếp nhau:

+ Tại chuyển đạo V2 và V3:

Nam < 40 tuổi; $J \geq 2,5\text{mm}$.

Nam ≥ 40 tuổi: $J \geq 2\text{ mm}$.

Nữ: $J \geq 1,5\text{ mm}$.

+ Các chuyển đạo khác: $J \geq 1\text{ mm}$

*** Tiêu chuẩn sóng Q bệnh lý trên ĐTĐ:**

Tại V2, V3: bất kỳ sóng Q > 0,02 giây hoặc hình ảnh QS.

Tại ít nhất 2 chuyển đạo liên tiếp nhau có: $Q \geq 0,03$ giây và sâu > 1mm hoặc hình ảnh QS.

Tại V1, V2; $R > 0,04$ giây và $R/S > 1$ cùng sóng T dương đồng dạng không có rối loạn dẫn truyền đi kèm.



c. Men tim:

- Troponin I và T: Tăng sau 3 – 12 giờ sau khi bắt đầu nhồi máu cơ tim.
- CK-MB tăng sau 3 -12 giờ nhưng kém nhạy và chuyên biệt hơn Troponin

d. Xét nghiệm khác:

- Đường huyết, công thức máu.
- X – Quang tim phổi (Để chẩn đoán phân biệt và phát hiện các bệnh lý đi kèm).
- Ion đồ.
- Bộ mỡ máu.
- Siêu âm tim.

II. Điều trị

1. Biện pháp chung

- Đặt đường truyền TM với kim lớn
- Mặc Monitor theo dõi liên tục và theo dõi các dấu hiệu sinh tồn
- Theo dõi SpO2 và điều trị tức thời nếu SpO2 giảm
- Dự phòng tụt huyết áp ở BN thiếu nước hoặc nhồi máu thất phải bằng dung dịch NaCl 0,9%

a. **Thở oxy:** 2-4 lít/phút qua ống thông mũi khi có giảm oxy máu hoặc chỉ định khi SpO2 <90%, duy trì cho SpO2 bằng 92 -94%

b. Giảm đau

- Nitroglycerin 0,4mg ngậm dưới lưỡi có thể lập lại sau 5 phút, sau 3 lần không đỡ dùng Morphin.

- Morphin Sulfat: 2-4mg TM chậm/ 5-10 phút cho đến khi kiểm soát được cơn đau.

c. Chống kết tập tiểu cầu

- Khuyến cáo về liều của các thuốc kháng kết tập tiểu cầu cho những bệnh nhân có kế hoạch can thiệp mạch vành thì đầu:

+ Aspirin:

Liều nạp 150 - 300 mg (nhai uống) hoặc 75 - 250 mg (tiêm tĩnh mạch) nếu không uống được.

Liều duy trì: 75 - 100 mg/ngày.

+ Clopidogrel:

Liều nạp: 600 mg (uống)

Liều duy trì: 75 mg/ngày

- Khuyến cáo về sử dụng thuốc kháng kết tập tiểu cầu cho những bệnh nhân được điều trị với thuốc tiêu sợi huyết:

+ Aspirin uống hoặc tiêm tĩnh mạch.

+ Sử dụng clopidogrel phối hợp với aspirin.

+ Kháng kết tập tiểu cầu kép (aspirin + một thuốc ức chế P2Y₁₂) được chỉ định kéo dài 1 năm cho bệnh nhân được điều trị với tiêu sợi huyết và được can thiệp mạch vành sau đó. Sau 48 giờ điều trị thuốc tiêu sợi huyết, có thể chuyển đổi thuốc clopidogrel sang prasugrel hay ticagrelor.

- Khuyến cáo về liều của các thuốc kháng kết tập tiểu cầu cho những bệnh nhân không được điều trị tái tưới máu:

+ Aspirin: liều nạp 150 - 300 mg, duy trì 75 - 100 mg/ngày.

+ Clopidogrel: liều nạp 300 mg, duy trì 75 mg/ngày.

Khuyến cáo nên cho kháng kết tập tiểu cầu kép: aspirin kết hợp với một thuốc ức chế thụ thể P2Y₁₂.

d. Ức chế beta

Thuốc	Liều khởi đầu	Liều đích	Cách dùng
-------	---------------	-----------	-----------

Bisoprolol	1,25 mg	10 mg	x 1 lần/ngày
Carvedilol	3,125 mg	25 mg	x 2 lần/ngày

d. Thuốc ức chế men chuyển

Thuốc	Liều khởi đầu	Liều đích	Cách dùng
Captopril	6,25 mg	50 mg	x 3 lần/ngày
Enalapri	2,5 mg	10 mg	x 2 lần/ngày
Lisinopril	2.5-5 mg	20 mg	x 1 lần/ngày

e. Thuốc ức chế thụ thể Angiotensin

Thuốc	Liều khởi đầu	Liều đích	Cách dùng
Losartan	50 mg	150 mg	x 1 lần/ngày
Valsartan	40 mg	160 mg	x 2 lần/ngày
Candesartan	4 - 8 mg	32 mg	x 1 lần/ngày

f. Statin

Thuốc	Liều	Cách dùng
Atorvastatin	40 mg	x 1 lần/ngày
Rosuvastatin	20 mg	x 1 lần/ngày

❖ Lưu ý: các thuốc chẹn Canxi không có chỉ định trong nhồi máu cơ tim cấp:

- Trong điều trị Nhồi máu cơ tim thất phải, chú ý khi bù dịch và sử dụng thuốc vận mạch khi cần thiết. Không sử dụng lợi tiểu và Nitroglycerin.

- Tổ chức mời Hội chẩn, điều trị cơ bản theo phác đồ → Chuyển tuyến trên.

CHOÁNG NHIỄM TRÙNG

I. CHẨN ĐOÁN: Choáng nhiễm trùng được chẩn đoán khi:

Nhiễm trùng huyết + tụt huyết áp (HA max < 90 mmHg hoặc giảm hơn 40 mmHg so với trị số HA bình thường trước đó) mặc dù đã được bù đủ dịch, kèm với bất thường tưới máu mô như toan máu, nhiễm acid lactic, thiếu niệu, rối loạn tri giác.

Nhiễm trùng huyết được chẩn đoán khi một BN bị nhiễm trùng mà có ≥ 2 yếu tố sau:

- Nhiệt độ > 38°C.
- Nhịp tim > 90 lần/ phút.
- Thở nhanh > 20 lần / phút hoặc PaCO₂ < 32 mmHg.
- Bạch cầu trong máu > 12000/mm³ hoặc < 4000/mm³ hoặc có sự hiện diện > 10% bạch cầu non.

II. ĐIỀU TRỊ:

1. Truyền dịch:

Lactateringer hoặc NaCl 0,9% 500 – 1000ml/30 phút (hoặc dung dịch cao phân tử 300- 500 ml/30 phút), lặp lại khi cần thiết cho đến khi dấu hiệu tưới máu mô được cải thiện (chi ấm, mạch chậm lại, refill ngắn lại) hoặc khi có dấu hiệu quá tải (ran mới xuất hiện ở phổi).

2. Kháng sinh:

Lựa chọn kháng sinh tùy tác nhân gây bệnh dựa vào lâm sàng (ngỏ vào, dấu chứng gợi ý...). Nếu không rõ tác nhân thì dùng phổ rộng. Ví dụ: Cefotaxim TM 6g – 12g/24h, hoặc Augmentin 1g/lọ TM 4g – 6g/24h.

Thời gian điều trị thông thường từ 7 -10 ngày.

3. Thuốc vận mạch:

- Dopamin được sử dụng khi bù dịch không cải thiện tình trạng HA và tưới máu mô.

- Liều Dopamin 5 - 20 μ g/kg/ phút, hoặc Noradrenalin 0,01 μ g – 3,3 μ g/kg/ phút.

Liều tăng dần mỗi 15 - 30 phút để đạt HA mong muốn. (Dopamin mỗi lần tăng 2-5 μ g/kg/p, liều tối đa 20 μ g/kg/p; Noradrenalin mỗi lần tăng 5-10 μ g/ phút (0,01-0,02 μ g/kg/phút).

4. Corticoid :

Chỉ định trong các trường hợp choáng nhiễm trùng nặng, có nghi ngờ suy thượng thận, bệnh nhân có tiền sử sử dụng corticoide lâu ngày, liều: Hydrocortison 300mg/ngày (chia 3-4 lần) x 7 ngày

5. Kiểm soát đường huyết : giữ Glycémie < 150 mg%.

Chuyển viện nếu đánh giá đã bù đủ dịch mà huyết áp không lên, hoặc không khống chế được đường huyết (đường huyết quá cao hay quá thấp dù đã can thiệp tích cực

Bài 4: CẤP CỨU XUẤT HUYẾT TIÊU HOÁ**I. CẤP CỨU LÚC MỚI VÀO :****1. Chẩn đoán :**

Ói máu tươi hoặc đen, tiêu phân máu đỏ tươi hoặc như bã cà phê mùi thối khắm;

Dấu hiệu thiếu máu: da xanh, tái, niêm mạc nhợt, chi mát, mạch nhanh có thể có choáng, hoặc xuất hiện dấu tư thế (Postural sign): khi thay đổi tư thế từ nằm sang ngồi mạch tăng > 20l/p và HA_{Max} giảm > 10mmHg;

Thăm trực tràng có máu hoặc phân màu cà phê, mùi thối khắm.

2. Bảng phân loại - đánh giá:

Triệu chứng	XHTH nhẹ	XHTH trung bình	XHTH nặng
Toàn thân	Tỉnh, hơi mệt mỏi, da niêm hồng.	Mệt mỏi, da niêm xanh, chóng mặt, vã mồ hôi, hơi vật vã.	Lơ mơ, vật vã, hôn mê, da niêm nhợt, khát nước, tay chân lạnh. Giảm lượng nước tiểu.
Lượng máu mất	500ml, 10% thể tích tuần hoàn	500-1000ml, 10%-20% thể tích tuần hoàn	> 1000ml, 20-40% thể tích tuần hoàn
Mạch	90-100 l/p	100-120 l/p	> 120 l/p
HA tối đa	≥ 90 mmHg	80 - 90 mmHg	≤ 80mmHg
Dung tích hồng cầu	≥ 30%	≥ 20 - 30%	< 20%
Hồng cầu	≥ 3 triệu/mm ³	≥ 2triệu - < 3triệu	< 2 triệu
Urê			Tăng nhẹ

3. Nguyên tắc điều trị :**3.1. Thực hiện các bước :**

- + Hồi bệnh sử.
- + Lấy dấu hiệu sinh tồn và dấu tư thế.
- + Khám thực thể bao gồm cả thăm khám trực tràng.
- + Thiết lập đường truyền TM ngoại vi với kim có khẩu kính lớn , nếu cần đặt catheter tĩnh mạch trung ương .
- + Lấy máu xét nghiệm: Công thức máu, nhóm máu, TS-TC, đường huyết, urê, creatinin, ECG.
- + Truyền dung dịch điện giải và máu khi có chỉ định.

3.2. Đặt sonde dạ dày:

- + Nếu không có máu hoặc rửa dạ dày không có máu → rút sonde dạ dày.
- + Nếu có máu → lưu sonde theo dõi tình trạng chảy máu và thực hiện các thủ thuật khác cần thiết qua sonde.

3.3. Xem xét các bệnh lý khác đi kèm như bệnh tim mạch, gan, thận hoặc thần kinh trung ương .

3.4. Nếu cần thiết nên hội chẩn các Bác Sĩ chuyên khoa .

3.5. Thực hiện chẩn đoán và điều trị nguyên nhân.

II. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ :

1. Xuất huyết tiêu hoá trên do loét dạ dày – tá tràng:

- Truyền dịch: ưu tiên lựa chọn NaCl 0,9%, duy trì M:80 - 100 l/p, Ha ổn định trong giới hạn: HA_{Max} ≥100 mmHg.

- Kháng tiết bằng Cimetidin 0,3g TB hoặc TM / mỗi 6 giờ hoặc truyền tĩnh mạch. Omeprazol 40 mg TM mỗi 12-24 giờ.

- Băng niêm mạc dạ dày: phosphalugel 1 gói uống có thể lập lại sau 15 phút nếu tình trạng chảy máu còn tiến triển (tiếp tục nôn ra máu nhiều hơn, đi tiêu phân đen → tiêu máu đỏ bầm → đỏ tươi. Tác dụng phụ của phosphalugel là gây táo bón.

- Cho ăn thức ăn lạnh, dễ tiêu hoá.

2. Xuất huyết tiêu hoá trên do dẫn vỡ tĩnh mạch thực quản:

- Truyền dịch chống choáng ưu tiên lựa chọn NaCl 0,9%, duy trì M: 80-100 l/p, Ha ổn định trong giới hạn: HA_{Max} ≥100 mmHg.

- Propranolol: liều từ 40 – 120mg/24 giờ, chia làm 3 lần.

- Trường hợp nặng: chuyển tuyến

3. H/c Mallory Weiss :

Do rách cơ niêm nơi tiếp giáp giữa thực quản và dạ dày do ói nhiều. Hầu hết các trường hợp bệnh tự giới hạn . Một số trường hợp chảy máu không cầm được thì chuyển tuyến trên gấp để được cầm máu qua nội soi.

Bài 5: HEN PHẾ QUẢN NẶNG NGUY KỊCH**I. LÂM SÀNG:****1. Hô hấp:**

- Thở > 30 lần/phút. Ngồi thở vã mồ hôi, không muốn nói hoặc không ho được.

- Lồng ngực căng phồng, co kéo cơ hô hấp phụ về sau lồng ngực không di động.

- Rale ở phổi giảm đến biến mất.

- Tím xanh.

2. Tim mạch:

+ Mạch nhanh > 120 lần/phút.

+ Mạch nghịch > 15mmHg.

+ Huyết áp giai đoạn đầu tăng, sau giảm.

+ Gallop thất (P).

3. Thần kinh:

Rối loạn tri giác: lo lắng, sợ hãi, kích động, giãy dụa, la hét, lơ mơ, hôn mê.

4. Cận lâm sàng:

Công thức máu thường quy.

Sinh hóa máu cơ bản.

X quang ngực: tăng sáng 2 phế trường.

ECG: Nhịp nhanh xoang, trục lệch (P), tăng gánh thất phải, P phế.

Thang điểm đánh giá lâm sàng hen phế quản:

Điểm	0	1	2
Dấu lâm sàng			
1. Thở O ₂	Khí trời	Khí trời	FiO ₂ = 40%
2. PaO ₂	65-100mmHg	< 70 mmHg	< 70 mmHg
3. SPO ₂	90-97 %	< 90%	< 90%
4. Âm thở vào	Bình thường	Không đều	Giảm hoặc mất
5. Dùng cơ hô hấp phụ	Không	Vừa	Nhiều
6. Tiếng khò khè thì thở ra	Không	Vừa phải	Nhiều
7. Chức năng não	Bình thường	Ức chế hoặc kích động	Hôn mê

Cơn hen nặng, suy hô hấp cấp = thang điểm > 5 điểm; PaCO₂ > 45mmHg mặc dù đã cho khí dung giãn phế quản ngắt quãng và chích tĩnh mạch Corticoide.

II. ĐIỀU TRỊ CƠN HEN NẶNG NGUY KỊCH:

1. Thở O₂: Thở oxy mũi 4-8 lít/phút, bảo đảm SaO₂ > 90% (≥ 95% ở những bệnh nhân có kèm theo bệnh lý tim mạch hoặc phụ nữ mang thai).

2. Thuốc dẫn phế quản:

Salbutamol hoặc Terbutalin dung dịch khí dung 5 mg: Khí dung qua mặt nạ 20 phút/lần, có thể khí dung đến 3 lần liên tiếp nếu sau khi khí dung 1 lần chưa có hiệu quả.

Đánh giá lại tình trạng bệnh nhân sau 3 lần khí dung:

Nếu hết hoặc đỡ khó thở nhiều: khí dung nhắc lại 4 giờ/lần, kết hợp thêm thuốc giãn phế quản đường uống.

Nếu không đỡ khó thở: kết hợp khí dung với truyền tĩnh mạch:

Terbutalin (Bricanyl) ống 0,5 mg, pha trong dung dịch Natri chlorua 0,9% hoặc Glucose 5% truyền tĩnh mạch (bằng bơm tiêm điện hoặc máy truyền dịch - nếu có), tốc độ truyền khởi đầu 0,5 mg/giờ (0,1 - 0,2 g/kg/phút), tăng dần tốc độ truyền 15 phút /lần đến khi có hiệu quả (có thể tăng liều đến 4 mg/giờ).

Nếu không có sẵn hoặc không đáp ứng với Salbutamol và Terbutalin, có thể dùng các thuốc giãn phế quản khác: Adrenalin (một chỉ định rất tốt của Adrenalin là cơn hen phế quản có truy mạch): Tiêm dưới da 0,3 mg. Nếu không đỡ khó thở, có thể tiêm dưới da nhắc lại 0,3 mg/mỗi 20 phút, nhưng không nên tiêm quá 3 lần.

Lưu ý: không nên dùng Adrenalin ở bệnh nhân già, có tiền sử bệnh tim hoặc bệnh mạch vành, tăng huyết áp.

3. Corticoide:

Methylprednisolon 40-125mg (TM)/6 giờ.

Hoặc Hydrocortison 100-200mg (TM)/4-6 giờ.

Sau khi cải thiện 24-48 giờ chuyển sang uống 40-60 mg Prednison/ngày (và giảm liều dần trong 10-14 ngày).

4. Theophylline: không được ưa chọn so với kích thước β_2

Nếu có chỉ định: liều 2-6mg/kg truyền TM chậm hơn 30 phút, sau đó duy trì 0,3mg/kg/giờ, liều duy trì thay đổi tùy theo đối tượng:

+ Người lớn trẻ nghiện thuốc lá: 0,8mg/kg/giờ.

+ Người lớn trẻ không hút thuốc lá: 0,5mg/kg/giờ.

+ Người già, tâm phế mãn, có thai: 0,3 mg/kg/giờ.

+ Suy tim, bệnh lý gan: 0,1-0,2 mg/kg/giờ.

5. Dịch truyền:

Cho đủ nước và điện giải, bảo đảm thể tích nước tiêu > 2ml/kg/giờ.

6. Hô hấp hỗ trợ: Chỉ định trong các trường hợp:

Ngưng tim phổi

Trụy tim mạch, rối loạn nhịp tim

Rối loạn tri giác

Kiệt sức các cơ hô hấp: chậm nông, rời rạc, không ho.

PaCO₂ tiếp tục tăng nhanh

* Tổ chức hội chẩn để có hướng điều trị tiếp theo.

Bài 6: CẤP CỨU HO RA MÁU TRONG LAO PHỔI**I. ĐỊNH NGHĨA:**

Ho ra máu là máu từ mũi miệng bệnh nhân khạc ra máu thoát ra từ đường khí - phế - quản - phổi.

II. NGUYÊN NHÂN:

Ho ra máu là một hội chứng, bởi chúng được tạo ra do nhiều nguyên nhân. Các nguyên nhân thường gặp ở người Việt Nam (xếp thứ tự nguyên nhân thường gặp đến nguyên nhân ít gặp):

1. Nhiễm trùng: viêm phế quản, dẫn phế quản, absces phổi, lao phổi, viêm phổi do tụ cầu trùng hoặc do Klebsiella,...
2. Bướu: ung thư phổi, ung thư phế quản.
3. Nấm phổi: thương do Aspergillus
4. Bệnh mạch máu tại phổi: Nhồi máu phổi, hẹp van 2 lá, Lỗ dò động – tĩnh mạch.
5. Bệnh lý miễn dịch: hội chứng Goodpasture, hội chứng Wegener's granulomatosis,....
6. Không rõ nguyên nhân.

III. NGUYÊN TẮC XỬ LÝ HO RA MÁU:

- a. Đảm bảo làm thông đường hô hấp bằng mọi phương tiện có sẵn trong tay và trong thời gian sớm nhất.
- b. Trấn an tinh thần bệnh nhân.
- c. Nằm nghỉ tại giường cho đến khi hết ho ra máu.
- d. Chỉ cho thở oxy khi bệnh nhân thực sự khó thở. Tránh lạm dụng oxy. Nếu cho bệnh nhân thở oxy, phải đảm bảo bệnh nhân được thở oxy ẩm và thở cách khoảng.
- e. Cho bệnh nhân nằm nghiêng bên phổi bệnh (cần thiết khám lâm sàng để phát hiện bệnh lý).

IV. THUỐC:**1. Nhóm thuốc chống dị ứng:**

- a. Chlopheniramin 4mg 1 viên x 2 (u)/ ngày

Chỉ định: Sử dụng cho trường hợp ho ra máu có nguyên nhân dị ứng, thường gặp lúc thời tiết thay đổi, trời nóng chuyển sang lạnh, nhất là trời trở sang khuya.

- b. Promethazine 25mg 1 viên x 3(u)/ ngày, hoặc Promethazine 50ng/2 ml 1 ống x 2 (TB)/ ngày.

2. Chống ho:

- Thường sử dụng thuốc ức chế phản xạ ho có tính chất codein.
 - Hàm lượng: codein thường nằm trong hỗn hợp thuốc, với hàm lượng thường gặp từ 10mg đến 15mg/viên.
 - Cách dùng : uống 2-3 lần, mỗi lần 1-3 viên.
- *Liều dùng ở người lớn không quá 120mg/ngày.

- Chỉ định: thường dùng cho những trường hợp ho ra máu sau những cơn ho dữ dội.

3. An thần:

a. An thần nhẹ: Nhóm benzodiazepine.

- Hàm lượng: thuốc thường dùng là diazepam (seduxen) 5mg/viên.

Thuốc này còn có dạng chích có hàm lượng 10mg/ống.

- Cách dùng thuốc viên cho bệnh nhân uống ngày 1-3 lần, mỗi lần từ ½ - 2 viên.

Thuốc chích, cho bệnh nhân tiêm 1-2 lần, mỗi lần từ ½ - 1 ống.

- Lưu ý: đây là loại thuốc gây nghiện, không nên cho thuốc kéo dài, khi kê toa, không được cho hơn 7 ngày.

- Chỉ định: Thuốc chỉ nên cho những bệnh nhân ho ra máu mà họ quá căng thẳng, quá lo âu, sợ hãi.

b. Thuốc ngủ: thường sử dụng Phenobarbital.

Phenobarbital 15mg 1 viên x 3(u)/ ngày

* Lưu ý không được kê đơn quá 7 ngày vì đây là thuốc độc gây nghiện.

4. Thuốc co mao mạch:

a. Adrenoxyl 10mg (viên)

NL: 1 viên x 3/ ngày (uống trước bữa ăn 1h)

TE 30 tháng – 15 tuổi: 1 viên x 2/ ngày (uống trước bữa ăn 1h)

Nhũ nhi: ½ -1 viên/ ngày

b. Adona 25mg/5ml 1 ống x 4(TMC)/ ngày

5. Morphin:

Morphin 10mg/ống **Tiêm bắp** ngày 1-2 lần, mỗi lần tiêm ½ ống -1 ống.

6. Điều trị lao hiệu quả:

Đây là phương pháp điều trị ho ra máu bằng điều trị nguyên nhân.

Bài 7: PHÒNG, CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ PHẢN VỆ**I. CHẨN ĐOÁN PHẢN VỆ:**

1. Triệu chứng gợi ý: Nghĩ đến phản vệ khi xuất hiện ít nhất một trong các triệu chứng sau:

- a) Mày đay, phù mạch nhanh.
- b) Khó thở, tức ngực, thở rít.
- c) Đau bụng hoặc nôn.
- d) Tụt huyết áp hoặc ngất.
- e) Rối loạn ý thức.

2. Phản vệ được phân thành 4 mức độ như sau: (lưu ý mức độ phản vệ có thể nặng lên rất nhanh và không theo tuần tự)

1. Nhẹ (độ I): Chỉ có các triệu chứng da, tổ chức dưới da và niêm mạc như mày đay, ngứa, phù mạch.

2. Nặng (độ II): có từ 2 biểu hiện ở nhiều cơ quan:

- a) Mày đay, phù mạch xuất hiện nhanh.
- b) Khó thở nhanh nông, tức ngực, khàn tiếng, chảy nước mũi.
- c) Đau bụng, nôn, ỉa chảy.
- d) Huyết áp chưa tụt hoặc tăng, nhịp tim nhanh hoặc loạn nhịp.

3. Nguy kịch (độ III): biểu hiện ở nhiều cơ quan với mức độ nặng hơn như sau:

- a) Đường thở: tiếng rít thanh quản, phù thanh quản.
- b) Thở: thở nhanh, khò khè, tím tái, rối loạn nhịp thở.
- c) Rối loạn ý thức: vật vã, hôn mê, co giật, rối loạn cơ tròn.
- d) Tuần hoàn: sốc, mạch nhanh nhỏ, tụt huyết áp.

4. Ngừng tuần hoàn (độ IV): Biểu hiện ngừng hô hấp, ngừng tuần hoàn

II. XỬ TRÍ CẤP CỨU PHẢN VỆ:**1. Nguyên tắc chung**

a. Tất cả trường hợp phản vệ phải được phát hiện sớm, xử trí khẩn cấp, kịp thời ngay tại chỗ và theo dõi liên tục ít nhất trong vòng 24 giờ.

b. Bác sĩ, điều dưỡng, hộ sinh viên, kỹ thuật viên, nhân viên y tế khác phải xử trí ban đầu cấp cứu phản vệ.

c. **Adrenalin là thuốc thiết yếu, quan trọng hàng đầu cứu sống người bệnh bị phản vệ**, phải được tiêm bắp ngay khi chẩn đoán phản vệ từ độ II trở lên.

d. Ngoài hướng dẫn này, đối với một số trường hợp đặc biệt còn phải xử trí theo hướng dẫn tại Phụ lục IV ban hành kèm theo Thông tư này.

2. Xử trí phản vệ nhẹ (độ I): dị ứng nhưng có thể chuyển thành nặng hoặc nguy kịch

a. Sử dụng thuốc methylprednisolon hoặc diphenhydramin uống hoặc tiêm tùy tình trạng người bệnh.

b. Tiếp tục theo dõi ít nhất 24 giờ để xử trí kịp thời.

3. Phác đồ xử trí cấp cứu phản vệ mức nặng và nguy kịch (độ II, III)

Phản vệ độ II có thể nhanh chóng chuyển sang độ III, độ IV. Vì vậy, phải khẩn trương, xử trí đồng thời theo diễn biến bệnh:

a. Ngừng ngay tiếp xúc với thuốc hoặc dị nguyên (nếu có).

b. Tiêm hoặc truyền adrenalin (theo mục IV dưới đây).

c. Cho người bệnh nằm tại chỗ, đầu thấp, nghiêng trái nếu có nôn.

d. Thở ô xy: người lớn 6-10 l/phút, trẻ em 2-4 l/phút qua mặt nạ hở.

e. Đánh giá tình trạng hô hấp, tuần hoàn, ý thức và các biểu hiện ở da, niêm mạc của người bệnh.

- Ép tim ngoài lồng ngực và bóp bóng (nếu ngừng hô hấp, tuần hoàn).

- Đặt nội khí quản hoặc mở khí quản cấp cứu (nếu khó thở thanh quản).

f. Thiết lập đường truyền adrenalin tĩnh mạch với dây truyền thông thường nhưng kim tiêm to (cỡ 14 hoặc 16G) hoặc đặt catheter tĩnh mạch và một đường truyền tĩnh mạch thứ hai để truyền dịch nhanh (theo mục IV dưới đây).

g. Hội ý với các đồng nghiệp, tập trung xử lý, báo cáo cấp trên, hội chẩn với bác sĩ chuyên khoa cấp cứu, hồi sức và/hoặc chuyên khoa dị ứng (nếu có).

4. Phác đồ sử dụng adrenalin và truyền dịch

Mục tiêu: nâng và duy trì ổn định HA tối đa của người lớn lên ≥ 90 mmHg, trẻ em ≥ 70 mmHg và không còn các dấu hiệu về hô hấp như thở rít, khó thở; dấu hiệu về tiêu hóa như nôn mửa, ỉa chảy.

a. Thuốc adrenalin 1mg = 1ml = 1 ống, tiêm bắp:

- Trẻ sơ sinh hoặc trẻ < 10kg: 0,2ml (tương đương 1/5 ống).

- Trẻ khoảng 10 kg: 0,25ml (tương đương 1/4 ống).

- Trẻ khoảng 20 kg: 0,3ml (tương đương 1/3 ống).

- Trẻ > 30kg: 0,5ml (tương đương 1/2 ống).

- Người lớn: 0,5-1 ml (tương đương 1/2-1 ống).

b. Theo dõi huyết áp 3-5 phút/lần.

c. Tiêm nhắc lại adrenalin liều như khoản 1 mục IV 3-5 phút/lần cho đến khi huyết áp và mạch ổn định.

d. Nếu mạch không bắt được và huyết áp không đo được, các dấu hiệu hô hấp và tiêu hóa nặng lên sau 2-3 lần tiêm bắp như khoản 1 mục IV hoặc có nguy cơ ngừng tuần hoàn phải:

- Nếu chưa có đường truyền tĩnh mạch: Tiêm tĩnh mạch chậm dung dịch adrenalin 1/10.000 (1 ống adrenalin 1mg pha với 9ml nước cất = pha loãng 1/10). Liều adrenalin tiêm tĩnh mạch chậm trong cấp cứu phản vệ chỉ bằng 1/10 liều adrenalin tiêm tĩnh mạch trong cấp cứu ngừng tuần hoàn. Liều dùng:

+ **Người lớn:** 0,5-1 ml (dung dịch pha loãng 1/10.000=50-100 μ g) tiêm trong 1-3 phút, sau 3 phút có thể tiêm tiếp lần 2 hoặc lần 3 nếu mạch và huyết áp chưa lên. Chuyển ngay sang truyền tĩnh mạch liên tục khi đã thiết lập được đường truyền.

+ **Trẻ em:** Không áp dụng tiêm tĩnh mạch chậm.

- Nếu đã có đường truyền tĩnh mạch, truyền tĩnh mạch liên tục adrenalin (pha adrenalin với dung dịch natriclorid 0,9%) cho người bệnh kém đáp ứng với adrenalin tiêm bắp và đã được truyền đủ dịch. Bắt đầu bằng liều 0,1 μ g/kg/phút, cứ 3-5 phút điều chỉnh liều adrenalin tùy theo đáp ứng của người bệnh.

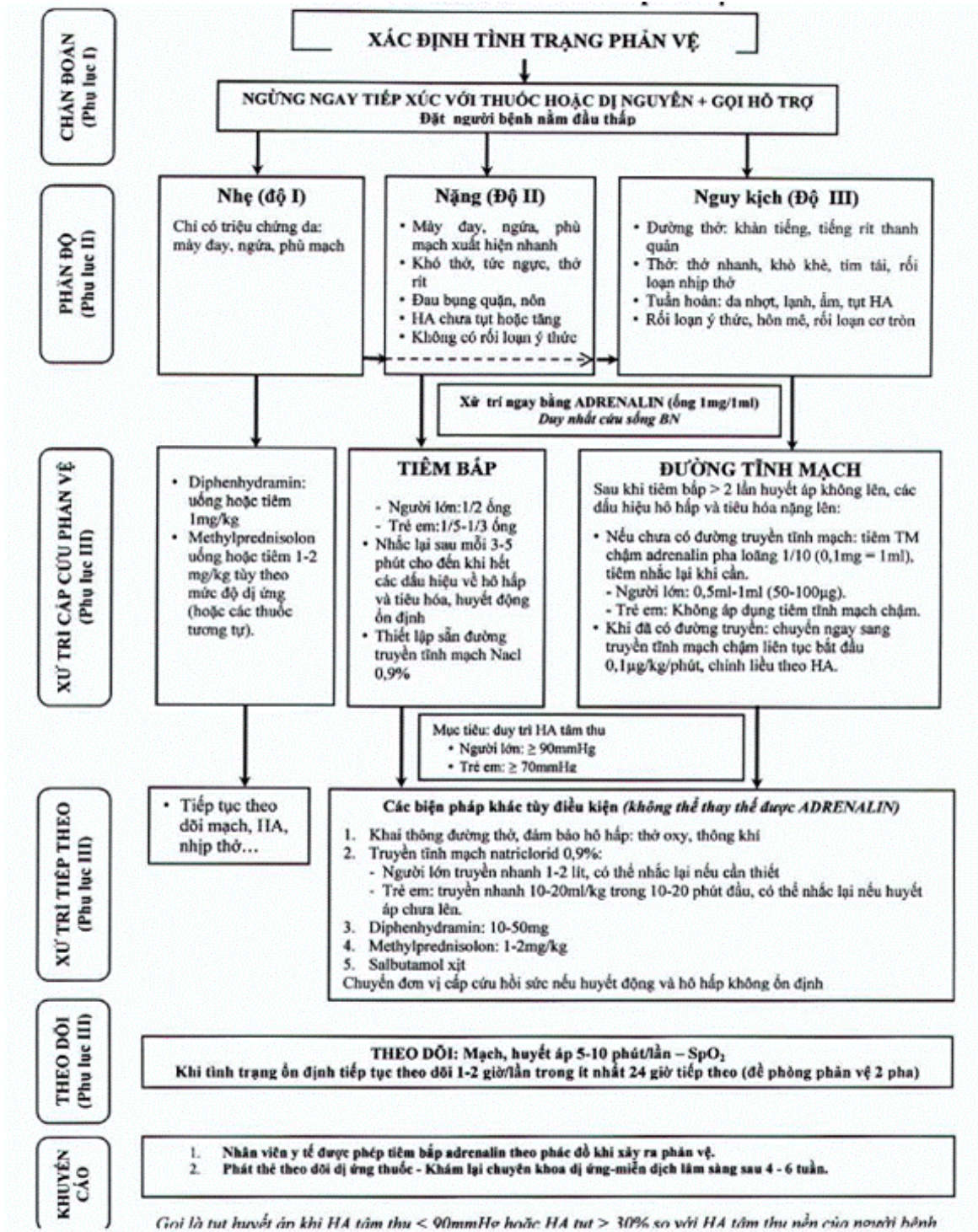
- Đồng thời với việc dùng adrenalin truyền tĩnh mạch liên tục, truyền nhanh dung dịch natriclorid 0,9% 1.000ml-2.000ml ở người lớn, 10-20ml/kg trong 10-20 phút ở trẻ em có thể nhắc lại nếu cần thiết.

e. Khi đã có đường truyền tĩnh mạch adrenalin với liều duy trì huyết áp ổn định thì có thể theo dõi mạch và huyết áp 1 giờ/lần đến 24 giờ.

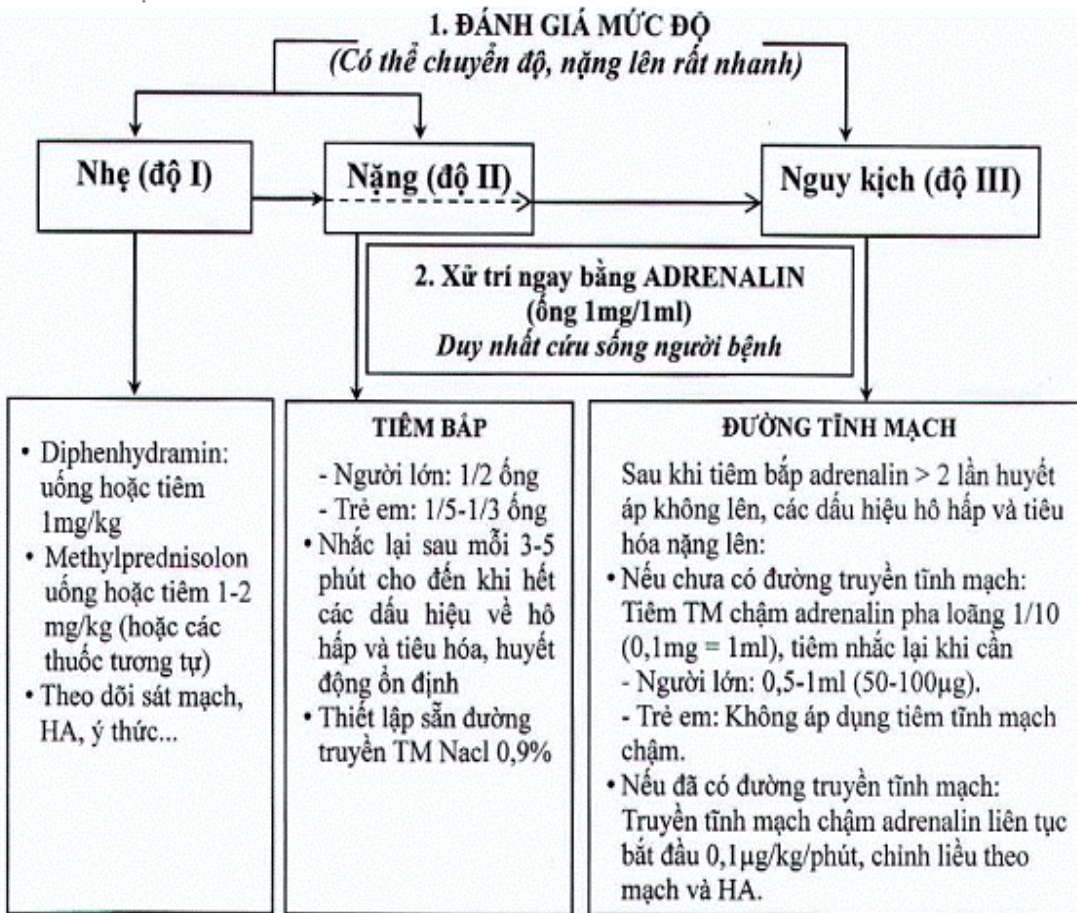
SƠ ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ PHẢN VỆ

(Ban hành kèm theo Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Sơ đồ chi tiết về chẩn đoán và xử trí phản vệ



II. Sơ đồ tóm tắt về chẩn đoán và xử trí phản vệ



Bài 8: PHÙ PHỔI CẤP DO TIM

I. Tiêu chuẩn chẩn đoán:

- Xảy ra đột ngột, cảm giác ngộp thở phải ngồi dậy

- Nhịp thở nhanh chóng > 30 lần/ phút
- Ho đàm có bọt máu hồng
- Phổi hai bên có ral ẩm nổ xuất hiện từ 02 đáy phổi tiến dần lên
- Tiền sử bệnh tim mạch
- X quang: đám mờ giới hạn không rõ tập trung 02 bên rốn phổi đối xứng (hình ảnh cánh bướm), hình ảnh gián tiếp: bóng tim to.

II. Điều trị:

- Ngồi 2 chân buông lỏng xuống giường hoặc nằm tư thế Fowler
- Thở Oxy từ 8-10 lít/ phút
- Garo 3 chi luân phiên mỗi 15 phút
- Risordan 5mg ngậm dưới lưỡi, có thể nhắc lại sau 10-15 phút x 3 lần
- Thuốc lợi tiểu: Furosemid 20mg 02 ống (TMC), nhắc lại sau 15-20 phút.

Đến khi bệnh đi tiểu được. (Tổng liều tối đa 200mg)

- Morphin 1mg (TM), có thể nhắc lại sau 15 phút (chống chỉ định bệnh nhân có COPD, hen).

- Cắt đứt nguyên nhân gây OAP (truyền dịch quá tải, cao huyết áp).

* Không đáp ứng hoặc tiên lượng xấu: **chuyển tuyến trên**

Bài 9: TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO

I. Nguyên nhân và lâm sàng cơn thiếu máu não thoáng qua:

1. Nguyên nhân: xơ mỡ động mạch là nguyên nhân hàng đầu.

2. Lâm sàng: Là cơn thiếu máu não tạm thời.

- Các triệu chứng thần kinh định vị xuất hiện đột ngột như tê 1 chi, tê ½ người, liệt ½ người, nói khó, liệt mặt.... chỉ kéo dài dưới 24 giờ, hồi phục không để lại di chứng.

- Thường xảy ra 1 hoặc nhiều lần dự báo BN có thể nhũn não xuất huyết não sau này.

3. Điều trị:

- BN nằm nghỉ tại giường.
- Điều chỉnh huyết áp nếu có tăng huyết áp.
- Điều trị rối loạn lypit nếu có.
- Dùng các thuốc tăng tuần hoàn não như:
 - + Tanakan 40mg :1v x 2 / ngày, hoặc
 - + Piracetam 400mg: 2v x 3(u) / ngày.
- Phòng tái phát Aspirin 162 mg/ ngày, dùng mỗi ngày.

II. Nhũn Não (Nhồi máu não):

1. Lâm sàng:

- Xuất hiện từ từ theo hình bậc thang.
- Dấu thần kinh định vị: Rối loạn ngôn ngữ, rối loạn trí nhớ, chóng mặt, yếu liệt ½ người.... không hồi phục sau 24 giờ.
- Tri giác tỉnh táo hay rối loạn.

2. Cận lâm sàng:

CT máu, sinh hóa máu, nước tiểu, ECG, X quang.

3. Điều trị:

- Đảm bảo thông khí:
 - + Hút đàm.(Có tăng tiết)
 - + Thở Oxy.(tùy lâm sàng)
- Điều trị nguyên nhân:
 - + Huyết áp cao: Huyết áp dưới 180/100mmhg, không cho hạ áp trong 24^h đầu, huyết áp trên 180/100mmHg cho hạ áp từ từ với liều thấp.
 - + Rung nhĩ: điều trị rung nhĩ.
 - Tăng tuần hoàn não:
 - + Tanakan 40mg : 2-4 viên / ngày., hoặc
 - + Piracetam 400mg: 4-8 viên/ngày., hoặc
 - + Piracetam 1g: 1 ống x 2 (TMC)/ ngày.
 - Chống ngưng tập tiểu cầu:
 - Aspirin 81mg/ngày hoặc Clopidogrel 75mg/ngày.
 - Nước và điện giải: Dựa vào Ion đồ:
 - Dung dịch NaCL 9‰ cho từ 750-1000ml /24^h (20 giọt/phút).
 - Lưu ý: không vượt quá 1000ml/24^h , cho nhiều có thể gây phù não.
 - Trừ trường hợp có bệnh lý kèm theo- chuyển viện.

III. Xuất Huyết Não:

1. Lâm sàng:

- Đa số các trường hợp xảy ra đột ngột.
- Nhức đầu, nôn ói và nhanh chóng đi vào hôn mê.
(Khởi phát nhanh chóng + dấu thần kinh định vị)

2. Điều trị:

- a. Cấp cứu cơ bản A-B-C.
 - Đảm bảo thông khí:

- Hút đàm.
- Thở Oxy: 3-5 l/p.
- Đặt nội khí quản, thở máy (nếu quá nặng).

b. Điều trị nguyên nhân:

Điều trị huyết áp: HA > 180/100 mmHg, mới cho hạ áp, cho liều thấp hạ áp từ từ.

- Tăng tuần hoàn não:

Piracetam 1g:1- 6 ống (TTM)/ ngày.

- Tăng cường và cải thiện chuyển hóa của tế bào thần kinh

Cerebrolysin 10ml 1-6 ống/24 giờ (TTM).

- Nước và điện giải: NaCL 9%o 750- 1000ml/24^h.

*** Chuyển viện an toàn**

Bài 10: NGẠT NƯỚC

I. ĐẠI CƯƠNG:

Là tai nạn khá thường gặp ở trẻ em, nơi những vùng: sông , hồ, ao, biển , hồ tắm do đang bơi đuối sức hoặc do ngã té. Nước vào phổi làm thay đổi surfactan gây xẹp phổi, phù phổi, suy hô hấp, thiếu oxy não, dẫn tới phù não và tăng áp lực nội sọ. Khoảng 10% trẻ ngạt nước không có hít nước vào phổi do phản xạ co thắt thanh môn.

Những bệnh có thể là nguyên nhân gây chết đuối khi đang bơi như :

1. Động kinh .
2. Nhồi máu cơ tim .
3. Ở người lớn 33% các trường hợp chết đuối liên quan đến rượu.

Mặt khác chấn thương cột sống cổ khi té, tự tử, hạ thân nhiệt là những yếu tố liên quan đến điều trị.

Tiền lượng phụ thuộc nhiều vào thời gian chìm trong nước và sơ cứu.

II. CHẨN ĐOÁN :

1. Lâm sàng:

Bệnh nhân có thể tỉnh táo không triệu chứng hoặc có những rối loạn.

* Dấu hiệu hô hấp:- Ho, khó thở, khò khè ; - Tím tái, Ngưng thở.

* Dấu hiệu tuần hoàn: - Phù phổi ; - Hạ huyết áp , shock.

* Dấu hiệu thần kinh: - Rối loạn tri giác nhẹ, mê , gồng mắt nảo.; - Đôi khi co giật do thiếu oxy não

2. Cận lâm sàng:

- CTM: tăng bạch cầu trong trường hợp hội nhiễm.

- Ion đồ: có thể tăng Kali máu, hạ natri máu

- Đường huyết

- X quang phổi: phù phổi, xẹp phổi, thâm nhiễm hai bên rốn phổi.

- Chức năng gan thận.

III. ĐIỀU TRỊ :

1. Nguyên tắc điều trị

Hồi sức tim phổi cơ bản.

Điều trị triệu chứng và biến chứng.

Phòng ngừa và điều trị bội nhiễm.

2. Điều trị tại chỗ :

- | |
|---------------------------------|
| 1. Thông đường thở |
| 2. Giúp thở : Miệng - Miệng |
| 3. Xoa bóp tim |
| 4. Không mất thời gian sốc nước |
| 5. Oxy nếu có thể |

Trên đường đến bệnh viện

- | |
|-----------------------------|
| 1. Tiếp tục hồi sức cấp cứu |
| 2. Oxy nếu có thể |

3. Điều trị tại bệnh viện :

a. Bệnh nhân tỉnh, không khó thở :

Do có khả năng xuất hiện suy hô hấp thứ phát, cần được theo dõi tại bệnh viện trong 24 giờ.

b. Bệnh nhân tỉnh kèm khó thở (thở nhanh , co kéo, khò khè)

- Thở O₂ , duy trì SaO₂ > 95%

- Furosemide: 1-2mg/kg (TM) dùng khi :

+ Phổi có ran

+ Hoặc X quang có hình ảnh phù phổi.

- Đặt Sonde dạ dày :

+ Lấy bớt dịch dạ dày.

+ Tránh nguy cơ hít sâu

+ Giảm chèn ép cơ hoành.

c. Bệnh nhân hôn mê, ngưng thở :

Chuyển viện an toàn.

d. Điều trị khác :

- Điều chỉnh nước và điện giải :

- + Thường gặp là hạ Natri và tăng Kali máu
 - Điều chỉnh toan huyết :
 - + Thông khí tốt
 - + Natribicarbonat 8,4% : 1-2 ml/kg/lần (TM)
 - Điều trị hạ thân nhiệt : Giữ ấm
 - Kháng sinh :
 - + Nếu nghi ngờ nhiễm trùng: nước ô nhiễm, sốt, bạch cầu tăng hoặc X quang: viêm phổi bội nhiễm.
 - + Penicillin G: 100.000đv – 200.000đv/kg/ngày TB, TM mỗi 6 giờ ,
 - + Hoặc Cefotaxine : 100-200 mg/kg/ngày TB, TM chia mỗi 6 - 8 giờ.
4. Theo dõi :
- Theo dõi: Tri giác, mạch, HA, nhịp thở, SaO₂, mỗi giờ đến khi ổn định và sau đó mỗi 2 giờ trong ít nhất 24 giờ.
5. Giáo dục và phòng ngừa
- Cảnh thận với các dụng cụ chứa nước sinh hoạt trong gia đình.
 - Tập bơi.
 - Hướng dẫn các động tác sơ cứu ngưng thở ngưng tim cho cộng đồng.

Bài 11: ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHỀN MẠN TÍNH

I. CHẨN ĐOÁN

1. Phát hiện các dấu hiệu của đợt cấp BPTNMT tại y tế cơ sở (xã/phường, huyện)

Bệnh nhân đã được chẩn đoán BPTNMT xuất hiện các triệu chứng nặng hơn thường ngày, hoặc các trường hợp tuổi trung niên chưa có chẩn đoán, nhưng xuất hiện các triệu chứng:

- Triệu chứng hô hấp:

- + Ho tăng.
- + Khó thở tăng.
- + Khạc đờm tăng và/hoặc thay đổi màu sắc của đờm: đờm chuyển thành đờm mủ.
- + Nghe phổi thấy rì rào phế nang giảm, có thể thấy ran rít, ngáy, ran ẩm, ran

- Các biểu hiện khác có thể có hoặc không có tùy thuộc vào mức độ nặng của bệnh:
 - + Tim mạch: nặng ngực, nhịp nhanh, loạn nhịp. Các dấu hiệu của tâm phế mạn (phù, tĩnh mạch cổ nổi, gan to...).
 - + Triệu chứng toàn thân có thể có: sốt, rối loạn tri giác, trầm cảm, mất ngủ, giảm khả năng gắng sức...
 - + Trường hợp nặng có dấu hiệu suy hô hấp cấp: thở nhanh nông hoặc thở chậm, tím môi đầu chi, nói ngắt quãng, co kéo cơ hô hấp phụ, vã mồ hôi...

2. Các thăm dò chẩn đoán cho đợt cấp BPTNMT tại bệnh viện

Với các dấu hiệu lâm sàng như đã mô tả ở trên, bệnh nhân sẽ được làm một số xét nghiệm cần thiết để hỗ trợ cho chẩn đoán và điều trị:

Bảng 3.1. Giá trị chẩn đoán của các thăm dò trong đánh giá đợt cấp BPTNMT

Xét nghiệm thăm dò	Có thể phát hiện
Đo SpO ₂	Giảm oxy máu
Chụp X-quang phổi	Giúp phân biệt viêm phổi, phát hiện biến chứng
Công thức máu	Thiếu máu, đa hồng cầu Tăng bạch cầu
Xét nghiệm đờm	Nhuộm Gram Cấy đờm
Điện tim	Rối loạn nhịp tim: nhịp nhanh, ngoại tâm thu, rung nhĩ... Thiếu máu cơ tim cục bộ Dấu hiệu suy tim phải, suy tim trái
Sinh hóa máu	Rối loạn điện giải Rối loạn chức năng gan, thận; tăng hoặc hạ đường huyết, các rối loạn chuyển hóa Tăng BNP, Pro-BNP: suy tim Tăng D Dimer: Huyết khối - tắc động mạch phổi Tăng các dấu ấn viêm: protein phản ứng C (CRP) Tăng Procalcitonin

3. Chẩn đoán xác định đợt cấp BPTNMT

Bệnh nhân đã được chẩn đoán BPTNMT và có triệu chứng đợt cấp theo tiêu chuẩn Anthonisen (1987):

- Khó thở tăng.
- Khạc đờm tăng.
- Thay đổi màu sắc của đờm, đờm chuyển thành đờm mủ.

4. Đánh giá mức độ nặng và các yếu tố nguy cơ của bệnh: Đánh giá mức độ nặng đợt cấp BPTNMT theo triệu chứng

Bảng 3.2. Đánh giá mức độ nặng của đợt cấp BPTNMT

Các chỉ số	Nặng	Nguy kịch
Lời nói	Từng từ	Không nói được
Tri giác	Ngủ gà, lẫn lộn	Hôn mê
Co kéo cơ hô hấp	Rất nhiều	Thở nghịch thường
Tần số thở/phút	25 - 35	Thở chậm, ngừng thở
Khó thở	Liên tục	Liên tục
Tính chất đờm: - Thay đổi màu sắc - Tăng số lượng - Kèm theo sốt - Kèm theo tím và phù môi xuất hiện	Có 3 trong 4 đặc điểm	Có thể cả 4, nhưng thường bệnh nhân không ho khạc được nữa
Mạch/phút	> 120	Chậm, loạn nhịp
SpO ₂ %	87 - 85	< 85
PaO ₂ mmHg	40 - 50	< 40
PaCO ₂ mmHg	55 - 65	> 65
pH máu	7.25 - 7.30	< 7.25

* **Chú ý:** có từ ≥ 2 tiêu chuẩn của một mức độ thì được đánh giá ở mức độ đó.

Phân loại mức độ nặng theo tiêu chuẩn Anthonisen:

- Mức độ nặng: khó thở tăng, số lượng đờm tăng và đờm chuyển thành đờm mủ.
- Mức độ trung bình: có 2 trong số 3 triệu chứng của mức độ nặng.
- Mức độ nhẹ: có 1 trong số triệu chứng của mức độ nặng và có các triệu chứng khác: ho, tiếng rít, sốt không vì một nguyên nhân nào khác, có nhiễm khuẩn đường hô hấp trên 5 ngày trước, nhịp thở, nhịp tim tăng > 20% so với ban đầu.

*** Đánh giá tình trạng suy hô hấp**

- **Không suy hô hấp:** nhịp thở 20 - 30 lần/phút; không co kéo cơ hô hấp phụ; không rối loạn ý thức; tình trạng oxy hoá máu được cải thiện khi được thở oxy với FiO_2 : 28 - 35%; không tăng $PaCO_2$.

- **Suy hô hấp cấp - Không có dấu hiệu đe dọa tính mạng:** nhịp thở > 30 lần/phút; co kéo cơ hô hấp; không rối loạn ý thức; tình trạng giảm oxy máu cải thiện khi thở oxy với FiO_2 : 35 - 40%; $PaCO_2$: 50 - 60mmHg;

- **Suy hô hấp cấp - Có dấu hiệu đe dọa tính mạng:** nhịp thở > 30 lần/phút; co kéo cơ hô hấp phụ; rối loạn ý thức cấp tính; tình trạng giảm oxy máu cải thiện khi được thở oxy với FiO_2 > 40%; $PaCO_2$ > 60mmHg, hoặc có toan hoá máu ($pH < 7,25$).

II. ĐIỀU TRỊ:**1. Điều trị cụ thể đợt cấp mức độ nhẹ**

- Thuốc giãn phế quản

+ Nhóm cường beta 2 adrenergic: Salbutamol, Terbutalin. Dùng đường phun hít, khí dung hoặc đường uống.

+ Nhóm kháng cholinergic tác dụng ngắn: Ipratropium khí dung.

+ Kết hợp kháng cholinergic và thuốc cường beta 2 adrenergic: Fenoterol/Ipratropium hoặc Salbutamol/Ipratropium; dùng đường phun hít, khí dung.

+ Tiếp tục dùng, hoặc bắt đầu dùng sớm các thuốc giãn phế quản tác dụng kéo dài: LAMA, LABA, hoặc dạng kết hợp LAMA + LABA.

- **Corticosteroid:** Budesonid, Fluticason (khí dung);

- **Thuốc dạng kết hợp loại cường beta 2 tác dụng kéo dài và corticoid dạng phun, hít:** Budesonid + Formoterol; Fluticason + Salmeterol, fluticason furoate + vilanterol, ...

2. Điều trị cụ thể đợt cấp mức độ trung bình

- Nguyên tắc:

+ Cách điều trị như đợt cấp mức độ nhẹ.

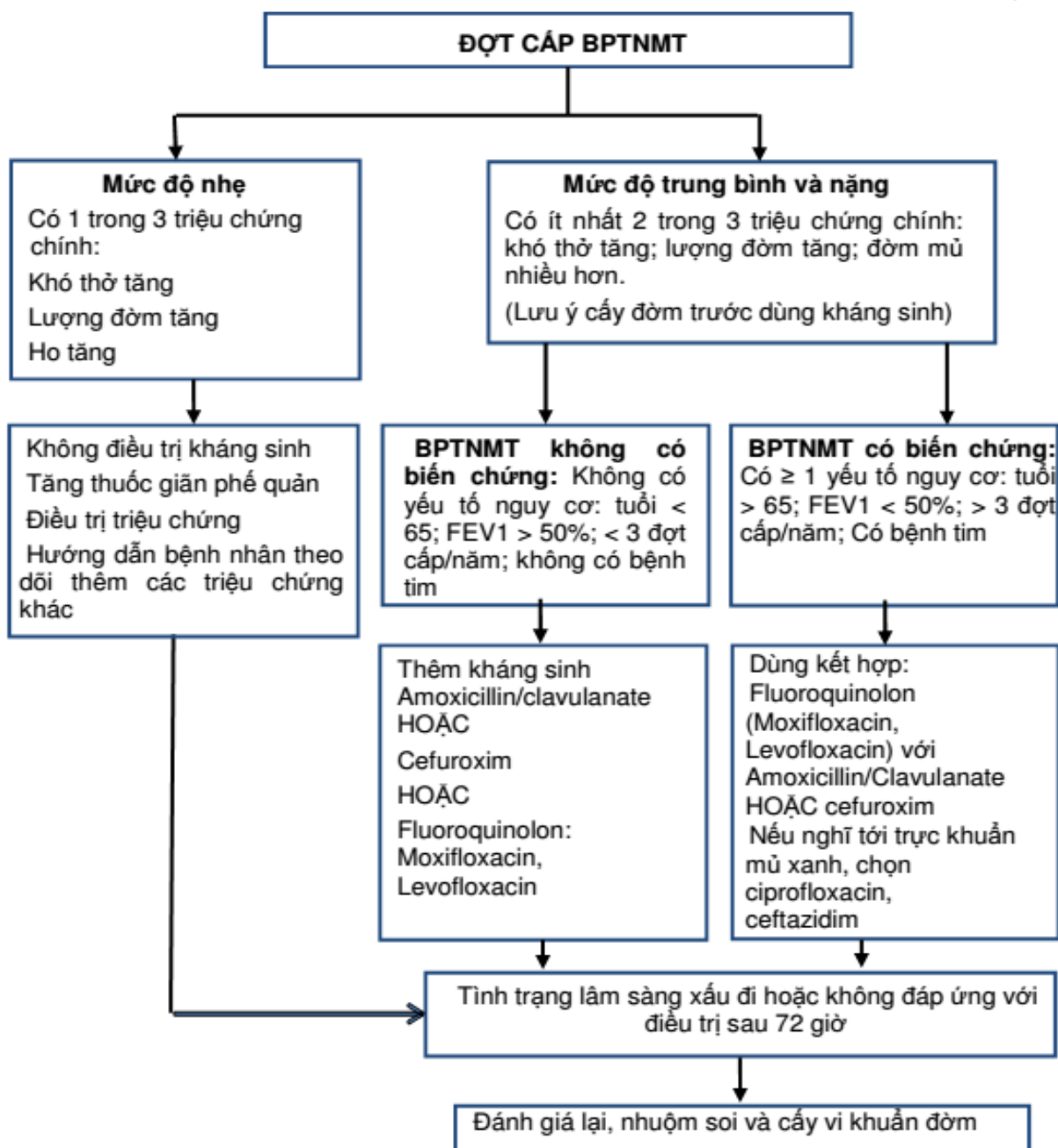
+ Chỉ định kháng sinh khi bệnh nhân có chẩn đoán đợt cấp Anthonisen mức độ nặng hoặc trung bình (có dấu hiệu đờm mủ).

+ Thêm corticoid uống, hoặc tĩnh mạch, liều: 1mg/kg/ngày. Thời gian dùng corticoid: thường không quá 5-7 ngày.

- Điều trị cụ thể:

+ Corticoid: prednisolon (uống) 1mg/kg/ngày; hoặc methylprednisolon: 1mg/kg/ngày, uống hoặc tiêm tĩnh mạch.

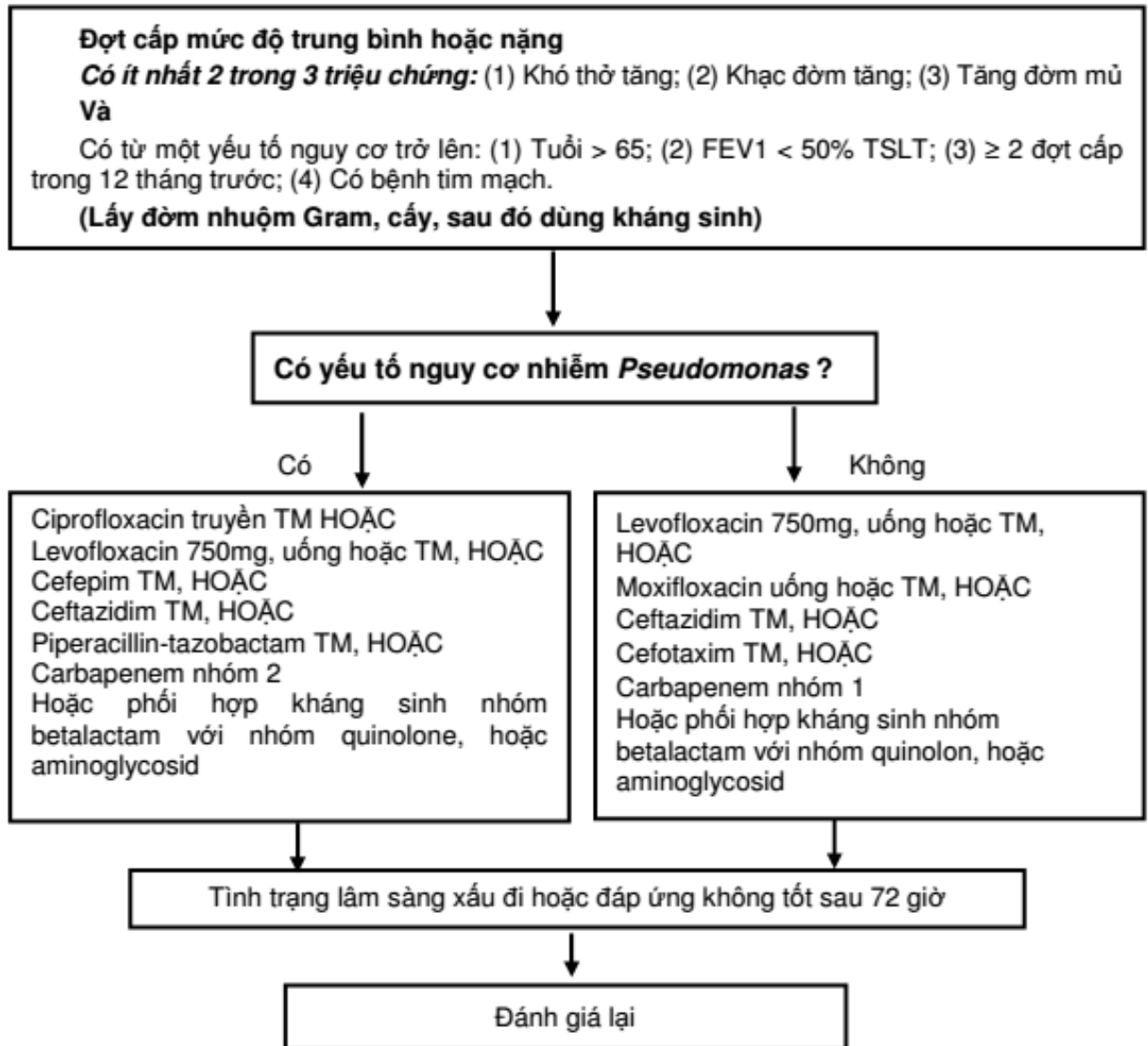
+ **Kháng sinh (biểu đồ 3.2):** beta lactam/kháng betalactamase (amoxicilline/acid clavuanic; ampicillin/sulbactam) 3g/ngày hoặc cefuroxim 1,5g/ngày hoặc moxifloxacin 400mg/ngày hoặc levofloxacin 750mg/ngày.



Biểu đồ 3.2. Hướng dẫn dùng kháng sinh cho đợt cấp BPTNMT mức độ trung bình

3. Điều trị đợt cấp mức độ nặng

- Tiếp tục các biện pháp điều trị đã nêu ở trên. Theo dõi mạch huyết áp, nhịp thở, SpO₂.
- Thở oxy 1 - 2 lít/phút sao cho SpO₂ đạt 90 - 92%. Nên làm khí máu động mạch để làm cơ sở điều chỉnh liều oxy:
 - + Khi SaO₂: 90 - 92%; PaCO₂ < 45mmHg: giữ nguyên liều oxy đang dùng.
 - + Khi SaO₂ < 90%, PaCO₂ < 45mmHg: thực hiện tăng liều oxy, tối đa không quá 3 lít/ phút.
 - + Khi SaO₂ > 92%, PaCO₂ > 45mmHg: thực hiện giảm liều oxy, và làm lại khí máu động mạch sau 30 phút.
 - + Khi SaO₂ < 90%, PaCO₂ > 55mmHg và/hoặc pH ≤ 7,35: chỉ định thở máy không xâm nhập.
- Khí dung thuốc giãn phế quản nhóm cường beta 2 adrenergic hoặc dạng kết hợp cường beta 2 adrenergic với kháng cholinergic.
- Nếu không đáp ứng với các thuốc khí dung thì dùng salbutamol, terbutaline truyền tĩnh mạch với liều 0,5 - 2mg/giờ, điều chỉnh liều thuốc theo đáp ứng của bệnh nhân. Truyền bằng bơm tiêm điện hoặc máy truyền dịch.
- Methylprednisolon 1-2 mg/kg/ngày tiêm tĩnh mạch. Thời gian dùng thông thường không quá 5-7 ngày.
- **Kháng sinh (biểu đồ 3.3)** cefotaxim 1-2g x 3 lần/ngày hoặc ceftriaxon 2g/ lần x 1-2 lần/ngày hoặc ceftazidim 1-2g x 3 lần/ngày; phối hợp với nhóm aminoglycosid 15mg/kg/ngày hoặc quinolon (levofloxacin 750mg/ngày, moxifloxacin 400mg/ngày...).



Biểu đồ 3.3. Điều trị kháng sinh cho bệnh nhân đợt cấp BPTNMT nhập viện

Khuyến cáo thời gian sử dụng kháng sinh trong đợt cấp BPTNMT:

- Đợt cấp mức độ nhẹ, điều trị ngoại trú: thời gian điều trị kháng sinh trung bình 5-7 ngày.
- Đợt cấp mức độ trung bình và nặng: thời gian trung bình điều trị kháng sinh từ 7-10 ngày.
- Thời gian điều trị kháng sinh cụ thể tùy thuộc vào mức độ nặng của đợt cấp và đáp ứng của người bệnh.

Thông khí nhân tạo không xâm nhập (BiPAP) khi có ít nhất 2 tiêu chuẩn sau:

- + Khó thở vừa tới nặng có cơ kéo cơ hô hấp phụ và hô hấp nghịch thường.
- + Toan hô hấp: pH ≤ 7,35 và/hoặc PaCO₂ ≥ 45mmHg.
- + Tần số thở > 25 lần/phút.

Nếu sau 60 phút thông khí nhân tạo không xâm nhập, các thông số PaCO₂

tiếp tục tăng và PaO₂ tiếp tục giảm hoặc các triệu chứng lâm sàng tiếp tục xấu đi thì cần chuyển sang thông khí nhân tạo xâm nhập.

Bài 12: ĐAU THẮT NGỰC KHÔNG ỔN ĐỊNH (NHỒI MÁU CƠ TIM KHÔNG ST CHÊNH)

I. Các biểu hiện của ĐTNKOD:

Đau thắt ngực khi nghỉ: đau thắt ngực xảy ra khi nghỉ và kéo dài, thường trên 20 phút.

Đau thắt ngực mới xuất hiện: đau thắt ngực mới xuất hiện và nặng từ nhóm III theo phân độ của CCS trở lên.

Đau thắt ngực gia tăng: Bệnh nhân đau thắt ngực trước đó, đau với tần số gia tăng, kéo dài hơn hoặc giảm ngưỡng gây đau ngực.

II. Phân độ đau thắt ngực theo CCS.

Nhóm 1: đau thắt ngực chỉ xảy ra khi hoạt động thể lực nặng.

Nhóm 2: đau thắt ngực xảy ra khi leo trên 1 tầng lầu

Nhóm 3: đau thắt ngực xảy ra khi leo 1 tầng lầu

Nhóm 4: khó khăn khi thực hiện bất cứ một hoạt động thể lực nào, đau ngực xuất hiện cả khi nghỉ ngơi.

III. Chẩn đoán đau thắt ngực không ổn định và nhồi máu không ST chênh lên.

Tiền sử và khám lâm sàng.

Đo ECG.

Xét nghiệm men tim.

Bn nguy cơ cao:

Đau ngực lúc nghỉ.

Thay đổi điện tâm đồ (ST chênh xuống hay chênh lên)

Triệu chứng vẫn còn dù điều trị nội khoa ban đầu

Chỉ số nguy cơ TIMI > 6.

Chỉ số nguy cơ TIMI:

Tuổi > 65 tuổi

3 yếu tố nguy cơ bệnh động mạch vành

Bệnh động mạch vành đã biết

Đoạn ST thay đổi

Đau ngực nặng

Dùng aspirin trước đó

Men tim dương tính.

Đánh giá nguy cơ ở bệnh nhân bị nhồi máu cơ tim cấp.

Đặc điểm	Nguy cơ cao	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ thấp
Bệnh sử	-	Có nhồi máu cơ tim trước đó, hoặc có bệnh mạch máu não hoặc mạch máu ngoại biên, hoặc đã làm bất cầu nối chủ vành, có sử dụng aspirin trước đó	
Đặc điểm của đau ngực	Đau ngực kéo dài hơn 20 phút đau ngực khi nghỉ	Đau ngực kéo dài hơn 20 phút, nhưng hiện đã đỡ, với khả năng trung bình hoặc cao bị bệnh động mạch vành. đau ngực khi nghỉ(Đau thắt ngực mới xuất hiện hoặc tiến triển lên nhóm 3 CCS hoặc 4 trong vòng 2 tuần qua mà không có đau ngực khi nghỉ kéo dài (>

		< 20 phút) hoặc đỡ khi nghỉ hay dùng nitroglycerin ngậm dưới lưỡi.	20 phút) nhưng có khả năng trung bình hoặc cao bị bệnh động mạch vành.
Lâm sàng	Phù phổi nhiều khả năng là do thiếu máu cơ tim Có tiếng T3 hoặc ran mới xuất hiện ở phổi Hạ huyết áp, nhịp chậm, nhịp nhanh tuổi > 75	Tuổi > 70	
Điện tâm đồ	Đau thắt ngực khi nghỉ với thay đổi ST thoáng qua > 0,05 mv Block nhánh mới xuất hiện Nhịp nhanh thất bền bỉ	T âm sâu > 0,2 mv	Bình thường hoặc không có thay đổi đtd trong khi đau ngực

IV. Điều trị

Mục tiêu điều trị:

- Phòng ngừa tạo lập huyết khối
- Khôi phục dòng chảy mạch vành
- Giảm tiêu thụ oxy cơ tim

Thuốc: Cắt cơn đau, ngăn chặn diễn tiến nặng (tử vong hay nhồi máu cơ tim): Chống thiếu máu cơ tim, chống kết tập tiểu cầu, kháng đông.

Chống kết tập tiểu cầu:

- Aspirin liều 160- 325 mg/ ngày.
- Clopidogrel: dùng ở bệnh nhân không dung nạp hay dị ứng aspirin, 300mg liều tải, sau đó 75mg/ ngày, kết hợp với aspirin giảm tử vong tim mạch, nhồi máu cơ tim, đột quỵ từ 11,5% - 9,3%. Tối thiểu 1 tháng, có thể tiếp tục 1 năm hay lâu hơn.

Điều trị chống thiếu máu:

- Nitroglycerin dạng ngậm dưới lưỡi 0,4 mg mỗi 5 phút tối đa 3 lần. Tình trạng ổn định chuyển sang uống. Nếu không ổn định có huyết áp tăng kèm theo cần phải kiểm soát dùng dạng tĩnh mạch khởi đầu 10 µg/ phút tăng dần mỗi 10 - 20 µg/ phút đến khi cắt cơn đau, kiểm soát huyết áp, hay cả hai. Thường kiểm soát đau ngực ít khi đến 200 µg/ phút, nhưng liều có thể lên đến 400 µg/ phút để kiểm soát huyết áp.

- Chọn beta nên dùng sớm nếu không có chống chỉ định. Nếu bệnh nhân nguy cơ cao dùng chế phẩm đường tĩnh mạch, đường uống cho bệnh nhân nguy cơ trung bình hay thấp. Chọn lựa khởi đầu metoprolol, atenolol, và propranolol.

- Thuốc chẹn calci (gây giảm co bóp cơ tim, dẫn mạch ngoại vi, block nhĩ thất, chậm hoạt động nút xoang).
 - Thuốc ức chế men chuyển: giảm tỷ lệ tử vong nhờ máu cơ tim, rối loạn chức năng tâm thu thất trái đặc biệt ở Bệnh nhân đái tháo đường.
- Thay đổi yếu tố nguy cơ:** Ngừng hút thuốc, giảm cân, kiểm soát huyết áp, đái tháo đường, tăng lipid/ máu.

Bài 13: CO GIẬT

I. CHẨN ĐOÁN:

1. Hỏi bệnh:

Tiền sử:

- Sốt cao co giật.
- Động kinh.
- Rối loạn chuyển hoá.
- Chấn thương đầu.
- Tiếp xúc độc chất.
- Phát triển tâm thần vận động.

2. Lâm sàng:

- Tri giác.
- Dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.
- Dấu hiệu tổn thương ngoài da liên quan đến chấn thương.
- Dấu hiệu thiếu máu.

- Dấu hiệu màng não: cổ cứng, thóp phồng.
- Dấu hiệu thần kinh khu trú.

3. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm công thức máu, ký sinh trùng sốt rét, đường huyết.
- Sinh hóa máu.

II. ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc điều trị:

- Hỗ trợ hô hấp: thông thường thở và cung cấp Oxy
- Cắt cơn co giật.
- Điều trị nguyên nhân.

2. Điều trị ban đầu:

- Hỗ trợ hô hấp:
 - Đặt bệnh nhân nằm nghiêng, đầu ngửa.
 - Đặt cây đè lưỡi có quần gạc (nếu đang co giật).
 - Hút đàm.
 - Cho thở Oxygen
 - Đặt nội khí quản giúp thở nếu thất bại với Oxygen hay có cơn ngừng thở.

- Cắt cơn co giật:

Diazepam: 0,2mg/kg/liều (tiêm mạch chậm); Bom hậ môn (0,5mg/kg).

Nếu không hiệu quả sau liều đầu tiên lập lại liều thứ 2 sau 10 phút, tối đa 3 liều;
Liều tối đa trẻ < 5 tuổi: 5mg; Trẻ > 5 tuổi: 10mg.

3. Điều trị nguyên nhân:

- Co giật do sốt cao:

Lau mát tích cực.

Thuốc: Paracetamol 15-20mg/kg/liều, uống.

- Hạ đường huyết:

+ Trẻ lớn: **Dextrose 30% 2ml/kg tiêm mạch.**

+ Trẻ sơ sinh: **Dextrose 10% 2ml/kg tiêm mạch.**

- Hạ Natri máu, tăng áp lực nội sọ.

- Theo dõi: Tri giác, mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tim và điều trị nguyên nhân.

Bài 14: HÔN MÊ DO HẠ ĐƯỜNG HUYẾT**I. Đại cương:**

Hạ đường huyết được ghi nhận khi đường huyết dưới 70mg/dL, tuy nhiên triệu chứng lâm sàng xuất hiện lúc đường huyết khoảng 40 – 50mg/dL. Hạ đường huyết được xác định với đầy đủ tam chứng Whipple:

- Có triệu chứng hạ đường
- Đường huyết dưới 50mg/dL
- Triệu chứng cải thiện ngay khi truyền đường đưa đường huyết về mức bình thường.

II. Nguyên nhân:

Hạ đường huyết thường xảy ra với bệnh nhân đang điều trị hạ đường huyết, tuy nhiên một số rối loạn khác cũng gây hạ đường huyết. Người ta chia hạ đường huyết theo 2 nhóm: hạ đường huyết khi đói và hạ đường huyết sau ăn.

1. Hạ đường huyết khi đói: do bởi sự mất cân bằng trong sử dụng và sản xuất glucose.

a. Giảm sản xuất glucose:

- Do giảm sản xuất hormone trong bệnh cảnh: suy tuyến yên, suy tuyến thượng thận.

- Do bệnh lý như xơ gan, viêm gan, nghiện rượu.

b. Tăng sử dụng glucose:

- Do sử dụng thuốc kích thích bài tiết insulin trong điều trị đái tháo đường.

- Do u tụy tiết ra nhiều insulin.

- U ngoài tụy do ung thư đường tiêu hóa, u thượng thận, u gan,...

2. Hạ đường huyết sau ăn:

- Hạ đường huyết sớm sau ăn: xuất hiện trên bệnh nhân bị cắt bỏ dạ dày – tá tràng, phẫu thuật tạo hình môn vị.

- Hạ đường huyết muộn sau ăn: gặp trên bệnh nhân đái tháo đường có tình trạng mất đỉnh tiết insulin, tăng tiết insulin và trễ sau bữa ăn nhiều carbohydrate.

III. Chẩn đoán:**1. Lâm sàng:**

- Triệu chứng lâm sàng thường xuất hiện khi đường huyết dưới 40 – 50mg/mL nhưng thay đổi do nguyên nhân của bệnh, tuổi tác và cơ địa của bệnh nhân.

- Bệnh nhân sẽ có triệu chứng của hoạt động giao cảm như vã mồ hôi, lo âu, run rẩy, buồn nôn, hồi hộp và nhịp chậm.

- Triệu chứng của thần kinh như mệt mỏi, chóng mặt, nhức đầu, rối loạn thị giác, nói khó, mất khả năng tập trung, bất thường hành vi, cuối cùng mất ý thức hay động kinh.

2. Cận lâm sàng:

Xét nghiệm đường huyết giảm 2,5 - 2,8mmol/L (45-50mg %). Thường đường huyết dưới 70mg/dL được xem như là hạ đường huyết, tuy nhiên khi đường huyết khoảng 45-50mg/dL thì bệnh nhân mới có triệu chứng lâm sàng.

IV. Điều trị:

1. Xử trí cấp cứu:

Tùy theo tình trạng tri giác bệnh nhân, mức đường huyết và dự đoán tiến triển trên lâm sàng

a/ Dùng đường uống: khi bệnh nhân có các triệu chứng giao cảm nhẹ, có thể cho bệnh nhân uống đường glucose, sucrose, nước đường, 1 tách sữa, có thể là ăn bánh, trái cây. Nếu không đáp ứng có thể xử trí tích cực hơn.

b/ Dùng đường tiêm mạch: dung dịch glucose nếu bệnh nhân có tình trạng rối loạn tri giác, hoặc không uống được.

- Tiêm mạch 25-50ml dung dịch glucose ưu trung 30-50%, sau đó truyền tĩnh mạch dung dịch Glucose 5-10%, duy trì mức đường huyết trên 100mg/mL.

- Glucagon: được sử dụng trên bệnh nhân đái tháo đường, chức năng gan bình thường, cần thận trọng trong trường hợp hạ đường huyết với nguyên nhân là u tiết insulin. Liều 1mg tiêm dưới da, có thể lặp lại 2-3 lần mỗi lần cách nhau 10-15 phút

2. Theo dõi: Sau khi bệnh nhân tỉnh cần theo dõi tiếp 48-72 giờ

3. Điều trị nguyên nhân:

- U tụy tiết insulin: phẫu thuật

Hạ đường huyết sau ăn: các biện pháp tiết chế là cần thiết:

- Loại trừ các đường đơn.

- Ăn nhiều bữa.

- Chế độ ăn nhiều chất xơ để làm chậm sự hấp thu đường.

- Giảm cân.

Bài 15: CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

I. DIỄN BIẾN LÂM SÀNG BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

Bệnh thường khởi phát đột ngột và diễn biến qua ba giai đoạn: giai đoạn sốt, giai đoạn nguy hiểm và giai đoạn hồi phục.

1. Giai đoạn sốt

1.1. Lâm sàng

- Sốt cao đột ngột, liên tục.
- Nhức đầu, chán ăn, buồn nôn.
- Da xung huyết.
- Đau cơ, đau khớp, nhức hai hố mắt.
- Nghiệm pháp dây thắt dương tính.
- Thường có chấm xuất huyết ở dưới da, chảy máu chân răng hoặc chảy máu mũi.

1.2. Cận lâm sàng

- Hematocrit (Hct) bình thường.
- Số lượng tiểu cầu bình thường hoặc giảm dần (nhưng còn trên $100.000/mm^3$).
- Số lượng bạch cầu thường giảm.

2. Giai đoạn nguy hiểm: Thường vào ngày thứ 3-7 của bệnh

2.1. Lâm sàng

a) Người bệnh có thể còn sốt hoặc đã giảm sốt.

b) Có thể có các biểu hiện sau:

- Đau bụng nhiều: đau bụng nhiều và liên tục hoặc tăng cảm giác đau nhất là ở vùng gan.
- Vết vã, lừ đừ, li bì.
- Gan to > 2cm dưới bờ sườn, có thể đau.
- Nôn ói.
- Biểu hiện thoát huyết tương do tăng tính thấm thành mạch .
- Xuất huyết: Xuất huyết dưới da, niêm mạc như chảy máu chân răng, chảy máu mũi, nôn ra máu, tiêu phân đen hoặc máu, xuất huyết âm đạo hoặc tiểu máu.
- Một số trường hợp nặng có thể có biểu hiện suy tạng như tổn thương gan nặng/suy gan, thận, tim, phổi, não.

2.2. Cận lâm sàng

- Cô đặc máu khi Hematocrit tăng > 20% so với giá trị ban đầu của người bệnh hoặc so với giá trị trung bình của dân số ở cùng lứa tuổi.

- Số lượng tiểu cầu giảm ($<100.000/\text{mm}^3$)
- AST, ALT thường tăng.
- Trường hợp nặng có thể có rối loạn đông máu.
- Siêu âm hoặc X quang có thể phát hiện tràn dịch màng bụng, màng phổi.

3. Giai đoạn hồi phục: Thường vào ngày thứ 7-10 của bệnh

3.1. Lâm sàng

- Người bệnh hết sốt, toàn trạng tốt lên, thèm ăn, huyết động ổn định và tiểu nhiều.
- Có thể phát ban hồi phục hoặc ngứa ngoài da.
- Có thể có nhịp tim chậm, không đều, có thể có suy hô hấp do quá tải dịch truyền.

3.2. Cận lâm sàng

- Hematocrit trở về bình thường hoặc có thể thấp hơn do hiện tượng pha loãng máu khi dịch được tái hấp thu trở lại.
- Số lượng bạch cầu máu thường tăng lên sớm sau giai đoạn hạ sốt.
- Số lượng tiểu cầu dần trở về bình thường, muộn hơn so với số lượng bạch cầu.
- AST, ALT có khuynh hướng giảm.

II. CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN ĐỘ

1. Bệnh sốt xuất huyết Dengue được chia làm 3 mức độ (theo Tổ chức Y tế thế giới năm 2009)

- Sốt xuất huyết Dengue.
- Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo.
- Sốt xuất huyết Dengue nặng.

Lưu ý: Trong quá trình diễn biến, bệnh có thể chuyển từ mức độ nhẹ sang mức độ nặng, vì vậy khi thăm khám cần phân độ lâm sàng để tiên lượng bệnh và có kế hoạch xử trí thích hợp.

2. Chẩn đoán căn nguyên vi rút Dengue

2.1. Xét nghiệm huyết thanh

- Xét nghiệm nhanh: tìm kháng nguyên NS1
- Xét nghiệm ELISA: tìm kháng thể IgM, IgG từ ngày thứ 5 của bệnh.

2.2. Xét nghiệm PCR, phân lập vi rút: lấy máu trong giai đoạn sốt (thực hiện ở các cơ sở xét nghiệm có điều kiện).

IV. ĐIỀU TRỊ

A. Điều trị sốt xuất huyết Dengue

Phần lớn các trường hợp được điều trị ngoại trú và theo dõi tại y tế cơ sở, chủ yếu là điều trị triệu chứng và phải theo dõi chặt chẽ phát hiện sớm sốc xảy ra để xử trí kịp thời.

1. Điều trị triệu chứng

- Nếu sốt cao $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$, cho thuốc hạ nhiệt, nói lỏng quần áo và lau mát bằng nước ấm.

- Thuốc hạ nhiệt chỉ được dùng là paracetamol đơn chất, liều dùng từ 10-15mg/kg cân nặng/lần, cách nhau mỗi 4-6 giờ.

- *Chú ý:*

+ Tổng liều paracetamol không quá 60mg/kg cân nặng/24 giờ.

+ Không dùng aspirin (acetylsalicylic acid), analgin, ibuprofen để điều trị vì có thể gây xuất huyết, toan máu.

2. Bù dịch sớm bằng đường uống: Khuyến khích người bệnh uống nhiều nước oresol hoặc nước trái cây (nước dừa, cam, chanh, ...) hoặc nước cháo loãng với muối.

- Không ăn uống những thực phẩm có màu nâu hoặc đỏ như xá xị, sô cô la,...

- Lượng dịch khuyến cáo: uống theo nhu cầu cơ bản, khuyến khích uống nhiều.

B. Điều trị sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo

B1. Đối với người bệnh trẻ em (< 16 tuổi)

1. Điều trị sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo:

1.1. Điều trị triệu chứng: hạ sốt

1.2. Bù dịch sớm bằng đường uống nếu bệnh nhân còn khả năng uống được.

1.3. Theo dõi mạch, HA, những dấu hiệu cảnh báo, lượng dịch đưa vào, nước tiểu và Hct mỗi 4-6 giờ.

1.4. Chỉ định truyền dịch

a) Khi có ít nhất 1 trong các dấu hiệu sau

- Lừ đừ.

- Không uống được nước.

- Nôn ói nhiều.

- Đau bụng nhiều.

- Có dấu hiệu mất nước.

- Hct tăng cao.

b) Dịch truyền bao gồm: Ringer lactate, Ringer acetate, NaCl 0,9%.

1.5. Phương thức truyền dịch

- Truyền Ringer lactate, Ringer acetate hoặc NaCl 0,9% 6-7ml/kg/giờ trong 1-3 giờ, sau đó 5ml/kg/giờ trong 2-4 giờ. Theo dõi lâm sàng, Hct mỗi 2-4 giờ.

- Nếu mạch, HA ổn định, Hct giảm, nước tiểu $\geq 0,5-1\text{ml/kg/giờ}$, giảm tốc độ truyền Ringer lactate, Ringer acetate hoặc NaCl 0,9% 3ml/kg/giờ trong 2-4 giờ. Nếu lâm sàng tiếp tục cải thiện, có thể ngưng dịch sau 24-48 giờ.

- Nếu mạch nhanh, HA tụt hoặc kẹt, Hct tăng: Điều trị toan, xuất huyết, hạ đường huyết, hạ calci huyết nếu có và truyền dịch tiếp tục như sau:

+ Khi tổng dịch truyền $> 60\text{ml/kg}$: chuyển sang cao phân tử truyền tĩnh mạch 10-20ml/kg/giờ trong 1 giờ. Sau đó tiếp tục truyền dịch theo phác đồ điều trị như sốc SXHD.

+ Khi tổng dịch truyền $\leq 60\text{ml/kg}$: tăng tốc độ truyền Ringer lactate, Ringer acetate hoặc NaCl 0,9% 10-20ml/kg/giờ trong 1 giờ. Sau đó tiếp tục truyền dịch theo phác đồ điều trị như sốc SXHD.

* Lưu ý

- Nếu SXHD cảnh báo kèm chi lạnh, ẩm, thời gian làm đầy mao mạch ≥ 3 giây, lừ đừ hay vật vã, bứt rứt; huyết áp bình thường hoặc hiệu áp = 25 mmHg: điều trị như sốc SXHD.

- Nếu SXHD cảnh báo kèm chi lạnh (mát), mạch nhanh, HA bình thường: Truyền Ringer lactate, Ringer acetate hoặc NaCl 0,9% 10ml/kg/giờ trong 1 giờ, sau đó đánh giá lại.

+ Nếu cải thiện lâm sàng, tay chân ấm, mạch chậm lại, HA bình thường: tiếp tục Ringer lactate, Ringer acetate hoặc NaCl 0,9% tốc độ 6-7ml/kg/giờ x 1-3 giờ \rightarrow 5ml/kg/giờ x 2-4 giờ và xử trí tiếp theo như phác đồ SXHD cảnh báo.

+ Nếu có sốc truyền Ringer lactate, Ringer acetate hoặc NaCl 0,9% 20ml/kg/giờ trong 1 giờ và xử trí tiếp sau đó như phác đồ sốc SXHD.

- Thời gian truyền dịch: thường là không quá 24-48 giờ.

Phụ lục 4: Sơ đồ xử trí sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo ở trẻ em.

B2. Đối với người bệnh người lớn (≥ 16 tuổi)

1. Điều trị sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo

1.1. Điều trị triệu chứng: hạ sốt

1.2. Bù dịch sớm bằng đường uống nếu bệnh nhân còn khả năng uống được.

1.3. Theo dõi mạch, HA, những dấu hiệu cảnh báo, lượng dịch đưa vào, nước tiểu và Hct mỗi 4-6 giờ.

1.4. Chỉ định truyền dịch: xem xét truyền dịch khi người bệnh nôn nhiều, không uống được và Hct cao hoặc có dấu mất nước.

1.5. Phương thức truyền dịch

Truyền Ringer lactate, Ringer acetate hoặc NaCl 0,9% 6ml/kg/giờ trong 1-2 giờ, sau đó 3ml/kg/giờ trong 2-4 giờ. Theo dõi lâm sàng, Hct mỗi 2-4 giờ. Trong quá trình theo dõi:

- Nếu mạch, HA ổn định, Hct giảm, nước tiểu $\geq 0,5-1\text{ml/kg/giờ}$, giảm tốc độ truyền Ringer lactate, Ringer acetate hoặc NaCl 0,9% 1,5ml/kg/giờ trong 6-18 giờ. Nếu lâm sàng tiếp tục cải thiện, có thể ngưng dịch sau 12-24 giờ.

Phụ lục 5: Sơ đồ xử trí SXHD có dấu hiệu cảnh báo ở người lớn.

- Nếu bệnh nhân có biểu hiện sốc (mạch nhanh, nhẹ, khó bắt, huyết áp kẹt, tụt, khó đo và Hct tăng): truyền dịch chống sốc như phác đồ điều trị sốc SXHD ở người lớn với liều chống sốc đầu tiên là cao phân tử 10-15ml/kg/giờ. Chú ý điều trị toan hóa máu, xuất huyết, hạ đường huyết, hạ calci huyết nếu có.

C. Điều trị sốt xuất huyết Dengue nặng:

C.1. Điều trị sốt xuất huyết Dengue nặng trẻ em

C.1.1. Điều trị sốc sốt xuất huyết Dengue

C.1.1.1. Chuẩn bị các dịch truyền sau

- Ringer lactate.
- Ringer acetate trong trường hợp có tổn thương gan nặng hoặc suy gan cấp.
- Dung dịch mặn đẳng trương (NaCl 0,9%).
- Dung dịch cao phân tử (dextran 40 hoặc 70, hydroxyethyl starch (HES 200.000 dalton)).
- Dung dịch albumin.

C.1.1.2. Thở oxy qua gọng mũi: 1 -6 lít/phút.

C.1.1.3. Bù dịch nhanh: Trong 1 giờ đầu, phải thay thế nhanh chóng lượng huyết tương mất đi bằng Ringer lactate hoặc NaCl 0,9% 20ml/kg/giờ sau đó đánh giá lại lâm sàng, Hct:

a) Nếu cải thiện lâm sàng (mạch giảm, HA bình thường, hết kẹt)

- Tiếp tục truyền Ringer lactate hoặc NaCl 0,9% tốc độ 10ml/kg/giờ x 1-2 giờ. Nếu người bệnh cải thiện lâm sàng và hematocrit giảm, giảm tốc độ Ringer lactate hoặc NaCl 0,9% 7,5ml/kg/giờ trong 1-2 giờ \rightarrow 5ml/kg/giờ x 3-4 giờ \rightarrow 3ml/kg/giờ x 4-6 giờ.

- Nếu bệnh nhân sau đó ra sốc (mạch bình thường, HA bình thường, nước tiểu $\geq 0,5\text{ml/kg/giờ}$) và hematocrit bình thường, có thể xem xét ngưng dịch truyền sau 24-48 giờ.

b) Nếu không cải thiện lâm sàng (mạch nhanh, nhẹ, HA còn tụt, kẹt hiệu áp < 20mmHg)

b.1) Nếu hematocrit còn tăng cao hoặc $\geq 40\%$

- Chuyển sang truyền cao phân tử (CPT) 10-20ml/kg/giờ trong 1 giờ. Cao phân tử được chọn trong SXHD là Dextran 40, Dextran 70 hoặc 6% HES 200, không dùng Gelatin do hiệu quả kém. Tác dụng phụ của HES là rối loạn đông máu, tổn thương gan, thậm chí đặc biệt là khi tổng liều > 60ml/kg.

- Nếu cải thiện lâm sàng, hematocrit giảm: giảm tốc độ CPT dần 10ml/kg/giờ x 1 giờ → 7,5ml/kg/giờ x 1-2 giờ → 5ml/kg/giờ x 1-2 giờ. Đánh giá lâm sàng, Hct sau mỗi lần chuyển tốc độ truyền.

+ Nếu ra sốc và Hct bình thường: chuyển sang điện giải Ringer lactate hay NaCl 0,9% 5ml/kg/giờ trong 3-4 giờ, sau đó 3ml/kg/giờ x 4-6 giờ. Phải theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn mỗi giờ và lập lại hematocrit sau 1 giờ trong 2 giờ đầu, sau đó là mỗi 4-6 giờ. Có thể xem xét ngưng dịch truyền sau 24-48 giờ.

+ Nếu không cải thiện lâm sàng, mạch nhanh, HA còn tụt hoặc kẹt: lập lại truyền CPT 10-20ml/kg/giờ trong 1 giờ. Nếu chưa có catheter động mạch nên xét nghiệm khí máu tĩnh mạch để xác định toan máu dựa vào pH và HCO_3^- và xét nghiệm đường huyết, điện giải đồ, lactate máu. Điều trị toan, xuất huyết, hạ đường huyết, hạ Calci huyết nếu có. Đo HA động mạch xâm lấn (động mạch cổ tay), đo áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP) và xử trí như sốc SXHD nặng.

- Đo áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP)

- Nếu không đo được CVP thì dùng siêu âm khảo sát sự thay đổi đường kính của tĩnh mạch chủ dưới theo nhịp thở để giúp đánh giá thể tích dịch nội mạch.

+ Nếu đường kính của tĩnh mạch chủ dưới nhỏ và xẹp cả 2 thì hô hấp là thiếu dịch.

+ Nếu đường kính của tĩnh mạch chủ dưới to và căng cả 2 thì hô hấp là dư dịch.

b.2) Nếu hematocrit $\leq 35\%$ hoặc giảm 20% so với ban đầu.

Cần phải thăm khám để phát hiện xuất huyết nội và truyền máu, tốt nhất là truyền hồng cầu lắng 5ml/kg hoặc máu toàn phần 10ml/kg, tốc độ truyền tùy tình trạng chảy máu và hematocrit, thường trong 1-2 giờ, song song đó truyền CPT 10ml/kg/giờ. Xem xét truyền huyết tương đông lạnh để cầm máu (xem phần điều trị xuất huyết nặng). Sau 1 giờ, đánh giá lại tình trạng lâm sàng, hematocrit.

- Nếu cải thiện lâm sàng, hematocrit $> 35\%$.

+ Tiếp tục giảm dần CPT 7,5ml/kg/giờ x 1 -2 giờ → 5ml/kg/giờ x 1 -2 giờ. Sau đó đánh giá lại tình trạng lâm sàng, hematocrit.

+ Nếu ra sốc (tỉnh táo, tay chân ấm, thời gian đổ đầy mao mạch < 2 giây, mạch và huyết áp bình thường theo tuổi, nước tiểu $\geq 0,5-1\text{ml/kg/giờ}$, Hematocrit bình thường và CVP 10-15cmH₂O, ScvO₂ $\geq 70\%$, Lactate máu bình thường $< 2\text{mmol/L}$, khí máu pH và HCO_3^- bình thường nếu có): chuyển sang điện giải Ringer lactate hay NaCl 0,9% 5ml/kg/giờ trong 3-4 giờ → 3ml/kg/giờ x 4-6 giờ, có thể xem xét ngưng dịch truyền sau 24-48 giờ.

Phụ lục 9: Điều kiện chuyển từ dung dịch CPT sang dung dịch điện giải và ngược lại.

+ Nếu còn sốc, lập lại truyền CPT 10-20ml/kg/giờ trong 1 giờ, đo HA động mạch xâm lấn, áp lực tĩnh mạch trung tâm và xử trí như sốc SXHD nặng.

- Nếu không cải thiện lâm sàng, mạch nhanh, HA còn tụt hoặc kẹt, hematocrit còn tăng cao: lập lại truyền CPT 10-20ml/kg/giờ trong 1 giờ, điều trị toan, xuất huyết,

hạ đường huyết, hạ Calci huyết nếu có. Đo HA động mạch xâm lấn, áp lực tĩnh mạch trung tâm và xử trí như sốc SXHD nặng.

C.1.2. Điều trị sốc sốt xuất huyết Dengue nặng

Trường hợp người bệnh vào viện trong tình trạng sốc nặng (mạch quay không bắt được, huyết áp không đo được (HA=0)) hoặc tụt huyết áp nặng (HA tâm thu < 70mmHg ở trẻ > 1 tuổi) hoặc hiệu áp ≤ 10mmHg thì phải xử trí rất khẩn trương.

- Để người bệnh nằm đầu thấp.

- Thở oxy.

- Truyền dịch nhanh: dùng bơm tiêm to bơm trực tiếp vào tĩnh mạch Ringer lactate hoặc NaCl 0,9% với tốc độ 20ml/kg cân nặng trong vòng 15 phút.

Phụ lục 10: Sơ đồ truyền dịch trong sốc sốt xuất huyết Dengue nặng ở trẻ em.

Lưu ý: Đối với trẻ dư cân hoặc béo phì, sử dụng cân nặng hiệu chỉnh để truyền dịch (**Phụ lục 8:** Cân nặng hiệu chỉnh để truyền dịch sốt xuất huyết Dengue ở trẻ em dư cân hoặc béo phì).

Sau đó đánh giá lại mạch và huyết áp người bệnh, có 3 khả năng xảy ra

a) Nếu mạch rõ, huyết áp bình thường hết kẹt, cho dung dịch CPT 10ml/kg cân nặng/giờ trong 1 giờ. Sau đó nếu cải thiện lâm sàng và Hct giảm ≤ 10% so với ban đầu thì giảm tốc độ truyền CPT 7,5ml/kg/giờ trong 1-2 giờ → 5ml/kg/giờ trong 1-2 giờ. Sau đó nếu ra sốc và Hct bình thường sẽ chuyển sang truyền dung dịch điện giải Ringer lactate hoặc NaCl 0,9% 5ml/kg/giờ trong 2-4 giờ → 2-3ml/kg/giờ trong 24-36 giờ. Xem xét ngưng dịch sau 24-48 giờ nếu mạch, huyết áp, Hct bình thường hoặc nước tiểu ≥ 0,5ml/kg/giờ.

b) Nếu mạch nhanh, huyết áp còn kẹt hoặc huyết áp hạ: Truyền dung dịch CPT 15-20ml/kg cân nặng/giờ, có 2 khả năng xảy ra.

b.1) Nếu cải thiện lâm sàng thì xử trí theo (a).

b.2) Nếu không cải thiện lâm sàng, kiểm tra Hct.

* Nếu Hct cao hay > 40%: truyền CPT 10-20ml/kg/giờ.

- Nếu cải thiện lâm sàng thì xử trí theo (a).

- Nếu còn sốc (sốc thất bại bù dịch): Hội chẩn khoa, hội chẩn bệnh viện hoặc hội chẩn tuyến trên. Có 3 khả năng xảy ra:

+ CVP ≤ 15cmH₂O: truyền CPT 10-20ml/kg/giờ hoặc đổi sang truyền albumin 5% khi tổng lượng CPT ≥ 60ml/kg và đang chống sốc CPT ≥ 5-10ml/kg/giờ kèm albumin < 2g/dL hoặc người bệnh suy gan nặng, suy thận, ARDS.

Cách pha nồng độ albumin 5%: 1 lọ albumin 20% 50ml + 150ml Normalsaline = 200ml albumin 5%.

Liều albumin (g) = [nồng độ albumin cần đạt (g/dl) - nồng độ albumin hiện tại (g/dl)] x thể tích huyết tương (0,8 x cân nặng (kg)).

Sau truyền đánh giá lâm sàng và thử lại albumin. Có thể lập lại truyền albumin 5% nếu cần.

+ CVP > 15cmH₂O, Hct cao kèm sức co bóp cơ tim bình thường: thử dịch truyền với CPT 5-10ml/kg/giờ. Sau đó nếu cải thiện sẽ truyền CPT 5ml/kg/giờ. Nếu có dấu hiệu quá tải, ngưng dịch và cho thuốc tăng co cơ tim Dobutamin liều 3-10µg/kg/phút.

+ CVP > 15cmH₂O kèm sức co cơ tim giảm: truyền Dopamin liều 5-10 µg/kg/phút có thể kết hợp truyền CPT. Nếu có dấu hiệu quá tải, ngưng dịch và cho thuốc tăng co cơ tim Dobutamin liều 3-10µg/kg/phút. Nếu còn sốc kèm giảm sức co cơ tim thì phối hợp thêm Adrenaline liều 0,05-0,3µg/kg/phút hoặc phối hợp Noradrenaline liều 0,05-1µg/kg/phút trong trường hợp giảm kháng lực mạch máu. Điều trị toan, hạ Calci nếu có.

* Nếu Hct thấp (< 35%) hoặc giảm > 20% so với ban đầu.

- Cần phải thăm khám để phát hiện xuất huyết nội và truyền máu, tốt nhất là truyền hồng cầu lắng (HCL) 5ml/kg hoặc máu toàn phần 10ml/kg. Tốc độ truyền tùy tình trạng chảy máu và hematocrit, thường trong 1-2 giờ, song song đó truyền CPT 10ml/kg/giờ. Xem xét truyền huyết tương đông lạnh để cầm máu (xem phần điều trị xuất huyết nặng). Sau 1 giờ, nếu cải thiện lâm sàng và Hct thì xử trí theo (a).

- Nếu mạch, huyết áp vẫn không đo được: bơm tĩnh mạch trực tiếp dung dịch cao phân tử 20ml/kg cân nặng/15 phút. Nên đo CVP để có phương hướng xử trí. Sau đó nếu đo được huyết áp và mạch rõ, thì xử trí theo (a). Nếu không cải thiện thì xử trí theo (b.2).

* Tiêu chuẩn ngưng truyền dịch

+ Lâm sàng ổn định, chi ấm, mạch rõ, HA ổn định, tiểu khá, Hct ổn định.

+ Thời điểm ngưng truyền dịch thường 24 giờ sau khi hết sốc và bệnh nhân có các dấu hiệu của giai đoạn hồi phục, thường là sau ngày 6-7. Tổng dịch truyền thường 120-150ml/kg trong trường hợp sốc SXHD. Trường hợp sốc SXHD nặng, thời gian truyền dịch và thể tích dịch truyền có thể nhiều hơn.

+ Ngưng dịch truyền khi có dấu hiệu quá tải hoặc dọa phù phổi.

PHỤ LỤC 2**PHÂN ĐỘ SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE**

(Ban hành kèm theo Quyết định số 3705/QĐ-BYT ngày 22 tháng 8 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

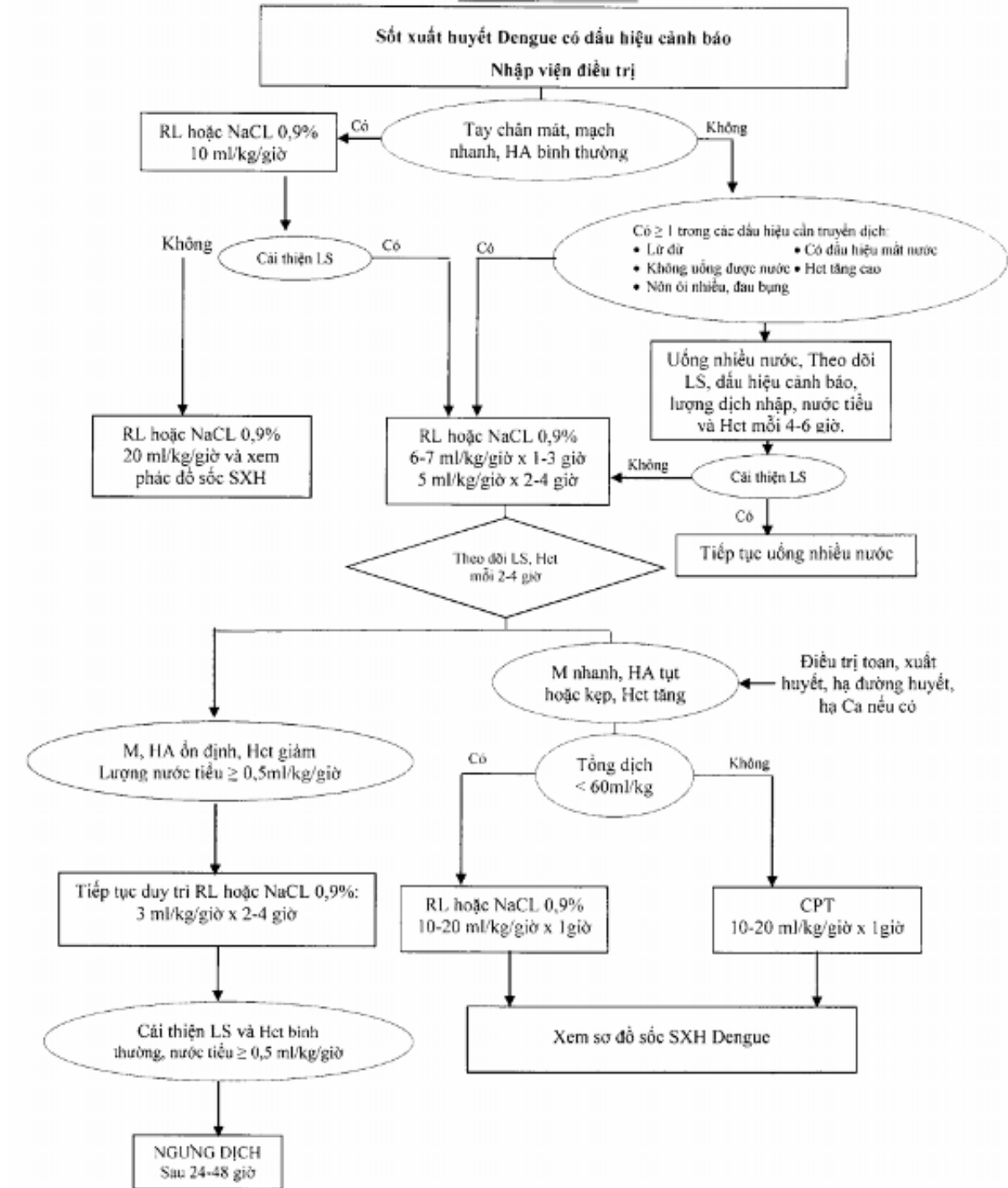
Phân độ	SXHD	SXHD có dấu hiệu cảnh báo	SXHD nặng
Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng	<p>Sống/đi đến vùng có dịch. Sốt ≤ 7 ngày và có 2 trong các dấu hiệu sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Buồn nôn, nôn. - Phát ban. - Đau cơ, đau khớp, nhức hai hố mắt. - Xuất huyết da hoặc dấu hiệu dây thắt (+). - Hct bình thường hoặc tăng. - Bạch cầu bình thường hoặc giảm. - Tiểu cầu bình thường hoặc giảm. 	<p>Ít nhất 1 trong các dấu hiệu sau</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vật vã, lừ đừ, li bì. - Đau bụng nhiều và liên tục hoặc tăng cảm giác đau vùng gan. - Nôn ói nhiều ≥ 3 lần/1 giờ hoặc ≥ 4 lần/6 giờ. - Xuất huyết niêm mạc: chảy máu chân răng, mũi, nôn ra máu, tiêu phân đen hoặc có máu, xuất huyết âm đạo hoặc tiểu máu. - Gan to > 2cm dưới bờ sườn. - Tiểu ít. - Hct tăng kèm tiểu cầu giảm nhanh. - AST/ALT ≥ 400U/L*. - Tràn dịch màng phổi, màng bụng trên siêu âm hoặc Xquang*. 	<p>Ít nhất 1 trong các dấu hiệu sau</p> <p>1. Thoát huyết tương nặng dẫn tới</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sốc SXHD, sốc SXHD nặng. - Ứ dịch, biểu hiện suy hô hấp. <p>2. Xuất huyết nặng</p> <p>3. Suy các tạng</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gan: AST hoặc ALT ≥ 1000U/L. - Thần kinh trung ương: rối loạn ý thức. - Tim và các cơ quan khác.

* Nếu có điều kiện thực hiện

PHỤ LỤC 4**SƠ ĐỒ XỬ TRÍ SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE**

CÓ DẤU HIỆU CẢNH BÁO Ở TRẺ EM

(Ban hành kèm theo Quyết định số 3705/QĐ-BYT ngày 22 tháng 8 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế)



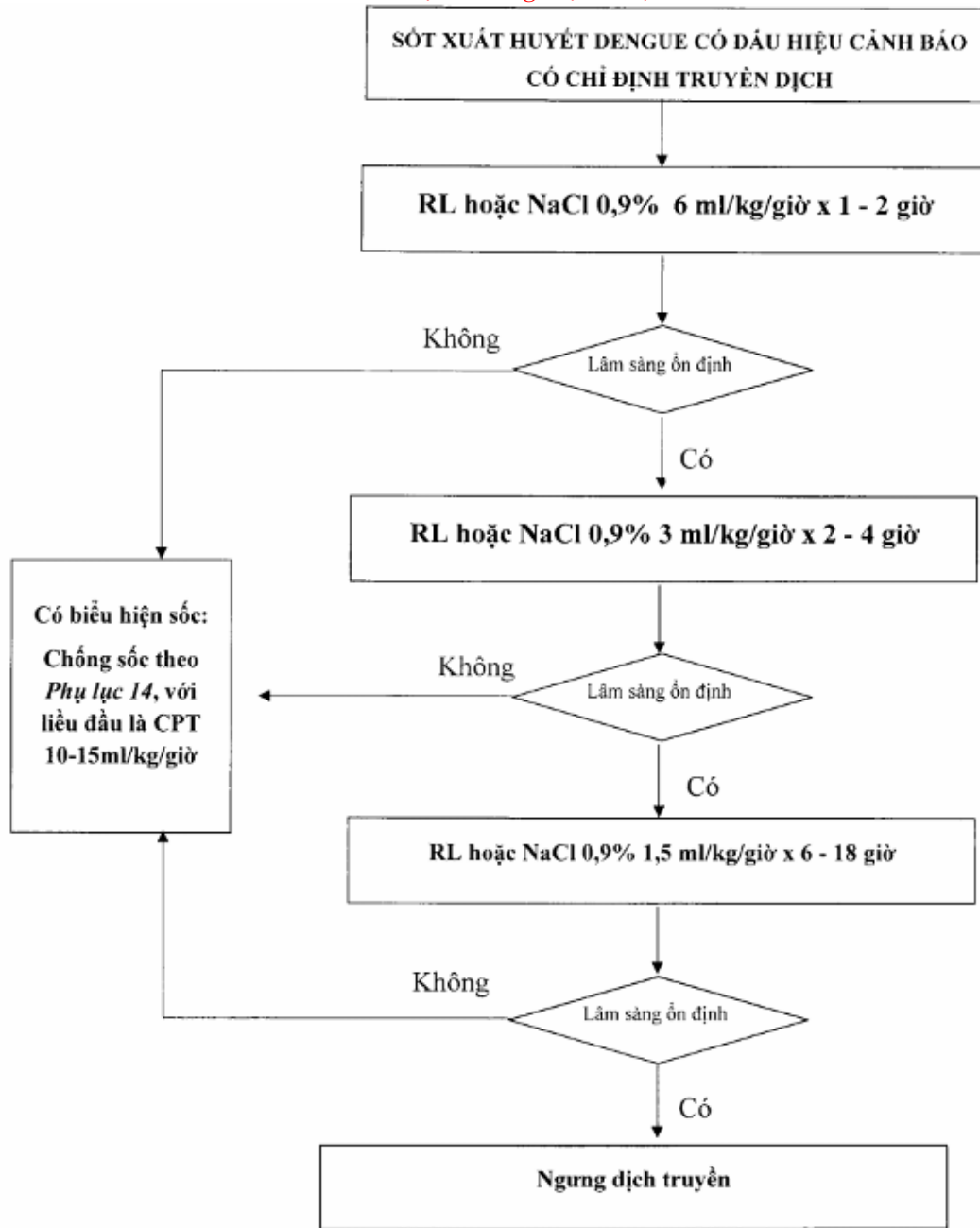
Cải thiện lâm sàng: mạch giảm, HA bình thường, hiệu áp > 20mmHg

M: mạch, HA: Huyết áp, CPT: Cao phân tử (Dextran hoặc HES 200/0,5), RL: Ringer lactate

PHỤ LỤC 5

SƠ ĐỒ XỬ TRÍ SXHD CÓ DẤU HIỆU CẢNH BÁO Ở NGƯỜI LỚN

(Ban hành kèm theo Quyết định số 3705/QĐ-BYT ngày 22 tháng 8 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

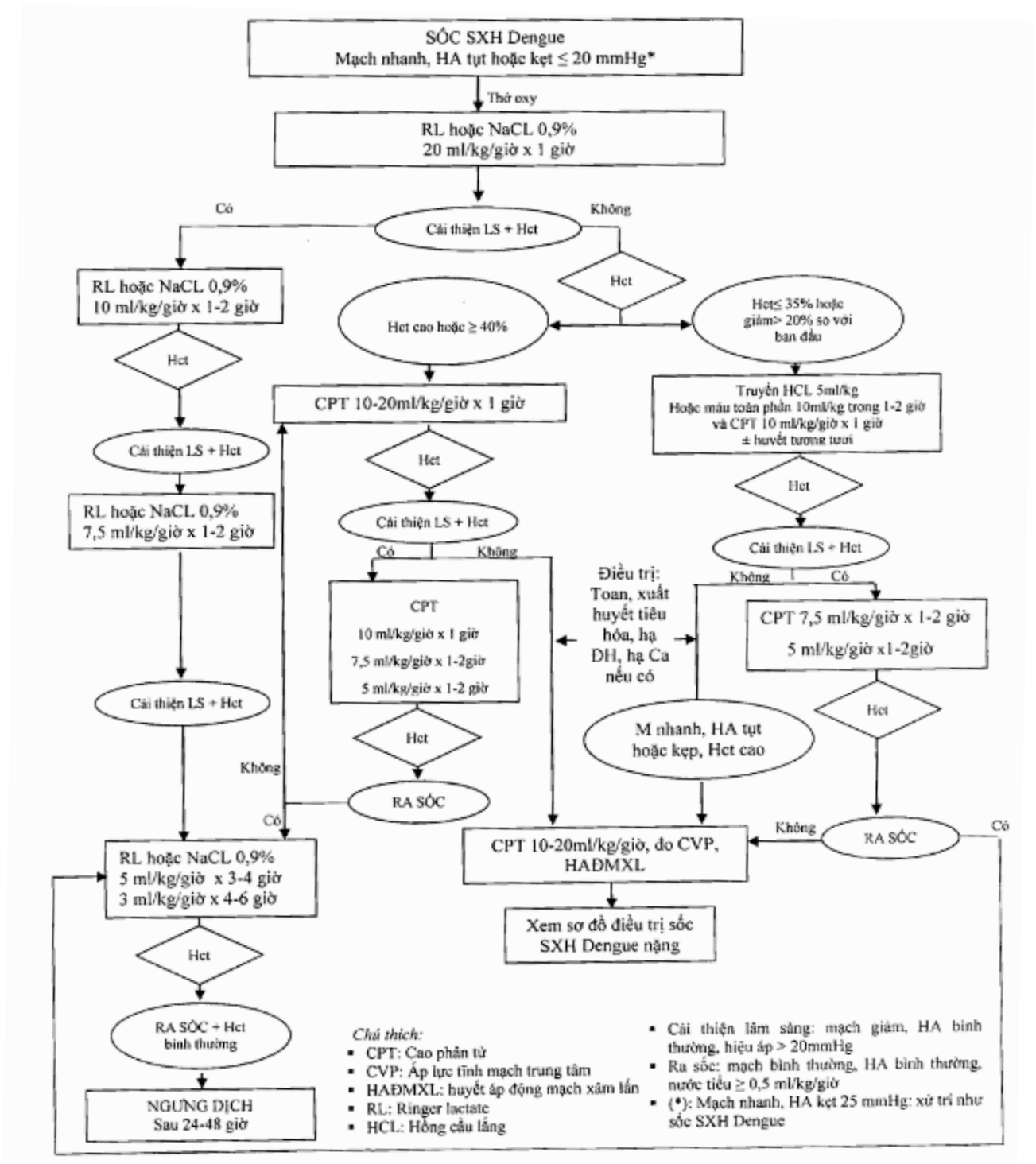


CPT: cao phân tử, RL: Ringer lactate

PHỤ LỤC 7

SƠ ĐỒ TRUYỀN DỊCH TRONG SỐC SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE Ở TRẺ EM

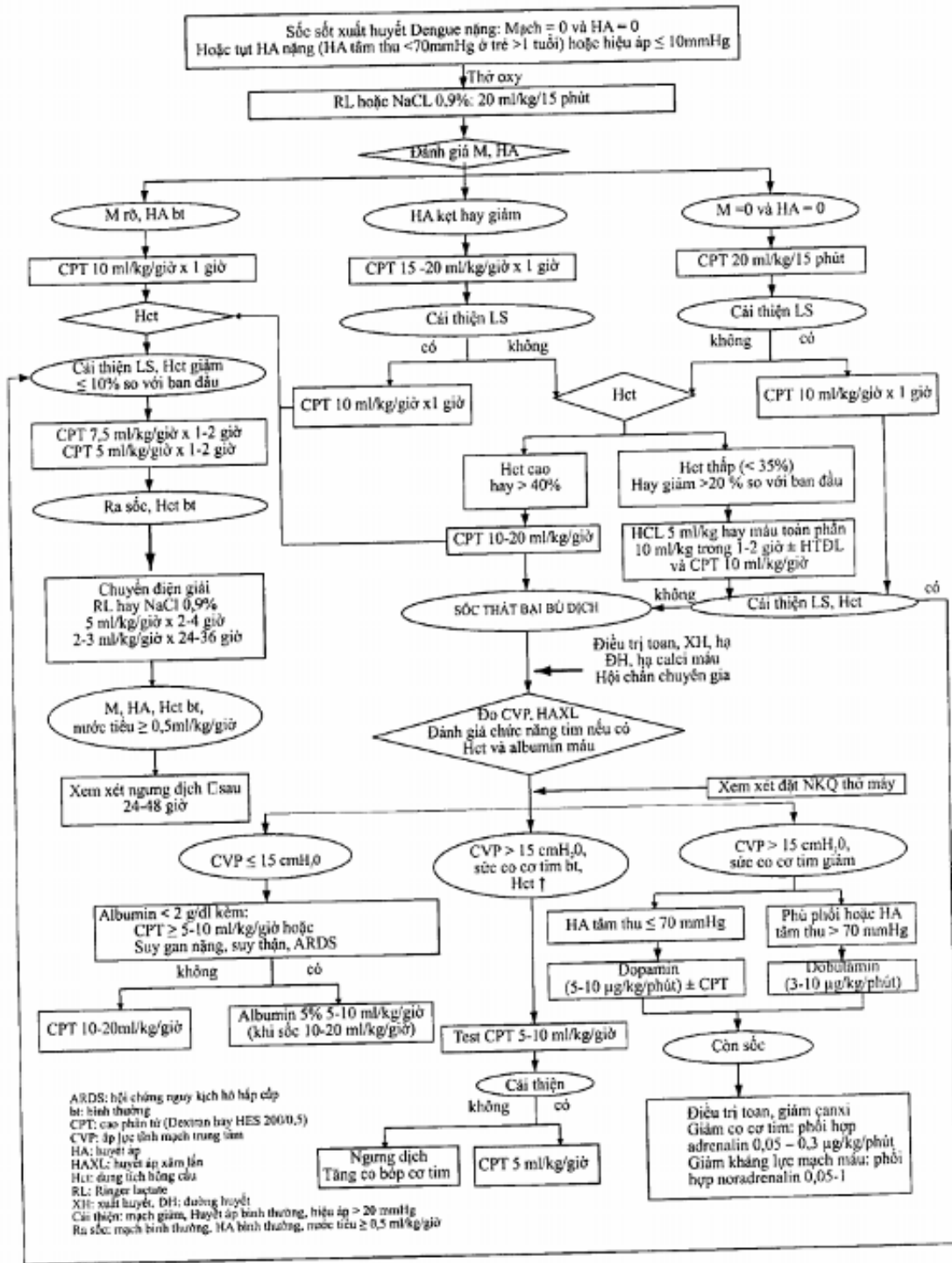
(Ban hành kèm theo Quyết định số 3705/QĐ-BYT ngày 22 tháng 8 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế)



PHỤ LỤC 10

SƠ ĐỒ TRUYỀN DỊCH TRONG SỐC SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE NẶNG Ở TRẺ EM

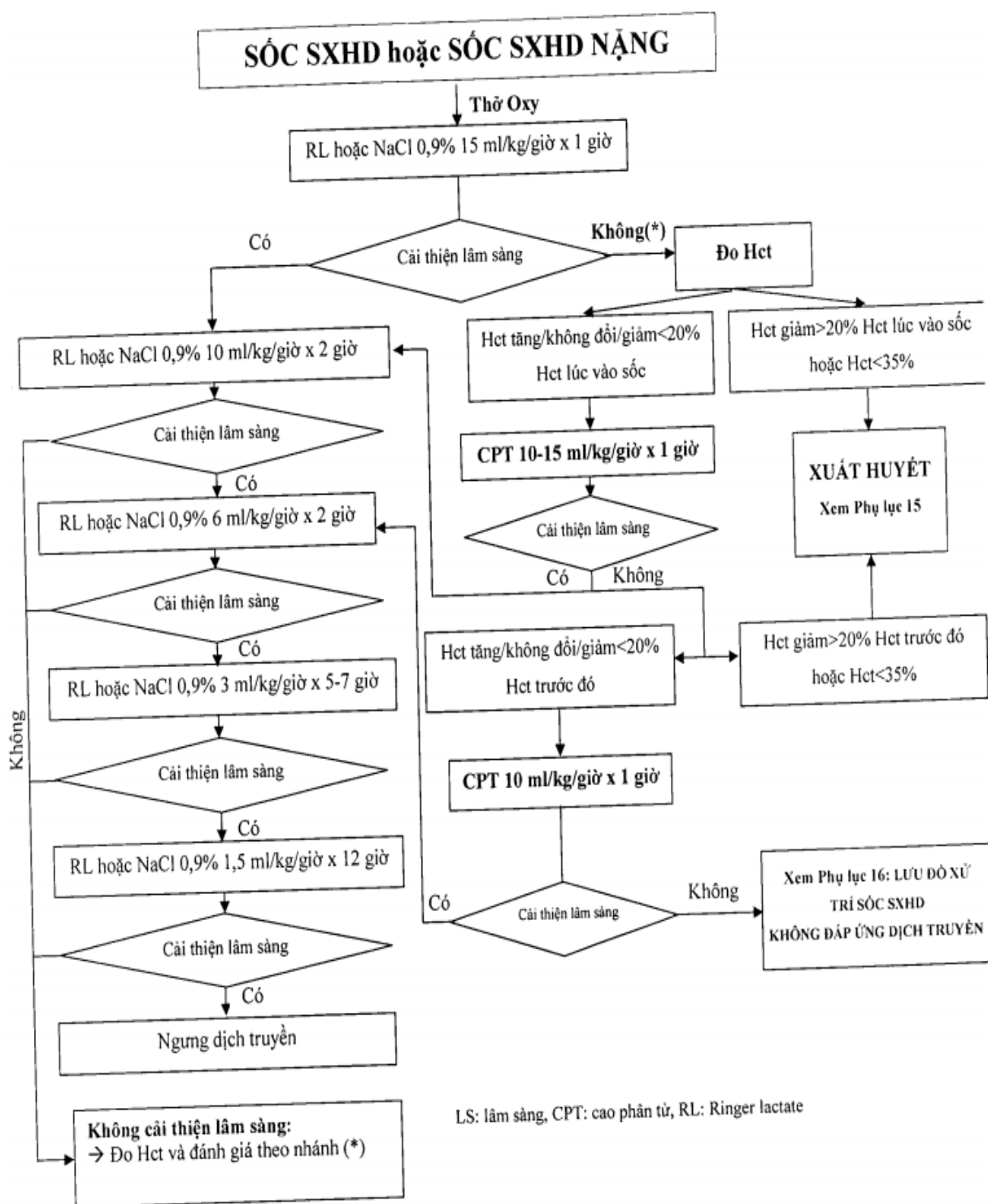
(Ban hành kèm theo Quyết định 3705/QĐ-BYT ngày 22 tháng 8 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế)



PHỤ LỤC 14

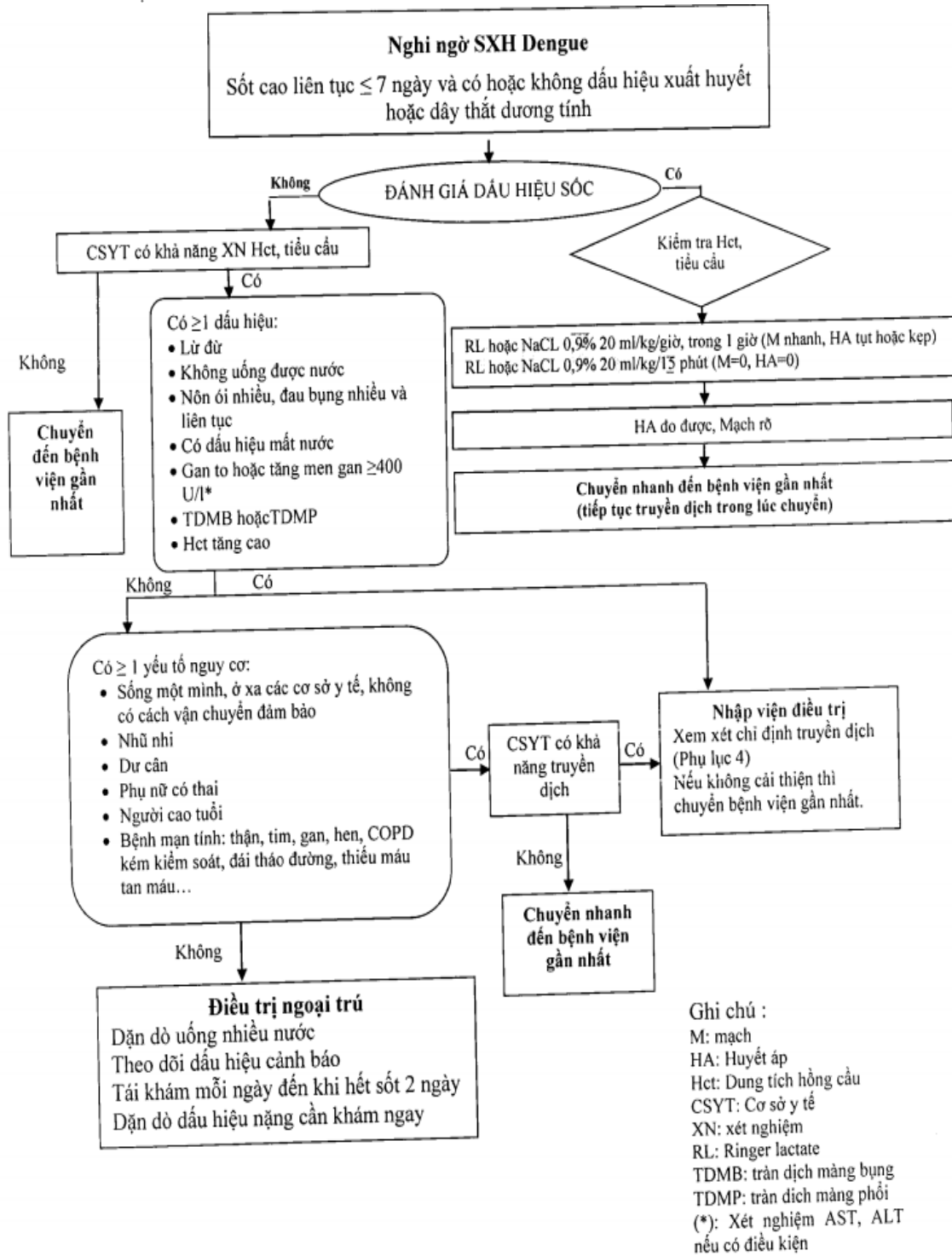
SƠ ĐỒ TRUYỀN DỊCH TRONG SỐC SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE Ở NGƯỜI LỚN

(Ban hành kèm theo Quyết định số 3705/QĐ-BYT ngày 22 tháng 8 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế)



PHỤ LỤC 19

PHÁT HIỆN VÀ XỬ TRÍ SỐC XUẤT HUYẾT DENGUE Ở TUYẾN CƠ SỞ KHI CÓ DỊCH
(Ban hành kèm theo Quyết định số 3705/QĐ-BYT ngày 22 tháng 8 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế)



**Bài 16: CƠN ĐAU THẮT NGỰC ỔN ĐỊNH
(BỆNH CƠ TIM TMCB MẠN, THIỂU NĂNG VÀNH, BTTMCB MẠN)**

I. Chẩn đoán:

A. Triệu chứng lâm sàng:

Cơn đau sau xương ức, đau như thắt, đau như đè, đau lan ra cánh tay trái; cổ; vai; đầu có hoặc không, cơn đau kéo dài ít hơn 10 phút, có khi tăng sau gắng sức và giảm khi nghỉ.

Tiền sử tăng huyết áp, béo phì, tiểu đường giúp cho nghĩ nhiều đến cơn đau thắt ngực.

B. Ghi ECG ngay trong cơn đau:

ECG trong lúc nghỉ:

- + Có thể có sóng Q > 4 ms.
- + ST chênh xuống hoặc chênh lên, đi ngang, hoặc dẹt.
- + T đảo ngược gợi ý thiếu máu cơ tim.

II. Các XN cần thực hiện:

- Glucose huyết
- ECG
- Hệ thống Lipid máu (Cholesterol, Triglycerid, LDL, HDL)
- AST, ALT (chọn lựa thuốc để điều trị)
- X-Quang (khi có dấu hiệu suy tim)

II. Điều trị:

- + Điều trị yếu tố nguy cơ tim mạch.
- + Tăng cường cung cấp Oxy cho cơ tim.
- + Giảm tiêu thụ Oxy của cơ tim.
- + Điều trị những yếu tố làm gia tăng cơn đau thắt ngực như: THA, thiếu máu..

1. Thuốc: Chú ý những bệnh đi kèm như: bệnh phổi, bệnh thận; tuổi, giới; tình trạng béo phì...

a. Aspirine 81-162mg/ngày, phải được dùng cho tất cả bệnh nhân (nếu không chống chỉ định loét dạ dày tá tràng đang tiến triển).

Thay thế Aspirin bởi Clopidorel 75mg 1 (v)/ngày.

b. Ức chế beta:

Ức chế beta là thuốc đầu tiên được chọn điều trị cơn đau thắt ngực ổn định, hầu hết bệnh nhân được kê toa điều trị nếu không có chống chỉ định.

Atenolol 25-100 mg/ngày, chia 2 lần. Hoặc

Metoprolol 50-200 mg/ngày, chia 2 lần. Hoặc

Chống chỉ định hen phế quản, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, rối loạn nhịp tim chậm như Block dẫn truyền, suy tim nặng độ IV.

c. Ức chế men chuyển:

Captopril 25mg ½ - 1 v (u)

Perindopril 4mg ½ - 1 v (u)

d. Nhóm Nitrate:

Nitroglycerine 2,5 mg 1 v x 2(u)

Risordan 5mg 1v (NDL)

Nếu không giảm cơn đau thắt ngực liều Nitrate có thể tăng.

e. Nhóm ức chế calcium:

Amlodipine 5-10mg/ngày, 1 lần.

f. Trimetazidin 20mg (hoặc 35mg) 1 viên x 2 lần/ngày.

2. Điều trị nguyên nhân:

- Rối loạn lipid máu:
- Tăng huyết áp.

3. Các bước gợi ý trong điều trị cơn đau thắt ngực ổn định

A./Ức chế beta không chống chỉ định:

Bước một: Sử dụng ức chế beta liều thích hợp.

Bước hai: Kết hợp thêm nhóm ức chế calci hoặc Nitrate uống.

Bước ba: Sử dụng Nitrate hoặc ức chế Calci.

B./Ức chế beta chống chỉ định:

+ Do bệnh phổi tắc nghẽn, bệnh tiểu đường ở cơ địa hạ đường huyết hoặc hiện tượng Raynaud.

+ Không dung nạp.

Bước một: Sử dụng ức chế Calci.

Bước hai: sử dụng nhóm Nitrate.

Tùy theo mức độ nặng nhẹ và cơ địa người bệnh có thể dùng cả hai hoặc phối hợp ba loại thuốc.

Bài 18: ĐIỀU TRỊ RẮN ĐỘC CẢN

I. Đặc điểm:

- Ở đồng bằng sông Cửu long có nhiều loại rắn độc như: rắn Hồ mang, rắn Máy gằm, rắn Lục đuôi đỏ, rắn Chàm quạp, rắn Biển (Đền cườm), rắn trong bông tre, bông cây, (Mãng xà). Mỗi loài đều có nọc rất độc được phân làm các nhóm như sau:

- Nhóm có độc tố gây độc ở máu làm tán huyết, phân hủy tế bào hồng cầu, rối loạn đông máu, gây trụy mạch, suy các cơ quan nội tạng dẫn đến tử vong thường gây hoại tử rộng nơi vết cắn như: dấu cắn bầm tím, Rắn Lục đuôi đỏ, rắn Chàm quạp.

- Nhóm có độc tố gây độc ở thần kinh, liệt cơ, liệt tứ chi, liệt cơ hoành, liệt hô hấp, tiết nhiều đờm dãi dễ gây tử vong, như rắn HỔ, dấu cắn bầm đen.
- Nhóm có độc tố vừa gây độc ở máu, vừa gây độc ở thần kinh, gây tán huyết liệt cơ, suy hô hấp, suy nội tạng dẫn đến tử vong rất nhanh như rắn mái gằm, dấu cắn bầm tím sạm máu.

II. Chẩn đoán rắn độc cắn

- Dấu rắn trên người nạn nhân, tại chỗ vết cắn.
- Dựa vào loại rắn độc (nếu bắt được rắn).
- Mức độ nhiễm độc.

III. Triệu chứng lâm sàng:

1. Tại chỗ: dấu răng do rắn độc cắn thường có hình chữ (V) hoặc (!!) nhưng có khi chỉ có một dấu răng, 2-3 dấu răng; một vết xước (do tư thế khi cắn, loại cắn).

- Nếu do loại rắn độc cắn gây nhiễm độc thần kinh như rắn hổ chúa, rắn hổ đất thì nơi vết cắn bầm tái đen, ít đau, ít chảy máu, ít phù nề.

- Nếu do loại rắn độc cắn vừa gây nhiễm độc thần kinh vừa nhiễm độc máu như: rắn mái râm, đên biển thì nơi vết cắn, bầm tái đen và xuất huyết, nơi vết cắn đau giữ dội.

- Nếu do loại rắn độc cắn gây nhiễm độc máu như rắn độc đuôi đỏ đầu vò, rắn chàm quạp thì nơi vết cắn bầm tím, đau nhứt nhiều, chảy máu, sung đỏ.

2. Triệu chứng toàn thân:

Cap nia biểu hiện tại chỗ vết cắn ít khi rõ: Sụp mi, đồng tử giãn tối đa liệt hô hấp hoàn toàn.

Hổ chúa: Vết cắn phù nề lan toả, sụp mi đồng tử giãn nhưng liệt chi hô hấp không hoàn toàn.

Rắn hổ để lại vết cắn rất rõ, sung tấy phù nề lan toả ít hoại tử tại chỗ rắn cắn, không liệt chi, yếu chi, đồng tử không giãn, liệt hô hấp hoàn toàn.

Cap nong (rắn mái râm): cắn không để lại vết cắn, hoặc vết cắn không rõ, không sung tấy phù nề, không hoại tử, liệt gốc chi đồng tử giãn, liệt hô hấp không hoàn toàn.

Rắn lục cắn thấy có dấu răng, đau sưng tại chỗ, nếu như bị xuất huyết lan rộng như nổi (da niêm mạc), lan cả chi bộ phận khác, hạch to khi bị cắn đồng tử giãn, di chuyển băng ép trên chỗ bị cắn 5-10cm (động mạch \leftrightarrow).

3. Triệu chứng toàn thân, nhóm gây nhiễm độc thần kinh:

*Triệu chứng sớm:

- Thính giác: Thường ù tai.
- Thị giác: Đồng tử giãn, mắt mờ, sụp mi, buồn ngủ.
- Vị giác: Khó nuốt, nói ngọng.
- Cảm giác: Đau, nóng, lạnh bất thường.

*Triệu chứng muộn:

- Đồng tử giãn, sụp mi mắt (không tự mở mắt được).
- Tăng tiết đờm dãi.
- Phổi nhiều rale ẩm, nhịp thở nhanh - nông, ngừng thở.
- Tim loạn nhịp, mạch khó bắt, huyết áp tụt.
- Rối loạn tiêu hoá.

4. Triệu chứng toàn thân:

Nhóm gây vừa nhiễm độc thần kinh vừa nhiễm độc máu như: rắn mái gằm, mai bạc, đèn biển cũng đều có những triệu chứng thần kinh trung ương như đã nêu trên; nhưng biểu hiện rất sớm và rất nặng, gây xuất huyết tại chỗ dấu cắn, toàn thân tổn thương nội tạng, suy chức năng đa cơ quan, dễ gây tử vong nên cần cứu chữa kịp thời.

5. Triệu chứng nhiễm độc do rắn lục cắn:

- Triệu chứng sớm: Tại chỗ cắn đau nhức, nóng, phù nề lan truyền nhanh (sau cắn từ 10-20phút).

- Triệu chứng muộn: có thể gây nôn, mửa, rét run, xuất huyết tại chỗ, chảy máu, hoại tử vết cắn, xuất huyết tiêu hoá, xuất huyết nội tạng, xuất huyết não, tiểu máu....

IV. Tiêu chuẩn chẩn đoán phân biệt:

TRIỆU CHỨNG	NHÓM ĐỘC TỔ MÁU	NHÓM ĐỘC TỔ THẦN KINH
- Đau đớn tại vết cắn	Rất đau	Ít đau
- Phù nề tại chỗ cắn	Sung to	Ít sưng
- Da nơi bị cắn	Bầm tím	Bầm đen
- Nặng mi mắt, mờ mắt	Không rõ	Rất rõ
- Nhức đầu	Dữ dội	Tương đối
- Nói và nuốt khó, tiết nhiều đờm dãi	Không rõ	Rất rõ
- Buồn ngủ, suy sụp	Trạng thái kích thích	Trạng thái suy sụp
- Đau vùng bụng	Rất rõ, có khi nôn ói, tiêu chảy	Ít rõ
- Đau các hạch bạch huyết	Rất rõ	Ít rõ
- Yếu cơ	Run giật	Liệt từ nhẹ đến nặng

V. Xử trí cấp cứu:

a. *Tại vết cắn*: Nhanh chóng rửa sạch, bằng dung dịch kiềm như thuốc tím, nước vôi, hoặc đắp những vị thuốc nam có nhiều chất tanin (chất đắng, chát...) Có tác dụng trung hòa, tẩy bớt lượng nọc rắn khỏi cơ thể, băng kín vết thương, không để bệnh nhân vận động nhiều, nếu vết cắn ở chi nên garô vừa chặt và cố định tạm thời, để hạn chế sự khuếch tán của nọc rắn.

b. *Xử trí bằng thuốc Đông y*:

- | | |
|------------------------------|------------------------|
| * Ngải hùm đỏ | * Gừng gió (Gừng đại) |
| * Ngải năng đỏ | * Phèn chua |
| * Vỏ cây vừng trôn | * Quế khô |
| * Củ cỏ ống | * Cây lài dưa |
| * Rễ cây đu đu | * Lá cà rai leo |
| * Thạch hộc | * Cây kim vàng |
| * Cây phèn đen (thể Nỏ đen) | * Thiên liên |
| * Ngải đen | * Dây lưởi đồng |
| * Ngải năng trắng | |

c. *Cách điều chế và liều lượng thuốc*:

c1. Lấy mỗi loại từ 5 – 8g thuốc (1 lượng bằng 40g, 20g bằng 5 chỉ, 1 chỉ ~ 3,75g)

- Riêng phèn chua ~ 4 gam, Quế 2 gam...

- Bệnh nặng nên chọn từng số thuốc có số thứ tự từ 01-10 đâm giã cho uống trước.

c2. Cách điều chế: Tất cả thuốc rửa sạch dùng cối đâm nhuyễn cho nước nấu sôi vào chùng 50ml uống 1- 2 lần.

- Rửa sạch chỗ đau răng cắn của rắn, nếu vết cắn không chảy máu thì dùng dao mổ chích chỗ đau răng cắn cho ra máu và lấy thuốc đã đâm đắp vào và băng lại, tiếp tục tìm thêm thuốc đâm cho uống tiếp đến khi giảm triệu chứng và theo dõi tiếp.

c3. **Cần lưu ý:** “*Khi gặp rắn Mái gầm, rắn Lục đuôi đỏ cắn thì nên tăng Thạch học, Ngải năng đồ liều gấp đôi và không được dặt nặn hút máu thô bạo làm sang chấn vết cắn làm cho bệnh càng nặng thêm*”.

VI. Thuốc dùng để đắp, ngâm vết rắn độc cắn:

a. Có tác dụng làm trung hòa nọc rắn chống sưng nề, chống hoại tử lang rộng nơi vết cắn...

b. Tên cây thuốc:

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------|
| 1. Xác thuốc đã đâm lấy thuốc ở trên | 6. Phèn chua 2 – 3 chỉ |
| 2. Tay lá đu đủ | 7. Trầu lương (Trần không) |
| 3. Lá lốt | 8. Thuốc hút (3 điếu) |
| 4. Lá me ăn trái | 9. Rượu trắng (250ml) |
| 5. Ngải sung | |

* Tất cả đâm nhuyễn cho thêm nước vừa đủ

c. Cách sử dụng:

Tất cả hỗn hợp nấu sôi để ấm, ngâm đắp nơi vùng sưng và vết cắn ngâm liên tục mỗi lần 30 phút - 1 giờ ngâm từ 1 - 2 ngày đến khi hết sưng.

d. Kết hợp y học hiện đại:

* Xử trí ban đầu:

- Nếu vết cắn ở chi thì dùng dây ga rô bản to, buộc ga rô phía trên miệng vết thương 3 - 5cm. Riêng rắn Lục cắn thì không ga rô, không rạch rộng vết cắn vì sẽ làm hoại tử, làm bệnh nặng thêm.

* Xử trí tiếp theo:

- Thở oxy nếu bệnh nhân khó thở.

- Đặt nội khí quản, bóp bóng, thở máy. Nếu bệnh nhân suy hô hấp.

- Hút đàm, nếu cần thiết.

- Đặt sonde dạ dày (nếu bệnh nhân không tự uống được).

- Thuốc:

. Giảm đau.

. Kháng histamin.

. Truyền dịch.

. Trợ tim.

. Corticoide, kháng sinh, vitamin C, liều cao.

. Nâng huyết áp, lợi tiểu nếu cần.

Nếu có các triệu chứng nhiễm độc nặng về tiêu hóa hô hấp, tim mạch thì phải hồi sức cấp cứu, tích cực.

Bài 19: NGỘ ĐỘC ETHANOL

I. LÂM SÀNG:

1. Ngộ độc nhẹ và vừa :

Kém hợp tác, mắt thẳng bằng, rung giật nhãn cầu, giảm khả năng phán đoán và phản ứng. Có khi biểu hiện sự hung dữ, kích động. Biểu hiện của sự hạ đường huyết có thể xảy ra.

2. Ngộ độc nặng:

Hôn mê ức chế hô hấp, có thể hít sặc vào phổi, đồng tử co nhỏ, M; T⁰; HA thường giảm. Hiện tượng ly giải cơ vân có thể xảy ra do hậu quả của tình trạng nằm bất động kéo dài trên mặt phẳng cứng.

II. CHẨN ĐOÁN:

Dựa vào bệnh sử có uống rượu, hơi thở có mùi rượu và biểu hiện lâm sàng (cần chú ý các bệnh lý đi kèm hoặc biểu hiện gần tương tự như chấn thương sọ não, hạ đường huyết, giảm thân nhiệt, viêm màng não hoặc Ngộ độc thuốc.).

Xét nghiệm nồng độ rượu trong máu tăng.

III. ĐIỀU TRỊ:

- + Không rửa dạ dày và gây nôn vì Ethanol hấp thu nhanh.
- + Nằm nghiêng đầu thấp tránh hít sặc vào phổi.
- + Đặt nội khí quản và hô hấp hỗ trợ khi có suy hô hấp.
- + Vitamin B1 100mg Tĩnh mạch.
- + Glucose 30% 100 ml tĩnh mạch.
- + Khi có hạ thân nhiệt: sưởi ấm nâng nhiệt một cách từ từ.
- + Không có Antidote, nhưng có báo cáo NALOXON 2 - 5 mg Tĩnh mạch có thể làm bệnh nhân tỉnh và cải thiện tình trạng ức chế hô hấp (kết quả chưa được công nhận rộng rãi). Hầu hết bệnh nhân phục hồi trong vòng 4 -6 giờ.

Bài 20: NGỘ ĐỘC ACETAMINOPHEN

I. LIỀU GÂY ĐỘC CẤP TÍNH:

Uống > 140 mg / kg (trẻ em).

Uống > 6 g (người lớn).

Độc tính tác động chủ yếu ở gan.

II. LÂM SÀNG: Triệu chứng tùy thuộc vào khoảng thời gian từ lúc uống đến khi nhập viện.

+ Đến sớm: không triệu chứng hoặc chán ăn, buồn nôn, nôn, vã mồ hôi.

+ Sau 24 -48 giờ: có thể xuất hiện các triệu chứng của hoại tử tế bào gan nặng hơn hôn mê gan, hội chứng suy gan thận đôi khi xảy ra.

III. XÉT NGHIỆM:

+ Transaminase tăng sau 24 - 36 giờ (AST tăng nhiều nhất); cao nhất sau 72 - 96 giờ hồi phục sau ngày thứ 4 (nếu không suy gan tiến triển).

+ Công thức máu.

+ Siêu âm bụng.

IV. CHẨN ĐOÁN:

Dựa vào lời khai của người thân, bệnh nhân; triệu chứng lâm sàng và CLS.

V. ĐIỀU TRỊ:

+ Rửa dạ dày (nếu đến sớm < 4 giờ).

+ Bơm than hoạt (pha với nước) 1g/kg vào sonde dạ dày sau khi rửa.

+ Không dùng thuốc gây nôn.(Ipeca).

+ Nếu có triệu chứng ói mửa: cho thuốc chống nôn: METOCLOPRAMIDE liều 60 - 70 mg tĩnh mạch.

+ ANTIDOTE: ACETYL CYSTEINE liều 140 mg/ kg uống.

+ Điều trị nâng đỡ; theo dõi chức năng gan, chức năng thận ít nhất trong 3 ngày đầu.

+ Điều trị suy gan thận nếu có xảy ra.

Ghi chú :

Nếu đo được nồng độ Acetaminophene trong huyết tương thì cho Acetylcysteine liên tiếp theo 70 mg/kg/4 giờ cho tới đủ 17 liều . nếu không đo được thì không cho Acetylcysteine thêm.

Bài 21: NGỘ ĐỘC CHLORPROMAZINE; HALOPERIDOL

I. LIỀU GÂY ĐỘC CẤP TÍNH:

Sau uống 200 - 1000 mg Chlorpromazine ở trẻ em ; 3 - 5 g ở người lớn.

II. LÂM SÀNG:

Chủ yếu ở tim mạch và thần kinh trung ương.

1. Ngộ độc nhẹ:

Tri giác lơ đãng; đồng tử co nhỏ, hạ huyết áp tư thế, khô miệng, da khô không có mồ hôi, nhịp nhanh ứ đọng nước tiểu bằng quang.

2. Ngộ độc nặng:

Hôn mê co giật, có thể ngưng thở.

ECG: QT kéo dài, QRS dẫn rộng, Giảm thân nhiệt hoặc tăng thân nhiệt.

III. CHẨN ĐOÁN:

Dựa vào lời khai của người nhà, bệnh nhân (nếu tỉnh) và biểu hiện lâm sàng.

IV. ĐIỀU TRỊ:

+ Bảo đảm lưu thông khí đạo.

+ Rửa dạ dày (sau uống < 4 giờ).

+ Bơm than hoạt qua sonde dạ dày 50 - 100 g.

+ Điều trị tụt huyết áp bằng truyền dịch Lactate Ringer (dựa vào CVP; nghe phổi) và vận mạch chủ yếu α Receptor (Nor-epinephrine) liều 0,5 -1 μ g / phút .Tăng liều để đạt được hiệu quả. (trung bình 2 -10 μ g / phút).

+ Điều trị rối loạn nhịp: Lidocaine HCl Truyền tĩnh mạch 2 - 3 mg/phút; Magne Sulfate.(MgSO 4) 2-4 gr/tĩnh mạch.

+ Chống co giật: Diazepam liều tùy mức độ lâm sàng.

+ Điều trị rối loạn thân nhiệt.

+ Monitor theo dõi.

CHÚ Ý :

+ Khi có QRS dẫn rộng: NaHCO₃ 1 - 2 mEq / kg Tĩnh mạch.

+ Loạn trương lực cơ (trong các trường hợp nhẹ) DIPHENHYDRAMINE 0,5 - 1 mg /kg tĩnh mạch hoặc tiêm bắp.

Bài 22: NGỘ ĐỘC CẤP CHLOROQUINE

I. Chẩn đoán:

- Bệnh nhân uống tự tử, vì thuốc để lại, lượng thuốc uống, thuốc khác uống kèm

- Nhẹ: Uống < 10 viên (viên 0,25 g chứa 0,15 g chloroquin). Buồn ói, ói, nhìn mờ, nhìn đôi, nhức đầu khả năng ngưng tim đột ngột vẫn có.

- Nặng: uống > 3gr. Hôn mê sâu, mất phản xạ, co giật, giảm huyết áp, nhịp chậm, QRS > 0,15 giây. Ngưng tim thường được báo trước bằng nhịp nhanh xoang, hoặc bất ngờ cùng với ngưng thở. Các kiểu rối loạn nhịp và dẫn truyền còn có ngoại tâm thu thất, nhanh thất, xoắn đỉnh, Bloc nhĩ thất.

- Ngộ độc chết người: uống > 5 gr, huyết áp tối đa =< 80 mmHg, QRS >= 0,12 giây.

II. Điều trị:

- Chuẩn bị tư thế cấp cứu ngưng tim - ngưng thở.

- Diazepam 10 mg 2 ống TM.

- Rửa dạ dày sớm bằng Tube Levin < 3 giờ sau khi uống - bơm 300 ml /lần, rửa khoảng 8-10 lít nước.

- Than hoạt tính: 50 gr 4 lần / ngày, kết hợp Sorbitol 5g x 2 gói x 3 lần / ngày.

- Duy trì Diazepam ít nhất trong 24 giờ đầu, tổng liều cho theo liều ngộ độc Chloroquin mà bệnh nhân uống vào: 1 ống Diazepam cho 2 viên Chloroquin (0,5 g).

- Trường hợp bệnh nhân hôn mê, trụy mạch: sau khi chích 2 ống Diazepam, truyền dịch / CVP mà huyết áp không lên truyền Adrenaline, liều khởi đầu 1-2 µg/ phút tăng dần mỗi 5 phút để có hiệu quả. Sau khi đặt nội khí quản mới rửa dạ dày.

- Trường hợp ngưng tim - ngưng thở: Cấp cứu tim phổi, có thể tiêm 10 mg Diazepam cùng với Adrenalin 1mg vào buồng tim hoặc tĩnh mạch trung ương.

- Sau hồi sức thành công, hoặc cas nặng: Theo dõi Monitoring ít nhất 6-8 giờ đầu.

Bài 23: NGỘ ĐỘC CẤP THUỐC NGỦ PHENOBARBITAL**I. Chẩn đoán:** Thường gặp Phenobarbital uống tự tử

- Nhẹ: ngủ say
- Nặng:
 - + Hôn mê sâu - phản xạ gân xương giảm hoặc mất - đồng tử co, PXAS kém, mắt. Thở khò khè, ứ đàm.
 - +Ức chế hô hấp: thở chậm nông, ngưng thở.
 - +Ức chế vận mạch: trụy mạch.
 - + Hạ thân nhiệt.
 - + Liều tử vong: 6 gr -10g.

II. Điều trị:

- Rửa dạ dày sớm < 6 giờ. Nếu hôn mê đặt NKQ trước, rửa = sonde Levin.
- Than hoạt 50 gr / 4 giờ uống hoặc bơm qua sonde dạ dày.
- Truyền dịch bảo đảm lượng nước tiểu 2-3 ml/kg/ giờ.
- Kiểm hóa nước tiểu: NaHCO₃ 50-100 meq / 1000ml Glucose 5 % + 20 mEq K⁺ (nếu không có suy thận) truyền tốc độ 2-3 ml/kg/giờ, điều chỉnh tốc độ bảo đảm pH nước tiểu bằng 6-7.
- Săn sóc người hôn mê: thông hô hấp, xoay trở.
- NKQ, Thở máy IPPV khi có suy hô hấp nặng.
- Vận mạch khi có tụt huyết áp (sau khi đã bù dịch đủ).
- Sưởi ấm khi có hạ thân nhiệt.
- Cho kháng sinh khi có bội nhiễm phổi; đường tiểu.
- Chỉ định lọc máu trong các trường hợp ngộ độc nặng .
- * **Tổ chức hội chẩn và có thái độ xử trí thích hợp.**

**Bài 24: NGỘ ĐỘC CẤP THUỐC TRỪ SÂU
LOẠI ỨC CHẾ CHOLINESTERASE: PHOSPHO HỮU CƠ, CARBAMAT**

I. Chẩn đoán:

- Thường bệnh nhân uống đê tự tử, vào viện hôn thuốc sâu.
- Hội chứng Muscarin: Da tái, đồng tử co, đau bụng, tiêu chảy, khó thở, tăng tiết đàm giải, mạch chậm, H.A tụt.
- Hội chứng nicotin:
 - + Cấp: Rung cơ, co giật thớ cơ.
 - + Bán cấp: Yếu liệt cơ từ 1 - 4 ngày sau khi uống; Cơ cổ, cơ gốc chi, dây thần kinh sọ Đặc biệt cơ hô hấp bị yếu, liệt ---> suy hô hấp.
 - Hội chứng thần kinh trung ương: Hôn mê, co giật, tiêu tiểu không tự chủ, suy hô hấp, trụy mạch.
 - Phân loại lâm sàng:
 - + Nhẹ: H/C Muscarin.
 - + Vừa: H/C Muscarin + H/C Nicotin cấp.
 - + Nặng: H/C Muscarin + Nicotin + Thần kinh T/W hoặc có H/C Nicotin bán cấp gây liệt hô hấp.

II. Điều trị:

- Rửa dạ dày, rửa da, gội đầu.
- Than hoạt tính 50gr(u).
- **Atropin:**
 - + Nặng: 1-2 mg TM / 15'.
 - + Vừa: 1 mg TM / 30'.
 - + Nhẹ: 0,5-1mg TM / 1-2giờ.
 - Duy trì liều mỗi 12 - 24 giờ, rồi giảm 1/2 liều.
 - Nếu ngấm Atropin nhiều: M > 120 l/phút. Đồng tử 5-6 mm, sáng nhiều, mặt đỏ bừng ---> giảm liều ngay.
 - Ngưng Atropin khi còn liều 1 mg / 6 h sau 24 h Theo dõi thêm 24 h nữa.
- **PAM :**
 - Chú ý : khi sử dụng PAM thì phải giảm liều Atropin (có thể giảm ½ liều) 1 gr TM /10- 20 phút, sau đó duy trì bằng truyền TM 0,5g / giờ x 24-48 giờ (dung dịch pha với PAM : NaCl 9%;Glucose 5 %).
 - Suy hô hấp cấp: NKQ, hút đàm, thở máy mode A/C hoặc SIMV cài Peep thấp.
 - Trụy mạch: Bù dịch, dùng Dopamin.
 - chú ý: Không chỉ định dùng PAM và Atropin đối với thuốc trừ sâu loại Pyrethroid (không ức chế Acetyl cholinesterase).
- **Trẻ em:**
 - + Atropine: 0,02 - 0,05 mg/kg/ 15 phút hoặc TM 0,02 - 0,08 mg/Kg/giờ.
 - + PAM: 20-50mg /Kg/lần (tối đa 1 g) truyền tĩnh mạch 30 phút - 1 giờ. Có thể lặp lại sau 1 giờ nếu hô hấp chưa cải thiện. Liều kế tiếp cách mỗi 8-12 giờ cho đến khi hội chứng Nicotine mất. Trong trường hợp nặng truyền liên tục 10-20 mg /Kg/giờ.

Bài 25: NGỘ ĐỘC THUỐC DIỆT CỎ

A. Ngộ độc Paraquat:(Gramaxone)

I. Chẩn đoán:

Dựa vào lời khai, nhân thuốc.

Biểu hiện lâm sàng; Viêm loét niêm mạc miệng, họng, hầu, có màng giả ở các nơi loét. Những ngày sau (cuối tuần thứ nhất) vàng da vàng mắt, tiểu ít vô niệu, Tuần thứ 2 có suy hô hấp do xơ hóa phổi.

II. Điều trị:

Rửa dạ dày (trước 24 giờ sau uống) bằng dung dịch đất sét loãng, hoặc dung dịch Bentonite 7 %. Có thể cho uống 1 lít dung dịch bentonite pha với 200 ml Mannitol 20 %, không có Bentonite thay bằng than hoạt 1-2 g/kg uống.

Băng niêm mạc dạ dày ở những ngày tiếp theo bằng Phosphalugel hoặc Smecta hoặc Actalpuget hoặc Gastropulgit 1 gói mỗi 3-4 giờ.

Truyền dịch 2-4 lít / ngày nếu tiểu bình thường.

Kháng sinh khi có loét đường tiêu hóa nặng bội nhiễm: Ampicillin 4g/ngày + Gentamycin 160mg/ngày .Hoặc cefotaxime 4g/ngày.

Theo dõi biến chứng thủng ống tiêu hóa, suy hô hấp, tỷ lệ tử vong rất cao.

B. Các thuốc diệt cỏ khác:

Chẩn đoán dựa vào lời khai, mùi thuốc cỏ (Mùi khét), nhãn hiệu thuốc.

Điều trị: Rửa dạ dày bằng nước thường cho đến khi hết hôi, truyền dịch 2-4 lít / ngày để tăng thải trừ qua thận.

Bài 26: NGỘ ĐỘC CLOR HỮU CƠ

I. Đại cương:

Thuốc trừ sâu hữu cơ là loại “độc chất sợi trục thần kinh”, can thiệp vào sự dẫn truyền xung thần kinh, đặc biệt ở não, gây thay đổi hành vi, hoạt tính cơ không tự chủ và ức chế trung tâm hô hấp. Thuốc cũng tác động lên cơ tim gây loạn nhịp do tăng nhạy cảm với thần kinh giao cảm.

Độc tính cao (uống < 50mg/kg)	Độc tính trung bình (uống > 50mg/kg)	Độc tính thấp (uống > 1gr/kg)
Aldrin D-eldrin Endrin Endosulfan	Chlordan DDT Heptachlor Lindan Toxaphen	Etylan Metoxychlor Hexachlorobenzen

Liều ngộ độc cấp rất thay đổi. Ngộ độc do uống, qua da, hít phải.

II. Chẩn đoán:

- Uống tự tử (xem nhãn thuốc), hít phải, vẩy bắn qua da.
- Ngay sau uống: buồn nôn, ói, lẫn lộn, sững sờ, hôn mê, co giật toàn thân, suy hô hấp.
- Loạn nhịp thất.
- Tổn thương gan, thận.
- Xét nghiệm:
 - + Xác định độc chất (chưa có sẵn).
 - + Điện giải đồ, glucose máu, Bun, Creatinin, men gan (AST, ALT), PT (Prothrombin Time), ECG.

III. Điều trị:

- Duy trì đường thở, thông khí nhân tạo.
- Chống co giật: phải không chế được co giật càng sớm, càng tốt.
- Diazepam 10mg TMC (1 – 2mg/1 phút), có thể lặp lại sau 10 phút nếu không hiệu quả Hoặc Phenobarbital 20mg/kg TMC với tốc độ không quá 50mg/1phút. Chú ý tác dụng rối loạn nhịp và hạ huyết áp Hoặc Thiopentan: gây mê toàn thân 50 mg/kg TMC/ 5 phút, lặp lại sau 5-10 phút, không quá 1000 mg. Duy trì 5 mg/kg/h (pha Glucose 5% hoặc NaCl 0,9%).

* Nếu bệnh nhân thở máy, không kiểm soát tốt co giật, chống máy, thì nên kết hợp với thuốc dẫn cơ:

- Norcuron ống 4 mg liều 0,1 mg/kg/TM, duy trì 1 µg/kg/phút hoặc
- Tracrium liều 0,5 mg/kg/ TM duy trì 0,25 mg/kg/h.
- Điều trị rối loạn nhịp bằng thuốc ức chế β giao cảm: Propranolon hoặc Esmolol.
- Theo dõi với Monitoring ít nhất 6- 8 giờ.
- Chống vẩy bắn:
 - + Rửa da, tóc, móng bằng nước xà phòng.
 - + Trước khi vào viện: uống than hoạt, không gây nôn vì khả năng co giật gây viêm phổi hít.

+ Vào viện: rửa dạ dày đến khi nước trong, hết hôi (rửa bằng NaCl 0,9%).

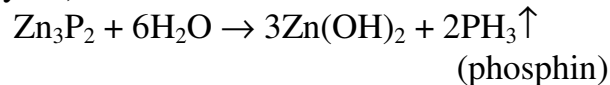
Tăng thải độc chất: uống lặp lại than hoạt 1gr/kg. Lọc thận không tác dụng nhiều.

Bài 27: NGỘ ĐỘC THUỐC DIỆT CHUỘT

1. Oxyt đồng I: dung dịch màu đỏ gạch, không mùi vị.
2. Kẽm phosphide: bột màu xám đen, không mùi vị.
3. Warfarin: biệt dược RAT-K, bột màu trắng ngà, không mùi vị.
4. Fluoroacetate (hợp chất 1080). Fluoroacetamide (hợp chất 1081) : bột trắng không mùi vị. Hiện nay không còn dùng vì rất độc. Cả 4 loại thuốc diệt trên đều tan trong nước.

I. CƠ CHẾ GÂY ĐỘC :

1. Oxyt đồng I: không rõ.
2. kẽm phosphide: gây độc do phản ứng với nước tạo thành phosphin (phosphur hydro).



Phosphin là một chất khí không màu, phosphin nặng hơn không khí, mùi cá hoặc mùi tỏi. Tác dụng gây độc chưa được biết rõ. Độc tính cao đặc biệt ở các cơ quan có lưu lượng và nhu cầu O₂ cao như phổi, não, thận, tim và gan. Ôu tim nó gây ra hoại tử cơ tim khu trú. Do đó kẽm phosphide càng độc nếu uống với nhiều nước. Công nhân nhà máy sản xuất kẽm phosphide có thể bị ngộ độc do hít khi nó tác dụng với nước tạo phosphin bay lên. Ở nồng độ an toàn < 0,3PPM nó không mùi.

3. Warfarin: tác dụng kháng vitamin K gây ra chảy máu do thiếu hụt các yếu tố đông máu từ vitamin K.

II. BIỂU HIỆN LÂM SÀNG:

1. Oxy đồng I: có thể gây truy tim mạch nhanh trong 6-12 giờ đầu.
 2. Kẽm phosphide: cũng có thể gây truy mạch nhanh 6-12 giờ đầu.
- Ngộ độc do hít: viên phổi nặng, ho, khó thở, nhức đầu, chóng mặt, thần thờ, sưng sờ, co giật, viêm dạ dày ruột, độc tính gan thận có thể xảy ra. Khởi đầu triệu chứng thường nhanh, mặc dù phù phổi và hoại tử cơ tim khu trú có thể khởi đầu chậm.

3. Warfarin:

Khởi đầu chậm có thể 12 - 24 giờ sau uống.

Biểu hiện của xuất huyết nhiều nơi và thiếu máu.

Xuất huyết tiêu hoá, xuất huyết não, xuất huyết dưới da, xuất huyết phổi, xuất huyết đường tiết niệu. Bệnh nhân có thể tử vong nhanh trong tình trạng hôn mê, truy tim mạch, thiếu máu nặng do mất máu.

III. CHẨN ĐOÁN:

- Hỏi bệnh sử: Rất quan trọng nhằm xác định loại thuốc bệnh nhân đã uống; từ đó có hướng điều trị tích cực, khẩn cấp đặc biệt là trong sơ cứu để chủ động nhanh chóng loại thải chất độc ra khỏi cơ thể.

- Xác định độc chất trong dạ dày và nồng độ độc chất trong máu.

- Các xét nghiệm cần làm thêm: BUN, Creatinin, Transaminases, X quang tim phổi, ECG, khí máu động mạch, các xét nghiệm về đông máu (TP) (đối với ngộ độc warfarin)

- Chẩn đoán dựa vào triệu chứng lâm sàng là chẩn đoán muộn, khi đó tỷ lệ tử vong rất cao.

IV. ĐIỀU TRỊ:

1. Loại thải độc chất ra khỏi cơ thể: rất quan trọng

- Gây nôn bằng ngoáy họng, uống dung dịch lòng trắng trứng.

- Chú ý: Không gây nôn (hoặc rửa dạ dày) bằng dung dịch Sulfat đồng vì khả năng gây viêm dạ dày ruột, sốc giảm thể tích do ói + tiêu chảy (nếu lượng đồng Sulfat đưa vào > 250mg) tổn thương gan thận (nếu lượng đồng Sulfat đưa vào lớn hơn nữa). **Không rửa dạ dày bằng nước đối với ngộ độc Zn_3P_2 .**

- Than hoạt 1 - 2gr/kg thể trọng sau khi gây nôn, lặp lại 4-6 giờ 1 lần (nếu cần).

Sorbitol hoặc Mantitol 20% - 200ml uống sau khi cho uống than hoạt 30' - 1 giờ.

2. Các biện pháp hỗ trợ:

- Duy trì đường hô hấp và thông khí nếu cần chỉ định thở O_2 và điều trị phù phổi cấp không do tim nếu có xảy ra (trường hợp hít phải Phosphin).

- Điều trị co giật, hạ huyết áp (bù dịch, nếu cần thì vận mạch).

- Bệnh nhân hít phải Phosphin cần theo dõi phù phổi muộn trong 48-72 giờ (kể cả uống kẽm Phosphide).

3. Thuốc đối kháng đặc hiệu :

- Oxyt đồng 1 và kẽm phosphide: không có

- Warfarin: cho vitamin K_1 10mg tiêm mạch chậm, tiêm bắp hoặc tiêm dưới da. Liều lượng lặp lại tùy vào diễn tiến lâm sàng và các xét nghiệm về đông máu. Ngoài ra: truyền huyết tương tươi đông lạnh để cung cấp các yếu tố đông máu tức thời, vì chúng chỉ được cơ thể sản xuất sau khi cho vitamin K 24 giờ sau.

4. Chống vẩy bản độc chất :

- Bệnh nhân hít phải phosphin: Đưa ngay bệnh nhân ra nơi thoáng khí, thở O_2 nếu cần và có sẵn.

- Tắm rửa, gội đầu, thay quần áo.

5. Tăng thải độc chất ra khỏi cơ thể:

Lọc thận nhân tạo hoặc hấp phụ máu (hemoperfusion) không có hiệu quả. Lọc thận nhân tạo chỉ được chỉ định để điều trị biến chứng suy thận cấp.

BÀI 28: HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

(Ban hành theo Quyết định 3192/QĐ-BYT ngày 31/08/2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN ĐỘ TĂNG HUYẾT ÁP:

Chẩn đoán - Phân độ huyết áp	HA tâm thu (mmHg)		HA tâm trương (mmHg)
Huyết áp tối ưu	< 120	và	< 80
Huyết áp bình thường	120 – 129	và/hoặc	80 – 84
Tiền tăng huyết áp	130 – 139	và/hoặc	85 – 89
Tăng huyết áp độ 1	140 – 159	và/hoặc	90 – 99
Tăng huyết áp độ 2	160 – 179	và/hoặc	100 – 109
Tăng huyết áp độ 3	≥ 180	và/hoặc	≥ 110
Tăng huyết áp tâm thu đơn độc	≥ 140	và	< 90

*Nếu huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương không cùng mức phân độ thì chọn mức cao hơn để xếp loại. THA tâm thu đơn độc cũng được phân độ theo các mức biến động của huyết áp tâm thu.

*Bổ sung các cận lâm sàng cần thiết: đánh giá các cận lâm sàng góp phần điều trị hiệu quả, tìm nguyên nhân THA thứ phát, các yếu tố nguy cơ, tổn thương cơ quan đích..., như là:

- + Glucose, ure, creatinin, SGOT, SGPT,
- + Đo ECG,
- + CHOLESTEROL, TRIGLYCERID, HDL, LDL,
- + Điện giải đồ (Na, K, Ca, pH),
- + Tổng phân tích nước tiểu,
- + Tổng phân tích tế bào máu bằng máy đếm laze,
- + X quang tim phổi(trường hợp có nghi ngờ suy tim)

II. ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc chung:

- Tăng huyết áp là bệnh mạn tính nên cần theo dõi đều, điều trị đúng và đủ hàng ngày, điều trị lâu dài.

- Mục tiêu điều trị là đạt “huyết áp mục tiêu” và giảm tối đa “nguy cơ tim mạch”.

- “Huyết áp mục tiêu” cần đạt là < 140/90 mmHg và thấp hơn nữa nếu người bệnh vẫn dung nạp được. Nếu nguy cơ tim mạch từ cao đến rất cao thì huyết áp mục tiêu cần đạt là < 130/80 mmHg. Khi điều trị đã đạt huyết áp mục tiêu, cần tiếp tục duy trì phác đồ điều trị lâu

dài kèm theo việc theo dõi chặt chẽ, định kỳ để điều chỉnh kịp thời.

- Điều trị cần hết sức tích cực ở bệnh nhân đã có tổn thương cơ quan đích. Không nên hạ huyết áp quá nhanh để tránh biến chứng thiếu máu ở các cơ quan đích, trừ tình huống cấp cứu.

2. Điều trị tăng huyết áp bằng thuốc tại tuyến cơ sở:

- Chọn thuốc khởi đầu:

+ **Tăng huyết áp độ 1:** có thể lựa chọn một thuốc trong số các nhóm: lợi tiểu thiazide liều thấp; ức chế men chuyển; chẹn kênh canxi loại tác dụng kéo dài; chẹn beta giao cảm (nếu không có chống chỉ định).

+ Tăng huyết áp từ độ 2 trở lên: nên phối hợp 2 loại thuốc (lợi tiểu, chẹn kênh canxi, ức chế men chuyển, ức chế thụ thể AT1 của angiotensin II, chẹn beta giao cảm).

+ Từng bước phối hợp các thuốc hạ huyết áp cơ bản, bắt đầu từ liều thấp như lợi tiểu thiazide (hydrochlorothiazide 12,5 mg/ngày), chẹn kênh canxi dạng phóng thích chậm (nifedipine chậm (retard) 10-20 mg/ngày), ức chế men chuyển (enalapril 5 mg/ngày; perindopril 2,5-5 mg/ngày ...).

- Nếu chưa đạt huyết áp mục tiêu: chỉnh liều tối ưu hoặc bổ sung thêm một loại thuốc khác cho đến khi đạt huyết áp mục tiêu.

- Nếu vẫn không đạt huyết áp mục tiêu hoặc có biến cố: cần chuyển tuyến trên hoặc gửi khám chuyên khoa tim mạch.

3. Các lý do chuyển tuyến trên hoặc chuyên khoa tim mạch:

Cần nhắc chuyển đến các đơn vị quản lý THA tuyến trên hoặc chuyên khoa tim mạch trong các trường hợp sau:

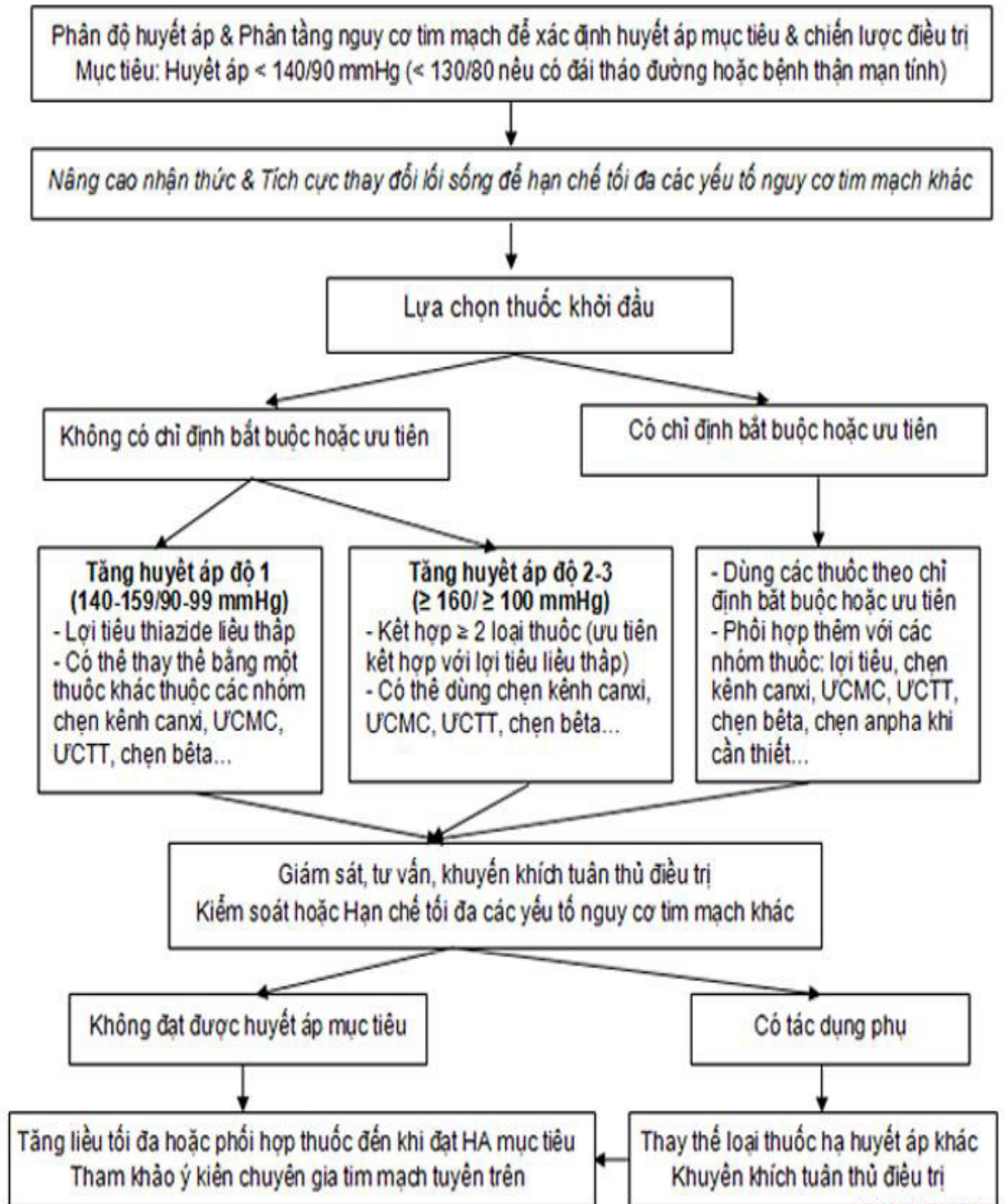
- Tăng huyết áp tiến triển: THA đe dọa có biến chứng (như tai biến mạch não thoáng qua, suy tim ...) hoặc khi có các biến cố tim mạch.

- Nghi ngờ tăng huyết áp thứ phát hoặc THA ở người trẻ hoặc khi cần đánh giá các tổn thương cơ quan đích.

- Tăng huyết áp kháng trị mặc dù đã dùng nhiều loại thuốc phối hợp (≥ 3 thuốc, trong đó ít nhất có 1 thuốc lợi tiểu) hoặc không thể dung nạp với các thuốc hạ áp, hoặc có quá nhiều bệnh nặng phối hợp.

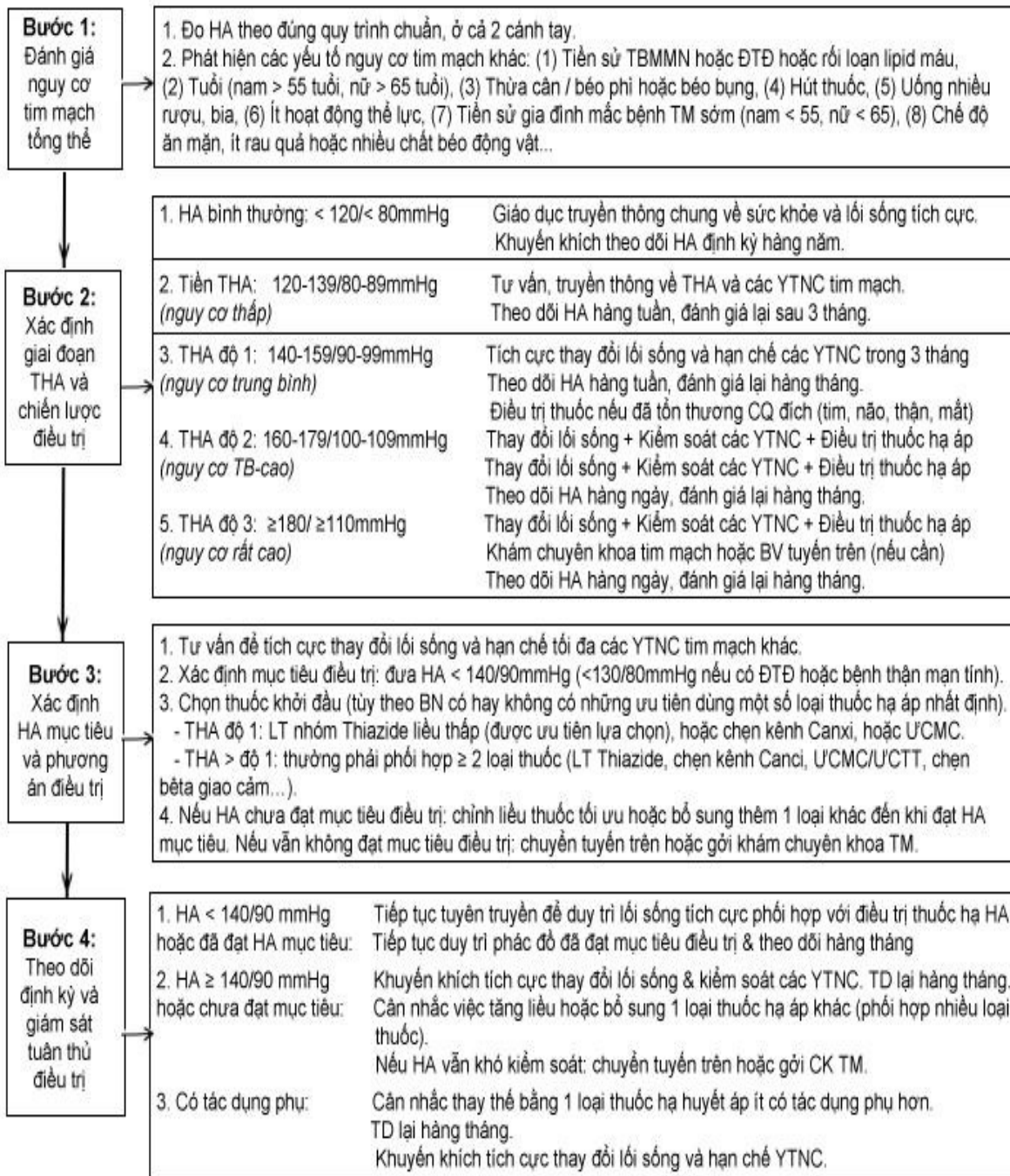
- THA ở phụ nữ có thai hoặc một số trường hợp đặc biệt khác.

Sơ đồ 1. Quy trình điều trị tăng huyết áp



© BenhHoc.Com

III. QUY TRÌNH 4 BƯỚC ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP TẠI TUYẾN CƠ SỞ:



© BenhHoc.Com

IV. CHỈ ĐỊNH BẮT BUỘC VÀ ƯU TIÊN ĐỐI VỚI MỘT SỐ THUỐC HẠ ÁP, SƠ ĐỒ

1. Chỉ định bắt buộc đối với một số nhóm thuốc hạ huyết áp

Chẩn đoán	Lợi tiểu	Chẹn kênh canxi	Ức chế men chuyển	Ức chế thụ thể AT1	Chẹn bêta	Kháng aldosterone
Suy tim	X		X	X	X	X
Sau nhồi máu cơ tim			X	X	X	X
Bệnh ĐMV (nguy cơ cao)	X	X	X		X	
Đái tháo đường			X	X		
Suy thận mạn	X (LT quai)		X	X		
Dự phòng tái phát đột quy	X		X			

2. Chỉ định ưu tiên và chống chỉ định đối với một số nhóm thuốc hạ huyết áp:

Nhóm thuốc	Chỉ định ưu tiên	Thận trọng	Chống chỉ định
Lợi tiểu thiazide	THA tâm thu đơn độc (người cao tuổi), suy tim, dự phòng thứ phát đột quy	Hội chứng chuyển hóa, rối loạn dung nạp glucose, thai nghén	Bệnh gút
Lợi tiểu quai	Suy thận giai đoạn cuối, suy tim		
Lợi tiểu (loại kháng aldosterone)	Suy tim, sau nhồi máu cơ tim		Suy thận, kali máu cao
Ức chế men chuyển (UCMC)	Suy tim, rối loạn chức năng thất trái, sau nhồi máu cơ tim, phì đại thất trái, bệnh thận do đái tháo đường, có protein hoặc microalbumin niệu, rung nhĩ, hội chứng chuyển hóa, xơ vữa động mạch cảnh	Suy thận, bệnh mạch máu ngoại biên	Thai nghén, hẹp động mạch thận hai bên, kali máu cao
Ức chế thụ thể AT1 của angiotensin II (UCTT)	Suy tim, sau nhồi máu cơ tim, phì đại thất trái, bệnh thận do đái tháo đường, có protein hoặc micro albumin niệu, rung nhĩ, hội chứng chuyển hóa, có chỉ định dùng nhưng không dung nạp với UCMC	Suy thận, bệnh mạch máu ngoại biên	Thai nghén, hẹp động mạch thận hai bên, kali máu cao
Chẹn kênh canxi (loại dihydropyridin)	THA tâm thu đơn độc (người cao tuổi), đau thắt ngực, phì đại thất trái, THA ở phụ nữ	Nhịp tim nhanh, suy tim	

Nhóm thuốc	Chỉ định ưu tiên	Thận trọng	Chống chỉ định
	có thai		
Chẹn kênh canxi (loại ức chế N/tim)	Đau thắt ngực, nhịp nhanh trên thất		Blốc nhĩ thất độ 2-3, suy tim
Chẹn beta	Đau thắt ngực, sau NMCT, suy tim, nhịp tim nhanh, tăng nhãn áp, THA ở phụ nữ có thai	Bệnh mạch máu ngoại vi, hội chứng chuyển hóa, rối loạn dung nạp glucose	Hen phế quản, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, blốc nhĩ thất độ 2-3
Chẹn anpha	Phì đại lành tính tiền liệt tuyến	Hạ huyết áp tư thế đứng, suy tim	Đái dầm

V. MỘT SỐ LOẠI THUỐC HẠ HUYẾT ÁP THƯỜNG DÙNG:

1. Một số loại thuốc hạ huyết áp đường uống thường dùng

Nhóm thuốc	Loại thuốc	Liều ban đầu	Liều duy trì hàng ngày
Lợi tiểu	<i>Lợi tiểu thiazide</i>		
	Hydrochlorothiazide (Thiazifar 25mg)	12,5 mg	12,5 – 25 mg
	<i>Lợi tiểu tác động lên quai Henle</i>		
	Furosemide 40 mg	20 mg	20 – 80 mg
	<i>Lợi tiểu giữ Kali</i>		
	Spirolactone 25mg	25 mg	25 – 75 mg
Chẹn kênh Canxi	<i>Loại Dihydropyridine</i>		
	Amlodipine 5mg	5 mg	2,5 – 10 mg
Tác động lên hệ R.A	<i>Loại ức chế men chuyển</i>		
	Captopril 25 mg	25 mg	25 – 100 mg
	Enalapril 5 mg	5 mg	5 – 40 mg
	Perindopril 4mg	4 mg	4 – 8 mg
	<i>Loại ức chế thụ thể ATI</i>		
	Irbesartan 150mg	75 mg	150 – 300mg
	Losartan 25mg	25 mg	25 – 100mg
Chẹn beta giao cảm	<i>Loại chẹn beta chọn lọc</i>		
	Bisoprolon 5mg	2,5 mg	2,5 – 10 mg
	<i>Loại chẹn beta không chọn lọc</i>		
	Propanolol 40 mg	40 mg	40 – 160 mg
Tác động lên hệ giao cảm TW	Methyldopa 250mg	250 mg	250 – 2000 mg

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Theo phác đồ điều trị BVĐK Sóc Trăng (Theo JNC VII)
2. Chẩn đoán, điều trị, dự phòng tăng HA ở người lớn 2008-2010, Hội tim mạch Việt nam
3. Quy trình điều trị THA, phác đồ điều trị nội khoa 2013 bv Chợ Rẫy.

Bài 29: SUY TIM**I. SUY TIM:**

- Suy tim là tim mất khả năng duy trì cung lượng tim đầy đủ để đáp ứng nhu cầu chuyển hoá của cơ thể.

- Suy tim tâm thu: tim mất khả năng co bóp bình thường để tống máu.

- Suy tim tâm trương: tim mất khả năng thư giãn hoặc giảm độ đàn hồi để đổ đầy thất bình thường.

II. CHẨN ĐOÁN:**1. Chẩn đoán suy tim dựa vào: Tiêu chuẩn Framingham**

Tiêu chuẩn chính	Tiêu chuẩn phụ
<ul style="list-style-type: none"> - Khó thở kịch phát về đêm hoặc khó thở phải ngồi. - Tĩnh mạch cổ nổi ở tư thế nằm đầu cao 30° - Rales ở phổi - Tim to - Phù phổi cấp - Gallop t3 - CVP > 16 cmH₂O - Phản hồi gan tĩnh mạch cổ (+) - Thời gian tuần hoàn >= 25 giây 	<ul style="list-style-type: none"> - Phù chi - Ho ban đêm - Khó thở khi gắng sức - Gan to - Tràn dịch màng phổi - Dung tích sống giảm đi 1/3 - Nhịp tim nhanh >= 120 lần/ phút
Chẩn đoán xác định khi có: 1 tiêu chuẩn chính + >= 2 tiêu chuẩn phụ hoặc >= 2 tiêu chuẩn chính	

2. Chẩn đoán mức độ nặng:

Thường dựa vào phân độ theo chức năng của hội tim mạch New York (NYHA - New York Heart Association functional classification) 1964: Chia làm 4 độ:

+ **Độ I (Class I):** Bệnh nhân mắc bệnh tim nhưng không làm hạn chế vận động thể lực bình thường trong ngày, không làm mệt, hồi hộp, khó thở hay đau thắt ngực.

+ **Độ II (Class II):** Bệnh nhân mắc bệnh tim làm hạn chế nhẹ vận động thể lực bệnh nhân hoàn toàn bình thường trong ngày, không gây mệt, hồi hộp, khó thở hay đau thắt ngực.

+ **Độ III (Class III):** Mắc bệnh tim nhưng làm hạn chế đáng kể vận động thể lực. Bệnh nhân cảm thấy bình thường khi nghỉ ngơi, hoạt động thể lực dưới mức bình thường khi nghỉ ngơi. Hoạt động thể lực dưới mức bình thường trong ngày gây mệt, hồi hộp, khó thở hay đau thắt ngực.

+ **Độ IV (Class IV):** Bệnh nhân mắc bệnh tim làm mất khả năng vận động thể lực. Triệu chứng của suy tim hoặc của hội chứng đau thắt ngực có thể xảy ra khi nghỉ ngơi. Thực hiện bất kỳ vận động thể lực nào cũng đều gia tăng cảm giác khó chịu.

3. Chẩn đoán phân biệt:

Cần chẩn đoán phân biệt giữa suy tim với các bệnh lý khác có triệu chứng giống suy tim.

III. ĐIỀU TRỊ:**1. Thuốc sử dụng trong điều trị suy tim:****1.1. Thuốc lợi tiểu:**

- Chỉ định: suy tim sung huyết, quá tải dịch

- Nhóm lợi tiểu thông thường:

Nhóm	Tên thuốc	Đường dùng	Liều trung bình
Lợi tiểu quai	Furosemide	Uống TM	20 - 80mg 10 - 80mg
Lợi tiểu giữ Kali	Spironolactone	Uống	50 - 200mg

- Khi dùng chú ý kiểm tra Ion đồ: Na, Kali/máu.

1.2. Digitalis:

- Chỉ định:

+ CD tuyệt đối trong điều trị lâu dài tình trạng suy tim tâm thu mà có rung nhĩ, cuồng nhĩ đáp ứng thất nhanh (>80/phút lúc nghỉ, >= 120 lần/phút lúc vận động).

+ Suy tim sung huyết do TMCBCT, bệnh van tim, THA, bệnh cơ tim dẫn, bệnh tim bẩm sinh, EF <= 40%.

+ Suy tim NYHA II-IV còn triệu chứng sau khi đã dùng ức chế men chuyển và lợi tiểu.

+ Một số loạn nhịp trên thất.

- Chống chỉ định:

+ Block AV độ II,III chưa đặt máy tạo nhịp.

+ Hội chứng kích thích sớm: WPW...

+ Bằng chứng không dung nạp Digoxin trước đó.

Tên thuốc	Đường dùng	Liều tải (mg)	Liều duy trì (mg/ngày)
Digoxin	Uống	1.25 - 1.5	0.125 - 0.375
	TM	0.75 - 1	

1.3. Kháng Aldosterone: Spironolactone

- Chỉ định:

+ Suy tim EF <= 30%

+ Suy tim có triệu chứng mức độ trung bình – nặng (NYHA III-IV)

+ Sau khi điều trị liều tối ưu ức chế men chuyển, ức chế β mà còn triệu chứng.

- Chống chỉ định:

+ Tăng kali/máu > 5 mmol/L

+ Creatinin/máu > 2,5 mg/dl

- Liều lượng: Spironolactone 25-50mg/ngày(uống).

1.4. Thuốc dẫn mạch:

1.4.1. Nitrate:

a. Thuốc dẫn mạch đường tiêm:

- Chỉ dùng khi suy tim nặng. Cần bắt đầu bằng liều thấp và khi chấp dứt cũng cần giảm liều từ từ.

- Nitroglycerin: khởi đầu 10 μ /phút tối đa 300 μ /phút.

b. Thuốc dẫn mạch đường uống:

- Nitrate:

Thuốc	Đường dùng	Liều	Thời điểm dùng
Nitroglycerin	Uống	2,5-19,5 mg	Dán 12 giờ

	Qua da	10-60cm ² /miếng	
ISMN Loại tác dụng dài	Uống	10-20 mg 120-240 mg	1-2 lần/ngày

1.4.2. Ức chế men chuyển và Ức chế thụ thể Angiotensin II(ARB):

- Chỉ định ức chế men chuyển: thuốc cơ bản điều trị suy tim, tất cả các giai đoạn suy tim I-IV, có thể dùng khi bệnh nhân chưa có triệu chứng cơ năng.

- Khi dùng cần theo dõi: Kali, Creatinin/máu ít nhất 1 tuần sau khi sử dụng.

- Chống chỉ định:

+ Tăng kali/máu >5mmol/l

+ Phụ nữ có thai.

+ Hẹp động mạch thận 2 bên.

+ Suy thận nặng, Creatinin/máu >2,5 mg/dl, khi chưa lọc thận.

+ Hẹp động mạch chủ nặng.

+ Tiền sử phù mạch.

- Ức chế men chuyển thường dùng:

Thuốc	Liều khởi đầu (mg)	Liều tối đa trong ngày	Số lần uống/ngày
Captopril	6,25	50	3 - 4
Enalapril	2,5	20	2
Lisinopril	2,5	20	1
Perindopril	2	4	1

- Chỉ định ức chế thụ thể Angiotensin II(ARB) : lợi điểm của ức chế thụ thể so với ức chế men chuyển là không gây ho, tác động hoàn toàn hơn trên AG II.

- Chống chỉ định: Như ức chế men chuyển

- Ức chế thụ thể Angiotensin II thường dùng:

Thuốc	Liều khởi đầu (mg)	Liều tối đa trong ngày	Số lần uống/ngày
Lorsartan	12,5	50	1
Irbersartan	75	300	1
Valsartan	40	320	1

1.5. Thuốc tăng cơ bóp cơ tim khác: Thuốc có hoạt tính giống giao cảm : dùng trong suy tim nặng, mất bù.

- Dopamin: khởi đầu 2-5 µg/kg/phút tăng dần.

- Dobutamin: khởi đầu 1-2µg/kg/phút gia tăng dần, thường không quá 20µg/kg/phút.

1.6. Thuốc chẹn β

- Sử dụng cho mọi bệnh nhân suy tim và hoặc rối loạn chức năng thất trái ngay cả khi bệnh nhân ổn định với các loại thuốc khác cũng nên sử dụng chẹn β khi không có chống chỉ định.

- Khi dùng cần theo dõi nhịp tim,HA.

***Chống chỉ định:**

+ Block nhĩ thất độ II,III chưa đặt máy tạo nhịp

+ Nhịp chậm xoang dưới 50 lần/phút

- + Suy nút xoang
- + Hen phế quản
- + Bệnh mạch máu ngoại biên: Hội chứng Raynaud.

***Liều dùng:**

- + Metoprolol: khởi đầu 5mg/ngày tăng liều thật chậm trong vòng 7 tuần để đạt tới liều 100mg/ngày.
- + Carvedilol: khởi đầu 3,125mg x 2lần/ngày tăng dần trong 6 tuần để đạt tới liều cao nhất là 50mg/ngày.
- + Bisoprolol: khởi đầu 1,25mg/1lần/ngày tăng liều sau mỗi 2-4 tuần liều tối đa là 10mg/ngày.

2. Suy tim mạn:

2.1. Điều trị nguyên nhân

2.2. Loại trừ yếu tố làm nặng

2.3. Điều trị suy tim bằng các biện pháp không thuốc:

- Hạn chế vận động
- Giảm cân nặng ở bệnh nhân béo
- Hạn chế muối Natri $\leq 2g$ Natri/ngày.
- Hạn chế nước uống $\leq 1,5$ lít/ngày.
- Ngưng sử dụng thuốc làm giảm co bóp cơ tim
- Thở oxy.
- Ngưng thuốc lá, ngưng uống rượu.
- Các biện pháp cơ học khác: chọc tháo, tránh lấy quá nhanh lượng dịch lớn và gây hạ huyết áp.

2.4. Điều trị bằng thuốc: Suy tim trái mạn

a. Suy tim tâm thu.

* Chỉ định tái đồng bộ tim (CRT) hay tạo nhịp hai buồng thất(ICD):

- + Khó thở NYHA III-IV.
- + Độ rộng QRS >120 mili giây (0,12giây)
- + EF $<25\%$.
- + Đã điều trị nội khoa tốt nhất.
- + Nhịp xoang.

* Điều trị suy tim giai đoạn cuối (kháng trị)

- Điểm cơ bản và quan trọng trong điều trị suy tim giai đoạn cuối là lượng định và xử trí cẩn thận tình trạng ứ dịch.Cần chú ý khi sử dụng lợi tiểu quá mạnh, tình trạng bệnh nhân có thể nặng thêm do thiếu dịch.
- Tại các nước có ghép tim;đây là chỉ định để ghép tim.

b. Suy tim tâm trương:

- + Điều trị triệu chứng
- + Điều trị các yếu tố thúc đẩy làm nặng tình trạng suy tim tâm trương.
- + Cơ bản vẫn là tìm và điều trị nguyên nhân gây suy tim tâm trương.

3. Suy tim cấp:

- Phù phổi cấp:(xem trong phác đồ điều trị phù phổi cấp)
- Shock tim:(xem trong phác đồ điều trị shock tim)

BÀI 30. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHẾ QUẢN CẤP**I. ĐẠI CƯƠNG**

Viêm phế quản cấp là tình trạng viêm nhiễm cấp tính của niêm mạc phế quản ở người trước đó không có tổn thương. Bệnh khởi hoàn toàn không để lại di chứng. Nguyên nhân thường do nhiễm virus, vi khuẩn hoặc cả hai loại.

II. CHẨN ĐOÁN**1. Chẩn đoán xác định****1.1. Lâm sàng**

- Khởi phát bằng viêm long đường hô hấp trên với sốt nhẹ, viêm mũi họng (hắt hơi, sổ mũi, đau rát họng), có thể viêm mũi mủ, viêm xoang, viêm amidan, viêm tai giữa; sau lan xuống khí - phế quản.
- Người bệnh thường không sốt, một số trường hợp có sốt nhẹ, hoặc sốt cao.
- Ho: những ngày đầu thường có ho khan, có khi ho ông ông, ho từng cơn, dai dẳng, cảm giác rát bỏng sau xương ức, khàn tiếng.
- Khạc đờm: đờm có thể màu trắng trong, hoặc đờm có màu vàng, xanh, hoặc đục như mủ.
- Khám phổi: thường bình thường, một số trường hợp thấy có ran ngáy, hoặc có thể cả ran rít.

1.2. Cận lâm sàng

- X-quang phổi bình thường hoặc có thể thấy thành phế quản dày.
- Xét nghiệm: có thể có số lượng bạch cầu và tốc độ máu lắng tăng trong trường hợp nhiễm vi khuẩn.

2. Chẩn đoán nguyên nhân**2.1. Virus**

- Viêm phế quản cấp do virus chiếm 50 tới 90% các trường hợp viêm phế quản cấp.
- Các virus thường gặp nhất là các myxovirus (virus cúm và virus á cúm), các rhinovirus, coronavirus, virus đại thực bào đường hô hấp (respiratory syncytial virus), adenovirus, enterovirus (coxsackie và echovirus) và một số chủng virus herpes (cytomegalovirus, varicellae).
- Lâm sàng thấy các dấu hiệu nhiễm virus không đặc hiệu.
- Chẩn đoán xác định căn nguyên virus dựa vào việc tìm thấy virus ở các bệnh phẩm đường hô hấp qua nuôi cấy tế bào, PCR, miễn dịch huỳnh quang hoặc huyết thanh chẩn đoán nhưng trên thực tế ít làm, trừ trong các vụ dịch lớn.

2.2. Vi khuẩn

- ít gặp hơn các trường hợp viêm phế quản cấp do virus.
- Thường gặp nhất là nhóm các vi khuẩn không điển hình như Mycoplasma và Chlamydia, các vi khuẩn gây mủ hiếm gặp hơn.
- Do phế cầu, Hemophilus influenzae: ít gặp ở người lớn, hay đi kèm với sốt và các dấu hiệu ngoài đường hô hấp. Xét nghiệm vi khuẩn thường âm tính.

2.3. Viêm phế quản cấp do hít phải hơi độc Khí SO₂, Cl₂, Amoniac, acid, dung môi công nghiệp, hơi độc chiến tranh, khói do cháy nhà cũng gây viêm phế quản cấp.

III. ĐIỀU TRỊ

- ở người lớn viêm phế quản cấp đơn thuần có thể tự khỏi không cần điều trị.

- Điều trị triệu chứng:
- + Nghỉ ngơi, bỏ thuốc lá, giữ ấm.
- + Giảm ho, long đờm: ho khan nhiều, gây mất ngủ có thể cho các thuốc giảm ho như:
 - Terpin codein 15- 30 mg/24 giờ hoặc.
 - Dextromethorphan 10-20 mg/24 giờ ở người lớn hoặc
 - Nếu ho có đờm: thuốc long đờm có acetylcystein 200 mg x 3 gói/24 giờ.
- + Nếu có co thắt phế quản: thuốc giãn phế quản cường β_2 đường phun hít (salbutamol, terbutalin) hoặc khí dung salbutamol 5 mg x 2- 4 nang/24 giờ hoặc uống salbutamol 4 mg x 2-4 viên/24 giờ.
- + Bảo đảm đủ nước uống, dinh dưỡng.
- Không cần dùng kháng sinh cho viêm phế quản cấp đơn thuần ở người bình thường.
- Chỉ định dùng kháng sinh khi:
 - + Ho kéo dài trên 7 ngày.
 - + Ho, khạc đờm mủ rõ.
 - + Viêm phế quản cấp ở người có bệnh mạn tính nặng như suy tim, ung thư.
- Chọn kháng sinh tùy thuộc mô hình vi khuẩn và tình hình kháng thuốc tại địa phương. Có thể dùng kháng sinh như sau:
 - + Ampicillin, amoxicilin liều 3 g/24 giờ, hoặc
 - + Amoxicillin + acid clavulanic; ampicillin + sulbactam: liều 3 g/24 giờ, hoặc.
 - + Cephalosporin thế hệ 1: cephalexin 2-3 g/24 giờ, hoặc
 - + Cefuroxim 1,5 g/24 giờ, hoặc
 - + Macrolid: Erythromycin 1, 5g ngày x 7 ngày, azithromycin 500 mg x 1 lần/ngày x 3 ngày (tránh dùng thuốc nhóm này cùng với thuốc giãn phế quản nhóm xanthin, thuốc nhóm IMAO).
- Điều trị bệnh lý ổ nhiễm trùng khác.

Bài 31: CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG**I. CHẨN ĐOÁN****1. Chẩn đoán xác định****1.1. Lâm sàng**

- Khởi phát đột ngột với sốt cao 39 - 40°C, rét run.
- Đau ngực: thường có, đôi khi là triệu chứng nổi bật, đau bên tổn thương.
- Ho mới xuất hiện, tăng dần, lúc đầu ho khan, về sau ho có đờm đặc, màu vàng, xanh hoặc màu gỉ sắt. Có khi nôn, chướng bụng, đau bụng.
- Khó thở trong trường hợp tổn thương phổi lan tỏa, nặng hoặc xảy ra ở những bệnh nhân có các bệnh mạn tính kèm theo: thở nhanh, tím môi đầu chi.
- Khám:
 - + Hội chứng nhiễm trùng: sốt cao, thở hôi, môi khô lưỡi bẩn.
 - + Hội chứng đông đặc ở phổi, ran ẩm, ran nổ bên tổn thương.
 - Dấu hiệu gợi ý viêm phổi do phế cầu: mụn Herpes ở mép, môi, cánh mũi
 - Trường hợp đặc biệt: Người nghiện rượu có thể có lú lẫn, trẻ con có co giật, người cao tuổi triệu chứng thường không rầm rộ, có khi bắt đầu bằng lú lẫn, mê sảng (tỷ lệ tử vong cao do suy hô hấp cấp, hạ nhiệt độ).
 - Thể không điển hình: biểu hiện ho khan, nhức đầu, đau cơ. Khám thường không rõ hội chứng đông đặc; thấy rải rác ran ẩm, ran nổ. X-quang phổi tổn thương không điển hình (mờ không đồng đều, giới hạn không rõ hình thùy).

1.2. Cận lâm sàng

- Công thức máu: Số lượng bạch cầu tăng > 10 K, bạch cầu đa nhân trung tính tăng trên 75%. Khi số lượng bạch cầu giảm < 4,5 K: hướng tới viêm phổi do virus.
- Tốc độ lắng máu tăng, CRP tăng.
- X-quang phổi: đám mờ hình tam giác đỉnh ở phía rốn phổi, đáy ở phía ngoài hoặc các đám mờ có hình phế quản hơi, có thể mờ góc sườn hoành.

2. Chẩn đoán mức độ nặng

Sử dụng bảng điểm CURB65. Khi lựa chọn thuốc cho điều trị, bên cạnh điểm CURB65, còn cần cân nhắc các yếu tố khác như: bệnh mạn tính, mức độ tổn thương trên X-quang, những yếu tố liên quan vi khuẩn học.

- C: Rối loạn ý thức.
- U: Urê > 7 mmol/L.
- R: Nhịp thở \geq 30 lần/phút.
- B: Huyết áp:
 - + Huyết áp tâm thu < 90 mmHg hoặc.

+ Huyết áp tâm trương < 60 mmHg.

- 65: Tuổi \geq 65.

- Đánh giá: Mỗi biểu hiện trên được tính 1 điểm, từ đó đánh giá mức độ nặng của viêm phổi như sau:

- Viêm phổi nhẹ: CURB65 = 0-1 điểm: điều trị ngoại trú.
- Viêm phổi trung bình: CURB65 = 2 điểm: điều trị tại bệnh viện.
- Viêm phổi nặng: CURB65 = 3-5 điểm: điều trị tại bệnh viện.

II. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Xử trí tùy theo mức độ nặng.

- Điều trị triệu chứng.

- Điều trị nguyên nhân: lựa chọn kháng sinh theo căn nguyên gây bệnh, nhưng ban đầu thường theo kinh nghiệm lâm sàng, yếu tố dịch tễ, mức độ nặng của bệnh, tuổi bệnh nhân, các bệnh kèm theo, các tương tác, tác dụng phụ của thuốc.

- Thời gian dùng kháng sinh: từ 7 đến 10 ngày nếu do các tác nhân gây viêm phổi điển hình, 14 ngày nếu do các tác nhân không điển hình, trực khuẩn mủ xanh.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị ngoại trú: CURB65 0-1 điểm

- Amoxicillin 500 mg-1g: uống 3 lần/ngày.

- Hoặc clarithromycin 500 mg x 2 lần/ngày.

- Hoặc amoxicilin 50 mg/kg/ngày + macrolide (Erythromycin 2 g/ngày, hoặc clarithromycin 500 mg x 2 lần/ngày) khi nghi do vi khuẩn không điển hình.

- Hoặc có thể dùng β - lactam/ức chế men β - lactamase (amoxicilin clavulanat) kết hợp với 1 thuốc nhóm macrolid (clindamycin: 500 mg x 2 lần/ngày hoặc azithromycin 500 mg/ngày).

- Hoặc dùng nhóm cephalosporin thế hệ 2: cefuroxim 0,5 g/lần x 3 lần/ngày hoặc kết hợp với 1 thuốc nhóm macrolid.

- Đảm bảo cân bằng nước, điện giải và thăng bằng kiềm - toan.

2.2. Điều trị viêm phổi trung bình: CURB 65 = 2 điểm

- Kháng sinh:

+ Amoxicilin-acid clavulanic: 1g x 3 lần/ngày (uống) kết hợp với 1 thuốc nhóm macrolid (clindamycin: 500 mg x 2 lần/ngày hoặc azithromycin 500 mg/ngày).

+ Nếu không uống được: amoxicilin - acid clavulanic: 1g x 3 lần/ngày hoặc Vimotram 1,5g x 3 lần/ngày hoặc (tiêm tĩnh mạch) kết hợp với 1 thuốc nhóm macrolid đường uống hoặc tĩnh mạch, hoặc levofloxacin 750 mg/ngày hoặc moxifloxacin 400 mg/ngày.

- Đảm bảo cân bằng nước - điện giải và thăng bằng kiềm - toan.
- Dùng thuốc hạ sốt khi nhiệt độ > 38,5°C.

2.3. Điều trị viêm phổi nặng: CURB65 = 3-5 điểm

- Kháng sinh.
- + Kết hợp amoxicillin acid clavulanic 1g/lần x 3 lần/ngày (tiêm tĩnh mạch) kết hợp thêm: clarithromycin 500 mg (uống 2 lần/ngày) hoặc levofloxacin 750 mg/ngày.
- + Hoặc cephalosporin phổ rộng (cefotaxim 1 g x 3 lần/ngày hoặc ceftriaxon 1 g x 3 lần/ngày hoặc ceftazidim 1 g x 3 lần/ngày) hoặc Vimotram 1,5g x 3 lần/ngày (tiêm tĩnh mạch) kết hợp với macrolid hoặc aminoglycosid hoặc fluoroquinolon (levofloxacin 0,75 g/ngày, moxifloxacin 400 mg/ngày).
- + Xem xét thay đổi kháng sinh tùy theo diễn biến lâm sàng và kháng sinh đồ nếu có.
- Thở oxy, thông khí nhân tạo nếu cần, đảm bảo huyết động, điều trị các biến chứng nếu có.

3. Điều trị một số viêm phổi đặc biệt

3.1. Viêm phổi nghỉ do *Pseudomonas aeruginosa*

- Ceftazidime 2 g x 3 lần/ngày + gentamycin hoặc tobramycin hoặc amikacin với liều thích hợp.
- Liều pháp thay thế: ciprofloxacin 500 mg x 2 lần/ngày + gentamycin hoặc tobramycin hoặc amikacin với liều thích hợp.

3.2. Viêm phổi nghỉ do *Legionella*:

- Clarithromycin 0,5 g x 2 lần/ngày rifampicin 0,6 g x 1- 2 lần/ngày x 14 - 21 ngày.
- Hoặc fluoroquinolon (ciprofloxacin, ofloxacin, levofloxacin, moxifloxacin).

3. 3. Viêm phổi do tụ cầu vàng

- Tụ cầu vàng methicillin: Oxacilin 1 g x 2 lần/ngày rifampicin 0,6 g x 1- 2 lần/ngày.
- Viêm phổi do tụ cầu vàng kháng với methicillin: vancomycin 1 g x 2 lần/ngày.

BÀI 32: CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Viêm phổi mắc phải ở bệnh viện (HAP): là viêm phổi xuất hiện sau nhập viện 48 giờ.

- Viêm phổi liên quan đến thở máy (VAP) là một thể của viêm phổi bệnh viện xuất hiện 48 - 72 giờ sau khi đặt ống nội khí quản hoặc mở khí quản.
- Viêm phổi liên quan chăm sóc y tế (HCAP) là viêm phổi xuất hiện ở những người không nhập viện nhưng có tiếp xúc rộng rãi với các chăm sóc y tế như:
 - + Có tiêm truyền tĩnh mạch, chăm sóc vết thương trong vòng 30 ngày trước.
 - + Sống trong các nhà điều dưỡng.
 - + Điều trị cấp cứu tại bệnh viện ≥ 2 ngày, trong vòng 90 ngày.
 - + Vào bệnh viện trong vòng 30 ngày.
- Các yếu tố khác bao gồm:
 - + Tuổi > 70 .
 - + Có bệnh phổi mạn tính kèm theo như: BPTNMT, giãn phế quản, xơ phổi.
 - + Hít phải dịch ứ đọng vùng hầu họng, dịch dạ dày trào ngược.
 - + Nằm lâu, hôn mê.
 - + Chấn thương ngực.
 - + Hiện đang có ống thông dạ dày.
 - + Đang điều trị thuốc kháng thụ thể H2 hoặc thuốc kháng acid.
 - + Có chuyển tới khoa Hồi sức tích cực để làm các thủ thuật chẩn đoán hoặc điều trị.
 - + Có điều trị kháng sinh trước đó đặc biệt kháng sinh nhóm cephalosporin thế hệ 3.
 - + Chạy thận chu kỳ trong 30 ngày gần đây.
 - + Các bệnh lý suy giảm miễn dịch.
 - + Có tiêm truyền tĩnh mạch, chăm sóc vết thương trong vòng 30 ngày trước.
 - + Sống trong các nhà điều dưỡng.
 - + Điều trị cấp cứu tại bệnh viện ≥ 2 ngày, trong vòng 90 ngày.
 - + Vào bệnh viện trong vòng 30 ngày.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

* *Tiêu chuẩn lâm sàng*

- Có tổn thương mới hoặc thâm nhiễm tiến triển trên phim X-quang phổi.
- Kèm thêm ít nhất 2 trong số các biểu hiện sau:
 - + Sốt.
 - + Khạc đờm mủ.
 - + Bạch cầu máu ngoại vi tăng > 10 K hoặc giảm $< 3,5$ K .
 - + Độ bão hòa oxy trong máu giảm.

* Tiêu chuẩn chẩn đoán vi sinh định lượng dịch tiết đường hô hấp dưới

- Đờm: > 1 x 10⁵ CFU/ml (Colony Forming Unit: Đơn vị khuẩn lạc).
- Chất tiết khí quản: > 1 x 10⁶ CFU/ml.
- Chải có bảo vệ: > 1 x 10³ CFU/ml.
- Dịch rửa phế quản phế nang: > 1 x 10⁴ CFU/ml.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc chung

- Xử trí tùy theo mức độ nặng. Những trường hợp viêm phổi có suy hô hấp cần được điều trị tại khoa Hồi sức cấp cứu.
- Lựa chọn kháng sinh ban đầu thường dựa theo các yếu tố nguy cơ của viêm phổi mắc phải ở bệnh viện (bảng 1), mô hình vi khuẩn gây bệnh thường gặp tại địa phương, mức độ nặng của bệnh, tuổi bệnh nhân, các bệnh kèm theo, các tương tác, tác dụng phụ của thuốc.

2. Lựa chọn kháng sinh khi chưa có kết quả vi khuẩn học

Bảng 6.1: Hướng dẫn lựa chọn kháng sinh ban đầu cho viêm phổi bệnh viện khi chưa có kết quả vi khuẩn học

Phân loại	Nguyên nhân chính	Kháng sinh lựa chọn
Nằm viện 2-5 ngày Viêm phổi nhẹ, vừa hoặc nặng và nguy cơ thấp	<i>Enterobacteriaceae</i> , <i>S. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>S. aureus</i> nhạy cảm methicilin.	Beta-lactam + ức chế betalactamase, hoặc ceftriaxon, hoặc Vimotram hoặc fluoroquinolon. Có thể kết hợp 1 aminoglycosid
Nằm viện > 5 ngày Viêm phổi nhẹ, vừa		Tương tự nằm viện 2-5 ngày
Nằm viện ≥ 5 ngày Viêm phổi nặng và nguy cơ thấp hoặc	<i>P. aruginosa</i> , các chủng <i>Enterobacter</i> , các chủng <i>Acinetobacter</i> .	Carbapenem hoặc nhóm beta – lactam hoặc Vimotram Hoặc cefepim
Nằm viện ≥ 2 ngày Viêm phổi nặng và nguy cơ cao		Carbapenem hoặc beta -lactam + ức chế betalactamase hoặc cefepim. Kết hợp với amikacin hoặc fluoroquinolon.
Trường hợp đặc biệt		
Gần đây có phẫu thuật bụng hoặc có bị sặc vào phổi.	Vi khuẩn kỵ khí	Beta-lactam + ức chế betalactamase hoặc clindamycin + metronidazol (nếu dị ứng với các

Phân loại	Nguyên nhân chính	Kháng sinh lựa chọn (thuốc trên)
Nhiễm <i>S. aureus</i> kháng methicilin ở các vị trí khác. Có dùng kháng sinh chống <i>S. aureus</i> trước đó	<i>S. aureus</i> kháng methicilin	Như bảng 2
Nằm khoa Hồi sức kéo dài Dùng kháng sinh phổ rộng trước đó Bệnh cấu trúc phổi	<i>P. aeruginosa</i>	Như bảng 2

Nguy cơ cao: tuổi ≥ 65 , viêm tụy, BPTNMT, bệnh lý thần kinh (đột quy, quá liều thuốc, hôn mê, bại liệt), suy tim sung huyết, suy dinh dưỡng, đái tháo đường, có đặt nội khí quản, suy thận, phẫu thuật ngực, bụng, nghiện rượu. Những trường hợp khác được xem là Nguy cơ thấp.

Khi đã xác định được căn nguyên gây bệnh thì theo kháng sinh đồ (bảng 6.2).

Thời gian dùng kháng sinh: Từ 10 đến 21 ngày tùy theo căn nguyên.

3. Lựa chọn kháng sinh theo căn nguyên vi khuẩn học

Bảng 6.2: Hướng dẫn lựa chọn kháng sinh khi có kết quả vi khuẩn học cho viêm phổi bệnh viện

Chủng vi khuẩn	Thuốc lựa chọn ban đầu	Thuốc thay thế
<i>S. aureus</i> nhạy cảm methicilin	Oxacilin hoặc cephalosporin thế hệ 1 \pm rifampicin	cefotaxim, ceftriaxon, fluoroquinolon, trimethoprim-sulphamethoxazol, clindamycin
<i>S. aureus</i> kháng methicilin	Vancomycin hoặc \pm rifampicin	fluoroquinolon, trimethoprim-sulphamethoxazol
<i>K. pneumoniae</i> và các <i>Enterobacteriaceae</i> khác (ngoại trừ <i>Enterobacter</i>)	Beta-lactam + ức chế betalactamase (piperacilin + tazobactam, cefoperazol + sulbactam), cephalosporins thế hệ 3, cefepim \pm aminoglycosid; carbapenem	fluoroquinolon
<i>Enterobacter</i>	Imipenem + cilastatin, beta-lactam + ức chế betalactamase (piperacilin + tazobactam, ticarcilin + clavulanat), cefepim, fluoroquinolon, \pm aminoglycosid	cephalosporin thế hệ 3 + aminoglycosid

Chủng vi khuẩn	Thuốc lựa chọn ban đầu	Thuốc thay thế
<i>P. aeruginosa</i>	Beta-lactam kháng <i>Pseudomonas</i> (ceftazidim, cefepim) + aminoglycosid; Carbapenem + aminoglycosid	fluoroquinolon + aminoglycosid fluoroquinolon + beta-lactam kháng <i>Pseudomonas</i> (ceftazidim, cefepim)
Acinetobacter	Aminoglycosid + piperacilin hoặc imipenem + cilastatin	Colistin cho Acinetobacter kháng carbapenem

Chú ý: Khi sử dụng thuốc nhóm cephalosporin kết hợp với thuốc nhóm aminoglycosid cần theo dõi chức năng thận của người bệnh 2 lần/tuần.

4. Các điều trị khác

- Hạ sốt: dùng paracetamol 0,5 g x 1 viên/lần khi nhiệt độ > 38,5°C. Ngày không dùng quá 4 viên.
- Bù nước điện giải.
- Thở oxy nhằm duy trì SpO₂ > 90%.

Bài 31: HEN PHẾ QUẢN NGƯỜI LỚN

I. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN:

1. Tiền Căn:

- Hen phế quản từ nhỏ.
- Hen phế quản trong gia đình.

2. Triệu chứng cơ năng:

- Khó thở trội thì thở ra.
- Khò khè.
- Nhịp thở trên 30 lần/phút, tím tái, co kéo cơ hô hấp phụ (là dấu hiệu hen phế quản nặng).

3. Triệu chứng thực thể:

- Phổi có rales rít, ngáy hoặc âm phế bào giảm.
- Lòng ngực hình thùng, chỉ có khi bệnh đã lâu.

4. Cận lâm sàng:

- XN thường quy.
- X quang:

- + Có hình ảnh ứ khí trong con, ngoài con bình thường.
- + Hình ảnh khí phế thũng nếu có thường là khí phế thũng toàn thể.

II. ĐIỀU TRỊ:

1. Oxy: 2-5 lít/ phút (tùy thuộc vào lâm sàng)

2. Corticoid:

- + Hydrocortison 100mg: 1 lọ - mỗi 6-8^h giờ TTM.
- + Methylprednisolon 40mg: mỗi 6-8^h giờ TTM.

(Sử dụng trong 3 ngày, nếu bệnh giảm chuyển sang uống Prednisolon 40mg/ngày, giảm liều dần trong 1 tuần).

3. Các thuốc dẫn phế quản:

- Ventolin 3-5mg phun khí dung 3 lần cách nhau 20 phút, sau đó cần phun tiếp 5mg /mỗi 1-4 giờ .
- Hoặc Theophylin 100mg: 1v x 3 uống/ngày.

4. Kháng sinh: Khi có nhiễm trùng

Nặng:

- + Cefotaxim 1g: 3-4 g/ngày TTM.
- + Augmentin: 3gram/ngày TTM.

Trường hợp nhẹ sử dụng:

- Cefuroxim 0,5g : 2 viên/ngày.
- Augmentin 625mg: 2-3 viên/ngày.

5. Điều trị hỗ trợ:

- Thuốc giảm ho.
- Bù nước điện giải: LR 500-1000ml/24 giờ.
- Kháng Histamin: Cezil 10mg: 1viên /ngày.

Bài 32: CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2

(Ban hành kèm theo Quyết định số 3319/QĐ-BYT ngày 19 tháng 7 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. CHẨN ĐOÁN

Tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường (theo Hiệp Hội Đái tháo đường Mỹ - ADA) dựa vào 1 trong 4 tiêu chuẩn sau đây:

a) Glucose huyết tương lúc đói (fasting plasma glucose: FPG) \geq 126 mg/dL (hay 7 mmol/L). Bệnh nhân phải nhịn ăn (không uống nước ngọt, có thể uống nước lọc, nước đun sôi để nguội) ít nhất 8 giờ (thường phải nhịn đói qua đêm từ 8 -14 giờ), hoặc:

b) Glucose huyết tương ở thời điểm sau 2 giờ làm nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống 75g (oral glucose tolerance test: OGTT) \geq 200 mg/dL (hay 11,1 mmol/L).

Nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống phải được thực hiện theo hướng dẫn của Tổ chức Y tế thế giới: Bệnh nhân nhịn đói từ nửa đêm trước khi làm nghiệm pháp, dùng một lượng glucose tương đương với 75g glucose, hòa tan trong 250-

300 ml nước, uống trong 5 phút; trong 3 ngày trước đó bệnh nhân ăn khẩu phần có khoảng 150-200 gam carbohydrat mỗi ngày.

c) HbA1c $\geq 6,5\%$ (48 mmol/mol). Xét nghiệm này phải được thực hiện ở phòng thí nghiệm được chuẩn hóa theo tiêu chuẩn quốc tế.

d) Ở bệnh nhân có triệu chứng kinh điển của tăng glucose huyết hoặc mức glucose huyết tương ở thời điểm bất kỳ ≥ 200 mg/dL (hay 11,1 mmol/L).

Nếu không có triệu chứng kinh điển của tăng glucose huyết (bao gồm tiểu nhiều, uống nhiều, ăn nhiều, sụt cân không rõ nguyên nhân), xét nghiệm chẩn đoán a, b, d ở trên cần được thực hiện lặp lại lần 2 để xác định chẩn đoán. Thời gian thực hiện xét nghiệm lần 2 sau lần thứ nhất có thể từ 1 đến 7 ngày.

Trong điều kiện thực tế tại Việt Nam, nên dùng phương pháp đơn giản và hiệu quả để chẩn đoán đái tháo đường là định lượng glucose huyết tương lúc đói 2 lần ≥ 126 mg/dL (hay 7 mmol/L). Nếu HbA1c được đo tại phòng xét nghiệm được chuẩn hóa quốc tế, có thể đo HbA1c 2 lần để chẩn đoán ĐTĐ.

II. ĐIỀU TRỊ

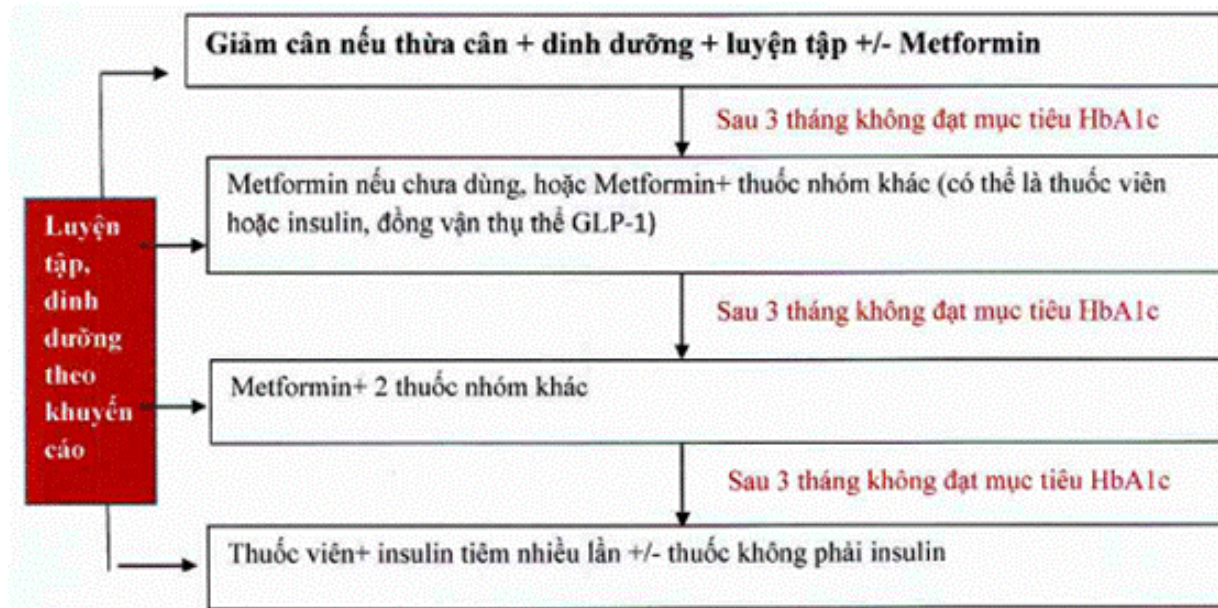
1. Mục tiêu điều trị cần đạt*

Mục tiêu	Chỉ số
HbA1c	< 7%*
Glucose huyết tương mao mạch lúc đói, trước ăn	80-130 mg/dL (4.4-7.2 mmol/L)*
Đỉnh glucose huyết tương mao mạch sau ăn 1-2 giờ	<180 mg/dL (10.0 mmol/L)*
Huyết áp	Tâm thu <140 mmHg, Tâm trương <90 mmHg Nếu đã có biến chứng thận: Huyết áp <130/85-80 mmHg
Lipid máu	LDL cholesterol <100 mg/dL (2,6 mmol/L), nếu chưa có biến chứng tim mạch. LDL cholesterol <70 mg/dL (1,8 mmol/L) nếu đã có bệnh tim mạch. Triglycerides <150 mg/dL (1,7 mmol/L) HDL cholesterol >40 mg/dL (1,0 mmol/L) ở nam và >50 mg/dL (1,3 mmol/L) ở nữ.

* Mục tiêu điều trị ở các cá nhân có thể khác nhau tùy tình trạng của bệnh nhân.

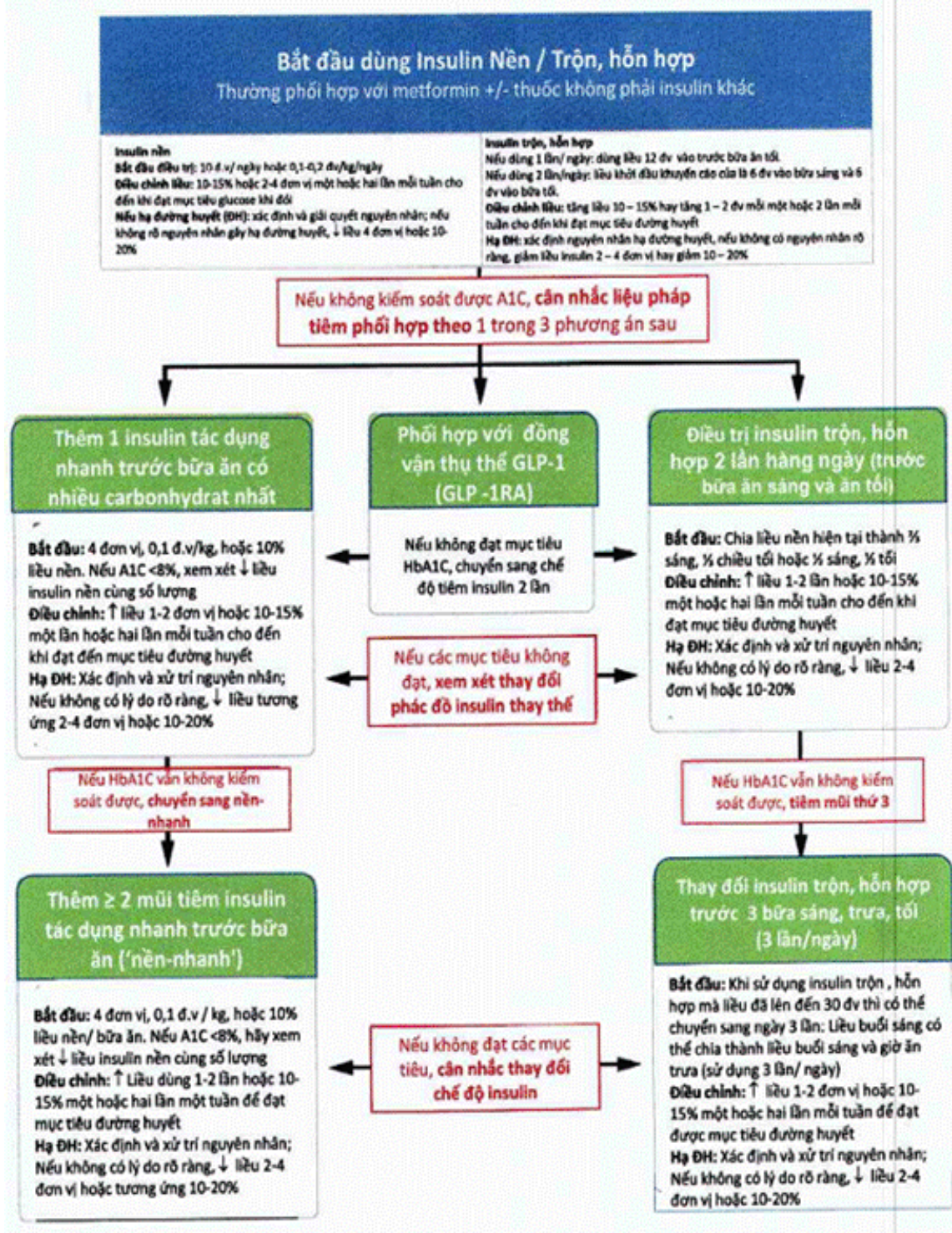
2. Lựa chọn thuốc và phương pháp điều trị đái tháo đường típ 2

Hình 1: Sơ đồ lựa chọn thuốc và phương pháp điều trị đái tháo đường típ 2



Các loại thuốc điều trị ĐTDĐ lần lượt là: Metformin, thuốc ức chế kênh đồng vận chuyển natri-glucose (SGLT2i), Sulfonylurea, Glinides, Pioglitazon, Ức chế enzym alpha glucosidase. Ức chế enzym DPP-4, Đồng vận thụ thể GLP-1, Insulin.

Hình 2: Sơ đồ điều trị với insulin



3. Điều trị cụ thể

3.1. Thay đổi lối sống

- Luyện tập thể lực
- Dinh dưỡng

3.2. Điều trị đái tháo đường bằng thuốc

a) Các nhóm thuốc hạ glucose huyết đường uống và thuốc dạng tiêm không thuộc nhóm insulin theo Phụ lục 03 được ban hành kèm theo Quyết định này.

b) Insulin: Insulin được sử dụng ở bệnh nhân ĐTĐ tip 1 và cả ĐTĐ tip 2 khi có triệu chứng thiếu insulin hoặc không kiểm soát được glucose huyết dù đã ăn uống luyện tập và phối hợp nhiều loại thuốc viên theo đúng chỉ dẫn. Ngoài ra ĐTĐ tip 2 khi mới chẩn đoán nếu glucose huyết tăng rất cao cũng có thể dùng insulin để ổn định glucose huyết, sau đó sẽ dùng các loại thuốc điều trị tăng glucose huyết khác. Các loại insulin theo Phụ lục 04 được ban hành kèm theo Quyết định này.

3.3. Điều trị các bệnh phối hợp và các biến chứng nếu có:

III. PHÒNG NGỪA VÀ KIỂM SOÁT BIẾN CHỨNG MẠN TÍNH

1. Tăng huyết áp
2. Rối loạn lipid máu
3. Các biến chứng mạch máu nhỏ và chăm sóc bàn chân
4. Sử dụng thuốc chống kết tập tiểu cầu
5. Tiêm vaccin

Bệnh nhân ĐTĐ cần được tiêm vaccin phòng cúm, phế cầu trùng hàng năm. Ngoài ra cũng nên tiêm vaccin phòng viêm gan siêu vi B.

PHỤ LỤC 01:

PHÂN LOẠI ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

(Ban hành kèm theo Quyết định số 3319/QĐ-BYT ngày 19 tháng 7 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

1. Đái tháo đường tip 1

Đái tháo đường tip 1 do tế bào beta bị phá hủy nên bệnh nhân không còn hoặc còn rất ít insulin, 95% do cơ chế tự miễn (tip 1 A), 5% vô căn (tip 1 B). Bệnh nhân bị thiếu hụt insulin, tăng glucagon trong máu, không điều trị sẽ bị nhiễm toan ceton. Bệnh có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi nhưng chủ yếu ở trẻ em và thanh thiếu

niên. Bệnh nhân cần insulin để ổn định glucose huyết. Người lớn tuổi có thể bị ĐTĐ tự miễn diễn tiến chậm còn gọi là Latent Autoimmune Diabetes of Adulthood (LADA), lúc đầu bệnh nhân còn đủ insulin nên không bị nhiễm toan ceton và có thể điều trị bằng thuốc viên nhưng tình trạng thiếu insulin sẽ nặng dần với thời gian. ĐTĐ típ 1 tự miễn thường có các tự kháng thể (KT) trong máu trước khi xuất hiện bệnh, lúc mới chẩn đoán: kháng thể kháng Glutamic acid decarboxylase 65 (GAD 65), KT kháng Insulin (IAA), KT kháng tyrosine phosphatase IA 2(ICA 512), KT kháng Zinc transporter 8 (ZnT8). Khi bệnh kéo dài, các kháng thể sẽ giảm dần. Những người thân trong gia đình cũng có thể mang các kháng thể này.

Dấu ấn di truyền của ĐTĐ típ 1: Mẹ bị ĐTĐ típ 1 nguy cơ con bị là 3%, nguy cơ tăng đến 6% nếu cha bị ĐTĐ. Tỷ lệ cùng mắc ĐTĐ típ 1 ở hai trẻ sinh đôi cùng trứng là 25-50%. Gen mã hóa nhóm phù hợp tổ chức lớp II DR DQ có liên quan đến tăng nguy cơ ĐTĐ típ 1.

Yếu tố môi trường của ĐTĐ típ 1: virus quai bị, rubella bẩm sinh, thuốc diệt chuột Vacor, hydrogen cyanide ở rễ cây sắn có liên quan đến ĐTĐ típ 1.

2. Đái tháo đường típ 2

Đái tháo đường típ 2 trước kia được gọi là ĐTĐ của người lớn tuổi hay ĐTĐ không phụ thuộc insulin, chiếm 90-95% các trường hợp ĐTĐ. Thể bệnh này bao gồm nhưng người có thiếu insulin tương đối cùng với đề kháng insulin. Ít nhất ở giai đoạn đầu hoặc có khi suốt cuộc sống bệnh nhân ĐTĐ típ 2 không cần insulin để sống sót. Có nhiều nguyên nhân của ĐTĐ típ 2 nhưng không có 1 nguyên nhân chuyên biệt nào. Bệnh nhân không có sự phá hủy tế bào beta do tự miễn, không có kháng thể tự miễn trong máu. Đa số bệnh nhân có béo phì hoặc thừa cân và/hoặc béo phì vùng bụng với vòng eo to. Béo phì nhất là béo phì vùng bụng có liên quan với tăng acid béo trong máu, mô mỡ cũng tiết ra một số hormon làm giảm tác dụng của insulin ở các cơ quan đích như gan, tế bào mỡ, tế bào cơ (đề kháng insulin tại các cơ quan đích). Do tình trạng đề kháng insulin, ở giai đoạn đầu tế bào beta bù trừ và tăng tiết insulin trong máu, nếu tình trạng đề kháng insulin kéo dài hoặc nặng dần, tế bào beta sẽ không tiết đủ insulin và ĐTĐ típ 2 lâm sàng sẽ xuất hiện. Tình trạng đề kháng insulin có thể cải thiện khi giảm cân, hoặc dùng một số thuốc nhưng không bao giờ hoàn toàn trở lại bình thường.

Nguy cơ ĐTĐ típ 2 gia tăng với tuổi, béo phì, ít vận động. Bệnh cũng thường xuất hiện ở phụ nữ có tiền sử ĐTĐ thai kỳ, những người có tăng huyết áp, rối loạn lipid máu và ở một số sắc tộc nhạy cảm như Mỹ da đen, Mỹ bản địa, người Mỹ Gốc La tinh, Mỹ gốc Á, dân châu Mỹ La tinh, người gốc Nam Á, một số đảo vùng Thái Bình Dương. Yếu tố di truyền ảnh hưởng mạnh trong bệnh ĐTĐ típ 2, tỷ lệ cùng bị ĐTĐ của hai người sinh đôi cùng trứng là 90%, hầu hết người ĐTĐ típ 2 đều có thân nhân bị ĐTĐ. Có thể bệnh do ảnh hưởng của nhiều gen chi phối. Nếu tìm được một gen cụ thể gây tăng glucose huyết, bệnh nhân sẽ được xếp vào thể bệnh chuyên biệt của ĐTĐ.

Yếu tố môi trường ảnh hưởng đến gia tăng tỉ lệ ĐTĐ típ 2 liên quan đến béo phì, ăn các loại thực phẩm giàu năng lượng, giàu carbohydrat, ít vận động. Do đó tỷ lệ này gia tăng nhanh chóng ở các nước có sự chuyển dịch nhanh chóng về kinh tế, người

dân thay đổi lối sống từ lao động nhiều sang ít vận động, ăn các loại thức ăn nhanh giàu năng lượng bột đường làm gia tăng tỷ lệ béo phì. Ở các quốc gia này, người bị ĐTĐ típ 2 có thể xuất hiện bệnh ở lứa tuổi trẻ hơn 40.

3. Đái tháo đường thai kỳ

ĐTĐ thai kỳ là ĐTĐ được chẩn đoán trong 3 tháng giữa hoặc 3 tháng cuối của thai kỳ và không có bằng chứng về ĐTĐ típ 1, típ 2 trước đó. *Nếu phụ nữ có thai 3 tháng đầu được phát hiện tăng glucose huyết thì chẩn đoán là ĐTĐ chưa được chẩn đoán hoặc chưa được phát hiện và dùng tiêu chí chẩn đoán như ở người không có thai.*

PHỤ LỤC 02:

PHÂN BIỆT ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 1 VÀ TÍP 2

(Ban hành kèm theo Quyết định số 3319/QĐ-BYT ngày 19 tháng 7 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Bảng 4: Phân biệt ĐTĐ típ 1 và típ 2

Đặc điểm	Đái tháo đường típ 1	Đái tháo đường típ 2
Tuổi xuất hiện	Trẻ, thanh thiếu niên	Tuổi trưởng thành
Khởi phát	Các triệu chứng rầm rộ	Chậm, thường không rõ triệu chứng
Biểu hiện lâm sàng	- Sút cân nhanh chóng. - Đái nhiều.	- Bệnh diễn tiến âm ỉ, ít triệu chứng - Thể trạng béo, thừa cân

Đặc điểm	Đái tháo đường típ 1	Đái tháo đường típ 2
	- Uống nhiều	- Tiền sử gia đình có người mắc bệnh đái tháo đường típ 2. - Đặc tính dân tộc, có tỷ lệ mắc bệnh cao. - Dấu gai đen (Acanthosis nigricans) - Hội chứng buồng trứng đa nang
Nhiễm ceton, tăng ceton trong máu, nước tiểu	Dương tính	Thường không có
C-peptid	Thấp/không đo được	Bình thường hoặc tăng
Kháng thể: Kháng đảo tụy (ICA) Kháng Glutamic acid decarboxylase 65 (GAD 65) Kháng Insulin (IAA) Kháng Tyrosine phosphatase (IA-2) Kháng Zinc Transporter 8 (ZnT8)	Dương tính	Âm tính
Điều trị	Bắt buộc dùng insulin	Thay đổi lối sống, thuốc viên và/ hoặc insulin
Cùng hiện diện với với bệnh tự miễn khác	Có	Hiếm
Các bệnh lý đi kèm lúc mới chẩn đoán: tăng huyết áp, rối loạn chuyển hóa lipid, béo phì	Không có Nếu có, phải tìm các bệnh lý khác đồng mắc	Thường gặp, nhất là hội chứng chuyển hóa

PHỤ LỤC 03:**CÁC NHÓM THUỐC HẠ GLUCOSE HUYẾT ĐƯỜNG UỐNG VÀ THUỐC DẠNG TIÊM KHÔNG THUỘC NHÓM INSULIN**

(Ban hành kèm theo Quyết định số 3319/QĐ-BYT ngày 19 tháng 7 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

1. Sulfonylurea

Cơ chế tác dụng: Nhóm sulfonylurea có chứa nhân sulfonic acid urea, khi thay đổi cấu trúc hóa học sẽ cho ra các loại chế phẩm khác nhau về hoạt tính. Thuốc kích thích tế bào beta tụy tiết insulin. Thuốc gắn vào kênh kali phụ thuộc ATP (K_{ATP}) nằm trên màng tế bào beta tụy làm đóng kênh này, do đó làm phân cực màng tế bào. Khi màng tế bào beta phân cực, kênh calci phụ thuộc điện thế sẽ mở ra, calci sẽ đi vào trong tế bào làm phóng thích insulin từ các hạt dự trữ. Thuốc làm giảm HbA1c từ 1 - 1,5%.

Thuốc Sulfonylurea thuộc thế hệ thứ nhất như Tolbutamide, Chlorpropamide, Tolazamide, hiện nay ít được dùng. Tolbutamide có thời gian bán hủy ngắn 6-10 giờ, được oxy hóa nhanh ở gan thành dạng bất hoạt, không thải qua thận. Thuốc thường được chia dùng trước khi ăn và có thể trước khi đi ngủ. Có thể dùng cho người già vì thời gian bán hủy ngắn. Thuốc có thể gây mất ngủ, và gây hạ glucose huyết kéo dài khi dùng chung với warfarin, phenylbutazone, sulfamide.

Chlorpropamide hiện nay ít được dùng do thời gian bán hủy dài 20 giờ, tác dụng mạnh nhất 4-14 giờ sau khi uống. Thuốc có thể gây hạ glucose huyết kéo dài nhất là ở người già, do chức năng thận suy giảm. Chlorpropamide còn có tác dụng giống thuốc cai rượu, bệnh nhân đỏ bừng mặt, nôn ói sau khi uống thuốc này và uống rượu. Thuốc cũng có thể gây hạ Natri huyết vì có tác dụng tăng tiết vasopressin. Tolazamide có hoạt lực tương tự Chlorpropamide nhưng không có tác dụng giống thuốc cai rượu và giữ nước.

Các thuốc thế hệ 2 (như Glyburide/glibenclamide, Gliclazide, Glimepiride, Glipizide) được ưa dùng hơn các thuốc thế hệ 1.

a) Glyburide/glibenclamide: Viên 1,25-2,5-5mg. Liều khởi đầu 2,5mg/ngày, liều trung bình thường dùng 5-10 mg/ngày uống 1 lần vào buổi sáng. Không khuyến cáo dùng đến liều 20 mg/ngày vì tác dụng hạ glucose huyết không tăng hơn.

Glyburide được chuyển hóa ở gan thành chất dẫn xuất kém hoạt tính trừ khi bệnh nhân có suy thận. Tác dụng sinh học của glyburide kéo dài đến 24 giờ sau khi uống 1 liều vào buổi sáng, do đó nguy cơ hạ glucose huyết cao, nhất là ở người già, suy gan, suy thận.

Chống chỉ định: suy thận, dị ứng thuốc.

b) Glimepiride: Thuốc có các hàm lượng 1mg, 2mg, 4mg. Liều thường được khuyến cáo 1mg-8mg /ngày. Thuốc có tác dụng kéo dài, thời gian bán hủy 5 giờ, do đó có thể uống ngày 1 lần vào buổi sáng. Thuốc được chuyển hóa hoàn toàn ở gan thành chất không còn nhiều hoạt tính.

c) Gliclazide: Thuốc có hàm lượng 80mg, tác dụng kéo dài 12 giờ. Liều khởi đầu 40- 80mg/ngày. Liều tối đa 320 mg/ngày. Dạng phóng thích chậm có hàm lượng 30-60mg, liều khuyến cáo tối đa của dạng phóng thích chậm là 120 mg/ngày. Thuốc được chuyển hóa hoàn toàn ở gan thành chất dẫn xuất bất hoạt. Thuốc ít gây hạ glucose huyết hơn các loại sulfonylurea khác và được chọn vào danh sách các thuốc thiết yếu để điều trị ĐTĐ của Tổ Chức Y tế Thế giới.

d) Glipizide: Thuốc hiện không lưu hành tại Việt Nam. Thuốc có 2 hàm lượng 5-10mg. Để thuốc phát huy tác dụng tối đa sau ăn, cần uống 30 phút trước khi ăn. Liều khởi đầu 2,5-5mg, liều tối đa có thể dùng là 40 mg/ngày nhưng liều tối đa khuyến dùng là 20mg/ngày. Thuốc được chuyển hóa 90% ở gan, phần còn lại thải qua thận. Chống chỉ định khi có suy gan. Do thời gian bán hủy ngắn, có thể dùng ở người già, suy thận nhẹ.

Thuốc cũng có dạng phóng thích chậm với hàm lượng 2,5-5-10mg.

Tóm lại:

Cơ chế tác dụng chính của sulfonylurea là tăng tiết insulin ở tế bào beta tụy. Do đó tác dụng phụ chính của thuốc là hạ glucose huyết và tăng cân. Cần chú ý khi dùng cho bệnh nhân lớn tuổi vì có nguy cơ hạ glucose huyết cao hơn do bệnh nhân dễ bỏ ăn, ăn kém và có chức năng thận suy giảm. Đa số các thuốc thải qua thận nên cần chú ý giảm liều hay ngưng thuốc khi bệnh nhân có suy thận. Nếu thuốc được chuyển hóa ở gan, cần ngưng khi có suy tế bào gan. Thuốc được dùng trước ăn 30 phút.

Hiệu quả hạ glucose huyết tối ưu của thuốc đạt ở liều bằng nửa liều tối đa cho phép. Cần thận trọng khi dùng liều cao hơn vì có thể làm tăng tác dụng phụ.

2. Glinides

Hiện có tại Việt Nam: Repaglinide hàm lượng 0,5-1-2mg

Cơ chế tác dụng tương tự như sulfonylurea. Thuốc làm giảm HbA1c từ 1 - 1,5%.

Thuốc được hấp thu nhanh ở ruột, chuyển hóa hoàn toàn ở gan và thải qua mật, do đó thời gian bán hủy ngắn dưới 1 giờ. Thuốc làm tăng tiết insulin nhanh nên liều thường dùng là 0,5-1 mg uống trước các bữa ăn 15 phút. Liều tối đa 16 mg/ngày.

Tác dụng chủ yếu của thuốc là giảm glucose huyết sau ăn. Thuốc cũng làm tăng cân và có nguy cơ hạ glucose huyết tuy thấp hơn nhóm sulfonylurea. Do thời gian bán hủy ngắn, thuốc có thể dùng ở người già, khi suy thận.

3. Metformin

Là thuốc duy nhất trong nhóm biguanide còn được sử dụng hiện nay. Thuốc khác trong nhóm là phenformin đã bị cấm dùng vì tăng nguy cơ nhiễm acid lactic.

Cơ chế tác dụng: giảm sản xuất glucose ở gan. Có tác dụng yếu trên tăng hiệu ứng incretin. Thuốc làm giảm HbA1c khoảng 1 - 1,5%. Liều thường dùng 500-2000 mg/ngày. Ít khi cần dùng đến liều 2500mg/ngày, ở liều này tác dụng giảm glucose huyết không tăng nhiều nhưng tác dụng phụ sẽ nhiều hơn.

Chống chỉ định: bệnh nhân suy thận (độ lọc cầu thận ước tính eGFR < 30 mL/phút, giảm liều khi độ lọc cầu thận ước tính trong khoảng 30-45 ml/phút), suy tim nặng, các tình huống giảm lượng máu đến tổ chức (mô) và/hoặc giảm oxy đến các tổ chức (mô) như choáng, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Nếu bệnh nhân đái tháo đường mới chẩn đoán đã có độ lọc cầu thận ước tính <45ml/phút, nên cân nhắc cẩn thận việc dùng metformin.

Thận trọng khi dùng Metformin ở bệnh nhân > 80 tuổi, những bệnh nhân có nguy cơ nhiễm acid lactic như suy thận, nghiện rượu mạn. Ngưng Metformin 24 giờ trước khi chụp hình với thuốc cản quang, phẫu thuật. Cho bệnh nhân uống đủ nước hay truyền dịch để phòng ngừa suy thận do thuốc cản quang.

Thuốc dùng đơn độc không gây hạ glucose huyết, không làm thay đổi cân nặng hoặc có thể giảm cân nhẹ, làm giảm hấp thu vitamin B12 nhưng ít khi gây thiếu máu. Tác dụng phụ thường gặp là buồn nôn, đau bụng, tiêu chảy, có thể hạn chế bằng cách dùng liều thấp tăng dần, uống sau bữa ăn hoặc dùng dạng phóng thích chậm.

Thuốc có thể làm giảm nguy cơ tim mạch và nguy cơ ung thư, tuy nhiên bằng chứng chưa rõ ràng.

Cách dùng: dùng trước hoặc sau ăn, nên khởi đầu ở liều thấp và tăng liều từ từ mỗi 5 - 7 ngày để làm giảm tác dụng phụ trên đường tiêu hóa

Metformin thường được lựa chọn là thuốc khởi đầu điều trị ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2.

4. Thiazolidinedione (TZD hay glitazone)

Cơ chế tác dụng: Hoạt hóa thụ thể PPAR γ , tăng biểu lộ chất chuyên chở glucose loại 1-4 (GLUT1 và GLUT4) giảm nồng độ acid béo trong máu, giảm sản xuất glucose tại gan, tăng adiponectin và giảm sự phóng thích resistin từ tế bào mỡ, tăng chuyển hóa tế bào mỡ kém biệt hóa (preadipocytes) thành tế bào mỡ trưởng thành. Tóm lại thuốc làm tăng nhạy cảm với insulin ở tế bào cơ, mỡ và gan. Giảm HbA1c từ 0.5 - 1,4%

Hiện nay tại Việt Nam chỉ có Pioglitazone còn được sử dụng. Ngoài tác dụng giảm glucose huyết, Pioglitazone làm giảm triglycerides 9% và tăng HDL 15%. Khi dùng chung với insulin, liều insulin có thể giảm được khoảng 30-50%.

Nhóm TZD không gây hạ glucose huyết nếu dùng đơn độc. Thuốc làm phù/tăng cân 3-4%, khi dùng cùng với insulin, có thể tăng cân 10-15% so với mức nền và tăng nguy cơ suy tim. Thuốc cũng làm tăng nguy cơ gãy xương (ở phụ nữ), thiếu máu.

Gần đây có mối lo ngại rằng pioglitazone có thể làm tăng nguy cơ ung thư bàng quang. Hiện nay Bộ Tế Việt Nam vẫn cho phép sử dụng pioglitazone, tuy nhiên khi sử dụng pioglitazone cần phải hỏi kỹ bệnh nhân về tiền sử ung thư, đặc biệt là ung thư bàng quang, kiểm tra nước tiểu tìm hồng cầu trong nước tiểu, nên dùng liều thấp và không nên dùng kéo dài.

Thuốc được dùng 1 lần mỗi ngày, không phụ thuộc bữa ăn. Liều khuyến cáo Pioglitazone 15-45 mg/ngày.

Cần theo dõi chức năng gan trước khi điều trị và định kỳ sau đó. Chống chỉ định: suy tim độ III-IV theo Hiệp Hội Tim New York (NYHA), bệnh gan đang hoạt động, enzyme gan ALT tăng gấp 2,5 giới hạn trên của trị số bình thường.

5. Ức chế enzyme α -glucosidase

Cơ chế tác dụng: thuốc cạnh tranh và ức chế tác dụng của enzyme thủy phân đường phức thành đường đơn, do đó làm chậm hấp thu carbohydrat từ ruột. Giảm HbA1c từ 0,5 - 0,8%

Thuốc chủ yếu giảm glucose huyết sau ăn, dùng đơn độc không gây hạ glucose huyết. Tác dụng phụ chủ yếu ở đường tiêu hóa do tăng lượng carbohydrat không được hấp thu ở ruột non đến đại tràng, bao gồm: sinh bụng, đầy hơi, đi ngoài phân lỏng.

Uống thuốc ngay trước ăn hoặc ngay sau miếng ăn đầu tiên. Bữa ăn phải có carbohydrat.

Thuốc hiện có tại Việt Nam: Acarbose (Glucobay), hàm lượng 50 mg. Liều đầu có thể từ 25 mg uống ngay đầu bữa ăn, 3 lần/ngày.

6. Thuốc có tác dụng Incretin

Thuốc có tác dụng incretin làm tăng tiết insulin tùy thuộc mức glucose và ít nguy cơ gây hạ glucose huyết. Ruột tiết ra nhiều loại incretin, hormon ở ruột có tác dụng tăng tiết insulin sau ăn bao gồm glucagon like peptide-1 (GLP-1) và glucose dependent insulinotropic polypeptide (GIP). Nhóm này gồm 2 loại: thuốc đồng vận thụ thể GLP-1 dạng tiêm (glucagon like peptide 1 receptor analog-GLP-1RA) và thuốc ức chế enzyme dipeptidyl peptidase-4 (DPP-4). Glucagon like peptide 1 là một hormon được tiết ra ở phần xa ruột non khi thức ăn xuống đến ruột. Thuốc làm tăng tiết insulin khi glucose tăng trong máu, và giảm tiết glucagon ở tế bào alpha tụy; ngoài ra thuốc cũng làm chậm nhu động dạ dày và phần nào gây chán ăn. GLP-1 bị thoái giáng nhanh chóng bởi enzyme dipeptidyl peptidase - 4, do đó các thuốc ức chế enzyme DPP-4 duy trì nồng độ GLP-1 nội sinh, không làm tăng cân và không gây hạ glucose huyết.

a) Ức chế enzyme DPP-4 (Dipeptidyl peptidase-4)

Cơ chế tác dụng: ức chế enzyme DDP- 4, một enzyme thoái giáng GLP-1, do đó làm tăng nồng độ GLP-1 (glucagon-like peptide) có hoạt tính. Thuốc ức chế enzyme DPP-4 làm giảm HbA1c từ 0,5 - 1,4%.

Dùng đơn độc không gây hạ glucose huyết, không làm thay đổi cân nặng.

Thuốc được dung nạp tốt.

Hiện tại ở Việt nam có các loại:

Sitagliptin: viên uống 50-100mg uống. Liều thường dùng 100 mg/ngày uống 1 lần, giảm đến 50 mg/ngày khi độ lọc cầu thận ước tính còn 50-30ml/1 phút và 25 mg/ngày khi độ lọc cầu thận giảm còn 30 ml/1 phút. Tác dụng phụ có thể gặp là

viêm hầu họng, nhiễm khuẩn hô hấp trên, dị ứng ngứa ngoài da, đau khớp. Nguy cơ viêm tụy cấp thay đổi theo nghiên cứu.

Saxagliptin: viên 2,5-5mg, uống 1 lần trong ngày. Liều giảm đến 2,5 mg/ngày khi độ lọc cầu thận giảm dưới 50 ml/1 phút. Thuốc giảm HbA1c khoảng 0,5-0,9%. Tác dụng phụ gồm viêm hầu họng, nhiễm trùng hô hấp trên, mẩn ngứa, dị ứng, nhiễm trùng tiết niệu.

Vildagliptin: viên 50 mg, uống 1-2 lần/ngày. Giảm HbA1c khoảng 0,5-1%. Tác dụng phụ gồm viêm hầu họng, nhiễm trùng hô hấp trên, chóng mặt, nhức đầu. Có 1 số báo cáo hiếm gặp về viêm gan khi dùng thuốc. Khuyến cáo theo dõi chức năng gan mỗi 3 tháng trong năm đầu tiên khi sử dụng và định kỳ sau đó.

Linagliptin: viên 5 mg uống 1 lần trong ngày. Thuốc giảm HbA1c khoảng 0,4-0,6% khi kết hợp với sulfonylurea, metformin, pioglitazone.

90% thuốc được thải không chuyển hóa qua đường gan mật, 1-6% thải qua đường thận vào nước tiểu. Thuốc không cần chỉnh liều khi độ lọc cầu thận giảm đến 15 ml/phút.

Tác dụng phụ có thể gặp: ho, viêm hầu họng, mẩn ngứa, dị ứng, viêm tụy cấp.

b) Thuốc đồng vận thụ thể GLP-1 (GLP-1RA: GLP-1 Receptor Analog)

Hiện nay tại Việt Nam chỉ lưu hành Liraglutide.

Liraglutide là chất đồng vận hòa tan có acid béo acyl hóa (ở vị trí 34 của phân tử, lysine được thay thế bằng arginine và gắn thêm 1 chuỗi C16 acyl vào lysine ở vị trí 26). Như vậy fatty- acyl GLP-1 còn giữ nguyên ái lực với thụ thể GLP-1 và việc gắn thêm chuỗi C16 acyl cho phép phân tử gắn với albumin, do vậy ngăn cản tác dụng của enzyme DPP-4 và kéo dài thời gian tác dụng của thuốc. Thời gian bán hủy của Liraglutide khoảng 12 giờ.

Thuốc giảm HbA1c khoảng 0,6-1,5%. Trong nghiên cứu LEADER ở người ĐTĐ típ 2 có nguy cơ tim mạch cao, Liraglutide giảm tử vong do tim mạch, nhồi máu cơ tim không tử vong, đột quỵ không tử vong và giảm cân từ 1kg-2,8kg so với nhóm giả dược.

Tác dụng phụ chính của thuốc là buồn nôn, nôn gặp khoảng 10% trường hợp, tiêu chảy. Có thể gặp viêm tụy cấp nhưng hiếm. Trên chuột thí nghiệm thuốc làm tăng nguy cơ ung thư giáp dạng tủy, tuy nhiên tuyến giáp người ít thụ thể với GLP-1. Khả năng hiện tượng này ở người là thấp nhưng không thể loại trừ hoàn toàn. Liraglutide nên được sử dụng thận trọng ở người có tiền sử cá nhân hoặc gia đình bị ung thư giáp dạng tủy hoặc bệnh đa u tuyến nội tiết loại 2.

Liều sử dụng 0,6 mg tiêm dưới da mỗi ngày, sau 1 tuần có thể tăng đến 1,2 mg/ngày. Liều tối đa 1,8 mg/ngày. Không có nhiều nghiên cứu về Liraglutide ở người suy thận, tuy nhiên khuyến cáo thận trọng khi độ lọc cầu thận giảm <30 ml/1 phút.

7. Thuốc ức chế kênh đồng vận chuyển Natri-glucose SGLT2 (Sodium Glucose Transporter 2)

Glucose được lọc qua cầu thận sau đó được tái hấp thu chủ yếu ở ống thận gần dưới tác dụng của kênh đồng vận chuyển Natri-glucose (Sodium Glucose coTransporters (SGLT)). SGLT2 giúp tái hấp thu khoảng 90% glucose lọc qua cầu thận, do đó ức chế tác dụng kênh này ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 sẽ làm tăng thải glucose qua đường tiêu và giúp giảm glucose huyết.

Hiện nay tại Việt Nam chỉ lưu hành thuốc Dapagliflozin.

Dapagliflozin: giảm HbA1c 0,5-0,8% khi dùng đơn độc hoặc phối hợp với thuốc viên khác hoặc insulin. Các nghiên cứu đối chứng giả được cho thấy điều trị với dapagliflozin 10mg làm giảm 3,7 mmHg huyết áp tâm thu và giảm 0,5 mmHg huyết áp tâm trương ở tuần 24 so với ban đầu. Sự giảm tương tự được ghi nhận đến tuần 104. Dapagliflozin 10mg cho hiệu quả giảm cân từ 2 -4kg, do giảm lượng mỡ thay vì giảm mô nạc khi đo bằng DXA.

Liều thường dùng là 10 mg, liều 5 mg được khuyến cáo khởi đầu ở người suy gan nặng (Child Pugh C), nếu dung nạp tốt tăng lên 10mg.

Thuốc sẽ giảm tác dụng khi độ lọc cầu thận suy giảm, thông tin kê toa cho biết không khuyến cáo sử dụng Dapagliflozin cho bệnh nhân suy thận trung bình đến suy thận nặng (độ thanh thải creatinin [CrCl] < 60 ml/phút hoặc độ lọc cầu thận ước tính [eGFR] < 60 ml/phút/1,73 m²).

Các tác dụng phụ có thể gặp: Nhiễm nấm đường niệu dục, nhiễm trùng tiết niệu. Có thể gặp nhiễm ceton acid với mức glucose huyết bình thường (do đó không sử dụng thuốc này ở ĐTĐ típ 1 và thận trọng nếu nghi ngờ bệnh nhân ĐTĐ típ 2 thiếu insulin trầm trọng).

Thống kê qua 22 nghiên cứu lâm sàng, những trường hợp ung thư bàng quang mới được chẩn đoán được báo cáo ở nhóm bệnh nhân điều trị với Dapagliflozin là 10/6045 (0,17%) và ở nhóm bệnh nhân điều trị với giả dược hoặc thuốc so sánh là 1/3512 (0,03%). Các yếu tố nguy cơ ung thư bàng quang và tiểu máu (một dấu chỉ cận lâm sàng của khối u đã có) tương tự nhau giữa các nhóm điều trị lúc ban đầu. Tuy nhiên chưa có bằng chứng rõ ràng là dapagliflozin tăng tỷ lệ các loại ung thư này.

8. Các loại thuốc viên phối hợp

Do bản chất đa dạng của cơ chế bệnh sinh ĐTĐ típ 2, việc phối hợp thuốc trong điều trị sẽ mang lại hiệu quả giảm glucose huyết tốt hơn, đồng thời giảm tác dụng phụ khi tăng liều một loại thuốc đến tối đa. *Nguyên tắc phối hợp là không phối hợp 2 loại thuốc trong cùng 1 nhóm, thí dụ không phối hợp gliclazide với glimepiride.*

Ngoài ra viên thuốc phối hợp 2 nhóm thuốc sẽ giúp cho số viên thuốc cần sử dụng ít hơn, làm tăng tính tuân thủ dùng thuốc của bệnh nhân. Bất lợi của viên thuốc phối hợp là không thể chỉnh liều 1 loại thuốc.

Hiện nay tại Việt Nam có các thuốc viên phối hợp Glyburide/ Metformin (glucovance), Amaryl/ Metformin (coAmaryl), Sitagliptin/ Metformin (Janumet), Vildagliptin/ Metformin (Galvusmet), Saxagliptin/Metformin (Komboglyze) dạng phóng thích chậm. Pioglitazone/Metformin.

Bảng 5: Tóm tắt ưu, nhược điểm của các thuốc viên hạ glucose huyết đường uống và thuốc tiêm không thuộc nhóm insulin

Nhóm thuốc	Cơ chế tác dụng	Ưu điểm	Nhược điểm
Sulfonylurea	Kích thích tiết insulin	Được sử dụng lâu năm ↓ nguy cơ mạch máu nhỏ ↓ nguy cơ tim mạch và tử vong ?	Hạ glucose huyết Tăng cân
Glinide	Kích thích tiết insulin	↓ glucose huyết sau ăn	Hạ glucose huyết Tăng cân Dùng nhiều lần
Biguanide	Giảm sản xuất glucose ở gan Có tác dụng incretin yếu	Được sử dụng lâu năm Dùng đơn độc không gây hạ glucose huyết Không thay đổi cân nặng, có thể giảm cân ↓ LDL-cholesterol, ↓ triglyceride ↓ nguy cơ tim mạch và tử vong	Chống chỉ định ở bệnh nhân suy thận (chống chỉ định tuyệt đối khi eGFR <30 ml/phút) Rối loạn tiêu hóa: đau bụng, tiêu chảy Nhiễm acid lactic
Pioglitazone (TZD)	Hoạt hóa thụ thể PPAR γ Tăng nhạy cảm với insulin	Dùng đơn độc không gây hạ glucose huyết ↓ triglycerides, ↑ HDL-cholesterol	Tăng cân Phù/Suy tim Gãy xương K bàng quang
Ức chế enzyme α -glucosidase	Làm chậm hấp thu carbohydrate ở ruột	Dùng đơn độc không gây hạ glucose huyết Tác dụng tại chỗ ↓ Glucose huyết sau ăn	Rối loạn tiêu hóa: sinh bụng, đầy hơi, tiêu phân lỏng Giảm HbA1c 0,5 - 0,8%
Ức chế enzym DPP-4	Ức chế DPP-4 Làm tăng GLP-1	Dùng đơn độc không gây hạ glucose huyết Dung nạp tốt	Giảm HbA1c 0,5 - 1% Có thể gây dị ứng, ngứa, nổi mề đay, phù, viêm hầu

Nhóm thuốc	Cơ chế tác dụng	Ưu điểm	Nhược điểm
			họng, nhiễm trùng hô hấp trên, đau khớp Chưa biết tính an toàn lâu dài
Nhóm ức chế kênh đồng vận chuyển Natri-glucose SGLT2	Ức chế tác dụng của kênh đồng vận chuyển SGLT2 tại ống thận gần, tăng thải glucose qua đường tiểu	Dùng đơn độc ít gây hạ glucose huyết Giảm cân Giảm huyết áp Giảm tử vong liên quan đến bệnh tim mạch ở BN ĐTĐ típ 2 có nguy cơ tim mạch cao ⁹	Giảm HbA1c 0,5-1% Nhiễm nấm đường niệu dục, nhiễm trùng tiết niệu, nhiễm ceton acid. Mất xương (với canagliflozin)
Thuốc đồng vận thụ thể GLP-1	Thuốc làm tăng tiết insulin khi glucose tăng cao trong máu đồng thời ức chế sự tiết glucagon, thuốc cũng làm chậm nhu động dạ dày và giảm cảm giác thèm ăn	Giảm glucose huyết sau ăn, giảm cân. Dùng đơn độc ít gây hạ glucose huyết Giảm tử vong liên quan đến bệnh tim mạch ở BN ĐTĐ típ 2 có nguy cơ tim mạch cao	Giảm HbA1c 0,6-1,5% Buồn nôn, nôn, viêm tụy cấp. Không dùng khi có tiền sử gia đình ung thư giáp dạng tủy, bệnh đa u tuyến nội tiết loại 2

Bảng 6: Tóm tắt liều dùng các thuốc viên hạ glucose huyết uống

Thuốc	Hàm lượng	Liều mỗi ngày	Thời gian tác dụng
<i>Sulfonylurea</i>			
Tolbutamide	250-500 mg	0,5-2 gam chia uống 2-3 lần	6-12 giờ
Chlorpropamide	100-250 mg	0,1-0,5 gam uống 1 lần duy nhất	24-72 giờ
Glimepiride	1-2 và 4 mg	1-4 mg/ngày liều thông thường. Liều tối đa 8mg/ngày	24 giờ
Gliclazide	80 mg	40mg-320 mg viên thường, chia uống 2-3 lần	12 giờ
	30-60 mg dạng phóng thích chậm	30-120 mg dạng phóng thích chậm, uống 1 lần/ngày	24 giờ, dạng phóng thích chậm
Glipizide	5-10 mg	Viên thường 2,5-40 mg uống 30 phút trước khi ăn 1 hoặc 2 lần/ngày	6-12 giờ
	2,5-5-10 mg dạng phóng thích chậm	Dạng phóng thích chậm 2,5 - 10 mg/ngày uống 1 lần. Liều tối đa 20 mg/ngày uống 1 lần	Dạng phóng thích chậm 24 giờ
Glinide			
Repaglinide	0,5-1-2 mg	0,5-4 mg/ngày chia uống trước các bữa ăn	3 giờ
<i>Thuốc tăng nhạy cảm với insulin</i>			
Metformin	500-850-1000mg	1-2,5 gam, uống 1 viên sau ăn, ngày 2 - 3 lần	7-12 giờ
	Dạng phóng thích chậm: 500-750 mg	Dạng phóng thích chậm: 500-2000 mg/ngày uống 1 lần	Dạng phóng thích chậm: kéo dài 24 giờ
Pioglitazone	15-30-45 mg/ngày	15-45 mg/ngày	24 giờ
<i>Thuốc ức chế enzyme alpha glucosidase</i>			
Acarbose	50-100 mg	25-100mg uống 3 lần/ngày	4 giờ

Thuốc	Hàm lượng	Liều mỗi ngày	Thời gian tác dụng
		ngay trước bữa ăn hoặc ngay sau miếng ăn đầu tiên	
<i>Nhóm ức chế enzyme DPP-4</i>			
Sitagliptin	50-100mg	Liều thường dùng 100mg/ngày Khi độ lọc cầu thận còn 30-50 ml/1 phút: 50 mg/ngày Khi độ lọc cầu thận còn 30ml/1 phút: 25 mg/ngày	24 giờ
Saxagliptin	2,5-5mg	2,5- 5mg/ngày, uống 1 lần Giảm liều đến 2,5 mg/ngày khi độ lọc cầu thận \leq 50ml/1phút hoặc dùng cùng thuốc ức chế CYP3A4/5 mạnh thí dụ ketoconazole	24 giờ
Vildagliptin	50 mg	50 mg uống 1-2 lần/ngày. Chống chỉ định khi AST/ALT tăng gấp 2,5 giới hạn trên của bình thường	24 giờ
Linagliptin	5mg	5 mg uống 1 lần /ngày	24 giờ
<i>Thuốc ức chế kênh SGLT2</i>			
Dapagliflozin	5-10 mg	10 mg/ngày, uống 1 lần. 5 mg khi có suy gan	24 giờ

PHỤ LỤC 04:**CÁC LOẠI INSULIN**

(Ban hành kèm theo Quyết định số 3319/QĐ-BYT ngày 19 tháng 7 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

1. Các loại insulin**1.1. Theo cấu trúc phân tử:**

- Insulin người/human insulin/insulin thường/regular insulin: được tổng hợp bằng phương pháp tái tổ hợp DNA, rất tinh khiết, ít gây dị ứng và đề kháng do tự miễn và loạn dưỡng mô mỡ tại chỗ tiêm. Thuốc cũng có thể bảo quản ở nhiệt độ phòng <30 độ C và có thể mang theo khi đi du lịch miễn là tránh nhiệt độ rất nóng hoặc rất lạnh. Human insulin hiện có tại Việt Nam gồm insulin thường (regular insulin) và NPH (Neutral Protamine Hagedorn).

- Insulin analog được tổng hợp bằng kỹ thuật tái tổ hợp DNA, nhưng có thay đổi cấu trúc bằng cách thay thế một vài acid amin hoặc gắn thêm chuỗi polypeptide để thay đổi dược tính.

Ví dụ một số insulin analog gồm insulin tác dụng nhanh như Aspart, Lispro, Glulisine và insulin tác dụng kéo dài như Detemir, Glargine. Hiện nay, insulin Degludec tác dụng kéo dài đã được cấp phép lưu hành ở Việt Nam.

1.2. Theo cơ chế tác dụng:**a) Insulin tác dụng nhanh, ngắn:**

- Insulin người (regular insulin) là loại tinh thể insulin zinc hòa tan, tác dụng 30 phút sau khi tiêm dưới da, và kéo dài 5-7 giờ với liều thường dùng, liều càng cao thời gian tác dụng càng kéo dài. Thuốc có thể truyền tĩnh mạch khi điều trị cấp cứu hôn mê do nhiễm ceton acid, tăng áp lực thẩm thấu máu, khi phẫu thuật.

- Insulin analog tác dụng nhanh, ngắn. Hiện tại có 3 loại insulin analog tác dụng nhanh, ngắn là: Aspart, Lispro và Glulisine

Insulin Aspart: Thay thế proline ở vị trí B28 bằng aspartic acid

Insulin Lispro: proline ở vị trí B28 đổi chỗ với lysine ở vị trí B29

Insulin Glulisine: Asparagine ở vị trí B3 được thay thế bằng lysine và lysine ở vị trí B29 được thay thế bằng glutamic acid.

03 loại insulin này ít có khuynh hướng tạo thành hexamer so với human insulin. Sau khi tiêm dưới da, thuốc phân ly nhanh thành monomer và được hấp thu, đạt đỉnh tác dụng sau 1 giờ. Sự thay đổi cấu trúc này không ảnh hưởng đến việc gắn vào thụ thể insulin, ngoài ra thời gian kéo dài tác dụng khoảng 4 giờ, không thay đổi theo liều dùng.

Do tác dụng nhanh của insulin analog, bệnh nhân cần lưu ý có đủ lượng carbohydrate trong phần đầu của bữa ăn.

b) Insulin tác dụng trung bình, trung gian:

NPH (Neutral Protamine Hagedorn hoặc Isophane Insulin): thuốc có tác dụng kéo dài nhờ phối hợp 2 phần insulin zinc hòa tan với 1 phần protamine zinc insulin. Sau khi tiêm dưới da, thuốc bắt đầu tác dụng sau 2-4 giờ, đỉnh tác dụng sau 6-7 giờ và thời gian kéo dài khoảng 10-20 giờ. Thường cần tiêm 2 lần một ngày để đạt hiệu quả kéo dài.

c) Insulin tác dụng chậm, kéo dài:

Insulin glargine: Asparagine ở vị trí A21 được thay thế bằng glycine và 2 phân tử asparagine được gắn thêm vào đầu tận carboxyl của chuỗi B. Insulin glargine là dung dịch trong, pH acid. Khi tiêm dưới da, thuốc sẽ lắng đọng thành các phân tử nhỏ được phóng thích từ từ vào máu. Thuốc kéo dài tác dụng 24 giờ, không có đỉnh cao rõ rệt trong máu, khi tiêm 1 lần trong ngày sẽ tạo một nồng độ insulin nền. Thuốc không được trộn lẫn với human insulin.

Insulin analog detemir: threonine ở vị trí B30 được lấy đi và chuỗi acid béo C14 (tetradecanoic acid được gắn với lysine ở vị trí B29 bằng phản ứng acyl hóa). Thuốc kéo dài tác dụng 24 giờ và có thể tiêm dưới da 1-2 lần/ngày để tạo nồng độ insulin nền. *Thuốc sử dụng được cho phụ nữ có thai.*

Insulin degludec: là insulin analog, threonine ở vị trí B30 bị cắt bỏ và lysine ở vị trí B29 được gắn kết với hexadecanoic acid thông qua gamma-L-glutamyl. Trong dịch chứa có phenol và kẽm, insulin degludec ở dạng dihexamer, nhưng khi tiêm dưới da, chúng kết hợp thành những chuỗi multihexamer rất lớn, gồm hàng ngàn dihexamer. Các chuỗi này phân tán rất chậm ở mô dưới da và các phân tử insulin monomer được phóng thích từ từ vào máu với nồng độ ổn định. Thời gian bán hủy của thuốc là 25 giờ. Thuốc bắt đầu tác dụng 30-90 phút sau khi tiêm dưới da và kéo dài tác dụng hơn 42 giờ.

d) Insulin trộn, hỗn hợp 2:

Insulin trộn sẵn gồm 2 loại tác dụng nhanh và tác dụng dài trong một lọ hoặc một bút tiêm.

Thuốc sẽ có 2 đỉnh tác dụng, insulin tác dụng nhanh để chuyển hóa carbohydrat trong bữa ăn và insulin tác dụng dài để tạo nồng độ insulin nền giữa các bữa ăn. Hiện có các loại:

- Insulin Mixtard 30: 70% insulin isophane/30% insulin hòa tan
- Novomix 30: gồm 70% insulin aspart kết tinh với protamin/30% insulin aspart hòa tan
- Ryzodeg: gồm 70% insulin degludec/30% insulin aspart
- Humalog Mix 70/30: gồm 70% NPL(neutral protamine lispro)/30% Insulin Lispro
- Humalog Mix 75/25: gồm 75% NPL(neutral protamine lispro)/25% Insulin Lispro
- Humalog 50/50: gồm 50% NPL(neutral protamine lispro)/50% Insulin Lispro

2. Ký hiệu và nồng độ insulin

Một lọ insulin có 10 mL, với các nồng độ khác nhau. Hiện trên thị trường có 2 loại là 40 IU/mL (U 40- một lọ 10 ml có 400 đơn vị) và 100 IU/mL (U100- một lọ 10 ml có 1000 đơn vị). Chú ý phải dùng loại ống tiêm phù hợp với nồng độ thuốc: insulin loại U 40 phải dùng ống tiêm insulin 1ml = 40 IU, insulin U100 phải dùng ống tiêm 1ml=100IU.

Hiện nay, WHO khuyến cáo nên chuẩn hóa về hàm lượng 100 IU/ml để tránh trường hợp bệnh nhân dùng nhầm ống và kim tiêm dẫn tới các phản ứng không mong muốn.

Cách ghi hoạt lực của insulin: Chuẩn quốc tế được xây dựng để xác định hoạt lực insulin người, không bao gồm insulin analog. Chỉ sử dụng đơn vị quốc tế (IU) để ghi hoạt lực insulin người. Hoạt lực của insulin analog thường được ghi bằng đơn vị (U).

Liều Insulin khi tiêm tính theo đơn vị, không tính theo ml.

Hiện nay có loại bút tiêm insulin cho human insulin, insulin analog, mỗi bút tiêm có 300 đơn vị insulin.

3. Bảo quản

Tốt nhất để ở 2-8°C sẽ giữ được tới khi hết hạn sử dụng. Nếu không có tủ lạnh có thể để ở nhiệt phòng <30°C cho phép giữ được 1 tháng mà không giảm tác dụng đối với các loại insulin sản xuất bằng phương pháp tái tổ hợp DNA.

Nếu insulin để ở nhiệt độ > 30°C sẽ giảm tác dụng. Luôn cố gắng giữ insulin trong môi trường thoáng mát, *không tiếp xúc trực tiếp với ánh sáng mặt trời*. Nếu dùng đá lạnh cần chú ý không được làm đông lạnh insulin. *Không được để trong ngăn đá làm hỏng insulin.*

4. Sinh khả dụng của các loại insulin

Bảng 7: Sinh khả dụng của các loại insulin

Loại insulin	Khởi đầu tác dụng	Đỉnh tác dụng	Thời gian kéo dài tác dụng
Insulin aspart, lispro, glulisine	5-15 phút	30-90 phút	3-4 giờ
Human regular	30-60 phút	2 giờ	6-8 giờ
Human NPH	2-4 giờ	6-7 giờ	10-20 giờ
Insulin glargine	30-60 phút	Không đỉnh	24 giờ
Insulin detemir	30-60 phút	Không đỉnh	24 giờ
Insulin degludec	30-90 phút	Không đỉnh	42 giờ

Chú thích: Thời gian tác dụng của insulin có thể thay đổi tùy cơ địa bệnh nhân, vị trí tiêm chích. Thời gian trên dựa vào kết quả của các thử nghiệm lâm sàng.

5. Các loại insulin hiện có tại Việt Nam:

Bảng 8: Các loại Insulin hiện có tại Việt Nam

<p><i>Insulin analog tác dụng nhanh, ngắn</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aspart (Novo rapid) - Lispro (Humalog rapid) - Glulisine (Apidra)
<p><i>Insulin người tác dụng nhanh, ngắn</i></p> <p>Regular Insulin- Insulin thường</p>
<p><i>Insulin người tác dụng trung bình, trung gian</i></p> <p>NPH Insulin</p>
<p><i>Insulin analog tác dụng chậm, kéo dài</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Insulin Glargine (Lantus U 100) - Insulin Detemir (Levemir) - Insulin Degludec (Tresiba)
<p><i>Insulin trộn, hỗn hợp</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 70% insulin isophane/30% Insulin hòa tan (Insulin Mixtard 30) - 70% NPL/30% Lispro (Humalog 70/30) - 75% NPL/25% Lispro (Humalog 70/30) - 50% NPL/50% Lispro (Humalog 50/50) - 70% Insulin Aspart Protamine/30% Insulin Aspart hòa tan (Novomix 30) - 70% insulin Degludec/30% insulin Aspart (Ryzodeg)

6. Cách sử dụng insulin

- Insulin là thuốc có tác dụng hạ glucose huyết mạnh nhất. Không có giới hạn trong việc giảm HbA1c.
- Không có giới hạn liều insulin.
- Insulin chỉ được tiêm dưới da (ngoại trừ trường hợp cấp cứu), vị trí tiêm là ở bụng, phần trên cánh tay, đùi. Insulin được hấp thu thay đổi tùy tình trạng BN, vị trí tiêm.
- Trường hợp cấp cứu hôn mê do nhiễm ceton acid, tăng áp lực thẩm thấu máu, lúc phẫu thuật, Regular insulin (Insulin thường) được sử dụng để truyền tĩnh mạch.

- Dùng phối hợp với thuốc viên: liều khởi đầu của insulin nền (dùng insulin tác dụng trung bình hay tác dụng dài) là 0,1 - 0,2 đơn vị/kg cân nặng, tiêm dưới da vào buổi tối trước khi đi ngủ hoặc vào một giờ nhất định trong ngày.

- Điều trị chỉ bằng insulin (ĐTĐ típ1 - ĐTĐ típ2) có biểu hiện thiếu hụt insulin nặng: liều khởi đầu insulin là: 0,25 - 0,5 đơn vị/kg cân nặng/ngày. Tổng liều Insulin chia thành 1/2 -1/3 dùng cho insulin nền (Glargine, Detemir hoặc NPH), phần còn lại chia tiêm trước 3 bữa ăn sáng, trưa, chiều (Regular insulin hoặc Aspart, Lispro, Glulisine).

- Có thể dùng insulin trộn sẵn, thường insulin trộn sẵn tiêm 2 lần/ngày trước khi ăn sáng và chiều. Insulin trộn sẵn loại analog có thể tiêm 3 lần/ngày.

- Điều chỉnh liều insulin mỗi 3-4 ngày.

7. Tác dụng phụ

a) Hạ glucose huyết:

Hạ glucose huyết là biến chứng thường gặp nhất khi tiêm insulin. Có thể gặp trong các trường hợp: tiêm quá liều insulin, bỏ bữa ăn hoặc ăn muộn sau tiêm insulin, vận động nhiều...

Cần chỉ dẫn cho bệnh nhân cách phát hiện các triệu chứng sớm của hạ glucose huyết: đói, bồn chồn, hoa mắt, vã mồ hôi, tay chân lạnh. Khi glucose huyết xuống đến khoảng 54 mg/dL (3 mmol/L) bệnh nhân thường có các triệu chứng cường giao cảm (tim đập nhanh, hồi hộp, đổ mồ hôi, lạnh run) và đối giao cảm (buồn nôn, đói). Nếu các triệu chứng này không được nhận biết và xử trí kịp thời, glucose huyết giảm xuống dưới 50 mg/dL (2,8 mmol/L) sẽ xuất hiện các triệu chứng thần kinh như bứt rứt, lú lẫn, nhìn mờ, mệt mỏi, nhúc nhàu, nói khó. Glucose huyết giảm hơn nữa có thể dẫn đến hôn mê, kinh giật.

Khi có biểu hiện thần kinh tự chủ, cần đo glucose huyết mao mạch ngay (nếu có máy) và ăn 1-2 viên đường (hoặc 1 miếng bánh ngọt hoặc 1 ly sữa...)

Cách phòng ngừa:

- Giáo dục bệnh nhân, người nhà, người chăm sóc nhận biết các triệu chứng của hạ glucose huyết và phòng tránh các tình huống có thể hạ glucose huyết.

- Không nên chọn cách dùng insulin tích cực trong các trường hợp sau: không có khả năng tự theo dõi glucose huyết, thí dụ người già, không có máy thử đường, rối loạn tâm thần, nhiều bệnh đi kèm, biến chứng nặng (suy thận mạn giai đoạn cuối, tai biến mạch máu não...)

b) Hiện tượng Somogyi (tăng glucose huyết do phản ứng):

Do quá liều insulin. Tại thời điểm quá liều insulin dẫn tới hạ glucose huyết làm phóng thích nhiều hormon điều hòa ngược (catecholamine, glucagon ...) gây ra tăng glucose huyết phản ứng.

Hiện tượng này có thể xảy ra vào bất kì lúc nào trong ngày, nhưng thường xảy ra vào giữa đêm và đo glucose huyết sáng lúc đói thấy cao. Có thể nhầm với thiếu liều insulin. Nếu chỉ định đo glucose huyết giữa đêm có thể thấy có lúc glucose huyết

hạ thấp trong hiện tượng Somogyi (thí dụ 3 giờ sáng glucose huyết 40 mg/dL (2,22 mmol/L), 6 giờ sáng 400 mg/dL (22,2 mmol/L). Cần giảm liều insulin khi có hiện tượng này.

c) Di ứng insulin: ngày nay rất hiếm gặp với loại insulin người tái tổ hợp DNA.

d) Loạn dưỡng mô mỡ: teo mô mỡ hoặc phì đại mô mỡ. Phòng ngừa: luân chuyển vị trí tiêm.

e) Tăng cân

8. Giáo dục bệnh nhân và người nhà về sử dụng insulin

Giáo dục bệnh nhân và người nhà về các nội dung sau:

- Cách tự tiêm insulin tại nhà (dùng bút tiêm, ống tiêm)
- Nhận biết và phòng tránh các yếu tố nguy cơ hạ glucose huyết.
- Biết cách tự theo dõi glucose huyết tại nhà.
- Biết xử trí sớm cơn hạ glucose huyết.

PHỤ LỤC 05:

TƯƠNG QUAN GIỮA GLUCOSE HUYẾT TƯƠNG TRUNG BÌNH VÀ HbA1c
(Ban hành kèm theo Quyết định số 3319/QĐ-BYT ngày 19 tháng 7 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

1. Đại cương về HbA1c

HbA1c được thành lập do sự kết hợp giữa glucose và gốc NH₂ của valine ở đầu tận của chuỗi betaglobin của huyết sắc tố, phản ứng này không cần men và được gọi là phản ứng glycosyl hóa (glycosylation). Tốc độ glycosyl hóa của huyết sắc tố tùy thuộc nồng độ glucose trong máu và HbA1c tồn tại trong suốt đời sống của hồng cầu (khoảng 120 ngày). Hồng cầu mới thành lập không chứa HbA1c và hồng cầu sắp bị đào thải chứa nhiều HbA1c nhất. HbA1c phản ánh nồng độ glucose trung bình trong máu trung bình 6-8 tuần trước khi đo.

Trước kia, HbA1c đo bằng phương pháp sắc ký lỏng cao áp (thực hiện trong nghiên cứu DCCT tại Mỹ và nghiên cứu UKPDS tại Anh), được diễn đạt kết quả là %, gần đây Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế đề nghị trình bày kết quả theo mmol/mol. Tại Việt Nam bắt đầu có phương pháp miễn dịch để đo HbA1c tại một số thành phố lớn.

2. Tương quan giữa HbA1c và nồng độ glucose huyết trung bình:**Bảng 9: Tương quan giữa HbA1c và nồng độ glucose huyết trung bình**

HbA1c (%)	HbA1c (mmol/mol)	Glucose huyết trung bình (mmol/L)
13	119	18 mmol/L
12	108	17 mmol/L
11	97	15 mmol/L
10	86	13 mmol/L
9	75	12 mmol/L
8	64	10 mmol/L
7	53	8 mmol/L
6	42	7 mmol/L
5	31	5 mmol/L

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN (GERD)

I. CHẨN ĐOÁN

A. Triệu chứng

- Nóng rát thượng vị;
- Ợ ngược thức ăn đã tiêu hóa;
- Đau ngực, dạng đau thắt ngực;
- Đau bụng;
- Khan tiếng;
- Nuốt nghẹn các thức ăn đặc; trường hợp nuốt nghẹn cả thức ăn đặc lẫn lỏng thì nên nghĩ thêm đến các nguyên nhân khác;
- Co thắt phế quản (hen suyễn);
- Sặc hít;
- Ho mạn tính;
- Hư tổn men răng.

B. Bệnh sử

- Ợ nóng: nóng rát sau xương ức;
- Ợ ngược, vị chua ở miệng;
- Triệu chứng xảy ra khi cúi gập người hay nằm;
- Các triệu chứng ngoài thực quản (như ho chẳng hạn);
- Chế độ ăn, rượu, hút thuốc, và thức uống có caffeine;
- Chẩn đoán thường chỉ dựa trên bệnh sử là đủ, sau đó là thử điều trị trong một tuần bằng các phác đồ kháng acid.

C. Xét nghiệm để chẩn đoán và đánh giá kết quả

1. Xét nghiệm: đo pH thực quản 24 giờ.

2. Chẩn đoán hình ảnh

a. Chụp thực quản cản quang

- Dự báo viêm thực quản trào ngược nếu có sự hiện diện của thoát vị hoành trượt.
- Bờ niêm mạc thực quản không đều do viêm và phù nề.

b. Nội soi: Dùng để phân độ viêm thực quản dựa trên kết quả nội soi (Phân loại Savary-Miller):

- Độ I: ≥ 1 đốm đỏ không hội tụ với nhau, có xuất tiết hoặc không;
- Độ II: Nhiều thương tổn trợt hoặc xuất tiết ở thực quản xa; có thể hội tụ, nhưng chưa giáp vòng;
- Độ III: Nhiều tổn thương trợt, giáp vòng ở thực quản xa;
- Độ IV: Có các biến chứng mạn tính như loét sâu, chít hẹp, hoặc sẹo do chuyển sản Barrett.

c. Giải phẫu bệnh

- Viêm cấp (đặc biệt là viêm thực quản bạch cầu ái toan);
- Tăng sinh vùng đáy của biểu mô ở 85% trường hợp;
- Thay đổi biểu mô Barrett: Biểu mô trụ của dạ dày thay thế biểu mô vảy của thực quản đoạn xa.

II- ĐIỀU TRỊ

1. Mục tiêu :

- Giảm nhẹ các triệu chứng;
- Cải thiện chất lượng cuộc sống;
- Làm lành sẹo các trường hợp viêm thực quản nặng;
- Ngừa tái phát;
- Ngừa các biến chứng.

2. Điều trị cụ thể:

a. Tiết chế:

- Thay đổi cách sống;
- Tư thế nằm đầu cao hơn 15 đến 20cm.

b. Điều trị bằng thuốc:

* Domperidone. Các thuốc này làm tăng trương lực cơ thắt thực quản dưới và tăng vận động đường tiêu hóa giúp cho dạ dày tống xuất thức ăn nhanh hơn.

* Trimafort 1g x 3 (u) hoặc Varogel hoặc Stoccel P.

* Thuốc ức chế bơm proton được lựa chọn nhiều nhất

- Tấn công:

- + Omeprazol 40mg / ngày,
- + Rabeprazol 40mg / ngày
- + Esomeprazol 40mg / ngày,
- + Lansoprazol 60mg / ngày,
- + Pantoprazol 40mg / ngày.

- Duy trì: Dùng nửa liều tấn công

- PPI là thuốc điều trị GERD hữu hiệu nhất. Thời gian điều trị cần kéo dài mặc dù một số trường hợp điều trị ngắn hạn hoặc điều trị theo nhu cầu cũng cho thấy hiệu quả : đáp ứng điều trị là 93% sau 2 tuần.

c. Phẫu thuật

- Phẫu thuật mở hay nội soi cuộn đáy vị Nissen (Nissen fundoplication) giúp tăng chênh lệch áp suất giữa dạ dày và thực quản bằng cách cuộn đáy vị quanh thực quản xa, thường là gấp vòng (cuộn đáy vị 360 độ):

- Chỉ định: có bằng chứng tổn thương thực quản nặng, đáp ứng không hoàn toàn với điều trị nội, điều trị nội đã lâu và khả năng phải điều trị bằng thuốc lâu dài

- Cần loại trừ rối loạn vận động thực quản trước khi tiến hành phẫu thuật. Nếu có rối loạn vận động nên xem xét phẫu thuật cuộn đáy vị bán phần (270 độ, Toupet).

- Cả phẫu thuật mở và nội soi đều đạt kết quả tốt ở >90% trường hợp, hiệu quả giảm triệu chứng ngang nhau, cải thiện chất lượng sống, giảm nhu cầu dùng thuốc.

- Phân tích về chi phí/hiệu quả cho thấy nếu bệnh nhân cần điều trị >10 năm bằng PPI, thì can thiệp phẫu thuật sẽ có lợi hơn.

VIÊM LOÉT DẠ DÀY - TÁ TRÀNG

I. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng: chủ yếu là triệu chứng cơ năng, thực thể thường chỉ rõ khi có biến chứng.

- Đau bụng.
- Đau vùng thượng vị, đau có tính chất chu kỳ, đau theo mùa.
- Đau theo bữa ăn: Loét dạ dày đau lúc no, Loét tá tràng đau lúc đói, loét dạ dày thường đau âm ỉ, loét tá tràng đau dữ dội từng cơn.
- Thường kèm theo buồn nôn, nôn ợ chua, ợ hơi.

2. Cận lâm sàng:

- Test H.pylori (-) hoặc (+).
- Nội soi.

II. ĐIỀU TRỊ:

1. Chế độ ăn uống:

- Loét tá tràng: chia làm nhiều bữa ăn trong ngày.
- Loét dạ dày: nên ăn những bữa ăn lớn, chính trong ngày.
- Tránh căng thẳng thần kinh (stress).
- Kiên rượu, thuốc lá, các chất kích thích, các thuốc corticoide, non-steroid.

2. Điều trị HP (-):

a. Nhóm Antacid không hòa tan.

Phospholugel: 1 gói x 3-4 lần /ngày.

b. Nhóm kháng anti H2:

Cimetidin 300mg x 2-3 lần/ngày (uống hoặc tiêm bắp).
hoặc Ranitidin 150mg x 2 lần /ngày (uống,).

c. Nhóm ức chế bơm proton: (liều chuẩn)

- Omeprazol 20mg x 2 lần/ngày (uống). hoặc
- Omeprazol 40mg (TMC) 1 lọ/ ngày, hoặc
- Lanzoprazol 30mg 1v uống/ngày, hoặc
- Esomeprazol 20mg 1 viên x 2 uống, hoặc
- Rabeprazol 20mg 1 viên x 2 lần/ngày (uống).

d. Giảm đau và an thần:

- Giảm đau:

Spasmaverin 40mg, 2-4 viên/ngày.

Hoặc Nospa 40mg, 1-2 ống/ngày (TB).

Hoặc Buscopan 10mg, 1-2 ống/ngày (TB).

- An thần:

Diazepam 5mg/ngày.

Hoặc Sulpirid 50g, 1-2 viên/ngày.

3. Điều trị HP (+):

* **Phác đồ 3 thuốc:**

- PPI, 2 lần uống/ngày x 10-14 ngày (trước ăn 30 phút).

- Amoxilin 1g x 2 lần uống/ngày x 10-14 ngày (trong bữa ăn).
- Metronidazol 0,5g x 2 lần uống/ngày x 10-14 ngày (trong bữa ăn) hoặc
- Clarythromycin 500mg x 2 lần uống/ngày x10-14 ngày (trong bữa ăn).

*** Ghi chú: PPI uống duy trì thêm 4-6 tuần.**

*** Phác đồ 4 thuốc có Bismuth:**

- PPI, 2 lần uống/ngày x 10-14 ngày (trước ăn 30 phút).
- Bismuth 120mg x 4 lần/ngày x 10-14 ngày (uống khi đói).
- Tetracyclin 500mg x 4 lần/ngày x 10-14 ngày (uống khi đói).
- Metronidazole 500mg x 2 lần/ngày x 10-14 ngày (uống khi đói).

*** Ghi chú: PPI uống duy trì thêm 4-6 tuần.**

*** Phác đồ 4 thuốc không có Bismuth:**

- PPI: 2 lần uống/ngày x 10-14 ngày (trước ăn 30 phút).
- Amoxicillin 1g x 2 lần uống/ngày x 10-14 ngày (trong bữa ăn).
- Clarithromycin 500mg x 2 lần uống/ngày x10-14 ngày (trong bữa ăn).
- Metronidazole 500mg x 2 lần uống/ngày x10-14 ngày (trong bữa ăn).

*** Ghi chú: PPI uống duy trì thêm 4-6 tuần.**

***Phác đồ nối tiếp:**

- PPI: 2 lần uống/ngày (trước ăn 30 phút).
- Amoxicillin 1g x 2 lần uống/ngày (trong bữa ăn).

Trong 5 ngày đầu

- PPI: 2 lần uống/ngày (trước ăn 30 phút).
- Clarithromycin 500mg x 2 lần uống/ngày (trong bữa ăn).
- Tinidazole 500mg x 2 lần/ngày (trong bữa ăn).

Trong 5 ngày tiếp theo

*** Ghi chú: PPI uống duy trì thêm 4-6 tuần.**

*** Phác đồ 3 thuốc có Levofloxacin:**

- PPI: 2 lần uống/ngày (trước ăn 30 phút).
- Amoxcillin 1g x 2 lần uống/ngày (trong bữa ăn).
- Levofloxacin 500mg x 2 lần/ngày (trong bữa ăn).

Dùng trong 10 ngày

*** Ghi chú: PPI uống duy trì thêm 4-6 tuần.**

VIÊM TÚI MẬT CẤP

I. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN:

Đau hạ sườn phải, buồn nôn, chán ăn.

Sốt.

Vàng da, vàng mắt (25%),

Túi mật to, nghiệm pháp Murphy (+).

XN: BC đa nhân trung tính tăng.

Siêu âm: Túi mật to, thành dày.(phát hiện sỏi trong 90 – 95 % trường hợp).

II. ĐIỀU TRỊ:

Nghỉ ngơi tuyệt đối.

Chế độ ăn: Ăn nhẹ, kiêng dầu mỡ.

Cân bằng nước điện giải: Lactate ringer, Nacl 0,9%, Glucose 5%.

Hạ sốt: paracetamol 1 -2g/ngày.

Chống co thắt đường mật: Spasmaverin 120mg – 160mg/ngày.(No-spa, Buscoban).

Kháng sinh: Chọn kháng sinh mạnh phổ rộng, hướng vào Gr(-) đường ruột.

- Ampicillin 1g 1,5-3g/ mỗi 6 giờ TMC kết hợp với Gentamycin 80mg, 2 ống TB/ngày.

- Hoặc kết hợp nhóm Quinolon như ofloxacin 400mg/ngày.

* Nặng hơn: cephalosporin thế hệ 3 như Cefotaxim 1-2g/mỗi 6-8 giờ, kết hợp với nhóm Quinolon thế hệ 2 -3. Ngoài ra chú ý đến vi khuẩn kỵ khí cần phối hợp thêm Metronidazol truyền tĩnh mạch 1g- 1,5g/ngày.

III. TIÊN LƯỢNG:

- Tốt: Hết đau bụng, hết sốt, hết vàng da, tổng trạng khá hơn.

M, NT, HA trở lại bình thường.

- Xấu: Tình trạng nhiễm trùng nhiễm độc nặng, có viêm phúc mạc mật, thâm mật phúc mạc hoặc viêm túi mật hoại tử phải chuyển tuyến trên.

NHIỄM TRÙNG ĐƯỜNG MẬT

I. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN:

Dựa vào tiền sử sỏi hoặc giun chui đường mật.

1. *Lâm sàng* có tam chứng Charcot:

+ Con đau hạ sườn (P).

+ Sốt lạnh run.

+ Vàng da vàng mắt.

2. *Cận lâm sàng*:

+ BC tăng.

+ Bilirubin trực tiếp tăng,

+ Siêu âm gan mật: Đường mật giãn, thành dày; Ngoài ra còn thấy được sỏi, giun, vị trí tắc nghẽn .

II. ĐIỀU TRỊ:

- Nghỉ ngơi tuyệt đối.

- Ăn thức ăn nhẹ dễ tiêu kiêng dầu mỡ.

- Cân bằng nước điện giải: Lactate ringr, Nacl 9‰, Glucose 5%.

- Kháng sinh: Chọn kháng sinh mạnh phổ rộng, hướng vào Gr(-) đường ruột.

Ukacin 1,5g, 4,5 g/ngày chia 3 lần TM kết hợp với Gentamycin 80mg, 2 ống TB/ngày. Hoặc kết hợp nhóm Quinolon như Ofloxacin 400mg/ngày, Ciprofloxacin 1g/ngày.

* Nặng hơn : cephalosporin thế hệ 3 như Cefotaxim 3-6 g/ngày , kết hợp với nhóm Quinolon thế hệ 2 -3 .Ngoài ra chú ý đến vi khuẩn kỵ khí cần phối hợp thêm Metronidazol truyền tĩnh mạch 1g- 1,5g/ngày.

- Chống co thắt đường mật: Spasmaverin 120mg – 160mg/ngày.(No-spa, Buscoban).

- Hạ sốt: paracetamol 1 -2g/ngày.

III. PHÒNG NGỪA:

Vệ sinh cá nhân, vệ sinh môi trường tốt.

Tẩy giun định kỳ.

VIÊM TỤY CẤP

I. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

- Đau vùng thượng vị: xuất hiện đột ngột, dữ dội, đau xuyên ra phía sau (sau bữa ăn thịnh soạn).
- Điểm Mayo-robson (+).
- Nôn ói nhiều, đầy hơi nôn liên tục.
- Bụng chướng căng, gõ trong thường chứa nhiều hơi.
- Có thể có vàng da.
- Đôi khi có tiêu chảy.

2/ Cận lâm sàng:

- CTM: BC tăng, hematocrit tăng.
- Siêu âm là phương tiện tốt để chẩn đoán VTC, mức độ viêm tụy, cũng như loại trừ các nguyên nhân đau bụng khác như VTC do sỏi mật.
- Xquang bụng không chuẩn bị: loại bỏ các cấp cứu ngoại khoa khác như thủng tạng rỗng, các dấu hiệu khác có thể phát hiện như tràn dịch màng phổi, sỏi tụy..
- Amylase hoặc lipase máu tăng gấp 3 lần bình thường.
- Chụp cắt lớp vi tính (CT) hoặc chụp cộng hưởng từ (MRI) có giá trị cao hơn trong chẩn đoán khắc phục được yếu điểm của siêu âm, đồng thời cho phép đánh giá kỹ hơn về tổn thương ở tụy cũng như biến chứng của VTC như là đánh giá bờ tụy, tổn thương nhu mô, mức độ hoại tử, đám dịch quanh tụy.

II. ĐIỀU TRỊ:

- Nhịn ăn: bệnh nhân không ăn uống cho tới khi triệu chứng đau giảm, sôi bụng trở lại.
- Đặt ống thông tá tràng, hút dịch, lưu ống thông cho đến khi bệnh nhân đỡ nôn, giảm trướng bụng.
- Nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch: bệnh nhân được truyền qua đường tĩnh mạch để đảm bảo đủ nước, điện giải và năng lượng (các dung dịch muối, đường, các acid amin, ...).

- Giảm đau: dùng các thuốc giảm đau theo đường tĩnh mạch sử dụng theo cung bậc từ paracetamol đối với các trường hợp đau nhẹ và vừa, với các trường hợp dùng các thuốc giảm đau thông thường không đỡ thì có thể dùng morphine.

- Kiểm soát các rối loạn chuyển hoá.

- Kháng sinh: trong trường hợp VTC nhẹ không có chỉ định dùng kháng sinh, tuy nhiên trong các ca VTC nặng đặc biệt là trường hợp VTC hoại tử có nguy cơ nhiễm khuẩn phổi, đường niệu thì có chỉ định kháng sinh nên chọn các kháng sinh thâm nhập vào tổ chức tụy tốt như metronidazol, quinolon, cephalosporin thế hệ 3.

- Giảm tiết acid dịch vị: Omeprazol 40mg 1 lọ x 3 TMC.....

NHIỄM TRÙNG TIỂU**I. NGUYÊN NHÂN:**

- Do nhiễm trùng đường niệu.
- Do nguyên nhân gây tắc đường bài xuất nước tiểu như: sỏi, u xơ tiền liệt tuyến, u niệu đạo, u bàng quang, dị dạng thận, niệu quản...

II. PHÂN LOẠI: Gồm 2 loại:**1. Tiêu Chuẩn Chẩn Đoán Nhiễm Trùng Tiểu Dưới:**(Viêm niệu đạo, Viêm bàng quang)**1.1. Lâm Sàng:**

- Hội chứng bàng quang: Tiểu gắt, tiểu buốt, tiểu máu, tiểu mù.
- Hội chứng nhiễm trùng: Sốt nhẹ hoặc không sốt.

1.2. Cận lâm sàng:

- Tổng phân tích nước tiểu, cấy lắng: Có nhiều hồng cầu, bạch cầu.
- Công thức máu: Bạch cầu tăng (N tăng).
- Siêu âm bụng: Có thể thấy sỏi đường niệu.
- X-quang bụng không chuẩn bị: có thể tìm thấy sỏi cản quang.
- Sinh hóa: urea, Creatinin để đánh giá chức năng thận.

1.3. Điều Trị:**a. Nguyên tắc:**

Kháng sinh:

+ Ofloxacin 200mg: 1v x 2 uống/ngày x3-5 ngày.

Hoặc Ciprofloxacin 500mg: 1v x2 uống/ngày x 3-5 ngày.

Hoặc Pefloxacin 400mg: 2v uống 1 lần duy nhất.

Hoặc Levofloxacin 0,5g: 250mg 1 lần/ngày x 3-10 ngày

* Phác Đồ Điều Trị Nhiễm Trùng Tiểu Hay Tái Phát:

+ Cefixim 200mg: 1v x 2 uống/ngày x 7- 10 ngày.

Hoặc Augmentin 625mg: 1v x 2-3/ngày x 7-10 ngày.

Hoặc Cefotaxim 1g: 1 lọ x 2/ngày x 7-10 ngày.

Hoặc Levofloxacin 0,5g: 250mg 1 lần/ngày x 3-10 ngày

b. Điều trị dự phòng: Uống nhiều nước.**c. Điều trị nguyên nhân:** Loại bỏ các nguyên nhân.**2. Tiêu Chuẩn Chẩn Đoán Nhiễm Trùng Tiểu Trên:**(Viêm thận, bể thận cấp)**2.1. Lâm sàng:**

- Hội chứng nhiễm trùng: Sốt cao, rét run, môi khô, lưỡi bẩn.
- Hội chứng bàng quang: Tiểu gắt, tiểu buốt, tiểu máu, tiểu mù..
- Đau vùng hông lưng: Có khi đau dữ dội hoặc âm ỉ, vỗ hông, lưng (+) rất có giá trị chẩn đoán.

2.2. Cận lâm sàng

- Tổng phân tích nước tiểu, cấy lắng: Có nhiều hồng cầu, bạch cầu.
- Công thức máu: Bạch cầu tăng.
- Siêu âm bụng: Có thể thấy sỏi thận, niệu quản, u xơ tiền liệt tuyến.
- X-quang bụng không chuẩn bị: có thể tìm thấy sỏi cản quang.
- Khi có sỏi thận: Ure, Creatinin máu tăng.

2.3. Điều Trị: Dùng một trong các phác đồ sau:

Phác Đồ 1:

- Cefotaxim 1g: 1 lọ x 3(TMC)/ngày x 7-10 ngày.
- Hoặc Ofloxacin 200mg: 1v x 2 uống/ngày x 7-10 ngày.
- Hoặc Ciprofloxacin 500mg: 1v x2 uống/ngày x 7-10 ngày.
- Hoặc Levofloxacin 0,5g: 250mg 1 lần/ngày x 3-10 ngày

Phác Đồ 2:

- Augmentin 1g: 1 lọ x 3 (TMC)/ngày x 7-10 ngày.
- Hoặc Pefloxacin 400mg: 2v uống 1 lần duy nhất.
- Hoặc Levofloxacin 0,5g: 250mg 1 lần/ngày x 3-10 ngày

* Trường hợp nhiễm trùng tiểu là phụ nữ có thai:

Amoxicilin 500mg: 1v x 3 uống/ngày x 5-7 ngày.

2.4 Điều trị hỗ trợ:

- Hạ sốt Paracetamol 0,5g 2-3 viên/ngày.
- Giảm đau: Diclofenac 75mg 1-2 ống/ngày, hoặc uống.
- Hoặc Nospa 40mg 1-2 ống/ngày, hoặc uống.
- Thuốc sát trùng đường tiểu: Mictasol Blue 2-4 viên/ngày.

Điều trị nguyên nhân dự phòng: Uống nhiều nước, loại bỏ sỏi thận, u xơ tuyến liệt tuyến.

BỆNH GÚT (THÔNG PHONG)**I. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN:**

Tiêu chuẩn chẩn đoán của Bennett và Wood 1968:

1. Tìm thấy tinh thể urat trong dịch khớp hay trong các hạt tophi
 2. hoặc có ít nhất hai trong số các tiêu chuẩn sau:
 - Tiền sử hoặc hiện tại có ít nhất 2 đợt sưng đau của 1 khớp với các tính chất khởi phát đột ngột, sưng đau dữ dội và khởi hoàn toàn trong vòng 2 tuần.
 - Tiền sử hay hiện tại có một đợt sưng đau khớp bàn ngón chân cái với các tính chất như trên.
 - Có hạt tophi.
 - Đáp ứng với colchicin (giảm viêm, giảm đau trong vòng 48 h) trong tiền sử hoặc hiện tại.
- * Chẩn đoán xác định khi có tiêu chuẩn 1 hoặc ít nhất 2 yếu tố của tiêu chuẩn 2.

II. ĐIỀU TRỊ:**1. Nguyên Tắc điều trị:**

- Chống viêm khớp trong đợt cấp.
 - Hạ acid uric máu để phòng những đợt viêm cấp tái phát, làm ổn định bệnh lâu dài, ngăn ngừa biến chứng.
 - Điều trị các bệnh kèm theo, cần điều trị viêm khớp cấp trước . Chỉ sau khi viêm khớp đã hết hoặc thuyên giảm mới bắt đầu dùng các thuốc hạ acid uric máu.
- Điều điều trị có hiệu quả cần thường xuyên kiểm tra acid uric máu và niệu, chức năng thận. nếu tình trạng tăng bài tiết acid uric niệu (trên 600mg/24h) không được dùng nhóm hạ acid uric có cơ chế tăng đào thải.

2. Điều trị cơn gút cấp:*** Thuốc kháng viêm không steroid :**

+ Diclofenac (voltaren) 75mg TB 1- 2 ồng/ngày dùng 2- 3 ngày. Sau đó chuyển sang uống 100mg/ngày.

+ Meloxicam 5mg(TB) 1 ồng/ngày dùng 3 ngày. Sau đó chuyển sang uống viên 7,5mg uống 2 viên/ngày, chia 2 lần.

*** Colchicin 1mg:**

- Ngày 1 và 2: 3mg / ngày chia 3 lần cách mỗi 8 giờ.
- Ngày 3 và 4: 2mg / ngày chia 2 lần cách mỗi 12 giờ.
- Sau đó 1mg uống 1 lần/ngày cho đến khi bệnh nhân hết đau.

*** Corticoid :** Dùng chủ yếu ở bệnh nhân viêm đa khớp do gút, hay khi colchicin và thuốc kháng viêm **non steroid** không hiệu quả.

Prednisolon 5mg: bắt đầu 20- 50mg/ngày. Liều dùng 0,5mg/kg/ngày ngày thứ nhất sau đó giảm liều 5mg/ngày rất có hiệu quả; dùng 1 – 2 tuần.

*** Các nhóm thuốc khác:** Khi bệnh nhân đau nhiều có thể dùng thêm các thuốc giảm đau khác như;

Efferalgan – codein 0,5g: 1 viên uống mỗi 6h

3. Điều trị dự phòng cơn gút cấp:**Chế độ ăn và sinh hoạt:**

- + Bệnh nhân béo phì cần có chế độ ăn giảm năng lượng, giảm mỡ.
- + Ăn giảm đạm, Tránh dùng thức ăn chứa nhiều chất purin như: phủ tạng động vật (lòng lợn, tiết canh, gan, thận, óc, dạ dày, lườn), các loại thịt đỏ (thịt chó, dê, trâu, bò), các loại hải sản (tôm, cua, cá béo); đậu các loại, nấm khô, sôcôla.
- + Kiên rượu bia và các chất kích thích như: ốt, café, tiêu..
- + Uống nhiều nước, nhất là nước khoáng kiềm (sô đa, nước khoáng lavie, vĩnh Hảo.); Uống nước chè, hoa quả, ăn cháo, súp, sữa trứng.
- + Ăn nhiều rau xanh, hoa quả như xà lách, cà rốt, bắp cải,...
- + Sinh hoạt đều độ, làm việc nhẹ nhàng, tránh lạnh, tránh mệt mỏi, Tập thể dục như đi bộ, cầu lông ...
- + Tránh dùng thuốc tăng acid uric như: Thuốc lợi tiểu, aspirin, thuốc kháng lao...

Thuốc colchicin 1mg: uống tiếp tục 1 -2 tháng sau đợt cấp.

Thuốc hạ acid uric: Allopurinol viên 100mg, 300mg: Nên bắt đầu liều 50–100mg/ngày, tăng dần, liều thông thường từ 200 – 300mg/ngày.

4. Điều trị gút mãn tính:

- Colchicin 1mg: 1 viên/ngày uống trước khi ngủ, trong 3 tháng.
- Allopuriol 100mg 1 viên uống liên tục trong 3 tuần, sau đó đánh giá lại lâm sàng và cận lâm sàng mà có thái độ điều trị tiếp.

RỐI LOẠN NHỊP TIM

I. CHẨN ĐOÁN RỐI LOẠN NHỊP TIM DỰA VÀO:

Lâm sàng và điện tim đồ. Yếu tố quyết định nhất vẫn là điện tim đồ.

II. PHÂN LOẠI RỐI LOẠN NHỊP TIM

a) Dựa vào cơ chế bệnh sinh của rối loạn nhịp tim, người ta chia thành 3 nhóm:

- Rối loạn quá trình tạo thành xung động: nhịp xoang nhanh hoặc chậm, ngoại tâm thu, cuồng động và rung...

- Rối loạn quá trình dẫn truyền xung động: bloc xoang nhĩ, bloc nhĩ thất, bloc trong thất...

- Kết hợp giữa rối loạn tạo thành xung động và dẫn truyền xung động: phân ly nhĩ- thất, hội chứng quá kích thích dẫn truyền sớm...

b) Trong lâm sàng, dựa vào vị trí, tính chất của các rối loạn nhịp tim, người ta chia thành 4 nhóm để ứng dụng chẩn đoán và điều trị tiện lợi hơn:

- Rối loạn nhịp trên thất:

- + Nhịp nhanh xoang; chậm xoang.
- + Nhanh nhĩ kịch phát, nhanh bộ nối kịch phát.
- + Ngoại tâm thu nhĩ.
- + Rung nhĩ.
- + Cuồng động nhĩ.
- + Hội chứng yếu nút xoang.

- Rối loạn nhịp thất:

- + Ngoại tâm thu thất.
- + Nhanh thất, rung thất.

- Bloc tim.

- + Bloc xoang nhĩ.
- + Bloc nhĩ-thất.
- + Bloc trong thất.

- Hội chứng tiền kích thích.

III. ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN NHỊP TIM:

Có nhiều phương pháp điều trị rối loạn nhịp tim; có thể dùng độc lập hay phối hợp nhiều phương pháp theo những nguyên tắc chung:

- Loại trừ các yếu tố tác động xấu.
- Điều trị nguyên nhân.
- Dùng các nghiệm pháp gây cường phó giao cảm làm giảm nhịp tim khác như: ấn nhãn cầu, ấn và xoa xoang động mạch cảnh, nghiệm pháp Valsalva,...
- Dùng thuốc chống loạn nhịp phải lựa chọn theo bảng phân loại của V. Williams gồm 4 nhóm như sau:

+ Nhóm chặn dòng Na⁺ : quinidin, procainamid, lidocain, ajmalin, sodanton, rythmodan, propafenon...

+ Chẹn thụ cảm thể β giao cảm: propranolol, avlocardyl, atenolol...

+ Nhóm chặn kênh K⁺ : amiodarone (cordarone, sedacoron).

+ Nhóm chặn dòng Ca⁺⁺: isoptin, nifedipine, verapamin, corontin...

- Những thuốc không xếp vào bảng phân loại này, nhưng có tác dụng điều trị loạn nhịp tim: digitalis, adrenalin, nor-adreanlin, isuprel, aramin, atropin, ephedrin...

- Phương pháp điều trị loạn nhịp bằng điện: sốc điện, máy tạo nhịp tim, điều trị nhịp tim nhanh bằng phương pháp ức chế vượt tần số (overdriving), cấy máy sốc tự động, đốt bằng năng lượng tần số radio qua ống thông...

- Điều trị loạn nhịp tim bằng phương pháp ngoại khoa: cắt bỏ phần phình tim, cắt các đường dẫn truyền bất thường, phẫu thuật theo phương pháp COX để điều trị rung nhĩ... Điều trị loạn nhịp tim theo phương pháp y học dân tộc: châm cứu (acupuncturê), thủy xương bồ, tâm sen, củ cây bình vôi...

IV. MỘT SỐ THỂ BỆNH RỐI LOẠN NHỊP TIM

2.1. Rối loạn nhịp trên thất (supraventricular dysrhythmias)

2.1.1. Nhịp nhanh xoang (sinus tachycardia)

- Lâm sàng: hồi hộp đánh trống ngực, khó thở, tê tay và chân, đau tức vùng trước tim.

- Điện tim đồ: sóng P thay đổi, sóng T cao, ST hạ thấp xuống dưới đường đẳng điện, tần số tim nhanh >100 ck/phút ở người lớn và >120 ck/phút ở trẻ em.

- Điều trị:

+ Điều trị nguyên nhân gây nhịp nhanh xoang.

+ Tiến hành nghiệm pháp cường phó giao cảm.

+ Thuốc: Nhóm thuốc chẹn thụ cảm thể bê ta (β) giao cảm. Ví dụ như propranolol 40- 80 mg..... chia nhiều lần trong ngày. Chú ý những chống chỉ định và tác dụng phụ của nhóm thuốc chẹn thụ cảm thể bê ta giao cảm như: hen phế quản, loét dạ dày, loét hành tá tràng, huyết áp thấp, nhịp tim chậm, block tim...

2.1.2. Nhịp chậm xoang (sinus bradycardia)

- Khi tần số nhịp xoang < 50 ck/phút thì được gọi là nhịp chậm xoang.

- Lâm sàng: đau ngực, choáng váng, ngất, lịm, bệnh nặng có thể tử vong do vô tâm thu.

- Điện tim: nhịp xoang đều hay không đều, tần số chậm < 50 ck/phút.

- Điều trị: nâng nhịp xoang đạt 60-80 ck/phút.

+ Atropin 1 mg ~ 3-6 ống/ngày, chia 2-3 lần tiêm dưới da.

+ Ephedrin 0,01 ~ 2-6 v/ngày, chia 2-3 lần uống; có thể kết hợp với atropin.

+ Adrenalin hoặc nor-adrenalin 1 mg ~ 1-2 ống pha vào dung dịch glucose 5% ~ 100 ml, truyền tĩnh mạch 10-20 giọt/phút. Khi truyền phải che ánh sáng để tránh sự phân hủy của thuốc, thuốc không dùng được ở bệnh nhân nhịp chậm kèm theo tăng huyết áp động mạch.

+ Theophyllin hoặc Bambuterol.

+ Nhịp chậm xoang do tăng cảm xoang động mạch cảnh gây ngất thì điều trị bằng phẫu thuật cắt tiểu thể xoang động mạch cảnh (denervation).

+ Nhịp chậm xoang do hội chứng yếu nút xoang hoặc không điều trị được bằng thuốc thì phải kích thích tim nhờ đặt máy tạo nhịp tim (artificial pacing).

2.1.3. Nhịp nhanh nhĩ (atrial tachycardia)

- Nguyên nhân: nhiễm độc digitalis, nhiễm khuẩn, viêm phổi.

- Biểu hiện lâm sàng: hồi hộp, đánh trống ngực, đau ngực trái, hoa mắt, chóng mặt, choáng váng.

- Điện tim đồ: sóng P đi trước phức bộ QRS, PQ bình thường hoặc kéo dài, sóng P có dạng khác so với P của nhịp xoang.

- Điều trị:

+ Điều trị nguyên nhân gây ra nhịp nhanh nhĩ.

+ Thực hiện những nghiệm pháp cường phó giao cảm: xoa xoang động mạch cảnh, làm nghiệm pháp Valsalva...

+ Cordaron 200mg 1viên x 3 (u) hoặc UC beta.

+ Sốc điện ngoài lồng ngực, chế độ đồng bộ, mức năng lượng 50j.

2.1.4. Nhịp nhanh nút nhĩ-thất (AV nodal tachycardia)

- Biểu hiện lâm sàng: hồi hộp, đánh trống ngực, mệt mỏi, chán ăn, lịm, những người có cơn nhịp nhanh nút nhĩ-thất kịch phát khi hết cơn có triệu chứng đái nhiều.

- Điện tim đồ: sóng P luôn âm tính ở đạo trình DII, DIII, aVF; sóng P có thể đứng trước, hoặc ngay sau, hoặc hoà vào phức bộ QRS; tần số nhịp nhĩ thường gặp 140-180ck/phút, nhưng cũng có khi đạt tới 250ck/phút.

- Điều trị: giống như nhịp nhanh nhĩ, nếu có cơn nhịp nhanh nút nhĩ thất kịch phát, thì cấp cứu phục hồi nhịp xoang bằng: ATP (adenosin triphosphat) 20 mg ~ 1ống tiêm tĩnh mạch trong 1-2 phút. Điều trị triệt để nhịp nhanh nút nhĩ-thất bằng phương pháp đốt năng lượng tần số radio qua ống thông, để cắt “vòng vào lại”.

2.1.5. Ngoại tâm thu nhĩ (supraventricular ectopic beats)

- Nguyên nhân: thường gặp ở những người bị bệnh phổi mạn tính, bệnh thiếu máu cơ tim cục bộ, viêm cơ tim, suy tim, nghiện rượu...

- Ngoại tâm thu nhĩ không gây rối loạn nặng về huyết động, bệnh nhân chỉ có cảm giác nhịp tim đập không đều.

- Điện tim đồ: sóng P' biến dạng so với sóng P của nút xoang, P'- Q' ngắn, và P' luôn đi trước phức bộ Q'R'S'. Nhịp ngoại tâm thu nhĩ có thể đến sớm, có nghỉ bù hoặc xen kẽ, hoặc dịch nhịp so với nhịp xoang.

- Điều trị: Sau khi điều trị nguyên nhân, lựa chọn một trong các thuốc sau đây: Chẹn beta hoặc chẹn kênh Canxi.

2.1.6. Cuồng động nhĩ (atrial flutter)

- Biểu hiện lâm sàng: phụ thuộc vào tần số nhịp thất/trong 1 phút (cơ cuồng động nhĩ-nhanh kịch phát nhĩ-thất 200-250ck/phút) và tình trạng chức năng tim. Cuồng động nhĩ gây hồi hộp đánh trống ngực, đau ngực, khó thở, ngất.

- Điện tim đồ cuồng động nhĩ: không thấy sóng P của nhịp xoang mà thay bằng sóng F, có tần số từ 200-350 ck/phút, biên độ giao động từ 2,5-3 mm; nếu cứ 1 sóng F có 1 phức bộ QRS thì gọi là cuồng động nhĩ 1:1; nếu 2 sóng F mới có 1 phức bộ QRS thì được gọi là cuồng động nhĩ 2:1, bằng cách tính như vậy có thể gặp cuồng động nhĩ 3:1... Phức bộ QRS thường < 0,12 giây; nhưng nếu có bloc nhánh, ngoại tâm thu thất, hội chứng WPW thì phức bộ QRS > 0,12 giây.

- Điều trị:

+ Cơ cuồng động nhĩ cấp tính:

Digoxin 1/4-1/2 mg pha vào dung dịch glucose 5% ~ 5-10 ml, tiêm tĩnh mạch chậm.

Verapamil 5-10 mg, tiêm tĩnh mạch chậm trong 2 phút, sau đó 30 phút tiêm tĩnh mạch 10 mg, nếu không kết quả thì ngừng thuốc.

Cả hai loại thuốc này hầu hết các trường hợp đều đưa được nhịp thất về bình thường hoặc phục hồi được nhịp xoang ngay sau tiêm ở những bệnh nhân chưa có suy tim ứ trệ.

Những cơn cuồng động nhĩ cấp tính ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp, suy tim ứ trệ hoặc sốc tim, điều trị tốt nhất là sốc điện ngoài lồng ngực với chế độ đồng bộ, mức năng lượng 25j sẽ đạt hiệu quả phục hồi nhịp xoang hoặc chuyển sang rung nhĩ.

Dẫn nhĩ vượt tần số ở tần số nhịp cao 350-400ck/phút, thường ứng dụng để điều trị cơn cuồng động nhĩ cấp tính ở bệnh nhân ở thời kỳ sau phẫu thuật tim vì đã có sẵn điện cực đặt tạm thời ở nhĩ.

+ Điều trị dự phòng cơn cuồng động nhĩ nhanh kịch phát: Lựa chọn một trong các thuốc sau đây để duy trì: digitalis, disopyramide, propafenone, flecainide, verapamil, propranolol, amiodarone, đốt bó His bằng năng lượng tần số radio.

+ Điều trị cuồng động nhĩ mạn tính: duy trì nhịp thất 60-80ck/phút bằng một trong các loại thuốc: digitalis, Chẹn beta, verapamil hoặc amiodaron; tốt nhất là sốc điện để chuyển về nhịp xoang hoặc rung nhĩ mạn tính.

2.1.7. Rung nhĩ (atrial fibrillation)

- Biểu hiện lâm sàng: giống như cuồng động nhĩ, nhịp không đều, tần số nhịp tim cao hơn nhịp mạch.

+ Mất sóng P mà thay bằng sóng f; sóng f thay đổi liên tục về biên độ, tần số...

+ Phức bộ QRS cũng thay đổi: thời gian khoảng RR không đều, biên độ các sóng R cũng không đều, thường độ rộng phức bộ QRS < 0,12 giây, nhưng cũng có khi > 0,12 giây nếu là ngoại tâm thu thất, hội chứng WPW.

- Điều trị cơn rung nhĩ cấp tính:

+ Điều trị bệnh gây ra cơn rung nhĩ cấp tính: bệnh viêm phổi, nhồi máu cơ tim cấp, nghẽn mạch phổi, sốc...

+ Dùng thuốc: digitalis, cordaron, Chẹn beta,

+ Đảo nhịp bằng phương pháp sốc điện, khi về nhịp xoang thì dùng một trong số thuốc trên để duy trì nhịp xoang, chỉ ngừng thuốc khi tái phát rung nhĩ.

+ Điều trị chống kết tập tiểu cầu để dự phòng tắc mạch: Aspirin hoặc Clopidogrel.

2.1.8. Hội chứng suy nút xoang (sick sinus syndrome: SSS)

- Biểu hiện lâm sàng: khi nhịp tim chậm thì bệnh nhân cảm thấy mệt nhọc, choáng váng; khi nhịp tim nhanh lại thấy hồi hộp đánh trống ngực. Hai biểu hiện trên luân phiên nhau ở những bệnh nhân có hội chứng nhịp tim chậm - nhanh, nếu kéo dài sẽ dẫn đến suy tim ứ trệ mạn tính hoặc nghẽn động mạch não.

- Biểu hiện trên điện tim đồ: hội chứng yếu nút xoang được biểu hiện điển hình bởi hội chứng nhịp chậm - nhanh (tachycardia-bradycardia syndrome).

+ Nhịp chậm trên thất có thể là: nhịp chậm xoang; ngoại tâm thu nút, block xoang nhĩ, block nhĩ-thất độ 2; ngoại tâm thu nhĩ, sau ngoại tâm thu nhĩ có một thời gian vô tâm thu, hoặc rung nhĩ, hoặc cuồng động nhĩ với nhịp thất chậm.

+ Cơ nhịp nhanh thường gặp là rung nhĩ hoặc cuồng động nhĩ với đáp ứng nhịp thất nhanh, hoặc nhịp nút nhanh, hoặc nhịp nhanh nhĩ.

- Điều trị: cấy máy tạo nhịp.

2.2. Rối loạn nhịp thất của tim

2.2.1. Ngoại tâm thu thất (ventricular extrasystoles)

- Loạn nhịp ngoại tâm thu thất là có một hay nhiều ổ phát nhịp nằm ở thất kích thích tim đập.

- Nguyên nhân: do rượu, cà phê, thuốc lá, nhiễm trùng, nhiễm độc, mất ngủ; nguyên nhân hay gặp và có ý nghĩa tiên lượng nặng là: nhồi máu cơ tim cấp, bệnh cơ tim tiên phát, viêm cơ tim, nhiễm độc digitalis, sa van 2 lá...

- Lâm sàng: nhịp tim không đều, tức ngực, khó thở, cảm giác hẫng hụt rõ cả khi bắt mạch và nghe tim; có thể bị ngất hoặc đột tử...

- Điện tim đồ: nhịp ngoại tâm thu thất, không có sóng P đi trước phức bộ Q'R'S', Q'R'S' giãn rộng > 0,12 giây, S'T' chênh trái chiều so với R', nhịp ngoại tâm thu thất thường đến sớm và có nghỉ bù so với nhịp xoang ($RR'R = 2RR$). Trên 80% các trường hợp ngoại tâm thu thất là ngoại tâm thu ở thất phải, gần 20% ngoại tâm thu thất nằm ở thất trái. Lown đã chia ngoại tâm thu thất thành 5 độ:

Độ 0 : không có ngoại tâm thu thất.

Độ I : có < 30 nhịp ngoại tâm thu thất/1 giờ.

Độ II : có > 30 nhịp ngoại tâm thu thất/1 giờ.

Độ III : ngoại tâm thu thất nhiều dạng, nhiều ổ.

Độ IVa : có 2 nhịp ngoại tâm thu thất đi liền nhau.

Độ IVb : có 3 nhịp ngoại tâm thu thất đi liền nhau.

Độ V: nhịp ngoại tâm thu thất rơi vào sóng T của nhịp ngay liền trước nó (Ron T phenoment). Người ta còn phân chia ngoại tâm thu thất: một ổ, một dạng, đa ổ, đa dạng, nhịp đôi, nhịp ba, hàng loạt.

- Điều trị:

+ Loại trừ các yếu tố nguy cơ và điều trị những nguyên nhân gây ra loạn nhịp ngoại tâm thu thất.

+ Nghỉ ngơi, cho liều lượng thấp diazepam (seduxen, valium) nếu không có tác dụng thì phải lựa chọn một trong các thuốc chống loạn nhịp sau đây:

+ Thuốc chẹn thụ cảm thể β : Vd. propranolol 20-40 mg/ngày ~ 10-15 ngày (ngừng thuốc khi nhịp tim chậm và hạ huyết áp).

+ Cordaron 200mg 1-3 v/ngày, đợt dùng 10-15 ngày.

+ Những trường hợp nặng, có ngất lịm, nhanh thất do hiện tượng “R on T phenoment” thì phải dùng lidocain 100-200mg, tiêm bắp thịt hoặc 1/2 liều tiêm trực tiếp tĩnh mạch (thử nghiệm trong da âm tính) và 1/2 liều pha vào 50-100ml huyết thanh natri clorua 0,9% (nếu không có suy tim) hoặc dung dịch glucose 5% (nếu có suy tim) để truyền tĩnh mạch 20-30 giọt/phút, dưới sự kiểm tra theo dõi điện tim đồ trên monitoring.

+ Nếu nhồi máu cơ tim, ngoài lidocain như trên phải cho rythmodan 0,10 x 2-4v/ngày, chia uống sáng và chiều cho đến khi hết ngoại tâm thu thất.

+ Nếu ngoại tâm thu thất do ngộ độc digitalis thì phải dùng ngay thuốc digitalis và cho thuốc: Lidocain cách dùng như trên. Sodanton 0,10 ~ 1-2v/ngày. Panangin hoặc kaliclorua 0,60 ~ 2-4v/ngày. 17 Những thuốc này dùng cho đến khi hết loạn nhịp ngoại tâm thu thất.

- Trong trường hợp ngoại tâm thu thất mức độ nặng, dai dẳng, kéo dài, không có tác dụng khi dùng thuốc thì phải tiến hành biện pháp đốt ổ phát nhịp gây ngoại tâm thu thất bằng năng lượng tần số radio qua ống thông.

- Một số trường hợp châm cứu các huyết: hợp cốc, nội quan (tay trái) hoặc uống nước sắc “thủy xương bồ” 10-20 g/ngày cũng có kết quả điều trị.

2.2.2. Nhịp nhanh thất (ventricular tachycardia) Đây là loại rối loạn nhịp tim nặng, luôn phải được theo dõi và điều trị cấp cứu tại bệnh viện, vì có tỷ lệ tử vong cao.

- Khi có từ > 3 nhịp ngoại tâm thu thất liên nhau, liên tiếp, với tần số từ 120-250 ck/ phút thì được gọi là nhịp nhanh thất.

+ Nếu cơn nhịp nhanh thất kéo dài 30 giây thì gọi là nhịp nhanh thất bền bỉ, kéo dài.

+ Nếu các nhịp nhanh thất giống nhau trong một đạo trình của điện tim đồ thì gọi là nhịp nhanh thất một dạng; ngược lại nếu nhịp nhanh thất khác dạng nhau trên cùng một đạo trình của điện tim đồ thì gọi là nhịp nhanh thất đa dạng.

+ Nhịp nhanh thất kéo dài, một dạng, do một ổ phát nhịp thất, với tần số nhanh từ 180-250 ck/phút được gọi là cuồng động thất (ventricular flutter).

+ Nhịp nhanh thất đa ổ, đa dạng, kéo dài, thường xuyên đôi trục (180o), thường gặp ở người có khoảng QT kéo dài (trên 60 giây) được gọi là “nhịp xoắn đỉnh” (torsade de pointes ventricular tachycardia). Vị trí ổ phát nhịp ở thất gây nhịp nhanh thất hay gặp nhất là vòng vào lại ở sợi Purkinje; nhịp nhanh thất còn gọi là “phân ly nhĩ thất” vì tần số nhịp thất cao hơn tần số nhịp nhĩ, và không có sự liên hệ với nhau, trừ trường hợp nhịp dẫn truyền ngược thất-nhĩ.

- Nguyên nhân: nhồi máu cơ tim cấp tính, viêm cơ tim, bệnh thiếu máu cơ tim cục bộ, bệnh cơ tim tiên phát, cũng có khi gặp ở người bình thường, do các thuốc chống loạn nhịp nhóm Ic (ví dụ: encainide, flecainide) và nhiều bệnh tim khác có tổn thương cơ tim nặng kèm theo nhịp nhanh 180-200 ck/phút.

- Lâm sàng: biểu hiện lâm sàng của nhịp nhanh thất là suy tim mức độ nặng và sốc tim, có thể gây tử vong.

- Điện tim đồ: biểu hiện trên điện tim đồ của nhịp nhanh thất:

+ Phức bộ QRS rộng từ 0,12- 0,24 giây (trung bình 0,16 giây).

+ Rr' hoặc R ở V1; QS hoặc rS ở V6.

+ Hoặc đồng dạng R dương tính từ V1 đến V6

+ Trục chuyển trái.

+ Tần số nhịp thất cao hơn tần số nhịp nhĩ (phân ly nhĩ- thất).

- Cấp cứu điều trị:

+ Bất động, nằm ngang hoặc đầu thấp.

+ Thở oxy 3-8 lít/phút.

+ Điều trị nguyên nhân.

+ Phục hồi nhịp xoang bằng thuốc:

Lidocain 1mg/kg, tiêm tĩnh mạch; sau đó lấy 200mg lidocain pha trong dịch glucose 5%, truyền tĩnh mạch với liều 20-50 mcg/kg/phút.

Hoặc cordarone 5 mg/kg, pha trong 250 ml dung dịch glucose 5%, truyền tĩnh mạch trong 20 phút đến 2 giờ.

+ Phục hồi nhịp xoang bằng kích thích thất.

+ Phục hồi nhịp xoang bằng phương pháp sốc điện ngoài lồng ngực chế độ đồng bộ (nếu cường độ thất thì sốc điện chế độ không đồng bộ), mức năng lượng từ 100-150j.

+ Hoặc phục hồi nhịp xoang bằng phương pháp đốt ổ phát nhịp bệnh lý bằng năng lượng tần số radio qua ống thông.

+ Phục hồi nhịp xoang khi xoắn đỉnh:

Magiesulphat 15%, tiêm tĩnh mạch 5-10 ml trong 2 phút, có thể tiêm lại sau 1 giờ.

Kaliclorua 15% ~ 20ml, pha vào 100-250 ml dung dịch glucose, truyền tĩnh mạch 20 giọt/phút (không dùng khi có suy thận mạn, đái tháo đường nặng, đang dùng thuốc chống loạn nhịp nhóm III).

+ Khi nhịp xoang đã phục hồi thì lựa chọn thuốc chống loạn nhịp, hoặc máy sốc điện để chống tái phát.

+ Những thuốc thường dùng trong lâm sàng để điều trị cũng cố tránh tái phát nhịp nhanh thất là một trong những thuốc sau:

Amiodaron (cordarone) 200 mg ~ 2-4v/ngày.

Disopyramide (rythmodan) 100mg ~ 2-4v/ngày.

Propanolol 40 mg ~ 1-2v/ngày.

Mexiletin (mexitil, ritalmex) 200 mg ~ 2-4v/ngày.

Flecainid (flecain) 100 mg ~ 2-3v/ngày.

Propafenon (rythmonorm) 300 mg ~ 2-3v/ngày.

Verapamil (isoptin) 40 mg ~ 2-3v/ngày.

2.2.3. Rung thất (ventricular fibrillation)

- Nguyên nhân:

+ Rung thất có thể gặp ở người có trái tim bình thường gây đột tử; nhưng hầu hết gặp ở những người có bệnh tim nặng, suy tim nặng do nhồi máu cơ tim, bệnh cơ tim tiên phát, bệnh van 2 lá, bệnh van động mạch chủ, viêm cơ tim...

+ Rung thất có thể gặp khi dùng thuốc nhóm digitalis, thuốc chống loạn nhịp... hoặc khi tiến hành những kỹ thuật thông tim, chụp động mạch vành, đặt tạo nhịp tim...

- Biểu hiện lâm sàng:

+ Khi rung thất trong 8-10 giây, bệnh nhân bắt đầu mất ý thức; nếu tiếp tục rung thất thì bệnh nhân tử vong trong vòng 3-5 phút.

+ Diễn biến lâm sàng của rung thất là biểu hiện của ngừng tim:

Hồi hộp, đau ngực, thở nhanh nông, hốt hoảng và co giật.

Đột ngột mất ý thức, mất vận động, mất phản xạ, mất cảm giác.

Không bắt được động mạch cảnh và động mạch đùi; ngừng thở.

Không nghe thấy tiếng tim đập.

Giai đoạn đầu đồng tử co, còn phản xạ với ánh sáng; sau đó đồng tử giãn và mất phản xạ với ánh sáng. Bệnh nhân bị tử vong nếu không được cấp cứu kịp thời.

- Biểu hiện điện tim đồ: Mất các sóng P, Q, R, S, T mà thay bằng các sóng dao động rung với hình dạng, biên độ, thời gian và tần số không đều, luôn thay đổi khoảng 300-400 ck/phút. Người ta chia rung thất làm 3 loại:

+ Rung thất mất lớn: biên độ sóng rung $\geq 0,3$ mv.

+ Rung thất mất bé: biên độ sóng rung $< 0,3$ mv.

+ Nhịp tự thất hoặc đường đẳng điện.

- Cấp cứu điều trị:

+ Thực hiện các bước cấp cứu ngừng tuần hoàn (hô hấp viện trợ, bóp tim...).

+ Phá rung bằng phương pháp sốc điện, chế độ không đồng bộ từ 200- 360j. Nếu là rung thất mất bé thì cho thuốc adrenalin 1mg, tiêm vào tĩnh mạch trung ương, hoặc trực tiếp vào buồng tim, hoặc bơm qua ống nội khí quản để chuyển thành rung thất mất lớn rồi tiến hành sốc điện.

+ Nếu không có máy sốc điện thì điều trị phục hồi nhịp xoang và chống tái phát bằng thuốc giống như cấp cứu nhịp nhanh thất.

2.3. Blocc tim (heart block)

Blocc tim là những rối loạn tạo thành xung động hoặc dẫn truyền xung động từ nút xoang đến mạng lưới Purkinje.

Nguyên nhân thường gặp gây block tim là: cường phó giao cảm, bệnh cơ tim, thiếu máu cơ tim cục bộ, bệnh van tim, thấp tim, viêm cơ tim...

2.3.1. Ngừng xoang (sinus arrest) (hoặc block xoang nhĩ).

- Khi nút xoang ngừng phát nhịp trong khoảng thời gian ngắn thì được gọi là ngừng xoang hay block xoang nhĩ.

- Biểu hiện lâm sàng: phụ thuộc vào từng thời gian ngừng xoang dài hay ngắn: từ hồi hộp đánh trống ngực cho đến lịm, ngất, Adams-Stokes, hoặc đột tử.

- Điện tim đồ: nhịp xoang xen kẽ những thời khoảng mất sóng P và phức bộ QRST, tùy tình trạng mất 1, 2, 3, 4... nhịp để chia ra block xoang nhĩ 1:1, 2:1, 3:1, 4:1...

- Điều trị nguyên nhân gây ra block xoang nhĩ: lựa chọn các thuốc hoặc các biện pháp sau đây: + Atropin 1/4mg-2mg/ngày, tiêm dưới da hoặc tiêm tĩnh mạch, duy trì nhịp xoang 60-80 ck/phút.

+ Ephedrin 0,01 ~ 2-6v/ngày, uống.

+ Isoprenalin (isuprel) 1-2 mg (1-2v/ngày) ngậm dưới lưỡi.

+ Đặt máy tạo nhịp (pacemaker).

2.3.2. Block nhĩ-thất (atrial ventricular block): Block nhĩ-thất được chia ra làm 3 độ:

- Độ 1: là thời gian dẫn truyền từ nhĩ xuống thất; biểu hiện trên điện tim đồ là khoảng PQ kéo dài > 0,20 giây.

- Độ 2: chia ra 2 loại

+ Chu kỳ Luciani-Wenckebach: khoảng PQ dài dần (thường 2-3 nhịp) sau đó kết thúc bằng sóng P mà sau nó không có phức bộ QRST, cứ như thế lặp lại thành chu kỳ.

+ Mobitz II: nhịp xoang có khoảng PQ bình thường, xen kẽ có một hay nhiều sóng P mà sau nó không có phức bộ QRST, tạo thành dạng block: 1:1, 2:1, 3:1...

- Độ 3: nhịp nhĩ. Biểu hiện bằng sóng P trên điện tim đồ có tần số bình thường hoặc nhanh. Nhịp thất thường biểu hiện bằng phức bộ QRST có tần số chậm 30-40 ck/phút. Mất sự liên hệ giữa P và QRS.

Blốc nhĩ thất độ 2, 3 là những rối loạn nhịp tim nặng, thường gây ngất, lịm, hoặc tử vong do vô tâm thu.

Phương pháp điều trị blốc nhĩ-thất giống như điều trị blốc xoang nhĩ. Đối với blốc nhĩ thất độ 3, thường phải truyền tĩnh mạch:

Isuprel 1-2 mg, pha vào dung dịch glucose hoặc natri clorua 0,9% ~ 500 ml, truyền tĩnh mạch 10-20 giọt/phút để duy trì nhịp thất 60-80 ck/phút. Nếu là blốc nhĩ thất độ 3 cấp tính thì phải cấy máy tạo nhịp tạm thời; nếu là mạn tính thì phải cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn

2.3. Hội chứng tiền kích thích (pre- excitation syndromes) Bằng phương pháp nghiên cứu điện sinh lý học của tim, người ta chia hội chứng tiền kích thích ra làm 3 type:

Type A: hội chứng WPW (Wolff -Parkinson-White syndrome).

Type B: hội chứng WPW ẩn (concealed WPW syndrome).

Type C: hội chứng PR ngắn: (LGL: Lown-Ganon-Lewin syndrome)

2.3.1. Hội chứng WPW

- Nguyên nhân: hội chứng WPW thuộc nhóm rối loạn nhịp tim bẩm sinh, 80-90 % hội chứng WPW gặp ở tim bình thường, số còn lại gặp ở những người có bệnh tim bẩm sinh hay mắc phải như: Ebstein, sa van 2 lá, bệnh cơ tim phì đại...

- Biểu hiện lâm sàng của hội chứng WPW là do nhịp nhanh vào lại kích phát, hoặc rung nhĩ, cuồng động nhĩ. Những cơn nhịp nhanh có thể tái phát lại sau vài tuần hoặc vài tháng, bệnh nhân có thể tự chữa cơn nhịp nhanh cho mình bằng các phương pháp gây cường phó giao cảm (ấn nhãn cầu, xoa xoang động mạch cảnh hoặc làm nghiệm pháp Valsalva...). Trong cơn nhịp nhanh, bệnh nhân có thể bị ngất, nếu rung nhĩ nhanh dẫn đến rung thất thì bệnh nhân bị đột tử.

- Biểu hiện điện tim đồ của hội chứng WPW:

+ PR (hoặc PQ) ngắn < 0,12 giây.

+ Sóng delta, hoặc trát đậm sóng R.

+ Độ rộng của QRS \geq 0,12 giây.

+ Sóng T âm tính.

+ Có khi là nhịp nhanh, cuồng động nhĩ, rung nhĩ.

- Điều trị:

+ Điều trị cơn nhịp nhanh vào lại WPW:

Các biện pháp cường phó giao cảm: xoa xoang động mạch cảnh, nghiệm pháp Valsalva, cho ngón tay ngoáy họng... nếu không tác dụng thì phải dùng thuốc.

Lựa chọn thuốc chống loạn nhịp đường tĩnh mạch, một trong số thuốc sau: Nhóm Ic (propafenone, flecainide) hoặc Nhóm Ia (procainamide, disopyramide, quinidine).

Nếu vẫn không cắt được cơn nhịp nhanh thì phải sốc điện đảo nhịp với liều khởi đầu 50j.

+ Điều trị cơn rung nhĩ hoặc cuồng động nhĩ do WPW:

Lựa chọn thuốc chống loạn nhịp đường tĩnh mạch, một trong số thuốc sau: Thuốc nhóm Ic (propafenone, flecainide) hoặc Nhóm Ia (procainamide, disopyramide, quinidine) hoặc tốt nhất là amiodarone (cordaron).

Nếu dùng thuốc không có tác dụng, có rối loạn huyết động, sốc, hoặc suy tim ứ đọng thì phải tiến hành sốc điện để điều trị. Hội chứng WPW có biến chứng cơn nhịp nhanh, rung nhĩ, cuồng động nhĩ không được dùng digoxin và verapamil, vì những thuốc này rút ngắn quá trình tái cực của nút nhĩ-thất, nên không khống chế được nhịp thất (nhịp thất giải phóng) nhất là khi có rung nhĩ hoặc cuồng động nhĩ. Nhưng thuốc digoxin hoặc verapamil có thể dùng được ở trẻ em, vì ở trẻ em rất hiếm khi WPW gây biến chứng rung nhĩ.

+ Điều trị kéo dài dự phòng những biến chứng rối loạn nhịp do hội chứng WPW gây ra, lựa chọn một trong số thuốc sau đây: Thuốc nhóm Ic (propafenone, flecainide). Thuốc nhóm Ia (quinidine, procainamide, disopyramide). Nhóm beta giao cảm. Nếu vẫn không có tác dụng thì có thể phối hợp thuốc nhóm Ic với thuốc Nhóm beta giao cảm.

+ Điều trị cơn nhịp nhanh bằng phương pháp phẫu thuật hoặc đốt đường dẫn truyền tắt bệnh lý bằng năng lượng tần số radio qua ống thông, nhất là những trường hợp sau đây:

Đã bị ngừng tim đột ngột mà được cấp cứu sống lại.

Cơn rung nhĩ hoặc cuồng động nhĩ đã gây ra ngất lịm mà không điều trị được bằng thuốc.

Thường có những cơn nhịp nhanh mà không khống chế được bằng thuốc.

2.3.2. Hội chứng PR ngắn Hội chứng PR ngắn còn có tên là hội chứng Lown-Ganong-Lewine (LGL), để chỉ khoảng PR trên điện tim đồ ngắn, sau đó là phức bộ QRS bình thường (không có sóng delta) phối hợp với bệnh sử có cơn nhịp nhanh kịch phát. Bản chất của PR ngắn và nhịp tim nhanh là do những sợi cơ nhĩ nối tắt giữa phần dẫn truyền chậm ở phía trên nút nhĩ-thất đến phần xa của nút nhĩthất hoặc bó His, tạo ra vòng vào lại nhỏ nằm ở phần cơ nhĩ của tim.

- Biểu hiện lâm sàng giống như hội chứng WPW, phụ thuộc vào các cơn nhịp nhanh vào lại, rung nhĩ nhanh, cuồng động nhĩ nhanh. Rung nhĩ nhanh kết hợp với đáp ứng nhịp thất nhanh có thể dẫn đến rung thất gây tử vong. Cuồng động nhĩ nhanh phối hợp với dẫn truyền nhĩ thất 1:1, nhịp thất nhanh từ 220-300 ck/phút sẽ gây ngất, lịm...

- Biểu hiện điện tim đồ:

+ Khoảng PR ngắn < 0,12 giây.

+ Phức bộ QRS bình thường hoặc rộng hơn bình thường nhưng không có sóng delta.

+ Trong bệnh sử đã có lần ghi được những cơn nhịp nhanh kịch phát.

- Điều trị giống như điều trị hội chứng WPW.

Bài 39: ĐAU DÂY THẦN KINH HÔNG TO

(ĐAU THẦN KINH TỌA)

I. ĐỊNH NGHĨA:

Đau thần kinh hông to là một hội chứng thần kinh có đặc điểm là đau dọc theo lộ trình của dây thần kinh hông to và các nhánh của nó, có nhiều nguyên nhân nhưng thường gặp nhất là do những tổn thương ở cột sống thắt lưng và bệnh lý đĩa đệm ở phần thấp của cột sống (vùng thắt lưng).

Thuộc chứng tọa cốt phong của y học cổ truyền.

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN:

1. Theo y học hiện đại:

a. Lâm sàng:

* Triệu chứng chủ quan:

- Đau thắt lưng lan dọc xuống chi dưới, đau một hay hai bên. Đau âm ỉ hoặc dữ dội.

- Đau lan theo hai kiểu:

+ Đau thắt lưng xuống mông, lan ra mặt ngoài đùi, mặt ngoài cẳng chân tới lưng bàn chân, từ bờ ngoài bàn chân chéo qua mu bàn chân đến ngón cái (rễ L5).

+ Đau thắt lưng xuống mông lan ra mặt sau đùi, mặt sau cẳng chân tới gót – lòng bàn chân đến ngón út (rễ S1).

+ Có thể kèm theo dị cảm (tê, nóng, đau như dao đâm, cảm giác kiến bò bên chi đau).

* Thăm khám:

- Quan sát bệnh nhân khi đi hoặc đứng: Nửa người bên lành hạ thấp, khi đứng chân bên đau hơi co lên, tay chống vào mạng sườn hoặc đầu gối bên đau.

- Quan sát bệnh nhân khi nằm: Xem cơ tứ đầu đùi, cơ bắp chân có teo không.

- Các nghiệm pháp căng dây thần kinh hông to.

+ Nghiệm pháp lasequè: < 60⁰

+ Nghiệm pháp bonnet: (+)

+ Nghiệm pháp Neri: (+)

- Nghiệm pháp làm tăng áp lực dịch não: Nghiệm pháp naffiger (+)

- Nghiệm pháp gây đau khi ấn vào lộ trình dây thần kinh hông to.
- + Dấu ấn chuông.
- + Áp thống điếm Valleix.
- Khám dấu cảm giác: Có thể giảm cảm giác ở vùng cơ thể tương ứng với rễ thần kinh bị tổn thương.
- Khám dấu vận động.
- + Khi đứng, nếp mông bên bệnh xệ hơn bên đối diện.
- + Cơ bắp chân nhão.
- + Yếu cơ: Tùy theo rễ thần kinh bị tổn thương.
- + Mất hoặc giảm phản xạ gân cơ (tương ứng với rễ bị tổn thương).
- + Dấu hiệu tại cột sống: Cơ cơ phản ứng. Cột sống mất đường cong sinh lý, có thể vẹo cột sống tư thế.

b. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm máu: Huyết học, hồng cầu, bạch cầu, công thức bạch cầu, tốc độ máu lắng.
- X- Quang cột sống qui ước: Có thể bình thường hoặc hẹp khe gian đốt.

2. Theo y học cổ truyền:

2.1. Thể cấp: Phong hàn phạm kinh lạc hoặc khí huyết ứ trệ:

a. Lâm sàng:

- Đau:
 - + Đau lưng lan xuống chân dọc theo đường đi của thần kinh hông to.
 - + Đau dữ dội, tăng khi ho, hắt hơi, khi cúi gập cổ đột ngột.
 - + Đau tăng về đêm, giảm khi nằm yên trên giường cứng.
 - + Giảm đau khi chườm nóng.
 - + Rêu lưỡi trắng, mạch phù (do phong hàn) lưỡi có thể có điểm ứ huyết (nếu do khí huyết ứ trệ).
- Bệnh nhân có cảm giác kiến bò, tê cứng hoặc như kim châm ở bề ngoài bàn chân chéo qua mu bàn chân đến ngón cái (rễ L5) hoặc gót chân hoặc ngón út (rễ S1)
- Khám lâm sàng: Như y học hiện đại, mạch trầm hoặc hoạt, trầm hoạt.

2.2. Thể mãn: Phong hàn thấp can thận âm hư.

- Là thể thường gặp do bất thường cột sống thắt lưng, thoái hóa các khớp nhỏ cột sống, các dị tật bẩm sinh.

- Bệnh thường kéo dài, đau âm ỉ với những cơn đau tăng. Chườm nóng nằm nghỉ dễ chịu. Thường đau hai bên hoặc nhiều rễ.

Triệu chứng toàn thân: Ăn kém, ngủ ít, mệt mỏi.

- Mạch nhu hoãn trầm nhược.

III. ĐIỀU TRỊ:**A. Thể cấp hoặc mãn của thể mãn:**

1. Sinh hoạt: Nằm nghỉ ngơi tuyệt đối trên giường cứng, kê một gối nhỏ dưới khoeo chân cho gối hơi gập lại, tránh hoặc hạn chế mọi di chuyển, leo cầu thang...

2. Chăm sóc: cấp II

3. Chế độ ăn: Com, rau, trái cây.

4. Điều trị đặc hiệu:

a. Thuốc đông y:

- *Thuốc thành phẩm:* một trong các loại thuốc sau: Rheumapain 2 viên x 3 lần uống, Didicera 1g x 3 lần uống, Fengshi 2 viên x 3 lần uống.

- Thuốc hỗ trợ: Lục vị, Bác vị, Dưỡng cốt hoàn, Thập toàn đại bổ.

b. Thuốc tây y: Trong giai đoạn này cần phối hợp thêm một số thuốc giảm, dẫn cơ, kháng viêm nonsteroid trong vài ngày đầu

- Meloxicam 7.5mg: 15mg/Ngày uống hoặc tiêm.

- Diclofenac 75mg, 50mg: 100 => 150mg/Ngày uống

- Paracodein 1 -3 viên uống

- Decontractyl 250mg: 500 -1500/Ngày uống

- Vitamin B (B1, B6, B12)

c. Châm cứu:

- A Thị huyết vùng đau + Hoàn khiêu, Ủy trung

- Kinh cốt, Đại trung (Nếu đau rễ S1)

- Khâu khư, Lãi câu (Nếu đau rễ L5)

Thủ thuật châm tả, kết hợp với cứu nóng hoặc đèn hồng ngoại lưu 20- 25 phút có thể thủy châm: Vitamin 3B, Vitamin B12 1000mcg + Lidokain 2% 1ml các huyết Thận du, Thứ liêu, Hoàn khiêu, Thừa phò, Thừa sơn, Phong long.

d. Vật lý trị liệu: (BỔ SUNG THUỐC THOA NGOÀI DA)

- Hồng ngoại hoặc sóng ngắn vùng đau
- Xoa bóp cục bộ vùng đau
- Tập gồng cơ tứ đầu đùi (khi qua cơn đau cấp)

5. Điều trị triệu chứng:

- Đau dạ dày: Maloxal, Motilium, Cimetidin hoặc phosphalugel
- Thuốc đông dục: Mật nghệ 2 viên x 3 lần uống/ ngày. Bổ trung ích khí,

Huỳnh long.

- Ăn kiêng chất cay, Chua, Trà, Cà phê.
- Mất ngủ Seduxen 5mg
- Dưỡng tâm an thần hoặc an thần bổ tâm

B. Thể mãn tính: Cường độ đau ít thể cấp tính nhưng thường đáp ứng với điều trị chậm.

1. **Sinh hoạt:** nghỉ ngơi tương đối trên giường cứng, chủ động luyện tập từ từ tùy theo sức của người bệnh.

2. **Chăm sóc:** Cấp II, Cấp III

3. **Chế độ ăn:** Cơm, rau, trái cây

4. **Điều trị :**

a. Thuốc đông y.

Thuốc thành phẩm: Độc hoạt tan ký sinh, Dưỡng cốt hoàn.

b. Thuốc tây y: Như thể cấp

c. Châm cứu: A Thị huyết, Hoàn khiêu, Ủy trung, Thận du, Thái khô, Phi dương, Tam âm giao, Khâu khư, Lãi câu (Nếu đau rễ L5) hoặc Tinh cốt, Đại chung (Nếu đau rễ S1).

Thủ thuật châm bổ, kích thích kim nhẹ hoặc vừa, lưu kim từ 25- 30 phút. Có thể sử dụng Thủy châm hoặc Quang châm.

d. Vật lý trị liệu:

- Xoa bóp cục bộ vùng thắt lưng, Mông, Chân.
- Dùng nhiệt giảm đau: Đèn hồng ngoại, Sóng ngắn
- Kéo giãn cột sống thắt lưng bằng máy.
- Tập mạnh các cơ vùng thắt lưng, Cơ mông cơ tứ đầu đùi.
- Vận động trị liệu:

Nằm ngửa: Gòong cơ tứ đầu đùi, tập cổ chân. Động tác ưỡn lưng, động tác Tam giác và Tam giác biến thể.

Nằm ngửa háng và gập gối: Gòong cơ bụng

Nằm sấp: Gòong cơ mông, ngẩng đầu lên, xoay đầu. Nhấc từng chân lên, hạ xuống gập duỗi gối từng bên và hai bên cùng lúc. Tay để sau gáy, Nhấc đầu và vai lên.

Người bệnh ngồi duỗi thẳng hai chân. Hai tay và thân mình vươn tới bàn chân, đầu ngón tay cố chạm vào đầu ngón chân.

* Lưu ý khi tập: Bắt đầu từ động tác dễ, nhẹ tiến dần đến động tác khó hơn.

5. Điều trị triệu chứng như thể cấp

V. Theo dõi và Hỗ trợ

1. Lâm sàng: Các triệu chứng đau, dị cảm giảm dần. Nếu bệnh nhân chưa tập vận động trị liệu chưa vận động được cần có sự giúp của kỹ thuật viên vật lý trị liệu, các điều dưỡng chăm sóc và người nhà.

2. Cận lâm sàng: Các kết quả thường ít thay đổi.

VI. Diễn tiến có thể xảy ra và hướng xử trí

1. Giảm đau nhiều => dần khỏi đợt bệnh => ra viện, hướng dẫn phòng ngừa:

- Nếu mang vác vật có trọng lượng lớn cần cố gắng giữ cột sống thẳng.
- Tập thể dục rèn luyện cơ lưng và tăng sự mềm mại của cột sống.
- Điều trị kịp thời các bệnh thoái hóa cột sống.

2. Nếu có liệt và Teo cơ hoặc thể ngoan cổ: Đau dữ dội sau điều trị tích cực 3 tháng mà diễn tiến không ổn định. Tái phát đau ngày càng gần ảnh hưởng tới sinh hoạt người bệnh. Hoặc bệnh phức tạp kèm theo hội chứng chùm đuôi ngựa: Chuyển tuyến trên để điều trị bằng phẫu thuật.

VIÊM KHỚP DẠNG THẤP (CHỨNG TÝ)

I. CHẨN ĐOÁN:

Tiêu chuẩn ACR – 1987: Có 7 tiêu chuẩn:

1. Cứng khớp buổi sáng kéo dài trên 1 giờ.
2. Sung đau kéo dài tối thiểu 3 khớp trong số 14 khớp sau: ngón tay gàn (2), bàn ngón (2), cổ tay (2), khuỷu (2), gối (2), cổ chân (2), bàn ngón chân (2).
3. Sung đau một trong 3 vị trí: khớp ngón tay gàn, khớp bàn ngón, khớp cổ tay.
4. Sung khớp đối xứng.
5. Có hạt dưới da.
6. Phản ứng tìm yếu tố dạng thấp (+).
7. Hình ảnh X quang điển hình.

Chẩn đoán xác định khi có 4 tiêu chuẩn trở lên.

Trong điều kiện ở Việt Nam do thiếu các phương tiện chẩn đoán cần thiết, nên chẩn đoán xác định dựa vào các yếu tố sau:

1. Nữ tuổi trung niên.
2. Viêm các khớp nhỏ ở hai bàn tay, phối hợp với các khớp gối, cổ chân, khuỷu.
3. Đối xứng.
4. Có dấu hiệu cứng khớp buổi sáng.
5. Diễn biến trên 2 tháng

II. ĐIỀU TRỊ:

A. YHHD:

Chỉ định giai đoạn khớp viêm mức độ vừa phải. Chọn một trong các thuốc sau:

- Diclophenac (voltaren) viên 50mg: 2 viên/ngày chia 2 lần sau ăn no. có thể sử dụng dạng ống tiêm bắp 75mg/ngày trong 2-3 ngày đầu khi bệnh nhân đau nhiều sau đó chuyển sang đường uống.

- Meloxicam (Mobic) viên 7,5mg: 1- 2 viên/ngày sau ăn no hoặc dạng ống tiêm bắp 15mg/ngày x 2 - 3 ngày nếu bệnh nhân đau nhiều sau đó chuyển sang đường uống.

- Celecoxib (Celebrex) viên 200mg, liều 1 đến 2 viên/ngày sau ăn no.

B. YHCT:

1. Phương pháp dùng thuốc:

Chọn một trong các thuốc sau:

- Fengshi: 2v x 2/ngày
- Rheumapain: 2v x 3/ngày.
- Lục vị: 3v x 2/ngày.
- Hoàn bát vị: 10v x 2/ngày.
- Độc hoạt tang ký sinh: 5v x 3/ngày.
- Dưỡng cốt hoàn: 1g x 2/ ngày.

2. Phương pháp châm cứu:

- Khớp gối: lương khâu, huyết hải, độc ty, tất nhân, âm lăng tuyền, túc tam lý, a thị huyết.
- Khớp vai, khuỷu, cổ tay: kiên ngưng, kiên tinh, khúc trì, thủ tam lý dương khô, hợp cốc, a thị huyết.

ĐAU CỘT SỐNG THẮT LƯNG (YÊU THỐNG)

I. ĐẠI CƯƠNG:

Đau cột sống thắt lưng hay còn gọi là đau lưng vùng thấp (Low back pain) là hội chứng do đau khu trú trong khoảng từ ngang mức L1 đến nếp lằn mông (có thể ở một bên hoặc cả hai bên), đây là một hội chứng xương khớp hay gặp nhất trong thực hành lâm sàng. Khoảng 65-80% những người trưởng thành trong cộng đồng

có đau cột sống thắt lưng (CSTL) cấp tính hoặc từng đợt một vài lần trong cuộc đời và khoảng 10% số này bị chuyển thành đau CSTL mạn tính

II. ĐIỀU TRỊ:

A. YHHĐ:

- Thuốc giảm đau: chọn một trong các thuốc theo bậc thang của tổ chức y tế thế giới: Acetaminophen(paracetamol, efferalgan), efferalgan codein, morpphin... tùy theo tình trạng đau mà điều chỉnh liều thuốc cho phù hợp.

- Thuốc chống viêm không steroid:

Chọn một trong các thuốc sau:

+ Diclophenac (voltaren) viên 50mg: 2 viên/ngày chia 2 lần sau ăn no. có thể sử dụng dạng ống tiêm bắp 75mg/ngày trong 2-3 ngày đầu khi bệnh nhân đau nhiều sau đó chuyển sang đường uống.

+ Meloxicam (Mobic) viên 7,5mg: 1- 2 viên/ngày sau ăn no hoặc dạng ống tiêm bắp 15mg/ngày sau đó chuyển sang đường uống.

+ Celecoxib (Celebrex) viên 200mg, liều 1 đến 2 viên/ngày sau ăn no.

- Thuốc giãn cơ: Mephenesin: 500mg x 2 viên/ngày.

B. YHCT:

1. Phương pháp dùng thuốc chọn một trong các thuốc sau:

- Fengshi: 2v x 2/ngày.
- Rheumapain: 2v x 3/ngày.
- Lục vị: 3v x 2/ngày.
- Hoàn bát vị: 10v x 2/ngày.
- Độc hoạt tang ký sinh: 4v x 3/ngày.
- Dưỡng cốt hoàn: 1g x 2/ ngày.

2. Phương pháp châm cứu, xoa bóp:

- Châm cứu: Giáp tích 11-15, thận du, đại trường du, quan nguyên du, chi thất, ủy trung, a thị huyết.

- Xoa bóp: dùng thủ thuật ấn, day, lăn... trên vùng cơ bị co cứng, nếu từ thắt lưng trở xuống thì day huyết côn lân cùng bên .

Châm cứu, xoa bóp giống thể trên

Ngoài các phương thuốc cổ phương trên có thể dùng đối pháp lập phương tùy theo từng chứng trạng và người bệnh để gia giảm cho hiệu quả và theo kinh nghiệm của mỗi người.

HỘI CHỨNG VAI GÁY (CHỨNG KIÊN TÝ)**I. ĐẠI CƯƠNG:**

Đau vai gáy là một triệu chứng thường gặp, xảy ra mọi lứa tuổi, mọi giới... Bệnh tăng lên khi vận động và giảm khi nghỉ ngơi. Hội chứng đau vai gáy thông thường không nguy hiểm, song có thể gây ra nhiều lo lắng, khó chịu, mệt mỏi cho người bệnh, làm giảm sút sức lao động và chất lượng cuộc sống

II. ĐIỀU TRỊ:**A. YHHĐ:**

- Thuốc giảm đau: chọn một trong các thuốc theo bậc thang của tổ chức y tế thế giới: Acetaminophen (paracetamol, efferalgan), efferalgan codein, morpphin... tùy theo tình trạng đau mà điều chỉnh liều thuốc cho phù hợp.

- Thuốc chống viêm không steroid: Chọn một trong các thuốc sau:

+ Diclophenac (voltaren) viên 50mg: 2 viên/ngày chia 2 lần sau ăn no. có thể sử dụng dạng ống tiêm bắp 75mg/ngày trong 2-3 ngày đầu khi bệnh nhân đau nhiều sau đó chuyển sang đường uống.

+ Meloxicam (Mobic) viên 7,5mg: 1- 2 viên/ngày sau ăn no hoặc dạng ống tiêm bắp 15mg/ngày x 2 - 3 ngày nếu bệnh nhân đau nhiều sau đó chuyển sang đường uống.

+ Celecoxib (Celebrex) viên 200mg, liều 1 đến 2 viên/ngày sau ăn no.

- Thuốc giãn cơ: Mephenesin: 500mg x 2 lần/ngày.

B. YHCT:**1. Phương pháp dùng thuốc chọn một trong các thuốc sau:**

- Fengshi: 2v x 2/ngày
- Rheumapain: 2v x 3/ngày.
- Lục vị: 3v x 2/ngày.
- Hoàn bát vị: 10v x 2/ngày.
- Độc hoạt tang ký sinh: 4v x 3/ngày.
- Dưỡng cốt hoàn: 1g x 2/ ngày.

2. Phương pháp châm cứu, xoa bóp:

- Châm cứu: Phong trì, ế phong, đại chùy, phong môn, kiên liêu, kiên tỉnh, kiên ngưng, tý nhu, khúc trì, liệt khuyết, a thị huyết.

- Xoa bóp: dùng thủ thuật ấn, day, lăn... trên vùng cơ bị co cứng, từ cổ gáy xuống vai.

VIÊM QUANH KHỚP VAI (CHỨNG KIÊN TÝ)**I. ĐẠI CƯƠNG:**

Viêm quanh khớp vai là một bệnh bao gồm những trường hợp đau và hạn chế vận động khớp vai và tổn thương ở phần mềm quanh khớp chủ yếu là gân, cơ, dây chằng và bao khớp. Không có tổn thương của đầu xương, sụn khớp và màng hoạt dịch.

II. ĐIỀU TRỊ:**A. YHHĐ:**

- Thuốc giảm đau: chọn một trong các thuốc theo bậc thang của tổ chức y tế thế giới: Acetaminophen (paracetamol, efferalgan), efferalgan codein, morpphin... tùy theo tình trạng đau mà điều chỉnh liều thuốc cho phù hợp.

- Thuốc chống viêm không steroid: Chọn một trong các thuốc sau:

+ Diclophenac (voltaren) viên 50mg: 2 viên/ngày chia 2 lần sau ăn no. có thể sử dụng dạng ống tiêm bắp 75mg/ngày trong 2-3 ngày đầu khi bệnh nhân đau nhiều sau đó chuyển sang đường uống.

+ Meloxicam (Mobic) viên 7,5mg: 1- 2 viên/ngày sau ăn no hoặc dạng ống tiêm bắp 15mg/ngày x 2 - 3 ngày nếu bệnh nhân đau nhiều sau đó chuyển sang đường uống.

+ Celecoxib (Celebrex) viên 200mg, liều 1 đến 2 viên/ngày sau ăn no.

- Thuốc giãn cơ: Mephenesin: 500mg x 2 lần/ngày.

B. YHCT:**1. Phương pháp dùng thuốc chọn một trong các thuốc sau:**

- Fengshi: 2v x 2/ngày
- Rheumapain: 2v x 3/ngày.
- Lục vị: 3v x 2/ngày.
- Hoàn bát vị: 10v x 2/ngày.
- Độc hoạt tang ký sinh: 4v x 3/ngày.
- Dưỡng cốt hoàn: 1g x 2/ ngày.

2. Phương pháp châm cứu, xoa bóp:

- Châm cứu: kiên tĩnh, kiên ngưng, kiên trình, tỳ nhu, khúc trì, a thị huyết.
- Xoa bóp: dùng thủ thuật ấn, day, lăn... trên vùng cơ bị co cứng, tại vùng khớp vai.

ĐAU THẦN KINH LIÊN SƯỜN (CHỨNG HIẾP THÔNG)

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Đau dây thần kinh liên sườn là bệnh cảnh xuất hiện khi dây thần kinh liên sườn bị tổn thương (viêm nhiễm, chèn ép) tùy vào vị trí mức độ, số lượng dây thần kinh liên sườn bị tổn thương trên lâm sàng mà bệnh nhân có biểu hiện khác nhau. Bệnh thường đau tại nơi tổn thương khi ấn vào, đau chạy dọc theo đường đi của dây thần kinh, đau tăng khi ho, hít thở sâu, căng dẫn lồng ngực. Đau thần kinh liên sườn hay gặp trong bệnh lý cột sống, chấn thương lồng ngực, Zona.

- Theo Y học cổ truyền, bệnh thuộc chứng “Hiếp thông” do Can khí uất kết, Can hoá quá mạnh hoặc do khí trệ huyết ứ, đàm ẩm. Bệnh nhân thường đau một hoặc hai bên mạng sườn, ngực sườn đầy tức, dễ cáu giận, miệng đắng, mạch huyền, khẩn

II. ĐIỀU TRỊ:

A. YHHD:

- Thuốc giảm đau: chọn một trong các thuốc theo bậc thang của tổ chức y tế thế giới: Acetaminophen (paracetamol, efferalgan), efferalgan codein, morpphin... tùy theo tình trạng đau mà điều chỉnh liều thuốc cho phù hợp.

- Thuốc chống viêm không steroid: chọn một trong các thuốc sau:

+ Diclophenac (voltaren) viên 50mg: 2 viên/ngày chia 2 lần sau ăn no. có thể sử dụng dạng ống tiêm bắp 75mg/ngày trong 2-3 ngày đầu khi bệnh nhân đau nhiều sau đó chuyển sang đường uống.

+ Meloxicam (Mobic) viên 7,5mg: 1- 2 viên/ngày sau ăn no hoặc dạng ống tiêm bắp 15mg/ngày x 2 - 3 ngày nếu bệnh nhân đau nhiều sau đó chuyển sang đường uống.

+ Celecoxib (Celebrex) viên 200mg, liều 1 đến 2 viên/ngày sau ăn no.

- Thuốc giãn cơ: Mephenesin: 500mg x 2 lần/ngày.

B. YHCT:

1. Phương pháp dùng thuốc chọn một trong các thuốc sau:

- Fengshi: 2v x 2/ngày

- Rheumapain: 2v x 3/ngày.
- Lục vị: 3v x 2/ngày.
- Hoàn bát vị: 10v x 2/ngày.
- Độc hoạt tang ký sinh: 4v x 3/ngày.
- Dưỡng cốt hoàn: 1g x 2/ ngày.

2. Phương pháp châm cứu, xoa bóp:

- Châm cứu: trung phủ, chương môn, kinh môn, kỳ môn, nhật nguyệt.
- Xoa bóp: dùng thủ thuật ấn, day, lăn... trên vùng cơ bị co cứng, vùng liên sườn.

Ngoài các phương thuốc cổ phương trên có thể dùng đối pháp lập phương tùy theo từng chứng trạng và người bệnh để gia giảm cho hiệu quả và theo kinh nghiệm của mỗi người.

TĂNG HUYẾT ÁP (HUYỄN VỤNG)

I. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định:

Cần phải chẩn đoán sớm và đúng đắn bệnh THA. Chủ yếu bằng cách đo huyết áp theo đúng các quy định đã nêu trên. Tuy nhiên điều quan trọng là nên tổ chức những đợt khám sức khỏe để khám xét toàn diện nhằm phát hiện sớm những trường hợp tiềm tàng hoặc chưa có triệu chứng.

2. Chẩn đoán giai đoạn tăng huyết áp: Chia làm 3 giai đoạn:

- **Giai đoạn I:** Tăng huyết áp thật sự nhưng không có tổn thương thực thể các cơ quan.

- **Giai đoạn II:** Có ít nhất một trong các biến đổi các cơ quan sau:

Dày thất trái: Phát hiện bằng lâm sàng, X quang, điện tim, siêu âm.

Hẹp lan tỏa hay từng vùng các động mạch võng mạc (giai đoạn I và II đáy mắt của Keith-Wagener-Baker).

Thận: Anbumine niệu vi thể, Protein niệu, uré hoặc créatinine máu tăng nhẹ.(1.2-2 mg%).

Có hình ảnh mảng vữa xơ động mạch trên siêu âm hoặc X quang (ở động mạch chủ, động mạch cảnh, động mạch chậu hoặc động mạch đùi)

- **Giai đoạn III:** Có dấu hiệu chức năng và thực thể do tổn thương các cơ quan đích:

Tim: Suy tim trái, cơn đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim.

Não: Tai biến mạch não thoáng qua, xuất huyết não, tiểu não hoặc thân não.

Bệnh não tăng huyết áp. Loạn thần do mạch não (vascular dementia)

Đáy mắt: Xuất huyết võng mạc xuất tiết có hay không có phù gai thị (giai đoạn III và IV) các dấu hiệu này là đặc biệt của giai đoạn ác tính (giai đoạn tiến triển nhanh).

Các biểu hiện khác thường gặp ở giai đoạn III nhưng không đặc hiệu lắm của tăng huyết áp.

Thận: Creatinine huyết tương tăng rõ (> 2mg%), suy thận.

Mạch máu: Phòng tách, bít tắc động mạch, tắc động mạch ngoại biên có triệu chứng rõ.

Tăng HA ác tính hay tiến triển nhanh là một hội chứng gồm có:

Huyết áp tối thiểu rất cao trên 130mmHg.

Đáy mắt giai đoạn III và IV theo Keith-Weigener.

Có biến chứng ở thận, tim, não.

Bệnh nhân trẻ tuổi dưới 40.

Tiến triển nhanh, tử vong trong vòng 2-3 năm.

3. Phân loại HA ở người lớn ≥ 18 tuổi (theo JNC VII, 2003)

Tăng huyết áp	HA tâm thu (mmHg)		HA tâm trương (mmHg)
HA bình thường	< 120	và	< 80
Tiền THA	120 - 139	hoặc	80 – 90
THA giai đoạn 1	140 – 159	và/ hoặc	90 - 99
THA giai đoạn 2	≥ 160	hoặc	≥ 100

II. ĐIỀU TRỊ:

A. YHHD:

1. Chế độ điều trị không dùng thuốc (thay đổi lối sống):

- Giảm cân nặng nếu thừa cân:
- Hạn chế rượu:
- Tăng cường luyện tập thể lực:
- Chế độ ăn:
- Bỏ thuốc lá:

2. Các thuốc điều trị tăng huyết áp (Phác đồ điều trị tăng huyết áp)

B. YHCT:

Châm cứu: bạch hội, ấn đường, thái dương, phong trì, hợp cốc, hành gian.

Ngoài các phương thuốc cổ phương trên có thể dùng đối pháp lập phương tùy theo từng chứng trạng và người bệnh để gia giảm cho hiệu quả và theo kinh nghiệm của mỗi người.

VIÊM DẠ DÀY (VI QUẢN THỐNG)

I. ĐẠI CƯƠNG:

Viêm dạ dày là tình trạng viêm ở niêm mạc dạ dày. Đó không phải là hình ảnh sung huyết được nhìn thấy khi nội soi và cũng không phải là thuật ngữ thay thế cho tình trạng "Rối loạn tiêu hóa". Đây là bệnh có rất nhiều nguyên nhân và được phân loại dựa vào thời gian bệnh (cấp và mãn), hình ảnh mô học, phân bố giải phẫu hoặc sinh bệnh học.

II. ĐIỀU TRỊ:

A. YHHD:

- Omeprazol 20mg 1v x 1 lần/ngày.
- A.T Alugela: 1g x 2 lần/ngày.

B. YHCT:

- Chè dây: 2v x 3 lần/ngày.
- Đờm kim hoàn: 5v x 2 lần/ngày.

III. PHÒNG BỆNH:

Phòng ngừa viêm dạ dày tùy thuộc vào nguyên nhân gây viêm. Để giúp ngăn ngừa viêm dạ dày, và các rối loạn tiêu hóa nói chung:

- Ăn nhiều bữa nhỏ. Nếu bạn thường xuyên khó tiêu, ăn nhiều bữa nhỏ để đệm cho chất tiết acid dạ dày. Ngoài ra, tránh ăn các thực phẩm kích thích như gia vị, cam quýt hoặc thực phẩm có nhiều gia vị nếu bạn bị viêm hoặc loét dạ dày.

- Hạn chế hoặc tránh uống rượu.
- Không hút thuốc lá.
- Thay thuốc giảm đau. Nếu có thể, tránh dùng thuốc chống viêm phi steroid - aspirin, ibuprofen, ketoprofen và naproxen. Thay vào đó, thay thuốc giảm đau chứa acetaminophen.

Bài 40: DI CHỨNG TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO

I. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN:

A. Y học hiện đại:

1. Lâm sàng: Thường gặp một số rối loạn:

- Vận động: Yếu, liệt đều hoặc không đồng đều, có trường hợp chỉ có một tay hoặc một chân, đôi khi chỉ có cảm giác yếu.

- Cảm giác: Dị cảm, tê bì ở nửa người yếu liệt.

- Có thể có rối loạn cơ tròn kèm theo.

- Tổn thương một số dây thần kinh sọ não: Liệt dây thần kinh số VII, dây IX, dây XI: Nuốt khó, nuốt sặc.

- Có thể nói khó nếu tổn thương vùng vỏ não bán cầu ưu thế.

- Một số di chứng về tâm thần: Hay khóc, hay cười hoặc trầm uất.

- Có thể có triệu chứng bệnh lý đi kèm như: THA, thiếu máu của hệ cơ tim...

- Một số trường hợp chuyển sang liệt cứng.

- Teo cơ do thiếu dinh dưỡng.

2. Cận lâm sàng:

- Các xét nghiệm thường qui: Công thức máu, nước tiểu, Xquang: Tim, Phổi, đo điện tâm đồ, đường huyết lúc đói, các xét nghiệm về mỡ, Cholesterol toàn phần, Triglycerid, HDL, LDL.

- Chức năng Gan, Thận: Urê, Créatinin các men SGOT, SGPT, để phát hiện bệnh lý đi kèm.

B. Y học cổ truyền:

1. Can thận âm hư:

- Sắc mặt xám, mặt má thường ửng hồng.

- Răng khô, móng khô, gân gông cứng co rút lại.

- Đau nơi thắt lưng, tiểu đêm, tiêu bón, ngủ kém.

- Than nóng trong người, người dễ bực dọc, bút rút.

- Lưỡi đỏ bệu, mạch trầm sắc vô lực.

2. Thận âm dương lưỡng hư:

- Sắc mặt tái xanh hoặc đen xám.

- Răng khô, móng khô, gân gồng cứng co rút lại.
- Đau nơi thắt lưng, tiểu đêm ngủ kém.
- Không khát ít uống nước, sợ lạnh.
- Lưỡi nhợt, bệu, mạch trầm nhược.

3. Đờm thấp:

- Người béo, thừa cân, lưỡi dày to.
- Nặng đầu, tê nặng các chi.
- Mạch hoạt.

III. ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC:

a. Thuốc Y học cổ truyền:

- Chế phẩm: Hòa đàm tái tạo hoàn 50 viên x 2 lần/ngày uống, trong 10 ngày đầu sau đó 25 viên x 2 lần/ngày uống.

- Hoặc Hoạt huyết dưỡng não 2 viên x 2 lần/ngày uống

Nếu bệnh nhân kèm theo có tăng Cholesterol thì dùng một trong các chế phẩm sau: Garlicap, Diệp hạ châu, Ngũ phúc tâm não thanh 2 viên x 2 lần/ngày uống.

b. Kết hợp tây y:

- Piracetam 0,40g 1 viên x 3 lần/ngày uống.
- Hoặc Piracetam 1g 1g-1,5g/ngày TB hay tiêm mạch.
- Tanakan 40mg 1 viên x 3 lần/ngày uống.

IV. Điều trị bằng châm cứu: Châm cứu các huyết dùng chung cho các thể bệnh.

Tùy thể bệnh thực tế mà gia giảm huyết vị.

1. Miệng méo lệch:

- Huyết chính: Địa thương, Giáp xa, Hạ quan, Ty trúc không, Hợp cốc (Riêng huyết Hợp cốc châm đối diện với bên liệt và bên liệt).

- Huyết phụ: Có thể dùng thêm các huyết: Nghinh hương, Thừa tương.

+ Nếu nói không được (Cắm khẩu): Châm thêm huyết: Á môn, Liêm tuyên.

+ Tất cả đều châm tả (Nếu bệnh mới mắc). Điện châm, lưu kim 30 phút.

+ Châm bổ khi bệnh đã lâu.

2. Liệt ½ thân bên:

- Huyệt chính: Khúc trì, Dương lăng tuyền: Châm tả phía bên liệt – điện châm.

***CHÚ Ý:** Huyệt Khúc trì muốn châm đạt đắc khí, phải châm kim sâu từ 4-5cm.

+ Nếu tay liệt nhiều, thêm huyệt: Tả kiên ngưng, Thủ tam lý, Chi câu, Bát tà, Hợp cốc (Nếu bệnh mới mắc) (Bỏ khi bệnh đã lâu). Điện châm, lưu kim 25-30 phút.

+ Nếu chân liệt nhiều, dùng thêm: Hoàn khiêu, Phong thị, Túc tam lý, Huyệt chung, Tam âm giao, Côn lân.

+ Bệnh mới mắc (Châm tả), Bệnh đã lâu (Châm bổ). Điện châm, lưu kim 25-30 phút.

***CHÚ Ý:** Huyệt Hoàn khiêu, Phải châm sâu từ 8- 10cm.

- Bệnh đau lâu hoặc chữa không khỏi: Kết hợp châm phía bên không liệt trước bỏ sau cứu. Châm bì huyệt chủ yếu phương pháp này kích thích lôi kéo bên liệt phục hồi.

- Chỉ định: Dùng trong các thể di chứng tai biến mạch máu não đã qua giai đoạn cấp cứu.

- Chống chỉ định: Trong giai đoạn cấp cứu, hôn mê, HA chưa ổn định, còn quá cao.

3. Chăm sóc:

- Giai đoạn còn liệt: Nằm tại giường, tập vận động thụ động.

- Giai đoạn có tiến triển phục hồi: Tập vận động thụ động và chủ động.

- Tránh lo nghĩ, căng thẳng trí óc.

- Tránh gió lùa, gió lạnh.

- Bỏ thuốc lá, trà, cà phê, chất kích thích.

- Chú ý nâng đỡ chi yếu liệt, vệ sinh thân thể, răng, miệng.

*** Chăm sóc:** Chăm sóc Sonde tiểu nếu có. Xoay trở chống loét.

-Cấp II: Trên bệnh nhân liệt hoặc các rối loạn tâm thần đi kèm.

-Cấp III: Bệnh nhân yếu, dị cảm.

*** Chế độ ăn:**

- Loãng: Trên bệnh nhân có rối loạn nuốt.
- Mềm, đặc: Bệnh nhân không rối loạn nuốt.
- Nhiều rau, Trái cây, chất xơ: Chống táo bón.
- Kiêng muối, mỡ, hạn chế trứng (2 trứng/tuần) trên bệnh nhân có tăng huyết áp (Dùng < 5mg NaCl/ngày).

- Hạn chế đường, bánh ngọt, nước uống ngọt, thịt mỡ, các thức ăn có nhiều béo trên bệnh nhân có tiểu đường đi kèm hoặc rối loạn mỡ.

- Hạn chế thức ăn chiên, xào, các thức ăn nướng nên dùng.

*** Vật lý trị liệu:**

- Không để bệnh nhân nằm bên liệt sát tường.
- + Nằm nghiêng bên liệt: Đầu có gối đỡ, cổ hơi gập, thân ở tư thế nửa ngửa, có gối đỡ phía lưng.

+ Nằm nghiêng bên lành: Thân vuông góc với mặt giường.

- Mỗi 2 giờ thay đổi tư thế một lần.

- Tập vận động từng bước:

+ Lăn sang bên liệt.

+ Nghiêng sang bên lành.

+ vận động vai - tay.

+ Làm cầu.

+ Dồn trọng lượng lên bên liệt.

- Luyện tập ở các tư thế: Nằm, ngồi, đứng, vận động trên nệm, tập lăn, thay đổi tư thế, đứng.

- P hòng ngửa: Co rút khớp vai, khuỷu, cổ tay, các ngón, co căng chân ở thế duỗi, co rút gân gót và gập ngón.

IV. THEO DÕI VÀ HỖ TRỢ:

1. Lâm sàng:

- Các dấu hiệu liệt vận động, cảm giác hồi phục ở mức độ nào
- Các triệu chứng đi kèm thay đổi ra sao.

2. Cận lâm sàng:

Các chỉ số chỉ điểm bệnh lý đi kèm theo: Đường huyết, Cholesterol, Triglycerid, HDL, LDL, Bun, Urê.

V. DIỄN TIẾN CÓ THỂ XẢY RA:

- Dấu hiệu hồi phục tốt: Lui bệnh.
- Hồi phục vận động, cảm giác, tâm thần có giới hạn: Để lại di chứng.
- Chuyển từ liệt mềm sang liệt cứng: Để lại di chứng.
- Xuất hiện các dấu hiệu: Lơ mơ, hôn mê, khó thở...Chuyển Y học hiện đại
hồi sức tích cực.

Bài 42: THOÁI HÓA KHỚP XƯƠNG

I. ĐỊNH NGHĨA:

- Hư khớp hay thoái hóa khớp là những bệnh của khớp và cột sống mãn tính, đau và biến dạng, không có biểu hiện viêm.

- Thoái hóa khớp thuộc phạm trù chứng tý và chứng tích bồi thống.

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN:

Theo Y học hiện đại:

1. Triệu chứng lâm sàng:

- Đau:

+ Ở vị trí khớp bị thoái hóa, tại chỗ ít khi lan (ngoại trừ ở cột sống khi có chèn ép rễ dây thần kinh).

+ Đau âm ỉ ở cột sống có thể có cơn đau cấp. Đau thường xuất hiện và tăng khi vận động hay thay đổi tư thế.

+ Thường xuất hiện từng đợt kéo dài rồi giảm và hết, sau đó nếu vận động nhiều lại xuất hiện đợt đau khác.

+ Đau nhiều có cơ cơ phản ứng.

- Hạn chế vận động:

+ Các động tác của khớp, các đoạn cột sống bị thoái hóa hạn chế một phần, khi hạn chế nhiều thường do các phản ứng cơ cơ kèm theo.

+ Một số bệnh nhân có dấu hiệu cứng khớp vào buổi sáng lúc bắt đầu hoạt động.

- Biến dạng:

+ Do mọc gai ở các đầu xương.

+ Cột sống biến dạng gù, vẹo, cong lõm.

- Các dấu hiệu khác:

+ Teo cơ.

+ Tiếng lạo xạo khi vận động.

+ Tràn dịch khớp.

2. Cận lâm sàng:

- X quang: Ba dấu hiệu cơ bản:

+ Hẹp khe khớp.

+ Đặc xương dưới sụn.

+ Mọc gai xương,(vôi hóa).

- Các xét nghiệm khác: Huyết học, công thức máu thường qui, nước tiểu thường qui.

Theo Y học cổ truyền:

-Đau mỗi các khớp, thời tiết lạnh ẩm thấp, đau tăng hoặc tái phát lại.

-Đau nhiều về đêm, đau tăng khi đi lại, vận động.

-Đau khi chỉ đau dữ dội ở một khớp, chườm nóng thì đỡ.

-Đau lưng, ù tai, mỏi gối, tiểu tiện nhiều lần trong ngày.

-Đau dọc giữa sống lưng, cảm giác lạnh ở sống lưng, đùi chân mềm yếu.

-Hoặc đau cả mảng lưng, có thể đau cả vùng sau gáy, bả vai, cảm giác trì trệ khó chịu.

-Mạch trầm tế hoặc nhược tế.

III. ĐIỀU TRỊ:

* **Y học cổ truyền** : Thoái hóa khớp xương.

1. Thuốc:

- Sử dụng một trong các chế phẩm: Rheumapain, Fengshi, Didicera.

- Thuốc hỗ trợ: Lục vị, Bác vị, Dưỡng cốt hoàn, Thập toàn đại bổ.

2/- Y học hiện đại: Thuốc giảm đau, kháng viêm không Stecoide, thuốc giãn cơ có thể dùng các thuốc sau:

- Thuốc kháng viêm không Stecoide dùng một trong các loại sau:

+ Aspirin PH8 0,5- 1,5g/ngày.

+ Diclofenac 50mg uống 100 – 375mg/ngày.

+ Ibuprofen 400mg uống 800 – 1200mg/ngày.

+ Meloxicam 7.5mg: 15mg/Ngày uống hoặc tiêm.

- Thuốc dẫn cơ:

+ Coltramin 4mg 8 – 12mg/ngày hoặc

+ Decontractyl 0,25g 500 – 1500mg/ngày.

- Thuốc hỗ trợ:

+ Glucosamin 250 uống 500 – 1500mg/ngày.

+ Calcium sandoz 0,5g 2 viên/ngày.

3. Châm cứu:

- Châm các huyết: A thị huyết tại khớp đau và vùng lân cận thêm Thận du, Đại trường du, Chí thất, Mệnh môn, Bát liêu, Quan nguyên, Khí hải, Tam âm giao.

- Thủ thuật châm: Ôn, bổ, thời gian lưu kim châm 25- 40 phút, có thể cứu các huyết nêu trên.

- Quang châm: Các huyết như trên thêm Giáp tích, Độc ty, Tất nhãn... thường dùng tần 4, công suất 9, thời gian 30 phút.

4. Vật lý trị liệu:

- Xoa, ấn, day vùng khớp bị thoái hóa thụ động và chủ động.

- Vận động khớp trong tầm hoạt động, thụ động và chủ động.

- Kéo dẫn cột sống.

- Hồng ngoại vùng khớp đau và lân cận khớp.

- Hoặc chườm bằng túi nước nóng.

LIỆT DÂY THẦN KINH SỐ VII NGOẠI BIÊN

I. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN:

A. Y học hiện đại:

1. Lâm sàng:

- Bệnh khởi phát đột ngột, có triệu chứng xuất hiện hoàn toàn thường trong vòng 48 giờ.

- Có thể đau sau cạnh tai trước đó 1- 2, có thể ù tai, thường chảy nước mắt sống.

- Liệt toàn bộ cơ mặt một bên, mất nếp nhăn trán, mất nếp nhăn mũi. Ảnh hưởng đến tiếng nói, ăn uống.

- Mắt nhắm không kín: Charlebell (+)

- Mắt trở nên trơ cứng và bị lệch về bên lành.

- Mất vị giác 2/3 trước lưỡi.

- Mất phản xạ có sự tham gia của cơ vòng quanh mắt như: Phản xạ giác mạc.

2. Cận lâm sàng:

- Các xét nghiệm thường qui: Công thức máu, nước tiểu.

B. Y học cổ truyền:

1. Phong hàn phạm kinh lạc (liệt mặt do lạnh).

- Các triệu chứng như phần lâm sàng của y học hiện đại.

- Kèm theo một số triệu chứng: Người lạnh, sợ lạnh, hoàn cảnh khởi phát thường ít nhiều có liên quan đến yếu tố thời tiết lạnh như sau khi gặp mưa, mùa lạnh, ngâm mình lâu trong nước...

- Rêu lưỡi trắng mỏng, mạch phù.

2. Phong nhiệt phạm kinh lạc (do viêm nhiễm)

- triệu chứng chung như phần y học hiện đại.

- Kèm theo người sốt, sợ gió, sợ nóng.

- Rêu lưỡi trắng dày, mạch phù sác.

3. Huyết ứ ở kinh lạc (do nguyên nhân chấn thương hoặc khối u chón chỗ)

- Triệu chứng chung như phần y học hiện đại.

- Luôn có kèm đau đầu.

- Xuất hiện sau một chấn thương hoặc sau mổ vùng hàm mặt, xương chũm.

C. Chẩn đoán phân biệt:

Những trường hợp liệt mặt ngoại biên thứ phát:

1. Chấn thương sọ não: Tiền căn chấn thương ở đầu, có chảy máu ở tai vùng bên liệt.
2. Di chứng sau giải phẫu vùng hàm mặt, xương chũm.
3. Zona hạch gối: Đau nhức trong tai và ½ bên mặt, xuất hiện các nốt nước nhỏ vùng Ramsay- hunt
4. U tuyến mang tai: Khối u vùng tuyến mang tai, không mất vị giác 2/3 trước lưỡi.
5. U dây thần kinh số 8: Tổn thương thính giác và tiền đình, không mất vị giác 1/3 trước lưỡi.
6. Viêm dây thần kinh trong hội chứng Guillain- Barre: Liệt thường và 2 bên mặt, kèm những triệu chứng dị cảm của viêm đa dây thần kinh.

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Sinh hoạt:

- Có thể lao động nhẹ.
- Tránh bụi, khói, mang kính mát khi ra đường.
- Tránh gió lùa, gió lạnh, ngâm mình lâu trong nước.
- Giữ vệ sinh mắt, răng, miệng.

2. Chăm sóc thường là:

- Cấp III hoặc cấp II phụ thuộc vào bệnh cảnh lâm sàng

3. Chế độ ăn:

- Thường không có gì đặc biệt chú ý các thức ăn, nước uống quá cay, quá lạnh.

4. Điều trị đặc hiệu:

4.1. Thuốc:

- *Y học hiện đại*: Thường dùng thuốc điều trị triệu chứng.
- + Đau nhức có thể dùng:
 - Para codein 2- 3 viên/ngày hoặc paracetamol 0,5g 1g- 1,5g/ngày.
- + Kết hợp các vitamin nhóm B.

Vitamin B1 250mg 500- 1000mg/ngày.

Vitamin B6 250mg 500- 1000mg/ngày.

Becofort 2- 3 viên uống/ ngày hoặc Becofort 1 ống tiêm bắp/ngày 1 lần.

+ Dùng kháng sinh khi có viêm nhiễm (theo chuyên khoa).

- *Y học cổ truyền:*

+ Phong hàn phạm kinh lạc:

Có thể dùng thuốc thành phẩm như, một trong các loại sau: Hoạt huyết dưỡng não, Hoạt Hoa đà tái tạo hoàn.

+ Phong nhiệt phạm kinh lạc:

Có thể dùng một trong các chế phẩm sau: Hoạt huyết dưỡng não, Ngân kiều giải độc.

+ Huyết ứ kinh lạc:

Có thể dùng một trong các chế phẩm sau: Thiên sứ hộ tâm đan, Hoa đà tái tạo hoàn.

4.2. Châm cứu:

- Các huyệt sử dụng: Ấn đường, Toán trúc, Thái dương, Dương bạch, Nghinh hương, Giáp xa, Hạ quan, Địa thương, Ấp phong, Phong trì, Hợp cốc đối diện, Huyệt hải.

- Thủ thuật ôn châm hoặc tả châm. Dùng điện châm với tần số 5-6 chế độ xung ngắn đoạn.

- Có thể dùng thủy châm.

4.3. Xoa bóp – Vật lý trị liệu:

- Che mắt khi ngủ.

- Xoa bóp: Thủ thuật: Vuốt, xoa gõ cơ mặt bên liệt.

- Chườm nóng vùng cơ mặt bị liệt hoặc kích thích bằng đá lạnh, xung điện.

- Hướng dẫn tự tập luyện.

- Tự xoa bóp.

- Nhắm hai mắt lại.

- Mím cười.

- Huýt sáo và thổi.

- Ngậm chắc miệng.

- Cười thấy răng và nhếch môi trên.

- Nhấn trán và nhú mũi.
- Phình hai cánh mũi.
- Phát âm một số từ như: B,p,u,i...

Bài 44: BỆNH TAY – CHÂN – MIỆNG

I. ĐẠI CƯƠNG:

Bệnh tay-chân-miệng là bệnh truyền nhiễm lây từ người sang người, dễ gây thành dịch do vi rút đường ruột gây ra. Hai nhóm tác nhân gây bệnh thường gặp là Coxsackie virus A16 và Enterovirus 71 (EV71). Biểu hiện chính là tổn thương da, niêm mạc dưới dạng phỏng nước ở các vị trí đặc biệt như niêm mạc miệng, lòng bàn tay, lòng bàn chân, mông, gối. Bệnh có thể gây nhiều biến chứng nguy hiểm như viêm não-màng não, viêm cơ tim, phù phổi cấp dẫn đến tử vong nếu không được phát hiện sớm và xử trí kịp thời. Các trường hợp biến chứng nặng thường do EV71.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

a. Chẩn đoán:

- Yếu tố dịch tễ: Căn cứ vào tuổi, mùa, vùng lưu hành bệnh, số trẻ mắc bệnh trong cùng một thời gian.

- Lâm sàng:

+ Loét miệng: vết loét đỏ hay phỏng nước đường kính 2-3 mm ở niêm mạc miệng, lợi, lưỡi

+ Phỏng nước điển hình ở miệng, lòng bàn tay, lòng bàn chân, gối, mông, kèm sốt hoặc không.

b. Chẩn đoán xác định:

- Xét nghiệm RT-PCR hoặc phân lập có vi rút gây bệnh.

2. Cận lâm sàng:

- Công thức máu: Bạch cầu thường trong giới hạn bình thường. Bạch cầu tăng trên $16.000/mm^3$ thường liên quan đến biến chứng

- Đường huyết, điện giải đồ, XQ phổi đối với các trường hợp có biến chứng từ độ 2b.

III. PHÂN ĐỘ LÂM SÀNG:

1. Độ 1: Chỉ loét miệng và/hoặc tổn thương da.

2. Độ 2:

- Độ 2a: có một trong các dấu hiệu sau:
 - + Bệnh sử có giật mình dưới 2 lần/30 phút và không ghi nhận lúc khám
 - + Sốt trên 2 ngày, hay sốt trên 39⁰C, nôn, lừ đừ, khó ngủ, quấy khóc vô cớ.
- Độ 2b: có dấu hiệu thuộc nhóm 1 hoặc nhóm 2 :

*** Nhóm 1: Có một trong các biểu hiện sau:**

- Giật mình ghi nhận lúc khám.
- Bệnh sử có giật mình ≥ 2 lần / 30 phút.
- Bệnh sử có giật mình kèm theo một dấu hiệu sau:
 - + Ngủ gà
 - + Mạch nhanh > 150 lần /phút (khi trẻ nằm yên, không sốt)
 - + Sốt cao $\geq 39^{\circ}\text{C}$ không đáp ứng với thuốc hạ sốt

*** Nhóm 2: Có một trong các biểu hiện sau:**

- Thất điều: run chi, run người, ngồi không vững, đi loạng choạng.
- Rung giật nhãn cầu, lác mắt.
- Yếu chi hoặc liệt chi.
- Liệt thần kinh sọ: nuốt sặc, thay đổi giọng nói...

3. Độ 3: có các dấu hiệu sau:

- Mạch nhanh > 170 lần/phút (khi trẻ nằm yên, không sốt).
- Một số trường hợp có thể mạch chậm (dấu hiệu rất nặng).
- Vã mồ hôi, lạnh toàn thân hoặc khu trú.
- HA tăng.
- Thở nhanh, thở bất thường: Con ngưng thở, thở bụng, thở nông, rút lõm ngực, khò khè, thở rít thanh quản.
 - Rối loạn tri giác (Glasgow < 10 điểm).
 - Tăng trương lực cơ.

4. Độ 4: có một trong các dấu hiệu sau:

- Sốc.
- Phù phổi cấp.
- Tím tái, SpO₂ < 92%.
- Ngưng thở, thở nấc.

IV. ĐIỀU TRỊ

Kháng sinh: Chỉ dùng kháng sinh khi có bội nhiễm hoặc chưa loại trừ các bệnh nhiễm khuẩn nặng khác

1. Nguyên tắc điều trị:

- Hiện nay chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, chỉ điều trị hỗ.
- Theo dõi sát, phát hiện sớm và điều trị biến chứng.
- Bảo đảm dinh dưỡng đầy đủ, nâng cao thể trạng.

2. Điều trị cụ thể:

2.1. Độ 1: Điều trị ngoại trú và theo dõi tại y tế cơ sở.

- Dinh dưỡng đầy đủ theo tuổi. Trẻ còn bú cần tiếp tục cho ăn sữa mẹ.
- Hạ sốt khi sốt cao bằng Paracetamol liều 10 mg/kg/lần (uống) mỗi 6 giờ.
- Vệ sinh răng miệng.
- Nghỉ ngơi, tránh kích thích.
- Tái khám mỗi 1-2 ngày trong 8-10 ngày đầu của bệnh. Trẻ có sốt phải tái khám mỗi ngày cho đến khi hết sốt ít nhất 48 giờ.

2.2. Độ 2:

2.2.1. Độ 2a:

- Điều trị như độ 1. Trường hợp trẻ sốt cao không đáp ứng tốt với paracetamol có thể phối hợp với ibuprofen 10-15 mg/kg/lần lập lại mỗi 6-8 giờ nếu cần (dùng xen kẽ với các lần sử dụng paracetamol).

- Thuốc: Phenobarbital 5 - 7 mg/kg/ngày, uống.
- Theo dõi sát để phát hiện dấu hiệu chuyển độ.

2.2.2. Độ 2b:

- Nằm đầu cao 30°.
- Thở oxy qua mũi 3-6 lít/phút.
- Hạ sốt tích cực nếu trẻ có sốt.
- Thuốc: Phenobarbital 10 - 20 mg/kg truyền tĩnh mạch. Lặp lại sau 8-12 giờ khi cần.

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, kiểu thở, tri giác, ran phổi, mạch mỗi 1- 3 giờ trong 6 giờ đầu, sau đó theo chu kỳ 4-5 giờ.

- Đo độ bão hòa oxy SpO₂ và theo dõi mạch liên tục (nếu có máy).

2.2.3. Độ 3: Điều trị nội trú tại đơn vị hồi sức tích cực

- Thở oxy qua mũi 3-6 lít/phút. Đặt nội khí quản giúp thở sớm khi thất bại với thở oxy.

- Chống phù não: nằm đầu cao 30°, hạn chế dịch (tổng dịch bằng 1/2-3/4 nhu cầu bình thường), thở máy tăng thông khí giữ PaCO₂ từ 25-35 mmHg và duy trì PaO₂ từ 90-100 mmHg.

- Phenobarbital 10 - 20 mg/kg truyền tĩnh mạch. Lặp lại sau 8-12 giờ khi cần.

- Dobutamin được chỉ định khi suy tim mạch > 170 lần/phút, liều khởi đầu 5µg/kg/phút truyền tĩnh mạch, tăng dần 1-2,5µg/kg/phút mỗi 15 phút cho đến khi có cải thiện lâm sàng; liều tối đa 20µg/kg/phút.

- Điều chỉnh rối loạn nước, điện giải, toan kiềm, điều trị hạ đường huyết.

- Hạ sốt tích cực.

- Điều trị co giật nếu có: Midazolam 0,15 mg/kg/lần hoặc Diazepam 0,2-0,3 mg/kg truyền tĩnh mạch chậm, lặp lại sau 10 phút nếu còn co giật (tối đa 3 lần).

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, tri giác, ran phổi, SpO₂, mỗi 1-2 giờ. Nếu có điều kiện nên theo dõi huyết áp động mạch xâm lấn.

2.3.4. Độ 4: Điều trị nội trú tại các đơn vị hồi sức tích cực

- Đặt Nội khí quản thở máy: Tăng thông khí giữ PaCO₂ từ 30-35 mmHg và duy trì PaO₂ từ 90-100 mmHg.

- Chống sốc: Sốc do viêm cơ tim hoặc tổn thương trung tâm vận mạch ở thân não.

+ Nếu không có dấu hiệu lâm sàng của phù phổi hoặc suy tim: Truyền dịch Natri clorua 0,9% hoặc Ringer lactat: 5 ml/kg/15 phút, điều chỉnh tốc độ theo hướng dẫn CVP và đáp ứng lâm sàng. Trường hợp không có CVP cần theo dõi sát dấu hiệu quá tải, phù phổi cấp.

+ Đo và theo dõi áp lực tĩnh mạch trung ương.

+ Dobutamin liều khởi đầu 5µg/kg/phút, tăng dần 2- 3µg/kg/phút mỗi 15 phút cho đến khi có hiệu quả, liều tối đa 20 µg/kg/phút.

- **Phù phổi cấp:**

+ Ngừng ngay dịch truyền nếu đang truyền dịch.

+ Dùng Dobutamin liều 5-20 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{phút}$.

+ Furosemide 1-2 mg/kg/lần tiêm tĩnh mạch chỉ định khi quá tải dịch.

- Điều chỉnh rối loạn kiềm toan, điện giải, hạ đường huyết và chống phù não.

Chú ý:

- *Chỉ nhập viện và điều trị độ 1 và độ 2a*

- *Từ độ 2b, độ 3 và độ 4: chuyển tuyến trên.*

Bài 45: TIÊU CHẢY CẤP**I. ĐỊNH NGHĨA**

Tiêu chảy: tiêu phân lỏng hay tóe nước hay có máu trong phân >2 lần trong 24 giờ.

Tiêu chảy cấp: tiêu chảy <14 ngày.

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN**1. Mức độ mất nước:**

Mất nước nặng Có 2 trong các dấu hiệu sau:	Có mất nước Có 2 trong các dấu hiệu sau:	Không mất nước Có 2 trong các dấu hiệu sau:
1. Li bì hoặc hôn mê	1. Kích thích, vật vã.	Không có đủ các dấu hiệu đã được phân loại mất nước, mất nước nặng
2. Mắt trũng	2. Mắt trũng	
3. Không uống được hoặc uống rất kém.	3. Uống háo hức, khát	
4. Nếp véo da mắt rất chậm	4. Nếp véo da mắt chậm	

2. Dấu hiệu biến chứng:

- Rối loạn điện giải: co giật, li bì, hôn mê, bụng chướng, liệt ruột, giảm trương lực cơ.

- Rối loạn kiềm toan: thở nhanh, sâu.

- Hạ đường huyết: vã mồ hôi, da nhợt, nhịp tim nhanh, run giật chi, rối loạn tri giác, co giật, hôn mê.

- Suy thận cấp: tiểu ít, phù, cao huyết áp, lừ đừ.

3. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm máu: khi có sốt, tiêu phân có máu, có dấu hiệu mất nước.

- Soi phân: khi nghi ngờ tả, lỵ.

- Xét nghiệm khác: ion đồ, đường huyết, chức năng thận khi nghi ngờ suy thận.

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc:

- Sinh hoạt: nghỉ ngơi.
- Chăm sóc: theo dõi lượng nước xuất nhập.
- Không uống nước có đường, nước ngọt công nghiệp.

2. Điều trị cụ thể:**2.1. Điều trị mất nước nặng (Phác đồ C): không áp dụng cho trẻ bị SDD nặng.**

- Bắt đầu truyền tĩnh mạch ngay lập tức. Trong khi thiết lập đường truyền tĩnh mạch cho bệnh nhân uống dung dịch ORS nếu trẻ còn uống được.

- Truyền 100ml dung dịch Lactate Ringer(hoặc nước muối sinh lý nếu không có sẵn Lactate Ringer). Chia như sau:

Tuổi	Lúc đầu truyền 30ml/kg trong	Sau đó truyền 70ml/kg trong
Trẻ <12 tháng	1 giờ*	5 giờ
Trẻ >12 tháng	30 phút*	2 giờ 30 phút

*Lặp lại lần nữa nếu mạch quay không bắt được hoặc yếu.

- Đánh giá lại mỗi 15 – 30 phút đến khi mạch quay mạnh. Nếu tình trạng mất nước không cải thiện cho dịch truyền tốc độ nhanh hơn. Sau đó đánh giá lại ít nhất mỗi giờ cho đến khi tình trạng mất nước có cải thiện.

- Khi truyền đủ lượng dịch đánh giá lại tình trạng mất nước.

+ Nếu vẫn còn các dấu hiệu mất nước nặng: truyền lần thứ 2 như trên.

+ Nếu cải thiện nhưng còn dấu hiệu mất nước: ngưng dịch truyền và cho uống ORS theo phác đồ B.

+ Nếu không còn dấu mất nước: điều trị theo phác đồ A và khuyến khích bú mẹ thường xuyên. Theo dõi ít nhất 6 giờ trước khi cho xuất viện.

2. Điều trị có mất nước: (phác đồ B)

- Bù dịch bằng ORS uống 75ml/kg trong 4 giờ.(theo phác đồ điều trị của Bộ Y tế 2009 nên sử dụng dung dịch Oresol có nồng độ thẩm thấu thấp)

- Nếu có bụng chướng hoặc nôn ói > 4 lần trong 2- 4 giờ hoặc tốc độ thải phân cao (>10ml/kg/giờ), hoặc >10 lần, truyền TM Lactate Ringer 75ml/kg/4 giờ.

3. Điều trị phòng mất nước: (Phác đồ A)

- Cho trẻ uống nhiều nước hơn bình thường: nước chín, nước trái cây(nước dừa), nước cháo muối, dung dịch ORS...

- Tiếp tục cho trẻ ăn.

- Bổ sung kẽm hàng ngày trong 10 – 14 ngày: **Farzincol 70mg** (chứa 10mg Kẽm)

+ Trẻ < 6 tháng tuổi: 10mg/ngày.(1 viên/ngày)

+ Trẻ > 6 tháng tuổi: 20mg/ngày. (1 viên x 2 lần/ngày)

- Đưa trẻ đến khám ngay khi trẻ có một trong các biểu hiện sau:

+ Đi ngoài rất nhiều lần phân lỏng (đi liên tục).

+ Nôn tái diễn.

+ Trở nên rất khát.

+ Ăn uống kém hoặc bỏ bú.

+ Trẻ không tốt lên sau 2 ngày điều trị.

+ Sốt cao hơn.

+ Có phân trong máu.

- Nếu cho dung dịch oresol (ORS), áp dụng liều lượng theo bảng hướng dẫn dưới đây:

Tuổi	Lượng ORS uống sau mỗi lần tiêu chảy	Lượng ORS tối đa/ngày.
< 24 tháng	50 - 100ml	500ml
2- 10 tuổi	100 – 200ml	1000ml
> 10 tuổi	Theo nhu cầu	2000ml

4. Điều trị kháng sinh: Tuyệt đối không được sử dụng kháng sinh cho trường hợp tiêu chảy thông thường, điều này không hiệu quả và nó có thể gây nguy hiểm. Chỉ định kháng sinh khi:

- Nếu có máu trong phân(xem phác đồ điều trị lỵ).

- Nếu soi phân có vi trùng tả (xem phác đồ điều trị tả).

- Nếu có bệnh phối hợp với bệnh nhiễm khuẩn khác như: viêm phổi, viêm họng...

5. Điều trị hỗ trợ:

- Trong 4 giờ đầu tiên bù nước không cho trẻ ăn gì ngoài sữa mẹ.
- Trẻ điều trị phác đồ B nên cho trẻ ăn sau 4 giờ điều trị.
- Khuyến khích trẻ ăn 6 lần/ ngày và tiếp tục 2 tuần sau khi tiêu chảy đã ngừng.

QUAI BỊ

I. LÂM SÀNG

1. Bệnh sử

- Tiếp xúc với người bệnh quai bị
- Chủng ngừa quai bị?

2. Triệu chứng cơ năng

- Đau hoặc sưng góc hàm, đau khi há miệng hoặc khi nuốt
- Sốt, thường kéo dài 2-3 ngày
- Triệu chứng nhiễm siêu vi: đau cơ, ăn uống kém, đau đầu, đau tai

3. Triệu chứng thực thể

- Sưng tuyến mang tai một hoặc hai bên, bờ thường không rõ, da trên tuyến thường không đỏ, không nóng, có thể kèm đau tuyến dưới hàm hoặc dưới lưỡi.

- Lỗ Stenon đỏ và sưng

II. CẬN LÂM SÀNG

- Công thức máu: bạch cầu bình thường hoặc giảm, chủ yếu là tăng lympho.
- Amylase máu và nước tiểu tăng: 90% trong các trường hợp.
- Chọc dò dịch não tủy: nghi ngờ có biến chứng viêm màng não.
- Siêu âm tuyến mang tai: giúp phân biệt viêm hạch hay viêm tuyến mang tai do vi trùng.

- Xét nghiệm tìm kháng thể trong huyết thanh có thể xác định chẩn đoán khi tuyến mang tai hoặc tuyến nước bọt khác không to. Nếu so sánh mẫu máu trong giai đoạn cấp và mẫu khác trong 3 tuần sau của bệnh, sẽ có sự tăng kháng thể gấp 4 lần nếu bệnh nhân bị quai bị.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

- Vùng dịch tể có quai bị và tiếp xúc với người bệnh.
- Sưng tuyến mang tai một hoặc hai bên > 2 ngày.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Sung tuyến mang tai có thể do nguyên nhân nhiễm trùng và không nhiễm trùng khác: Parainfluenza 1 và 3, Influenza A, CMV, EBV, Enterovirus, Lymphocytic choriomeningitis virus và HIV.

- Viêm tuyến mang tai mủ: Staphylococcus aureus, thường một bên, căng to và kết hợp với sự gia tăng bạch cầu máu và có thể dẫn lưu mủ từ lỗ Stenon.

- Những nguyên nhân không nhiễm trùng khác gây sung tuyến mang tai: tắc nghẽn lỗ stenon, bệnh collagen mạch máu như hội chứng Sjogren, bệnh Lupus hệ thống và ung thư.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Không có điều trị đặc hiệu;
- Điều trị triệu chứng.

2. Điều trị triệu chứng: Không có liệu pháp kháng virus đặc hiệu cho quai bị, giảm đau, hạ sốt và cân bằng nước điện giải, ngăn ngừa mất nước do sốt hoặc chán ăn.

3. Điều trị biến chứng

- Viêm màng não sau quai bị: không cần điều trị, cần theo dõi để chẩn đoán phân biệt viêm màng não do vi trùng.

- Đối với biến chứng viêm tinh hoàn: nằm nghỉ ngơi tại chỗ và dùng Corticoid để giảm viêm: prednisone 1 mg/kg/ngày □ 7-10 ngày.

- Viêm tụy cấp (xem thêm bài Viêm tụy cấp).

BỆNH THỦY ĐẬU

I. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Giai đoạn ủ bệnh dao động từ 10 đến 21 ngày, thường 14-17 ngày.
- Giai đoạn tiền triệu thường kéo dài 1-2 ngày trước khi xuất hiện ban.

Người bệnh mệt mỏi, sốt từ 38°-39,5°C kéo dài 3 đến 5 ngày.

- Ban trên da xuất hiện đầu tiên trên mặt và thân, nhanh chóng lan ra tất cả các vùng khác trên cơ thể.

2. Cận lâm sàng

- Công thức máu: bạch cầu bình thường, có thể giảm như trong các bệnh nhiễm virus khác.

- Sinh hóa máu: có thể có tăng men gan.

3. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán thủy đậu chủ yếu dựa trên lâm sàng và không cần xét nghiệm khẳng định. Ban thủy đậu đặc trưng dạng phỏng nhiều lứa tuổi rải rác toàn thân ở người bệnh có tiền sử tiếp xúc với người bị thủy đậu là những gợi ý cho chẩn đoán.

4. Chẩn đoán phân biệt

- Cần phân biệt thủy đậu với một số bệnh có phát ban dạng phỏng nước như bệnh tay chân miệng liên quan tới Enterovirus, bệnh do Herpes simplex, viêm da mủ và một số bệnh khác.

- Bệnh tay chân miệng do Enterovirus cũng có ban dạng phỏng nước, có cả ở niêm mạc (miệng, họng) như thủy đậu. Tuy nhiên ban trong tay chân miệng có dạng nhỏ hơn, phân bố tập trung ở tay chân và mông, có cả ở lòng bàn tay và bàn chân.

- Ban do Herpes simplex thường tập trung ở các vùng da chuyển tiếp niêm mạc quanh các hốc tự nhiên, không phân bố ở toàn bộ cơ thể như thủy đậu.

II. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

Điều trị thủy đậu ở người miễn dịch bình thường chủ yếu là điều trị hỗ trợ, bao gồm hạ nhiệt và chăm sóc tổn thương da. Điều trị kháng virus Herpes có tác dụng giảm mức độ nặng và thời gian bị bệnh, đặc biệt có chỉ định đối với những trường hợp suy giảm miễn dịch.

2. Điều trị kháng virus

Acyclovir uống 800 mg: 1 viên x 5 lần/ngày trong 5-7 ngày; trẻ dưới 12 tuổi có thể dùng liều 20 mg/kg/ 6 giờ một lần. Điều trị có tác dụng tốt nhất khi bắt đầu sớm, trong vòng 24 giờ đầu sau khi phát ban.

3. Điều trị hỗ trợ

- Điều trị hạ nhiệt bằng paracetamol; tránh dùng aspirin để ngăn ngừa hội chứng Reye.

- Điều trị kháng histamin nếu người bệnh ngứa tại nơi tổn thương da.

- Chăm sóc các tổn thương da: làm ẩm tổn thương trên da hàng ngày, bôi thuốc chống ngứa tại chỗ, ngăn ngừa bội nhiễm vi khuẩn bằng thuốc sát khuẩn tại chỗ (như các thuốc chứa muối nhôm acetat).

- Điều trị hỗ trợ hô hấp tích cực khi người bệnh bị viêm phổi do thủy đậu.

- Điều trị kháng sinh khi người bệnh thủy đậu có biến chứng bội nhiễm tổn thương da hoặc bội nhiễm tại các cơ quan khác.

CO GIẬT

I. NGUYÊN NHÂN GÂY CO GIẬT :

1. Co giật do loạn chức năng nhất thời ở não:

- Sốt cao co giật đơn thuần

- Rối loạn chuyển hóa, rối loạn điện giải, hạ đường huyết, hạ canxi huyết, tăng hoặc giảm Natri huyết, thiếu B₆...

- Ngộ độc thuốc
- Nhiễm độc nội sinh.
- Tăng huyết áp.

2. Co giật do tổn thương ở não:

- Chấn thương sọ não.
- Xuất huyết não.
- U não.
- Nhiễm trùng hệ thần kinh: Viêm não, viêm màng não, áp xe não...

3. Co giật mãn tính toàn thân hay cục bộ: động kinh

II. CHẨN ĐOÁN :

- Lâm sàng :
 - + Đặc điểm lứa tuổi trẻ.
 - + Hỏi tiền sử: sốt cao co giật, động kinh.
 - + Khám lâm sàng: co giật toàn thân, khu trú, cơn gồng.
 - + Triệu chứng kèm theo: sốt hoặc không sốt, thở nhanh, hôn mê.
 - + Khám dấu hiệu não - màng não và thần kinh khu trú (±).
- Cận lâm sàng :
 - + CTM, KSTSR.
 - + Đường máu, ion đồ, urê máu.
 - + Chọc dò tủy sống , XN: dịch não tủy.
 - + Đo ECG, siêu âm sọ não, chụp CT sọ não.
 - + EEG.
 - + Soi đáy mắt.

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc điều trị:

- Hỗ trợ hô hấp.
- Cắt cơn co giật.
- Điều trị nguyên nhân.

2. Điều trị ban đầu:

a) Hỗ trợ hô hấp

- Đặt trẻ nằm yên tĩnh tránh kích thích, cho đầu nghiêng 1 bên để phòng tắt đờm giải.

- Đặt cây đè lưỡi có quấn gạc vào miệng giữa hai hàm răng để tránh cắn vào lưỡi.

- Hút đàm.

- Cho thở oxy để đạt SaO₂ # 95%.

- Đặt NKQ giúp thở nếu trẻ ngưng thở.

b) Điều trị cắt cơn giật :

- Seduxen (Diazepam): 0,2 mg/kg/liều TM chậm (Tiêm nhanh dễ gây ngưng thở phải luôn có chuẩn bị bóng và mask để giúp thở)

- Nếu không tiêm được mạch có thể dùng đường hậu môn liều 0,5 mg/kg. Không hiệu quả có thể lặp lại liều thứ 2 sau 10 phút tối đa 3 liều (liều tối đa ở trẻ < 5 tuổi : 5 mg ; trẻ >5 tuổi : 10 mg).

- Trẻ sơ sinh: Ưu tiên lựa chọn phenobarbital 15-20 mg/kg truyền tĩnh mạch trong 30 phút. Nếu sau 30 phút còn co giật có thể lặp lại liều thứ hai 10 mg/kg.

c) Điều trị nguyên nhân :

- Sốt cao co giật đơn thuần, điều trị: hạ sốt bằng lau mát–Paracetamol, phenobarbital uống dự phòng co giật tái phát: 5 mg/kg/ngày trong những ngày sốt.

- Sốt cao co giật phức tạp hoặc co giật không sốt .

+ Rối loạn điện giải : bù nước điện giải.

+ Hạ đường huyết : truyền glucose ưu trương

Trẻ lớn: Dextrose 30% 2 ml/kg TM.

Trẻ sơ sinh: Dextrose 10% 2 ml/kg TM.

Sau đó duy trì bằng Dextrose 10% TM.

+ Hạ calci huyết : Tiêm TM gluconat calci

+ Nhiễm trùng hệ thần kinh : điều trị kháng sinh thích hợp

+ Cao huyết áp: điều trị thuốc hạ áp

+ Điều trị tăng áp lực nội sọ nếu có.

+ Động kinh mời khám chuyên khoa điều trị

+ Nguyên nhân ngoại khoa như chấn thương đầu, xuất huyết, u não ... → hội chẩn ngoại.

d) Điều trị tiếp theo: Nếu cơn giật tiếp tục hoặc tái phát:

- Phenobarbital 20 mg/kg TTM chậm trong 30 phút qua bơm tiêm, cần lưu ý nguy cơ ngưng thở sẽ gia tăng khi phối hợp Diazepam và phenobarbital. Liều duy trì 3-5 mg/kg/ngày, chia 2 lần. Hoặc Midazolam 0,15 mg/kg (TM), liều duy trì 1 – 4 µg/kg/phút

- Trường hợp thất bại, dùng Diazepam truyền tĩnh mạch.

Khởi đầu liều 0,25 mg/kg TM

Sau đó: 0,1 mg/kg/giờ TTM qua bơm tiêm tăng dần đến khi đạt hiệu quả, liều tối đa 2-3 mg/giờ.

- Xem xét việc dùng Pyridoxine (vitamin B₆) ở trẻ < 18 tháng co giật mà không sốt và không đáp ứng với các thuốc chống co giật. Một số trường hợp đáp ứng sau 10 – 60 phút.

- Khi tất cả các thuốc trên thất bại → điều trị bằng phương pháp gây mê:

Thuốc chọn là Pentobarbital (Thiopental): 3-5 mg/kg TMC, sau đó truyền duy trì TM 2 - 4 mg/kg/ giờ qua bơm tiêm.

Cần theo dõi sát nếu có dấu hiệu suy hô hấp đặt NKQ ngay để giúp thở.

- Thất bại với Pentobarbital có thể dùng thuốc dẫn cơ như Vecuronium 0,1 - 0,2 mg/kg/liều TMC và cần phải đặt NKQ giúp thở.

3. Theo dõi:

-Tri giác , mạch , HA , nhịp thở , nhiệt độ, SpO₂

-Theo dõi các xét nghiệm : Dịch não tủy, đường máu, ion đồ, ECG, siêu âm não, chụp sọ não... → để tìm nguyên nhân điều trị.

NGẠT NƯỚC

I. CHẨN ĐOÁN :

1. Lâm sàng:

Bệnh nhân có thể tỉnh táo không triệu chứng hoặc có những rối loạn.

* Dấu hiệu hô hấp: Ho, khó thở, khò khè hoặc tím tái, Ngưng thở.

* Dấu hiệu tuần hoàn: Phù phổi; Hạ huyết áp, shock.

* Dấu hiệu thần kinh: Rối loạn tri giác nhẹ, mê, gồng mắt nảo; Đôi khi co giật do thiếu oxy não

2. Cận lâm sàng:

- CTM: tăng bạch cầu trong trường hợp hội nhiễm.

- Ion đồ: có thể tăng Kali máu, hạ natri máu

- Đường huyết

- X quang phổi: phù phổi, xẹp phổi, thâm nhiễm hai bên rốn phổi.

- Bệnh nhân mê , suy hô hấp nặng → đánh giá tình trạng thiếu O₂ máu: Sa₂O giảm, PH giảm, PaO₂ giảm, PCO₂ tăng.
- Chức năng gan thận.

II. ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc điều trị

- Hồi sức tim hồi cơ bản.
- Điều trị triệu chứng và biến chứng.
- Phòng ngừa và điều trị bội nhiễm.

2. Điều trị tại chỗ

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Thông đường thở 2. Giúp thở : Miệng - Miệng 3. Xoa bóp tim 4. Không mất thời gian sóc nước 5. Oxy nếu có thể |
|---|

Trên đường đến bệnh viện

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Tiếp tục hồi sức cấp cứu 2. Oxy nếu có thể |
|--|

3. Điều trị tại bệnh viện:

- a. *Bệnh nhân tỉnh, không khó thở* : cần được theo dõi tại bệnh viện trong 24 giờ.
- b. *Bệnh nhân tỉnh kèm khó thở (thở nhanh, co kéo, khò khè)*

- Thở O₂ , duy trì SaO₂ > 95%
- Furosemide: 1-2mg/kg (TM) dùng khi :
- + Phổi có ran.
- + Hoặc X quang có hình ảnh phù phổi.
- Đặt Sonde dạ dày :
- + Lấy bớt dịch dạ dày.
- + Tránh nguy cơ hít sâu
- + Giảm chèn ép cơ hoành.

c. *Bệnh nhân hôn mê, ngưng thở* :

- Ngưng thở : Đặt nội khí quản bóp bóng. **Chuyển tuyến trên.**

- Tất cả các trường hợp ngạt nước kèm hôn mê phải đặt sonde dạ dày.

d. Điều trị khác :

- Điều trị hạ thân nhiệt: Giữ ấm.

- Kháng sinh:

+ Nếu nghi ngờ nhiễm trùng: nước ô nhiễm, sốt, bạch cầu tăng hoặc X quang: viêm phổi bội nhiễm. Cefotaxime: 100-200 mg/kg/ngày TB, TM chia mỗi 6 - 8 giờ.

4. Theo dõi: Tri giác, mạch, HA, nhịp thở, đến khi ổn định và trong ít nhất 24 giờ.

SUY HÔ HẤP SƠ SINH

I. CHẨN ĐOÁN:

A. Chẩn đoán dương tính :

1. *Lâm sàng*: 5 dấu hiệu chính

- Thở nhanh > 60 l/1 phút hoặc cơn ngừng thở kéo dài > 20 giây (hoặc cơn ngừng thở < 20 giây kèm nhịp tim giảm < 100l/phút.)

- Rút lõm ngực.

- Cánh mũi phập phồng.

- Thở rên.

- Tím tái.

2. *Cận lâm sàng*:

- Độ bão hoà Oxy trong máu động mạch: SaO₂ < 90%

3. Xét nghiệm khác:

- Đường máu mao mạch.

- Huyết học, sinh hóa, điện giải.

B. Chẩn đoán phân biệt nguyên nhân suy hô hấp sơ sinh:

1. Các bệnh lý nguy hiểm có thể chẩn đoán nhanh:

DẤU HIỆU	CẦN LÀM	NGUYÊN NHÂN
- Lòng ngực căng phồng 1 bên kèm phế âm giảm	Đèn ánh sáng lạnh X quang phổi	Tràn khí màng phổi
- Bụng lõm, Phế âm giảm một bên tim bị đẩy lệch đối bên	X quang phổi	Thoát vị hoành
- Bú kèm khó thở	Đặt Catheter mũi 2 bên: không thể đưa vào được	Tịt mũi sau
- Trào bọt nhiều mũi - miệng	Đặt Catheter miệng-dạ dày: không thể đưa vào với độ dài đo trước	Teo thực quản kèm dò thực quản - khí quản

2. Chẩn đoán phân biệt các nguyên nhân suy hô hấp thường gặp trẻ sơ sinh:

BỆNH LÝ	TUỔI THAI	DẤU HIỆU LÂM SÀNG	TIỀN CẢN SẢN KHOA	X QUANG
Bệnh màng trong	Non tháng >> đủ tháng	Suy hô hấp sớm khi sanh	Sanh non ± ngạt	Lưới hạt Airbronchogram
Hít phân xu	Già tháng đủ tháng	- lòng ngực căng phồng - Nhuộm phân xu: Da, móng, cuống rốn	- Nước ối xanh - Ngạt - Có nhiều phân xu trong ống NKQ	Xẹp xen kẽ ứ khí từng vùng
Ngạt Viêm phổi hít (ối, máu)	Già tháng đủ tháng	- Suy hô hấp - Dấu hiệu thần kinh	- Ngạt chu sinh, đôi khi phải giúp thở sau khi sanh	Tăng đậm mạch máu phổi đôi khi trắng xoá cả hai phổi
Viêm phổi	Mọi tuổi	- Sốt/ hạ thân nhiệt	- Vỡ ối sớm - Nước ối có	Mờ dạng đám ± airbronchogram

BỆNH LÝ	TUỔI THAI	DẤU HIỆU LÂM SÀNG	TIỀN CĂN SẢN KHOA	X QUANG
		- vàng da sớm - CTM : BC tăng hoặc giảm	mùi hôi - Mẹ mắc bệnh nhiễm trùng	- Đôi khi khó phân biệt bệnh màng trong
Tràn khí màng phổi	Đủ tháng >> non tháng	- Lồng ngực cần phòng một bên - Transillumination (+)	- Hít phân xu - Ngạt phải hồi sức hô hấp tuần hoàn	- rất có giá trị chẩn đoán
Thở nhanh thoáng qua ở trẻ sơ sinh	Đủ tháng >> non tháng	Thở nhanh Rên nhẹ - Ít gầy suy hô hấp nặng	- Sanh mổ - Kẹp rốn trẻ	Tăng đậm mạch máu phổi, rãnh liên thùy
Con ngưng thở ở trẻ non tháng	Non tháng	Con ngưng thở > 20 giây kèm mạch chậm <100 l/phút		Phổi sáng bình thường chẩn đoán loại trừ
Dị tật BS: - Thoát vị hoành - Teo thực quản	Đủ tháng >> non tháng Đủ tháng Non tháng	- Phế âm mất một bên + bụng lõm - Sùi bọt mũi miệng không thể đặt được thông dạ dày		Quai ruột trong lồng ngực Bóng khí của túi cùng thực quản
Tim bẩm sinh	Đủ tháng Non tháng	Suy hô hấp hiếm khi < 4h sau sanh		Bóng tim to tuần hoàn phổi tăng hoặc giảm siêu âm tim.

III. XỬ TRÍ SUY HÔ HẤP SƠ SINH :

A. Nguyên tắc điều trị:

- Thông đường thở.
- Cung cấp oxy.
- Điều trị nguyên nhân
- Điều trị hỗ trợ

B. Xử trí ban đầu:

1. *Thông đường thở*: Hút đàm mũi họng

2. *Cung cấp Oxy* :

- Mục tiêu: giữ SaO₂ : 90-96%
- Các phương pháp cung cấp Oxy :
 - + Cung cấp oxy qua lồng ấp.
 - + Ống thông mũi.
 - + Cannula: Thích hợp ở trẻ cần nồng độ Oxy thấp.

3. *Các phương pháp hỗ trợ khác* : Kháng sinh có chỉ định kháng sinh trong những trường hợp suy hô hấp kèm :

- Tiền căn sản khoa: Vỡ ối sớm , nước ối mùi hôi , mẹ sốt trước sanh hoặc;
- Khi phân biệt giữa viêm phổi với các nguyên nhân khác.
- Loại kháng sinh phổ rộng : kết hợp 3 kháng sinh Cefotaxim + Ampicilin +

Gentamycin

Chuyên tuyến trên điều trị tiếp.

XUẤT HUYẾT NÃO - MÀNG NÃO MUỘN

DO THIẾU VITAMINE K

I. ĐẠI CƯƠNG:

Xảy ra ở trẻ từ 15 ngày tuổi đến 6 tháng tuổi và nhiều nhất là ở trong khoảng từ 1 đến 2 tháng tuổi . Thường các triệu chứng xảy ra đột ngột và nhanh khiến khiến cho bệnh nhân được đưa vào bệnh viện trong tình trạng nặng . Đa số các trẻ đều được bú sữa mẹ hoàn toàn.

Xuất huyết não màng não muộn xảy ra ở trẻ không chích ngừa vitamin K lúc sanh và các trẻ có lượng PIVKA cao (Proteins induced by vitamin K absence).

II. CHẨN ĐOÁN:

Hỏi :

- Bú kém hoặc bỏ bú .
- Khóc thét .
- Co giật.

Khám tìm các dấu hiệu:

- Lơ mơ hoặc hôn mê.
- Xanh xao ± vàng da.
- Thóp phồng căng.
- Dấu thần kinh khu trú : sụp mí mắt.

Đề nghị xét nghiệm :

- Hct
- TQ, TCK.
- Siêu âm não
- Chọc dò tủy sống : chỉ thực hiện khi siêu âm não bình thường , cần phân

biệt giữa viêm màng não và xuất huyết não màng não.

Chẩn đoán xác định :

Bú kém / bỏ bú , thóp phồng , xanh xao + siêu âm não có xuất huyết (hoặc chọc dò dịch não tủy ra máu không đông) và TQ , TCK kéo dài.

Chẩn đoán có thể :

Bú kém / bỏ bú + thóp phồng + xanh xao.

Chẩn đoán phân biệt:

Viêm màng não : khi có tiền căn nhiễm trùng (sốt cao và hoặc có ổ nhiễm trùng).

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc điều trị:

- Điều trị đặc hiệu : Vitamun K.
- Nâng đỡ tổng trạng.
- Làm chỗ chảy máu không lan rộng và thành lập sang thương mới.

2. Điều trị đặc hiệu : Vitamin K₁ 5mg TB. **Chuyển tuyến trên điều trị tiếp.**

VIÊM NÃO

I. CHẨN ĐOÁN:

1. Công việc chẩn đoán:

a. Hỏi bệnh:

- Tiền sử chấn thương đầu, bệnh lý thần kinh, sự phát triển tâm thần vận động.
- Tiếp xúc độc chất.
- Tiền căn chùng ngừa, súc vật cắn.
- Khởi phát: sốt, phát ban, tiêu chảy, triệu chứng viêm hô hấp trên.

b. Khám lâm sàng:

- Dấu hiệu sinh tồn.
- Mức độ rối loạn tri giác (thang điểm Glasgow).
- Dấu hiệu suy hô hấp, sốc.
- Dấu hiệu màng não: thóp phồng, cổ cứng, Kernig.
- Dấu hiệu thần kinh khu trú.
- Dấu hiệu tăng áp lực nội sọ: thóp phồng, rối loạn tri giác, phù gai thị, mạch chậm, HA tăng.

c. Đề nghị cận lâm sàng:

- CTM, KSTSR.
- Ion đồ, Dextrotix.

2. Chẩn đoán có thể:

- *Lâm sàng*: hội chứng não cấp: sốt, hôn mê, có hay không co giật.
- *Cận lâm sàng*:
 - + Dịch não tủy bình thường hoặc tăng nhẹ Protein (< 1g/l) hoặc tăng nhẹ bạch cầu (< 100BC/mm³) đa số đơn nhân.
 - + Ion đồ, đường huyết: bình thường.
 - + KSTSR âm tính.

3. Chẩn đoán xác định nguyên nhân viêm não:

- Có các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng kể trên.

- Phát hiện siêu vi, kháng nguyên hoặc kháng thể IgM trong dịch não tủy.

4. Các thể lâm sàng:

- Thể tối cấp: Sốt cao, có biểu hiện thần kinh nặng nề, hôn mê, rối loạn hô hấp, tử vong nhanh, đặc biệt là đối với nhóm Enterovirus
- Thể cấp tính: các biểu hiện lâm sàng nặng, điển hình.
- Thể nhẹ: rối loạn tri giác nhẹ, phục hồi nhanh chóng.
- Thể màng não: chỉ có biểu hiện là viêm màng não nước trong

II. ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc điều trị:

- Điều trị co giật, suy hô hấp hay sốc nếu có.
- Điều trị hỗ trợ và biến chứng.
- Tìm viêm não do Herpes và điều trị thuốc kháng siêu vi nếu nghi ngờ.

2. Điều trị:

- Thông đường thở.
- Cung cấp Oxy, nếu hông hiệu quả nên đặt nội khí quản sớm và thông khí cơ học.
- Điều trị co giật.
- Điều trị sốc: cần loại trừ sốc giảm thể tích. Nếu sốc do thần kinh: truyền tĩnh mạch Dopamin 5 – 10µg/kg/phút.

Chuyển tuyến trên điều trị tiếp.

VIÊM PHỔI

I. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

- Tìm dấu hiệu nguy hiểm: tím tái trung ương, không uống được, li bì- khó đánh thức, co giật, suy dinh dưỡng nặng.

- Tìm dấu hiệu co lõm lồng ngực, dấu hiệu co kéo cơ hô hấp phụ.

- Đếm nhịp thở trong 1 phút, gọi là thở nhanh khi:

+ Trẻ < 2 th tuổi: nhịp thở ≥ 60 /p.

+ Trẻ từ 2 th - < 12 th tuổi: nhịp thở ≥ 50 /p.

+ Trẻ ≥ 12 th - < 5 tuổi: nhịp thở ≥ 40 /p.

+ Trẻ ≥ 5 tuổi: nhịp thở ≥ 30 /p.

Khám phổi: ran phổi, rì rào phế nang, âm thổi ống, rung thanh.

2. Cận lâm sàng:

Tổng phân tích tế bào máu, XQ tim phổi thẳng.

3. Chẩn đoán xác định:

+ Lâm sàng: Sốt, ho, thở nhanh và hoặc co lõm.

+ X quang: có tổn thương phổi: tổn thương phế nang; Mô kẽ; Tổn thương thùy phổi.

4. Chẩn đoán có thể:

Lâm sàng: Bệnh nhân có sốt, ho, thở nhanh, nhưng trên X quang chưa thấy tổn thương nhu mô phổi hoặc nghi ngờ có tổn thương nhu mô.

5. Phân loại viêm phổi ở trẻ dưới 5 tuổi: theo IMCI

Viêm phổi rất nặng.

Viêm phổi nặng.

Viêm phổi

II. ĐIỀU TRỊ:

1. Điều trị ngoại trú: Viêm phổi hướng dẫn dùng kháng sinh và chăm sóc tại nhà.

Amoxicilline 80-90mg/kg/ngày hoặc Amoxicilline/clavulanate 50mg/kg/ngày.

- Chăm sóc: hạ sốt, giảm ho, tăng cường uống nước và dinh dưỡng.....

- Khám lại ngay khi có dấu hiệu nặng hơn:

- Tái khám sau 2 ngày:

+ Nếu cải thiện (hết thở nhanh, bớt sốt, ăn khá hơn): Tiếp tục uống kháng sinh đủ 5 ngày.

+ Không thay đổi: nhập viện

+ Bệnh nặng hơn, hoặc viêm phổi không đáp ứng với kháng sinh uống sau 48h: Nhập viện.

2. Điều trị nội trú:

- Hỗ trợ hô hấp nếu có suy hô hấp (xem phác đồ điều trị suy hô hấp)

- Kháng sinh

- Điều trị hỗ trợ khác:

+ Hạ sốt: paracetamol

+ Điều trị khò khè với thuốc dẫn phế quản tác dụng nhanh.

+ Thông thoáng đường thở

+ Cung cấp đủ nhu cầu nước điện giải, dinh dưỡng theo lứa tuổi nhưng không cho quá nhiều nước

- Điều trị biến chứng.

Kháng sinh: Cefotaxim 100-200 mg/kg/ngày. Thời gian điều trị 1-2 tuần.

Đánh giá sau 48 giờ:

+ Diễn tiến tốt: tiếp tục kháng sinh 1-2 tuần.

+ Diễn tiến xấu hơn: sốt cao, bỏ bú, thở nhanh hơn, co lõm ngực nặng hơn, X quang có tổn thương nặng hơn: **Chuyển tuyến trên điều trị tiếp.**

VIÊM TIÊU PHẾ QUẢN

I. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

- Khởi phát: sốt nhẹ, ho sổ mũi.
- Sau 1 – 3 ngày:
 - + Khò khè, thở nhanh, thở co lõm ngực.
 - + Kích thích, quấy khóc, bú kém.
 - + Phổi: ran rít hoặc ran ngáy

2. Cận lâm sàng:

- Xquang phổi có hình ảnh ứ khí phế nang, hoặc xẹp phổi.
- Công thức máu: bạch cầu bình thường hoặc tăng lympho.

II. ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc:

Điều trị triệu chứng, cung cấp đủ nước - điện giải - dinh dưỡng, bảo đảm đủ oxy khi có chỉ định.

2. Chỉ định nhập viện:

- Có yếu tố nguy cơ: Trẻ < 3 tháng tuổi, có tiền sử sinh non - nhẹ cân, suy dinh dưỡng nặng, suy giảm miễn dịch, có sẵn bệnh tim - phổi.
- Có dấu hiệu nặng: Khó thở, bỏ bú, tím tái.
- Có biến chứng: Suy hô hấp, viêm phổi, xẹp phổi.
- Ba mẹ không có điều kiện chăm sóc bé tại nhà.

3. Điều trị đặc hiệu:

a. Trường hợp nhẹ: điều trị ngoại trú.

- Không có điều trị đặc hiệu, thường tự khỏi trong 1 - 2 tuần.
- Điều trị triệu chứng: hạ sốt.
- Không chỉ định dẫn phế quản và corticoides.
- Tiếp tục cho trẻ ăn uống bình thường.
- Uống nhiều nước.
- Hướng dẫn các dấu hiệu nặng cần đến khám lại ngay.

- Tái khám sau 2 ngày.

b. Trường hợp nhập viện

- Cung cấp đủ oxy.
- Cung cấp đủ nước - điện giải và dinh dưỡng.
- Kháng sinh: khi có bằng chứng bội nhiễm vi trùng hoặc lâm sàng có dấu

hiệu nặng chưa loại trừ nhiễm trùng

+ sốt cao đột ngột hoặc kéo dài.

+ BC tăng

Có thể sử dụng kháng sinh như trong Viêm phổi.

- Thuốc dẫn phế quản: có thể sử dụng khi chưa loại trừ Suyễn

+ Khí dung Salbutamol: 0,15mg/kg/lần(tối thiểu 2,5 mg, tối đa 5mg/lần) khi

bệnh nhi có biểu hiện khó thở.

+ Không khuyến cáo dung dẫn phế quản đường uống.

- Corticoids: không khuyến cáo. Chỉ sử dụng khi

+ Suy hô hấp.

+ Không loại trừ được suyễn(khò khè tái lại nhiều lần)

Liều:

. Prednisone: 1 - 2 mg/kg/ngày (u) hoặc.

. Hydrocortisone: 5 mg/kg/lần (TMC) mỗi 6 giờ hoặc.

. Dexamethasone: 0,2 mg/kg/lần (TMC) mỗi 8 giờ.

c. Điều trị khác:

- Thông thoáng mũi thường xuyên.

Bài 47: NHIỄM TRÙNG HUYẾT SƠ SINH

I. ĐỊNH NGHĨA:

- Nhiễm trùng huyết sơ sinh là bệnh gây tổn thương nhiều cơ quan kèm du khuẩn huyết, xảy ra trong tháng đầu sau sinh.

- Tác nhân gây nhiễm trùng huyết nguyên phát thường là: Streptococcus nhóm B, E.coli, Listeria

- Vi khuẩn gây nhiễm trùng bệnh viện thay đổi theo từng đơn vị chăm sóc trẻ, thường là: Staphylococcus epidermidis, Staphylococcus aureus, Klebsiella, E.coli.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

a) Hỏi – Khai thác tiền sử sản khoa:

- Sinh non, sinh nhẹ cân.
- Vỡ ối sớm ≥ 24 giờ, nước ối đục, hôi.
- Sinh khó, sinh ngạt (Apgar 1 phút < 5 , 5 phút < 7 đ).
- Mẹ có sốt hay nhiễm trùng trước, trong và sau sinh.
- Có hồi sức lúc sinh hoặc dùng các thủ thuật xâm lấn.

b) Khám: tìm các dấu hiệu của nhiễm trùng:

- Tổng quát: Bú kém, sốt $\geq 38^\circ \text{C}$ hoặc hạ thân nhiệt $\leq 36,5^\circ \text{C}$.
- Các cơ quan:
 - + Thần kinh: Lừ đừ, hôn mê hay tăng kích thích, co giật, giảm phản xạ nguyên phát, giảm hay tăng trương lực cơ, thóp phồng, dấu thần kinh khu trú.
 - + Tiêu hóa: nôn ói, tiêu chảy, chướng bụng, xuất huyết tiêu hóa, gan, lách to.
 - + Hô hấp : tím tái, cơn ngưng thở ≥ 20 giây hoặc ngưng thở ≥ 20 giây kèm nhịp tim chậm, thở nhanh ≥ 60 lần/phút, thở co lõm .
 - + Tim mạch : nhịp tim nhanh hay chậm, hạ huyết áp, da xanh, lạnh, nổi bông.
 - + Da niêm: vàng da, xuất huyết da niêm, rốn mủ, mủ da, cứng bì.
- Tìm dấu hiệu nặng của nhiễm trùng:
 - + Cứng bì.
 - + Sốc: mạch nhẹ, da nổi bông, thời gian phục hồi màu da > 3 giây.

- Tìm ổ nhiễm trùng: nhiễm trùng da, nhiễm trùng rốn, viêm tĩnh mạch nơi tiêm chích, viêm phổi do giúp thở, nhiễm trùng tiêu do đặt sond tiêu.

c) Cận lâm sàng:

- Công thức máu.
- Sinh hóa máu.
- Nước tiểu (nếu được).
- X-quang phổi (nếu được)

2. Chẩn đoán xác định: cấy máu (+).

3. Chẩn đoán có thể: khi chưa có kết quả cấy máu,

- Lâm sàng: triệu chứng nhiều cơ quan + ổ nhiễm trùng + Cận lâm sàng gợi ý nhiễm trùng huyết:

- Công thức máu: phải có ít nhất 3 tiêu chuẩn sau:
 - + Bạch cầu giảm $\leq 5.000/mm^3$ hoặc tăng $\geq 25.000/mm^3$.
 - + Tỷ lệ: $\frac{\text{Bạch cầu hạt non}}{\text{BC hạt trưởng thành}} \geq 0,3$
 - + Có không bào, hạt độc, thể Dohl.
 - + Tiểu cầu đếm $<150.000 / mm^3$.

III. ĐIỀU TRỊ: (khi bệnh không đồng ý chuyển tuyến)

1. Nguyên tắc điều trị:

+ Dùng kháng sinh ngay khi nghi ngờ nhiễm trùng huyết. Thường các kháng sinh có phổ kháng khuẩn rộng được phối hợp với nhau hoặc chọn kháng sinh dựa vào loại vi trùng trẻ có thể bị nhiễm, sự nhạy cảm của vi trùng, khả năng đạt được nồng độ diệt khuẩn tại vị trí nhiễm trùng, tác dụng phụ, sự non kém của chức năng gan, thận.

- + Đủ liều, đủ thời gian.
- + Phối hợp với điều trị nâng đỡ và điều trị các biến chứng.

2. Điều trị ban đầu: Bệnh nhi chưa được điều trị kháng sinh:

- + Ampicilline + Gentamycin.
- + Hoặc Ampicilline + Cefotaxim.

+ Hoặc Ampicilline + Cefotaxim + Gentamycin: khi có một trong các dấu

hiệu sau:

Nếu có sốc hoặc nghi tụ cầu: Cefotaxime + Oxacillin ± Gentamycin

3. Điều trị tiếp tục: dựa vào kết quả cấy máu và diễn tiến lâm sàng.

- Thời gian điều trị kháng sinh: 10 – 14 ngày.
- Thời gian điều trị kéo dài hơn (3-4 tuần) khi:
- Nhiễm trùng huyết gram âm.
- Có viêm màng não mủ đi kèm.

Thời gian sử dụng Aminoglycoside không quá 5-7 ngày.

4. Điều trị nâng đỡ và điều trị các biến chứng:

- Hạ sốt Paracetamol 15-20 mg/kg/lần x 4 lần, kết hợp lau mát (nếu cần).
- Cung cấp năng lượng (Xem bài nuôi ăn qua tĩnh mạch, qua sonde dạ dày).

Bài 48: CẤP CỨU SẠC SỮA

I. Mục đích

- Lấy ra được lượng sữa trẻ hít vào đường hô hấp.

- Cấp cứu cho trẻ thoát khỏi tình trạng suy hô hấp.

II. Cách nhận biết

- Trẻ đang bú, sau bú đột ngột ho, sặc sụa, tím tái.
- Có thể thấy sữa trào ra mũi miệng.
- Trường hợp nặng, trẻ có thể ngừng thở, ngừng tim sau khi bú.

III. Cách xử trí

- Đặt trẻ nằm sấp trên tay hay đùi của bạn.
- Đầu trẻ ở vị trí thấp.
- Vỗ lưng: dựng bán tay phải vỗ 5 cái vào lưng trẻ ở khoảng giữa 2 xương bả vai.
- Ấn ngực:
 - + Lật trẻ nằm ngửa bằng cách đỡ đầu trẻ và kẹp giữa 2 đầu gối để đầu thấp hơn thân.
 - + Quan sát vùng họng và mũi trẻ: nếu có sữa thì hút sạch.
 - + Dùng 2 ngón bàn tay phải ấn mạnh ở vùng giữa dưới xương ức 5 lần.
 - Đánh giá lại trẻ sau mỗi lần ấn lưng, vỗ ngực:
 - + Nếu hồng hào, khóc tốt: không cần làm tiếp.
 - + Nếu trẻ vẫn còn khó thở: tiếp tục thực hiện vỗ lưng ấn ngực. Có thể thực hiện đến 8 lần.
- Trong khi cấp cứu như trên phải quan sát đánh giá trẻ. Nếu ngừng tim, ngừng thở thì phải hồi sức ngừng tim, ngừng thở.
- Theo dõi toàn trạng của trẻ sau sặc sữa.

Bài 49: VIÊM CẦU THẬN CẤP HẬU NHIỄM LIÊN CẦU TRÙNG

I. ĐỊNH NGHĨA:

Viêm cầu thận cấp là hội chứng bao gồm: khởi phát cấp tính của tiểu máu, phù, cao huyết áp và giảm chức năng thận. Nguyên nhân do hậu nhiễm liên cầu trùng nhóm A.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

Hội chứng viêm cầu thận cấp xuất hiện 1 -2 tuần sau khi nhiễm liên cầu trùng ở da hoặc họng bao gồm:

- Phù: thường phù nhẹ ở mi mắt và chi dưới.
- Cao huyết áp.
- Tiểu máu.
- Tiểu ít.

2. Cận lâm sàng:

- Máu:
 - + VS tăng.
 - + Urea máu có thể tăng.
 - + Creatinine máu có thể tăng.
- Nước tiểu:
 - + Có protein nhưng không quá 3 g/24 giờ.
 - + Có hồng cầu, bạch cầu, trụ hồng cầu, trụ hạt.

3. Chẩn đoán xác định:

- Lâm sàng: Phù, tiểu ít, cao huyết áp.
- Cận lâm sàng: nước tiểu có hồng cầu, đạm ít.

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc:

- Điều trị nhiễm trùng do streptococcus.
- Điều trị triệu chứng.

- Điều trị biến chứng.

2. Điều trị nhiễm trùng do Streptococcus:

- Penicillin V 100.000 UI/kg/ngày x 10 ngày.
- Nếu dị ứng Penicillin V thì dùng Erythromycin 30 – 50 mg/kg/ngày x 10 ngày.

3. Biến chứng:

- Cao huyết áp; Suy tim ; Phù phổi cấp.; Suy thận cấp.

4. Điều trị triệu chứng:

- Nghỉ ngơi, hạn chế vận động khi có biến chứng, ăn nhạt cho đến khi hết phù.
- Lợi tiểu nếu có phù.

5. Theo dõi và tái khám:

- Theo dõi: mạch, huyết áp, cân nặng, nước tiểu, xuất nhập ít nhất 1 lần/ngày.
- Trong những trường hợp có biến chứng cần theo dõi sát tùy vào bệnh lý.
- Thử nước tiểu, chức năng thận mỗi 3 – 5 ngày.
- Tái khám sau xuất viện tháng 1, tháng 2, tháng 4, tháng 6, tháng 12.

Bài 50: LÝ TRỰC TRÙNG TRẺ EM

I. Định nghĩa:

Ly là tất cả các trường hợp tiêu chảy phân có máu. Nguyên nhân đa phần là do trực trùng Shigella gây nên. Biểu hiện bệnh có thể thay đổi từ nhẹ đến nặng với đầy đủ các triệu chứng: đau bụng quặn, mót rặn, tiêu phân đàm máu, sốt và dấu hiệu nhiễm trùng nhiễm độc.

II. Tiêu chuẩn chẩn đoán:

1. Dịch tễ:

- Đường lây trực tiếp từ người bệnh sang người lành.
- Đường lây gián tiếp qua dùng chung đồ dùng với người bệnh.
- Qua thức ăn nước uống do ruồi nhặng truyền bệnh.
- Nơi ở chật chội, vệ sinh kém.
- Đối tượng hay mắc là trẻ em từ 6 tháng -3tuổi. Ít gặp trẻ < 6 tháng.

2. Lâm sàng:

- Hội chứng ly:
 - + Tiêu phân đàm lẫn máu nhiều lần
 - + Mót rặn
 - + Đau quặn bụng từng cơn trước khi tiêu
- Hội chứng nhiễm trùng:
 - + Sốt cao 39° - 40°C
 - + Tổng trạng suy sụp nhanh, người mệt mỏi, môi khô, lưỡi bẩn.
- Khám bụng: đau thốn 1/2 dưới bụng bên (t), đại tràng Σ, hoặc toàn bộ khung đại tràng.

3. Cận lâm sàng:

- CTM: BC tăng: 5000 - 15000 /mm³, tỷ lệ đa nhân trung tính chiếm ưu thế
- Soi phân tươi: nhiều hồng cầu, bạch cầu đa nhân

III. Điều trị:

1. Bồi hoàn nước điện giải: tùy theo mức độ mất nước (xem phác đồ tiêu chảy cấp)
 2. Kháng sinh: được dùng tùy thuộc tính nhạy cảm của vi trùng gây bệnh.
 - Cotrimoxazol 48mg/kg/ngày chia 2 lần x 5 ngày Hoặc;
 - Ciprofloxacin 15mg/kg x 2 lần/ ngày x 3 ngày.
- * Nếu đáp ứng kém điều trị, hội chẩn đổi kháng sinh:

Cefotaxim 100-200 mg/kg/ngày (TMC), chia làm 3 lần.

3. Điều trị triệu chứng: Hạ sốt(nếu có) Paracetamol 10-15mg/kg x 3-4 lần/ngày.

4. Điều trị hỗ trợ:

4. Dinh dưỡng:

- Đảm bảo đầy đủ dinh dưỡng.
- Thức ăn lỏng dễ tiêu hóa.

IV. Tiến triển và tiên lượng:

1. Diễn tiến tốt: Sau 5 ngày điều trị:

- Bệnh nhân tươi tỉnh
- Bớt máu trong phân.
- Bớt số lần đi tiêu.
- Thèm ăn.
- Hết đau bụng
- Xuất viện.

2. Diễn tiến xấu:

- Sốt cao
- Đau bụng dữ dội
- Phản ứng phúc mạc
- Lơ mơ, HA↓, mạch↑
- X quang có liềm hơi.
- * Thủng ruột: cơ địa suy kiệt
- * Sa trực tràng: trẻ nhỏ.

V. Tiêu chuẩn nhập viện:

- Có mất nước.
- Có co giật.
- Chướng bụng.
- Các vấn đề khác.

Bài 51: NHIỄM TRÙNG RỐN SƠ SINH

I. Tiêu chuẩn chẩn đoán:

- Rốn có mủ + vàng đỏ nề quanh rốn.
- Phân độ theo tổ chức y tế thế giới:
 - + Nhiễm trùng rốn khu trú: Mất ranh giới bình thường giữa da và dây rốn, dây rốn viêm đỏ có mủ, đôi khi có máu.

+ Nhiễm trùng rốn nặng: Nhiễm trùng lan ra mô liên kết xung quanh, gây viêm đỏ cứng quanh rốn, tạo vàng rốn đường kính >2cm.

- Tiêu chuẩn nhập viện:

+ Nhiễm trùng rốn nặng.

+ Hoặc trẻ có biểu hiện nhiễm trùng toàn thân (Sốt cao, lừ đừ, bỏ bú....)

II. Điều trị:

1. Chăm sóc rốn:

+ Rửa sạch tay, sát trùng bằng cồn iod 2-3%.

+ Dùng que gòn vô trùng lau sạch xung quanh chân rốn, từ chân rốn lên dây rốn, kẹp rốn và mặt cắt cuộn rốn, sau đó khử trùng từ chân rốn ra da xung quanh rốn.

+ Chăm sóc rốn mỗi ngày từ 1-2 lần.

2. Điều trị:

+ Trường hợp chân rốn có mủ tại chỗ:

Amoxicillin: 40 mg/kg/ngày, chia làm 3 lần. hoặc

Cephalexin: 25-60 mg/kg/ngày, chia làm 2-3 lần, hoặc

Cefaclor: 20-40 mg/kg/ngày, chia làm 3 lần, hoặc

Cefuroxim: 20-30 mg/kg/ngày, chia làm 2 lần, hoặc

Cefixim: 8 mg/kg/ngày, chia làm 2 lần.

+ Trường hợp rốn có mủ và nề đỏ cứng quanh rốn.

Gentamycin 3mg/kg/ngày/ 2 lần (TB), 3-5 ngày.

Kết hợp Cefotaxim 100-200 mg/kg/ngày (TMC), chia làm 3 lần

+ Trường hợp tồn tại mô hạt rốn (chồi rốn); sau khi điều trị kháng sinh, chăm sóc rốn hết mủ, chấm nitrat bạc mỗi ngày hoặc đốt điện nếu chồi rốn to.

III. Phòng ngừa:

- Đảm bảo vô trùng trước và sau khi sanh.

- Cắt và cột rốn bằng dụng cụ vô trùng.

- Rửa tay trước khi săn sóc trẻ.

- Để rốn hở, khô. Không đắp hoá chất hay vật lạ vào rốn.

- Thân nhân phải theo dõi nhìn rốn và chân rốn mỗi ngày để phát hiện sớm nhiễm trùng.

Bài 52: HẠ ĐƯỜNG HUYẾT

I. ĐẠI CƯƠNG: Hạ đường huyết khi

- Trẻ > 24^h tuổi: đường huyết <40mg/dL
- Trẻ < 24^h tuổi: đường huyết < 30mg/dL (đủ tháng); đường huyết < 20mg/dL (thiếu tháng).

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Hỏi bệnh:

- Trẻ nguy cơ: suy dinh dưỡng, sơ sinh nhẹ cân, ngạt.
- Nhịn ăn, đói, chế độ dinh dưỡng trong 24^h qua.

- Tiền căn tiểu đường đang điều trị.
- Chấn thương, tiếp xúc độc chất, sốt.

2. Lâm sàng:

- Dấu hiệu sinh tồn.
- Loại trừ nguyên nhân chấn thương, ngộ độc, viêm não, màng não.
- Mức độ tri giác, co giật.
- Con ngừng thở.

3. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm đường huyết.
- Công thức máu.

4. Chẩn đoán xác định:

- Lâm sàng:
 - + Trẻ sơ sinh: búc rút, suy hô hấp, tím tái, con ngừng thở, giảm trương lực cơ, co giật.
 - + Trẻ em: búc rút, co giật, lơ mơ, hôn mê, đổ mồ hôi, tay chân lạnh.
- Đường huyết < 40mg/dL.

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc điều trị:

- Đường ưu trương.
- Điều trị sớm ngay khi có kết quả test nhanh mà không chờ kết quả xét nghiệm đường huyết hoặc nghi ngờ hạ đường huyết.

2. Điều trị hôn mê hạ đường huyết:

- Sơ sinh: **Glucosa 10% 2ml/kg**, tiêm mạch chậm, sau đó duy trì **3-5ml/kg/giờ**.
- Trẻ em: **Glucosa 30% 2ml/kg**, tiêm mạch chậm, sau đó duy trì **Glucosa 10% 3-5ml/kg/giờ**.

Bài 53: NHIỄM TRÙNG ĐƯỜNG TIÊU Ở TRẺ EM

I. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

- Thường không có triệu chứng lâm sàng và rất thay đổi.
- Trẻ sơ sinh thường bị viêm đài bể thận cấp có bệnh sinh nhiễm trùng huyết.
- Trẻ từ 2 tháng – 2 tuổi:
 - + NTT trên: viêm đài bể thận có triệu chứng sốt cao – nôn ói – bỏ bú.
 - + NTT dưới: viêm bàng quang, sốt nhẹ hoặc không sốt, tiểu gắt tiểu nhiều lần.
- Trẻ từ 2 tuổi – 6 tuổi:
 - + NTT trên viêm đài bể thận trẻ sốt cao kích thích đau bụng - đau vùng hông lưng.
 - + NTT dưới viêm bàng quang trẻ có triệu chứng tiểu gắt buốt, tiểu nhiều lần, tiểu lắt nhắt – tiểu đục.

- NTT không triệu chứng: Lâm sàng thường không triệu chứng chỉ khi cấy nước tiểu có vi khuẩn.

II. CẬN LÂM SÀNG

1. XN nước tiểu

- Cấy nước tiểu là XN quan trọng để chẩn đoán xác định:
- + Cách lấy nước tiểu;
- + Lấy nước tiểu giữa dòng;
- + Túi hứng vô trùng. Ở trẻ nhỏ hoặc tiểu không tự chủ;
- + Sonde tiểu thực hiện trong trường hợp không lấy được nước tiểu giữa dòng.
- Chọc hút trên xương mu: Chỉ định khi không thực hiện các cách trên được.
Chú ý: Nước tiểu lấy xong phải gởi ngay. Nếu không cấy ngay thì phải giữ tủ lạnh ở 4°C.
- Tổng phân tích nước tiểu.
- Nhuộm Gram nước tiểu.

2. XN Máu

- Công thức máu .
- Chức năng thận, ion đồ trong trường hợp nặng nghi ngờ có suy thận.

3. Siêu âm bụng

III. CHẨN ĐOÁN NHIỄM TRÙNG TIỂU

- Trẻ nhỏ triệu chứng không đặc hiệu, trẻ chỉ có triệu chứng sốt
- Trẻ lớn có thể có triệu chứng tiểu gắt, tiểu đau, tiểu đục...
- Tổng phân tích nước tiểu: Có bạch cầu, trụ bạch cầu hoặc nitrit dương tính
- Dùng buồng đếm: - Trẻ nam > 10 bc / μ l
- Trẻ nữ > 50 bc / μ l
- Nhuộm gram nước tiểu có vi trùng
- CTM: bc tăng.

IV. ĐIỀU TRỊ

- Cần nhập viện và dùng kháng sinh chích đối với trẻ nhỏ < 2 tuổi, bệnh có nhiễm trùng nặng và có dị tật đường tiết niệu kèm theo.

- Nếu tổng trạng tốt có thể điều trị ngoại trú hay điều trị thuốc kháng sinh uống.

1. Điều trị kháng sinh: Điều trị theo kết quả cấy vi trùng và kháng sinh đồ, thường có thể dùng kháng sinh như sau:

a. Dùng kháng sinh uống theo thứ tự: (thường trong điều trị viêm bàng quang)

- Sulfamethoxazol và trimethoprim 40mg/ kg/ ngày chia 2 lần;
- Nalidixie acid: 55mg / kg/ ngày chia 2 – 3 lần;
- Amoxicilline – Clavulanate 50mg / kg / ngày chia 3 lần;
- Cephalosporin thế hệ thứ 2, thứ 3: Cefuroxim, cefixim 8mg/ kg/ ngày chia 2 lần;

Thời gian điều trị 7-10 ngày. Khi dùng nếu không đáp ứng sau 2 ngày đổi kháng sinh.

b. Dùng kháng sinh chích: (thường trong điều trị viêm đài bể thận) Nên phối hợp kháng sinh

Cefotaxim 100mg/ kg/ ngày TM + Gentamycine 3 – 5 mg / kg/ ngày TB.

Điều trị trong 7 ngày. Sau đó chuyển sang uống Cefixim 8mg/kg / ngày chia 1 hoặc 2 lần x 7 ngày .

Lưu ý: Nếu không đáp ứng, nhất là trẻ < 2 tháng (do Cephalosporin không tác dụng trên Enterococcus) nên đổi Ampicilline + Gentamycine.

. Nếu không đáp ứng tìm dị tật bất thường ở đường niệu hay có áp-xe thận hoặc có thể cấy lại nước tiểu để tìm nguyên nhân.

2. Điều trị bệnh kèm theo

Giải quyết dị tật bất thường (chuyển tuyến trên)

Bài 54: VÀNG DA TĂNG BILIRUBIN GIÁN TIẾP Ở TRẺ SƠ SINH

I. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

- a. Triệu chứng vàng da xuất hiện khi Bilirubin toàn phần ≥ 7 mg/dl.
- b. Triệu chứng lâm sàng nghi vàng da nhân: (khi Bilirubin ≥ 20 mg/dl)

Qua 4 giai đoạn:

- Bỏ bú, nôn ói, li bì, giảm trương lực cơ, khóc thét từng cơn
- Uỡn người, co gồng từng cơn, co giật, sốt, hôn mê, chết trong cơn ngừng thở

- Nếu trẻ còn sống sót qua giai đoạn 2: triệu chứng co gồng giảm dần.
- Di chứng: co giật, múa vờn, điếc, liệt, chậm phát triển tâm thần.....

Yếu tố thuận lợi: làm tăng nguy cơ vàng da nhân mặc dù Bilirubin < 20 mg/dl như là: thiếu Oxy, toan máu, hạ đường huyết, hạ thân nhiệt, giảm Albumin máu, sanh non, nhẹ cân.

2. Cận lâm sàng:

- Huyết học: phết máu ngoại biên, hình dạng hồng cầu, Hct, nhóm máu mẹ con.

- Sinh hóa: Bilirubin/ máu, đường huyết, ion đồ/máu, albumin máu.

II. ĐIỀU TRỊ:

1. Điều trị đặc hiệu: tùy theo nguyên nhân (nếu có thể điều trị được)

2. Điều trị triệu chứng vàng da:

2.1. Chiếu đèn:

- Chiếu đèn và thay máu dựa vào mức độ tăng Bilirubin gián tiếp và cân nặng bệnh nhân.

Cân nặng (g)	Bilirubin gián tiếp (mg%)					
	5-6	7-9	10-12	12-15	15-20	> 20
< 1000	Chiếu đèn		Thay máu			
1000-1500		Chiếu đèn		Thay máu		
1500-2000			Chiếu đèn		Thay máu	
> 2000			Chiếu đèn			thay máu

- Điều trị dự phòng: Bệnh lý tán huyết, sanh non bẩm máu nặng, vàng da sinh lý ở trẻ non tháng cân nặng < 1500g.

- Nguyên tắc:

+ Chiếu đèn liên tục, chỉ ngưng khi cho bú.

+ Dùng đèn có bước sóng 420-460 nm, ánh sáng xanh, hoặc ánh sáng trắng.

+ Khoảng cách từ đèn đến bệnh nhân: 45cm, xoay trở bệnh nhân mỗi 2h.

+ Cần tăng dịch nhập thêm 10-20% nhu cầu dịch hằng ngày.

+ Che mắt và bộ phận sinh dục khi chiếu đèn.

4. Theo dõi:

- Mỗi ngày trong thời gian nằm viện.

Triệu chứng lâm sàng: triệu chứng vàng da nhân, co gồng, tính chất phân.

Cân nặng: chú ý mất nước trong thời gian chiếu đèn.

- Xét nghiệm:

Bilirubin đến khi Bilirubin toàn phần < 12 mg/dl

- Sau khi xuất viện: ở trẻ có triệu chứng vàng da nhân: tái khám mỗi 3 tháng để xem sự phát triển tâm thần vận động, kết hợp tập vật lý trị liệu.

III. PHÒNG NGỪA:

- Phòng ngừa cấp 0: Giáo dục các bà mẹ đăng ký khám thai, quản lý thai nghén...

- Phòng ngừa cấp 1: Loại trừ những yếu tố nguy cơ: sinh non, suy dinh dưỡng, nhiễm trùng sơ sinh...

- Phòng ngừa cấp 2: Phổ biến cho nhân viên Y tế và các bà mẹ các triệu chứng sớm của bệnh để phát hiện bệnh sớm và điều trị kịp thời.

- Phòng ngừa cấp 3: Dạy bệnh nhân tái khám sau khi ra viện, phục hồi chức năng, giáo dục hướng nghiệp phục hồi chức năng.

** Tùy theo tính chất và đặc thù của bệnh mà tổ chức hội chẩn để có hướng xử trí.*

Bài 55: CẤP CỨU BAN ĐẦU CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO NẶNG

Chấn thương sọ não được xem là nặng khi bệnh nhân không còn tỉnh để làm theo yêu cầu đơn giản, thang điểm Glasgow <8đ

I- Cấp cứu ban đầu tại nơi xảy ra tai nạn:

Đưa nạn nhân ra khỏi nơi nguy hiểm, lưu ý giữ cột sống cổ và lưng không được gập lại khi di chuyển, nếu nghi ngờ có chấn thương cột sống thì phải di chuyển bệnh nhân như người gãy cột sống.

Vấn đề căn bản của cấp cứu ban đầu CTSN vẫn là:

☞ Làm thông sự tắt nghẽn hô hấp ,nếu Glasgow<8 đặt nội khí quản

☞ Duy trì giúp thở để làm giảm ứ đọng CO₂

Khi HA tâm thu <90mmHg xử trí cấp cứu:

☞ Cầm máu những nơi đang chảy.

☞ Lập 2 đường truyền TM chống sốc. Khi HA tâm thu >90mmHg giữ đường ,truyền 60-80ml / giờ.

Khám và đánh giá thần kinh:

☞ Khám tri giác ngay sau tai nạn.

☞ Có co giật ,có say rượu không?

☞ Diễn tiến tri giác từ khi tai nạn xảy ra.

☞ Nếu Glasgow giảm 3 điểm hoặc hơn thì đồng nghĩa có khoảng tỉnh.

☞ Theo dõi vận động tay chân.

☞ Theo dõi đồng tử có dẫn không.

II-Vận chuyển: “Chuyển viện an toàn”

☞ Giữ liên lạc với phòng cấp cứu

☞ Theo dõi dấu sinh tồn.

☞ Theo dõi thần kinh: tri giác, vận động, đồng tử.

❶ Nếu tri giác giảm 3 điểm hoặc hơn so với ban đầu.

❷ Gồng mắt vỏ.

❸ Duỗi mắt não.

❹ Đồng tử dẫn một bên.

Xử trí cấp cứu:

☞ Furosemid 20mg TM cho người lớn, 0,5mg/kg cho trẻ em.

☞ Mannitol 0,5g/kg TTM 60giọt/phút.

☞ Nạn nhân cần phải được đưa đến nơi có: máy CT, phẫu thuật viên thần kinh, và khoa chăm sóc đặc biệt thần kinh.

Bài 56: ĐIỀU TRỊ BAN ĐẦU CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG

I. ĐẠI CƯƠNG:

- CTCS là loại tổn thương nặng, và nếu kèm theo tổn thương tủy sống sẽ gây hậu quả nặng nề: tàn phế suốt đời hoặc tử vong.

- Điều trị CTCS rất tốn kém thời giờ và kinh tế.

II. ĐIỀU TRỊ BAN ĐẦU: Tất cả các BN sau đây nên được điều trị như có CTCS:

- BN bị chấn thương nặng.

- BN chấn thương có mất tri giác.

- BN chấn thương nhẹ có than phiền liên quan đến cột sống và tủy sống.

- Những dấu hiệu gợi ý tổn thương tủy như: tê, rối loạn cảm giác, thở bụng, cương dương...

III. ĐIỀU TRỊ TẠI NƠI XẢY RA TAI NẠN:

1. Bất động trước và trong suốt quá trình giải cứu và chuyên chở:

- Lăn tròn BN khi di chuyển.

- Đặt BN trên tấm ván.

- Chèn 2 túi cát 2 bên đầu BN.

- Có thể mang nẹp cổ cứng.

- Lưu ý: Tháo nón bảo hiểm phải đúng cách, sơ cứu tùy tư thế, vị trí chấn thương.

2. Duy trì HA:

- Nâng HA nếu có tụt HA. Dùng Dopamine khi có chỉ định

- Bù dịch nếu giảm thể tích tuần hoàn

3. Duy trì Oxy và sự thông khí:

- Duy trì độ bão hòa Oxy đủ: đủ lưu lượng và thông khí

- Không có chỉ định đặt NKQ: thở Oxy qua canula hoặc qua mas

- NKQ:

+ Tổn thương đường thở.

+ Thở kém: . Liệt cơ liên sườn.

. Liệt cơ hoành.

. Mất ý thức.

Chú ý khi đặt NKQ cho BN nghi ngờ CTCS cổ:

- + Đẩy cằm không ngửa cổ
- + NKQ qua mũi tránh di chuyển CS cổ nhưng bệnh phải tự thở
- + Tránh mở khí quản nếu có thể.

IV. ĐIỀU TRỊ TẠI BV:

1. Bất động:

- Giữ nguyên sự bất động ban đầu khi chụp XQ (khi cần thiết).
- Khi khảo sát xong, di chuyển BN khỏi ván bằng cách lăn tròn

2. Tụt HA:

- Giữ HA tâm thu > 90mmHg.
 - Cẩn thận việc truyền dịch.
 - Dùng Atropine nếu nhịp tim chậm liên quan tụt HA.

3. Duy trì Oxy: như trên

4. Đặt ống thông mũi-dạ dày

5. Đặt thông tiểu

6. Điều chỉnh thân nhiệt: lau mát...

7. Bù điện giải đặc biệt là Kali.

8. Đánh giá tổn thương chi tiết hơn:

- Bệnh sử
- Khám CS, vận động, cảm giác, phản xạ...
- Cơ chế chấn thương
- Bệnh sử nghi ngờ mất ý thức
- Yếu chi sau chấn thương
- Tê hoặc dị cảm tại bất cứ thời điểm nào sau chấn thương.
- Sờ điểm cân cơ, điểm gờ hoặc giãn rộng khoảng liên gai.
- Đánh giá vận động: Sức cơ.

MỨC ĐỘ	SỨC CƠ
0	Không có bất kỳ sự co cơ nào
1	Co cơ rất yếu
2	Vận động chủ động trừ trọng lực

3	Vận động chủ động thẳng trọng lực
4	Vận động chủ động chống kháng lực
5	Sức cơ bình thường

- Đánh giá cảm giác:
- Cảm giác đau: kích thích bằng đầu kim nhỏ
- Sờ nông
- Vị thế khớp
- Khám các phản xạ:
- + PX gân cơ
- + PX da bụng
- + PX da bìu
- + PX hành hang
- + PX da hậu môn
- Tìm dấu hiệu rối loạn hệ TK tự chủ:
 - Thay đổi sự tiết mồ hôi
 - Liệt ruột hoặc bàng quang
 - Cương dương

9. Đánh giá hình ảnh học.

*** CHUYỂN VIỆN AN TOÀN**

Bài 57: ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG VÙNG BỤNG KÍN

I. ĐẶC ĐIỂM THƯƠNG TỔN CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN:

1. Thương tổn phối hợp: cơ quan trong bụng (gan, lách, thận, tụy, ruột, đại tràng, dạ dày...); Kết hợp: ngực, tứ chi, cột sống...Đa thương: 25% - 30% nhất là tại nạn giao thông, lao động. Trong chấn thương bụng kín: 40% - 60% kèm theo đa thương (JCPatel) vỡ tạng đặc kèm vỡ tạng rỗng.

2. Tổn thương tạng đặc chiếm tỉ lệ cao: lách, gan, thận, tụy.

3. Tổn thương tạng tương ứng vùng chấn thương.

- Viêm phúc mạc giả:

- + Tụ máu sau phúc mạc

- + Gãy xương sườn thấp

- + Chấn thương thận

- + Gãy xương chậu

- + Chấn thương cột sống

- Gãy xương sườn thấp kèm với vỡ: gan, thận, lách (Martin)

- Vỡ lách tỉ lệ cao nhất.

- Thận, tụy, cơ quan nằm sâu do vậy chấn thương có tổn thương kèm với tạng ở trước đó...

- Tổn thương tạng rỗng: thương tổn ở vị trí góc cố định, góc treiz, vỡ tá tràng (tổn thương trực tiếp, vỡ mặt sau khó phát hiện và xử lý khó, vỡ bàng quang, niệu đạo kèm vỡ khung chậu).

II. CHẨN ĐOÁN: Chẩn đoán dựa vào:

1. Cơ chế chấn thương:

2. Lâm sàng:

- Đau tăng

- Shock

- Cảm ứng phúc mạc

- Hội chứng xuất huyết nội.

3. Vị trí chấn thương

4. Tình trạng Shock:

- + Hội chứng xuất huyết nội.
- + Hội chứng viêm phúc mạc
- + Shock chấn thương

5. Cận lâm sàng: CTM, Sinh hóa máu, Siêu âm bụng, X-Q.

6. Chẩn đoán phân biệt:

- Chấn thương thành bụng.
- Tụ máu sau phúc mạc.

7. Chọc dò ổ bụng.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Trước bệnh nhân chấn thương bụng kín cần:

- Khám từ đầu đến chân, thường xuyên so sánh giữa 2 lần khám.
- Bệnh nhân Shock đe dọa tính mạng, các thương tổn phối hợp (gãy xương: cần cố định; chấn thương sọ não: cần chống sốc, chống phù não, hút đàm nhớt, máu, ngừa cổ thông khí quản, hô hấp nhân tạo, thở oxy, xoa bóp tim ngoài lồng ngực, chọc hút máu – khí màng phổi, mở khí quản cấp cứu....
- Bù máu, dịch truyền, giảm đau, kháng sinh, sonde tiểu.
- Băng cầm máu, cố định.

2. Khám bụng: phát hiện viêm phúc mạc, hội chứng xuất huyết nội.

2.1. Hội chứng xuất huyết nội:

- Dựa vào: Mạch, HA, Hct, kết hợp với dấu hiệu lâm sàng vùng bụng
- + Đau đột ngột
- + Đục vùng thấp
- + Bụng chướng
- + Thăm trực tràng
- Truyền máu, truyền dịch
- Chú ý: Trần máu màng phổi, gãy khung chậu, chấn thương thận...
- Trong Shock chấn thương, truyền dịch, truyền máu, giảm đau, cố định chi gãy..., để cho huyết áp ổn dần.

2.2. Hội chứng viêm phúc mạc:

- Cảm ứng phúc mạc.

- Bụng chướng, mất vùng đục trước gan, XQ có liềm hơi dưới cơ hoành

* Cảm ứng phúc mạc giả: Chấn thương cột sống, gãy xương sườn thấp, tụ máu sau phúc mạc, chấn thương thận, chấn thương gãy khung chậu, chấn thương thành bụng. Tỷ lệ tử vong cao nếu bệnh nhân: mô muện kết hợp với nhiều thương tổn phối hợp (Mac Leod -Brown).

*** Tổ chức hội chẩn và có hướng xử trí thích hợp.**

Bài 58: CHẤN THƯƠNG NGỰC KÍN-VẾT THƯƠNG NGỰC

1. Đại cương.

1.1. Định nghĩa:

- Chấn thương ngực kín là những tổn thương lồng ngực do các nguyên nhân khác nhau, nhưng không có mất sự liên tục của tổ chức da bao quanh lồng ngực.

- Vết thương ngực là các tổn thương lồng ngực trong đó có mất sự liên tục của da thành ngực

1.2. Nguyên nhân:

1.2.1. Chấn thương ngực:

- + Trực tiếp: do lồng ngực bị một vật tù đập mạnh vào.
- + Gián tiếp: do lồng ngực bị đè ép giữa hai vật.
- + Do súng nổ.

1.2.2. Vết thương ngực:

- + Do vật nhọn đâm.
- + Do đạn, mảnh hoả khí.

2. Các biện pháp thăm khám.

2.1. Thăm khám lâm sàng:

2.1.1. Nguyên tắc khám xét chung:

- Trước hết phải khám nhanh để xác định tình trạng sốc, suy hô hấp và những tổn thương quan trọng ở lồng ngực của bệnh nhân.

- Tiếp đó khám toàn thân nhanh chóng để xác định và không bỏ sót các tổn thương phối hợp(sọ não, bụng, tứ chi, cột sống...).

- Khi điều kiện cho phép thì cho làm các khám xét cận lâm sàng cần thiết khác: chụp X.quang ngực, công thức máu, nhóm máu...

2.1.2. Hỏi bệnh: Có thể hỏi BN hoặc người hộ tống nếu BN nặng.

- + Thời gian, hoàn cảnh bị thương.
- + Cơ chế bị thương.
- + Những triệu chứng ban đầu ngay sau chấn thương: ngất, đau ngực, khó thở, ho ra máu, hiện tượng phì phò sùi bọt máu tại chỗ vết thương.

- + Các biện pháp sơ cứu và diễn biến của các triệu chứng nói trên.

2.1.3. Khám thực thể:

2.1.3.1. Xác định tình trạng sốc của bệnh nhân:

- + Tri giác: tỉnh táo hay thờ ơ, mất tri giác, giãy giụa...
- + Da và niêm mạc: nhợt nhạt, toát mồ hôi lạnh, tím đầu chi..
- + Mạch: nhanh, nhỏ, không đều...
- + Huyết áp: huyết áp tụt.
- + Thân nhiệt: thường giảm trong các tình trạng sốc nặng.
- + Nhịp thở: nhanh, nông, không đều.
- + Các phản xạ, cảm giác, trương lực cơ: giảm hoặc mất.

2.1.3.2. Xác định tình trạng suy chức năng hô hấp: Các triệu chứng cơ bản của suy hô hấp là:

- + Nhịp thở nhanh trên 25 lần/1 phút, cánh mũi phập phồng, rút lõm hố trên đòn, tiếng thở thô, rít hay khò khè do ứ đọng đờm dãi.
- + Vã mồ hôi lạnh, tím môi và đầu chi.
- + Mạch nhanh, huyết áp tăng trong giai đoạn đầu.
- + Nghe phổi có nhiều tiếng thở rít hoặc ran ứ đọng.
- + Bệnh nhân có thể ở tình trạng kích thích, vật vã hoặc nếu suy hô hấp nặng có thể trong tình trạng lơ mơ, mất tri giác...

2.1.3.3. Khám lâm sàng các tổn thương lồng ngực:

- + Khám các tổn thương ở thành ngực: vết thương thành ngực, gãy xương sườn, tràn khí dưới da...
- + Khám các tổn thương ở màng phổi: tràn khí khoang màng phổi, tràn dịch khoang màng phổi.
- + Khám tìm các tổn thương khác ở lồng ngực: tràn máu màng ngoài tim, tràn khí trung thất...

2.1.3.4. Khám xác định các tổn thương phối hợp của các cơ quan khác:

Trong chấn thương ngực cần phải chú ý khám toàn diện để phát hiện các tổn thương của các cơ quan khác như: sọ não, bụng, tứ chi, cột sống, tiết niệu... Rất nhiều trường hợp các tổn thương này bị bỏ sót dẫn tới hậu quả nặng cho bệnh nhân.

2.2. Các thăm khám cận lâm sàng:

2.2.1. Thăm khám X quang:

- Trong chấn thương ngực, thăm khám X quang (chiếu và chụp thường) là biện pháp chẩn đoán rất có giá trị không những để xác định mức độ các tổn thương mà còn giúp theo dõi tiến triển của bệnh trong quá trình chẩn đoán và điều trị.

- Cần đánh giá tỉ mỉ và trình tự các tổn thương trên phim chụp X quang lồng ngực quy ước (chụp thẳng và nghiêng).

2.2.1.1. Thành ngực và hai vòm hoành:

+ Hình tràn khí dưới da thành ngực: tạo thành các vết sáng nằm giữa khung xương sườn và da.

+ Hình gãy xương sườn: vị trí, hình thái, di lệch.

+ Góc sườn-hoành: mờ và mất góc nhọn trong tràn máu màng phổi.

+ Vòm hoành: trong chấn thương ngực có rách cơ hoành, vòm hoành mất độ cong sinh lý và có hình các tạng trong ổ bụng thoát vị qua vết rách cơ hoành lên lồng ngực (bóng hơi dạ dày hoặc các bóng có mức hơi-mức nước nhỏ của các quai ruột nằm trên lồng ngực).

2.2.1.2. Khoang màng phổi:

* Tràn khí khoang màng phổi: có hình vết sáng của khí nằm giữa thành ngực và nhu mô phổi bị ép thu về phía rốn phổi. Có thể chia ra ba mức độ tràn khí khoang màng phổi:

- Nhẹ: phổi bị ép vào trong phạm vi 1/3 ngoài của phế trường.

- Vừa: phổi bị ép vào tới phạm vi của 1/3 giữa phế trường.

- Nặng: phổi bị ép hoàn toàn vào phạm vi 1/3 trong cùng của phế trường.

* Tràn dịch-máu khoang màng phổi: có hình mờ góc sườn-hoành và phần dưới của trường phổi, giới hạn trên của vùng mờ làm thành một đường cong lõm lên trên và vào trong phía rốn phổi (đường cong Damoiseau). Có thể chia ra ba mức độ TDMP:

- Nhẹ: mờ hoặc tù góc sườn - hoành.

- Vừa: mờ hết vòm hoành nhưng giới hạn trên của hình mờ do tràn dịch (đường cong Damoiseau) chưa vượt quá góc dưới xương bả vai.

- **Nặng:** giới hạn trên của hình mờ do tràn dịch đã vượt quá góc dưới xương bả vai.

* Kết hợp tràn dịch và tràn khí khoang màng phổi: có hình tràn khí màng phổi ở phía trên và hình tràn dịch màng phổi ở phía dưới phế trường. Ranh giới giữa hai vùng tràn khí và tràn dịch thường là một mức ngang.

2.2.1.3. Nhu mô phổi:

+ Hình rốn phổi đậm và các đốm mờ không đều trong nhu mô phổi do tăng tiết, ứ trệ đường thở và xung huyết trong nhu mô phổi.

+ Hình xẹp phổi: đám mờ hình tam giác có đỉnh ở rốn phổi và đáy ở phía ngoại vi trường phổi. Gặp trong xẹp phổi do đường thở bị tắc vì ứ trệ các chất xuất tiết hoặc máu.

+ Hình phổi bị ép về phía rốn phổi trong tràn khí màng phổi.

2.2.1.4. Trung thất:

+ Hình trung thất bị chèn đẩy sang bên lành trong tràn dịch hay tràn khí khoang màng phổi.

+ Hình tràn khí trung thất: có hình hai dải sáng nằm dọc hai bên trung thất trên phim chụp ngực thẳng. Trên phim chụp nghiêng có thể thấy rõ các cột khí chạy dọc giữa các cơ quan trong trung thất.

2.2.1.5. Tim:

+ Có thể bị chèn đẩy sang bên lành (cùng trung thất) trong tràn dịch tràn khí khoang màng phổi.

+ Hình bóng tim to ra, mất các cung tim thông thường... trong tràn máu màng ngoài tim.

2.2.2. Siêu âm:

Trong nhiều trường hợp các triệu chứng lâm sàng và X quang lồng ngực không rõ ràng thì có thể thăm khám siêu âm khoang màng phổi để phát hiện tràn máu khoang màng phổi.

2.2.3. Các phương pháp thăm khám hình ảnh khác:

Trong những cơ sở được trang bị tốt và tùy điều kiện, hoàn cảnh cụ thể, các phương pháp thăm khám bằng hình ảnh khác có thể được dùng để chẩn đoán các

chấn thương và vết thương ngực là: chụp CT, chụp MRI... Các phương pháp này cho giá trị chẩn đoán xác định bệnh rất chính xác, đặc biệt là các trường hợp chấn thương và vết thương ngực có kèm các tổn thương phức tạp nhiều cơ quan khác nhau trong ngực và bụng và chỉ thực hiện ở tuyến trên.

2.3. Chọc hút thăm dò khoang màng phổi:

- Để xác định chẩn đoán tràn máu và tràn khí màng phổi; đồng thời cũng có tác dụng điều trị trong những trường hợp tràn máu, tràn khí màng phổi mức độ nhẹ.

- Vị trí chọc hút khoang màng phổi: chọc hút khí thường ở điểm liên sườn II cắt đường giữa đòn, chọc hút máu thường ở liên sườn VII đường nách giữa hay liên sườn VIII đường nách sau.

- Đây là biện pháp chẩn đoán rất có giá trị, dễ thực hiện, cho kết quả khẳng định được chẩn đoán nên được sử dụng khá thường xuyên trong các chấn thương và vết thương ngực. Tuy nhiên cần phải được tiến hành trong điều kiện bảo đảm được vô trùng tốt để tránh biến chứng bội nhiễm, dẫn đến mũ màng phổi.

3. Triệu chứng học.

3.1. Tổn thương xương sườn:

3.1.1. Gãy xương sườn:

+ Điểm đau khu trú: có thể đau tự nhiên khi bệnh nhân thở hoặc khám tìm điểm đau chói (dùng ngón tay trở ấn dọc theo xương sườn từ trước ra sau để tìm điểm đau chói hoặc dùng lòng bàn tay ấn nhẹ lên xương ức của bệnh nhân để tìm điểm đau chói nằm trên xương sườn gãy).

+ Điểm biến dạng xương sườn: xác định bằng cách sờ dọc theo bờ sườn từ trước ra sau sẽ thấy ở điểm gãy xương bị gồ lên hoặc mất sự liên tục của xương sườn. Chính tại điểm này khi đặt ngón tay vào và bảo bệnh nhân hít thở thì có thể xác định được các triệu chứng di động bất thường và “lạo xạo” xương của đầu xương sườn gãy.

3.1.2. Mảnh sườn di động:

+ Mảnh sườn di động là một thể gãy xương sườn rất đặc biệt, trong đó có ít nhất 3 sườn liền nhau bị gãy ở cả hai đầu và các điểm gãy ở mỗi đầu đều nằm gần

như trên cùng một đường thẳng đi qua các điểm gãy ở phía đầu đó của các sườn gãy cạnh nó.

+ Ngoài các triệu chứng của gãy xương sườn, mảng sườn di động còn có các triệu chứng đặc biệt khác là:

- Di động ngược chiều của mảng sườn di động so với cử động hô hấp chung của lồng ngực: khi hít vào, toàn bộ lồng ngực nở ra nhưng mảng sườn di động thì thụt vào. Khi thở ra thì lồng ngực xẹp lại nhưng mảng sườn di động lại lòi ra.

- Toàn trạng bệnh nhân thường biểu hiện suy hô hấp và suy tuần hoàn nặng.

3.2. Các tổn thương phần mềm thành ngực:

3.2.1. Vết thương:

- Chú ý xác định vị trí, độ rộng, mức độ tổn thương phần mềm thành ngực, độ sâu vết thương. Cần phân biệt rõ:

+ Vết thương thành ngực: độ sâu vết thương không tới lá thành màng phổi.

+ Vết thương ngực kín: miệng vết thương thường nhỏ. Đường ống vết thương đã được bịt kín lại nhờ tổ chức phần mềm của thành ngực, không có hiện tượng không khí ra vào qua lỗ vết thương. Có thể sờ thấy dấu hiệu “lép lép” do tràn khí dưới da quanh vết thương và vùng ngực, cổ.

+ Vết thương ngực hở: tại chỗ vết thương thấy có tiếng “phì phò” và sùi bọt máu theo nhịp thở của bệnh nhân.

+ Vết thương ngực van: khi bệnh nhân hít vào thì thấy tiếng rít của không khí vào màng phổi qua lỗ vết thương ở thành ngực (van ngoài) hay nghe thấy trên phổi bằng ống nghe (van trong). Khi thở ra không thấy hiện tượng đó.

+ Vết thương tim: vị trí vết thương tương ứng với vùng giải phẫu của tim. Xác định có tam chứng Beck (huyết áp động mạch giảm thấp, huyết áp tĩnh mạch tăng, tiếng tim mờ).

+ Vết thương ngực-bụng: vị trí vết thương ở từ mức liên sườn V trở xuống, có các dấu hiệu thủng tạng rỗng hay chảy máu trong ổ bụng. Các tạng trong ổ bụng có thể thoát vị qua vết thương cơ hoành lên lồng ngực (có khi thấy cả dịch dạ dày, dịch tá tràng, mạc nối lớn, quai ruột, dạ dày... ở miệng vết thương thành ngực).

3.2.2. Tràn khí dưới da:

Thường do khí từ phổi thoát qua khoang màng phổi rồi qua vết rách lá thành để tràn vào tổ chức dưới da thành ngực.

+ Vùng ngực bị tràn khí dưới da thường bị biến dạng, phồng to. Có khi tràn khí dưới da lan rộng lên cả vùng cổ, mặt... làm biến dạng nặng các vùng này trông rất đáng sợ, nhưng nó thường không gây nguy hiểm đến tính mạng của bệnh nhân.

+ Có dấu hiệu ấn “lép lép” dưới da vùng bị tràn khí dưới da.

3.3. Các tổn thương khoang màng phổi:

3.3.1. Tràn máu khoang màng phổi:

Máu chảy vào khoang màng phổi có thể từ các mạch máu thành ngực, trung thất hoặc nhu mô phổi bị tổn thương.

+ Có hội chứng tràn dịch khoang màng phổi: rung thanh giảm, rì rào phế nang giảm, gõ đục (hội chứng ba giảm); lồng ngực căng, các khe liên sườn giãn rộng.

+ Chọc hút thăm dò khoang màng phổi có máu.

3.3.2. Tràn khí khoang màng phổi:

Khí vào khoang màng phổi thường là từ nhu mô phổi hoặc phế quản bị tổn thương.

+ Có hội chứng tràn khí khoang màng phổi: rung thanh giảm, rì rào phế nang giảm, gõ ngực thấy vang trống (tam chứng Galliard). Lồng ngực căng vồng, các khe liên sườn giãn rộng.

+ Thường có triệu chứng tràn khí dưới da vùng ngực bị tổn thương.

+ Chọc hút khoang màng phổi có khí.

3.3.2.1. Tràn khí khoang màng phổi hở: Có hiện tượng “phì phò” sùi bọt máu ở lỗ vết thương theo nhịp thở do có sự thông thương tự do giữa khoang màng phổi và không khí bên ngoài.

3.3.2.2. Tràn khí khoang màng phổi van:

Là một thể tràn khí màng phổi đặc biệt, trong đó khí tràn vào khoang màng phổi ở thì thở vào qua vết tổn thương của phế quản nhưng khí đó không thoát ra được trong thì thở ra, dẫn tới tràn khí khoang màng phổi với áp lực tăng dần.+ Có hội chứng tràn khí khoang màng

+ Gõ thấy vùng đục của tim và trung thất bị lệch sang bên lành. Nghe phổi có thể thấy tiếng rít của khí đi qua vết tổn thương khí quản trong thì thở vào.

+ Bệnh nhân thường bị suy hô hấp và suy tuần hoàn rất nhanh và nặng nếu không cấp cứu kịp thời.

3.3.3. Tràn máu và khí khoang màng phổi kết hợp:

Biểu hiện kết hợp cả hội chứng tràn khí khoang màng phổi ở phần trên lồng ngực và hội chứng tràn dịch khoang màng phổi ở phần dưới lồng ngực.

3.4. Các tổn thương khác của lồng ngực:

3.4.1. Tràn khí trung thất:

Xảy ra khi khí thoát ra từ phế quản bị tổn thương tràn vào trung thất, dẫn đến hiện tượng chèn ép các mạch máu và tim trong trung thất và vùng cổ.

+ Cổ bệnh nhân bạnh to ra, các tĩnh mạch vùng cổ nổi căng. Mặt bệnh nhân nề, tím. Có thể sờ thấy dấu hiệu “lếp lép” dưới da vùng nền cổ và cổ.

+ Bệnh nhân cũng thường có các triệu chứng suy hô hấp nặng.

3.4.2. Tràn máu màng ngoài tim:

+ Huyết áp động mạch giảm, huyết áp tĩnh mạch tăng, tiếng tim mờ (tam chứng Beck).

+ Vùng đục tim to ra; các tĩnh mạch cổ căng phồng; mạch ngoại vi nhanh, nhỏ, khó bắt.

*** Nhận định nhanh, xử cứu hiệu quả, chuyển viện kịp thời.**

Bài 59: CHẤN THƯƠNG THẬN

I. Phân loại mức độ của chấn thương của Chatelain:

Độ I: Chủ mô thận bị vỡ, vỏ bao thận vẫn còn nguyên vẹn (vỡ thận dưới da)

Độ II: Chủ mô thận cùng vỡ với màng bao, tạo thành khối u máu tụ quanh thận.

Độ III: Vỡ phức tạp ở chủ mô thận, thận bị vỡ làm nhiều mảnh, khối máu tụ lớn.

Độ IV: Thương tổn ở cuống thận, đứt mạch máu, dập nát...

II. Điều trị:

1. Mục tiêu điều trị:

1. Cầm máu
2. Bảo tồn thận
3. Tránh các di chứng

2. Nội khoa

- Hồi sức: Bù nước điện giải tùy theo mức độ của chấn thương

- Kháng sinh:

+ P.N.C : 3-6 M.UI/ ngày (TB) hoặc

+ Cefotaxim: 3-4 g/ ngày (TMC). hoặc

+ Augmentin: 3g/ ngày (TMC), hoặc

+ Ampicillin 1,5-3g/ mỗi 6 giờ (TMC) Kết hợp Gentamycin 3-6mg /kg/ ngày

TB x 7-10 ngày

- Bất động bệnh nhân: Để bệnh nhân nằm yên trên giường cho đến khi hết đái máu.

- Cho thuốc cầm máu: Adrenoxyl 10mg 1v x 2(u).

- Cho thuốc giảm đau: Voltaren 75 mg 1A x 2(TB).

3. Ngoại khoa: Chuyển tuyến trên

Bài 60: DẬP VỠ NIỆU ĐẠO

I. DẬP VỠ NIỆU ĐẠO TRƯỚC.

1. Nhẹ:

- Tự tiểu được
- Đái máu ít tụt cầm
- Không xử lý gì
- Theo dõi 2 năm: nếu tia nước tiểu yếu ngưng định kỳ

2. Nặng:

* Bí tiểu :

- + Mở bàng quang ra da cấp cứu
- + Thuốc cầm máu : Adona 25mg 1 ống x2 /ngày TM cách 6 giờ
- + Kháng sinh:
- + P.N.C : 3-6 M.UI/ ngày (TB) hoặc
- + Cefotaxim: 3-4 g/ ngày (TMC). hoặc
- + Augmentin: 3g/ ngày (TMC), hoặc
- + Ampicillin 1,5-3g/ mỗi 6 giờ (TMC) Kết hợp Gentamycin 3-6mg /kg/

ngày TB x 7-10 ngày

* Đến ngày thứ 4 chuyển kháng sinh uống cùng loại

Giảm đau: Voltaren 75 mg 1A x 2(TB).

* Chuyển tuyến trên khi cần mổ tạo hình niệu đạo:

- + Sớm : sau 15 ngày
- + Trễ: sau 3 tháng

II. DẬP VỠ NIỆU ĐẠO SAU:

Sớm:

- Hồi sức chống choáng nếu có
- Mở bàng quang ra da
- Cố định xương chậu gãy

Muộn:

- Mở bàng quang ra da dẫn lưu nước tiểu

Phác đồ điều trị

- Dẫn lưu ổ máu tụ

* Chuyển viện an toàn.

Adona 25mg 1 ống x2 ngày TM cách mỗi 6 giờ

TTYTH. Cù Lao Dung

Bài 61: CỐ ĐỊNH TẠM THỜI GÃY XƯƠNG

1. Đại cương

+ Gãy xương có thể là gãy xương hở hoặc gãy xương kín, do nhiều nguyên nhân gây nên như: vũ khí, tai nạn giao thông, tai nạn lao động.

+ Xương thường bị gãy vỡ thành nhiều mảnh, có thể bị mất từng đoạn xương, các đoạn xương bị di lệch.

+ Gãy xương càng phức tạp thì tổn thương phần mềm càng rộng lớn.

+ Đầu xương sắc nhọn tại ổ gãy làm cho mạch máu, thần kinh dễ bị tổn thương.

+ Nếu không được sơ cứu, cấp cứu kịp thời có thể đưa đến những tai biến và biến chứng như:

- Sốc do mất máu và đau đớn, nhất là do gãy các xương lớn.

- Gây thêm tổn thương mới do các đầu xương gãy gây nên.

- Nhiễm khuẩn vết thương.

* Cố định tạm thời gãy xương là một trong những kỹ thuật cơ bản và quan trọng để hạn chế những tai biến và biến chứng trên.

2. Mục đích.

+ Giữ cho ổ gãy xương được tương đối yên tĩnh, người bị thương được vận chuyển an toàn về các tuyến phẫu thuật khẩn cấp hoặc cơ bản tuyến sau.

+ Góp phần phòng và hạn chế được những tai biến, biến chứng trên do ổ gãy xương gây ra.

3. Nguyên tắc.

+ Phải giảm đau tốt trước khi tiến hành băng bó cố định chi gãy không được nâng nhắc, băng bó, cố định chi gãy nếu chưa được giảm đau.

+ Nẹp phải cố định được cả khớp trên và khớp dưới ổ gãy, buộc chắc chắn vào chi.

+ Nếu chi gãy bị di lệch, biến dạng lớn, sau khi đã giảm đau thật tốt, có thể nhẹ nhàng kéo chỉnh lại trục chi để giảm bớt biến dạng, giảm bớt nguy cơ thương

tôn phần mềm do các đầu xương gãy gây ra và tạo điều kiện thuận lợi để cố định tạm thời ổ gãy.

+ Không đặt nẹp cứng sát vào chi mà phải lót bằng bông mỡ, gạc... Khi cố định không cần cởi quần áo người bị thương, vì quần áo có tác dụng tăng cường đệm lót cho nẹp.

4. Các loại nẹp thường dùng.

4.1. Nẹp tre:

Được dùng phổ biến và thuận tiện ở tuyến xã và ở đại đội. Có 4 bộ nẹp tre cho chi trên, chi dưới theo quy cách sau:

+ Bộ nẹp cho cẳng tay: gồm có 2 nẹp, rộng 5 cm, dày 0,5 - 0,7 cm, nẹp trước dài 30 cm, nẹp sau dài 35 cm.

+ Bộ nẹp cho cánh tay: gồm có 2 nẹp:

- Nẹp trong: dài 20 cm, rộng 5 cm, dày 0,5 - 0,7 cm.

- Nẹp ngoài: dài 35 cm, rộng 5 cm, dày 0,5 - 0,7 cm.

+ Bộ nẹp cho cẳng chân: gồm 2 nẹp hoặc 3 nẹp, mỗi nẹp dài 60 cm, rộng 5 - 6 cm, dày 0,8 - 1 cm

+ Bộ nẹp cho đùi: Gồm 3 nẹp:

- Nẹp sau: đi từ trên mào chậu đến quá gót chân dài 100 cm, rộng 7 cm - 8 cm, dày 0,8 cm - 1 cm.

- Nẹp ngoài: đi từ hố nách đến quá bờ ngoài bàn chân, dài 120 cm, rộng 7 cm - 8 cm, dày 0,8 cm - 1 cm.

- Nẹp trong : đi từ bẹn đến quá bờ trong bàn chân dài 80cm, rộng 7 cm - 8cm, dày 0,8 cm - 1cm.

* Các kích thước trên chỉ là trung bình, khi sử dụng, nếu cần phải cắt bớt cho phù hợp với từng chi thể của người bị thương.

* Các nẹp được bọc trước bằng bông mỡ hoặc giấy xốp cuộn băng xô, trên toàn bộ chiều dài, bịt kín 2 đầu.

4.2. Nẹp Crame:

- Là loại nẹp làm bằng sợi kẽm, bẻ uốn được, hình bậc thang có nhiều kích thước thích hợp cho từng đoạn chi.

- Sử dụng nẹp Crame cũng cần có đủ các kích thước và cũng cần bọc lót bông gạc như với nẹp tre.

- Trong tình huống khẩn cấp mà không có nẹp đã chuẩn bị sẵn, có thể sử dụng các phương tiện tùy ứng như cành cây, gậy gỗ, súng hồng,... cũng có thể cố định chi trên vào thân hoặc buộc chi dưới gãy vào chi lành.

- Trên thế giới còn có nhiều loại nẹp như: nẹp lưới, nẹp Tô - mát, nẹp Diteric, nẹp chất dẻo bơm hơi, rất thuận tiện nhưng ít phù hợp với hoàn cảnh kinh tế, khí hậu và điều kiện chiến đấu ở nước ta.

5. Cố định tạm thời ở một số gãy xương lớn.

5.1. Cố định tạm thời gãy xương cẳng tay:

5.1.1. Cố định bằng nẹp tre:

+ Đặt nẹp ngắn ở mặt trước cẳng tay đi từ nếp khuỷu đến khớp ngón - bàn.

+ Đặt nẹp dài ở mặt sau cẳng tay, đi quá mỏm khuỷu, đối xứng với nẹp ở mặt trước.

+ Buộc 2 đoạn cố định 2 nẹp vào bàn tay và cẳng tay. Đoạn thứ nhất ở bàn tay và cổ tay, đoạn thứ 2 ở dưới và trên khớp khuỷu.+ Dùng băng cuộn để treo cẳng tay ở tư thế gấp 90^0 .

5.1.2. Cố định bằng nẹp Crame:

+ Đặt 1 nẹp Crame sát mặt sau cẳng tay và cánh tay đi từ giữa cánh tay tới khớp bàn tay, ngón tay (cẳng tay gấp 90^0).

+ Băng vòng xoắn từ bàn tay lên tới giữa cánh tay để cố định cẳng tay vào nẹp.

+ Dùng khăn tam giác hoặc 1 vòng băng để treo cẳng tay.

5.2. Cố định tạm thời gãy xương cánh tay:

5.2.1. Cố định bằng nẹp tre:

+ Mặt trong cánh tay đặt 1 nẹp đầu trên lên tới hố nách, đầu dưới sát nếp khuỷu.

+ Mặt ngoài cánh tay đặt 1 nẹp đầu trên quá khớp vai nách, đầu dưới quá khớp khuỷu.

+ Cố định nẹp ở 2 đoạn: Đoạn 1 ở 1/3 trên cánh tay và khớp vai, đoạn 2 ở trên và ở dưới khớp khuỷu.

+ Dùng băng tam giác treo căng tay vuông góc 90^0 với cánh tay và cuốn 1 vài vòng băng buộc cánh tay vào thân.

5.2.2. Cố định bằng nẹp Crame:

+ Đặt căng tay vuông góc với cánh tay ở tư thế nửa sấp và cánh tay sát vào thân với 1 cuộn băng hoặc bông lót ở nách.

+ Uốn nẹp Crame theo tư thế của chi đi từ cổ tay vòng qua mặt ngoài cánh tay rồi uốn ra sau lưng tới mặt sau xương bả vai bên chi lành.

+ Dùng 1 cuộn băng buộc đầu trên với đầu dưới của nẹp, dải băng đi trước và sau thân.

+ Cố định nẹp vào chi và vào thân người bằng những vòng băng cuộn.

5.3. Cố định tạm thời gãy xương cẳng chân:

5.3.1. Cố định bằng nẹp tre:

+ Đặt 2 nẹp ở mặt trong và mặt ngoài chi gãy, đi từ giữa đùi tới quá cổ chân. Nếu có nẹp thứ 3 thì đặt ở mặt sau cẳng chân.

+ Băng cố định nẹp vào chi ở bàn cổ chân, dưới và trên khớp gối, giữa đùi.

5.3.2. Cố định bằng nẹp Crame:

+ Đặt một nẹp ở mặt sau đi từ giữa đùi đến gót chân rồi bẻ cho vuông góc với bàn chân ra tới các ngón chân.

+ Đặt bông đệm rồi băng cố định nẹp như trên.

5.4. Cố định tạm thời gãy xương đùi:

5.4.1. Cố định bằng nẹp tre:

Dùng 3 nẹp để cố định như sau:

- Nẹp ở mặt ngoài đi từ hố nách đến quá gót chân.

- Nẹp ở mặt trong đi từ bẹn đến quá gót chân.

- Nẹp ở mặt sau đi từ trên mào chậu đến quá gót chân.

- Băng cố định nẹp vào chi ở bàn chân, cổ chân, 1/3 trên cẳng chân, trên gối, bẹn, bụng và dưới nách.

- Trước khi vận chuyển: buộc chi gãy đã cố định vào chi lành ở cổ chân, đầu gối và đùi.

5.4.2. Cố định bằng nẹp Crame:

Cần có 3 nẹp:

+ Nẹp ở mặt sau đi từ mào chấu đến gót chân thì bẻ gấp vuông góc với gan bàn chân.

+ Nẹp ở mặt trong từ bẹn tới bờ trong của bàn chân, có thể bẻ cong nẹp úp vào gan bàn chân.

+ Nẹp ở mặt ngoài từ hố nách tới bờ ngoài của bàn chân thì bẻ gấp 90^0 vào tới bờ trong ôm lầy bàn chân và nẹp ở mặt sau.

Cả 3 nẹp, nhất là nẹp sau phải uốn sát chi và lót bông mỡ rồi cuốn thêm băng gạc.

+ Băng vòng xoắn hoặc băng từng đoạn để cố định giống nẹp tre.

5.5. Cố định tạm thời gãy xương khác:

- Bao gồm cố định tạm thời gãy xương bàn tay, ngón tay, khớp cổ tay, xương đòn, xương chấu, xương chày và các tổn thương ở cột sống, vùng hàm mặt, vùng sọ não,...

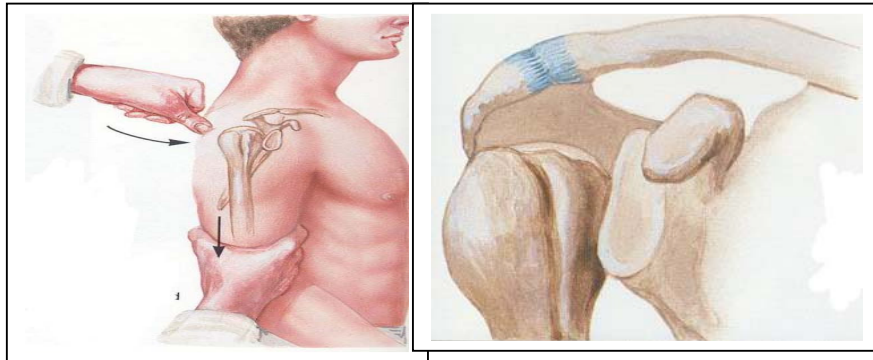
Bài 62: ĐIỀU TRỊ TRẬT KHỚP**A/ TRẬT KHỚP VAI****A. Lâm sàng .**

Trường hợp trật khớp vai mới – bệnh nhân đến với tay lạnh đờ tay đau, khám thấy có các dấu hiệu điển hình:

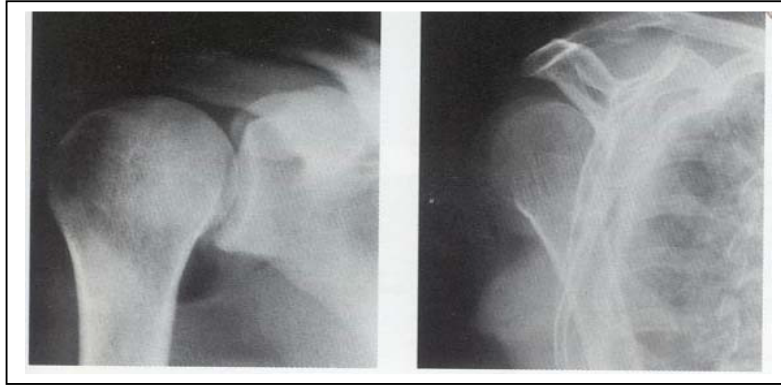
- 1- Gù vai.
- 2- Nhát rìu
- 3- Mất rãnh delta ngực
- 4- Cánh tay ở tư thế dạng
- 5- Hõm chảo rộng
- 6- Dấu hiệu lò xo

Định bệnh trật khớp thuần túy cần phải phân biệt với các trường hợp gãy trật, gãy tróc đầu xương trên xương cánh tay kèm trật khớp vai (trường hợp sau cùng cần mổ nắn khớp và nắn xương gãy tróc sụn tiếp hợp cấp cứu.

Trên lâm sàng chúng ta thường lầm nhất là gãy đầu trên xương cánh tay xê dịch nhiều với trật khớp vai, song gãy đầu trên xương cánh tay không có triệu chứng bật lò xo.

**B- X Quang:**

Phim X quang thẳng và nghiêng cho thấy rõ vị trí trật của đầu xương cánh tay và những thương tổn gãy xương kèm theo



C. Nắn khớp:

1- *Nắn*: Thủ thuật nắn khớp vai Koccher:

- a) Vừa kéo theo chiều cánh tay dạng liên tục 3-5 phút cho chỏm cánh tay ngang với chỏm chảo.
- b) Vừa xoay ngoài và áp cánh tay nhẹ nhàng từ từ vừa kéo liên tục.
- c) Vừa áp tối đa vừa kéo liên tục, vừa xoay trong cánh tay và (nghe tiếng “cụp”)
- d) Xoay trong cánh tay tối đa

2- *Bất động*:

Sau khi nắn được khớp vai, với kỹ thuật nào đi nữa chúng ta cũng phải bất động khớp vai ở tư thế áp và xoay trong cánh tay bằng bột hoặc băng thun.

3- *Tập vận động*:

Bất động khớp vai trong 2 – 3 tuần. Sau đó cho tập vận động nhẹ nhàng khớp vai trong 2 – 3 tuần tiếp. Tránh vận động nặng trong vòng 1 -2 tháng đầu nhất là khi trật khớp vai kèm gãy máu động hoặc đứt dây chằng, bao khớp, để ngừa trật khớp tái hồi.

Khi tập vận động lại khớp vai thì cử động dạng và gập được thực hiện trước, xoay ngoài và đưa ra sau của cánh tay chậm rãi hơn.

Thuốc giảm đau: Meloxicam 7,5mg 1 viên x 2 (u)/ ngày; được dùng trong tuần đầu, thường chỉ cần 3 ngày đầu. Chúng ta cũng có thể cho thêm vitaminC.

Dư chứng trật khớp vai thường xảy ra ở người lớn tuổi với đau đỏ quanh vai, hạn chế độ cử động hoặc vì bất động quá lâu (quá 3 tuần) hoặc thiếu luyện tập lại khớp vai.

B/ TRẬT KHỚP KHUỖY

1/. Lâm sàng:

Khuỷu sưng và sưng rất sớm vì các dây chằng và bao khớp bị rách và tụ máu, khuỷu gấp khoảng $50-60^{\circ}$, cẳng tay hơi sấp trông như ngấn lại, cử động sấp ngửa mất. Các ngón tay, cổ tay gấp duỗi tự nhiên (nếu không có tổn thương thần kinh giữa) . Ngay sau tai nạn, chúng ta thấy được đầu dưới xương cánh tay gồ ra trước khuỷu, mỏm khuỷu nhô hẳn ra phía sau, nhìn ngang thấy khuyết trên mỏm khuỷu, gấp duỗi thụ động khuỷu đau, khựng (mắc kẹt lại ở tư thế $30-90^{\circ}$)

Sờ nắn thấy tam giác Hueter, đường thẳng hueter không còn nữa.

X quang có ích lợi phát hiện các xương gãy kèm theo để loại trừ trường hợp kẹp khớp vì mảnh nhỏ xương trong khớp làm nắn thất bại.



2/ . . . ig: . . . tá

- Để nguyên tư thế trật khớp kéo liên tục từ từ tăng sức dần cho khớp khuỷu dần ra trong 3-5 phút, không làm bệnh nhân đau đớn. Trước hết là nắn xô dịch bên.

- Tiếp tục kéo như trên, vừa gấp cẳng tay (gấp khuỷu) lại cho đến khi mỏm khuỷu ngang đối diện với hố đầu khuỷu .

- Vẫn giữ sức kéo dẫn khớp, hai ngón tay cái của thầy thuốc nắn ấn chặt trên mỏm khuỷu vừa duỗi từ từ cẳng tay (duỗi khớp khuỷu) để mỏm khuỷu để lọt vào hố đầu khuỷu và nắn lại chỏm quay vào vị trí bình thường của nó.

- Kiểm tra lại khuỷu đã nắn tốt, bệnh nhân thấy hết đau, gấp duỗi khuỷu nhẹ nhàng, thầy thuốc vẫn phụ móm khuỷu trong hồ dầu khuỷu, sắp ngửa cẳng tay bình thường, mạch cổ tay đập tốt.

* Bất động khuỷu đã nắn ở tư thế gập 90^0-100^0 bằng bột cánh bàn tay trong 2-3 tuần.

Sau khi bỏ bột, tập vật lý trị liệu trong 4 tuần thì lấy lại biên độ cử động khuỷu bình thường, chỉ cho phép lao động nặng trong 3 tháng kể từ ngày bỏ bột.

C/ TRẬT KHỚP HÁNG

1/ Lâm sàng:

Bệnh nhân trật khớp háng đau nhiều, đau nhức nhối trong khớp và cơ năng bị giảm nhiều ngay sau tai nạn, các động tác thụ động rất hạn chế vì đau. Động tác nhẹ nhàng không đau cho ta phân biệt với gãy xương, nhất là triệu chứng gõ đòn khè.

Các triệu chứng lâm sàng đặc hiệu là biến dạng thay đổi theo từng kiểu trật khớp

- Nếu chi dưới khếp và xoay trong là trật ra sau: kiểu chậu, kiểu ngồi.
- Nếu chi dưới dạng và xoay ngoài là trật ra trước: kiểu mu, kiểu bịt
- Đường Nelaton-Roser và tam giác Bryant đều bị thay đổi.

X quang rất cần thiết để định bệnh và đánh giá các tổn thương xương và ổ chảo kèm theo, cho phép chỉ định thích đáng hơn.

2/ Điều trị:

- Trật khớp háng là loại tổn thương nặng, có một số trường hợp dù tới sớm, trật khớp háng đã được nắn khẩn cấp vẫn để lại di chứng cơ năng sau này. Một trong những di chứng là loại tử chỏm hoặc hư biến khớp nặng nề hơn cả (do thiếu máu nuôi dưỡng chỏm).

- Trường hợp đến muộn (từ 1 – 3 tuần) nắn kéo lâu, khó khăn mới vào khớp, vì mô xơ đã kết trám ổ khớp, dây chằng bao khớp bị đứt. Trật khớp háng phải được chuẩn bị chu đáo để phẫu thuật nắn khớp ở môi trường chuyên khoa chấn thương chỉnh hình, nếu nắn tay thất bại. chúng ta không nên cố gắng quá mạnh tay và gây thêm gãy cổ xương đùi khi nắn trật khớp háng.

- Trường hợp nếu đến quá muộn (3 tháng trở lên) khớp háng trật đã cứng, chỏm đã hư biến, nếu chi dưới ở tư thế xấu không cho phép đi đứng được vững vàng thì nên dành cho phẫu thuật chỉnh hình.

* Nắn khớp háng trật mới.

- Có nhiều thủ thuật khác nhau. Riêng thủ thuật Boehler và Kocher thường dùng hơn cả. Bao giờ cũng gây mê sâu và đối với những người trẻ trật khớp đến muộn nên dùng thuốc giãn cơ để dễ nắn (gây mê nội khí quản).

- Để bệnh nhân nằm ngửa lên tấm ván, chậu hông được giữ chặt trên tấm ván bằng thắt lưng đai to. Háng và đầu gối gấp 90, gập một khăn dài, vặn hình số 8, một đầu quấn vòng vào đầu trên khoeo bệnh nhân, còn một đầu buộc quanh cổ người nắn.

- Người nắn quỳ xuống cạnh bệnh nhân phía bên háng trật khớp, để đầu gối cùng bên với háng bị trật, dưới khoeo bệnh nhân, cổ người nắn kéo xuống để nâng một nâng một đầu khăn gấp số 8 đầu kia quấn quanh vùng lồi cầu đùi. Cùng một lúc người nắn ra sức đều đặn quay khăn số 8 kéo đùi lên trên, một tay nắm cổ chân người bệnh kéo xuống, gối người nắn dưới khoeo làm đòn bẩy, tay còn lại người nắn giữ gối nạn nhân không rời tư thế trên. Cứ kéo mạnh như thế là đủ đưa chỏm vào ổ khớp. Nếu chưa vào, hai tay người nắn lắc nhẹ lựa tư thế cho chỏm đùi tìm đường vào khớp: dang đùi, xoay người cho trật khớp ra sau, khép đùi và xoay đùi trong cho trật khớp ra trước.

- Khớp háng đã nắn phải được bất động đùi hoàn toàn (0⁰), xoay trong (15⁰) hơi dạng hoặc bằng băng bột bụng – đùi – bàn chân hoặc bằng cách nằm im trên giường trong 2 – 4 tuần.

*Sau khi tháo bột tập vật lý trị liệu, vận động nhẹ nhàng từ từ lấy lại biên độ cử động khớp háng trong 4 – 8 tuần.

Cứ 6 tháng – 1 năm phải kiểm tra lại khớp háng bằng X quang để phát hiện kịp thời hư biến khớp.

Nắn trật khớp háng theo kiểu Hippocrate mạnh bạo nhưng kém hiệu quả nhất là trường hợp bệnh nhân cao lớn khỏe, người nắn lại thấp bé, chiều dài chân người

Phác đồ điều trị

TTYTH. Cù Lao Dung

nắn không đủ hiệu lực. Hơn nữa nắn kiểu Hippocrate dễ làm gãy cổ xương đùi mà người nắn không hay biết.

Bài 63: PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Vết thương phần mềm là những tổn thương gây rách da – niêm mạc.
- Vết thương phần mềm có thể là đơn thuần hoặc là các vết thương đặc hiệu; vết thương trong gãy xương hở, vết thương thấu khớp, vết thương có tổn thương mạch máu thần kinh.

II. HÂN LOẠI:

1. Vết thương đâm chọc:

- Do kim đâm, đập đinh, súc vật cắn
- Tổn thương GP không đáng kể
- Nguy cơ nhiễm trùng, sốt dị vật

2. Vết thương cắt gọn:

- Do vật sắc như dao, mảnh kiến cắt.
- Tổn thương giải phẫu đáng kể, có khi rất rộng.
- Đôi khi chảy máu nhiều do không có gì chèn ép, tại chỗ chóng rỗng
- Cần khám kỹ xem có tổn thương mạch máu, thần kinh, gân,....

3. Vết thương lóc da:

- Da lóc ra khỏi tổ chức bên dưới
- Da có thể lóc rời hẳn hoặc còn lại cuống nuôi dưỡng
- Lóc da rộng, nguy cơ hoại tử vạt cao
- Lóc da hoặc mất da rộng có thể làm lộ các cơ quan quý

4. Vết thương gập nát:

- Thường lực chấn thương mạch; máy cuốn, tai nạn giao thông tốc độ cao, hỏa khí,...

- Vết thương hỏa khí có thể gây tổn thương lớn hơn mắt thường thấy được.
- Vết thương gập nát thường tổn thương nhiều loại mô chứ không riêng vết thương phần mềm.

- Nguy cơ mất máu, choáng, nhiễm trùng.

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Điều trị khi cấp cứu:

- Khám đánh giá phân loại vết thương.
- Băng ép cầm máu, chống choáng (nếu có)
- Băng vô trùng
- Bất động chi tổn thương

2. Điều trị chuyên khoa: Chống nhiễm trùng:

2.1. Cắt lọc:

- Nguyên tắc chung:
 - + Cắt bỏ hết mô dập nát
 - + Lấy bỏ máu tụ
 - + Lấy bỏ hết dị vật
 - + Che phủ các mô quý
 - + Dẫn lưu tốt vết thương
- Kỹ thuật cắt lọc:
 - + Vệ sinh và sát trùng da
 - + Rửa loại bỏ dị vật
 - + Cắt lọc từ ngoài vào trong
 - + Rửa lại
 - + Xén mép vết thương
 - + Mở rộng vết thương để cắt lọc kỹ hơn
 - + Rửa sạch với nhiều nước
 - + Cắt lọc lại từ đầu, rửa lại với nhiều nước (lặp lại nhiều lần)
 - + Che phủ mô quý
 - + Khâu kín hoặc đắp hờ da

b. Kháng sinh:

- Sử dụng kháng sinh sớm ngay khi có thể
- Kháng sinh phổ rộng(thường sử dụng phổ biến nhóm Cephalosporin), liều cao (2-4g/ngày)
- KS nên dung đường tĩnh mạch

- Có thể phối hợp nhóm Aminoglycosides và Metronidazole (nếu vết thương phức tạp có nguy cơ NK kỵ khí)

- Tiếp tục sử dụng liều cao 5-7 ngày, thay đổi kháng sinh theo hội chẩn.

- Đối với các vết thương đơn giản có thể sử dụng kháng sinh đường uống

c. Bất động

- Tất cả các vết thương đều cần bất động sau mổ

- Có thể sử dụng nẹp bột hoặc các loại nẹp làm sẵn

- Các vết thương đặc hiệu bất động theo cách riêng

d.Theo dõi hậu phẫu

- Theo dõi sát nếu có nghi nhiễm trùng cắt lọc sớm ngay. Cắt lọc kỹ hơn, bơm rửa nhiều hơn và nên để hở vết thương

- Đắp gạc ẩm

- Tưới rửa liên tục nếu cắt lọc chưa triệt để có nguy cơ NK

- Ghép da hoặc khâu da thì II

3. Phục hồi tổn thương GP:

Chỉ đặt vấn đề phẫu thuật tạo hình che phủ các khuyết hổng phần mềm khi vết thương ổn định. Có thể sử dụng các kỹ thuật tạo hình như; vạt tại chỗ, vạt cuống mạch liền, vạt vi phẫu.

4. Tập vận động phục hồi chức năng.

Bài 64: ĐIỀU TRỊ BỎNG

I. Nguyên nhân xảy ra bỏng và cứu chữa ban đầu:

1. Nguyên nhân:

- Thủ tiêu nguyên nhân gây bỏng và cấp cứu nạn nhân, trung hòa hay vô hiệu hóa chất gây bỏng.

- Tránh gây thêm tổn thương và đau đớn.
- Bảo vệ và tránh nhiễm trùng vết bỏng
- Phòng và chống sốc bỏng

2. Những việc làm cụ thể :

- Cấp cứu nạn nhân ra khỏi đám cháy, dập tắt quần áo đang cháy.
 - Dội nước lạnh lên vết bỏng ngay sau khi bị tai nạn, hoặc ngâm chi bỏng trong nước trong vài giây đầu tiên làm nguội mô bỏng, làm giảm đau
 - Không nên bôi bất cứ loại gì lên chất bỏng.
 - Băng vô trùng vết. Nên tận dụng những túi nilon để trùm kín bàn tay, cẳng tay, cẳng chân, bàn chân bị bỏng.
 - Nếu bỏng cả người nên bọc bệnh nhân với một tấm vải sạch. Khi cởi quần áo, chú ý tránh làm vỡ các phỏng nước làm tuột da ở vùng bỏng.
- * Khẩn trương và tổ chức chuyển bệnh nhân bị bỏng nặng về tuyến điều trị.

II. Nguy^an t³/4c c^Êp c^øu v^µ @i^Òu tr^P bá^{ng}

1. Bảo đảm đường thở của bệnh nhân:

Đây là ưu tiên thứ nhất đối với bệnh nhân bỏng mặt hoặc hít khói, chỉ mở khí quản khi thật cần thiết và khi đặt ống nội khí quản thất bại. Điều nên nhớ là : ngạt thở sẽ giết chết bệnh nhân

2. Thực hiện một đường truyền dịch tốt: Với tất cả bệnh nhân bỏng > 15% ở người lớn và 10% ở trẻ em dưới 3 tuổi.

3. Giảm đau :

- Ở bệnh nhân bỏng nặng đau có thể xuất hiện muộn sau 2 giờ
- Nếu bệnh nhân đau đớn: dùng Morphine 10mg tiêm dưới da hoặc bắp thịt khi bệnh nhân không có tổn thương hô hấp.

4. Đặt thông tiểu khi cần thiết :

Đặt ống thông tiểu, bàng quang được làm trống rỗng, bắt đầu theo dõi lượng nước tiểu mỗi giờ, giữ nước tiểu để so sánh màu sắc, so sánh với những lần sau xem có sự xuất hiện của hemoglobinuria hay không.

5. Tính diện tích và độ sâu của bỏng :

Dựa vào quy luật số 9 (theo Pulaski, Tenison và Wallace), luật số 7 (cho trẻ em)... vẽ vùng bỏng lên vùng phác họa với các độ sâu.

6. Tính toán lượng dịch truyền

+ Bù hoàn tình trạng mất huyết tương tính theo công thức Brooke, dịch thể cho 24 giờ đầu :

$1,5\text{ml} \times \% \text{ diện tích bỏng} \times \text{cân nặng} = \text{dd điện giải (NaCl 0,9\% ,Lactate Ringer's)}$

$0.5\text{ml} \times \% \text{ diện tích bỏng} \times \text{cân nặng} = \text{dd keo (plasma hay Dextran và máu)}$

Cộng với 2000ml dd Dextrose 5%

Bỏng trên 50% S vẫn tính như 50%

Tốc độ truyền:

- 8 giờ đầu = 1/2 khối lượng truyền

- 8 giờ kế = 1/4 khối lượng truyền

- 8 giờ kế = 1/4 khối lượng truyền

Dịch thể cho ngày thứ hai : 1: 2 hay 3:4 khối lượng truyền trong 24 giờ đầu (dd keo và dd điện giải) cộng thêm 2000ml Dextrose 5%

Từ ngày thứ 4 trở đi ngưng tất cả dịch truyền để tránh nguy cơ ứ đọng do nước từ khu vực thứ ba được tái hấp thụ

7. Phòng ngừa uốn ván: SAT(antitetanus serum) 1500 đv IM

8. Kháng sinh

Cho bệnh nhân dùng Penicillin 5 ngày phòng ngừa nhiễm Streptococcus..

9.. *Tìm kiếm những chấn thương khác*: gãy xương chậu, xương sườn, cột sống... thường bị bỏ quên

10. *Rạch lớp vỏ cứng*: Cần thiết và khẩn cấp

11. *X quang phổi*: Khi nghi ngờ bệnh nhân có hít khói

12. *Đặt ống thông dạ dày*: Nếu bỏng rất nặng hoặc nôn ói, hoặc bụng chướng, nhu động ruột giảm.

13. *Sau giai đoạn 8 giờ và sau mỗi giai đoạn 8 giờ sau*: Đánh giá lại bệnh nhân sau giờ đầu và sau mỗi giai đoạn 8 giờ.

- Lượng nước tiểu

- Lượng dịch trong 8 giờ trước đã đủ chưa
- Hướng dẫn rõ ràng công việc cho Điều dưỡng 8 giờ kế tiếp

14. Ngày kế tiếp

- Tái đánh giá lại độ rộng của bóng
- Chú ý những biến chứng của bóng.

Bài 65: THŨNG DẠ DÀY - TÁ TRÀNG

I. Thủng dạ dày tá tràng là biến chứng của loét dạ dày tá tràng hay K dạ dày:

Chẩn đoán xác định : dựa vào 5 yếu tố.

- Đau đột ngột vùng thượng vị.
- Bụng gồng cứng như gỗ
- Mất vùng đục trước gan.
- Tiền sử co đau vùng thượng vị.
- X- Quang có hình ảnh liềm hơi dưới cơ hoành (P).

Tuy nhiên trên thực tế có khi chỉ cần 4 yếu tố cũng đủ chẩn đoán (+)

II. Thủng dạ dày tá tràng là bệnh lý nội ngoại khoa cấp cứu:

1. Hội sức nội khoa.

- Đặt sonde dạ dày.
- Truyền dịch.
- Cho thuốc giảm đau nếu đã chẩn đoán (+) và có chỉ định phẫu thuật.
- Đặt sonde tiểu nếu bệnh nhân già, có huyết áp thấp, nước tiểu ít.
- Đo ECG để chẩn đoán phân biệt nhồi máu cơ tim cấp thể đầu thượng vị.

2. Điều trị ngoại khoa (phẫu thuật): Hội chẩn chuyển trên.

Bài 66: VIÊM RUỘT THỪA

I. VIÊM RUỘT THỪA CẤP:

1-Tiêu chuẩn Chẩn đoán:

Đau thượng vị → đau khu trú Hố chậu phải

Sốt > 38⁰C,BC tăng cao,N>80%

Khám : ấn đau hố chậu phải ,điểm Macburney (+)

Siêu âm : có dấu hiệu ruột thừa viêm hoặc có dịch khu trú hố chậu phải

2- Phẫu thuật:

Mổ hở :

- Đường mổ: Macburney

- Phương pháp phẫu thuật cắt ruột thừa không vùi gốc.

Mổ nội soi :

3- Kháng sinh:

Cephalosporin thế hệ II 50 – 100 mg /kg/ngày TB hoặc TM

Hoặc Cephalosporin thế hệ III 50 – 100mg /kg/ngày TB hoặc TM

Hoặc Ampicillin + Sulbactam 3 – 4,5 g/ngày TB hoặc TM (25-150mg/kg/ngày)

Hoặc Amoxicillin + A.Clavulanic 2 – 3g /ngày TM (25-50mg/kg/ngày)

Kết hợp

Gentamycin 3-6mg /kg/ ngày TB x 7-10 ngày

Đến ngày thứ 4 có thể chuyển kháng sinh uống cùng nhóm

4- Dịch truyền:

- Glucose 5%, 500ml x 2/2ngày

- Lactate Ringer 500ml x 2/2ngày

- Vitamin C 0,5g x 1 ốngx 2 ngày

II. VIÊM PHỨC MẠC DO RUỘT THỪA VỠ: CHUYỂN TUYẾN TRÊN

III. ÁP XE RUỘT THỪA: CHUYỂN TUYẾN TRÊN

IV. ĐÁM QUÁNH RUỘT THỪA:

- Không mổ

- Hẹn 3-6 tháng sau phẫu thuật cắt ruột thừa.

Bài 67: SỎI ĐƯỜNG MẬT CHÍNH

I. LÂM SÀNG:

- Đôi khi sỏi mật có thể hiện diện trong ống mật chủ nhiều tháng hoặc nhiều năm không có triệu chứng, nhưng đa số bệnh nhân đều có bệnh cảnh điển hình của viêm đường mật với tam chứng Charcot: đau hạ sườn phải sốt vàng da.

- Con đau hạ sườn phải thường khởi phát đột ngột, sau đó kéo dài trong nhiều giờ.

- Vị trí đau thường ở hạ sườn phải, hoặc thượng vị lan lên bả vai phải. Mức độ đau nhiều khi rất dữ dội khiến bệnh nhân ói mửa đổ mồ hôi. Con đau kéo dài 12 đến 24 giờ, sau đó triệu chứng sốt lạnh run và vàng da mới xuất hiện. Nhiệt độ thường khoảng 38^oC, có khi thân nhiệt lên tới 39 – 40^oC có nhiều khả năng nhiễm trùng huyết. Triệu chứng vàng da gặp trong hầu hết các trường hợp, tuy nhiên đôi khi bệnh nhân không vàng da. Nước tiểu sậm màu, ngứa ít khi gặp, phân ít khi bạc màu trong trường hợp tắc mật do ung thư đầu tụy.

- Khám lâm sàng trên bệnh nhân đau hạ sườn phải, đôi khi có đờ kháng thành bụng. Gan thường to và đau, sờ được dưới hạ sườn phải. Túi mật có thể căng to hoặc không. Định luật Courvoisier thường không dùng trong trường hợp sỏi ống mật chủ ở Việt Nam.

- Trong trường hợp nhiễm trùng đường mật nặng, có thể dẫn đến nhiễm trùng huyết và shock nhiễm trùng. Khi đó bệnh nhân có kèm theo rối loạn tri giác và tụt huyết áp.

II. CẬN LÂM SÀNG:

- Bilirubine ↑
- Alanine aminotranferase (ALT hay SGPT) ↑
- Aspartase aminotranferase (AST hay SGOT) ↑

*** SIÊU ÂM GAN MẬT:**

- Phương tiện tốt nhất để chẩn đoán sỏi mật (độ chính xác khoảng 90 %)
- Giúp chẩn đoán sớm.
- Có thể sử dụng trong cấp cứu.
- Có giá trị trong chẩn đoán phân biệt tắc mật trong hay ngoài gan.

*** Tổ chức hội chẩn và có hướng điều trị phù hợp theo từng tuyến.**

Bài 68: ĐIỀU TRỊ TẮC RUỘT

I. CHẨN ĐOÁN (+)

- Đau
- Nôn
- Bí trung đại tiện.
- Bụng chướng.
- Dấu hiệu gấn bò, hay quai ruột nổi.
- Thăm trực tràng: bóng trực tràng rỗng.
- XQ bụng đứng: hình ảnh mực nước hơi.

II. ĐIỀU TRỊ: nguyên tắc là điều trị nội - ngoại khoa.

1. Nội khoa: (hồi sức nội khoa trước mổ)

- Đặt sonde dạ dày hút liên tục.
- Bồi hoàn nước và điện giải.
- Điều chỉnh những rối loạn liên quan như tuần hoàn, tiết niệu..v..v..
- Thời gian hồi sức càng sớm càng tốt nhưng không quá 12 đến 24 giờ. Sẽ có

nguy cơ gây hoại tử ruột.

2. Ngoại khoa: mục tiêu là.

- Lấy đi chỗ tắc.
- Giải quyết nguyên nhân gây tắc ruột.

*** Tổ chức hội chẩn và xử trí phù hợp**

Bài 69: ĐIỀU TRỊ TIỀN SẢN GIẬT – SẢN GIẬT

I. PHÂN LOẠI CÁC TRƯỜNG HỢP CAO HUYẾT ÁP TRONG THAI KỲ:

1. Cao Huyết áp Do Thai :

- Tiền sản giật nhẹ .
- Tiền sản giật nặng .
- Sản giật

2. Cao huyết áp mãn nặng thêm do thai .

3. Cao huyết áp thoáng qua .

A. CAO HUYẾT ÁP DO THAI :

1. Tiền Sản Giật :

* Cao huyết áp :

- HA \geq 140/90 mmHg hoặc
- HA tối đa tăng \geq 30mmHg hoặc .
- HA tối thiểu \geq 15mmHg

* Phù toàn thân : trung bình suốt thai kỳ tăng # 8 –12Kg, mỗi tháng tăng 2kg nếu tăng quá nhiều so với mức này , chúng ta phải điều trị tiền sản giật nhẹ .

* Albumin niệu : là triệu chứng xuất hiện sau cùng

2. Tiền Sản Giật Nặng: Nếu có 1 trong các triệu chứng sau đây :

- HA \geq 160/110 mmHg , cần đo huyết áp ít nhất 2 lần cách nhau 6 giờ
- Albumin niệu \geq 5g/ 24h
- Thiểu niệu : \leq 400 ml/ 24h
- Nhức đầu , hoa mắt , đau thượng vị .
- Dọa OAP

3. Sản Giật :

Bao gồm các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của tiền sản giật và co giật hoặc hôn mê sau co giật , các cơn co giật không có dấu hiệu báo trước, nhưng có thể có nhức đầu, mờ mắt , bứt rứt , tăng phản xạ gân xương .

II. ĐIỀU TRỊ :

1. TIỀN SẢN GIẬT NHẸ :

a. Điều Trị Nội Khoa :

✧ Cho bệnh nhân nghỉ ngơi .

- ✧ Chế độ ăn nhiều đạm , nhiều rau cải và trái cây tươi, không ăn quá mặn

b. Điều trị sản khoa: Theo dõi tình trạng thai nhi .

2. TIỀN SẢN GIẬT NẶNG :

Điều Trị Nội Khoa :

- Sulfate de magnésium 15 %: Liều đầu tiên : 3 –4g tiêm mạch chậm 10 phút
- Dịch truyền : Glucose 5% 500 ml giữ mạch X gi/ph

Chuyển bệnh nhân đến tuyến trên

3. SẢN GIẬT :

* **Điều trị nội khoa :** giống như tiền sản giật nặng

- ✧ Nằm phòng tối yên tĩnh .
- ✧ Chống co giật .
- ✧ Thở oxy
- ✧ Hút đàm dãi .
- ✧ Đặt ngán lưỡi
- ✧ Hạ áp
- ✧ An thần .
- ✧ Lợi tiểu .
- ✧ Trợ tim .

* Chuyển bệnh nhân đến tuyến trên

4. HẬU SẢN SẢN GIẬT: Điều trị nội khoa giống như trường hợp sản giật .

III. ĐIỀU TRỊ CAO HUYẾT ÁP MÃN NẶNG THÊM DO THAI :

Điều trị như tiền sản giật

Theo dõi sau sanh :

1. 48 Giờ Sau Sanh :

- ✧ Theo dõi mạch , nhiệt độ , huyết áp, nước tiểu , tri giác .
- ✧ Tiếp tục chống co giật sau 24 giờ .
- ✧ Tiếp tục hạ áp .
- ✧ Cho lợi tiểu .

2. Phát hiện biến chứng :

- ✧ Suy thận .

- ✧ Tán huyết .
- ✧ Phù phổi .
- ✧ Tai biến mạch máu não .
- ✧ Đông máu .
- ✧ Con co giật tái phát .

Bài 70: ĐIỀU TRỊ THAI NGOÀI TỬ CUNG

I. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm Sàng

* Triệu trứng cơ năng :

- Trễ kinh (\pm)
- Đau hạ vị bất chợt .
- Rong kinh, rong huyết .

* Triệu chứng thực thể :

- Dấu hiệu sinh tồn giao động: mạch nhanh nhỏ, huyết áp giảm đôi khi mạch huyết áp bằng 0 (Trường hợp thể chưa vỡ, huyết tụ thành nang thì các dấu hiệu sinh tồn ít thay đổi)

- Sờ nắm bụng dưới phản ứng phúc mạc dương tính .
- Khám âm đạo cổ tử cung kích, tử cung to hơn bình thường, có khối nề cạnh tử cung trái hoặc phải, ấn đau, cùng đồ sau căng, đau, âm đạo có ít huyết.
- Chọc dò cùng đồ: có máu không đông .

2. Cận Lâm Sàng

- Xét nghiệm máu : hồng cầu giảm , hồng cầu dung tích giảm .
- Test thai dương tính .
- Siêu âm : Lòng tử cung không thấy túi thai ,có khối cạnh tử cung (có khi có hình ảnh túi thai), có dịch ổ bụng hoặc cùng đồ .

II. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên Tắc

- Tất cả các trường hợp thai ngoài tử cung đã vỡ hoặc chưa vỡ khi đã được chẩn đoán xác định phải điều trị bằng phẫu thuật .
- Hồi sức chống choáng trước và trong khi phẫu thuật .
- Chẩn bị các xét nghiệm cận lâm sàng đầy đủ .

2. Phẫu Thuật.

- * Xử trí : cắt khối thai tận gốc , khâu cầm máu
- Nếu khối thai bám ở góc sừng vỡ choáng nặng

* Xử trí cắt lọc vết vỡ , nạo sạch mô nhau, khâu lại bằng chỉ Chromic .

- Thở huyết tụ thành nang : xử trí cắt bỏ khối thai , lấy máu tụ, khâu cầm máu, đặt dẫn lưu cùng đồ .

III. THUỐC ĐIỀU TRỊ TRONG PHẪU THUẬT

Kháng sinh

- Cephalosporine 50-100/kg/24 giờ hoặc β Lactamine 50-100mg/kg/24 giờ.x
3 – 5 ngày.

- Vitamine, Truyền dịch, truyền đạm.

Bài 71: XỬ TRÍ DỌA SẢY THAI

I. ĐỊNH NGHĨA SẢY THAI

- Khi thai bị tống xuất khỏi buồng tử cung khi chưa có khả năng tự sống.
- Trọng lượng thai bị tống xuất < 500g

II. LÂM SÀNG

- Máu âm đạo: lượng ít, đỏ hoặc bầm đen, kéo dài, kéo dài nhiều ngày.
- Có thể kèm cảm giác trằn bụng dưới hoặc đau lưng.
- Khám âm đạo :
 - + Cổ tử cung dài và đóng kín.
 - + Thân tử cung mềm, to tương xứng tuổi thai.
- Siêu âm: Bóc tách hoặc máu tụ sau túi thai.

III. XỬ TRÍ

- Nghỉ ngơi tuyệt đối trong thời gian ra huyết âm đạo hay đau bụng, đau lưng.
- Hoạt động nhẹ nhàng, tránh giao hợp ít nhất 2 tuần sau khi ngưng ra máu.
- Giảm cơ: Spasfon 40 mg 1-2 viên (uống) x 3 lần / ngày.
Nospa 40 mg 1-2 ống (TB) / ngày
- Chăm máu: Transamin 0,25g 1 ống (TB) / ngày
Transamin 0,25g 1-2 viên (uống) / ngày
- Vitamine E 400UI 1 viên / ngày (uống)

Bài 72: ĐIỀU TRỊ DỌA SANH NON

I. ĐỊNH NGHĨA

Dọa sanh non tháng là dấu hiệu ban đầu của chuyển dạ sanh non ở thai dưới 37 tuần tuổi.

II. DẤU HIỆU LÂM SÀNG

Các dấu hiệu lâm sàng của dọa sanh non là có cơn gò tử cung, có dấu hiệu của sự xóa mỡ cổ tử cung. Nếu CTC có mỡ < 3 cm, không vỡ ối ta vẫn tiến hành điều trị và đánh giá kết quả sau 2 giờ.

III. XỬ TRÍ

1. Nghỉ ngơi tuyệt đối

2. Thuốc giảm co :

Spasmavérine 40 mg (uống) 4 –8 viên / ngày

Nospa 40mg 1ống x 2 (TB) / ngày

Trong lúc sử dụng thuốc giảm co phải theo dõi sát mẹ và thai nhi (dấu hiệu mạch, HA, suy hô hấp, cơn co tử cung, rỉ ối, xuất huyết âm đạo, nhịp tim thai, cân bằng điện giải, đường huyết ...)

Nếu các biện pháp trên không ngăn được cuộc chuyển dạ thì phải chọn nơi có điều kiện tốt nhất để sẵn sóc trẻ non tháng.

IV. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ

Kết quả điều trị được đánh giá sau 2 giờ can thiệp. Nếu tình trạng chuyển dạ chấm dứt có thể duy trì thuốc giảm co thêm 48 giờ và nghỉ ngơi tuyệt đối. Nếu thất bại chúng ta phải sẵn sàng để chăm sóc trẻ non tháng thật tốt .

Bài 73: NHAU TIỀN ĐẠO

I. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm Sàng

- Ra huyết âm đạo từng đợt.
- Máu ra tự nhiên đỏ tươi.
- Ngôi thai cao.
- Con co tử cung âm tính.
- Thăm khám âm đạo dưới điều kiện có phòng mổ và phải khám bằng mỏ vịt trước khi khám tay: thấy nhau ở cổ tử cung.
- Khi cổ tử cung mở có 4 loại :
 - + Nhau bám thấp.
 - + Nhau bám mép.
 - + Nhau tiền đạo bán trung tâm.
 - + Nhau tiền đạo trung tâm.

2. Cận Lâm Sàng

Siêu âm: là phương pháp giúp cho việc chẩn đoán xác định, tùy theo vị trí bám nhau chia làm ba nhóm: I, II, III .

Nhóm III : có type 1, 2, 3, 4.

II. XỬ TRÍ

* Nguyên tắc chung :

Mổ cấp cứu nếu chảy máu nhiều bất kỳ tuổi thai

* Tình huống cụ thể :

1. Thai > 36 tuần trọng lượng > 2.500 gram

- Chỉ định phẫu thuật cho loại 3,4 nhóm III .
- Nhau tiền đạo loại I, II : có thể sanh đường dưới
- Sanh ngã âm đạo lưu ý cho thở Oxy, đề phòng thiếu oxy đối với trẻ sơ sinh
- Sau sanh kiểm tra cổ tử cung hoặc diện nhau bám

2. Thai < 36 tuần trọng lượng thai < 2 .500gram

- Điều trị nội khoa nếu ra huyết ít, điều trị kéo dài tuổi thai:
- + Nằm nghỉ tuyệt đối
- + Giảm co :

☞ Spasmaverin 40mg

☞ Nospa 40mg 1 x 2 ống / ngày

+ Truyền đạm .

+ Viên sắt

+ Chăm máu : Transamin 0,25g

- Trường hợp thai non tháng không điều trị bảo tồn được – cô tử cung thuận lợi , tuổi thai < 25 tuần có thể dùng thủ thuật simpson để lấy thai ra nhưng phải có điều kiện : phòng mổ, máu, các phương tiện hồi sức.

*** Điều Trị Ngoại Khoa :**

2.1. Phương pháp phẫu thuật :

- Mổ lấy thai

- Khâu chăm máu kỹ diện nhau bám .

- Nếu đang phẫu thuật : Nếu tử cung co kém thất động mạch tử cung, trường hợp chờ tử cung cắt tử cung toàn phần .

2.2. Điều trị sau phẫu thuật

- Kháng sinh :

+ Nhóm β lactamine 50-100mg/kg/24 giờ

+ Hoặc Nhóm Cephalosporine 50-100mg/kg/24 giờ .

- Truyền dịch, truyền đạm .

- Thuốc cho hồi tử cung :

Oxytoxin 5mg 8-10 ống pha dịch truyền

- Sinh tố

Bài 74: ĐIỀU TRỊ BĂNG HUYẾT SAU SANH**I. ĐỊNH NGHĨA**

Băng huyết sau sanh (BHSS) là số lượng máu chảy ra > 500 ml sau sanh ,có thể xảy ra trong thời kỳ nhau sổ hay trong những ngày đầu của thời kỳ hậu sản . Ở sản phụ có tổng trạng kém, thiếu máu mãn lượng máu mất > 300 ml là BHSS .

II. NGUYÊN NHÂN

1. Đờ tử cung .
2. Tổn thương đường sinh dục .
3. Bất thường của nhau .
4. Rối loạn đông máu .

III. NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ**1. Nguyên tắc:** Phải tiến hành song song :

- Hồi sức chống choáng – đánh giá lượng máu mất .
- Xác định nguyên nhân chảy máu .

2. Xử Trí Theo Nguyên Nhân :**1. Đờ Tử Cung .**

- Oxytocine : Có thể TB, TTM chậm hoặc tiêm trực tiếp vào cơ tử cung qua thành bụng . Liều : 20 → 80 đv Oxytocine

- Xoa đáy tử cung ngoài thành bụng liên tục, nhẹ nhàng , có thể xoa tử cung tay trong, tay ngoài , sau khi soát tử cung bằng tay. Sau 5 → 15 phút tử cung không co tốt → hồi sức chống choáng chuyển bệnh nhân đến tuyến trên

2. Tổn Thương Đường Sinh Dục .**2.1. Rách âm đạo , tầng sinh môn , tiền đình, khối máu tụ âm hộ âm đạo .**

Xử trí :

- ✧ Khâu cầm máu .
- ✧ Rạch khối máu tụ khâu cầm máu

2.2. Rách đoạn dưới tử cung

Xử trí: Hồi sức chống choáng chuyển bệnh nhân đến tuyến trên

2.3. Rách cổ tử cung , tổn thương mạch máu cổ tử cung

Xử trí: Khâu cột cầm máu bằng chỉ tan

2.4. Vỡ tử cung

Xử trí: Hồi sức chống choáng chuyển bệnh nhân đến tuyến trên .

3. Bất Thường Của Nhau .

- Sốt nhau: Kiểm soát tử cung bằng tay vô khuẩn hay bằng dụng cụ
- Nhau không tróc:
 - + Tiền mê .
 - + Giảm đau .
 - + Bóc nhau nhân tạo .
- Nhau cài răng lược : Hồi sức chuyển bệnh nhân đến tuyến trên

4. Rối Loạn Đông Máu

- Transamine : 0,25g : 2 – 4g TB hoặc pha truyền tĩnh mạch .
- Làm các xét nghiệm về huyết học, hồi sức chống choáng sau đó chuyển

bệnh nhân đến tuyến trên

IV. DỰ PHÒNG BĂNG HUYẾT SAU SANH

Sau khi sổ thai nhi cho Oxytocin 2 ống tiêm bắp.

Bài 75: PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VỠ TỬ CUNG

I. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm Sàng

- Dấu hiệu sinh tồn thay đổi: mạch nhanh nhỏ, khó bắt, huyết áp tụt, có khi mạch huyết áp bằng không
- Đau bụng hạ vị rất điển hình.
- Sờ nắn bụng có cảm giác không liên tục của trực mạc tử cung, có điểm đau chói
- Sờ bụng đầu và chi thai nhi lờn nhôn.
- Nghe tim thai (+).
- Khám âm đạo: ngôi thai cao hoặc ngôi bất thường, đôi khi khó xác định được ngôi thai.
- Đặt sonde tiêu: nước tiểu đỏ (nếu có tổn thương bàng quang).

2. Cận Lâm Sàng

- Xét nghiệm máu: hồng cầu giảm, hồng cầu dung tích giảm.
- Siêu âm: dịch ổ bụng, tim thai (+).

II. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên Tắc

- Tất cả các trường hợp vỡ tử cung được chẩn đoán xác định phải được phẫu thuật cấp cứu khẩn cấp.
- Hồi sức chống choáng trước và trong phẫu thuật (không được chờ đợi khi huyết áp lên mới phẫu thuật).

2. Phẫu Thuật

2.1. Vỡ tử cung không hoàn toàn

Vỡ tử cung do vết nứt vết mổ cũ không có tổn thương mạch máu lớn, vỡ dưới phúc mạc vết rách gọn, bệnh nhân chưa đủ số con, chưa có nguy cơ nhiễm trùng: Cắt lọc vết rách, may cầm máu như mổ lấy thai bình thường .

2.2. Vỡ tử cung hoàn toàn

- Cần hồi sức tích cực, bồi hoàn khối lượng tuần hoàn đã mất.

- Phẫu thuật cắt tử cung toàn phần, nếu có nguy cơ nhiễm trùng đặt dẫn lưu Douglas.

2.3. Vỡ tử cung có kèm theo tổn thương bàng quang, niệu quản

- Phẫu thuật cắt tử cung toàn phần.
- Phối hợp với Bác sĩ ngoại niệu xử trí vết thương bàng quang, niệu quản (nếu được).

Bài 76: NHAU BONG NON**I. ĐỊNH NGHĨA**

Nhau bong non là trường hợp nhau bám đúng vị trí nhưng bị bong trước khi thai nhi được sổ ra ngoài trong 3 tháng cuối thai kỳ.

II. CHẨN ĐOÁN CÁC THỂ LÂM SÀNG VÀ XỬ TRÍ**1. Nhau bong non thể nhẹ****a. Chẩn Đoán**

- ✧ Đau bụng nhẹ, cơn co tử cung hơi cường tính.
- ✧ Tim thai bình thường hoặc hơi nhanh.
- ✧ Không có dấu hiệu choáng.
- ✧ Siêu âm : khối máu tụ sau nhau.

b. Xử Trí

- ✧ Phá ối – xé rộng màng ối.
- ✧ Theo dõi sát tim thai, cơn co tử cung và sự tiến triển của phần thai.

2. Nhau Bong Non Thể Trung Bình**a. Chẩn Đoán**

- ✧ Đau bụng nhiều cơn co tử cung cường kích.
- ✧ Chiều cao tử cung tăng dần.
- ✧ Tim thai suy.
- ✧ Dấu hiệu choáng nhẹ.
- ✧ Siêu âm : khối máu tụ sau nhau.

b. Xử Trí

- Cổ tử cung có vòng xiết cứng.
- ✧ Thuốc giảm co : Atropin, Spasmaverin.
 - ✧ Cầm máu: Transamin : 0,25g 1 → 2g
 - ✧ Phá ối – xé rộng màng ối.
 - ✧ Hồi sức thai nhi.
 - ✧ Đánh giá trong vòng 30 phút.

Nếu các triệu chứng giảm, tim thai không rối loạn theo dõi sát cuộc chuyển dạ.

* Theo dõi sát sau sanh:

- Sự co hồi tử cung.
- Lượng máu ra âm đạo trong 3 giờ.

Nếu các triệu chứng không giảm hoặc chuyển sang thể nặng thì sau khi hồi sức chuyển ngay bệnh nhân đến tuyến trên.

3. Nhau Bong Non Thể Nặng (HC Courelare)

a. Chẩn Đoán

- ✧ Dấu hiệu choáng nặng.
- ✧ Dấu hiệu thiếu máu nặng.
- ✧ Tử cung go liên tục.
- ✧ Chiều cao tử cung tăng dần.
- ✧ Nước ối đỏ sẫm khi bấm ối.
- ✧ Tim thai không nghe được.
- ✧ Xét nghiệm : giảm các yếu tố đông máu.

b. Xử trí

- ✧ Transamin 0,25g : 2-4g TB hoặc TM thật chậm .
 - ✧ Hồi sức chống choáng.
- * **Chuyển tuyến trên.**

Bài 77: NGHIỆM PHÁP LỘT NGÔI CHỖM

I. ĐỊNH NGHĨA

Nghiệm phát lọt ngôi chỏm là phương pháp đánh giá cuộc sanh bằng cách theo dõi lọt của thai chỉ áp dụng cho ngôi chỏm và trong giai đoạn hoạt động của chuyên dạ.

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp nghi ngờ có bất xứng đầu chậu:

1. Khung Chậu Giới Hạn :

✧ Đường kính nhô hậu vệ $9 \rightarrow 10$ cm.

✧ Đường kính ngang eo giữa ≤ 9 cm.

2. Khung chậu bình thường – thai to.

3. Khung chậu hẹp – thai nhỏ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

✧ Khung chậu hẹp – trọng lượng thai bình thường.

✧ Thai suy.

✧ Vết mổ lấy thai cũ (chống chỉ định tương đối).

IV. ĐIỀU KIỆN

1. Ngôi chỏm .

2. Có chuyên dạ thật sự

✧ Cổ tử cung phải mở > 4 cm .

✧ Cơ co tử cung tốt (Nếu co tử cung không tốt phải tăng co bằng Oxytocin nhỏ giọt tĩnh mạch)

3. Có phòng mổ .

4. Có điều kiện theo dõi sát .

V. CÁCH TIẾN HÀNH

1. Khám xác định : tim thai, cơ co tử cung, ngôi thai, khung chậu.

2. Bấm ối ghi rõ giờ – đề phòng sa dây rốn.

3. Theo dõi thật sát : Cơ co tử cung, tim thai , tình trạng xóa mờ cổ tử cung sự tiến triển của ngôi thai.

4. Nếu sau bấm ối cơn co tử cung thưa hoặc ối đã vỡ mà cơn co tử cung thưa thì tăng Glucose 5% 500ml , Oxytocin 5 đv 1 ống (truyền tĩnh mạch) 10 giọt /phút lúc ban đầu trong 10 phút sau đó chỉnh số giọt để có cơn co tử cung tốt.

VI. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ

1. Trong quá trình theo dõi xảy ra các biến chứng

- ✧ Cơn co tử cung dồn dập dù đã ngưng Oxytocin và thuốc giảm co.
- ✧ Thai suy .
- ✧ Sa dây rốn .

Xử trí : Mổ lấy thai cấp cứu.

2. Nghiệm phát lọt thất bại : khi sau 2 giờ tiến hành khám thấy

- ✧ Cổ tử cung không mở thêm, phù nề, cứng.
- ✧ Ngôi thai vẫn còn cao, không lọt và có bứu huyết thanh.

Xử trí : Mổ lấy thai ngay.

3. Nghiệm pháp lọt có kết quả : khi sau 2 giờ tiến hành khám thấy

- ✧ Cổ tử cung mở thêm ít nhất từ 1 → 2 cm.
- ✧ Ngôi lọt.

Xử trí: tiếp tục theo dõi thêm chuyển dạ có khả năng sinh đường dưới được hoặc sinh thường hoặc sinh giúp (tùy theo chỉ định và điều kiện cụ thể).

Bài 78: NHIỄM KHUẨN HẬU SẢN

I. NHIỄM KHUẨN

Tàng sinh môn, âm hộ, âm đạo cổ tử cung

1. Chẩn Đoán

Thấy rõ vết rách, hoặc chỗ khô bị viêm tấy, sưng mủ rất đau.

2. Điều Trị

- ✧ Rửa bằng dung dịch Betadin sản khoa 1%.
- ✧ Rửa cắt chỉ toàn bộ.
- ✧ Điều trị kháng sinh: Cephalosporine 50-100/kg/24 giờ hoặc β Lactamine 50-100mg/kg/24 giờ.
- ✧ Sinh tố.
- ✧ Khâu thì 2, khi qua thời kỳ hậu sản.

II. VIÊM NỘI MẠC TỬ CUNG:

1. Chẩn Đoán:

- ✧ Xảy ra vào ngày thứ 3-4 sau khi sanh
- ✧ Sản dịch có mùi hôi, có thể sốt,
- ✧ Tử cung co hồi chậm và đau
- ✧ Cổ tử cung hở

2. Điều Trị: Khi chưa có kháng sinh đồ:

- ✧ Cephalosporine 50-100/kg/24 giờ hoặc β Lactamine 50-100mg/kg/24 giờ.
- ✧ Thuốc co hồi tử cung.
- ✧ Nạo buồng tử cung sau khi sử dụng kháng sinh, bảo đảm không sót nhau.

III. VIÊM TỬ CUNG TOÀN BỘ:

1. Chẩn Đoán:

- ✧ Sốt cao thân nhiệt 39^o C – 40^oC, hốc hác, môi khô, lưỡi bẩn.
- ✧ Sản dịch rất hôi, thối đen
- ✧ Tử cung to nắn đau có khi có cảm giác lạ xao như có hơi.

2./ Cận Lâm Sàng:

- ✧ Bạch cầu tăng (đa nhân trung tính tăng)

- ✧ Siêu âm: Cơ tử cung cấu trúc kém sáng không đều

3. Điều Trị

- ✧ Phẫu thuật: cắt tử cung toàn phần.
- ✧ Rửa ổ bụng – dẫn lưu
- ✧ Kháng sinh:
- ✧ Cephalosporine 50-100/kg/24 giờ hoặc β Lactamine 50-100mg/kg/24 giờ.
Metronidazol: 0,5g 100ml x 2 / ngày TTM XXX g/ph.

IV. VIÊM PHỨC MẠC CHẬU

1. Chẩn Đoán

- ✧ Xuất hiện có khi 3 ngày sau sanh hoặc muộn hơn 7 \rightarrow 15 ngày.
- ✧ Sốt cao 39 độ C \rightarrow 40 độ C mạch nhanh có cơn rét run, có dấu hiệu nhiễm khuẩn nặng
- ✧ Có hội chứng giả ly.
- ✧ Tử cung to, đau, cổ tử cung hở, túi cùng sau đau.

2. Cận Lâm Sàng

- ✧ Bạch cầu tăng (đa nhân trung tính tăng)
- ✧ Siêu âm: Khối hồi hỗn hợp cùng đồ sau

3. Điều trị

- * Kháng sinh liều cao: phối hợp thuốc
- ✧ Cephalosporine 50-100/kg/24 giờ hoặc β Lactamine 50-100mg/kg/24 giờ.
- ✧ Aminoglycoside 1 x 2 ống / ngày x (7 \rightarrow 10 ngày)
- ✧ Metronidazol 0,5g 100 ml x 2 TTM.
- Hoặc Cefotaxim: 1 \rightarrow 2g/ngày x 7 \rightarrow 10 ngày + Aminoglycoside + Metronidazol
- ✧ Trợ sức – Sinh tố.

* Nếu có ổ mũ: dẫn lưu mũ qua túi cùng douglas

* **Nếu không đáp ứng: chuyển tuyến trên**

V. VIÊM PHỨC MẠC TOÀN BỘ:

1. Chẩn Đoán:

Xảy ra sau khi sanh 3 \rightarrow 4 ngày.

- ✧ Sốt cao 39 độC \rightarrow 40 độ C mạch nhanh

- ✧ Tình trạng nhiễm khuẩn.
- ✧ Bụng chướng, phản ứng phúc mạc dương tính
- ✧ Tử cung co hồi chậm, sản dịch hôi có mũ màu Sôcôla
- ✧ Tiêu chảy.

2. Cận Lâm Sàng:

- ✧ Bạch cầu tăng (đa nhân trung tính tăng)
- ✧ Siêu âm: dịch ổ bụng.

3. Điều Trị:

- Phẫu thuật cắt tử cung toàn phần.
 - Khi phẫu thuật lấy dịch mũ làm kháng sinh đồ.
 - Rửa ổ bụng, đặt ống dẫn lưu 2-3 ống ở vùng góc gan, lách, cùng đồ douglas.
 - Khi chưa có kháng sinh đồ: phối hợp thuốc
 - + Cephalosporine 50-100/kg/24 giờ hoặc β Lactamine 50-100mg/kg/24 giờ.
 - Hoặc Aminoglycoside 1 x 2 ống / ngày (7 \rightarrow 10 ngày)
 - Hoặc Metronidazol 0,5g 100ml x 2 TTM
 - Hoặc Cefotaxim: 1 \rightarrow 2g/ngày x 7 \rightarrow 10 ngày + Aminoglycoside + Metronidazol
 - + Hồi sức trước và sau khi phẫu thuật.
 - + Truyền dịch, truyền máu.
- * Nếu không đáp ứng: chuyển tuyến trên.*

Bài 79: VIÊM ĐƯỜNG SINH DỤC

I. VIÊM SINH DỤC DƯỚI:

A. VIÊM ÂM HỘ:

1. Giang mai:

a. Lâm sàng:

- Giang mai thời kỳ I: Chancre giang mai: là một vết loét tròn, bờ cứng hơi gờ cao trên một nền đỏ ửng, không đau, kèm với hạch bẹn.

- Giang mai thời kỳ II: Condyloma latum: là những chồi sùi, tròn, dính thành từng đám bờ cứng, bề mặt ẩm, tiết dịch màu xám hoại tử, kèm hạch bẹn viêm.

- Giang mai thời kỳ III: Ø Gôm (Gumma) giang mai: là một nốt chồi loét, có thể đau và phù nề do bội nhiễm, không có hạch. Vi trùng có thể vào cơ, xương, nội tạng, thần kinh gây đau đớn, nhức đầu, mất trí, mù mắt...

b. Xét nghiệm: Huyết thanh như VDRL, FTA hoặc tìm *Treponema pallidum* trong bệnh phẩm lấy từ chancre hoặc từ hạch bẹn.

c. Điều trị:

- Giang mai thời kỳ I: Benzathine Penicillin G 2,4 triệu đv IM 1 liều duy nhất.

- Giang mai thời kỳ II: Benzathine Penicillin G 2,4 triệu đv IM 1 lần/ 1 tuần x 3 tuần liên tiếp.

- Giang mai thời kỳ III: theo dõi và điều trị tại chuyên khoa da liễu.

2. Lộ:

a. Lâm sàng:

Tiểu khó, gắt, nóng, xót, đau, ngứa...; huyết trắng vàng xám, sệt hôi; niêm mạc âm đạo đỏ rực; có mủ lỗ niệu đạo. Ngoài ra vi trùng còn gây viêm hoặc áp-xe tuyến Skène, tuyến Bartholin.

b. Xét nghiệm: soi tươi, nhuộm Gram, cấy dịch lấy từ lỗ tiểu, các tuyến Skène và Bartholin, cổ tử cung thấy có vi trùng lộ.

c. Điều trị: cho người bệnh và cả người phối ngẫu.

Cefotaxime 1g IV(1 liều duy nhất) hoặc Ciprofloxacin 0,5g (u) (1 liều duy nhất).

Phụ nữ có thai và cho con bú: Erythromycin 0,5g 1viên x 4lần/ngày x 14 ngày.

Đối với áp-xe tuyến Skène hoặc áp-xe tuyến Bartholin: rạch dẫn lưu ổ mủ + may viền mép và cho một trong các loại kháng sinh trên (nếu nguyên nhân do lậu) với thời gian từ 5-7 ngày.

3. Mông gà:

a. Lâm sàng:

Những chồi sùi mềm màu trắng dính thành từng chùm và trải đầy trên âm hộ, âm đạo, cổ tử cung gây ngứa và tăng huyết trắng âm đạo.

b- Điều trị:

- Bôi Podophyllin 20-50% (không dùng cho phụ nữ mang thai) hoặc acid trichloroacetic. Có thể điều trị 3-4 đợt, mỗi đợt cách nhau 15 ngày.

- Với những tổn thương nhiều lan rộng hoặc sau khi bôi thuốc tại chỗ không hiệu quả thì phải đốt điện với gậy tê tại chỗ.

4. Herpes âm hộ: Do Herpes Simplex virus type 2

a. Lâm sàng:

Những mụn nước nhỏ mọc từng cụm, rất đau, có thể kèm hạch bẹn, tiểu khó và rát. Khi mụn nước vỡ ra trở thành các vết loét nhỏ, rất dễ bội nhiễm

b. Điều trị:Acyclovir (Zovirax) 0,2g: 3 viên/ngày x 10 ngày.

5. Do tạp khuẩn không đặc hiệu:

a. Lâm sàng:

Âm hộ đỏ, đau, ngứa ít; huyết trắng nhiều ,sậm màu, hôi

b. Xét nghiệm: soi tươi, nhuộm Gram,cấy huyết trắng thấy tạp khuẩn.

c. Điều trị:

- Ampicilline 0,5g: 1v x 3lần/ngày x 7-10 ngày hoặc

- Cefotaxim 1g-2g/ngày x 7 – 10 ngày tùy mức độ bệnh + rửa âm hộ với

Betadine solution Gynécologique.

6. Viêm âm hộ ở người già:

- a. Lâm sàng: ngứa rất âm hộ, giao hợp đau, có thể rớm máu nếu bị loét.
- b. Điều trị: Bôi Estrogen tại chỗ như: Ovestine Crème, Colpotrophine, Gel Oestrogel 1 lần/ngày x 2 tuần. Có thể thêm kháng sinh nếu có bội nhiễm.

7. Viêm âm hộ dị ứng:

- a. Lâm sàng: Huyết trắng tăng, ngứa, vùng da tương ứng bị đỏ lên.
- b. Điều trị: Loại trừ các tác nhân gây dị ứng + thuốc kháng histamin.
- * Nếu nặng bôi thêm kem hydrocortisone tại chỗ.

8. Viêm âm hộ do nấm và Trichomonas: xem trong phần viêm âm đạo.

B. VIÊM ÂM ĐẠO:

1. Do Trichomonas:

a. Lâm sàng:

Huyết trắng màu vàng xanh, loãng, nhiều bọt, hôi. Cảm giác đau nóng âm đạo, ngứa, giao hợp đau. Âm đạo viêm đỏ, có những lốm tằm đỏ sậm (hình ảnh trái dâu tây).

b. Xét nghiệm: Soi tươi huyết trắng thấy Trichomonas

c. Điều trị: bắt buộc cho người bệnh và cả người phối ngẫu.

Metronidazole 0,25g/v: 2g (u) liều duy nhất hoặc 3v/ ngày x 7 ngày...

Nên điều trị thêm một đợt thứ hai sau 2-3 tuần.

* Nếu dùng viên Megyna đặt âm đạo (phụ nữ mang thai nên dùng cách này):
1v/ngày x 15 ngày.

2. Do nấm Candida albicans:

a. Lâm sàng:

Huyết trắng sánh đặc, màu trắng lợn cợn, đóng thành mảng như váng sữa, gây ngứa rất nhiều, giao hợp đau. Nếu cấp tính: âm hộ, âm đạo đỏ rực; nếu mãn tính âm hộ sừng hóa hoặc Eczéma đỏ.

b. Xét nghiệm: Soi tươi huyết trắng tím nấm.

c. Điều trị:

- Thuốc uống: Nystatine 500.000đv : 2-6v/ngày x 15-21 ngày..

- Thuốc đặt âm đạo như:

Clotrimazole (Clomaz, Canesten) 100mg : 1v/đêm x 6 đêm

Hoặc Nystatine(Mycostatine) 100.000đv : 1v/đêm x 14 đêm...

- Thuốc rửa: dung dịch có tính kiềm (Natribicarbonat).

Lưu ý: Tránh dùng thuốc uống trị nấm trong thai kỳ. Đối với những bệnh nhân tái nhiễm nhiều lần nên cho người giao phối bôi thuốc trị nấm lên cơ quan sinh dục.

3. Do Gardnerella vaginalis:

a. Lâm sàng:

Huyết trắng nhiều, màu xám, mùi rất hôi tanh. Niêm mạc âm đạo không viêm rõ.

b. Xét nghiệm: Lấy huyết trắng nhỏ KOH 10% sẽ bốc mùi hôi giống cá thối.

c. Điều trị:Giống điều trị Trichomonas.

C. VIÊM CỔ TỬ CUNG:

1. Viêm cấp CTC:

a. Lâm sàng: Huyết trắng nhiều, vàng sánh như mũ kèm đau trần bụng dưới; CTC phù nề đỏ rực, giao hợp đau, thường kèm viêm âm đạo.

b. Điều trị: theo nguyên nhân giống như viêm âm đạo.

2. Viêm mạn CTC:

a. Lâm sàng: Huyết trắng vàng đặc, cảm giác trần nặng bụng dưới.Có thể xuất huyết sau giao hợp, rối loạn đường tiêu. CTC đỏ sần sùi nhiều hạt, dễ chảy máu khi chạm.

b. Điều trị: Nếu đã điều trị kháng sinh nhiều đợt không khỏi, cần đốt điện CTC, khoét chóp hoặc cắt đoạn CTC.

II- VIÊM SINH DỤC TRÊN:

A. VIÊM NỘI MẠC TỬ CUNG:

1. Lâm sàng: thường xảy ra sau sanh, sau phá thai nhiễm trùng, sau khi làm thủ thuật.

- Cấp tính: Sốt cao, mạch nhanh, đau hạ vị từng cơn, ra máu âm đạo màu đỏ sẫm mùi hôi; khám:tử cung to, mềm, đau. Diễn tiến sớm đưa đến viêm phúc mạc chậu, rồi viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm khuẩn huyết và có thể đưa đến tử vong nếu không được điều trị sớm.

- Mãn tính: Đau trần hạ vị, đau lưng, thống kinh, rong kinh, rối loạn kinh nguyệt. Khám thấy tử cung nhỏ, di động kém, đau thốn ít.

2. Xét nghiệm: Trường hợp cấp tính Công thức máu: BC tăng cao; cấy cấy dịch CTC, cấy máu làm kháng sinh đồ.

3. Điều trị:

Cấp tính: Kháng sinh liều cao qua đường TM (tùy theo nguyên nhân, thường dùng phối hợp : Cefotaxim + Gentamycine + Metronidazole) ít nhất từ 7-10 ngày + bồi hoàn nước – điện giải. Nạo kiểm tra buồng tử cung nếu nghi ngờ sót nhau.

Nếu diễn biến lâm sàng không tốt cần phẫu thuật cắt tử cung.

Mãn tính: Điều trị kháng sinh thường ít có hiệu quả. Thường dùng Doxycycline 0,1g : 1v x 2 lần/ngày x 1-3 tuần.

B. VIÊM PHẦN PHỤ

1. Viêm phần phụ cấp:

a. Lâm sàng: sốt cao, đau 2 bên hố chậu kéo dài, có thể rong huyết, rối loạn tiêu hoá hay rối loạn tiết niệu. Khám thấy có một vùng nề cạnh tử cung, một hoặc hai bên, chạm đau.

b. Xét nghiệm: CTM: BC tăng, VS tăng.

c. Điều trị:

- Doxycycline 0,1g 2 lần/ngày x 10 ngày + Metronidazole 1g chia làm 2 lần/ngày x 10 ngày (uống hoặc chích TM tùy mức độ trầm trọng của bệnh)

- Hoặc Augmentine + kháng sinh nhóm cycline.

- Hoặc Ampicilline 2g/ngày + kháng sinh nhóm cycline + Metronidazole

- Hoặc Quinolone thế hệ mới + Metronidazole.

2. Viêm phần phụ mãn:

a. Lâm sàng: tử cung hơi to, di động kém, hai phần phụ nề đau thốn. Có thể có ứ dịch tại vòi một hoặc hai bên.

b. Điều trị: kháng sinh ít có hiệu quả. Trường hợp nặng tái phát nhiều lần gây trở ngại cho sinh hoạt của bệnh nhân phải phẫu thuật.

C. VIÊM PHỨC MẠC CHẬU DO VIÊM TỬ CUNG PHẦN PHỤ:

1. Lâm sàng: Sốt cao, vè mặt nhiễm trùng, lưỡi dơ. Đau nhiều vùng hạ vị và hai bên hố chậu. Có thể có tiêu chảy, tiêu lắc nhấc...Khám thấy có phản ứng dội, có đề kháng vùng bụng dưới, bụng gồng, di động tử cung đau, hai bên cạnh tử cung nề đau, có thể có khối nề giới hạn không rõ cạnh tử cung. Nếu bệnh nhân đến muộn có thể bị viêm phúc mạc toàn bộ.

2. Xét nghiệm: CTM: BC tăng, VS tăng.

3. Điều trị:

- Thường dùng : khởi đầu: Cefotaxim 1g –3g /ngày x 7-10 ngày (TM) + Gentamycine (TB) + Metronidazole (TM). Tùy đáp ứng của bệnh nhân mà những ngày sau ta tiếp tục dùng kháng sinh trên cho đủ 2-3 tuần hoặc đổi kháng sinh theo kháng sinh đồ.

- Cần nâng đỡ tổng trạng bệnh nhân và sử dụng thêm thuốc kháng vêm.

- Nếu có ổ mủ đọng ở cùng đồ sau -> dẫn lưu ổ mủ qua ngã âm đạo.

- Phẫu thuật khi:

+ Viêm phúc mạc không đáp ứng với kháng sinh sau 24 - 48 giờ

+ Viêm phúc mạc toàn bộ.

+ Không loại trừ được viêm phúc mạc do những nguyên nhân khác, nhất là viêm phúc mạc ruột thừa.

Phẫu thuật triệt để là cắt tử cung toàn phần và 2 phần phụ, dẫn lưu ổ bụng. Đối với phụ nữ trẻ: giữ lại 2 buồng trứng nếu chưa nhiễm trùng quá nặng. Nếu áp-xe tai vòi một bên có thể chỉ cắt phần phụ bên đó.

Bài 80: VIÊM TAI GIỮA CẤP

1./TRIỆU CHỨNG:

- Thường gặp ở trẻ em.

- Đau sâu trong tai.

- Sốt.

- Khám: • Màng nhĩ đỏ, xung huyết cán búa
 • Màng nhĩ phồng hoặc có thể có mức dịch.

2./ĐIỀU TRỊ:

a-Kháng sinh:

- ❖ Amoxicilline: 30-50mg/kg/ngày (Trẻ em: 40 mg/kg/ngày), hoặc
- ❖ Cefuroxim : 750mg-1,5g/8 giờ (Trẻ em: 20-30 mg/kg/ngày), hoặc
- ❖ Augmentin: 40-50mg/kg/ngày, (Trẻ em: 40-50 mg/kg/ngày) hoặc
- ❖ Spiramycin: 3M UI/ 12 giờ, (Trẻ em: 150.000 UI/kg/ngày), hoặc
- ❖ Ciprofloxacin: 200-600mg/ mỗi 12h
- ❖ Pénicilline V: 100.000-200.000UI/kg/ngày,(Trẻ em:25-50mg/kg/ngày)

b-Kháng viêm:

- ❖ Prednisone 1-2mg/kg/ngày, hoặc
- ❖ Alphachymotrypsin 2 viên x 2(u)/ ngày

c-Kháng Histamine:

- ❖ Clopheniramin 4mg 1-2v/ngày hoặc
- ❖ Cezil 10mg 1v/ngày.

d-Giảm đau:

- ❖ Acetaminophene 15-20mg/kg/ngày

e-Thuốc nhỏ tai:

- ❖ Coll Ciprofloxacin 0,3% 4 giọt/lần 3-4 lần/ngày

Bài 81: VIÊM HỌNG CẤP

I./TRIỆU CHỨNG:

- Sốt.
- Nuốt đau: • Bé nhỏ, bỏ bú bỏ ăn.
- Ho
- Khám: • Thành sau họng đỏ.
• Amygdal đỏ to, trụ trước, sau amygdale nề đỏ.
• Hạch góc hàm (±).
- Công thức máu: BC bình thường hoặc tăng.

II./ĐIỀU TRỊ:

1- Kháng sinh:

- ❖ Amoxicilline: 30-50mg/kg/ngày (Trẻ em: 40 mg/kg/ngày), hoặc
- ❖ Cefuroxim : 750mg-1,5g/8 giờ (Trẻ em: 20-30 mg/kg/ngày), hoặc
- ❖ Augmentin: 40-50mg/kg/ngày, (Trẻ em: 40-50 mg/kg/ngày) hoặc
- ❖ Spiramycin: 3M UI/ 12 giờ, (Trẻ em: 150.000 UI/kg/ngày), hoặc
- ❖ Ciprofloxacin: 200-600mg/ mỗi 12h
- ❖ Pénicilline V: 100.000-200.000UI/kg/ngày,(Trẻ em:25-50mg/kg/ngày)

2- Kháng viêm: Prednisone 1mg/kg/ngày, hoặc Alphatrymotrypsin 2 viên x 2(u)/ ngày

3- Giảm đau-hạ nhiệt: Acétaminophen: 15-20mg/kg/ngày.

4- Điều trị triệu chứng:

- Giảm ho: Terpin codein 1 viên x 2 (u)/ ngày, hoặc
Toplexin 1 viên x 2 (u)/ ngày.

5- Nâng thể trạng:

- ❖ Tăng cường nghỉ ngơi
- ❖ Ăn lỏng giàu năng lượng
- ❖ Uống nhiều nước đun sôi để nguội hoặc nước trái cây
- ❖ Vitamin C

Bài 82: DỊCH VẬT ĐƯỜNG THỞ

I./ LÂM SÀNG:

- Bệnh nhi đến nhập viện với hội chứng xâm nhập: ho sặc sụa, tím tái hoặc khó thở thanh quản (thở chậm thì hít vào, có tiếng rít, có kéo các cơ hô hấp phụ)
- Dịch vật bị hóc có thể là động vật như xương cá hoặc thực vật như hạt đậu phộng, hạt dưa...
- Khám lâm sàng: rì rào phế nang giảm hoặc mất một bên phổi có dịch vật, có thể nghe tiếng lật phật cò bay, đa số dị vật thường khu trú bên phế quản phải.

II./ CẬN LÂM SÀNG:

- Các xét nghiệm thường qui: máu, nước tiểu.

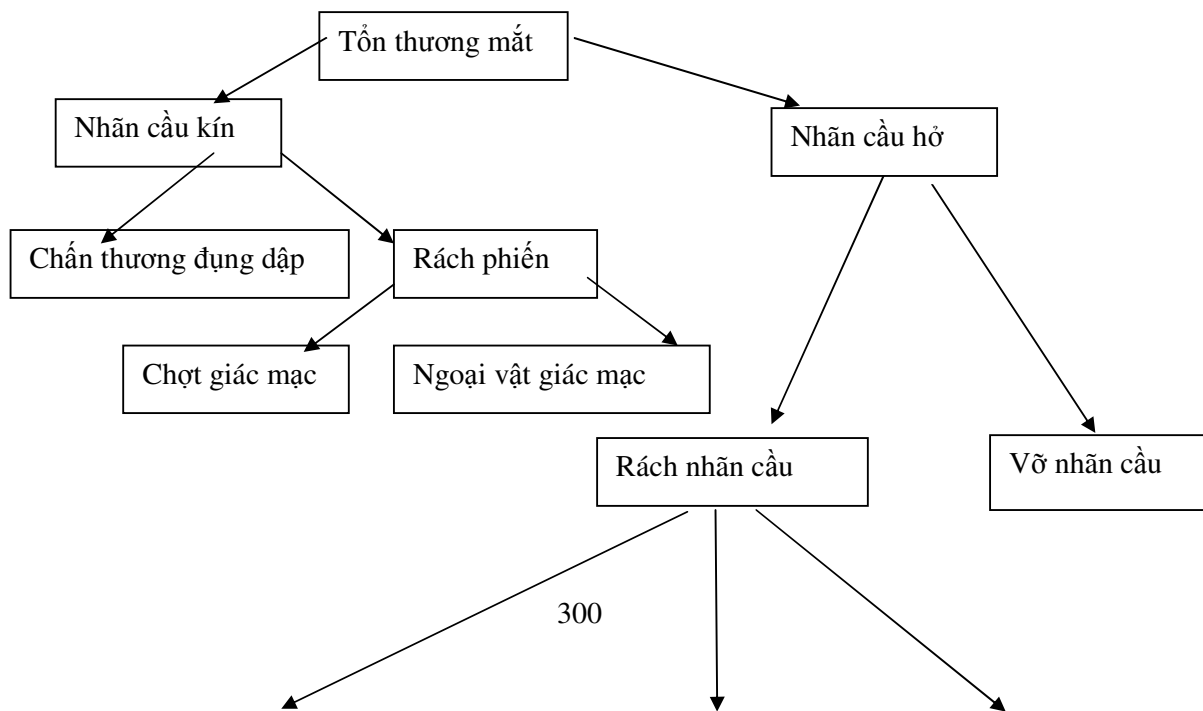
- X-quang tim phổi thẳng :có thể thấy dấu hiệu gián tiếp của dị vật đường thở (xẹp phổi một bên hoặc hình ảnh khí phế thũng).

III./ XỬ TRÍ:

- Nếu khó thở thanh quản độ II,độ III phải mở khí quản cấp cứu để giúp thở và nhanh chóng chuyển an toàn về tuyến trên.

Bài 84: CHẤN THƯƠNG MẮT

A/- PHÂN LOẠI CHẤN THƯƠNG MẮT :



Vết thương xuyên chột

Ngoại vật nội nhãn

Vết thương xuyên thấu

B/-CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ:

I/. Chột giác mạc :

1. Chẩn đoán :

- Dựa vào tiền sử chấn thương , mắt bị kích ứng
- Giác mạc bị trầy xước hoặc mất phần biểu mô giác mạc

2. Điều trị :

- Rửa sạch giác mạc bằng Chloramphenicol 0,4% , băng ép trong 24 giờ
- Kháng sinh phòng bội nhiễm : 3 ngày – 1 tuần
 - + Ampicillin 0,5 g , 1 viên x 3 lần/ngày (uống)
 - + Nhỏ mắt Col. Chloram 0,4% x 6 lần /ngày.

II/. Ngoại vật giác mạc :

1. Nguyên nhân : (Mảnh kim loại , chất rỉ sắt , bụi ...)

2. Điều trị :

- Lấy dị vật ra
- Nhỏ Col. Dicain 0,5% , chờ 5 – 10 phút sau , dùng kim 18 vát về phía ngoại vật để lấy ra , cạo chất rỉ sét xung quanh nếu có
- Dùng thuốc kháng sinh như trường hợp chột giác mạc
- Chống chỉ định dùng Corticoide

III/. Chấn thương đục dấp: chuyển tuyến trên

IV/- Vết thương xuyên giác mạc : chuyển tuyến trên

V/- Ngoại vật nội nhãn: chuyển tuyến trên

Bài 85: ZONA

I/. TRIỆU CHỨNG VÀ LÂM LÀNG

- Thời kỳ ủ bệnh từ 7 -12 ngày.
- Bắt đầu bằng cảm giác rát bỏng và đau ở vùng da sẽ nổi mụn nước, có thể sốt, đau đầu, ớn lạnh. Sau đó xuất hiện những mụn nước nổi thành chùm trên nền hồng ban. Mụn nước lúc đầu trong sau đó đục rất nhanh, có lõi ở trung tâm. Có khi các mụn nước gom lại thành bóng nước, bóng mũ và vỡ ra đóng mào. Có thể xuất huyết hoại tử, loét nơi có mụn, bóng nước. Vết loét này lành mau sau vài tuần, để lại sẹo tăng sắc tố.

- Tình trạng bóng nước xuất huyết, hoại tử thường gặp ở người già suy dinh dưỡng.

- Khi tổn thương xuất hiện thì triệu chứng đau và các triệu chứng khác như nóng sốt giảm dần. Niêm mạc cũng có thể bị như bên trong miệng và âm hộ. Thương tổn thường ở một bên cơ thể không vượt qua đường giữa. Trường hợp hiếm, bệnh có thể ở hai bên do các nhánh nổi thần kinh.

- Hạch lân cận thường to và đau.

- Vị trí: Gặp nhiều nhất ở ngực (theo dây thần kinh liên sườn) sau đó là cổ, mặt (theo dây thần kinh số V), vùng lưng thiêng (theo dây thần kinh tọa).

II/.THỂ LÂM SÀNG

1 Theo vị trí

- Zona trán.

- Zona mắt: Đây là bệnh nặng vì mọc mụn nước ở giác mạc, có thể đưa đến loét giác mạc gây mù.

- Zona ngực: Dọc theo các khoản liên sườn.

- Zona cổ.

- Zona thắt lưng: Ở bụng, sinh dục, đùi, hay dọc theo dây thần kinh Tọa.

- Zona xương cụt: Ở mông, hội âm hay cơ quan sinh dục ngoài.

- Zona miệng-hầu: Ở thành sau lưỡi, amygdale, cột trụ hay thành sau bên của hầu, gây khó nuốt.

2 Theo hình thái học

- Zona xuất huyết.

- Zona hoại thư.

- Zona lan tỏa: Thường gặp ở người suy giảm miễn dịch, thương tổn gần giống bệnh thủy đậu và có xuất huyết hoại tử. Nội tạng có thể bị ảnh hưởng, nhất là phổi đôi khi gây tử vong.

III. DI CHỨNG VÀ BIẾN CHỨNG

- Đau nhức dữ dội thường xảy ra ở người già, đau từng cơn hay liên tục và rất dai dẳng, khó điều trị.

- Mắt: Trong trường hợp Zona mắt, vùng phân bố của dây thần kinh sinh ba có mí mắt sưng, kết mạc sung huyết, giác mạc thường chỉ bị kích thích nhẹ. Trong trường hợp nặng có thể loét giác mạc đưa đến sẹo giác mạc về sau. Nguy hiểm hơn là khi có tổn thương nội nhãn cầu có thể mù mắt.

IV/. CHẨN ĐOÁN

* Chẩn đoán (+) dễ, dựa vào lâm sàng là chính.

* Chẩn đoán phân biệt:

- Herpes: Chùm mụn nước nhỏ, thường ở quanh lỗ thiên nhiên, ít đau hơn và hay tái phát.

- Chốc: Bóng nước vỡ nhanh, đóng mào mật ong, rải rác ở đầu, mặt, cổ.

- Đau do bệnh lý ở tim: Zona liên sườn trái ở người lớn tuổi, nhất là giai đoạn đầu chưa nổi thương tổn da, cần phân biệt với cơn đau do bệnh lý mạch vành.

V/. ĐIỀU TRỊ

- Tại chỗ: Rửa bằng thuốc tím pha loãng 1/10.000 hay nước muối pha dung dịch màu (Eosin 2%, Milian).

- Giảm đau: Thuốc giảm đau Acetaminophen, kháng viêm không steroid, thuốc giảm đau ngoại biên kết hợp giảm đau trung ương như:

Paracetamol 0.5g 1v x 2 (u)

- Thuốc kháng siêu vi:

+ Người lớn: Acyclovir 800mg x 5 lần/ngày x 7 ngày, uống.

+ Trẻ em: Acyclovir 20mg/kg x 4 lần/ngày x 7 ngày, uống.

- Điều trị biến chứng:

+ Bội nhiễm: Chăm sóc tại chỗ kết hợp với kháng sinh uống phổ rộng hoặc theo KS đồ.

+ Đau sau Zona:

- Gabapentin: 300mg - 900mg/ngày
- Carbamazepin: Dễ gây nhiễm độc da
- Thuốc giảm đau khác: Idarac, Diantalvic.

+ Thương tổn mắt: Nên khám chuyên khoa mắt ở bệnh nhân Zona thần kinh Sinh ba (V) để phát hiện tổn thương mắt để xử trí kịp thời.

- Phòng ngừa những cơn đau nhức:

+ Acyclovir ngay từ những giờ đầu.

+ Dùng corticoid sớm và ngắn hạn, đặc biệt ở người lớn tuổi. Chống chỉ định: Nhiễm khuẩn cấp hay bán cấp, cao huyết áp, tiểu đường, bệnh về máu.

Bài 86: HERPES**I/. LÂM SÀNG****1. Triệu chứng**

Bệnh nhân có cảm giác nóng rát sau đó xuất hiện một mảng hồng ban trên có mụn nước. Các mụn nước trong, nhỏ bằng đầu kim mọc thành chùm, có khi hình ảnh các mụn nước có bờ đa cung nhỏ. Dịch trong mụn nước sẽ trở nên đục, vỡ ra và đóng mào, khi mào mất đi sẽ không để lại sẹo. Thương tổn có thể xuất hiện ở mọi vị trí, da cũng như niêm mạc và có thể kèm theo triệu chứng toàn thân như sốt, nổi hạch lân cận.

2. Tiến triển

Bệnh lành tính, kéo dài 1 - 2 tuần thì khỏi nhưng hay tái phát. Yếu tố thuận lợi cho tái phát là lạnh, nhiễm khuẩn, mệt mỏi, chấn thương tâm lý, cơ học, ánh sáng mặt trời. Bệnh tái phát thường xuất hiện sau một rối loạn tiêu hóa, một bệnh phổi, một tình trạng nhiễm độc, các bệnh gây sốt, thời kỳ kinh nguyệt. Bệnh thường tái xuất hiện ở vị trí cũ và không có triệu chứng toàn thân đi kèm.

III. CÁC DẠNG LÂM SÀNG

- Herpes ở miệng lợi: Có thể gây khó chịu, khó nuốt.
- Herpes ở mắt: Gây viêm kết mạc, tiên lượng xấu nếu không điều trị kịp thời.
- Herpes sinh dục:
 - + Ở nam: Có thể gây bán hẹp da qui đầu.
 - + Ở nữ: Biểu hiện là tình trạng viêm âm đạo-âm hộ cấp tính, rất đau, kèm sốt cao và suy kiệt.
- Herpes viêm màng não: Có hội chứng màng não + Herpes.
- Herpes ở trẻ sơ sinh rất hiếm gặp (1/3.000-1/5.000) nhưng nặng. Trẻ nhiễm virus từ mẹ bị Herpes qua đường tử cung và lúc sinh (80%) có 2 dạng thương tổn:
 - + Dạng lan tỏa (10%) tổn thương đa cơ quan như gan, thận, tuyến thượng thận, phổi, đi kèm viêm não trong ½ trường hợp. Thường không có thương tổn da (50-80%) và hơn 80% tử vong nếu không điều trị.
 - + Dạng tổn thương thần kinh (viêm não - màng não) mắt và da niêm.

- Herpes ở phụ nữ có thai có thể gây dị dạng cho thai nhi hoặc nhiễm cho thai khi sinh.

- Herpes ở người bị nhiễm HIV: Bệnh thường tái phát nhiều lần, tiến triển kéo dài.

III. CẬN LÂM SÀNG

Không có giá trị chẩn đoán, chủ yếu dùng trong nghiên cứu hoặc tham khảo thêm.

1. Phương pháp nhanh

- Xét nghiệm tế bào học Tzank: Cạo sàn mụn nước, nhuộm Giemsa, thấy hình tế bào biểu mô phù nề có nhân không lồ.

- Miễn dịch huỳnh quang: Tìm kháng thể đơn clone, đặc hiệu và nhanh (1-2 giờ) cho phép phân biệt được HSV-1 và HSV-2.

- Kính hiển vi điện tử: ít sử dụng do đắt tiền và không phân biệt được HSV và các herpes virus khác.

2 Cây virus: Chỉ để tham khảo

3 Phát hiện DNA virus bằng kỹ thuật PCR đặc hiệu và rất nhạy cảm, dùng trong chẩn đoán viêm não herpes.

4 Huyết thanh chẩn đoán: Chỉ có giá trị trong trường hợp sơ nhiễm. Hiệu giá kháng thể tăng 4 lần và cách nhau 2 tuần thì mới có giá trị chẩn đoán.

IV. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định:

- Mụn nước mọc thành chùm trên nền hồng ban.

- Hay tái phát

2. Chẩn đoán phân biệt

- Zona: Rất đau, ở một bên cơ thể.

- Chốc: Có mào vàng mật ong

- Săng Giang mai: Không đau.

- Săng Hạ cam mềm: Có bờ đôi.

- Aphthae ở miệng và lưỡi: Thương tổn này to hơn và nông hơn, có màu bờ tươi.

V/. ĐIỀU TRỊ

1. Tại chỗ

- Thuốc kháng virus tại chỗ: Acyclovir chỉ có tác dụng trong giai đoạn hồng ban.

- Chống chỉ định dùng corticoid bôi tại chỗ.

2. Toàn thân

- Kháng sinh toàn thân chống bội nhiễm.

- Tăng sức đề kháng: Vitamin C liều cao.

- Thuốc chống siêu vi: Tác dụng tương đối.

2.1 Điều trị cắt cơn:

* **Herpes sinh dục nguyên phát:**

- Acyclovir 400mg x 3 lần/ ngày x 7-10 ngày. hoặc

- Acyclovir 200mg x 5 lần/ ngày x 7-10 ngày.

* **Herpes sinh dục tái phát:**

- Acyclovir 400mg x 3 lần/ ngày x 5 ngày. hoặc

- Acyclovir 200mg x 5 lần/ ngày x 5 ngày. Hoặc

- Acyclovir 800mg x 2 lần/ ngày x 5 ngày.

2.2 Điều trị ức chế: Giảm tần suất cơn tái phát và sự lây lan virus không triệu chứng.

Chọn lựa khi:

- Ảnh hưởng đến chất lượng sống.

- Xáo trộn tâm lý, tâm lý tình dục, tâm lý xã hội.

- Cơn tái phát thường xuyên hay nặng.

+ Acyclovir 400mg x 2 lần/ ngày x 3-6 tháng, có thể kéo dài 1 năm.

3. Phòng ngừa tái phát

- Tránh các yếu tố thuận lợi.

- Dự phòng bằng bao cao su (đối với Herpes sinh dục) nhằm giảm lây truyền trong giai đoạn bài tiết virus không triệu chứng.