Số: 455/QĐ-TTYT
Thời gian ký: 2026-08-12T16:10:40+07:00

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ
TRUNG TÂM Y TẾ KRÔNG PA

(Ban hành theo Quyết định số: /QĐ- TTYT, ngày 12 tháng 8 năm 2026)

PHÒNG KẾ HOẠCH-NGHIỆP VỤ, ĐIỀU DƯỠNG & TRUYỀN THÔNG GDSK	Hội đồng Khoa học- Kỹ thuật	Người phê duyệt
Phó Trưởng phòng	**Chủ tịch Hội đồng**	**GIÁM ĐỐC**
Bs Chu Đức Dực	**Bs Nguyễn Minh Hiền**	**Bs Trương Thanh Liêm**

1. Các cá nhân có liên quan phải nghiên cứu và thực hiện đúng các nội dung trong Phác đồ này.

2. Nội dung trong Phác đồ này có hiệu lực thi hành kể từ ngày ký Quyết định.

NƠI NHẬN:

1. Ban giám đốc;
2. Phòng Kế hoạch - Nghiệp vụ, Điều dưỡng, Truyền thông và GDSK;
3. Khoa Khám bệnh, Cấp cứu - Hồi sức tích cực và Chống độc;
4. Khoa Nội, Nhi, Truyền nhiễm;
5. Khoa Ngoại, Phẫu thuật - Gây mê hồi sức, Chăm sóc sức khỏe sinh sản và Phụ sản, Răng hàm mặt - Mắt - Tai mũi họng.

PHẦN I: CẤP CỨU & HỒI SỨC

CẤP CỨU NGỪNG TUẦN HOÀN - HÔ HẤP

MÃ ICD 10: I46

I. ĐẠI CƯƠNG

Cấp cứu ngừng tim - hô hấp là cả một quá trình liên tục và khẩn trương, bao gồm các biện pháp hồi sinh cơ bản, hồi sinh nâng cao và săn sóc sau hồi sinh.

Các hình thức ngưng tim: rung thất, nhanh thất mất mạch, vô tâm thu, hoạt động điện vô mạch (phân ly điện - cơ).

II. LÂM SÀNG

- Mất ý thức đột ngột ở bệnh nhân đang tỉnh.
- Ngưng thở đột ngột.
- Mất mạch cảnh, bẹn.
- Đồng tử dãn to, cố định không phản xạ ánh sáng.
- Tái nhợt hoặc tím ngắt.

III. HỒI SINH TIM PHỔI CƠ BẢN

1. Khai thông đường thở và kiểm tra hô hấp

- Đặt bệnh nhân trên nền cứng và tư thế nằm ngửa.
- Khai thông đường thở và đánh giá nhịp thở.
- Quan sát, lắng nghe và cảm nhận <10 giây, nếu bệnh nhân không thở thì tiến hành hỗ trợ hô hấp bóp bóng qua mask.

2. Kiểm tra dấu hiệu tuần hoàn

- Kiểm tra mạch cảnh trong 10 giây.
- Nếu có mạch và ngừng thở thì hỗ trợ thông khí và kiểm tra mạch mỗi 10 phút.
- Nếu không có mạch và ngừng thở thì tiến hành hồi sinh tim phổi ngay lập tức.

3. Hồi sinh tim phổi

- Nhấn nhanh và mạnh ở vị trí ngang đường núm vú hoặc phần dưới của xương ức, biên độ 5cm.
- Tỷ lệ 30:2. Nếu đã đặt NKQ thì nhấn tim 100 lần/phút và bóp bóng khoảng 10 lần/phút.
- Cần phá rung sớm khi có chỉ định.
- Kiểm tra hiệu quả hồi sinh mỗi 2 phút hoặc mỗi 5 chu kỳ.

4. Đặt đường truyền để dùng thuốc

IV. HỒI SINH TIM PHỔI NÂNG CAO

1. Nhóm có thể phá rung (rung thất hoặc nhanh thất vô mạch)

- Sốc điện 3 lần: lần 1: 200J, lần 2: 300J, lần 3: 360J.

- Chỉ định amiodaron 300mg TMC sau khi phá rung 3 lần thất bại, lặp lại 150mg nếu rung thất trơ.

2. Nhóm không thể phá rung

2.1. Vô tâm thu

- Hồi sinh tim - phổi
- Adrenalin 1mg (TMC) mỗi 3-5 phút cho đến khi có mạch.

2.2. Hoạt động điện vô mạch

- Nhịp bộ nối.
- Nhịp nhanh.
- Nhịp tự thất.
- Trường hợp mất thể tích tuần hoàn nhanh nặng. Tìm nguyên nhân để xử trí.

3. Theo dõi và xử trí các rối loạn nhịp sau hồi sinh tim phổi (tùy theo nguyên nhân)

V. HỒI SỨC

1. Thân nhiệt

Tránh tăng thân nhiệt > 37,6 ^{o}C trong vòng 12-24 giờ.

2. Tim mạch

- Duy trì huyết áp trung bình 80-100mmHg trong ngày đầu.
- Duy trì nước tiểu 1mL/kg/giờ.
- Ngăn ngừa rối loạn nhịp.

3. Hô hấp

Tránh hạ oxy máu hoặc tăng oxy máu. SpO_2 mục tiêu là 94-98%.

4. Tiêu hóa

Theo dõi xuất huyết, dùng thuốc ức chế bơm proton để phòng ngừa xuất huyết tiêu hóa.

5. Dịch và điện giải

- Theo dõi CVP và nước tiểu.
- Giữ kali máu > 4,5mEq/L.
- Tránh tăng đường huyết > 180mg/dL.

6. Nhiễm trùng

Theo dõi và phát hiện nhiễm trùng huyết hay viêm phổi.

7. Thần kinh

Co giật hay run giật cơ: midazolam 5mg TMC hoặc diazepam 10mg TMC.

VI. CẬN LÂM SÀNG

- Ghi điện tim tại giường.

- Công thức máu cơ bản, đường huyết, ure, creatinine, SGOT, SGPT, ion đồ, lactate máu, CK-MB, LDH, Troponin I, CRP-hs.

- Các cận lâm sàng khác để chẩn đoán và theo dõi điều trị: tổng phân tích nước tiểu, chụp X-quang tim phổi, siêu âm tim, siêu âm bụng tổng quát, nhóm máu, đông cầm máu, … và các xét nghiệm khác để chẩn đoán nguyên nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí Hồi sức tích cực,* ban hành kèm theo Quyết định 1493/QĐ-BYT.

2. Bệnh viện Chợ Rẫy (2018), *Phác đồ điều trị Cấp cứu - Hồi sức cấp cứu.*

3. Viện Tim mạch Việt Nam (2018), *Hướng dẫn cập nhật của AHA cho Hồi sinh tim phổi (CPR) và Chăm sóc tim mạch khẩn cấp (ECC) năm 2015.*

CHOÁNG

Choáng chấn thương: Mã ICD 10: ***T79.4;*** *Choáng chưa được phân loại ở phần khác: Mã ICD 10:* ***R57;***

I. ĐẠI CƯƠNG

Choáng được định nghĩa là sự suy tuần hoàn tạo ra sự mất cân bằng giữa cung cấp oxy và mô và nhu cầu oxy. Tình trạng giảm oxy hóa mô gây ra do giảm tưới máu kéo dài sẽ dẫn đến rối loạn sinh hóa ở cấp tế bào, tiếp đến là rối loạn mức cơ quan, hệ thống nếu sự thiếu oxy mô không được cải thiện.

II. PHÂN LOẠI

Thường chia làm 4 loại:

Choáng tim	**Choáng giảm thể tích**	**Choáng phân bố dịch**	**Choáng do tắc nghẽn mạch máu lớn**
Giảm co bóp cơ tim. Rối loạn (quá nhanh hoặc quá chậm). Tổn thương cấu trúc cơ học tim (thủng vách thất, đứt cơ trụ...).	Xuất huyết. Không xuất huyết.	Nhiễm trùng Phản vệ Viêm tụy cấp Thần kinh Suy tuyến thượng thận cấp	Thuyên tắc phổi Tràn khí màng phổi Hẹp động mạch chủ

III. CHẨN ĐOÁN

1. Bệnh sử

- Triệu chứng gợi ý nguyên nhân: đau ngực, khó thở, xuất huyết, sốt, nôn ói, đau bụng, tiêu chảy, chấn thương...
- Than phiền chính gần đây.
- Các thuốc đang hoặc mới sử dụng.
- Tiền căn: các bệnh lý trước, dị ứng.

2. Triệu chứng thực thể

- Nhịp tim nhanh, mạch nhẹ, da lạnh.
- Hạ HA hoặc HA kẹp.
- Rối loạn tri giác.
- Thiểu niệu.
- Phục hồi da trên 2 giây, tím môi, đầu chi.
- Thở nhanh, khó thở.

3. Cận lâm sàng

Gợi ý nguyên nhân, đánh giá, theo dõi chức năng cơ quan.

- Công thức máu cơ bản, đông máu, chức năng gan, thận, men tim, ion đồ, CRP-hs, lactate máu, ...
- Khí máu động mạch.
- ECG tại giường, X-quang ngực thẳng, siêu âm tim, siêu âm bụng, ...
- Cấy máu, cấy dịch định danh vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.
- Tầm soát một số độc chất (nếu có điều kiện).

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Mục tiêu

- Cải thiện cung lượng tim và tưới máu mô (dựa vào huyết áp, lượng nước tiểu, tri giác, tưới máu cơ quan ngoại biên).
- Cải thiện tình trạng oxy hóa máu.
- Điều trị nguyên nhân.
- Điều trị các rối loạn chuyển hóa.

2. Điều trị chung

- Đảm bảo đường thở thông thoáng. Đặt nội khí quản khi có chỉ định.
- Cung cấp oxy.
- Nằm đầu ngang.
- Cầm máu nếu đang chảy máu. Giảm đau trung ương trong choáng chấn thương.
- Nhanh chóng thiết lập 2 đường truyền với kim lớn.
- Truyền nhanh dung dịch điện giải 20mL/kg/15-30 phút đối với tất cả các loại sốc, trừ sốc tim.
- Monitor theo dõi nhịp tim, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.
- Đặt CVC đo và theo dõi CVP; đặt sond tiểu, tube levine.
- Dùng thuốc vận mạch theo nguyên nhân choáng khi có chỉ định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí Hồi sức tích cực,* ban hành theo Quyết định số 1493/QĐ-BYT.

2. Bệnh viện Chợ Rẫy (2018), *Phác đồ điều trị Cấp cứu - Hồi sức cấp cứu.*

CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ PHẢN VỆ

.

Mã ICD 10: T78.2

I. ĐẠI CƯƠNG

Sốc phản vệ là một phản ứng quá mẫn toàn thân ở mức độ nghiêm trọng và có thể đe dọa tính mạng người bệnh. Tác nhân thường gặp: thuốc, chất cản quang tiêm tĩnh mạch, ong đốt, thực phẩm, …

II. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Xuất hiện vài phút đến vài giờ sau khi tiếp xúc dị nguyên, bao gồm các nhóm sau:

- Da niêm (> 90% bệnh nhân): đỏ bừng mặt, ngứa, nổi mề đay, phù mạch.

- Hô hấp (40-70% bệnh nhân): khó thở, ho, nặng ngực, khò khè, thở rít, khàn tiếng, ...

- Tiêu hóa (30% bệnh nhân): buồn nôn, ói mửa, đau quặn bụng, tiêu chảy.

- Tim mạch: mạch nhanh, huyết áp tụt, rối loạn nhịp tim (sốc xảy ra trên khoảng 10% bệnh nhân).

- Thần kinh trung ương: ảo giác, xây xẩm, lú lẫn, hôn mê.

III. CHẨN ĐOÁN PHẢN VỆ

1. Các bệnh cảnh lâm sàng

1.1. Bệnh cảnh lâm sàng 1: các triệu chứng xuất hiện trong vài giây đến vài giờ ở da, niêm mạc (mày đay, phù mạch, ngứa...) và có ít nhất 1 trong 2 triệu chứng sau:

- Các triệu chứng hô hấp (khó thở, thở rít, ran rít).

- Tụt huyết áp (HA) hay các hậu quả của tụt HA (rối loạn ý thức, đại tiện, tiểu tiện không tự chủ...).

1.2. Bệnh cảnh lâm sàng 2: ít nhất 2 trong 4 triệu chứng sau xuất hiện trong vài giây đến vài giờ sau khi người bệnh tiếp xúc với yếu tố nghi ngờ:

- Biểu hiện ở da, niêm mạc: mày đay, phù mạch, ngứa.

- Các triệu chứng hô hấp (khó thở, thở rít, ran rít).

- Tụt huyết áp hoặc các hậu quả của tụt huyết áp (rối loạn ý thức, đại tiện, tiểu tiện không tự chủ, ...).

- Các triệu chứng tiêu hóa (nôn, đau bụng, ...).

1.3. Bệnh cảnh lâm sàng 3: tụt huyết áp xuất hiện trong vài giây đến vài giờ sau khi tiếp xúc với yếu tố nghi ngờ mà người bệnh đã từng bị dị ứng:

- Trẻ em: giảm ít nhất 30% huyết áp tâm thu (HA tối đa) hoặc tụt huyết áp tâm thu so với tuổi (huyết áp tâm thu < 70mmHg).

- Người lớn: huyết áp tâm thu < 90mmHg hoặc giảm 30% giá trị huyết áp tâm thu nền.

2. Cận lâm sàng

- Công thức máu cơ bản, chức năng gan, thận, ion đồ, tổng phân tích nước tiểu...
- ECG tại giường, men tim, lactate máu, khí máu động mạch với bệnh cảnh lâm sàng nặng.
- Các xét nghiệm, cận lâm sàng khác để chẩn đoán phân biệt và bệnh lý đi kèm tùy bệnh cảnh lâm sàng: X-quang ngực thẳng, siêu âm bụng, siêu âm tim, cấy máu, …

IV. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Các trường hợp sốc: sốc thần kinh X, sốc tim, sốc giảm thể tích, sốc nhiễm khuẩn.
- Phù mạch do di truyền.
- Hội chứng tăng thông khí.

V. PHÂN ĐỘ PHẢN VỆ

Có 4 mức độ *(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:

- Mày đay, phù mạch xuất hiện nhanh.
- Khó thở nhanh nông, tức ngực, khàn tiếng, chảy nước mũi.
- Đau bụng, nôn, ỉa chảy.
- 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:

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

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

VI. XỬ TRÍ CẤP CỨU PHẢN VỆ

1. Nguyên tắc chung

- Tất cả trường hợp phản vệ phải được phát hiện sớm, xử trí khẩn cấp, kịp thời ngay tại chỗ và theo dõi liên tục ít nhất trong vòng 24 giờ.
- Bác sỹ, điều dưỡng, hộ sinh viên, kỹ thuật viên, nhân viên y tế khác phải biết xử trí ban đầu cấp cứu phản vệ.
- **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.

2. Xử trí phản vệ nhẹ (độ I)

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

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

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

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

- Tiêm hoặc truyền adrenalin.

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

- Thở oxy: người lớn 6-10 lít/phút, trẻ em 2-4 lít/phút qua mặt nạ hở.

- 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).

- 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.

- Hội ý với các đồng nghiệp, tập trung xử lý, báo cáo cấp trên, hội chẩn với bác sỹ 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 huyết áp tối đa của người lớn lên ≥ 90mmHg, trẻ em ≥ 70mmHg và không còn các dấu hiệu về hô hấp như thở rít, khó thở; dấu hiệu về tiêu hóa như nôn mửa, tiêu chảy.

- Thuốc adrenalin 1mg = 1mL = 1 ống, tiêm bắp:

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

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

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

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

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

- Theo dõi huyết áp 3-5 phút/lần.

- Tiêm nhắc lại adrenalin liều như trên 3-5 phút/lần cho đến khi huyết áp và mạch ổn định.

- Nếu mạch không bắt được và huyết áp không đo được, các dấu hiệu hô hấp và tiêu hóa nặng lên sau 2-3 lần tiêm bắp hoặc có nguy cơ ngừng tuần hoàn 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: 0,5-1mL (dung dịch pha loãng 1/10.000 = 50-100µg) 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 0,1µg/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% 1.000-2.000mL ở người lớn, 10-20mL/kg trong 10-20 phút ở trẻ em có thể nhắc lại nếu cần thiết.

- 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.

VII. XỬ TRÍ TIẾP THEO

1. Hỗ trợ hô hấp, tuần hoàn

Tùy mức độ suy tuần hoàn, hô hấp có thể sử dụng một hoặc các biện pháp sau đây:

- Thở oxy qua mặt nạ: 6-10 lít/phút cho người lớn, 2-4 lít/phút ở trẻ em.

- Bóp bóng Ambu có oxy.

- Đặt ống nội khí quản thông khí nhân tạo có ôxy nếu thở rít tăng lên không đáp ứng với adrenalin.

- Mở khí quản nếu có phù thanh môn-hạ họng không đặt được nội khí quản.

- Truyền tĩnh mạch chậm: aminophyllin 1mg/kg/giờ hoặc salbutamol 0,1µg/kg/phút hoặc terbutalin 0,1µg/kg/phút (tốt nhất là qua bơm tiêm điện hoặc máy truyền dịch).

- Có thể thay thế aminophyllin bằng salbutamol 5mg khí dung qua mặt nạ hoặc xịt họng salbutamol 100µg người lớn 2-4 nhát/lần, trẻ em 2 nhát/lần, 4-6 lần trong ngày.

2. Nếu không nâng được huyết áp theo mục tiêu sau khi đã truyền đủ dịch và adrenalin, có thể truyền thêm dung dịch keo (huyết tương, albumin hoặc bất kỳ dung dịch cao phân tử nào sẵn có).

3. Thuốc khác:

- Methylprednisolon 1-2mg/kg ở người lớn, tối đa 50mg ở trẻ em hoặc hydrocortison 200mg ở người lớn, tối đa 100mg ở trẻ em, tiêm tĩnh mạch.

- Kháng histamin H_1 như diphenhydramin tiêm bắp hoặc tĩnh mạch: người lớn 25-50mg và trẻ em 10-25mg.

- Kháng histamin H_2 như ranitidin: ở người lớn 50mg, ở trẻ em 1mg/kg pha trong 20mL dextrose 5% tiêm tĩnh mạch trong 5 phút.

- Glucagon: sử dụng trong các trường hợp tụt huyết áp và nhịp chậm không đáp ứng với adrenalin. Liều dùng: người lớn 1-5mg tiêm tĩnh mạch trong 5 phút, trẻ em 20-30µg/kg, tối đa 1mg, sau đó duy trì truyền tĩnh mạch 5-15µg/phút tùy theo đáp ứng lâm sàng. Bảo đảm đường thở tốt vì glucagon thường gây nôn.

- Có thể phối hợp thêm các thuốc vận mạch khác: dopamin, dobutamin, noradrenalin truyền tĩnh mạch khi người bệnh có sốc nặng đã được truyền đủ dịch và adrenalin mà huyết áp không lên.

VIII. THEO DÕI

- Trong giai đoạn cấp: theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO_2 và tri giác 3-5 phút/lần cho đến khi ổn định.

- Trong giai đoạn ổn định: theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO_2 và tri giác mỗi 1-2 giờ trong ít nhất 24 giờ tiếp theo.

- Tất cả các người bệnh phản vệ cần được theo dõi ở cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đến ít nhất 24 giờ sau khi huyết áp đã ổn định và đề phòng phản vệ pha 2.

- Ngừng cấp cứu: nếu sau khi cấp cứu ngừng tuần hoàn tích cực không kết quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2017), *Hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ,* Thông tư 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ Y tế.

CHOÁNG TIM

MÃ ICD 10: R57.0

I. ĐẠI CƯƠNG

Choáng tim là tình trạng giảm cung lượng tim không đáp ứng được nhu cầu oxy của các mô trong cơ thể. Chẩn đoán choáng tim gồm:

- Huyết áp tâm thu < 90mmHg hoặc ≥ 90mmHg khi được duy trì bởi thuốc vận mạch hoặc/và hỗ trợ cơ học và ít nhất kéo dài > 30 phút.

- Giảm tưới máu mô: thiểu niệu (nước tiểu <30mL/giờ), co mạch ngoại vi (chi lạnh), rối loạn tri giác.

- Giảm cung lượng tim.

Nguyên nhân gây choáng tim: nhồi máu cơ tim cấp, viêm cơ tim, suy tim cấp, chấn thương tim, ...

II. LÂM SÀNG

1. Triệu chứng cơ năng

Phần lớn bệnh nhân có đau ngực, khó thở, tím tái, sợ hãi và toát mồ hôi. Rối loạn tri giác: ngủ gà, lú lẫn và kích động.

2. Triệu chứng thực thể

- Dấu hiệu sinh tồn: tụt huyết áp, mạch nhanh và yếu, nhịp tim 90-110 lần/phút, nhịp thở nhanh và nhịp thở Cheyne-stokes.

- Thần kinh: lơ mơ, mất tri giác, hôn mê do giảm tưới máu hệ thần kinh trung ương.

- Rối loạn nhịp, có thể gặp triệu chứng tim đập nhanh, tiền ngất hoặc ngất hay cảm giác nhịp tim không đều.

- Tim mạch: tĩnh mạch cổ nổi, mạch yếu. Mỏm tim lệch trong trường hợp bệnh cơ tim dãn, tiếng tim mờ do tràn dịch màng ngoài tim. Tiếng tim T_3 hoặc T_4 do rối loạn chức năng thất trái và/hoặc tăng áp lực đổ đầy. Âm thổi tâm thu ở mỏm do hở 2 lá, ...

- Phổi: co kéo cơ hô hấp phụ và thở nghịch, khám phổi có ran lan tỏa 2 bên, thường lan đến đỉnh phổi.

- Khám chi: có thể phù ngoại biên, chi lạnh và tím tái.

III. CẬN LÂM SÀNG

1. ECG tại giường

2. Men tim

3. X-quang tim phổi thẳng

4. Siêu âm tim: giúp phát hiện biến chứng cơ học của nhồi máu cơ tim, đánh giá kích thước và chức năng thất trái, phải, chức năng van tim, áp lực đổ đầy thất trái và phải, và tình trạng tràn dịch màng ngoài tim.

5. Các xét nghiệm theo dõi chức năng cơ quan: công thức máu, chức năng gan, thận, ion đồ, tổng phân tích nước tiểu, laclate máu, khí máu động mạch, …

6. Các xét nghiệm để chẩn đoán phân biệt các nguyên nhân gây choáng khác: CRP-hs, cấy máu, …

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị chung

- Cung cấp oxy: thở oxy qua mũi, mask có túi dự trữ thở lại, đặt nội khí quản, thở máy.
- Cân bằng điện giải và kiềm toan.
- Kiểm soát nhịp tim.
- Thuốc tăng co bóp:

+ HA tâm thu xấp xỉ 90mmHg: dobutamin truyền TM 5-15µg/kg/phút.

+ HA tâm thu < 90mmHg: dopamin truyền TM 2-20µg/kg/phút.

+ HA tâm thu < 80mmHg: norepinephrine truyền TM 1-20µg/kg/phút.

+ Điều chỉnh sao cho HA tâm thu ≥ 90mmHg, HA trung bình ≥ 60mmHg.

+ HA tâm thu > 100mmHg: nitroglycerin truyền TM 5-100µg/phút.

2. Cách dùng thuốc

- Dobutamin 250mg 1 ống + NaCl 0,9% đủ 50mL dùng bơm tim điện. Số mL/giờ = (liều x p x 3)/250.
- Dopamin 200mg 1 ống + NaCl 0,9% đủ 50mL dùng bơm tim điện. Số mL/giờ = (liều x p x 3)/200.
- Nitroglycerin 10mg + NaCl 0,9% đủ 50mL dùng bơm tim điện. Số mL/giờ = (liều x 50 x 60)/10000.

3. Điều trị nguyên nhân gây choáng tim

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức tích cực,* ban hành theo Quyết định số 1493/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2. Bệnh viện Chợ Rẫy (2018), *Phác đồ điều trị Cấp cứu - Hồi sức cấp cứu.*

CHOÁNG GIẢM THỂ TÍCH

MÃ ICD 10: R57.1

I. ĐẠI CƯƠNG

Choáng giảm thể tích là dạng choáng thường gặp nhất, do mất lượng lớn hồng cầu và huyết tương trong các trường hợp xuất huyết hay chỉ mất dịch ngoài mạch, dịch tiêu hóa, nước tiểu và dịch không nhận biết được.

Choáng giảm thể tích nặng (mất > 40% thể tích dịch trong lòng mạch), kéo dài nhiều giờ thường có tỷ lệ tử vong cao.

II. MỨC ĐỘ MẤT MÁU CẤP

1. Độ 1: mất ≤ 15% thể tích máu (≤ 10mL/kg), dấu hiệu lâm sàng thường nhẹ hay không có).

2. Độ 2: mất 15-30% thể tích máu (10-20mL/kg). Thể tích máu giảm nhưng áp lực máu không đổi do co mạch hệ thống. Nước tiểu có thể giảm còn 20-30mL/giờ.

3. Độ 3: mất 30-45% thể tích máu (20-30mL/kg), tụt huyết áp, thiểu niệu (nước tiểu < 15mL/giờ), rối loạn tri giác, lactate máu > 2mEq/L.

4. Độ 4: mất > 45% thể tích máu (> 30mL/kg), tụt huyết áp, thiểu niệu, vô niệu (nước tiểu < 5mL/giờ), lactate máu > 4-6mEq/L, ít đáp ứng với bù dịch, có thể choáng không hồi phục và tử vong.

III. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân chảy máu (choáng mất máu): chấn thương, phẫu thuật, loét dạ dày - tá tràng, giãn vỡ tĩnh mạch thực quản, thai ngoài tử cung vỡ, …

Mất dịch cơ thể (choáng giảm thể tích): bỏng, nôn ơi, tiêu chảy, đái tháo đường hay đái tháo nhạt, sử dụng thuốc lợi tiểu mạnh, …

IV. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Co mạch ngoại biên: da ẩm lạnh, tím môi, đầu chi.
- Mạch nhanh, nhẹ, khó bắt.
- Huyết áp kẹp hoặc tụt.
- Thay đổi tri giác: vật vã, lú lẫn, mê sảng, lơ mơ và hôn mê.
- Thiểu niệu (nước tiểu < 15mL/giờ).
- Nhiễm toan chuyển hóa.

2. Cận lâm sàng

- Công thức máu: hemoglobin và hematocrit không thay đổi khi chưa có sự thay đổi dịch bù trừ trong cơ thể hay có dịch nhập từ ngoài vào.
- Ion đồ: Na^+ có thể tăng khi mất nước, K^+ giảm, …
- Lactat máu.

- Khí máu động mạch.

- Các cận lâm sàng khác thường được làm với mục đích đánh giá tình trạng choáng, chẩn đoán phân biệt và chẩn đoán nguyên nhân.

V. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Choáng tim.
- Choáng nhiễm trùng.
- Choáng phản vệ.
- Choáng do tắc nghẽn mạch máu lớn.

VI. ĐIỀU TRỊ

1. Biện pháp chung

- Thở oxy.
- Lập các đường truyền cấp cứu bằng kim lớn.
- Đặt sond tiểu.
- Đặt catheter tĩnh mạch trung tâm để theo dõi CVP.
- Theo dõi sát các dấu hiệu sinh tồn.

2. Điều trị choáng giảm thể tích

Điều trị chính là bồi hoàn thể tích và giải quyết nguyên nhân giảm thể tích.

2.1. Bồi hoàn thể tích

Dung dịch thường dùng là natriclorua 0,9%, có thể dùng lactat ringer.

Tốc độ bù: bolus ngay 500mL dịch nếu bệnh nhân không có suy tim sung huyết, sau đó tùy theo huyết áp và tình trạng tưới máu các cơ quan mà điều chỉnh tốc độ bù dịch.

Nếu choáng do mất máu thì sau 500mL dịch đầu tiên, truyền máu cùng nhóm. Nếu không có máu cùng nhóm có thể truyền máu nhóm O mà không cần thử phản ứng chéo.

Số lượng dịch bù: tùy thuộc vào lượng dịch mất và tình hình huyết động. Ngưng truyền máu khi huyết động ổn định và tình trạng chảy máu đã được kiểm soát trừ khi Hb < 7g%.

2.2. Giải quyết nguyên nhân

- Choáng mất máu: phải tìm ra nơi chảy máu và can thiệp ngoại khoa nếu cần.
- Điều trị triệt để các nguyên nhân gây mất dịch khác.

VII. THEO DÕI

- Dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, SpO_2.
- Áp lực tĩnh mạch trung tâm.
- Bilan xuất nhập.
- Nhịp tim trên monitor.
- Tình trạng chảy máu.

- Các xét nghiệm: huyết học, chức năng gan thận, ion đồ, lactat máu, khí máu động mạch, …

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức tích cực,* ban hành theo Quyết định số 1493/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2. Bệnh viện Chợ Rẫy (2018), *Phác đồ điều trị Cấp cứu - Hồi sức cấp cứu.*

CHOÁNG NHIỄM TRÙNG

MÃ ICD 10: R57.2

I. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm trùng huyết (sepsis) là tình trạng đáp ứng của cơ thể đối với nhiễm trùng bị mất kiểm soát, gây nên rối loạn chức năng của các tạng, đe dọa đến tính mạng.

Choáng nhiễm trùng là nhiễm khuẩn huyết có tụt huyết áp, bất thường của tế bào và chuyển hóa đe dọa bị tử vong, mặc dù hồi sức dịch đầy đủ, vẫn đòi hỏi thuốc co mạch để duy trì huyết áp trung bình (MAP) ≥ 65mmHg. Tỷ lệ tử vong do choáng nhiễm trùng từ 40-60%.

II. NGUYÊN NHÂN

Do vi trùng hoặc nấm từ các ổ nhiễm trùng xâm nhập vào máu từ:

- Da, mô mềm, cơ xương khớp.
- Đường tiêu hóa: viêm ruột, nhiễm trùng đường mật, áp xe gan, ...
- Đường hô hấp: viêm phổi, áp xe phổi, viêm phế quản, viêm mủ màng phổi, ...
- Hệ tiết niệu: viêm mủ bể thận, ứ mủ bể thận, ...
- Hệ thần kinh: viêm màng não mủ, áp xe não, ...
- Một số nhiễm trùng khác: viêm nội tâm mạc cấp và bán cấp, ...

III. TRIỆU CHỨNG

1. Lâm sàng

1.1. Dấu hiệu lâm sàng của đáp ứng viêm hệ thống

Xác định khi có từ hai tiêu chuẩn sau đây trở lên:

- Sốt > 38ºC hay hạ thân nhiệt < 36ºC.
- Nhịp tim nhanh > 90 chu kỳ/phút.
- Thở nhanh > 20 lần/phút.
- Số lượng bạch cầu > 10.000/mL hoặc < 4.000/mL hoặc bạch cầu non > 10%.

1.2. Các biểu hiện của nhiễm trùng nặng

- Hội chứng đáp ứng viêm hệ thống.
- Có ổ nhiễm trùng.
- Rối loạn chức năng cơ quan như tăng lactate máu > 2mmol/L (> 18mg/dL) hoặc thiểu niệu (nước tiểu < 0,5mL/kg/giờ).

1.3. Dấu hiệu suy chức năng cơ quan

- Thận: thiểu niệu hoặc vô niệu.
- Huyết áp: HA tâm thu < 90mmHg, hay HA trung bình < 70mmHg, hay HA tâm thu giảm > 40mmHg so với trị số bình thường.

2. Cận lâm sàng

- Các xét nghiệm cận lâm sàng xác định nhiễm trùng như:

+ Số lượng bạch cầu > 10.000/mL hoặc < 4.000/mL hoặc bạch cầu non > 10%.

+ Tốc độ lắng máu tăng.

+ CRP tăng trên 0,5mg/dL.

- Xét nghiệm vi sinh xác định căn nguyên gây nhiễm trùng: cấy máu mọc vi trùng, nấm, ký sinh trùng, ...

- Giảm tưới máu tổ chức: tăng lactate máu > 2mmol/L.

- Dấu hiệu rối loạn, suy chức năng cơ quan:

+ Suy thận: ure và creatinin tăng.

+ Suy hô hấp: tỷ lệ PaO_2/FiO_2 < 300, trường hợp nặng tỷ lệ này < 200.

+ Suy gan: tăng ALT, AST, bilirubin; giảm tỷ lệ prothrombin máu, ...

+ Giảm số lượng tiểu cầu, rối loạn đông máu, đông máu nội mạch rải rác, ...

+ Toan chuyển hóa, tăng kali máu, tăng đường máu.

IV. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định khi có đủ các tiêu chuẩn sau

- Các biểu hiện của nhiễm trùng nặng.

- Rối loạn chức năng cơ quan tiến triển thành suy chức năng cơ quan không đáp ứng với bù dịch và phải dùng thuốc vận mạch.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Choáng giảm thể tích: mất nước hoặc mất máu, áp lực tĩnh mạch trung tâm thấp, đáp ứng tốt với bù dịch hoặc máu.

- Choáng tim do nhiều nguyên nhân: từ màng ngoài tim, cơ tim với nhiều tác nhân như chèn ép tim cấp, viêm cơ tim, nhồi máu cơ tim, ... với đặc trưng là cung lượng tim giảm nhiều.

- Choáng phản vệ: thường liên quan tới các dị nguyên với các biểu hiện quá mẫn.

3. Chẩn đoán nguyên nhân

- Khám lâm sàng toàn diện các cơ quan để xác định ổ nhiễm trùng.

- Phối hợp các biện pháp chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, chụp X-quang, chụp cắt lớp vi tính (nếu có điều kiện), ...

- Cấy các bệnh phẩm nghi ngờ của nhiễm trùng như: mủ, chất tiết đờm dãi, dịch, mủ màng phổi, máu và nước tiểu hay mủ hoặc dịch dẫn lưu ổ áp xe, ...

4. Chẩn đoán mức độ

- Có tiến triển suy đa tạng là yếu tố tiên lượng nặng.

- Lactat máu tăng dần và tụt huyết áp không đáp ứng với thuốc vận mạch là biểu hiện nặng của choáng.

V. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Ưu tiên kiểm soát hô hấp, tuần hoàn, huyết động.

- Loại bỏ ổ nhiễm khuẩn là biện pháp điều trị quan trọng.

- Liệu pháp kháng sinh kinh nghiệm phù hợp, phổ rộng, sớm. Phần lớn các trường hợp cần phối hợp kháng sinh điều trị.

2. Điều trị cụ thể

- Oxy liệu pháp: duy trì $SpO_2 \geq 92\%$.

- Bồi phụ thể tích dịch: truyền dung dịch natriclorua 0,9% hoặc ringer lactat 1.000-2.000mL trong 1-2 giờ đầu để đảm bảo huyết áp trung bình ≥ 65mmHg. Đặt catheter tĩnh mạch trung tâm để đo áp lực tĩnh mạch trung tâm.

- Dùng thuốc vận mạch:

+ Chỉ sử dụng khi đánh giá đã bù đủ dịch.

+ Noradrenalin là thuốc đầu tay với liều khởi đầu 0,05µg/kg/phút, tăng dần liều 0,05µg/kg/phút mỗi 5-10 phút để đạt huyết áp trung bình ≥ 65mmHg.

+ Nếu không có nhịp nhanh hoặc loạn nhịp, có thể dùng dopamin với liều khởi đầu 5µg/kg/phút, tăng dần 3-5µg/kg/phút mỗi 5-10 phút đến khi đạt huyết áp đích, tối đa không quá 20µg/kg/phút, hoặc adrenalin bắt đầu với liều 0,05µg/kg/phút, tăng dần 0,05-0,1µg/kg/phút đến khi đạt huyết áp đích, tối đa không quá 5µg/kg/phút.

+ Dobutamin không được sử dụng thường quy, chỉ sử dụng cho người bệnh có rối loạn chức năng thất trái thông qua đánh giá của siêu âm, bắt đầu với liều 3µg/kg/phút, sau đó theo dõi và tăng dần mỗi 5µg/kg/phút, không vượt quá 20µg/kg/phút.

- Giải quyết căn nguyên nhiễm trùng và dùng kháng sinh:

+ Cấy máu trước khi dùng kháng sinh.

+ Giải quyết ổ nhiễm trùng bằng chọc hút, dẫn lưu hoặc phẫu thuật dẫn lưu nếu có chỉ định trên cơ sở cân nhắc lợi ích và nguy cơ cho người bệnh.

+ Dùng kháng sinh phổ rộng (ceftriaxon, ceftazidim, ...) đường tĩnh mạch càng sớm càng tốt. Dùng kháng sinh kinh nghiệm phù hợp và xuống thang kháng sinh. Sau khi có kết quả vi sinh và độ nhạy cảm, cần lựa chọn kháng sinh nhạy cảm có phổ hẹp và ngấm tốt vào mô cơ quan bị nhiễm khuẩn.

+ Lưu ý liều kháng sinh phải dựa vào độ thanh thải creatinin. Liều đầu tiên không cần chỉnh liều, chỉ chỉnh liều từ các liều sau.

- Corticoid: không dùng thường quy vì có thể làm nhiễm trùng nặng hơn nếu liệu pháp kháng sinh kinh nghiệm không phù hợp và gây tăng đường huyết. Chỉ dùng khi sốc đáp ứng kém với vận mạch hoặc chưa cắt được vận mạch sau 48 giờ. Thuốc được lựa chọn là hydrocortison liều 50mg mỗi 6 giờ tiêm tĩnh mạch. Giảm liều và ngừng khi người bệnh thoát sốc và cắt được thuốc co mạch.

- Kiểm soát đường huyết: mục tiêu đường huyết ≤ 180mg/dL.

- Thở máy:

+ Mục tiêu: SpO_2 > 92% hoặc PaO_2 > 60mmHg và pH > 7,15.

+ Thở máy không xâm lấn với CPAP hoặc BiPAP nếu người bệnh tỉnh và hợp tác. Khi thở máy không xâm lấn thất bại hoặc người bệnh không hợp tác, thở máy xâm lấn có sử dụng PEEP (nếu không có chống chỉ định dùng PEEP).

VI. ĐÁNH GIÁ ĐÁP ỨNG ĐIỀU TRỊ VÀ TIÊN LƯỢNG

1. Đánh giá đáp ứng điều trị

- Huyết áp trung bình ≥ 65mmHg.

- Dấu hiệu thực thể khác: giảm nhịp tim, tăng lượng nước tiểu, cải thiện tuần hoàn ngoại vi, cải thiện ý thức.

2. Tiên lượng

Tiên lượng diễn biến nặng khi có một trong hai yếu tố sau:

- Tiến triển suy đa tạng.

- Tụt huyết áp không đáp ứng với thuốc vận mạch.

Cần chuyển tuyến trên điều trị nếu có tiên lượng nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức tích cực,* ban hành theo Quyết định số 1493/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2. Bệnh viện Chợ Rẫy (2018), *Phác đồ điều trị Cấp cứu - Hồi sức cấp cứu.*

CHOÁNG CHẤN THƯƠNG

MÃ ICD 10: T79.4

I. ĐẠI CƯƠNG

Hầu hết các trường hợp choáng ở bệnh nhân chấn thương là do giảm khối lượng tuần hoàn và do đau nhưng choáng cũng có thể do các nguyên nhân khác như chèn ép tim cấp, tràn khí màng phổi dưới áp lực có thể ngăn cản sự trở về của máu tĩnh mạch và gây ra choáng, …

Mục tiêu điều trị là đảm bảo khối lượng tuần hoàn. Công việc đầu tiên là phải kiểm soát cho được chảy máu ngoài, bất động xương gãy. Hồi sức chống choáng để đạt mục tiêu: cải thiện được tình trạng tưới máu mô trong suốt quá trình hồi sức trong chấn thương, đánh giá qua các dấu hiệu: (1) mạch và huyết áp chấp nhận được, (2) da ấm: tưới máu ngoại biên cải thiện, (3) tri giác cải thiện, (4) lưu lượng nước tiểu cải thiện.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán sớm

- Nhịp tim nhanh (trên 100 lần/phút ở người lớn).
- Co mạch ngoại biên, tứ chi ẩm lạnh.
- Trên một bệnh nhân chấn thương mà có nhịp tim nhanh và tứ chi lạnh ẩm phải được xem như đang choáng trừ khi chứng minh được nguyên nhân khác.
- Huyết áp kẹp (mất bù).

2. Chẩn đoán muộn

- Huyết áp tụt, kẹp (xảy ra khi bệnh nhân đã mất hơn 30% thể tích máu).
- Vật vã, kích thích, lơ mơ, khát nước.
- Dung tích hồng cầu (Hct) giảm (dấu hiệu này xuất hiện muộn, không trung thực. Do đó, Hct bình thường trên bệnh nhân choáng chấn thương không loại trừ được mất máu cấp).

III. CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN CHOÁNG

Nguyên nhân gây choáng trong chấn thương chia ba loại chính: choáng giảm thể tích, choáng tim, choáng do phân bố.

1. Choáng giảm thể tích: giảm thể tích nội mạch có thể do mất máu, dịch.

- Quan trọng phải kiểm soát chảy máu ngoài, tầm soát chảy máu trong, kiểm tra các thương tổn để giải quyết.
- Bù dịch tinh thể, máu khẩn cấp theo ước đoán.
- Theo dõi các dấu hiệu đáp ứng: dấu hiệu sinh tồn, nước tiểu, CVP, huyết áp động mạch xâm lấn (nếu cần thiết).

2. Choáng tim: trong chấn thương có thể xảy ra trong hai tình huống:

- Do chèn ép từ bên ngoài (tràn máu màng tim, chèn ép tim, ...)

- Do đụng dập (cơ tim co bóp không hiệu quả, giảm lưu lượng tim, ...)

- Cần nhận định nhanh các dấu hiệu của choáng, tìm nguyên nhân, làm các xét nghiệm cần thiết (ECG, siêu âm, X-quang ngực, men tim ....)

- Giải quyết nguyên nhân tại phòng mổ cấp cứu.

- Theo dõi tại khoa Hồi sức cấp cứu và có thể hỗ trợ các thuốc vận mạch (dobutamine, dopamin, noradrenaline.)

3. Choáng do phân bố: choáng do nguyên nhân thần kinh thứ phát cũng là một dạng trong nhóm này, gây mất trương lực giao cảm ngoại biên.

- Bệnh nhân có thể da ẩm, mất trương lực hậu môn, nhịp chậm.

- Điều trị ban đầu đáp ứng với truyền dịch và các thuốc hỗ trợ: norepinephrine, dopamin, ... có thể cải thiện nhịp chậm

Đa phần bệnh nhân chấn thương có phối hợp các cơ chế gây choáng.

IV. XỬ TRÍ CHOÁNG MẤT MÁU

1. Xử trí ban đầu chống choáng

Xem bài choáng giảm thể tích.

2. Các biện pháp điều trị khác

- Thuốc co mạch: dè dặt, khi đảm bảo đã bù đủ dịch mà huyết áp chưa lên.

- Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, đầu thấp.

- Giảm đau và bất động.

- Thở oxy liều cao: giúp tăng cung cấp oxy mô.

- Khám đi khám lại, theo dõi sát, đánh giá liên tục đáp ứng với hồi sức là chìa khóa để xử trí sớm, hợp lý ở bệnh nhân đa thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức tích cực,* ban hành theo Quyết định số 1493/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2. Bệnh viện Chợ Rẫy (2018), *Phác đồ điều trị Cấp cứu - Hồi sức cấp cứu.*

CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

MÃ ICD 10: S06 *- Tổn thương nội sọ;* ***S04*** *- Tổn thương dây thần kinh sọ*

I. ĐẠI CƯƠNG

Chấn thương sọ não là một chấn thương mà năng lượng chấn thương truyền tới sọ não vượt quá giới hạn chịu đựng (bù đắp) của sọ não và cơ thể gây nên rối loạn chức năng não hoặc tổn thương cụ thể ở sọ não.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

1.1. Bệnh sử

- Thời gian, hoàn cảnh, nguyên nhân, cơ chế chấn thương.
- Các yếu tố liên quan, tác nhân gây tai nạn, đầu cố định hay di động.
- Diễn biến tri giác, phát hiện khoảng tỉnh.
- Tiền sử: dùng thuốc kháng đông, bệnh lý huyết học, nội tiết, ...

1.2. Khám lâm sàng

1.2.1. Khám, đánh giá, xử trí toàn diện theo thứ tự A, B, C, D, E

1.2.2. Khám chấn thương sọ não

Thăm khám thần kinh để phát hiện các thương tổn tiên phát và thứ phát trong hộp sọ, vì vậy cần đánh giá cả quá trình từ lúc bệnh nhân bị tai nạn tới lúc đến bệnh viện.

1.2.3. Khám thần kinh

- Tri giác: đánh giá theo thang điểm Glasgow và so sánh với tri giác trước đó (GCS = E + V + M)

+ Mức độ nhẹ: 13-15 điểm.

+ Mức độ trung bình: 9-12 điểm.

+ Mức độ nặng: 3-8 điểm.

- Phát hiện các dấu thần kinh khu trú: vận động, đồng tử, dây thần kinh sọ.

1.2.4. Khám tại chỗ

- Tìm các thương tích ở da đầu để xác định vị trí va đập đầu tiên (rách da, tụ máu), có dịch não tủy hoặc não ở vết thương không.

- Các dấu hiệu gián tiếp của vỡ nền sọ: chảy máu mũi, tai; tụ máu quanh mắt hoặc sau tai; chảy dịch não tủy qua mũi, tai.

1.2.5. Đánh giá thương tổn

- Bệnh nhân mê ngay từ đầu: các thương tổn tiên phát dập não, tổn thương trục. Nếu tri giác tiếp tục xấu đi có thể có thương tổn thứ phát kèm theo như chảy máu, phù não, thiếu máu não.

- Có khoảng tỉnh: bệnh nhân có thương tổn thứ phát phần lớn là biến chứng chảy máu. Tuy nhiên, có hai diễn biến của khoảng tỉnh:

+ Nếu mất tri giác ban đầu thường có máu tụ dưới màng cứng hoặc trong não kèm phù não thứ phát.

+ Không mất tri giác ban đầu: phần lớn do máu tụ ngoài màng cứng đơn thuần.

- Không mất tri giác: trường hợp này vẫn cần theo dõi cẩn thận, nhất là những người bị đau đầu nhiều, có các dấu hiệu kích thích màng não: nôn, buồn nôn, cứng gáy, ... có thể có những ổ dập não nhỏ, máu tụ nhỏ và diễn biến nặng hơn.

1.3. Cận lâm sàng

1.3.1. X-quang quy ước: chụp sọ thẳng, nghiêng; chụp hàm mặt; chụp cột sống cổ là bắt buộc trong tất cả các trường hợp chấn thương sọ não bệnh nhân hôn mê.

1.3.2. Chụp CT scan sọ não: không bắt buộc cho tất cả các trường hợp chấn thương sọ não mà chỉ nên chỉ định trong các trường hợp sau:

- GCS < 13 khi đến khoa cấp cứu.
- GCS < 13 khi đánh giá ở khoa cấp cứu sau 2 giờ chấn thương.
- Bệnh nhân có giảm tri giác hay có dấu thần kinh khu trú.
- Có vỡ, nứt sọ, có bất kỳ dấu hiệu nào của vỡ nền sọ.
- Bệnh nhân đa thương: cần loại trừ chấn thương sọ não để can thiệp phẫu thuật khác.
- Trẻ em < 2 tuổi hay người già > 65 tuổi.
- Động kinh sau chấn thương.
- Bệnh nhân có ngộ độc rượu, thuốc gây nghiện hay chất kích thích.
- Có những vấn đề về đông cầm máu hay đang dùng các thuốc chống đông.

1.3.3. Xét nghiệm máu

- Công thức máu, nhóm máu, đông cầm máu, điện giải, ...
- Đường máu, nồng độ rượu, chất kích thích, gây nghiện, ...

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc xử trí cấp cứu chấn thương sọ não nặng

- Tư thế đầu cao 30^o, cổ thẳng.
- Giữ thông đường thở.
- Thở oxy, duy trì PaO_2 > 70mmHg, $PaCO_2$ 35mmHg
- Truyền dịch, duy trì huyết áp tâm thu ≥ 90mmHg, nước tiểu: 0,5-1mL/kg/giờ.
- Cân bằng điện giải: natri 135-145mEq/L, kali 3,5-5,5mEq/L.
- Độ thẩm thấu (osmolarity): 290mOsmol/L (không để < 260, > 320).

2. Chuyển tuyến trên nếu có chỉ định chụp CT scan sọ não

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Chợ Rẫy (2018), *Phác đồ điều trị Cấp cứu - Hồi sức cấp cứu.*

CHẤN THƯƠNG NGỰC

MÃ ICD 10: *S20 – Tổn thương của lồng ngực; S21 – Vết thương hở của ngực.*

I. ĐẠI CƯƠNG

Chấn thương ngực bao gồm chấn thương ngực kín và vết thương thấu ngực.

Nguyên nhân của chấn thương ngực là do tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt, ...

II. CHẨN ĐOÁN

1. Tiêu chuẩn chẩn đoán

- Bệnh sử: cơ chế chấn thương (trực tiếp hay gián tiếp), nguyên nhân và thời gian chấn thương, các tổn thương đi kèm.

- Lâm sàng:

+ Nhìn: vị trí trầy xước, vết bầm; cử động hô hấp của lồng ngực tăng hoặc giảm; các vật thể còn lại trên ngực, lưng bệnh nhân; các dấu hiệu của thiếu oxy như SpO_2 giảm, môi tím, bứt rứt, vật vã; có thể ho ra máu kèm theo.

+ Sờ: tìm điểm đau trên lồng ngực, dấu tràn khí dưới da vùng ngực lưng có thể ở cổ, bụng; sự mất liên tục của xương sườn, xương đòn và xương bả vai; hạn chế vận động hoặc vận động quá mức các khớp, biến dạng khớp.

+ Gõ: âm đục của tràn máu màng phổi, âm vang của tràn khí màng phổi.

+ Nghe: nghe tiếng rì rào phế nang giảm hoặc mất của một hoặc hai bên trong tràn máu, ran ẩm hoặc rít cũng có thể gặp.

Cần chú ý hội chứng chèn ép tim cấp: tĩnh mạch cổ nổi, huyết áp tụt và tiếng tim xa xăm, mạch nghịch, dấu hiệu Kussmaul.

- Cận lâm sàng:

+ Cận lâm sàng cơ bản: công thức máu, xét nghiệm tiền phẫu, xét nghiệm máu những bệnh lý liên quan.

+ Cận lâm sàng để chẩn đoán:

X-quang ngực: được tiến hành thường quy, giúp phát hiện hình ảnh tổn thương mô mềm thành ngực, tràn khí dưới da, gãy xương sườn, xương đòn và xương bả vai, tràn khí, máu màng phổi, dập nhu mô phổi, trung thất giãn rộng, lệch khí quản, tràn khí trung thất, bóng tim to (là dấu hiệu gián tiếp hướng đến có tổn thương tim).

Siêu âm tim kết hợp siêu âm bụng phát hiện mức độ dịch màng phổi hai bên, dịch màng tim, có dấu hiệu chèn ép tim cấp hay không; hướng dẫn chọc dò màng phổi, màng tim.

CT scan ngực: nên được tiến hành nhưng không phải lúc nào cũng cần thiết. Qua hình ảnh CT scan ngực sẽ thấy rõ thương tổn còn nghi ngờ trên phim X-quang và siêu âm.

2. Chẩn đoán nguyên nhân

Chấn thương ngực kín: trực tiếp do vật tù đập vào, gián tiếp do lồng ngực bị đè ép giữa hai vật.

Vết thương thấu ngực: thường do vật nhọn đâm như dao, cọc sắt của công trình xây dựng, có thể do đạn bắn, mảnh hỏa khí, ...

3. Chẩn đoán phân biệt

Triệu chứng khó thở, tím môi, cần chú ý đến bệnh cảnh khác như chấn thương hàm mặt gây tắc nghẽn hô hấp trên hoặc chấn thương cột sống cổ. Triệu chứng cử động hô hấp thay đổi có thể bị ảnh hưởng do chấn thương bụng chậu hoặc sọ não.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Mục tiêu

Đưa bệnh nhân trở lại trạng thái ổn định về sinh lý hô hấp và tuần hoàn.

2. Điều trị hỗ trợ

Cần tiến hành cấp cứu theo trình tự A, B, C, D, E: A (Airway), B (Breathing), C (Cardiac circulation), D (Disability), E (Exposure).

3. Điều trị đặc hiệu

Tùy theo từng loại thương tổn có hướng xử trí riêng.

Bảng: Các tổn thương đe dọa tính mạng

Thương tổn	Hướng xử trí
Tràn khí màng phổi áp lực	Dẫn lưu màng phổi
Tràn khí màng phổi lượng nhiều	Dẫn lưu màng phổi, phẫu thuật
Chèn ép tim	Chọc dò màng tim, phẫu thuật
Tổn thương động mạch chủ ngực xuống	Phẫu thuật
Mảng sườn di động với dập phổi nặng	Đặt nội khí quản, kiểm soát đau, hạn chế dịch truyền
Nghẹt đường thở	Đặt nội khí quản, nội soi khí phế quản
Vỡ khí phế quản	Nội soi phế quản, phẫu thuật
Chấn thương cơ hoành gây thoát vị cơ hoành	Phẫu thuật
Thủng thực quản	Phẫu thuật

IV. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN TRÊN

Sau cấp cứu ban đầu, cần hội chẩn xem xét chỉ định chuyển tuyến trong các trường hợp sau:

- Cần thiết phải chụp CT scan ngực để chẩn đoán xác định
- Có các tổn thương đe dọa tính mạng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Chợ Rẫy (2018), *Phác đồ điều trị Cấp cứu - Hồi sức cấp cứu.*

CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN

MÃ ICD 10: S36

I. ĐẠI CƯƠNG

Chấn thương bụng kín bao gồm các tổn thương về bụng. Tổn thương có thể chỉ ở ngoài thành bụng và tổn thương có thể là các tạng trong ổ bụng như gan, lách, tụy, dạ dày, ruột, thận, ...

Chẩn đoán chấn thương bụng kín thường khó khăn do: các tổn thương phối hợp làm lạc hướng; tri giác thay đổi do chấn thương sọ não, say rượu, dùng chất gây nghiện, ...

II. CHẨN ĐOÁN

1. Bệnh sử

1.1. Hoàn cảnh bị tai nạn

- Thời điểm bị tai nạn.
- Cơ chế chấn thương: trực tiếp hay gián tiếp?

1.2. Triệu chứng cơ năng

- Có đau bụng không? Vị trí đau nhiều nhất?
- Có nôn ói không? Tính chất nôn (có máu không?)
- Tiểu máu hay tiểu trong?

2. Khám lâm sàng

- Khi thăm khám và xử trí ban đầu phải theo thứ tự A-B-C.
- Dấu hiệu gợi ý:

+ Trầy xước, bầm tím vùng ngực dưới (các xương sườn cuối), vùng bụng.
+ Bụng chướng hơi, giảm nhu động ruột.
+ Đau bụng, phản ứng thành bụng (+).
+ Dấu bầm máu vùng hông lưng (dấu Grey Turner) do tụ máu sau phúc mạc.
+ Tiểu máu do chấn thương thận.
+ Tiểu khó phối hợp tiểu máu hay bí tiểu, có thể vỡ bàng quang.
+ Dấu hiệu gãy khung chậu, có thể chấn thương niệu đạo kèm theo.

3. Cận lâm sàng

3.1. Cận lâm sàng thường quy trong chấn thương bụng

- Công thức máu, nhóm máu, PT, aPTT, fibrinogen.
- Nếu nghi ngờ có thể đo nồng độ rượu trong máu, chất gây nghiện, ...

3.2. Cận lâm sàng chẩn đoán

- Siêu âm: nên thực hiện tại giường (FAST: focus assesment with sonography for trauma) cho tất cả bệnh nhân chấn thương bụng kín, mục đích là xác định có dịch tự do

trong ổ bụng hay dịch màng phổi, dịch trong xoang màng tim (trong chấn thương dịch có nghĩa là máu).

- X quang bụng đứng: có giá trị chẩn đoán vỡ tạng rỗng, vỡ cơ hoành, ...

- Chọc rửa xoang phúc mạc chẩn đoán: cân nhắc chỉ định.

- CT Scan bụng: là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán chấn thương bụng kín.

III. THÁI ĐỘ CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ CẤP CỨU

Đánh giá và hồi sức theo các bước A-B-C.

- Chỉ định phẫu thuật ngay (tùy tình trạng bệnh có thể gọi tuyến trên hỗ trợ phẫu thuật cấp cứu hoặc chuyển tuyến) nếu:

+ Viêm phúc mạc toàn bộ.

+ Chướng bụng kèm choáng mất máu (huyết động không ổn định).

+ X-quang có dấu hiệu vỡ cơ hoành, liềm hơi dưới hoành.

- Làm FAST:

+ Huyết động ổn định (mạch < 110 lần/phút, huyết áp tâm thu > 110mmHg).

FAST (+): chụp CT scan bụng (chuyển tuyến trên nếu không có điều kiện chụp).

FAST (-) và không có chỉ định chụp CT scan khác thì theo dõi lâm sàng, làm lại FAST sau 6 giờ.

+ Huyết động tương đối ổn định (truyền < 2000mL dịch để duy trì huyết động ổn định) thì chụp CT scan bụng, nếu có tổn thương thì xử trí tùy thuộc vào tổn thương, nếu CT scan bụng bình thường thì đánh giá lại tổn thương tại vùng khác (nếu không có điều kiện chụp, cân nhắc chuyển tuyến trên).

+ Huyết động không ổn định (phải truyền > 2000mL dịch để duy trì huyết động ổn định) xem xét chỉ định mổ cấp cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Chợ Rẫy (2018), *Phác đồ điều trị Cấp cứu - Hồi sức cấp cứu.*

VẾT THƯƠNG THẤU BỤNG

MÃ ICD 10: S31.1

I. ĐẠI CƯƠNG

Vết thương thấu bụng là vết thương thành bụng trước xâm nhập vào xoang bụng (thủng phúc mạc thành), vết thương ngực xâm nhập vào xoang bụng thủng cơ hoành, vết thương vùng hông lưng xâm nhập vào khoang sau phúc mạc.

Nguyên nhân: thường do dao, vật sắc nhọn, có thể do tai nạn giao thông, tai nạn lao động, té ngã, đả thương, đạn bắn ...

Phân loại: vết thương thấu bụng không tổn thương tạng và vết thương thấu bụng có tổn thương tạng (tạng rỗng, tạng đặc, mạch máu).

II. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN

1. Bệnh sử

Hỏi bệnh sử cần chú ý khai thác giờ xảy ra tai nạn, hướng tác động, lực tác động, tác nhân gây tổn thương (hình dạng, kích thước) → có thể tiên đoán trước mức độ thương tổn cũng như tạng bị tổn thương.

2. Triệu chứng cơ năng

Đau bụng, ói ra máu, tiểu ra máu, tiêu ra máu.

3. Triệu chứng thực thể

- Nhìn: có vết thương vùng bụng trước hay hông lưng. Các vết thương vùng ngực thấp bên trái, phải, gian sườn 6,7,8, vết thương có lòi mạc nối, ruột, các sonde mũi - dạ dày, sonde tiểu có máu.
- Sờ: ấn bụng đau, có thể có đề kháng thành bụng, phản ứng phúc mạc.
- Gõ đục vùng thấp khi có chảy máu hoặc dịch trong ổ bụng. Khoảng 40% xuất huyết nội không có biểu hiện lâm sàng ở lần thăm khám đầu tiên, vì vậy việc thăm khám thường xuyên là rất quan trọng.

4. Cận lâm sàng

4.1. Cận lâm sàng cơ bản

Công thức máu (có thể làm nhiều lần), đông máu toàn bộ, xét nghiệm sinh hóa máu (chức năng gan, chức năng thận), X-quang ngực.

4.2. Cận lâm sàng giúp chẩn đoán

- X-quang bụng đứng không sửa soạn: khí tự do trong ổ bụng hay không?
- Siêu âm bụng: có dịch, có khí trong ổ bụng không?
- CT scan bụng: có thể phát hiện dịch hoặc khí trong ổ bụng, các cơ quan bị thương tổn và mức độ thương tổn các cơ quan đó.

III. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

1. Vết thương thấu bụng

Có tạng trong ổ bụng (mạc nối, ruột non) phòi ra ngoài hoặc khi thám sát vết thương thấy có thủng phúc mạc hoặc siêu âm có dịch ổ bụng hoặc X-quang bụng có hơi tự do trong ổ bụng.

2. Vết thương thành bụng

Siêu âm không có dịch ổ bụng; X-quang bụng không có hơi tự do trong ổ bụng.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

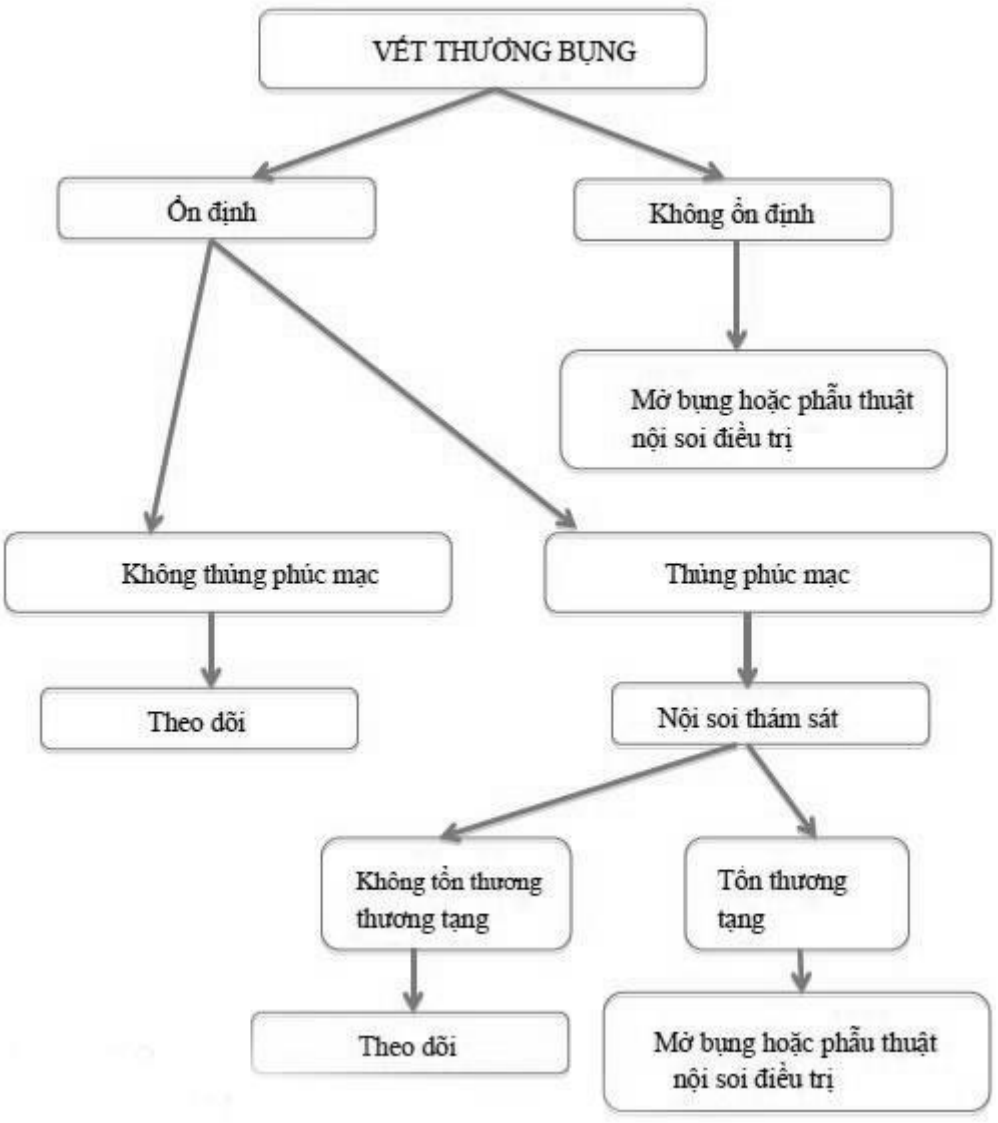
Đánh giá và hồi sức theo các bước A-B-C.

Có vết thương thấu bụng thì phải mở bụng hoặc nội soi ổ bụng thám sát (nếu huyết động ổn định) và xử trí thương tổn nếu có.

2. Điều trị đặc hiệu

Bệnh nhân có vết thương thấu bụng mà huyết động không ổn định thì phải mở bụng thám sát và xử trí thương tổn. Nếu huyết động ổn định thì thám sát vết thương tại chỗ, nếu không thủng phúc mạc thì tiếp tục theo dõi, nếu thủng phúc mạc thì có thể nội soi ổ bụng chẩn đoán. Nếu qua nội soi ổ bụng có thủng lá phúc mạc mà không tổn thương nội tạng bụng thì tiếp tục theo dõi. Nếu thủng phúc mạc và có tổn thương tạng: phẫu thuật noi soi điều trị (khâu thủng tạng rỗng hoặc đốt, khâu cầm máu tạng đặc) hay mở bụng xử trí thương tổn.

3. Lưu đồ xử trí



V. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN TRÊN

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định vết thương thấu bụng có huyết động ổn định; nếu huyết động không ổn định, gọi xin tuyến trên hỗ trợ phẫu thuật cấp cứu.
- Bệnh nhân có vết thương thành bụng nhưng không loại trừ được khả năng thấu bụng bằng lâm sàng và các phương tiện cận lâm sàng hiện có tại đơn vị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Chợ Rẫy (2018), *Phác đồ điều trị Cấp cứu - Hồi sức cấp cứu.*

VẾT THƯƠNG VÀ CHẤN THƯƠNG MẠCH MÁU NGOẠI BIÊN

.

MÃ ICD 10: T01.9

I. ĐẠI CƯƠNG

Chấn thương và vết thương động mạch chi là cấp cứu ngoại khoa thường gặp. Bệnh cần điều trị sớm, tốt nhất trong 6 giờ đầu sau khi bị thương. Cần ưu tiên số 1 trong chẩn đoán, vận chuyển và xử trí, nếu để muộn sẽ gây di chứng ở chi, cắt cụt chi, thậm chí tử vong.

Hình thái tổn thương: vết thương động mạch; chấn thương động mạch; tổn thương phối hợp: tổn thương tĩnh mạch, tổn thương thần kinh, tổn thương cơ quan khác, …

II. CHẨN ĐOÁN

Chủ yếu dựa vào lâm sàng có dấu hiệu thiếu máu chi cấp tính phía chi dưới tổn thương. Siêu âm Dopper, chụp mạch máu cần thiết trong một số trường hợp.

1. Chẩn đoán vết thương động mạch

- Cơ năng: bị đâm, đạn bắn, chảy máu qua vết thương, tê bì, giảm hoặt mất cảm giác đầu chi, giảm hoặt mất vận động đầu chi.
- Toàn thân: da xanh, niêm nhợt, huyết áp hạ nếu mất máu nhiều. Nếu đến muộn 24-48 giờ, hay đã hoại tử chi sẽ có dấu hiệu nhiễm độc: lơ mơ, mạch nhanh, huyết áp tụt, da xanh niêm nhợt, tiểu ít.
- Tại chỗ: vết thương thường nằm trên đường đi của mạch máu lớn, vết thương đang chảy máu.
- Nếu vết thương đã cầm: có khối máu tụ quanh vết thương, có thể đập theo nhịp tim.
- Chi phía dưới: có hội chứng thiếu máu chi cấp tính: da nhợt, chi lạnh, mạch ngoại biên giảm hoặc mất, giảm hoặt mất cảm giác, giảm hoặc mất vận động, phù nề và đau bắp cơ.
- Thiếu máu không hồi phục: mảng tím đen hay hoại tử, nổi bóng nước, cứng khớp hoặc hoại tử nhiễm trùng gây nhiễm độc toàn thân rất nặng.

2. Chẩn đoán chấn thương động mạch

- Cơ năng: chấn thương trực tiếp vào đường đi mạch máu hoặc do gãy xương, bệnh nhân than đau, giảm hoặc mất cảm giác chi.
- Toàn thân: có dấu hiệu của gãy xương và chấn thương khác, sốc chấn thương. Nếu đến muộn: có dấu hiệu nhiễm trùng và hoại tử chi.
- Tại chỗ: dập cơ, phần mềm, tụ máu nơi chấn thương; dấu hiệu gãy xương: sưng nề, biến dạng, lệch trục
- Chi phí dưới: có hội chứng thiếu máu chi cấp tính.

3. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm: công thức máu, nhóm máu, đông cầm máu, nồng độ cồn máu.
- Các cận lâm sàng để chẩn đoán: siêu âm Doppler mạch máu, chụp mạch máu.
- Các xét nghiệm và cận lâm sàng khác tùy theo tổn thương phối hợp và bệnh lý đi kèm.

IV. ĐIỀU TRỊ

Đánh giá và hồi sức theo các bước A-B-C.

1. Vết thương động mạch

- Điều trị ngoại khoa:

+ Thắt động mạch rất hạn chế, chỉ thực hiện khi bệnh nhân đến muộn (tuần hoàn phụ tốt), vết thương nhiễm trùng.

+ Phục hồi lưu thông mạch máu: khâu nối trực tiếp hoặc ghép mạch (tĩnh mạch hiển lớn tự thân đảo chiều).

+ Khâu nối tĩnh mạch và thần kinh phối hợp.

+ Mở cân giải áp nếu có dấu hiệu phù nề - đau bắp cơ.

- Sau mổ:

+ Kháng đông: heparin TM 100-200UI/kg/24 giờ, trong 24-48 giờ đầu, sau đó có thể thay thế fraxiparin hoặc aspirin uống 1-2 tuần.

- Biến chứng:

+ Nhiễm trùng vết thương, bục miệng nối: thắt mạch và điều trị nhiễm trùng.

+ Tắc miệng nối: ít xảy ra, cần theo dõi tình trạng chi mỗi ngày.

+ Suy thận cấp: khi bệnh nhân đến muộn, biểu hiện lơ mơ, tiểu ít, xét nghiệm BUN, creatinine tăng. Chỉ định cắt cụt chi sớm khi lâm sàng và cận lâm sàng không cải thiện.

2. Chấn thương động mạch

- Điều trị ngoại khoa:

+ Mổ cố định xương gãy trước.

+ Cắt đoạn động mạch dập, khâu trực tiếp phục hồi động mạch hoặc ghép 1 đoạn tĩnh mạch hiển lớn đảo chiều.

+ Khâu nối tĩnh mạch và thần kinh phối hợp.

+ Mở cân giải áp có dấu hiệu sưng nề và đau bắp cơ.

- Sau mổ:

- Kháng đông: duy trì heparin như trên 24-48 giờ, sau đó thay thế fraxiparin hay Aspegic.

- Biến chứng:

+ Nhiễm trùng vết thương: mở rộng vết thương, thay băng và chăm sóc mỗi ngày. Nếu bục miệng nối: thắt động mạch và điều trị nhiễm trùng. Nếu hoại tử nhóm cơ: mổ cắt lọc.

+ Tắc miệng nối: cần theo dõi chi mỗi ngày

+ Suy thận cấp: hay gặp hơn trong chấn thương mạch máu, bệnh nhân biểu hiện lơ mơ, tiểu ít, xét nghiệm BUN, creatinine tăng. Chỉ định cắt cụt chi sớm nếu lâm sàng và cận lâm sàng không cải thiện.

- Chỉ định cắt cụt chi:

+ Sốc không hồi phục khi hồi sức.

+ Chấn thương phối hợp nặng (chi, bụng, ngực, …)

+ Những dấu hiệu thếu máu cấp tính đã lâu, khồng còn khả năng hồi phục chia: nốt bỏng, cứng khớp, mất hoàn toàn cảm giác, vận động chi hạn chế, …

+ Vết thương tại chỗ nặng: kèm gãy xương, vết thương thần kinh, tĩnh mạch và dập nát phần mềm.

V. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN TRÊN

Cần hội chẩn xem xét chỉ định chuyển tuyến trên trong các trường hợp:

- Vết thương hoặc chấn thương nặng, phức tạp quá khả năng phẫu thuật của đơn vị.
- Có tổn thương khác phối hợp: gãy xương, tổn thương khác nặng, …
- Sau khâu nối trực tiếp phục hồi lưu thông máu, xuất hiện các biến chứng như: tắc miệng nối, nhiễm trùng vết thương nặng, suy thận cấp, …

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Chợ Rẫy (2018), *Phác đồ điều trị Cấp cứu - Hồi sức cấp cứu.*

VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM

MÃ ICD 10: T01.9

I. ĐẠI CƯƠNG

Vết thương phần mềm là vết thương tổn thương các mô mềm bao gồm da, mô liên kết dưới da, mỡ, cân, cơ. Vết thương phần mềm đặc biệt có thể kèm tổn thương đứt gân, đứt thần kinh, đứt mạch máu.

Trong phạm vi bài này không đề cập vết thương do động vật cắn.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Cơ chế chấn thương.
- Thời gian chấn thương.
- Môi trường tiếp xúc vết thương.
- Diễn tiến, xử trí ban đầu.

1.2. Khám

- Khám toàn diện tìm dấu hiệu cấp cứu, nhiễm trùng nhiễm độc.
- Khi thăm khám và chẩn đoán cần ghi nhận: vị trí, kích thước, bờ mép, độ sâu, các tổn thương thấy được trong vết thương.
- Khám kỹ nhất là các vết thương sắc gọn, dập nát để tìm các dấu chứng tổn thương mạch máu (bắt mạch ngoại vi và mạch trung tâm chi phối vùng tổn thương), thần kinh (vận động và cảm giác), gân cơ, …
- Nếu bệnh nhân đến muộn sau 6-12 giờ phải mô tả sự viêm tấy, dịch xuất tiết, mùi và khám hạch vùng gốc chi.
- Vết thương hỏa khí: xác định lỗ đạn vào và lỗ đạn ra.

1.3. Phân loại

1.3.1. Phân loại theo nguy cơ nhiễm trùng

- Nguy cơ nhiễm trùng cao: môi trường tiếp xúc vết thương dơ, vết thương sâu rộng, có dị vật như sình bùn, cát bụi, hỏa khí.
- Nguy cơ nhiễm trùng thấp: môi trường tiếp xúc vết thương tương đối sạch, vết thương nhỏ và nông, không dị vật.

1.3.2. Phân loại theo mức độ tổn thương

- Vết thương đơn giản: chỉ tổn thương da và mô dưới da, không tổn thương gân, cơ, xương và thần kinh mạch máu.
- Vết thương phức tạp: tổn thương dập nát, mất mô nhiều, tổn thương giải phẫu phức tạp, có thể có tổn thương gân, cơ, xương và thần kinh mạch máu.

2. Cận lâm sàng

- X-quang: khi nghi ngờ tổn thương xương, dị vật.
- Siêu âm Doppler mạch máu: khi nghi ngờ tổn thương mạch máu.

- Cấy dịch vết thương: đối với các vết thương lớn, dập nát nhiều để điều trị theo kháng sinh đồ sau này.

3. Chẩn đoán

Vết thương, phân loại, vị trí, nguyên nhân, nguy cơ nhiễm trùng, thời gian, tổn thương đặc biệt kèm theo nếu có.

Ví dụ: vết thương phức tạp cổ tay (T) do kiếng cắt, nguy cơ nhiễm trùng cao giờ thứ 12, theo dõi đứt bó mạch thần kinh quay.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Xử trí cấp cứu.
- Điều trị đặc hiệu.
- Phục hồi chức năng.

2. Xử trí cấp cứu

-Xử trí cấp cứu theo ABC.

- Sơ cứu ban đầu: băng ép, không rút dị vật, nẹp cố định.

3. Điều trị đặc hiệu

3.1. Chuẩn bị trước phẫu thuật

- Paracetamol 10-15mg/kg TTM.
- Kháng sinh trước mổ.

3.2. Mổ c t lọc, dẫn lưu, để hở da khi có nguy cơ nhiễm trùng cao

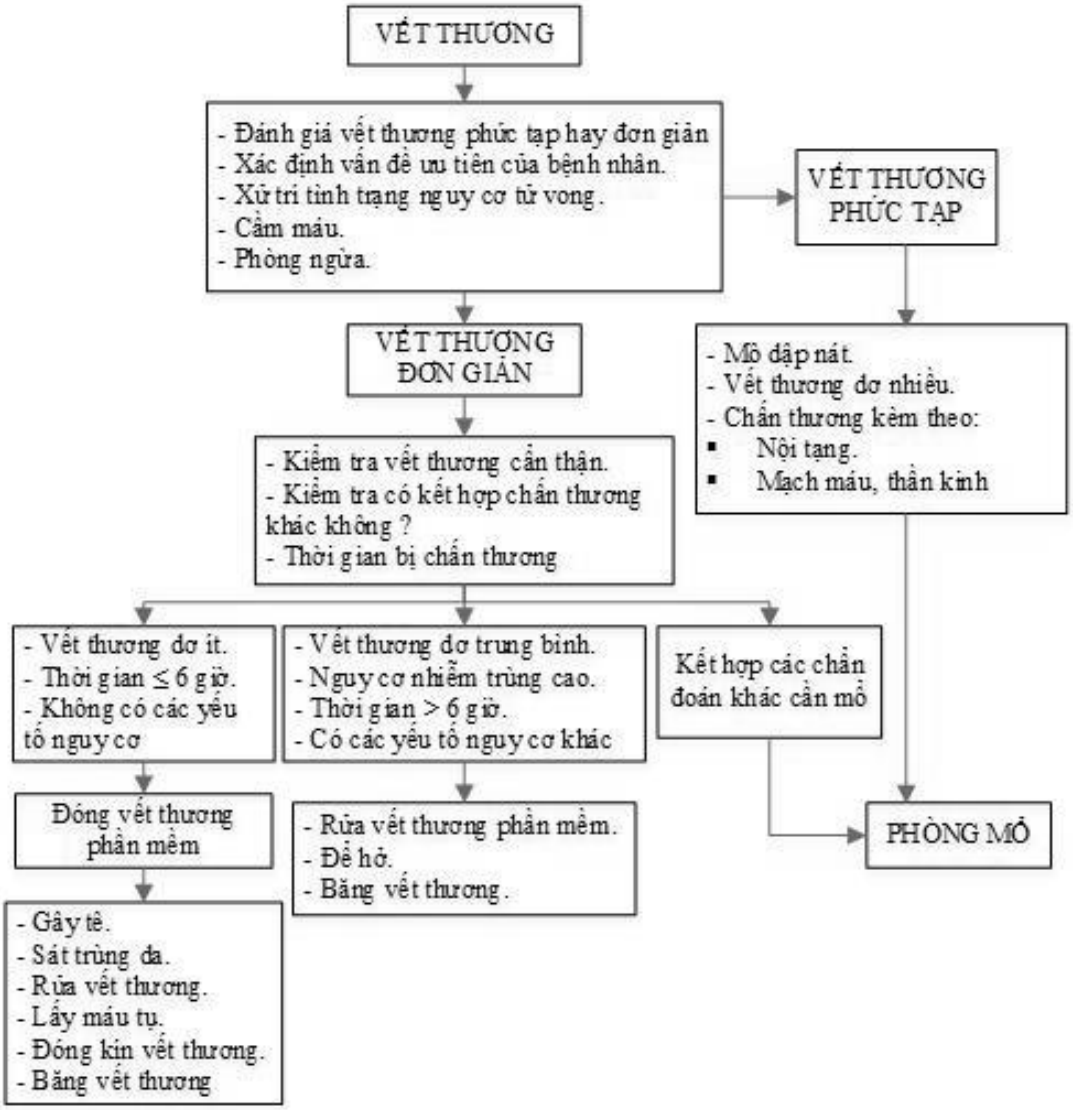
3.3. Phục hồi thương tổn

Tùy mô tổn thương da, mạch máu, thần kinh, gân, xương: điều trị theo chuyên khoa.

4. Chỉ định tiêm ngừa uốn ván theo bảng sau

Tiền sử tiêm VAT	Vết thương nhỏ sạch		Vết thương khác	
	VAT	SAT	VAT	SAT
< 3 liều	Có	Không	Có	Có
≥ 3 liều	Có nếu liều lần cuối cách đây ≥ 10 năm	Không	Có nếu liều lần cuối cách đây ≥ 5 năm	Không
Không tiêm hoặc không rõ	Có	Có	Có	Có

LƯU ĐỒ XỬ TRÍ VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM



IV. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN TRÊN

- Vết thương phức tạp quá khả năng phẫu thuật.
- Có các chấn thương nặng đi kèm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình TPHCM (2017), *Phác đồ điều trị.*

CHẤN THƯƠNG HÀM MẶT

I. ĐẠI CƯƠNG

Chấn thương hàm mặt thường kết hợp các thương tổn khác như chấn thương sọ não, cột sống cổ, lồng ngực. Chấn thương hàm mặt có kèm các thương tổn kể trên nhiều khi còn mở khí quản cấp cứu.

Nguyên nhân thường là tai nạn giao thông, tai nạn lao động, chú ý lực gây chấn thương có thể đánh giá, tiên lượng được tổn thương, những tổn thương này khó thấy được ở thời kỳ đầu lúc sơ cứu.

II. CÁC THƯƠNG TỔN CHẤN THƯƠNG HÀM MẶT

1. Phần mềm

1.1. Loại vết thương

- Đụng dập, trầy sát, không có tụ máu.
- Thương tổn "vết xâm": có vật lạ, chất bẩn thấm vào mô dưới da.
- Vết thương xuyên thấu.
- Vết rách đơn giản, hình sao, nham nhở.
- Vết thương mất da.

1.2. Vị trí

Trán, mi mắt, tai, mũi, cằm, gò má, lưỡi, hố mắt, …

2. Gãy xương

2.1. Loại xương gãy: kín, hở, cành tươi, không liên tục; không di lệch, có di lệch, …

2.2. Vị trí

2.2.1. Phần ba trên mặt: xương trán, xoang trán, trần hốc mắt, giữa hai chân mày (ấn đường, Gabellat).

2.2.2. Phần ba giữa mặt: xương mũi, vách ngăn mũi, xoang hàm, xương hốc mắt, gò má, cung gò má. Gãy xương hàm ngay Lefort 1; khối thóp - Lefort 2, khớp sọ mặt - Lefort 3.

2.2.3. Phần ba dưới mặt: gãy xương hàm dưới aloeolav, symphyrin, góc hàm.

III. CHẨN ĐOÁN LÂM SÀNG

1. Hỏi bệnh sử: cơ chế chấn thương, tri giác, có thay đổi, thay đổi thị lực, thị trường, nhìn đôi, té hay molcclusia.

2. Nhìn: nhiều hướng (trước mặt, phía trên) mặt mất cân đối có thể do xương gãy phía dưới, nên vạch mi mắt xem có tổn thương nhãn cầu, mở miệng xem có tổn thương răng. Bầm hai mí mắt, sau tai thường có vỡ sàn sọ.

3. Sờ - ấn: so sánh hai bên; ở các vị trí sau: (1) phía trên, phía ngoài hốc mắt, (2) Gờ hốc mắt + xoang, (3) gò má, (4) xương chính mũi, (5) xương hàm trên, (6) xương hàm dưới, cụ thể:

- Đo khoảng cách hai gốc mắt trong, trung bình: 35-40mm, nếu khoảng cách này rộng ra, một thương tổn nặng ở mắt có thể có. Cần khám mắt xem có xuất huyết tiền phòng, xuất huyết võng mạc, đồng tử có phản xạ với ánh sáng; nhãn cầu hình giọt lệ, có thể nhãn cầu đã bị thủng hay vỡ.
- Vết thương một phần ba trong mí mắt có thể làm tổn thương lệ đạo, lần khám các cơ quanh hốc mắt, nhìn đôi, nhất là khi lúc nhìn lên, có thể nứt cung gò má hay sàn hốc mắt.

- Mũi cần xem có bị biến dạng, sờ có kêu lép bép của khí dưới da, vách mũi có thể tụ máu sưng to; có thể thấy chảy dịch não tủy qua mũi nếu hứng các giọt dịch não tủy bằng một tờ giấy trắng, có thể thấy một vòng sáng dịch trong giữa là màu đỏ của hồng cầu lắng đọng.

- Ta có thể thấy rách ống tai, tụ máu quanh sụn vành tai, tụ máu sau màng nhĩ, màng nhĩ bị rách, chảy dịch não tủy. Khi bệnh nhân ổn định cho chụp X-quang có thể thấy các thương tổn xương. CT có thể dùng để xác định thương tổn và có hướng xử trí.

IV. CẬN LÂM SÀNG

- Chụp X-quang: sọ thẳng-nghiêng, Blondeau-Hirtz nếu không có chống chỉ định.
- Chụp CT scan (nếu cần chụp để xác định chẩn đoán, chuyển tuyến trên).
- Siêu âm bụng, chụp X-quang bụng không chuẩn bị nếu nghi ngờ kèm theo chấn thương bụng kín.
- Các xét nghiệm: công thức máu, nhóm máu, đông cầm máu, nồng độ cồn.
- Các xét nghiệm cần thiết khác để đánh giá chức năng gan, thận và bệnh lý đi kèm.

V. XỬ TRÍ CẤP CỨU

1. Cấp cứu ban đầu: bao gồm bảo đảm đường thở, kiểm soát chảy máu.

Gãy xương hàm mặt có thể làm tụt lưỡi ra phía sau làm tắc đường thở cần ngăn chặn bằng kéo lưỡi ra hoặc khâu đầu lưỡi bằng một sợi chỉ lớn.

2. Đặt nội khí quản: khi cần thiết vì đường mũi có thể làm tăng nguy cơ nhiễm trùng nội sọ, không có lợi khi chảy máu mũi nặng.

3. Kiểm soát chảy máu: bằng cách đè ép trực tiếp; dùng kẹp cầm máu có thể làm tổn thương thần kinh mặt hay các ống của tuyến mang tai; chảy máu thành họng có thể cần đặt nội khí quản có chèn thêm gạc.

Chảy máu do gãy xương Lefort có thể kiểm soát bằng việc xếp các xương gãy khớp lại. Chảy máu mũi có thể cầm máu bằng cách ép trực tiếp lỗ mũi họng hay nhét gạc. Nếu chảy máu mũi họng nhiều, cần luồn sonde Forley dọc sàn mũi và bơm bóng lên.

4. Gãy xương mặt đặc biệt: cần chuyển tuyến trên

4.1. Xoang trán - xương trán: gãy cung mày thường kèm tổn thương nội sọ. Nên dùng kháng sinh điều trị các vi trùng ở xoang; nếu có vỡ thành sau xoang trán cần điều trị kháng sinh bằng đường tĩnh mạch. Bệnh nhân chỉ vỡ thành ngoài xoang trán có thể điều trị tại đơn vị.

4.2. Hốc m t: xác nhận chẩn đoán bằng X-quang, CT, chỉ định phẫu thuật khi mắt thụt vào ổ mắt (Enophthalmos), hoặc nhìn đôi liên tục; nên dùng kháng sinh điều trị các vi trùng ở xoang.

4.3. Xương mũi: tụ máu vách mũi cần rạch dẫn lưu. Có thể điều trị tại đơn vị.

4.4. Xương gò má: cần nhập viện điều trị khi gãy rời: xương gò má với xương trán, xương trán, xương gò má với xương thái dương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về răng hàm mặt,* ban hành kèm theo Quyết định 3108/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế.

CHẤN THƯƠNG MẮT

MÃ ICD 10: S05

I. CHẤN THƯƠNG MI MẮT

1. Đụng giập: có thể gây tụ máu dưới da mi ngay sau chấn thương, sẽ tự khỏi sau 1-2 tuần không để lại di chứng. Nếu tụ máu xuất hiện chậm 24-48 giờ thường là do tổn thương vùng lân cận như mũi, trán, thái dương, hố mắt, …

2. Vết thương: có thể gây rách da, tổn thương cơ, đứt sụn mi, đứt lệ quản, …

- Vết thương không xuyên qua mi: gây tê tại chỗ, cắt lọc vết thương (hết sức tiết kiệm), khâu hai mép vết thương, dùng kháng sinh, kháng viêm, giảm đau.

- Vết thương xuyên qua mi mắt: đặt lại đúng vào vị trí giải phẫu, giữ nguyên hình dạng và độ cong của bờ mi, vết thương rách bờ mi phải khâu bờ tự do trước. Nếu có kèm vết thương xuyên nhãn cầu thì ưu tiên xử trí vết thương xuyên nhãn cầu trước rồi mới tiến hành khâu mi.

II. CHẤN THƯƠNG LỆ ĐẠO

1. Tuyến lệ: thường ít tổn thương. Tuyến lệ có thể bị đứt khỏi vị trí, có thể khâu vào phần mềm xung quanh hay cắt bỏ

2. Lệ quản: thường bị cắt đứt khi bị vết thương góc trong mi, xử trí kháng sinh, giảm đau sau đó chuyển tuyến.

3. Túi lệ: thường phối hợp vết thương xuyên thành trong hố mắt. Xử trí như trên.

III. CHẤN THƯƠNG XUYÊN NHÃN CẦU

1. Xước giác mạc: vết xước nông thường khó thấy chẩn đoán chỉ dựa vào:

- Tiền sử chấn thương.

- Dấu hiệu kích ứng mắt (cảm giác xốn cộm, chảy nước mắt, sợ ánh sáng).

Điều trị nhỏ kháng sinh tại chỗ: ciprofloxacin hoặc tobramycin, moxifloxacin.

Dùng kháng sinh, kháng viêm, giảm đau.

2. Dị vật giác mạc (xem bài dị vật mắt)

3. Chấn thương đụng giập

Xảy ra do chấn thương trực tiếp bởi một vật cùn, chạm giập, chấn động. Sức mạnh gây đụng giập thường đẩy nhãn cầu về phía thành hố mắt, đột ngột ép mạnh vào nhãn cầu làm tăng nhãn áp nên không chỉ các lớp màng mà các chất nội nhãn cũng bị chèn ép, rung chuyển và vỡ rách, … Sau khi bị đụng giập, các tổ chức nhãn cầu thường qua một quá trình bệnh lý thứ phát: quá trình viêm và thoái hóa liên quan mật thiết đến rối loạn tuần hoàn và rối loạn dinh dưỡng.

3.1. Xuất huyết tiền phòng

Máu chảy ra từ mống mắt hay thể mi làm thành một lớp có giới hạn nằm ngang. Nếu mới có màu đỏ tươi, nếu cũ có màu đỏ thẫm.

Xử trí:

- Nằm nghỉ tại gường, đầu cao 30 độ.

- Nhỏ mắt C. Atropine 1% 3-4 lần/ngày

- Dùng giảm đau nhẹ như paracetamol, không được dùng các chế phẩm có chứa aspirin.

Theo dõi nhãn áp thường xuyên nếu tăng nhãn áp. Nếu trường hợp có tăng nhãn áp, nhỏ timolol 0,25% 2 lần/ngày, uống acetazolamid 250mg, cân nhắc chuyển tuyến nếu nhãn áp không kiểm soát được.

3.2. Rách chân mống m t: chân mống mắt có vết rách, phía sau có màu đen, lỗ đồng tử biến dạng, phản xạ ánh sáng thường bị yếu hay bị mất.

3.3. Đụng giập thủy tinh thể

- Lệch thủy tinh thể bán phần: tiền phòng chỗ nông chỗ sâu, mống mắt rung rinh khi nhãn cầu di động.

- Lệch thủy tinh thể toàn phần: ít gặp thủy tinh thể có thể ra tiền phòng giống như một giọt dầu hay vào trong tiền phòng, thường thì gây viêm mống mắt thể mi và tăng nhãn áp.

3.4. Xuất huyết trong pha lê thể: do vỡ mạch máu củng mạc hay hắc mạc gây ra, thị lực giảm nhanh, ánh đồng tử giảm hay mất. Có thể gây biến chứng tăng nhãn áp thứ phát.

3.5. Rách võng mạc: thường gây chớp sáng trước mắt. Về sau, chỗ rách bị phù, thấm dịch và võng mạc bị bong. Khi đó nhìn đường thẳng sẽ bị cong, thị trường thu hẹp, thị lực giảm.

3.6. Vỡ củng mạc: chẩn đoán phải đặt ra trước một chấn thương tiền phòng đầy máu, mắt mềm, phù kết mạc và phản ứng thể mi (+).

Xử trí các trường hợp trên: nhỏ kháng sinh, uống thuốc giảm đau, chuyển tuyến trên điều trị tiếp.

3.7. Vết thương xuyên thủng nhãn cầu: tùy thuộc vào tác nhân gây chấn thương, tốc độ và khoảng cách mà vết thương chỉ có một lỗ vào hoặc vừa có lỗ vào vừa có lỗ ra.

- Các tổ chức nội nhãn bị tổn thương hoặc bị phòi ra ngoài, gây rối loạn chất dịch trong nhãn cầu, ảnh hưởng đến tổ chức hốc mắt.

- Dễ gây nhiễm khuẩn.

- Không chỉ gây nặng nề cho mắt bị chấn thương mà còn có thể ảnh hưởng đến mắt lành (nhãn viêm giao cảm).

- Xử trí: dùng kháng sinh toàn thân, giảm đau, cầm máu, nhỏ kháng tại chỗ, băng mắt rồi chuyển tuyến.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về m t,* ban hành kèm theo Quyết định 40/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế.

BỎNG MẮT

MÃ ICD 10: S05

I. BỎNG NHIỆT

Bỏng nhiệt thường là bỏng nhẹ nhờ phản xạ của mi mắt. Thông thường là cháy lông mi, đôi khi tổn thương lớp nông của giác mạc.

Xử trí: lấy sạch dị vật, rửa sạch mát bằng dung dịch nước muối đẳng trương, tra mỡ kháng sinh để tránh dính mi mắt.

II. BỎNG HÓA CHẤT

1. Đánh giá mức độ và tiên lượng

Mức độ	Tổn thương	Tiên lượng
Nhẹ	- Giác mạc: khuyết biểu mô, mờ nhẹ chủ mô trước. - Kết mạc: không có dấu hiệu thiểu dưỡng.	Không có hay có sẹo giác mạc mỏng. Thị lực giảm 1-2 hàng.
Trung bình	- Giác mạc: đục trung bình. - Kết mạc: có ít hay không có dấu hiệu thiểu dưỡng.	Sẹo giác mạc trung bình, tân mạch ở vùng rìa. Thị lực giảm 2-7 hàng.
Trung bình - nặng	- Giác mạc: đục mờ, không nhìn rõ mống mắt. - Kết mạc: thiểu dưỡng <1/3 chu vi rìa.	Thời gian liền sẹo giác mạc kéo dài. Giác mạc bị sẹo và tân mạch. Thị lực < 1/10.
Nặng	- Giác mạc: trắng, không nhìn rõ đồng tử. - Kết mạc: thiểu dưỡng từ 1/3 đến 2/3 chu vi rìa.	Thời gian liền sẹo giác mạc rất lâu với phản ứng viêm bên cạnh, dễ loét và thủng giác mạc. Thị lực đếm ngón tay.
Rất nặng	- Giác mạc: hoàn toàn trắng, không nhìn thấy đồng tử. - Kết mạc: thiểu dưỡng > 2/3 chu vi rìa.	Rất lâu lành. Chủ mô giác mạc dễ bị hoại tử. Loét và thủng giác mạc.

2. Xử trí

2.1. Xử trí cấp cứu

2.1.1. Bỏng acid và kiềm

- Lấy hết ngoại vật ra khỏi mắt.

- Dùng nước muối đẳng trương để rửa nhãn cầu và kết mạc, đặc biệt là cùng đồ kết mạc. nên cắm một chai dịch truyền và dung dây dịch truyền để rửa (ít nhất 500mL trong khoảng 30 phút).

- Tra mỡ kháng sinh và băng che mắt lại.

2.1.2. Bỏng vôi

Vôi là một chất kiềm, tác dụng chậm, kéo dài, gây nhiều hậu quả nặng nề và phức tạp, khó tiên lượng trước và cách xử trí khác với các loại bỏng khác.

- Đầu tiên là phải lấy hết vôi cục.

- Sau đó mới rửa mắt. Nhằm tránh phản ứng tạo nhiệt làm tổn thương nặng hơn, dùng glucose 5% rửa mắt là tốt nhất.

2.2. Điều trị bằng thuốc

- Chống nhiễm trùng: thuốc nhỏ mắt gentamycin 0,3% hoặc ciprofloxacin 0,3% nhỏ 4 lần/ngày đến khi lành biểu mô; pomade tetracyllin tra mắt 2 lần/ngày (chống hủy mô, chống xơ hóa, chống dính).

- Thuốc giãn đồng tử và liệt thể mi: Collyre Atropin 1% nhỏ mắt 2 lần/ngày.

- Thuốc giảm đau và an thần.

- Dinh dưỡng giác mạc: vitamin C, AD, E.

- Khi có tăng nhãn áp: acetazolamide 250mg 2 lần/ngày. Nếu tăng nhãn áp nặng có thể kết hợp thuốc ức chế beta.

- Chống dính mi cầu: dùng que tăm bông loại bỏ những dây dính 1-2 lần/ngày với gây tê bề mặt.

- Trường hợp hở mi do phù mi và co kéo: tra nước mắt nhân tạo, pomade.

2.3. Điều trị duy trì

- Tùy thuộc hình thái tổn thương.

- Điều trị phục hồi chức năng: sau 18-24 tháng, gửi lên tuyến trên tạo hình lại những tổn thương để phục hồi chúc năng mắt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về m t*, ban hành kèm theo Quyết định 40/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2. Giáo trình Nhãn khoa – Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

3. Duane’s Clinical Ophthamology.

CHẢY MÁU MŨI

.

MÃ ICD 10: *Tổn thương nông của mũi:* ***S00.3****; Vết thương hở của mũi:* ***S01.2****; Vỡ xương mũi:* ***S02.2****; Vật lạ trong xoang mũi:* ***T17.0****; Vật lạ trong lỗ ngoài mũi:* ***T17.1****.*

I. ĐẠI CƯƠNG

Chảy máu mũi là tai biến thường gặp trong sinh hoạt hằng ngày, bao gồm tất cả các trường hợp máu chảy từ mũi ra ngoài hoặc xuống họng. Chảy máu mũi không phải là một bệnh, mà là triệu chứng của nhiều bệnh do nhiều nguyên nhân.

II. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH THEO NGUYÊN NHÂN

1. Nguyên nhân tại chỗ

- Chảy từ điểm mạch Kisselbach hay gặp nhất, chiếm khoảng 90%, thường chảy ra cửa mũi trước, chảy ít hoặc vừa, dễ cầm máu, ít nguy hiểm.

- Chảy từ phần sau, từ khe trên và khe giữa chỉ chiếm khoảng 10%, thường do tiểu động mạch hoặc động mạch, chảy tương đối nhiều, chảy máu ra cửa mũi trước và sau.

- Do viêm nhiễm tại chỗ: viêm mũi xoang cấp, viêm loét ở mũi, dị vật mũi, …

- Do khối u

+ U lành tính: polype mũi thể chảy máu (polype killian), u mạch máu ở mũi, u xơ vòm mũi họng.

+ U ác tính: ung thư sàng hàm, ung thư vòm mũi họng, u ác tính ở mũi.

- Do chấn thương: chấn thương mũi đơn thuần như gãy xương chính mũi, gãy sụn vách ngăn hay chấn thương vùng mặt gây vỡ xoang hàm, vỡ xoang trán hoặc gãy xương hàm trên theo kiểu Lefort I, II, III… hoặc chấn thương sọ não.

- Sau phẫu thuật tai mũi họng hàm mặt: các phẫu thuật ở hốc mũi và hàm mặt đều có thể gây chảy máu mũi.

2. Nguyên nhân toàn thân

- Bệnh nhiễm khuẩn ký sinh trùng: cúm, thương hàn, sốt xuất huyết, sốt vàng da xoắn trùng…

- Bệnh về máu: bạch cầu cấp, xuất huyết giảm tiểu cầu vô căn (bệnh werlhof), rối loạn đông chảy máu như Hemophilie, giảm tỉ lệ prothrombine, bệnh xuất huyết Schoenlein-Henoch, …

- Bệnh tim mạch: cao huyết áp, xơ động mạch.

- Suy chức năng thận, xơ gan.

- Nội tiết: chảy máu trong thời kỳ kinh nguyệt, trong thời kỳ mang thai, u tế bào ưa crome, rối loạn nội tiết tăng trưởng ở trẻ trai.

- Vô căn: 70% số bệnh nhân chảy máu mũi không tìm thấy nguyên nhân.

III. CẬN LÂM SÀNG

- Xét nghiệm: công thức máu, nhóm máu, đông cầm máu.

- Các xét nghiệm và cận lâm sàng khác tùy theo nguyên nhân.

IV. XỬ TRÍ

1. Điều trị tại chỗ

- Đè ép cánh mũi vào vách mũi: dùng hai ngón tay bóp nhẹ cánh mũi ép vào vách ngăn tương ứng điểm mạch Kisselbach trong vài phút, áp dụng trong trường hợp chảy máu ít, chảy máu ở điểm mạch Kisselbach.

- Dung dịch cầm máu: dùng bông có tẩm dung dịch cầm máu như oxy già 12 thể tích, éphedrin 1-3% đè lên chỗ chảy.

- Hạt trai Nitrat Bạc ($AgNO_3$): dùng một que trâm đầu tù nướng đỏ ở đầu, chấm vào dung dịch $AgNO_3$ đậm độ 5%, muối bạc sẽ chảy ra và đọng lại thành một hạt nhỏ óng ánh ở đầu que trâm, dí hạt trai vào chỗ đang chảy máu.

- Nhét mechè mũi trước: thời gian lưu mechè 24-48 giờ. Những trường hợp chảy máu nhiều do chấn thương, cao huyết áp… nếu nhét mechè mũi trước không thành công, cần phải nhét mechè mũi sau.

- Nhét mechè mũi sau: mechè mũi sau lưu lại khoảng 48-72 giờ, trong thời gian này phải điều trị kháng sinh.

2. Điều trị toàn thân

Để bệnh nhân nghỉ ngơi yên tĩnh, ngồi hoặc nằm đầu cao, há miệng để nhổ máu ra.

- Truyền dịch nếu có truy mạch.

- Truyền máu nếu Hb hạ dưới 50%, truyền máu là một biện pháp tích cực, đặc biệt trong trường hợp chảy máu nặng, tốt nhất là truyền máu tươi liều nhỏ (100mL) nhiều lần.

- Kháng sinh phòng xuất tiết ứ đọng sẽ gây viêm nhiễm ở mũi và các bộ phận kế cận.

- Corticoid: nếu không có chống chỉ định dùng corticoid, phần lớn các tác giả đều cho rằng sử dụng corticoid trong chảy máu là cần thiết, thường dùng tiêm tĩnh mạch.

- Thuốc cầm máu: khi cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng,* ban hành kèm theo Quyết định 5643/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế.

SUY HÔ HẤP CẤP

MÃ ICD 10: J96.0

I. ĐẠI CƯƠNG

Suy hô hấp cấp (SHHC) là tình trạng cơ quan hô hấp đột nhiên không bảo đảm được chức năng trao đổi khí, gây ra thiếu oxy máu, có hoặc không có kèm theo tăng cacbonic (CO_2) máu, được biểu hiện qua kết quả đo khí máu động mạch.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán lâm sàng

1.1. Khó thở

- Có thể khó thở nhanh, rút lõm co kéo cơ hô hấp phụ trong phế quản phế viêm nhưng cũng có thể khó thở chậm và hoàn toàn không có rút lõm co kéo trong ngộ độc thuốc ngủ.

- Mức độ khó thở và kiểu rối loạn nhịp thở lại không tương xứng với mức độ SHHC. Nhiều trương hợp tăng thông khí hay gặp trong toan chuyển hóa, tổn thương thân não, suy thận cấp hoặc suy tim đã được chẩn đoán nhầm là SHHC. Nhiều trường hợp khác nhịp thở chậm dưới 10 nhịp/phút như ngộ độc heroin, thuốc ngủ thì lại bị bỏ qua.

1.2. Xanh tím

- Thường có xanh tím ở đầu chi trong SHHC thể giảm oxy hóa máu khi SaO_2 < 85%, nhưng với thể hypercapnia thường lại có da đỏ tía.

- Xanh tím và khó thở cũng không đặc hiệu cho SHHC, có thể thấy cả trong sốc, suy tim, tràn dịch màng tim, thiếu vitamin B_1...

1.3. Ran ở phổi

- SHHC do các bệnh ở phổi thường dễ dàng phát hiện được ran các loại tương xứng khi tiến hành thăm khám, nhưng cũng có thể có SHHC mà hoàn toàn không có ran phổi như trong các loại SHHC do nguyên nhân ngoài phổi.

- Mức độ và kiểu loại ran chỉ giúp ích cho việc truy tìm nguyên nhân hơn là xác định mức độ SHHC.

1.4. Các biểu hiện toàn thân

- Các biểu hiện toàn thân như tim mạch, thần kinh có giá trị rất quan trọng trong việc xác định mức độ SHHC. Khi bệnh nhân có khó thở, tím tái, vã mồ hôi, phổi có nhiều ran..., có xuất hiện dấu hiệu rối loạn huyết động hoặc rối loạn ý thức nghiêm trọng thì chắc chắn tính mạng bệnh nhân đang bị đe dọa từng phút do bị SHHC mức độ nguy kịch.

- Trong một số trường hợp thậm chí bệnh nhân không có hoặc rất ít những than phiền khó thở nhưng đã bị SHHC nguy kịch.

2. Cận lâm sàng

2.1. Khí máu động mạch

- pH và $PaCO_2$:

+ Bình thường pH = 7,40 ± 0,05; $PaCO_2$= 40 ± 5mmHg

+ Khi bệnh nhân có lâm sàng của SHHC và có pH < 7,35 và $PaCO_2$ > 45mmHg được coi là có SHHC mức độ nặng, thể tăng cacbonic gây nhiễm toan hô hấp mất bù.

+ Nếu pH < 7,20 chứng tỏ bệnh nhân bị SHHC mức độ nguy kịch đe dọa tính mạng cần được can thiệp hết sức khẩn trương bằng thông khí cơ học.

- PaO_2:

+ Bình thường PaO_2 = 60-90mmHg.

+ Khi bệnh nhân có lâm sàng của SHHC và có PaO_2 < 55mmHg với PaO_2/FiO_2 < 300 được coi là bị SHHC có giảm oxy hóa máu nặng.

+ Nếu PaO_2/FiO_2 <200 thì có giảm oxy hóa máu nghiêm trọng.

- HCO^{3-} bình thường = 24 ± 4mmol/L.

+ Nếu BN bị SHHC thể tăng cacbonic máu (pH < 7,35 và $PaCO_2$ > 45mmHg) có HCO^{3-} >30mmol/L được coi là SHHC trên nền mạn và thận đã có đáp ứng bù trừ bằng cách tăng tái hấp thu HCO^{3-}.

2.2. X-quang phổi

Cần phải làm ngay tại giường cho tất cả các bệnh nhân bị SHHC.

Phim X-quang lồng ngực thẳng giúp phát hiện nguyên nhân, loại tổn thương tại phổi gây SHHC, từ đó hướng dẫn cách xử trí thích hợp.

2.3. Các xét nghiệm khác

Để chẩn đoán phân biệt, đánh giá chức năng cơ quan và theo dõi điều trị.

III. NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ

1. Xác định mức độ trầm trọng của SHHC và quyết định trình tự xử trí

- Xác định mức độ trầm trọng của SHHC dựa vào:

+ Tính chất tiến triển của SHHC.

+ Mức độ của hypoxemia, hypercapnia và acidemia.

+ Mức độ của các rối loạn sinh tồn xuất hiện cùng với SHHC: tim mạch, thần kinh...

- Để quyết định chọn lựa: dùng thuốc hoặc thông khí cơ học ngay?

+ Nếu bệnh nhân chỉ bị SHHC mức độ nặng (chưa có các rối loạn huyết động và thần kinh nghiêm trọng) thì chỉ cần đảm bảo đường thở, sử dụng thuốc, oxy liệu pháp và theo dõi sát sự tiến triển.

+ Nếu bệnh nhân bị SHHC mức độ nguy kịch thì cần nhanh chóng thiết lập đường thở cấp cứu và tiến hành thông khí cơ học ngay, sau đó mới dùng thuốc hoặc phải sử dụng song song.

2. Đảm bảo đường thở

- Là công việc đầu tiên phải làm, phải xem xét cho tất cả các bệnh nhân cấp cứu, đặc biệt đối với SHHC ngay từ giây phút đầu tiên khi tiếp xúc.

- Đặt bệnh nhân ở tư thế thuận lợi cho việc hồi sức và lưu thông đường thở:

+ Nằm nghiêng an toàn cho bệnh nhân hôn mê chưa được can thiệp.

+ Nằm ngửa cồ ưỡn cho bệnh nhân ngưng thở ngưng tim.

+ Nằm Fowler cho bệnh nhân phù phổi, phù não và phần lớn các bệnh nhân SHHC.

- Khai thông khí đạo hay thiết lập đường thở cấp cứu:

+ Nghiệm pháp Heimlich cho bệnh nhân bị dị vật đường hô hấp trên.

+ Đặt canun Guedel hay Mayo cho bệnh nhân tụt lưỡi.

+ Móc hút đờm rãi, thức ăn ở miệng họng khi bệnh nhân ùn tắc đờm hay ói hít sặc.

+ Đặt ống nội khí quản hay mở khí quản, hoặc chọc kim lớn qua màng giáp nhẫn.

3. Điều trị giảm oxy máu

- Nếu bắt đầu có giảm oxy hóa máu nhẹ đến vừa (PaO_2 = 50-60mmHg với khí phòng) thì chỉ cần sử dụng oxy liệu pháp qua thông khí tự nhiên với các dụng cụ thông thường: qua canun, catheter mũi, mask oxy thông thường giúp tăng nồng độ oxy trong khí hít vào (FiO_2 = 24-40%).

- Đối với đợt cấp mất bù của SHH mạn thì mục tiêu là đảm bảo PaO_2 ~ 60mmHg hay SaO_2~ 90%, tránh làm nặng thêm tình trạng toan hô hấp bằng cách bắt đầu từ lưu lượng thấp nhất rồi tăng dần có đánh giá, theo dõi khí máu trước khi quyết định tăng FiO_2, nếu toàn trạng xấu dần hoặc pH< 7,30 thì cần xem xét chỉ định thở máy.

- Khi có giảm oxy hóa máu nặng (PaO_2/FiO_2 < 300), cần sử dụng mask không thở lại (FiO_2 = 60-90%), nếu không hiệu quả cần chỉ định oxy liệu pháp qua thông khí nhân tạo (thở máy) không xâm nhập (qua mask) hoặc xâm nhập (có đặt NKQ) cho phép vừa tăng nồng độ oxy trong khí thở vào vừa có thể dùng biện pháp đặc biệt là áp lực dương cuối kỷ thở ra (PEEP).

- Khi có giảm oxy hóa máu nghiêm trọng (PaO_2/FiO_2 < 200) cần thở máy xâm nhập với các phương thức đặc biệt như PEEP tối ưu, huy động phế nang, đảo ngược tỷ lệ I/E (IRV), chấp nhận tăng cacbonic...

4. Điều trị tăng cacbonic

- Tăng cacbonic gây nhiễm toan hô hấp phải được điều trị nguyên nhân gây giảm cung cấp và tăng nhu cầu thông khí hoặc thông khí cơ học bằng máy tạm thời thay thế.

- Việc dùng bicacbonat ($NaHCO_3$) để sửa chữa tình trạng nhiễm toan trong SHHC cũng cần hết sức thận trọng và không được khuyến cáo, vì $NaHCO_3$ không có tác dụng điều chỉnh nhiễm toan lâu dài trong khi có thể gây nhiễm toan nội bào và đặc biệt có thể gây nặng thêm tình trạng thiếu oxy cho mô tế bào do làm tăng áp lực gắn kết của hemoglobin với oxy.

5. Điều trị nguyên nhân gây SHHC

- Cần tiến hành điều trị nguyên nhân gây SHHC song song cùng với việc sửa chữa tình trạng giảm oxy máu, tăng cacbonic gây nhiễm toan hô hấp nếu có thể.

- Đối với SHHC do các bệnh tại phổi:

+ Lấy bỏ dị vật trong tắc nghẽn đường thở...

+ Kháng sinh trong viêm phổi, dãn phế quản và chống viêm trong hen phế quản và COPD...

+ Chọc tháo dẫn lưu trong tràn dịch - khí màng phổi...

- Đối với SHHC do nguyên nhân ngoài phổi:

+ Giải độc đặc hiệu bằng naloxon trong ngộ độc heroin, morphin, anexat trong ngộ độc benzodiazepine...

+ Phẫu thuật lấy máu tụ ngoài màng cứng trong chấn thương sọ não, thuốc tiêu sợi huyết tái tưới máu trong đột quỵ thiếu máu...

+ Lọc máu, thay huyết tương trong bệnh nhược cơ, Guillain- Barré....

+ Cố định giảm đau tốt trong gãy nhiều xương sườn, mảng sườn di động...

6. Thở máy

- Chỉ là biện pháp hỗ trợ nhân tạo tạm thời chờ đợi giải quyết nguyên nhân gây SHHC và phục hồi hô hấp (thông khí) tự nhiên.

- Được sử dụng khi thông khí tự nhiên không đảm bảo được chức năng của mình, nhằm cung cấp một sự trợ giúp nhân tạo về thông khí và oxy hóa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức tích cực,* ban hành kèm theo Quyết định 1493/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2. Bệnh viện Chợ Rẫy (2018), *Phác đồ điều trị Cấp cứu - Hồi sức cấp cứu.*

NGẠT NƯỚC

MÃ ICD 10: V92

I. ĐẠI CƯƠNG

Thường gặp, nhất là về mùa hè và ở trẻ em, thiếu niên. Tỷ lệ tử vong cao do không được cấp cứu kịp thời hoặc cấp cứu không đúng. 10% nạn nhân ngạt nước không hít nước vào phổi. Các yếu tố nguy cơ: nhỏ tuổi, không biết bơi, uống rượu, ngộ độc thuốc, chấn thương, động kinh.

II. TRIỆU CHỨNG

1. Triệu chứng thần kinh

- Phản ánh tình trạng thiếu oxy. Nhiều bệnh cảnh khác nhau:

+ Hôn mê giảm trương lực, mất phản xạ gân xương: tiên lượng rất xấu.

+ Hôn mê tăng trương lực (mất vỏ, mất não): tiên lượng xấu.

+ Co giật: nguy cơ làm nặng thêm phù não, các rối loạn chuyển hoá.

+ Trường hợp nhẹ: có thể thoát mê sau vài giờ, nhưng tình trạng kích thích, lẫn lộn, đau đầu, rối loạn thị giác còn kéo dài vài giờ hoặc vài ngày.

- Triệu chứng thần kinh có thể nặng lên thứ phát (sau 2 ngày - 1 tuần) do xuất hiện phù não (do thiếu oxy, thiếu máu não) và do mất myelin sau thiếu oxy não.

2. Triệu chứng hô hấp

- Bệnh nhân thường nhanh chóng tự thở lại sau khi được vớt lên. Tiên lượng rất nặng nếu bệnh nhân không tự thở lại.

- OAP: thở nhanh, tím, khạc đờm bọt hồng, ran ẩm hai phổi. X-quang: mờ cánh bướm hai bên phổi.

- Tổn thương phổi sẽ cải thiện sau vài ngày, nhưng có thể sẽ nặng lên thứ phát (cần theo dõi sát tối thiểu 48 giờ).

- Bệnh nhân có nguy cơ cao bị ARDS, đặc biệt trường hợp hít phải nước bẩn, nguy cơ tắc phế quản, xẹp phổi do dị vật (rong rêu, tảo...), nhiễm trùng phổi nếu hít phải nước bẩn.

3. Triệu chứng tim mạch

- Loạn nhịp: loạn nhịp chậm, nhịp nhanh, ngoại tâm thu (thường sẽ hết khi hết tình trạng thiếu oxy).

- Rung thất (hiếm khi ghi được), vô tâm thu.

- Suy tim cấp

- Thiếu máu cục bộ cơ tim (do thiếu oxy nặng), thậm chí nhồi máu cơ tim. Nếu đã có tổn thương mạch vành tiềm tàng, thường có truỵ mạch do giảm thể tích, thiếu oxy, suy tim.

- CVP thường tăng thoáng qua trong giờ đầu, sau đó trở lại bình thường hoặc thấp.

4. Các triệu chứng khác

- Có thể suy thận do hoại tử ống thận cấp do thiếu oxy, truỵ mạch kéo dài, hemoglobulin niệu nếu có tan máu.

- Bệnh nhân thường có hạ thân nhiệt lúc vào viện và rối loạn thân nhiệt, sốt cao trong giai đoạn sau.

- Dạ dày thường căng nước, nguy cơ nôn và sặc dịch dạ dày vào phổi.

5. Xét nghiệm sinh hoá và khí máu

- Thường hay gặp tình trạng cô đặc máu, ít gặp hiện tượng tan máu.

- Hiếm gặp các biến loạn về điện giải máu.

- Thường có phản ứng tăng đường máu và tăng bạch cầu.

- Khí máu: PaO_2 giảm.

- Toan máu: toan hỗn hợp lúc đầu, sau đó là toan chuyển hoá khi bệnh nhân thở lại hoặc được thở máy.

IV. XỬ TRÍ

1. Cấp cứu tại chỗ

* Mục tiêu chính: hồi sinh tim phổi

+ Nhanh chóng đưa bệnh nhân lên khỏi mặt nước.

+ Móc họng lấy dị vật (nếu có) và tiến hành hô hấp nhân tạo ngay.

+ Tiến hành ép tim ngoài lồng ngực càng sớm càng tốt nếu ngừng tim.

+ Nếu tổn thương cột sống cổ: cần cố định và thận trọng khi di chuyển

+ Nhanh chóng vận chuyển bệnh nhân đến bệnh viện:

▪ Tiếp tục duy trì hồi sinh tim phổi (nếu cần).

▪ Cho thở oxy nếu bệnh nhân tự thở được

* Lưu ý: không nên làm động tác dốc ngược nạn nhân.

2. Tại bệnh viện

- Đánh giá hiệu quả cấp cứu ban đầu.

- Điều trị suy hô hấp và các tổn thương kèm theo

2.1. Đảm bảo thông khí và oxy

- Thở máy + PEEP hoặc thở CPAP nếu bệnh nhân tự thở được (tác dụng làm giảm shunt trong phổi và giảm phù phổi).

- Mục tiêu: PaO_2 > 80mmHg, $PaCO_2$ = 30-35mmHg.

- Trường hợp nhẹ:

+ Nằm nghỉ tại giường 24-48 giờ (đề phòng phù phổi muộn do suy tim).

+ Thở oxy, theo dõi SpO_2 và khí máu.

+ Thuốc giãn phế quản nếu có co thắt phế quản.

2.2. Đảm bảo huyết động

- Nên hạn chế dịch khoảng 1-1,5 lít/24h.

- Nếu có truỵ mạch:

+ Đặt catheter tĩnh mạch trung tâm.

+ Truyền gelatin, albumin dựa theo áp lực tĩnh mạch trung tâm.

+ Nếu HA vẫn thấp: dobutamin + dopamin và có thể phối hợp thêm các thuốc co mạch (adrenaline, noradrenaline).

+ Không nên cho furosemide khi đang có giảm thể tích máu và cô đặc máu.

2.3. Chống phù não và co giật

- Nằm cao đầu 30º.

- Cho thở tăng thông khí.

- Tránh truyền nhiều dịch và có thể dùng furosemide.

- Mannitol 20% 1g/kg truyền TM trong 15phút/mỗi 6 giờ.

- Phenobarbital (Gardenal): tiêm bắp 0,01g/kg/24 giờ, chia 2 lần. hoặc:

Thiopental truyền TM 0,02-0,06g/kg/24 giờ (không nên dùng quá 48 giờ).

Cũng có thể dùng benzodizepam và phenytoin để khống chế cơn giật.

2.4. Các biện pháp khác

- Đặt sonde dạ dày, hút dịch dạ dày.

- Sưởi ấm nếu có hạ thân nhiệt, đưa nhiệt độ lên trên 34ºC.

- Nếu sốt cao: paracetamol + chườm lạnh đầu và cổ.

- Ghi ECG, X-quang phổi, xét nghiệm khí máu động mạch, sinh hoá máu, hemoglobin niệu.

- Bicacbonat nếu toan chuyển hoá nặng; Chú ý điều chỉnh đường máu.

- Heparin phân tử lượng thấp phòng huyết khối.

- Kháng sinh nếu có viêm phổi do sặc: amoxicillin, a. clavulanic + metronidazole có thể phối hợp thêm aminoglycoside.

- Corticoid: không được khuyến cáo dùng.

V. TIÊN LƯỢNG

Tiên lượng xấu nếu:

- Thời gian chìm dưới nước > 5phút.

- Glasgow lúc vào < 5 điểm.

- Đồng tử giãn, mất phản xạ ánh sáng.

- Ngừng tim, ngừng thở lúc vào viện.

- pH máu lúc vào viện < 7.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức tích cực,* ban hành kèm theo Quyết định 1493/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế.

CƠN HEN PHẾ QUẢN NẶNG

MÃ ICD 10: *Hen [suyễn]:* ***J45****; Cơn hen ác tính:* ***J46.***

I. ĐẠI CƯƠNG

Các yếu gây khởi phát cơn HPQ nặng: nhiễm trùng, đặc biệt là nhiễm trùng hô hấp, nhiễm trùng tai mũi họng; các dị nguyên (bụi nhà, gia súc, nấm mốc, phấn hoa, ...), thay đổi thời tiết, gắng sức, một số thức ăn, thức uống, khói, ...

II. CHẨN ĐOÁN

- Khó thở liên tục không nằm được phải ngồi để thở.
- Nghe phổi có nhiều ran rít hai phổi, cả khi hít vào và thở ra.
- Nói ngắt quảng.
- Tình trạng tinh thần kích thích.
- Vã mồ hôi.
- Tím rõ.
- Co kéo các cơ hô hấp phụ.
- Thở nhanh trên 30 lần/phút.
- Nhịp tim nhanh trên 120 nhịp/phút.
- Huyết áp tăng bất thường hoặc xuất hiện dấu hiệu suy tim phải.

Khi có từ 4 dấu hiệu trở lên: chẩn đoán là cơn HPQ nặng.

Các dấu hiệu nguy kịch:

- Cơn ngừng thở hoặc thở chậm dưới 10 lần/phút.
- Phổi im lặng (lồng ngực dãn căng, di động rất kém, nghe phổi: rì rào phế nang mất, không còn nghe thấy tiếng ran).
- Nhịp tim chậm.
- Huyết áp tụt.
- Rối loạn ý thức.

III. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

1. COPD

Tiền sử ho khạc đờm kéo dài. Tuy nhiên, ở bệnh nhân lớn tuổi, nhiều trường hợp khó phân biệt rõ ràng được 2 bệnh lý này.

2. Cơn hen tim

Cơn xuất hiện đột ngột, kèm theo các triệu chứng của bệnh tim nguyên nhân, hoặc có cơn tăng HA.

3. Polyp đường thở

Cơn khó thở thường xuất hiện khá đột ngột, nhất là khi thay đổi tư thế, kết thúc cũng đột ngột. Có thể chẩn đoán bằng nội soi khí - phế quản.

4. Dị vật đường thở

- Bệnh sử sặc, hít phải dị vật.
- Hội chứng xâm nhập sau khi hít dị vật: cơn ho dữ dội, ngạt thở cấp.
- Không có tiền sử HPQ

5. Viêm phế quản cấp

Thường kèm theo sốt, không có tiền sử HPQ.

6. Tràn khí màng phổi

Không bao giờ nhầm giữa tràn khí màng phổi và HPQ. Nhưng khó thở do tràn khí màng phổi xảy ra trên bệnh nhân HPQ có thể nhầm với cơn HPQ cấp. Khi trên bệnh nhân HPQ xuất hiện khó thở đột ngột, thường dữ dội, kèm theo rì rào phế nang giảm, gõ trong ở một bên phổi, nhất là khi có tràn khí dưới da, phải nghĩ tới tràn khí màng phổi.

IV. CẬN LÂM SÀNG

- Xét nghiệm: công thức máu, chức năng gan, thận, ion đồ, lactate máu, KMĐM, ...
- X-quang ngực thẳng, ECG.
- Các xét nghiệm khác để chẩn đoán phân biệt, chẩn đoán bệnh đi kèm, theo dõi chức năng cơ quan và theo dõi điều trị.

V. XỬ TRÍ

1. Thở oxy mũi 4-8 lít/phút.

2. Thuốc giãn phế quản:

- Khí dung 5mg salbutamol. Hoặc: terbutaline (Bricanyl) 5mg. Khí dung qua mặt nạ 20 phút/lần, có thể khí dung 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: 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:

Salbutamol ống 5 mg, pha trong dung dịch natriclorua 0,9% hoặc glucose 5% truyền tĩnh mạch, tốc độ truyền khởi đầu 0,5mg/giờ (0,1-0,2mg/kg/phút), tăng dần tốc độ truyền 15 phút/lần đến khi có hiệu quả (có thể tăng liều đến 4 mg/giờ). Hoặc bricanyl truyền tĩnh mạch (với liều tương tự salbutamol) hoặc tiêm dưới da 0,5mg mỗi 4-6 giờ.

- Nếu không có salbutamol hoặc bricanyl dạng khí dung, có thể dùng salbutamol hoặc bricanyl dạng xịt: xịt họng 2 nhát liên tiếp (đồng thời hít vào sâu). Nếu sau 20 phút không đỡ khó thở: xịt họng tiếp 2-4 nhát. Trong vòng 1 giờ đầu có thể xịt thêm 2-3 lần (mỗi lần 2-4 nhát) nếu còn khó thở.

Nếu không có salbutamol hoặc bricanyl, có thể dùng các thuốc giãn phế quản khác:

- Adrenalin (một chỉ định rất tốt của adrenalin là cơn HPQ có truỵ mạch)

+ Tiêm dưới da 0,3mg.

+ Nếu không đỡ khó thở, có thể tiêm dưới da nhắc lại 0,3mg/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 HA.

- Aminophyllin:

+ Tiêm tĩnh mạch chậm: 5mg/kg cân nặng cơ thể, tiêm chậm trong 20 phút.

+ Sau đó truyền tĩnh mạch liên tục 0,6mg/kg/giờ (không quá 1g/24 giờ).

+ Nên dùng phối hợp với các thuốc kích thích bêta-2-giao cảm (salbutamol, ...).

Chú ý: dễ có nguy cơ ngộ độc (buồn nôn, nôn, nhịp tim nhanh, co giật) nếu dùng liều quá cao, đặc biệt ở người già, suy gan, dùng theophyllin trước khi đến viện.

3. Hydrocortison (100mg) tiêm tĩnh mạch 4-6 giờ/lọ. Khi bệnh nhân đã ra khỏi cơn hen nặng: chuyển sang đường uống và giảm liều dần trước khi dừng thuốc. Kết hợp với corticoid tại chỗ (xịt hoặc khí dung).

4. Các biện pháp phối hợp:

- Cho bệnh nhân đủ nước qua đường uống và truyền (2-3 lít/ngày).

- Kháng sinh: chỉ cho nếu có biểu hiện nhiễm khuẩn. Cần hỏi kỹ tiền sử dị ứng thuốc. Không nên dùng penicillin (dễ gây dị ứng), các thuốc nhóm macrolid và quinolone (làm tăng tác dụng phụ của aminophylline).

Trường hợp nguy kịch:

1. Bóp bóng qua mặt nạ với oxy 10-12 lít/phút.

2. Nhanh chóng tiến hành đặt ống nội khí quản và bóp bóng qua nội khí quản. Nếu không đặt được nội khí quản, hoặc bệnh nhân biểu hiện ngạt thở, tiến hành mở khí quản cấp cứu.

3. Các thuốc giãn phế quản:

- Adrenalin:

+ Tiêm tĩnh mạch 0,3mg, tiêm nhắc lại sau 5 phút nếu chưa đạt được hiệu quả giãn phế quản hay huyết áp tụt.

+ Sau đó truyền adrenalin tĩnh mạch liên tục với liều bắt đầu 0,2-0,3mg/kg/phút, điều chỉnh liều thuốc theo đáp ứng của bệnh nhân (mức độ co thắt phế quản, nhịp tim và huyết áp).

+ Chống chỉ định dùng adrenalin: suy tim, bệnh mạch vành, huyết áp cao, loạn nhịp tim...

- Salbutamol hoặc bricanyl hoặc aminophyllin dùng đường tĩnh mạch với liều như đối với cơn HPQ nặng.

4. Hydrocortison (100mg) tiêm tĩnh mạch 3-4 giờ/lọ.

5. Điều trị phối hợp (kháng sinh, truyền dịch, ...) tương tự cơn hen nặng.

6. Dự phòng xuất huyết tiêu hóa bằng thuốc ức chế bơm proton.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2020), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị hen phế quản người lớn và trẻ em 12 tuổi trở lên),* ban hành kèm theo Quyết định 1851/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế.

PHÙ PHỔI CẤP

I. ĐẠI CƯƠNG

Phù phổi cấp là tình trạng thanh dịch từ huyết tương của mao mạch phổi tràn ngập đột ngột, dữ dội vào các phế nang và phế quản gây nên tình trạng khó thở cấp tính. Hai yếu tố chính gây ra bệnh cảnh phù phổi cấp là:

- Tăng áp lực thủy tĩnh mao quản phổi: còn gọi là phù phổi huyết động.

- Tổn thương thực thể thành mạch và phế nang - mao mạch: gọi là phù phổi tổn thương.

Nguyên nhân

- Phù phổi cấp huyết động: thường có nguyên nhân từ bệnh lý tim mạch như bệnh van tim, cơn tăng huyết áp, nhồi máu cơ tim, viêm cơ tim hoặc nguyên nhân ngoài tim như viêm cầu thận cấp, đợt cấp viêm cầu thận mạn, truyền dịch nhanh lượng nhiều, chọc dò màng phổi lượng nhiều.

- Phù phổi cấp tổn thương: do các nguyên nhân nhiễm khuẩn, virus hay ký sinh trùng trong nhiễm trùng huyết, cúm ác tính, sốt rét, viêm tụy cấp nặng, ... hoặc các trường hợp nhiễm độc cấp như CO_2, NO_2, SO_2, nhiễm độc giáp, nhiễm hóa chất trừ sâu, acid mạnh như dịch vị, các chất ăn mòn, dầu hỏa hay trong các trường hợp dị ứng, sốc phản vệ.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Bệnh nhân khó thở đột ngột, phải ngồi để thở, ho khạc đàm màu hồng. Tĩnh mạch cổ nổi, có thể tím môi, đầu chi khi tình trạng thiếu oxy nặng.

- Khám phổi: có tiếng ran ẩm to hạt ở hai đáy phổi, lan nhanh lên hai phế trường như "thủy triều". Một số trường hợp có gõ đục vùng thấp.

- Khám tim: thường khó nghe vì sự ồn ào của tiếng thở. Nhịp tim nhanh, tiếng thứ hai mạnh, có lúc nghe được tiếng "ngựa phi", mạch nhanh, nhỏ, khó bắt; huyết áp có thay đổi, thường cao trong bệnh tăng huyết áp, suy thận mạn. Nếu huyết áp tụt là dấu hiệu tiên lượng nặng.

2. Cận lâm sàng

- Hình ảnh X-quang phổi:

+ Các đám mờ, thâm nhiễm ở hai phổi, tập trung ở rốn phổi và đáy phổi.

+ Phổi mờ hình cánh bướm hay phổi trắng trong phù phổi tổn thương.

- Điện tâm đồ: giúp chẩn đoán nguyên nhân như nhồi máu cơ tim, rối loạn nhịp tim.

- Khí máu động mạch: có thể SaO_2, PaO_2 giảm nặng, pH máu giảm.

- Siêu âm tim: có thể giúp xác định thêm nguyên nhân như hẹp van hai lá, tăng áp động mạch phổi, giảm chức năng co bóp thất trái, tràn dịch màng ngoài tim, ...

- Các xét nghiệm khác: tùy bệnh cảnh lâm sàng cần thực hiện để chẩn đoán nguyên nhân. Tuy nhiên, cần xét nghiệm thường quy công thức máu, đông máu toàn bộ, chức năng gan, thận, đường huyết, điện giải đồ.

III. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Phù phổi cấp và cơn hen phế quản nặng.

- Do tim hay không do tim.

IV. ĐIỀU TRỊ CẤP CỨU

1. Phù phổi cấp huyết động

- Tư thế bệnh nhân: nằm tư thế đầu cao hoặc ngồi buông hai chân xuống giường.

- Liệu pháp oxy: cho bệnh nhân thở oxy qua ống sonde mũi 5-6 lít/phút, duy trì $SpO_2 \geq 92\%$. Nếu không duy trì được SpO_2 bằng oxy qua sonde mũi, cho bệnh nhân thở oxy qua mặt nạ. Nếu vẫn không đạt được mục tiêu oxy, chỉ định thở máy không xâm lấn nếu bệnh nhân còn tỉnh, có khả năng khạc đàm. Cần theo dõi sát tình trạng tri giác, đáp ứng với oxy liệu pháp để điều chỉnh kịp thời. Nếu cần, phải đặt nội khí quản, thở máy với áp lực dương cuối thì thở ra (PEEP).

- Thuốc lợi tiểu: furosemid 20-40mg tiêm tĩnh mạch, có thể nhắc lại sau 20 phút nếu không có kết quả; liều tối đa có thể tới 120-240mg/24 giờ. Chú ý điều chỉnh kali máu vì thuốc lợi tiểu quai có thể làm hạ kali máu.

- Thuốc dãn mạch:

+ Nitroglycerin 0,5mg ngậm dưới lưỡi 1 viên và có thể lặp lại sau 5-10 phút. Có thể thay thế bằng nitroprussid ống 50mg pha với 10mL glucose 5% tiêm tĩnh mạch trong 3-5 phút hoặc isosorbid dinitrate 5mg 1 viên ngậm dưới lưỡi. Có thể lặp lại một liều sau 5-10 phút nếu không đáp ứng.

+ Nitroglycerin truyền tĩnh mạch 5mg/phút và tăng dần sau 5-10 phút cho đến khi có kết quả, liều tối đa có thể 250-300mg/phút.

Chú ý thuốc dãn mạch chỉ dùng khi huyết áp tâm thu > 100mmHg.

- Morphin: tiêm tĩnh mạch 3-5mg, có thể lặp lại sau 15 phút nếu không đáp ứng. Chú ý chống chỉ định morphin nếu bệnh nhân có suy hô hấp nặng, hôn mê, ngưng thở.

- Thuốc cường co bóp cơ tim: khi nhịp tim nhanh trên 100 lần/phút. Dùng digoxin 1/4mg đến 1/2mg tĩnh mạch chậm. Có thể lặp lại liều sau 1-2 giờ nếu chưa đáp ứng.

- Thuốc hạ huyết áp: nếu huyết áp cao, có thể dùng các thuốc huyết áp có tác dụng nhanh như captopril 12,5mg. Lặp lại liều sau 15 phút nếu chưa đáp ứng.

- Thuốc giãn phế quản: có thể sử dụng sớm nếu tình trạng co thắt phế quản nặng. Dùng thuốc giãn phế quản dạng khí dung hoặc dạng xịt (lưu ý nồng độ kali máu, đặc biệt là khi có dùng lợi tiểu quai). Nếu không đáp ứng, có thể dùng aminophyllin pha loãng truyền tĩnh mạch.

- Thuốc vận mạch: nếu có tụt huyết áp. Dùng dopamin liều 2-5-10µg/kg/phút hoặc dobutamin liều > 5µg/kg/phút tùy vào đáp ứng lâm sàng.

2. Phù phổi cấp tổn thương

Bên cạnh việc xử trí nằm đầu cao và thở oxy như phù phổi huyết động, cần thực hiện:

- Corticoid liều cao, đường tĩnh mạch trong thời gian đầu.

- Kháng sinh thích hợp theo phân tầng nguy cơ và vị trí nhiễm khuẩn.

- Điều trị theo nguyên nhân như: naloxon trong quá liều heroin, xử trí các nguyên nhân ngộ độc, điều trị đặc hiệu sốt rét, sốc phản vệ, ...

- Xem xét các chỉ định lọc máu liên tục, chạy thận nhân tạo cấp cứu trong các trường hợp nặng không đáp ứng với điều trị thông thường.

V. THEO DÕI ĐÁP ỨNG

- Lâm sàng: nếu bệnh nhân đáp ứng với điều trị, tình trạng khó thở sẽ giảm dần, SpO_2 được duy trì, ho bọt hồng giảm, ran ở phổi giảm.

- X-quang: nếu không có tình trạng bội nhiễm, tổn thương nhu mô phổi sẽ nhanh chóng trở lại bình thường trong phù phổi huyết động.

- Khí máu động mạch: cải thiện PaO_2, SaO_2.

VI. CHỈ ĐỊNH CHUYỂN TUYẾN TRÊN

Chuyển tuyến trên nếu bệnh nhân không đáp ứng với điều trị hoặc có các yếu tố tiên lượng nặng kèm theo. Cần hội chẩn trước khi chuyển tuyến. Trong quá trình vận chuyển bệnh nhân cần đảm bảo oxy và huyết động. Nên thông báo trước cho bệnh viện tuyến trên để chuẩn bị các phương tiện tiếp nhận bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức tích cực,* ban hành kèm theo Quyết định 1493/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2. Bệnh viện Chợ Rẫy (2018), *Phác đồ điều trị Cấp cứu - Hồi sức cấp cứu.*

CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ ĐỘT QUỲ NÃO

MÃ ICD 10: *Xuất huyết nội sọ:* ***I61;*** *Xuất huyết nội sọ không do chấn thương khác:* ***I62;*** *Nhồi máu não:* ***I63;*** *Đột quị, không xác định do xuất huyết hay nhồi máu (Tai biến mạch máu não):* ***I64;…***

I. ĐẠI CƯƠNG

Đột quỵ não bao gồm chảy máu não và thiếu máu não.

- Chảy máu não: chảy máu trong não, chảy máu não thất, chảy máu khoang dưới nhện.
- Thiếu máu não: nhồi máu não, cơn thiếu máu não thoáng qua.

II. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

1. Các triệu chứng gợi ý đột quỵ

Bệnh nhân đột ngột:

- Yếu hoặc tê mặt, tay hoặc chân, đặc biệt một bên cơ thể.
- Rối loạn ý thức.
- Có bất thường về lời nói hoặc sự hiểu biết.
- Bất thường về nhìn ở một hoặc cả hai mắt.
- Mất thăng bằng, chóng mặt hoặc mất phối hợp động tác.
- Đau đầu dữ dội mà không rõ căn nguyên.

2. Biểu hiện lâm sàng

- Rối loạn ý thức.
- Co giật cục bộ.
- Liệt, rối loạn cảm giác nửa người, mặt.
- Hội chứng tiểu não, hội chứng tiền đình trung ương.
- Rối loạn lời nói, rối loạn thị giác.
- Liệt dây thần kinh sọ.
- Hội chứng màng não.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chảy máu não

1.1. Chảy máu trong não

- Yếu tố nguy cơ: bệnh nhân có tiền căn tăng huyết áp, rối loạn đông máu, …
- Khởi phát khi bệnh nhân đang gắng sức hoặc trong tình trạng stress. Các triệu chứng tiến triển dần trong vài phút tới vài giờ.
- Đau đầu, nôn ói, suy giảm ý thức, co giật gợi ý chảy máu lớn.
- Dấu hiệu thần kinh khu trú gợi ý vị trí chảy máu. Thường gặp ở các cấu trúc não sâu như hạch nền, chất trắng, đồi não, cầu não, tiểu não.
- Chụp cắt lớp vi tính: ổ tăng tỷ trọng (sáng màu).

- MRI (< 24 giờ): sẫm màu trên T_1, sáng màu trên T_2.

1.2. Chảy máu khoang dưới nhện

- Do vỡ túi phình động mạch não hoặc vỡ dị dạng động - tĩnh mạch.

- Khởi phát đột ngột, điển hình trong khi gắng sức.

- Đau đầu dữ dội, nôn ói, cứng gáy.

- Có hoặc không có dấu hiệu thần kinh khu trú. Có thể biểu hiện liệt nửa người hoặc liệt vận nhãn.

- Chụp cắt lớp vi tính: tăng tỷ trọng (sáng màu) khu trú ở khoang dưới nhện.

- MRI: sẫm màu trên T_1, sáng màu trên T_2 khu trú ở khoang dưới nhện (kém nhạy hơn chụp cắt lớp vi tính).

1.3. Máu tụ dưới màng cứng hoặc ngoài màng cứng

- Yếu tố nguy cơ: tuổi cao, ngã, chấn thương đầu, dùng thuốc chống đông.

- Yếu cơ và tê một bên người xảy ra từ từ tăng dần (thường nhẹ).

- Đau đầu, ngủ gà.

- Chụp cắt lớp vi tính: tăng tỷ trọng (sáng màu) trên các bề mặt lồi của não.

- MRI: tín hiệu bất thường ở khoang dưới màng cứng và ngoài màng cứng.

2. Thiếu máu não

2.1. Nhồi máu não

- Đột quỵ thiếu máu não cục bộ được chia thành các phân nhóm: huyết khối mảng xơ vữa động mạch lớn, thuyên tắc mạch não, đột quỵ ổ khuyết và giảm tưới máu hệ thống.

- Đột quỵ thiếu máu não cục bộ thể hiện điển hình là khiếm khuyết thần kinh khu trú thuộc vùng cấp máu của một mạch đơn lẻ.

- Các triệu chứng có thể đạt tối đa khi khởi phát, dao động tăng rồi giảm theo thời gian, xấu dần đi hay suy thoái dần từng bước một. Nôn và mất ý thức hiếm gặp.

- Chụp cắt lớp vi tính (sau 24 giờ): tổn thương giảm tỷ trọng (sẫm màu).

- Chụp cộng hưởng từ khuyến tán (diffusion): tổn thương sáng màu.

2.2. Cơn thiếu máu não cục bộ thoáng qua (TIAs)

Các dấu hiệu thần kinh khu trú đột ngột xuất hiện và hồi phục hoàn toàn trong 24 giờ. Tuy vậy, phần lớn hồi phục trong 1 giờ.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Xử trí chung đột quỵ

- Bảo đảm hô hấp:

+ Đặt bệnh nhân ở tư thế nằm nghiêng an toàn.

+ Bảo đảm đường thở và thông khí.

+ Đặt canuyn miệng, hút đờm dãi.

+ Thở oxy hỗ trợ 2-5 lít/phút nếu đo nồng độ oxy máu mao mạch hay khí máu thấy giảm.

+ Đặt nội khí quản: ứ đọng, điểm Glasgow < 8.

- Theo dõi và xử trí kịp thời các biến chứng tim mạch.

- Bồi phụ thể tích tuần hoàn.

- Kiểm soát huyết áp: để người bệnh nằm trong phòng yên tĩnh, nghỉ ngơi, không cầu bàng quang, đau được kiểm soát, tăng áp lực nội sọ được điều trị sẽ góp phần giảm huyết áp tự nhiên.

- Ổn định đường huyết: trong giai đoạn cấp duy trì đường huyết trong khoảng 120-150mg/dL bằng insulin.

- Kiểm soát thân nhiệt: dùng acetaminophen, dùng kháng sinh nếu có nhiễm trùng.

- Điều trị co giật.

- Điều trị tăng áp lực nội sọ: nâng cao đầu giường lên 30^{o}, thông khí tốt cho bệnh nhân, truyền tĩnh mạch mannitol khởi đầu 0,75-1g/kg sau đó 0,25-0,5g/kg nếu cần có thể lặp lại mỗi 4-6 giờ. Khi truyền mannitol cần chú ý cân bằng nước, điện giải.

- Dự phòng xuất huyết tiêu hóa: thuốc ức chế bơm proton đường uống hoặc tiêm mạch.

- Dinh dưỡng: nuôi dưỡng qua sonde dạ dày khi bệnh nhân không ăn được qua đường miệng. Đảm bảo năng lượng 1.200-1.400Kcal/ngày.

- Chống táo bón.

2. Điều trị chuyên biệt

2.1. Chảy máu trong não

- Ổn định huyết áp:

+ Trong giai đoạn cấp, mục tiêu huyết áp ≤ 160mmHg (làm giảm 10-20% huyết áp trong giờ đầu tiên, sau đó giảm từ từ hơn trong 12-24 giờ kế tiếp).

+ Thuốc có thể chỉ định: ức chế men chuyển, ức chế calci, ức chế thụ thể hay ức chế beta.

+ Trong trường hợp huyết áp cao khó kiểm soát, có thể xem xét chỉ định thuốc hạ áp đường tĩnh mạch như nitroprusside hoặc labetalol. Có thể dùng nicardipine truyền tĩnh mạch 2-15mg/giờ nếu không có nitroprusside hoặc labetalol.

- Điều trị co giật: khi có xảy ra cơn co giật nên dùng thuốc bằng đường tĩnh mạch, khởi đầu bằng diazepam, lorazepam.

- Giảm đau và an thần trong trường hợp bệnh nhân đau đầu nhiều.

- Có thể sử dụng các thuốc bảo vệ tế bào não: piracetam, cerebrolysin, …

- Điều trị ngoại khoa được chỉ định trong một số trường hợp.

2.2. Chảy máu khoang dưới nhện

- Cho bệnh nhân nghỉ tại giường trong một phòng tối và yên tĩnh, hạn chế người thăm nuôi.

- Duy trì thể tích máu bình thường bằng dung dịch normal saline 1-2 lít/ngày.

- Giảm đau: acetaminophen, morphin hay codein.

- Dự phòng co giật: phenytoin 300-400mg/ngày chia nhiều liều nhỏ.

- Điều trị co mạch và kiểm soát huyết áp: dùng nimodipine liều ngắt quảng tùy theo huyết áp trong 21 ngày.

+ HA tâm thu > 140mmHg: 60mg mỗi 6 giờ.

+ HA tâm thu 120-140mmHg: 30mg mỗi 6 giờ.

+ HA tâm thu < 120mmHg: không dùng.

- Điều trị nguyên nhân: kẹp cổ túi phình bằng clip hay đặt coil vào túi phình càng sớm càng tốt.

2.3. Máu tụ dưới màng cứng hoặc ngoài màng cứng

Phẫu thuật dẫn lưu nếu khối máu tụ lớn.

2.4. Nhồi máu não

- Kiểm soát huyết áp: chỉ nên hạ khoảng 20% khi huyết áp tâm thu > 220mmHg hoặc huyết áp tâm thu > 140mmHg. Nếu điều trị tiêu sợi huyết: duy trì HA < 180/110mmHg.

- Chống kết tập tiểu cầu: aspirin 100-300mg/ngày uống. Không nên kết hợp aspirin và clopidogrel để điều trị dự phòng. Chỉ kết hợp aspirin và clopidogrel ở bệnh nhân nhồi máu não có bệnh mạch vành kèm theo.

- Điều trị kháng đông đối với một số bệnh nhân rung nhĩ theo thang điểm $CHADS_2$ (phải chắn chắn loại trừ được chảy máu não).

- Điều trị tiêu sợi huyết (chưa thực hiện tại Trung tâm bởi vì không có điều kiện chụp cắt lớp vi tính loại trừ chảy máu não).

- Có thể sử dụng các thuốc bảo vệ tế bào não: piracetam, cerebrolysin, …

- Bệnh nhân hôn mê phải được xoay trở 1-2 giờ/lần, chăm sóc da thường xuyên, tránh ẩm ướt.

- Điều trị ngoại khoa được chỉ định trong một số trường hợp.

2.5. Cơn thiếu máu não cục bộ thoáng qua (TIAs)

- Theo dõi bệnh nhân trong 24 giờ.

- Chỉ định thuốc chống kết tập tiểu cầu uống hằng ngày.

- Điều trị rối loạn lipid máu.

- Kiểm soát các yếu tố nguy cơ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đạt Anh - Bệnh viện Bạch Mai (2012), *Cẩm nang xử trí tai biến mạch máu não*, NXB Y học.

2. Nguyễn Đạt Anh - Bệnh viện Bạch Mai (2013), *Xử trí cấp cứu đột quỵ não*, NXB Thế giới.

KIỂM SOÁT ĐƯỜNG HUYẾT
Ở BỆNH NHÂN KHOA HỒI SỨC CẤP CỨU

MÃ ICD 10: R73.9

I. ĐẠI CƯƠNG

Tăng đường huyết là tình trạng thường gặp ở bệnh nhân nặng tại khoa Hồi sức cấp cứu dù cho bệnh nhân có tiền căn đái tháo đường hoặc không. Việc kiểm soát đường huyết hợp lý sẽ làm giảm tỷ lệ tử vong, giảm tỷ lệ nhiễm trùng, giảm tỷ lệ suy thận cấp cần điều trị thay thế thận, rút ngắn thời gian nằm hồi sức tích cực và thời gian nằm viện. Theo những đồng thuận và khuyến cáo hiện tại, mục tiêu kiểm soát đường huyết cho bệnh nhân nằm hồi sức cấp cứu trong khoảng 140-180mg/dL.

II. CHẨN ĐOÁN

Khi đường huyết bất kỳ tăng > 140mg/dL (7,8mmol/L) (theo ADA 2010). Ở bệnh nhân chưa phát hiện đái tháo đường trước đó, nên đo HbA1c, nếu > 6,5% (ở phòng xét nghiệm đã chuẩn hóa) gợi ý đã có đái tháo đường trước đó, cần có kế hoạch theo dõi và điều trị về sau.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Mục tiêu

Kiểm soát đường huyết trong khoảng từ 140-180mg/dL.

Tránh biến chứng hạ đường huyết.

2. Phương pháp

Thuốc viên không nên dùng để kiểm soát đường huyết ở bệnh nhân nặng tại khoa hồi sức. Insulin tiêm dưới da có thể dùng nếu bệnh nhân có huyết động ổn, không phù. Insulin truyền tĩnh mạch được khuyến cáo dùng trong đa số trường hợp.

3. Phác đồ dùng insulin truyền tĩnh mạch

Khởi đầu: liều bolus = đường huyết (mg/dL)/100

Duy trì: theo protocol sau:

SƠ ĐỒ 1 CN < 46kg hoặc tổng liều insulin ≈ 20đv (< 23)		**SƠ ĐỒ 2** CN 46-61,9kg hoặc tổng liều insulin ≈ 25đv (23-30)		**SƠ ĐỒ 3** CN 62-93,9kg hoặc tổng liều insulin ≈ 37đv (31-46)		**SƠ ĐỒ 4** CN 94-151,9kg hoặc tổng liều insulin ≈ 60đv (47-75)		**SƠ ĐỒ 5** CN ≥ 152kg hoặc tổng liều insulin ≈ 100đv (76-120)	
ĐH	Đơn vị	ĐH	Đơn vị	ĐH	Đơn vị	ĐH	Đơn vị	ĐH	Đơn vị
180-224	1	180-209	1	180-199	1	180-199	2	180-209	3

225-299	2	210-299	2	200-249	2	200-249	3	210-269	5
300-399	3	300-349	3	250-299	3	250-299	4	270-329	7
400-499	4	350-449	4	300-349	4	300-349	5	330-389	10
≥ 500	5	≥ 450	5	350-449	5	350-449	6	≥ 390	12
				≥ 450	6	≥ 450	8		

(Tổng liều: tổng liều insulin dùng hàng ngày trước nhập viện; CN: cân nặng cơ thể)

Điều chỉnh:

Đường huyết	Điều chỉnh	Lưu ý
Không giảm hay tăng hơn	↑ 25%	
Giảm < 70mg/dL mỗi giờ	Duy trì	
Giảm 70-100mg/dL mỗi giờ	↓ 25%	
Giảm > 100mg/dL mỗi giờ	↓ 50%	
Đạt mục tiêu (140-180mg/dL)	↓ 25% và duy trì liều	
110-140mg/dL	↓ 50%	Theo dõi sau 1 giờ
90-109mg/dL	Ngưng insulin	Theo dõi sau 1 giờ
70-89mg/dL	Ngưng insulin, cho ăn/uống sữa	Theo dõi sau 1 giờ
< 70mg/dL	Xử trí hạ đường huyết	Theo phác đồ bên dưới

Theo dõi:

- Theo dõi đường huyết mao mạch tại giường. Chú ý: đường huyết mao mạch có thể không chính xác nếu bệnh nhân tụt huyết áp phải dùng vận mạch liều cao, phù nhiều. Khi đường huyết > 600mg/dL hay "low", lấy máu gửi phòng xét nghiệm định lượng đường huyết.

- Theo dõi đường huyết mao mạch mỗi giờ trong 3 giờ đầu sử dụng insulin truyền tĩnh mạch.

- Nếu không tăng liều insulin, kiểm tra đường huyết mỗi 2 giờ cho đến khi đường huyết đạt mục tiêu.

- Nếu đường huyết ổn định trong 12-24 giờ và không có sự thay đổi đáng kể về tình trạng lâm sàng và chế độ dinh dưỡng thì có thể theo dõi mỗi 3-4 giờ.

- Quay trở lại theo dõi đường huyết mỗi giờ khi chỉnh liều insulin hay thay đổi chế độ ăn hoặc sau khi bệnh nhân bị hạ đường huyết.

Chỉnh liều suy thận:

- GFR > 50mL/phút: giữ nguyên liều
- GFR từ 30-50mL/phút: 80% liều chuẩn
- GFR từ 15-29mL/phút: 70% liều chuẩn
- GFR < 15mL/phút hoặc đang lọc thận định kỳ: 50% liều chuẩn
- Đang lọc thận liên tục hay ngắt quãng: tạm ngưng insulin truyền.

Chuyển sang tiêm dưới da khi:

- Tổng liều insulin trong ngày < 24 đơn vị
- Huyết động ổn
- Vị trí tiêm dưới da không phù

Liều TDD = 2/3 tổng liều, TDD 1 lần hay 2 lần/ngày (nên sử dụng insulin bán chậm).

Lưu ý:

Phác đồ trên không dùng cho bệnh nhân nhiễm toan ceton hay hôn mê tăng áp lực thẩm thấu.

Cần cẩn thận liều insulin và theo dõi sát:

- Bệnh nhân xơ gan Child B, C hay suy gan cấp nặng.
- Bệnh nhân > 75 tuổi.
- Đường huyết vẫn không giảm sau khi tăng 3 lần insulin.
- Đã bị hạ đường huyết.
- Nếu bệnh nhân ngưng ăn hay thay đổi chế độ ăn.
- Bệnh nhân chuẩn bị phẫu thuật hay lọc máu.
- Bệnh nhân tụt huyết áp hoặc phải sử dụng thuốc vận mạch liều cao.

IV. BIẾN CHỨNG HẠ ĐƯỜNG HUYẾT

1. Định nghĩa

Khi đường huyết < 70mg/dL, kèm các triệu chứng như tim nhanh, thở nhanh, vã mồ hôi, tay chân lạnh, lơ mơ, hôn mê.

2. Xử trí

2.1. Đường huyết < 50mg/dL

- Ngưng truyền insulin.
- Cho 30g dextrose 30% (100mL) truyền tĩnh mạch nhanh.
- Kiểm tra đường huyết mỗi 10-15 phút.
- Khi đường huyết > 90mg/dL thì kiểm tra lại sau 1 giờ, đường huyết > 110mg/dL thì kiểm tra lại sau 2 giờ.

- Nếu đường huyết > 180mg/dL hai lần cách nhau 2 giờ, bắt đàu truyền insulin bằng 50% liều gần nhất.

2.2. Đường huyết từ 50-69mg/dL

- Nếu có triệu chứng: truyền tĩnh mạch nhanh 30g dextrose 30% (100mL). Kiểm tra đường huyết lại sau mỗi 15 phút.

- Nếu không triệu chứng: truyền tĩnh mạch nhanh 15g dextrose 30% (50mL) hoặc uống nước đường. Kiểm tra đường huyết lại sau 15 phút.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2017), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường type 2,* ban hành kèm theo Quyết định 3319/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2. Bệnh viện Chợ Rẫy (2018), *Phác đồ điều trị Cấp cứu - Hồi sức cấp cứu.*

HÔN MÊ DO TĂNG ÁP LỰC THẨM THẤU TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

MÃ ICD 10: E14.0

I. ĐẠI CƯƠNG

Tăng áp lực thẩm thấu máu xảy ra khi đường huyết tăng cao hơn 600mg/dL (33,3mmol/L.) Trong đa số các trường hợp, áp lực thẩm thấu máu lơn hơn 320mOsm/kg nước, pH máu thường lớn hơn 7,3, dự trữ kiềm lớn hơn 15mEq/L và không có nhiễm ceton acid hoặc có rất ít.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng lâm sàng

- Dấu hiệu mất nước nặng: da niêm khô, dấu véo da mất chậm, mạch nhanh, huyết áp hạ, lượng nước tiểu ít.
- Rối loạn tri giác từ lơ mơ đến hôn mê sâu. Thời gian vào hôn mê kéo dài hơn trong nhiễm ceton acid có thể từ vài ngày đến cả tuần.
- Có thể có dấu thần kinh định vị trong 1/3 trường hợp nên dễ nhầm lẫn với bệnh thần kinh.

2. Cận lâm sàng

- Đường huyết > 600mg/dL (33,3mmol/L).
- Áp lực thẩm thấu máu > 320mOsm/kg.
- pH > 7,3.
- Bicarbonate > 15mEq/L.
- Natri máu thay đổi, thường tăng cao trong trường hợp mất nước nặng.
- Ceton máu có thể dương tính nhẹ trong một vài trường hợp.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Mục tiêu điều trị

- Phục hồi thể tích tuần hoàn và tưới máu mô.
- Giảm glucose huyết, đưa áp lực thẩm thấu máu về mức bình thường bằng insulin.
- Điều chỉnh điện giải.
- Điều trị các yếu tố thúc đẩy.

2. Thể tích tuần hoàn

- Bệnh nhân mất trung bình 100-200mL/kg (khoảng 9 lít).
- Trong trường hợp bị hạ huyết áp, ưu tiên dùng natriclorua 9‰, trong các trường hợp khác nên dùng natriclrua 4,5‰.

- Lượng dịch bù trung bình 4-6 lít trong 4-8 giờ đầu, theo dõi cẩn thận lượng dịch bù, nước tiểu, huyết áp và tình trạng chức năng thận.

- Trong trường hợp bệnh nhân lớn tuổi hay có bệnh lý tim mạch hoặc trường hợp khó đánh giá tình trạng mất nước nên đo CVP để bù dịch.

- Khi glucose huyết khoảng 250mg/dL nên sử dụng thêm dung dịch glucose 5%.

3. Sử dụng insulin

- Nhu cầu insulin ít hơn trong nhiễm ceton acid.

- Tiêm tĩnh mạch liều 0,15 đơn vị/kg cân nặng, duy trì 0,1 đơn vị/kg/giờ, theo dõi đường huyết, điều chỉnh insulin để đạt mục tiêu giảm 50-70mg/dL (2,8-3,8mmol/L) mỗi giờ.

- Khi bệnh nhân ổn định và đường huyết khoảng 250mg/dL có thể chuyển sang insulin tiêm dưới da.

4. Bù kali và phosphate máu

- Hạ kali máu trong tăng áp lực thẩm thấu máu ít hơn so với nhiễm ceton acid, hạ kali thường do sử dụng insulin, do đó nên bù kali sớm ngay khi sử dụng insulin.

- Liều kali cần bù khoảng 10mEq trong những lít dịch truyền đầu tiên. Theo dõi sát điện giải khi bù kali.

- Bù phosphate khi phosphate máu < 1mg/dL. Khi bệnh nhân tỉnh có thể bù bằng đường uống.

5. Điều trị yếu tố thúc đẩy

Dùng kháng sinh sớm khi nghi có nhiễm trùng trong thời gian chờ kết quả xét nghiệm.

6. Theo dõi

- Mạch, huyết áp, nhịp thở mỗi 30 phút.

- Lượng nước tiểu mỗi giờ.

- Nhiệt độ mỗi 4 giờ.

- Theo dõi đường mao mạch mỗi 30-60 phút một lần trong 4 giờ đầu tiên, sau đó mỗi 2 giờ một lần. Khi có vấn đề bất thường về đường huyết nên kiểm tra lại bằng máu tĩnh mạch.

- Theo dõi điện giải trong máu mỗi 2 giờ đến khi ổn định, sau đó mỗi 4 giờ một lần.

- Theo dõi các chỉ số xét nghiệm khác để đánh giá chức năng cơ quan: công thức máu, chức năng gan, thận, sinh hóa nước tiểu, ECG (lặp lại khi cần).

- Thực hiện các cận lâm sàng khác để chẩn đoán phân biệt và chẩn đoán bệnh đi kèm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức tích cực,* ban hành kèm theo Quyết định 1493/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2. Bệnh viện Chợ Rẫy (2018), *Phác đồ điều trị Cấp cứu - Hồi sức cấp cứu.*

HÔN MÊ DO NHIỄM CETON ACID TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

MÃ ICD 10: E14.0

I. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm ceton acid là tình trạng mất bù cấp tính xảy ra trên bệnh nhân đái tháo đường không được ổn định đường huyết tốt do tình trạng thiếu hoặc giảm chức năng trầm trọng của insulin với đặc điểm là đường huyết tăng cao, toan chuyển hóa, thể ceton trong máu và trong nước tiểu dương tính mạnh.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng lâm sàng

- Các triệu chứng đường huyết tăng cao báo động: ăn nhiều, uống nhiều, tiểu nhiều, gầy sút gia tăng rõ rệt.

- Giai đoạn tiền hôn mê:

+ Mệt mỏi, chán ăn, buồn nôn, ói mửa, đau bụng.

+ Dấu hiệu mất nước rõ: da khô, véo da mất chậm, mạch nhanh, nhẹ, huyết áp hạ, tĩnh mạch cổ xẹp, lượng nước tiểu giảm.

+ Thở nhanh sâu kiểu Kussmaul và có thể có mùi ceton trong hơi thở.

+ Nếu không phát hiện và điều trị kịp thời, bệnh nhân sẽ dần vào hôn mê, không có dấu thần kinh định vị.

2. Cận lâm sàng

Đường huyết > 250mg/dL (13,8mmol/L).

pH < 7,3, dự trữ kiềm < 15mEq/L, PCO_2 < 40mg, khoảng trống anion tăng.

- Ceton máu và nước tiểu dương tính mạnh.

- Natri máu thay đổi.

- Kali máu giảm do mất qua đường tiêu hóa, nước tiểu trung bình khoảng 3-5mEq/kg cân nặng.

- Áp lực thẩm thấu máu thường dưới 320mOsm/L.

- Khoảng 90% trường hợp có tăng amylase máu ít liên quan đến viêm tụy cấp.

III. ĐIỀU TRỊ

Mục tiêu điều trị:

- Phục hồi thể tích tuần hoàn, tái tưới máu mô.

- Giảm glucose máu, điều chỉnh ceton máu bằng insulin.

- Điều chỉnh điện giải kiềm toan.

- Điều trị các yếu tố thúc đẩy.

1. Phục hồi thể tích tuần hoàn

- Lượng dịch mất trung bình 4-5 lít.

Dung dịch dùng đầu tiên là natriclorua 9‰, tốc độ truyền 2 lít trong 2-3 giờ đầu. Sau đó tốc độ 300-400mL/giờ. Lượng dịch bù tối thiểu 3-4 lít trong 8 giờ đầu để phục hồi tưới máu bình thường.

- Trong trường hợp bù > 5 lít trong 8 giờ đầu thường dễ góp phần gây các biến chứng như hội chứng suy hô hấp cấp, phù não…

- Trong trường hợp bệnh nhân lớn tuổi hay có bệnh lý tim mạch hoặc trường hợp khó đánh giá tình trạng mất nước nên đo CVP để bù dịch.

- Khi glucose huyết xuống khoảng 250mg/dL (13,8mmol/L) nên bù thêm glucose 5% để duy trì mức đường huyết khoảng 250-300mg/dL (13,8-16,8mmol/L), điều này ngăn ngừa tình trạng hạ đường huyết cũng như phù não do giảm đường huyết quá nhanh.

- Khi natri máu > 155mmol/L dùng natriclorua 0,45%.

2. Dùng insulin

- Dùng sớm ngay khi bù dịch, dùng loại tác dụng nhanh (actrapid, regular, ordinaire).

- Dùng đường tĩnh mạch:

- Khởi đầu 0,15 đơn vị/kg cân nặng tiêm mạch.
- Duy trì truyền insulin 0,1 đơn vị/kg/giờ.
- Trong trường hợp đường huyết không giảm tối thiểu 10% trong giờ đầu tiên, lặp lại liều tiêm tĩnh mạch.
- Trong trường hợp đề kháng insulin sau 2 lần tiêm mạch, liều gấp đôi insulin được khuyến cáo mỗi 2-4 giờ.
- Điều chỉnh liều insulin truyền tĩnh mạch để đường huyết giảm từ 50-70mg/dL/giờ.
- Khi đường huyết giảm đến 250mg/dL, dùng thêm glucose 5%.

- Khi pH máu về bình thường, bicarbonat > 15mEq/L có thể chuyển sang dùng insulin tiêm dưới da. Trước khi ngưng truyền insulin tĩnh mạch nên tiêm mũi insulin dưới da trước đó 1 giờ.

3. Bù kali và phosphate máu

- Bù kali:

+ Nếu không có suy thận, bù kali sau 2-3 giờ bù dịch đầy đủ, lượng bù 10-30mEq/giờ, có thể bù kali sớm hơn nếu kali máu ở mức bình thường hay thấp.

+ Không bù khi kali máu còn trên 5,5mEq/L và bệnh nhân có suy thận, cần đánh giá chức năng thận và kali máu để xử trí thích hợp.

- Bù phosphate máu ít khi cần, tuy nhiên khi phosphate máu < 1mg/dL nên bù thêm phosphate.

4. Bù bicarbonate

- Bù bicarbonate khi pH < 7 và cần theo dõi cẩn thận để tránh sử dụng quá mức.

- Liều dùng 40-80mL bicarbonate 8,4% pha trong 1 lít dung dịch natriclorua 0,45%.

- Nên sử dụng sớm và có thể lặp lại cho đến khi pH > 7,1.

- Không sử dụng bicarbonate khi pH > 7,1 vì gia tăng nguy cơ kiềm chuyển hóa và gây loạn nhịp.

5. Điều trị các yếu tố thúc đẩy

Nếu nghi có nhiễm trùng thì dùng ngay kháng sinh trong khi chờ kết quả xét nghiệm.

6. Theo dõi

- Mạch, huyết áp, nhịp thở mỗi 30 phút, lượng nước tiểu mỗi giờ.

- Nhiệt độ mỗi 4 giờ.

- Theo dõi đường huyết mao mạch mỗi 30-60 phút trong 4 giờ đầu tiên, sau đó mỗi 2 giờ. Khi có vấn đề bất thường về đường huyết, kiểm tra lại bằng máu tĩnh mạch.

- Theo dõi điện giải đồ trong máu mỗi 2 giờ cho đến khi ổn định, sau đó mỗi 4 giờ.

- Có thể theo dõi toan máu bằng pH máu tĩnh mạch mỗi 2-4 giờ cho đến khi pH > 7.

- Không theo dõi tình trạng toan máu bằng thể ceton.

- Theo dõi các chỉ số xét nghiệm khác để đánh giá chức năng cơ quan: công thức máu, chức năng gan, thận, sinh hóa nước tiểu, ECG (lặp lại khi cần).

- Thực hiện các cận lâm sàng khác để chẩn đoán phân biệt và chẩn đoán bệnh đi kèm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức tích cực,* ban hành kèm theo Quyết định 1493/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2. Bệnh viện Chợ Rẫy (2018), *Phác đồ điều trị Cấp cứu - Hồi sức cấp cứu.*

HÔN MÊ DO HẠ ĐƯỜNG HUYẾT

MÃ ICD10: E15

I. CHẨN ĐOÁN

l. Triệu chứng lâm sàng

- Triệu chứng của hệ thần kinh tự chủ như: hồi hộp, đánh trống ngực, lo lắng, vã mồ hôi, cảm giác đói bụng, run rẩy tay chân, buồn nôn.

- Triệu chứng của hệ thần kinh trung ương: lú lẫn, lơ mơ, hôn mê, co giật, …

2. Cận lâm sàng

- Đường huyết < 60mg/dL (3,3mmol/L) được xem như hạ đường huyết.

- Đường huyết < 40mg/dL (2,2mmol/L) gọi là hạ đường huyết nặng.

II. ĐIỀU TRỊ

Ngưng các thuốc đang dùng nghi ngờ có liên quan đến hạ đường huyết.

1. Xử trí cấp cứu

- Mức độ nhẹ: chỉ có triệu chứng của hệ thần kinh tự chủ: cho uống 15g đường (15g glucose dạng viên, 175mL nước ngọt, 3 muỗng cafe đường cát, 1 muỗng canh mật ong).

- Mức độ trung bình: có triệu chứng của thần kinh tự chủ và thần kinh trung ương nhưng bệnh nhân có khả năng tự chăm sóc và ăn uống được: cho uống 30g glucose.

- Mức độ nặng: bệnh nhân cần sự hỗ trợ chăm sóc của người khác, không ăn uống được: truyền ngay 100mL glucose 30%, đánh giá lại bệnh nhân. Có thể truyền lặp lại đến khi tình trạng bệnh nhân ổn định. Sử dụng hydrocortisone 100mg tiêm tĩnh mạch nếu nghi ngờ bệnh nhân suy thượng thận, phù não.

2. Điều trị nguyên nhân

- Điều chỉnh lại các thuốc đang sử dụng như: insuline, sulfonylureas, thuốc ức chế beta giao cảm, …

- Điều trị các nguyên nhân khác: suy gan, suy giáp, suy thượng thận, ...

3. Điều trị duy trì

- Nếu bệnh nhân có thể ăn được: cho ăn uống bình thường như hàng ngày.

- Nếu bệnh nhân không ăn được: tiếp tục truyền duy trì glucose 30% cho đến khi bệnh nhân ăn uống trở lại bình thường.

- Sau khi dùng sản phẩm đường cho bệnh nhân, 15-20 phút sau kiểm tra lại đường huyết. Thời gian cần theo dõi đường huyết dựa vào thời gian bán hủy của thuốc gây hạ đường huyết mà bệnh nhân đang dùng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức tích cực,* ban hành kèm theo Quyết định 1493/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2. Bệnh viện Chợ Rẫy (2018), *Phác đồ điều trị Cấp cứu - Hồi sức cấp cứu.*

ĐAU BỤNG CẤP

MÃ ICD10: R10.4

I. ĐẠI CƯƠNG

Đau bụng cấp có nguyên nhân đa dạng và việc đánh giá người bệnh gặp nhiều khó khăn do: thời gian tiếp xúc bệnh nhân tương đối ngắn và chẩn đoán đôi khi rất khó khăn đặc biệt ở giai đoạn sớm của bệnh, biểu hiện lâm sàng có thể không điển hình đặc biệt là ở trẻ em, người già và những người bệnh suy giảm miễn dịch, cường độ đau không tương xứng với mức độ trầm trọng của bệnh, không có bất thường về sinh hiệu cũng không loại trừ bệnh nặng, không có dấu hiệu điển hình của bụng ngoại khoa cũng không loại trừ được nguyên nhân ngoại khoa. Chính vì thế chẩn đoán đau bụng cấp phải cân nhắc nhiều chẩn đoán phân biệt. Quan trọng là phải chẩn đoán chính xác và đưa ra hướng điều trị thích hợp: nội khoa, ngoại khoa.

II. NGUYÊN NHÂN

1. Nguyên nhân từ đường tiêu hóa

Rối loạn tiêu hóa, viêm phúc mạc, viêm loét dạ dày, viêm túi mật, sỏi đường mật, viêm gan, áp xe gan, viêm tụy, viêm ruột, viêm túi thừa, viêm ruột thừa cấp, thoát vị bẹn, đùi, ...

2. Nguyên nhân ngoài đường tiêu hóa

Đau thắt ngực không ổn định, nhồi máu cơ tim cấp, phình bóc tách động mạch chủ, viêm phổi, thuyên tắc phổi, sỏi thận, sỏi niệu quản, nhiễm toan ceton, tăng ure máu, co thắt cơ, tụ máu cơ, xoắn tinh hoàn, thai ngoài tử cung vỡ, ...

III. CHẨN ĐOÁN

1. Bệnh sử

- Tiền sử: phẫu thuật, sử dụng rượu, bệnh tim mạch, đái tháo đường, sử dụng thuốc kháng đông, corticoid, NSAID, ...

- Đặc điểm cơn đau:

+ Khởi đầu và diễn tiến cơn đau theo thời gian: bệnh mạch máu và thủng tạng rỗng thì đau dữ dội ngay từ đầu; đau quặn gan, thận đau nhiều vào giai đoạn sớm, ngược lại viêm ruột thừa cấp thì đau ngày càng tăng.

+ Vị trí đau, tính chất di chuyển của cơn đau: vị trí đau giúp xác định vùng bị bệnh mặc dù đôi khi bị nhầm lẫn. Tính di chuyển của cơn đau đôi khi cũng giúp phát hiện nguyên nhân gây bệnh, ví dụ trong viêm ruột thừa cấp.

+ Hướng lan của đau: trong viêm tụy cấp, thủng ổ loét dạ dày, tá tràng có hướng lan ra sau lưng.

+ Tính chất đau: đau quặn từng cơn hay đau liên tục.

- Các triệu chứng kèm theo:

+ Các triệu chứng toàn thân: sốt, lạnh run, sụt cân, đau khớp.

+ Triệu chứng tiêu hóa: chán ăn, buồn nôn, nôn, tiêu chảy, táo bón, bí trung đại tiện, ...

+ Triệu chứng đường tiết niệu, sinh dục: tiểu khó, tiểu nhiều lần, tiểu máu, tiểu mủ gợi ý bệnh lý đường tiết niệu, ra mủ âm đạo gợi ý bệnh lý vùng chậu.

2. Khám lâm sàng

- Khám toàn thân: khám toàn diện các cơ quan và các dấu hiệu của choáng bên cạnh thăm khám bụng.

- Khám bụng cần tiếp cận với bệnh nhân ở tư thế nằm ngửa. Tiếp cận theo hệ thống: nhìn, nghe, gõ, sờ, tìm các triệu chứng đặc biệt, khối thoát vị và cơ quan sinh dục nam, khám hậu môn trực tràng, khung chậu, ...

3. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm tại giường: thử thai bằng quick stick, ECG, đường huyết mao mạch, ...

- Xét nghiệm khác: công thức máu, đông máu tiền phẫu, đường huyết, ure, creatinin, SGOT, SGPT, bilirubin, amylase máu, men tim, điện giải đồ, tổng phân tích nước tiểu, ...

- Chẩn đoán hình ảnh:

+ X-quang bụng đứng không sửa soạn: có thể thấy mức nước hơi, liềm hơi dưới cơ hoành, ...

+ Siêu âm bụng: rất có giá trị trong chẩn đoán các bệnh lý gan, mật, tụy, tiết niệu, mạch máu lớn, đặc biệt có độ nhạy rất cao trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp.

+ CT scan ổ bụng và vùng chậu hoặc MRI có giá trị rất cao để xác định chẩn đoán.

4. Chẩn đoán

Trong trường hợp khó nên khám đi, khám lại nhiều lần để phát hiện sự tiến triển của triệu chứng đau bụng để thiết lập bilan chẩn đoán sâu hơn.

Trong trường hợp nghi ngờ bụng ngoại khoa thì nên hội chẩn sớm với bác sỹ chuyên khoa ngoại.

IV. ĐIỀU TRỊ

- Điều trị chung theo nguyên tắc A, B, C, D, … Hồi sức nhanh chóng nên được thực hiện trước khi có chẩn đoán ở bệnh nhân có tình trạng bệnh không ổn định (choáng do mất nước, mất máu, nhiễm trùng, ...) hay có vấn đề tim mạch. Bù dịch, truyền máu thích hợp, thuốc vận mạch sớm để ngăn ngừa tình trạng choáng không hồi phục hay suy đa phủ tạng.

- Giảm đau: nên được đặt ra sớm nếu có thể được đối với bệnh nhân đau bụng nhiều. Việc cho giảm đau không làm che lấp dấu hiệu ngoại khoa hay làm lu mờ chẩn đoán.

- Kháng sinh: chỉ định trong trường hợp nghi ngờ nhiễm trùng ổ bụng. Sử dụng kháng sinh phổ rộng. Phối hợp kháng sinh là cần thiết đối với bệnh nhân viêm phúc mạc.

- Đau bụng cấp do nguyên nhân ngoại khoa nên được can thiệp sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Ngoại, ĐHYD TPHCM (2007), *Điều trị ngoại khoa tiêu hóa,* Nhà xuất bản Y học.

2. Bệnh viện Chợ Rẫy (2018), *Phác đồ điều trị Cấp cứu - Hồi sức cấp cứu.*

XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA TRÊN

MÃ ICD10: *Lo t dạ dày (Cấp có xuất huyết):* ***K25.0****; Lo t tá tràng (Cấp có xuất huyết):* ***K26.0;*** *Viêm dạ dày xuất huyết cấp tính:* ***K29.0;*** *Polyp dạ dày và tá tràng:* ***K31.7;****...*

I. ĐẠI CƯƠNG

Xuất huyết tiêu hóa trên là xuất huyết ở phần trên ống tiêu hóa, từ thực quản đến góc Treitz, thường gây ra nôn máu hoặc đi tiêu ra máu.

Nguyên nhân:

- Từ thực quản: chảy máu từ tĩnh mạch thực quản dãn, ung thư thực quản, hội chứng Mallory - Weiss, viêm loét thực quản do nhiễm trùng hay do hóa chất, polyp thực quản.

- Từ dạ dày, tá tràng là nguyên nhân hay gặp nhất: loét dạ dày, tá tràng, viêm dạ dày cấp, tĩnh mạch dạ dày dãn trong tăng áp cửa, polyp dạ dày, tá tràng.

- Chảy máu từ mật, tụy.

- Chảy máu do các bệnh về máu (rối loạn đông cầm máu): sốt xuất huyết, xuất huyết giảm tiểu cầu, hemophilie, bệnh bạch cầu, suy tủy, suy gan nặng, dùng thuốc kháng đông như heparin, kháng vitamin K.

II. LÂM SÀNG

- Nôn ra máu

- Đi tiêu ra máu

- Khám các biểu hiện mất máu

III. CẬN LÂM SÀNG

1. Những thay đổi do mất máu

- Công thức máu: số lượng hồng cầu giảm, tỷ lệ hematocrit giảm, tỷ lệ huyết sắc tố giảm.

- Sinh hóa máu: ure máu có thể tăng khi mất máu nặng.

2. Xét nghiệm tìm nguyên nhân

- Nếu nghi ngờ chảy máu do bệnh lý gan mật, cần phải làm thêm xét nghiệm chức năng gan, siêu âm gan mật, ...

- Nếu nghi ngờ chảy máu ở dạ dày, tá tràng hoặc vỡ tĩnh mạch thực quản cần phải xem xét nội soi dạ dày, tá tràng. Qua nội soi có thể áp dụng biện pháp cầm máu.

- Trong các trường hợp xuất huyết tiêu hóa do những nguyên nhân khác, tùy từng nguyên nhân cụ thể mà đề xuất xét nghiệm phù hợp.

Bảng phân loại xuất huyết tiêu hóa của Forrest qua nội soi dạ dày tá tràng

Nguy cơ	Tính chất xuất huyết	Mức độ	Hình ảnh Nội soi	Chảy máu tái phát (%)	Tỷ lệ tử vong (%)

Nguy cơ cao	Xuất huyết cấp	Ia	Máu phun thành tia (máu động mạch)	55	11
		Ib	Rỉ máu (máu tĩnh mạch)		
	Xuất huyết mới xảy ra gần đây	IIa	Có mạch máu nhưng không chảy máu	43	11
		IIb	Có cục máu đông	22	7
Nguy cơ thấp		IIc	Có cặn đen	10	3
	Không có xuất huyết	III	Đáy sạch	5	2

IV. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

- Dịch tễ lâm sàng.
- Dựa vào triệu chứng nôn máu, đi ngoài ra máu.
- Nội soi thực quản, dạ dày, tá tràng thấy tổn thương đang chảy máu hay dấu hiệu chảy máu mới cầm.

2. Chẩn đoán mức độ xuất huyết

- Dấu hiệu toàn thân, mạch, huyết áp tâm thu.
- Dựa vào khối lượng máu mất, đặc điểm của nôn máu, tiêu phân đen.
- Xét nghiệm: số lượng hồng cầu, khối hồng cầu.

Mức độ	Nhẹ - độ 1	Trung bình - độ 2	Nặng - độ 3
1.Lượng máu mất	<10% thể tích máu (< 500mL)	Khoảng 20-30% (> 500mL, < 1.500mL)	> 30% (> 1.500mL)
2.Triệu chứng toàn thân	- Giảm tưới máu các cơ quan ngoại biên: da, cơ, ... - Tỉnh nhưng mệt.	- Giảm tưới máu các cơ quan trung ương. - Mệt mỏi, da xanh, vã mồ hôi, tiểu ít.	- Giảm tưới máu các cơ quan trung ương: tim, não, thận. - Rối loạn tri giác, khát nước, vô niệu, chi lạnh.
3.Mạch	90-100 lần/phút	100-120 lần/phút	> 120 lần/phút
4.HA tâm thu	> 90mmHg	80- 90mmHg	< 80mmHg
5.Số lượng HC	> 3 triệu/mm^3	2-3 triệu/mm^3	< 2 triệu/mm^3
6. Khối HC	> 30%	20 - 30%	< 20%

3. Chẩn đoán phân biệt

4. Chẩn đoán nguyên nhân

Thường kết hợp triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng như nội soi, siêu âm.

Một số nguyên nhân thường gặp:

4.1. Loét dạ dày, tá tràng

Dựa vào:

- Tiền sử có xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày, tá tràng hoặc loét dạ dày, tá tràng.
- Có triệu chứng lâm sàng của loét dạ dày, tá tràng.
- Dùng thuốc chống viêm nonsteroid hoặc corticoid, thuốc kháng đông.
- Đặc điểm lâm sàng:

+ Đau thượng vị.

+ Nôn máu loãng hoặc sẫm màu, lẫn dịch vị và thức ăn, đi tiêu phân đen hoặc không có nôn máu mà chỉ có đi tiêu phân đen.

+ Không thấy biểu hiện lâm sàng các bệnh lý khác gây xuất huyết tiêu hóa.

+ Nội soi dạ dày cấp cứu thấy tổn thương đang chảy máu.

4.2. Vỡ tĩnh mạch thực quản

Lâm sàng: nôn ra máu đỏ tươi khối lượng nhiều, có thể bị choáng, máu thường không lẫn thức ăn, đi tiêu phân đen hay đỏ vì lượng máu nhiều và di chuyển nhanh. Có dấu hiệu xơ gan, tăng áp tĩnh mạch cửa và suy chức năng gan. Sau khi nôn máu, lách nhỏ lại. Nội soi thực quản, dạ dày: có dãn tĩnh mạch thực quản, thường độ 2, 3, có các vằn đỏ trên tĩnh mạch.

4.3. Chảy máu đường mật

4.4. Ung thư dạ dày, polyp dạ dày

V. ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc chung:

- Phục hồi lại thể tích máu và hồi sức.
- Cầm máu.
- Xử trí nguyên nhân để tránh tái phát.

1. Chảy máu nhẹ

- Nằm nghỉ tại giường, ăn nhẹ.
- Theo dõi lâm sàng và các xét nghiệm hàng ngày.
- Tìm máu trong phân.

2. Chảy máu vừa và nặng

- Nằm đầu thấp. Thở oxy khi $SpO_2 < 90\%$.
- Làm các xét nghiệm huyết học.
- Truyền dịch: lập 2 đường truyền kim lớn 18G hoặc hơn, dịch truyền tốt nhất là dung dịch đẳng trương như natriclorua 0,9% hoặc lactate ringer. Không dùng glucose 30% và các thuốc co mạch để nâng huyết áp như noradrenalin khi thể tích tuần hoàn chưa hồi phục.

- Truyền máu: tùy theo mức độ mất máu, không truyền khối hồng cầu với mục đích tăng khối lượng tuần hoàn. Chỉ định truyền máu khi nồng độ Hb < 70g/L hoặc Hct < 21%. Truyền máu tối thiểu phải đảm bảo hồng cầu trên 2 triệu/mm^3, bệnh nhân hết rối loạn ý thức.

- Đặt ống thông dạ dày để theo dõi chảy máu, không cần thực hiện thường quy nhưng nó rất hữu ích để đánh giá tiếp cận bước đầu và chẩn đoán những bệnh nhân nghi ngờ xuất huyết tiêu hóa.

- Hồi sức và chống sốc nếu có.

3. Điều trị theo nguyên nhân

3.1. Loét dạ dày, tá tràng

- Dùng thuốc chống loét đường tiêm: esomeprazole hoặc omeprazole bolus 80mg, duy trì 8mg/giờ trong vòng 72 giờ, sau đó có thể chuyển sang đường uống.

- Điều trị qua nội soi: tiêm cầm máu bằng adrenalin 1/10.000, tiêm polidocanol, kẹp cầm máu kim loại, ...

Sau đó, dùng thuốc theo phác đồ điều trị triệu chứng và chống tái phát. Nếu điều trị nội khoa không có kết quả thì can thiệp ngoại khoa.

3.2. Chảy máu do vỡ tĩnh mạch thực quản

- Đặt sonde Blakemore.

- Điều trị qua nội soi: tiêm xơ, tiêm đông, thắt bằng thòng lọng.

- Thuốc làm giảm áp lực tĩnh mạch cửa: octreotide bolus 50mg, duy trì 50µg/giờ.

- Điều trị dự phòng hôn mê gan.

VI. CHỈ ĐỊNH NGOẠI KHOA

- Chảy máu mà không có máu hoặc các chất thay thế.

- Nội soi thấy máu chảy thành tia mà không kẹp cầm máu được.

- Điều trị nội khoa đúng phác đồ mà sau 24 giờ máu vẫn chưa cầm.

- Tiền sử chảy máu nhiều lần.

VII. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Xuất huyết mức độ nặng.

- Xuất huyết mức độ trung bình, sau 4-8 giờ điều trị đánh giá diễn tiến không thuận lợi.

- Cần can thiệp cầm máu qua nội soi hoặc điều trị ngoại khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Nội, ĐHYD TPHCM (2009), *Bệnh học Nội khoa*, Nhà xuất bản Y học.

2. Bệnh viện Chợ Rẫy (2018), *Phác đồ điều trị Cấp cứu - Hồi sức cấp cứu.*

VIÊM TỤY CẤP

MÃ ICD 10: K85

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm tụy cấp là tình trạng viêm của tuyến tụy dẫn đến tổn thương tế bào nang tuyến do sự tiêu hủy của các men tụy. Diễn tiến viêm tụy cấp có thể nhẹ, tự khỏi cho đến thể nặng gây nguy hiểm đến tính mạng do các biến chứng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh sử

- Đau bụng: cơn đau thường xảy ra bất ngờ, đau tăng dần và có thể đau dữ dội vài giờ sau, thường khu trú vùng thượng vị, quanh rốn, ¼ bụng trên phải, đau có thể lan ra sau lưng, đau tăng lên sau khi ăn.

- Ói: xảy ra trong đa số các trường hợp và ói vẫn không làm giảm đau.

- Những bệnh lý có thể là nguyên nhân gây viêm tụy cấp như chấn thương bụng vùng tụy, nhiễm siêu vi (quai bị), nhiễm ký sinh trùng, sỏi mật.

1.2. Thăm khám

- Đau bụng: ấn đau vùng thượng vị, có thể lan ra sau lưng.

- Nhu động ruột giảm hoặc liệt ruột.

- Trường hợp viêm tụy cấp nặng có thể có:

+ Dấu hiệu mất nước, hạ huyết áp.

+ Da đổi màu xanh tím vùng quanh rốn (dấu Cullen), hoặc da đổi màu xanh tím vùng hông (dấu Gray Tuner) trong viêm tụy thể xuất huyết.

+ Thở nhanh, khó thở, tràn dịch màng phổi.

+ Vàng da nhẹ có thể xảy ra trong viêm tụy thứ phát, nhưng vàng da nặng hoặc trung bình gợi ý viêm tụy do sỏi mật.

1.3. Cận lâm sàng

- Công thức máu: Hct tăng, BC tăng.

- Amylase máu: thường tăng lên 3-4 lần trị số bình thường tối đa, tuy nhiên mức độ tăng có thể không tương ứng với mức độ nặng của bệnh. Khoảng 10-15% trường hợp viêm tụy cấp amylase máu có thể bình thường lúc khởi đầu. Amylase máu có thể bình thường/viêm tụy cấp trong các trường hợp: nghiện rượu, đặc biệt là ở những người nghiện rượu có viêm tụy cấp trước đó, tăng triglyceride; hoại tử tụy lan rộng, tắc nghẽn ống tụy, nang giả tụy. Có những trường hợp tăng amylase máu mà không phải viêm tụy cấp: viêm tuyến nước bọt, viêm phổi, viêm vòi trứng, nang buồng trứng, viêm túi mật, viêm ruột non, viêm ruột thừa, những bệnh lý ác tính (tụy, đại tràng, phổi và buồng trứng).

- Amylase nước tiểu tăng sau 2-3 ngày trở về bình thường sau 5-7 ngày.

- Siêu âm bụng: có thể thấy tuyến tụy lớn, phù nề, bờ không rõ, giảm mật độ echo, có thể có dịch hoặc áp xe hoặc bệnh lý đường mật đi kèm. Khoảng 20% trường hợp viêm tụy cấp có thể bình thường dưới siêu âm lúc khởi đầu.

- X-quang bụng không sửa soạn: giúp chẩn đoán loại trừ các trường hợp tắc ruột, thủng ruột. Có thể thấy hình ảnh quai ruột canh gác, vôi hóa vùng tụy.

- CT Scan bụng có bơm thuốc cản quang: là "tiêu chuẩn vàng" để chẩn đoán. Chỉ định trong viêm tụy cấp nặng.

- Xét nghiệm giúp tiên lượng bệnh: công thức máu, đường huyết, ure, creatinine, LDH, SGOT, SGPT, canxi, CRP, khí máu động mạch.

- Các xét nghiệm, cận lâm sàng khác để chẩn đoán, chẩn đoán phân biệt, chẩn đoán bệnh đi kèm và theo dõi điều trị.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

Đau bụng, ói, amylase máu tăng, có thể tăng gấp 3-4 lần bình thường, siêu âm bụng nghi ngờ viêm tụy cấp: tuyến tụy lớn, phù nề, giảm mật độ echo và không có dấu hiệu tắc ruột hay thủng ruột trên phim X-quang bụng không sửa soạn.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

Viêm đường mật cấp, thủng tạng rỗng, tắc ruột, viêm ruột thừa giai đoạn sớm, nhồi máu mạc treo, nhồi máu cơ tim, viêm loét dạ dày.

2.3. Chẩn đoán mức độ nặng

- Viêm tụy cấp nhẹ: bệnh nhân có bồn chồn, lo lắng, sốt nhẹ, nhịp nhanh, đề kháng nhẹ vùng thượng vị; Ranson ≤ 3 điểm.

- Viêm tụy cấp nặng: chướng bụng, mất nhu động ruột, suy cơ quan (sốc, suy hô hấp, suy thận, chảy máu dạ dày); và hoặc có những biến chứng tại tụy (hoại tử, áp xe, nang giả tụy); Ranson > 3 điểm.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị bệnh

1.1. Viêm tụy cấp nhẹ

- Đặt sond dạ dày nếu bệnh nhân có đau, nôn ói nhiều.

- Nhịn ăn uống, nuôi ăn qua đường tĩnh mạch tạm thời.

- Bù nước, điện giải bằng dung dịch đẳng trương dựa vào lượng nước xuất nhập.

- Giảm đau: meperidine (Dolargan) 50mg mỗi 4 giờ x 2-3 ngày.

- Ức chế tiết acid: omeprazole 40mg/ngày (TM) x 3 ngày.

- Chống nôn: metoclopramide 10mg IM hoặc IV chậm mỗi 8 giờ.

- Cho ăn qua đường miệng khi bệnh nhân đói và hết đau (không cần chờ amylase máu trở về bình thường): bắt đầu nuôi ăn với 100-300mL dịch lỏng mỗi 4 giờ trong 24

giờ, nếu bệnh nhân không đau bụng thì duy trì bữa ăn mềm trong 3-4 ngày và cuối cùng là thức ăn đặc. Ngưng ăn khi đau tái phát trở lại hoặc amylase tăng lại.

1.2. Viêm tụy cấp nặng

- Thở oxy khi $SaO_2 < 90\%$ và duy trì cho đến khi $SaO_2 \geq 95\%$.

- Đặt sond dạ dày, hút dịch nếu bệnh nhân có đau nhiều.

- Nhịn ăn uống.

- Bù nước, điện giải bằng dung dịch đẳng trương 200-300mL/giờ trong 48 giờ đầu nếu tình trạng tim mạch cho phép (duy trì CVP 8-12cm nước).

- Nuôi ăn đường tĩnh mạch đảm bảo đủ 30Kcal/kg/ngày bằng dung dịch đường, đạm.

- Ức chế tiết acid: omeprazole 40mg/ngày (TM) x 5 ngày.

- Giảm tiết dịch tụy: sandostatine 100µg tiêm dưới da mỗi 8 giờ x 5 ngày.

- Chống nôn: metoclopramide 10mg IM hoặc IV chậm mỗi 8 giờ.

- Cho ăn qua đường miệng khi bệnh nhân đói và hết đau: nước đường → súp → cháo → cơm nhão → cơm bình thường. Kiêng mỡ, sữa, chất béo.

- Kháng sinh:

Ceftriaxone 2g/ngày + metronidazole 25-30mg/kg/ngày x 7-10 ngày. Hoặc:

Cefotaxime 3g/ngày + metronidazole 25-30mg/kg/ngày x 7-10 ngày.

- Dùng calci gluconate khi có triệu chứng hạ calci (tetany) hoặc calci ion hóa thấp.

- Dùng insulin khi đường huyết tăng quá cao, liều dùng tùy mức độ tăng đường huyết.

- Tăng triglyceride trong viêm tụy cấp không cần phải điều trị trừ khi > 1000mg/dL (11,4mmol/L).

2. Điều trị biến chứng

2.1. Điều trị sốc tùy theo nguyên nhân

- Sốc sớm thường do biến chứng xuất huyết hoặc do nhiễm độc các chất Kinin.

- Sốc muộn (tuần thứ 2 của bệnh) thường do nhiễm trùng.

2.2. Xuất huyết tuyến tụy: do men tụy làm tổn thương các mạch máu (xảy ra trong tuần đầu của bệnh): cần phẫu thuật.

2.3. Nhiễm trùng mô tụy: từ tuần thứ 2 của bệnh, dẫn đến áp xe tụy, cần phẫu thuật.

2.4. Suy hô hấp: thở oxy, hô hấp hỗ trợ nếu suy hô hấp nặng.

2.5. Nang giả tụy: nang lớn hơn 6cm, nang lan rộng nhanh hoặc tồn tại kéo dài trên 6 tuần, cần được dẫn lưu.

2.6. Suy thận cấp: cần bù đủ dịch.

3. Chỉ định ngoại khoa

- Nghi ngờ có bụng ngoại khoa khác.

- Khi có các biến chứng: xuất huyết nội, viêm phúc mạc, áp xe tụy.
- Viêm tụy cấp do sỏi mật.
- Viêm tụy hoại tử có nhiễm trùng.
- Viêm tụy hoại tử không có nhiễm trùng: khi tình trạng lâm sàng không cải thiện.

IV. THEO DÕI VÀ TIÊN LƯỢNG

1. Tiên lượng dựa vào lâm sàng

1.1. Nặng

- Xuất huyết: mảng bầm tím vùng quanh rốn, vùng hông lưng, ói máu.
- Sốc: khi vào viện hoặc diễn biến sau đó.
- Viêm phúc mạc.
- Suy hô hấp.

1.2. Nặng tương đối

- Tuổi > 55
- Tắc ruột (liệt ruột)
- Đau bụng kéo dài.

2. Dựa vào chỉ số Ranson

Có 11 yếu tố, mỗi yếu tố 1 điểm.

2.1. Khi mới vào viện

- Tuổi > 55
- Bạch cầu >16.000mm^3
- Đường huyết > 2g/L (200mg/dL)
- LDH > 1,5 lần bình thường
-SGOT > 6 lần bình thường.

2.2. Sau 48 giờ

- Tăng ure máu > 200mg%
- PaO_2 < 60mmHg
- Ca^{2+} < 2mmol/L
- Hct giảm hơn 10% so với ban đầu
- Bicarbonate: giảm hơn 4mEq/L
- Thoát dịch mô kẽ hơn 6 lít.

Nếu > 3 điểm là tiên lượng nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Ngoại, ĐHYD TPHCM (2007), *Điều trị ngoại khoa tiêu hóa,* Nhà xuất bản Y học.
2. Bệnh viện Chợ Rẫy (2018), *Phác đồ điều trị Cấp cứu - Hồi sức cấp cứu.*

CƠN ĐAU QUẶN THẬN CẤP

MÃ ICD 10: N23

I. ĐẠI CƯƠNG

Cơn đau quặn thận cấp xuất hiện khi sỏi di chuyển từ bể thận xuống niệu quản. Vị trí đau thường liên quan với vị trí tắc nghẽn. Trong cấp cứu chủ yếu là điều trị giảm đau, xử trí các trường hợp có biến chứng và phát hiện các trường hợp cần xử trí ngoại niệu cấp cứu.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Đau bụng thường là một bên, cơn đau dữ dội, đau lan xuống bộ phận sinh dục ngoài nếu sỏi vùng thấp. Vị trí đau phụ thuộc vào vị trí sỏi và sự di chuyển của sỏi.
- Đái máu: đại thể, vi thể hoặc có thể không có.
- Có thể buồn nôn, nôn; đái khó, đái rắt (sỏi ở vị trí thấp).
- Dấu hiệu biến chứng: ứ nước bể thận, viêm bể thận.

2. Các thăm dò cận lâm sàng

2.1. Chẩn đoán hình ảnh

- X-quang hệ tiết niệu không chuẩn bị có thể phát hiện sỏi cản quang, đặc biệt bệnh nhân có tiền sử sỏi cản quang. Không chỉ định cho phụ nữ có thai. Phụ nữ ở tuổi sinh đẻ cần loại trừ khả năng có thai trước khi chụp (chậm kinh, test thai).
- Siêu âm hệ tiết niệu: là lựa chọn đầu tay, tuy nhiên có thể không thấy nếu sỏi nhỏ ở vùng thấp.
- CT scan hệ tiết niệu không cản quang: lựa chọn số 1 để xác định vị trí và kích thước của sỏi, có thể thay thế cho cả X-quang và siêu âm, có thể tiêm thuốc cản quang để đánh giá độ ngấm thuốc của thận

2.2. Xét nghiệm nước tiểu

Xét nghiệm nước tiểu: tổng phân tích nước tiểu thấy hồng cầu, nếu không có hồng cầu niệu vẫn không loại trừ sỏi niệu quản.

3. Chẩn đoán xác định

- Đau quặn từng cơn vùng hông lưng tương ứng.
- Siêu âm hệ tiết niệu, chụp X-quang hệ tiết niệu hoặc chụp CT không cản quang hệ tiết niệu có sỏi niệu quản.
- Xét nghiệm nước tiểu thường có hồng cầu niệu.

4. Chẩn đoán phân biệt

- Thai ngoài tử cung vỡ: chậm kinh, ra huyết âm đạo, test thai dương tính, siêu âm xác định khối thai vỡ.
- Vỡ phình động mạch chủ bụng: tăng huyết áp, đái tháo đường, khối phồng đập theo mạch, tiếng thổi.
- Tắc ruột: nôn, bí trung đại tiện, bụng trướng, chụp X-quang bụng không chuẩn bị có mức nước hơi, không đái máu.
- Viêm ruột thừa: sốt nhẹ, không đái máu.

- Nhồi máu thận: cơ địa bệnh lý tắc mạch như rung nhĩ, suy tim, rối loạn mỡ máu… chụp cắt lớp có thuốc cản quang giúp chẩn đoán xác định.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Giảm đau

- Thuốc giảm đau chống viêm không steroild: piroxicam 20mg hoặc diclofenac 75mg tiêm bắp.
- Paracetamol 750mg 75mL truyền tĩnh mạch x 3 lần/ngày.
- Nếu không đỡ đau: morphin 5mg tiêm tĩnh mạch, nhắc lại sau 10 phút nếu còn đau.
- Thuốc chống co thắt: Buscopan 10mg tiêm tĩnh mạch x 3 lần/ngày hoặc No-spa 40mg tiêm tĩnh mạch 1 ống x 3 lần/ngày, …

2. Thuốc kháng sinh

Nếu có sốt, có bạch cầu trong nước tiểu hoặc nghi ngờ nhiễm khuẩn tiết niệu: ciprofloxacin 200mg truyền tĩnh mạch x 2 lần/ngày. Hoặc norfloxacin 500mg x 2 lần/ngày. Nếu bệnh nhân dị ứng với nhóm quinolon thì ceftriaxon 1g tiêm mạch chậm x 2 lần/ngày.

3. Hội chẩn chuyên khoa ngoại tiết niệu cấp cứu (tuyến trên)

- Thận đơn độc, sỏi niệu quản cả 2 bên.
- Biến chứng:

+ Sốt

+ Suy thận hoặc vô niệu

+ Hình ảnh ngấm thuốc cản quang quanh thận: hình mờ lớp mỡ quanh thận, phù nề quanh niệu quản, viêm thận - bể thận, thận ứ mù, áp xe, thận câm, …

- Sỏi > 7mm
- Đau không khống chế được bằng thuốc.

4. Thuốc ra viện, khám chuyên khoa khi không có xử trí cấp cứu ngoại khoa

- Khi có đau nên uống nước hạn chế < 500mL/24 giờ.
- Piroxicam 20mg uống 2 viên/ngày.
- Thuốc chuyên khoa YHCT: kim tiền thảo, kim tiền thảo - râu mèo, …
- Khám chuyên khoa tiết niệu xem xét lấy sỏi: (chuyển tuyến trên tự túc)

+ Tán sỏi ngoài cơ thể.

+ Tán sỏi qua nội soi đường tiết niệu.

+ Tán sỏi qua da.

+ Tán sỏi qua phẫu thuật nội soi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Bạch Mai (2018), *Phác đồ điều trị.*

HO RA MÁU

MÃ ICD 10: R04.2

I. CHẨN ĐOÁN

1. Định nghĩa

Ho ra máu là máu từ đường ho hấp dưới (vùng dưới thanh môn) được ho, khạc, trào, ọc ra đường miệng, mũi.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Khạc ra máu từ đường hô hấp trên do tổn thương chảy máu vùng mũi, họng, miệng.
- Nôn ra máu.

3. Phân loại ho ra máu

- Ho ra máu nhẹ: từ vài mililit đến dưới 50 mililit trong vòng 24 giờ.
- Ho ra máu trung bình: khi từ 50-200mL trong 24 giờ.
- Ho ra máu nặng: khi trên 200mL trong 24 giờ hoặc ho ra một lượng máu đủ lớn gây rối loạn trao đổi khí.

II. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN VÀ THEO DÕI

- Ho ra máu có tắc nghẽn đường thở gây suy hô hấp? → Theo dõi SpO_2.
- Tình trạng tim mạch: theo dõi mạch, huyết áp xem có trụy tim mạch không?
- Tình trạng tinh thần: bình tĩnh hợp tác hay lo lắng, vật vã.
- Ước lượng số lượng máu mất.
- Xét nghiệm: công thức máu, nhóm máu, đông cầm máu, ure máu, đường máu, ion đồ.
- Chụp X-quang ngực.

III. MỤC TIÊU ĐIỀU TRỊ

- Giảm lượng máu mất.
- Cấp cứu kịp thời khi có tình trạng ho ra máu tắc nghẽn gây suy hô hấp tuần hoàn.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Những chăm sóc chung

- Nằm nghỉ ở nơi yên tĩnh, tránh vận động, đi lại.
- Ăn lỏng (sữa, súp) hoặc nửa lỏng (cháo). Uống nước mát, lạnh.
- Dùng thuốc giảm ho, an thần.

2. Xử trí ho ra máu nhẹ

- Ho ra máu ít, vài mililit hoặc máu chỉ thành từng vệt trong chất khạc: chỉ cần các biện pháp chăm sóc chung như trên là đủ. Cụ thể có thể dùng thuốc như sau:

Dextromethorphan, uống 1-2 viên, ngày 3 lần.

Tranexamic acid (transamin) 500mg, uống 1 viên, ngày 3 lần.

- Ho ra máu từ vài mililit đến dưới 50 mililit trong vòng 24 giờ: chăm sóc chung như trên. Thuốc:

Tranexamic acid 250mg, tiêm bắp hoặc tĩnh mạch 1 ống/lần, mỗi ngày 2-4 lần.

Dextromethorphan, uống 1-2 viên, ngày 3 lần.

Diazepam 5mg, tối uống 1 viên.

3. Xử trí ho ra máu vừa

Chăm sóc chung như trên. Thuốc:

Tranexamic acid 250mg, tiêm bắp hoặc tĩnh mạch 1 ống/lần, mỗi ngày 2-4 lần.

Dextromethorphan, uống 1-2 viên, ngày 3 lần.

Diazepam 5mg, tối uống 1 viên.

Có thể dùng thêm: sandostatin 0,05-0,1mg tiêm dưới da hoặc pha trong 500mL natriclorua 9‰ truyền tĩnh mạch 30 giọt/phút.

4. Ho ra máu nặng (nhưng khạc được, không tắc nghẽn đường thở)

- Chăm sóc chung như trên. Thở oxy 3 lít/phút.

- Thuốc:

Tranexamic acid 250mg, tiêm bắp hoặc tĩnh mạch 1 ống/lần, mỗi ngày 2-4 lần.

Dextromethorphan, uống 1-2 viên, ngày 3 lần.

Diazepam 5mg, tối uống 1 viên.

Có thể dùng thêm: sandostatin 0,05-0,1mg tiêm dưới da hoặc pha trong 250mL natriclorua 9‰ truyền tĩnh mạch 30 giọt/phút.

- Truyền dịch, điện giải, truyền máu bù khối lượng tuần hoàn.

5. Ho ra máu có tắc nghẽn

- Xử trí như ho ra máu nặng nhưng trước hết phải bảo đảm thông đường thở, đặt nội khí quản, mở khí quản, cho thở oxy, nếu cần chỉ định thông khí cơ học.

- Không dùng các thuốc chống ho, an thần khi đang có tình trạng tắc nghẽn.

6. Ho ra máu sét đánh

Thường do đứt, vỡ một mạch máu, phình mạch trong hang ở một vùng phổi bị tổn thương. Bệnh nhân ho ra máu rất nhiều. Can thiệp như ho ra máu có tắc nghẽn.

V. THEO DÕI

- Tình trạng tri giác.

- Dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.

- Còn tiếp tục ho ra máu hay không, ước lượng số lượng máu mất.

- Xét nghiệm lại công thức máu và các cận lâm sàng khác để chẩn đoán bệnh lý đi kèm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch (2018), *Phác đồ xử trí ho ra máu.*

SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

MÃ ICD 10: A91

I. ĐẠI CƯƠNG

Sốt xuất huyết Dengue là bệnh truyền nhiễm gây dịch do vi rút Dengue gây nên. Đặc điểm của sốt xuất huyết Dengue là sốt, xuất huyết và thoát huyết tương, có thể dẫn đến sốc giảm thể tích tuần hoàn, rối loạn đông máu, suy tạng, nếu không được chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời dễ dẫn đến tử vong.

II. CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN ĐỘ

1. Bệnh sốt xuất huyết Dengue được chia làm 3 mức độ

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

Phân độ	SXHD	SXHD có dấu hiệu cảnh báo	SXHD nặng
Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng	Sống/đi đến vùng có dịch. Sốt ≤ 7 ngày và có 2 trong các dấu hiệu sau: - 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.	Ít nhất 1 trong các dấu hiệu sau - 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 .	**Ít nhất 1 trong các dấu hiệu sau** **1. Thoát huyết tương nặng dẫn tới** - Sốc SXHD, sốc SXHD nặng. - Ứ dịch, biểu hiện suy hô hấp. **2. Xuất huyết nặng** **3. Suy các tạng** - Gan: AST hoặc ALT ≥ 1000U/L. - Thần kinh trung ương: rối loạn ý thức. - Tim và các cơ quan khác.

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).

3. Chẩn đoán phân biệt

Sốt phát ban do vi rút, tay chân miệng, sốt mò, sốt rét, sốc nhiễm khuẩn, các bệnh máu, bệnh lý ổ bụng cấp, ...

III. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị sốt xuất huyết Dengue

1.1. Điều trị triệu chứng

Sốt cao ≥ 38,5°C: paracetamol 10-15mg/kg cân nặng/lần, cách nhau mỗi 4-6 giờ. Không dùng aspirin (acetylsalicylic acid), analgin, ibuprofen; lau mát bằng nước ấm.

1.2. Bù dịch sớm bằng đường uống: oresol hoặc nước trái cây (nước dừa, cam, chanh, ...)

1.3. Theo dõi dấu hiệu cảnh báo

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

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

2.1.1. Điều trị triệu chứng: hạ sốt

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

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

2.1.4. 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, natriclorua 0,9%.

2.1.5. Phương thức truyền dịch

- Truyền ringer lactate, ringer acetate hoặc natriclorua 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 ≥ 0,5-1mL/kg/giờ, giảm tốc độ truyền ringer lactate, ringer acetate hoặc natriclorua 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 > 60mL/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 ≤ 60mL/kg: tăng tốc độ truyền ringer lactate, ringer acetate hoặc natriclorua 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 natriclorua 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 natriclorua 0,9% tốc độ 6-7mL/kg/giờ x 1-3 giờ → 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 natriclorua 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.

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

2.2.1. Điều trị triệu chứng: hạ sốt

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

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

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

2.2.5. Phương thức truyền dịch

Truyền ringer lactate, ringer acetate hoặc natriclorua 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 ≥ 0,5-1mL/kg/giờ, giảm tốc độ truyền ringer lactate, ringer acetate hoặc natriclorua 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.

- 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.

3. Điều trị sốt xuất huyết Dengue nặng

3.1. Điều trị sốt xuất huyết Dengue nặng trẻ em

3.1.1. Điều trị sốc sốt xuất huyết Dengue

3.1.1.1. 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.

3.1.1.2. Thở oxy qua gọng mũi 1-6 lít/phút.

Tất cả các người bệnh có sốc cần thở oxy gọng mũi.

3.1.1.3. Bù dịch nhanh

Trong 1 giờ đầu, phải thay thế nhanh chóng lượng huyết tương mất đi bằng ringer lactate hoặc natriclorua 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 natriclorua 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 natriclorua 0,9% 7,5mL/kg/giờ trong 1-2 giờ → 5mL/kg/giờ x 3-4 giờ → 3mL/kg/giờ x 4-6 giờ.

- Nếu bệnh nhân sau đó ra sốc (mạch bình thường, HA bình thường, nước tiểu ≥ 0,5mL/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 ≥ 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, thận 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 natriclorua 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: lặp 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)

- Xử trí luôn phải kết hợp giữa lâm sàng, hematocrit và CVP.

b.2) Nếu hematocrit ≤ 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 ≥ 0,5-1mL/kg/giờ, hematocrit bình thường và CVP 10-15cmH_2O, $ScvO_2$ ≥ 70%, lactate máu bình thường < 2mmol/L, khí máu pH và HCO^-_3 bình thường nếu có): chuyển sang điện giải ringer lactate hay natriclorua 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.

+ Nếu còn sốc, lặp 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: lặp 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.

3.1.2. 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 natriclorua 0,9% với tốc độ 20mL/kg cân nặng trong vòng 15 phút.

Lưu ý: Đối với trẻ dư cân hoặc béo phì, sử dụng cân nặng hiệu chỉnh để truyền dịch.

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 natriclorua 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)

○ Điều trị toan, xuất huyết, hạ đường huyết, hạ calci máu nếu có.

○ Xem xét đặt nội khí quản giúp thở.

○ Xét nghiệm Hct, đo áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP), đo HA động mạch xâm lấn và đánh giá chức năng tim nếu được.

Có 3 khả năng xảy ra:

+ CVP ≤ 15cmH_2O: 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 normal saline = 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 > 15cmH_2O, 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 > 15cmH_2O kèm sức co cơ tim giảm: truyền dopamin liều 5-10µg/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).

* Những lưu ý khi truyền dịch

- Ngừng truyền dịch tĩnh mạch khi huyết áp và mạch trở về bình thường, tiểu nhiều. Nói chung không cần thiết bù dịch sau khi hết sốc 24 giờ.

- Cần chú ý đến sự tái hấp thu huyết tương từ ngoài lòng mạch trở lại lòng mạch (biểu hiện bằng huyết áp, mạch bình thường và hematocrit giảm), cần theo dõi triệu chứng phù phổi cấp nếu còn tiếp tục truyền dịch. Khi có hiện tượng bù dịch quá tải gây suy tim hoặc phù phổi cấp cần phải dùng thuốc lợi tiểu như furosemide 0,5-1mg/kg cân nặng/lần (tĩnh mạch). Trong trường hợp sau khi sốc hồi phục mà huyết áp kẹt nhưng chi ấm mạch chậm, rõ, tiểu nhiều thì không truyền dịch, nhưng vẫn lưu kim tĩnh mạch, theo dõi tại phòng cấp cứu.

* 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.

- Đối với người bệnh đến trong tình trạng sốc, đã được chống sốc từ tuyến trước thì điều trị như một trường hợp không cải thiện (tái sốc), cần lưu ý đến số lượng dịch đã được truyền từ tuyến trước để tính toán lượng dịch sắp đưa vào.

- Nếu diễn biến không thuận lợi, nên tiến hành:

+ Đo CVP để bù dịch theo CVP hoặc dùng vận mạch nếu CVP cao.

+ Theo dõi sát mạch, huyết áp, nhịp thở, da, niêm mạc, tìm xuất huyết nội để chỉ định truyền máu kịp thời.

+ Thận trọng khi tiến hành thủ thuật tại các vị trí khó cầm máu như tĩnh mạch cổ, tĩnh mạch dưới đòn, động mạch bẹn, đùi.

- Nếu huyết áp kẹt, nhất là sau một thời gian đã trở lại bình thường cần phân biệt các nguyên nhân sau:

+ Hạ đường huyết.

+ Tái sốc do không bù đắp đủ lượng dịch tiếp tục thoát mạch.

+ Xuất huyết nội.

+ Quá tải do truyền dịch hoặc do tái hấp thu.

- Khi điều trị sốc, cần phải chú ý đến điều chỉnh rối loạn điện giải và thăng bằng kiềm toan: hạ natri máu thường xảy ra ở hầu hết các trường hợp sốc nặng kéo dài và đôi khi có toan chuyển hoá. Do đó cần phải xác định mức độ rối loạn điện giải và nếu có điều kiện thì đo các khí trong máu ở người bệnh sốc nặng và người bệnh sốc không đáp ứng nhanh chóng với điều trị.

3.1.3. Điều trị xuất huyết nặng

- Nhịn ăn uống.

- Tránh đặt sonde dạ dày ngoại trừ xuất huyết tiêu hóa ồ ạt thì nên đặt qua đường miệng.

- Vitamine K_1 tĩnh mạch liều 1mg/kg/ngày, tối đa 20mg/ngày.

- Omeprazole 1 mg/kg truyền tĩnh mạch hoặc các thuốc ức chế bơm proton khác (PPI): pantoprazol, esomeprazol nếu nghi viêm loét dạ dày.

- Truyền máu và chế phẩm máu *(cần hội chẩn chuyển tuyến trên điều trị).*

3.1.4. Điều trị toan chuyển hóa, hạ đường huyết, hạ calci huyết, hạ natri máu.

- Toan chuyển hóa (pH < 7,35 và/hoặc HCO_3^- < 17): natri bicarbonate 4,2% 2mL/kg tĩnh mạch chậm.

- Hạ đường huyết (đường huyết < 40mg/dl): dextrose 30% 1-2mL/kg tĩnh mạch chậm.

- Hạ calci huyết (calci ion hóa < 1mmol/L): calci clorua 10% 0,1-0,2mL/kg (tối đa 2-5mL/liều), pha loãng trong dextrose 5% 10-20mL tĩnh mạch chậm 5-10 phút.

- Hạ natri máu nặng kèm rối loạn tri giác (Natri máu < 125mEq/L): natriclorua 3% 4mL/kg truyền tĩnh mạch trong 30 phút, lặp lại khi cần.

3.1.5. Điều trị suy tạng nặng

a) Tổn thương gan, suy gan cấp

* Phân độ tổn thương gan cấp trong SXHD.

+ (1) Nhẹ: AST, ALT 120 - < 400U/L.

+ (2) Trung bình: AST, ALT 400 - < 1000U/L.

+ (3) Nặng hoặc suy gan cấp: AST, ALT ≥ 1000U/L, có hoặc không có bệnh lý não gan.

* Điều trị tổn thương gan cấp trung bình

- Tránh dùng các thuốc hại gan.

- Truyền dịch nếu có chỉ định.

+ Tránh dùng dung dịch ringer lactate, paracetamol trong trường hợp tổn thương gan mức độ trung bình, nặng.

+ Dung dịch được chọn: natriclorua 0,9% hoặc ringer acetate, dextrosaline. Hạn chế dùng dung dịch HES.

* Điều trị tổn thương gan nặng, suy gan cấp. Điều trị tương tự tổn thương gan trung bình kèm *(hội chẩn chuyển tuyến trên điều trị).*

b) Tổn thương thận cấp.

- Chẩn đoán tổn thương thận cấp:

+ Tiểu ít < 0,5mL/kg/giờ, và

+ Creatinine máu tăng ≥ 1,5-2 lần trị số bình thường hoặc độ thanh thải creatinine (eCrCl) giảm ≥ 50%.

- Điều trị: *(hội chẩn chuyển tuyến trên điều trị).*

c) Sốt xuất huyết Dengue thể não.

- Chẩn đoán: rối loạn tri giác, co giật hoặc có dấu thần kinh khu trú, loại trừ các nguyên nhân khác: hạ đường huyết, rối loạn điện giải, kiềm toan, giảm oxy máu nặng, xuất huyết não, màng não, viêm não, màng não do nguyên nhân khác.

- Điều trị:

+ Đầu cao 30°.

+ Thở oxy.

+ Chống co giật (nếu có): diazepam 0,2mg/kg tĩnh mạch chậm, có thể bơm qua đường hậu môn 0,5mg/kg khi không tiêm tĩnh mạch được. Nếu không hiệu quả lặp lại liều thứ 2 sau 10 phút, tối đa 3 liều. Nếu thất bại thêm phenobarbital 10-20mg/kg TTM trong 15-30 phút.

+ Điều trị hạ đường huyết (nếu có): dextrose 30% 1-2mL/kg (trẻ < 1 tuổi dextrose 10% 2mL/kg).

(Hội chẩn chuyển tuyến trên điều trị tiếp theo).

d) Viêm cơ tim, suy tim *(hội chẩn chuyển tuyến trên điều trị).*

- Đo CVP để đánh giá thể tích tuần hoàn.

- Xét nghiệm: X-quang ngực, đo điện tâm đồ, siêu âm tim, điện giải đồ.

- Điều trị: vận mạch noradrenalin, dobutamin, dopamine, adrenalin, milrinon.

3.1.6. Dư dịch

a) Chẩn đoán: khám lâm sàng tìm dấu hiệu

- Dư dịch ngoài lòng mạch: phù nhẹ mi mắt, mặt, chi, bụng báng, không phù phổi.

- Dư dịch trong và ngoài lòng mạch kèm quá tải dịch, hoặc phù phổi: phù nhẹ mi mắt, mặt, chi, bụng báng to, thở nhanh, tĩnh mạch cổ nổi, gan to, có thể kèm phù phổi: khó thở, ran rít, trào bọt hồng, phổi có ran ẩm, nổ, nhịp tim Gallop.

- X-quang phổi, đo và theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm.

b) Điều trị

* Dư dịch, không phù phổi, kèm sốc N_4-N_5.

- Hct cao: truyền cao phân tử hoặc albumine 5% 10mL/kg/1-2 giờ.

- Hct bình thường hoặc thấp: truyền máu, hồng cầu lắng 5ml/kg/1 giờ.

* Quá tải dịch, không phù phổi kèm huyết động học bình thường và Hct bình thường hoặc thấp ở ngày tái hấp thu (N_6-N_7).

- Thường do Hct bị pha loãng do tái hấp thu.

- Giảm tốc độ dịch truyền.

- Nằm đầu cao thở NCPAP hoặc thở máy không xâm lấn.

- Sử dụng vận mạch dopamine hoặc dobutamine.

- Xem xét furosemide vào N_7 của bệnh, liều thấp 0,5mg/kg tĩnh mạch chậm sau đó xem xét truyền furosemide liên tục.

- Theo dõi sát, xem xét ngưng dịch.

* Phù phổi

- Ngưng dịch.

- Nằm đầu cao thở NCPAP hoặc thở máy không xâm lấn hoặc xâm lấn.

- Dobutamine 5-10µg/kg/phút.

- Furosemide 0,5-1mg/kg tĩnh mạch chậm lặp lại sau 1 giờ khi cần và tình trạng huyết động cho phép.

Lưu ý:

Khi có tràn dịch màng bụng, màng phổi gây khó thở, SpO_2 giảm xuống dưới 92%, nên cho người bệnh thở NCPAP trước. Nếu không cải thiện mới xem xét chỉ định chọc hút để giảm bớt dịch màng bụng, màng phổi.

3.2. Điều trị sốt xuất huyết Dengue nặng người lớn

3.2.1. Điều trị sốc sốt xuất huyết Dengue, sốc sốt xuất huyết Dengue nặng

3.2.1.1. Thở oxy qua gọng mũi 1-6 lít/phút khi $SpO_2 < 95\%$.

3.2.1.2. Bù dịch nhanh theo phác đồ.

Trong 1 giờ đầu, phải thay thế nhanh chóng lượng huyết tương mất đi bằng ringer lactate hoặc natriclorua 0,9% 15mL/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 natriclorua 0,9% tốc độ 10mL/kg/giờ x 2 giờ. Nếu người bệnh cải thiện lâm sàng và hematocrit giảm, giảm tốc độ ringer lactate hoặc natriclorua 0,9% 6mL/kg/giờ trong 2 giờ, sau đó 3mL/kg/giờ trong 5-7 giờ, sau đó 1,5mL/kg/giờ trong 12 giờ. Ngưng dịch truyền nếu lâm sàng ổn định.

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

b.1) Nếu hematocrit giảm > 20% hematocrit lúc vào sốc, hoặc hematocrit < 35%: xử trí như xuất huyết nặng.

b.2) Nếu hematocrit tăng, không đổi, hoặc giảm < 20% hematocrit lúc vào sốc: chuyển sang truyền cao phân tử (CPT) 10-15mL/kg/giờ trong 1 giờ.

+ Nếu cải thiện lâm sàng: tiếp tục ringer lactate hoặc natriclorua 0,9% tốc độ 10mL/kg/giờ trong 2 giờ, sau đó 6mL/kg/giờ trong 2 giờ, sau đó 3mL/kg/giờ trong 5-7 giờ, sau đó 1,5mL/kg/giờ trong 12 giờ. Đánh giá lâm sàng, hematocrit sau mỗi lần chuyển tốc độ truyền. Xem xét ngưng dịch truyền sau 24-48 giờ nếu lâm sàng ổn định.

+ Nếu không cải thiện lâm sàng: đánh giá lại hematocrit như trên, chú ý liều CPT lặp lại lần 2 là 10mL/kg/giờ. Nếu vẫn không cải thiện lâm sàng: xử trí như sốc SXHD không đáp ứng dịch truyền.

Lưu ý:

- Tất cả sự thay đổi tốc độ truyền phải dựa vào mạch, huyết áp, lượng bài tiết nước tiểu, tình trạng tim phổi, hematocrit mỗi 1 hoặc 2 giờ một lần và CVP hoặc các chỉ số đánh giá huyết động học khác (nếu có).

- Hematocrit nền ở nam 15-40 tuổi là 43%, ở nữ 15-40 tuổi là 38%.

- Trong trường hợp tổn thương gan, chống chỉ định sử dụng lactat ringer chỉ có tính tương đối.

- Trường hợp tái sốc (tình trạng sốc trở lại sau khi huyết động ổn định hơn 6 giờ) cần được đánh giá hematocrit như trên để xử lý truyền dịch. Tuy nhiên thời gian truyền dịch có thể ngắn hơn tùy vào thời điểm tái sốc, lâm sàng và diễn tiến hematocrit.

3.2.2. Điều trị tái sốc

Sử dụng cao phân tử để chống sốc, liều từ 10-15mL/kg/giờ, sau đó: nếu huyết động cải thiện, chuyển sang ringer lactate hoặc natriclorua 0,9% tốc độ 10mL/kg/giờ x 1 giờ, sau đó giảm liều còn 6mL/kg/giờ, sau đó 3ml/kg/giờ, sau đó 1,5mL/kg/giờ. Lưu ý thời gian duy trì các liều trên có thể giảm tùy thuộc vào lâm sàng, diễn tiến Hct và giai đoạn sốc.

3.2.3. Điều trị xuất huyết nặng

- Các biểu hiện hoặc gợi ý xuất huyết nặng trên bệnh nhân SXHD:

+ Hiện diện chảy máu tiến triển, chảy máu nhiều kèm huyết động không ổn định.

+ Huyết động không ổn đi kèm hematocrit giảm nhanh (>20%) khi truyền dịch chống sốc.

+ Sốc không cải thiện sau khi truyền dịch nhanh 40-60mL/kg.

+ Hematocrit thấp khi vào sốc.

+ Toan chuyển hóa kéo dài hoặc tiến triển xấu mặc dù huyết áp tâm thu bình thường, đặc biệt khi có đau bụng, chướng bụng.

(Hội chẩn chuyển tuyến trên điều trị).

4.4.1. Điều trị suy tạng nặng

(Hội chẩn chuyển tuyến trên điều trị).

4. Các vấn đề khác

4.1. Chăm sóc và theo dõi người bệnh sốc

- Giữ ấm.

- Khi đang có sốc cần theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở từ 15-30 phút/lần (ở trẻ em); 30-60 phút/lần ở người lớn.

- Đo hematocrit sau 1 giờ bù dịch chống sốc và sau đó mỗi 1-2 giờ 1 lần, trong 6 giờ đầu của sốc. Sau đó 4 giờ 1 lần cho đến khi sốc ổn định.

- Ghi nhận lượng nước xuất và nhập trong 24 giờ.

- Đo lượng nước tiểu.

- Theo dõi tình trạng thoát dịch vào màng bụng, màng phổi, màng tim.

- Xét nghiệm lactate máu, đường huyết, điện giải đồ.

- Xét nghiệm khí máu động mạch khi có suy hô hấp, tái sốc, sốc kéo dài, tổn thương gan nặng/suy gan.

4.2. Tiêu chuẩn cho người bệnh xuất viện

- Hết sốt ít nhất 2 ngày.

- Tỉnh táo.

- Ăn uống được.

- Mạch, huyết áp bình thường.

- Không khó thở hoặc suy hô hấp do tràn dịch màng bụng hay màng phổi.

- Không xuất huyết tiến triển.

- AST, ALT <400 U/L.

- Hct trở về bình thường và số lượng tiểu cầu khuynh hướng hồi phục > 50.000/mm^3.

4.3. Tiêu chuẩn chuyển tuyến trên:

- Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo trên những cơ địa đặc biệt: nhũ nhi, béo phì, phụ nữ mang thai, có bệnh lý mạn tính của tim, phổi, gan, thận đi kèm.

- Sốt xuất huyết Dengue nặng: sốc sốt xuất huyết Dengue, sốc sốt xuất huyết Dengue nặng, sốt xuất huyết Dengue suy tạng nặng, sốt xuất huyết Dengue xuất huyết nặng.

Lưu ý: hội chẩn trước khi chuyển, tổ chức chuyển viện an toàn (ra sốc), mẫu giấy chuyển viện theo quy định cho bệnh sốt xuất huyết Dengue, thông báo cho tuyến trên trước khi chuyển.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức tích cực,* ban hành kèm theo Quyết định 1493/QĐ-BYT.

NGỘ ĐỘC CẤP

MÃ ICD 10: T65.9

I. ĐẠI CƯƠNG

Ngộ độc cấp là khi một lượng có thể rất nhỏ chất độc, hóa chất xâm nhập vào cơ thể gây ra những hội chứng lâm sàng và tổn thương cơ quan đe dọa tử vong.

Đối với ngộ độc thì thời gian là cơ bản. Việc nhanh chóng tìm cách đưa ngay chất độc ra khỏi cơ thể là rất cấp bách, song song với xử trí các triệu chứng, hồi sức bệnh nhân. Khi các chất độc đã xâm nhập vào máu thì khó có thể đưa chúng ra một cách dễ dàng vì một phần lớn đã bám vào các tổ chức và các cơ chất như albumin, protein, enzyme, ...

Điều trị cấp cứu ngộ độc cấp phải bao gồm hai nhóm công

việc: Nhóm 1: các biện pháp hồi sức và điều trị triệu chứng,

bao gồm:

- Cấp cứu ban đầu.
- Hỏi bệnh, khám, định hướng chẩn đoán.
- Các biện pháp điều trị hỗ trợ toàn diện.

Nhóm 2: các biện pháp chống độc đặc hiệu, bao gồm:

- Hạn chế hấp thu.
- Tăng đào thải độc chất.
- Thuốc giải độc đặc hiệu.

Làm gì trước? Khi bệnh nhân đã có triệu chứng, ưu tiên các biện pháp nhóm 1 và thuốc giải độc (nếu có); khi bệnh nhân đến sớm chưa có triệu chứng, ưu tiên các biện pháp nhóm 2.

II. NGUYÊN NHÂN

Ngộ độc cấp có thể xảy ra do nhiều nguyên nhân khác nhau. Tác nhân gây ngộ độc rất đa dạng: hóa chất, thuốc, nọc độc của động vật, độc tố có sẵn trong cây cỏ, môi trường, độc tố vi khuẩn. Chất độc vào cơ thể bằng đường tiêu hóa, da và niêm mạc hay hô hấp.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Hỏi bệnh

- Nguyên nhân ngộ độc: cần kiên trì hỏi người bệnh, người nhà nhiều lần để nắm được thông tin trung thực. Yêu cầu người nhà mang đến vật chứng gây ngộ độc (đồ ăn uống, vỏ lọ, bao bì thuốc, hóa chất, ...) sẽ rất hữu ích cho việc chẩn đoán độc chất.

- Một số yếu tố gợi ý ngộ độc: bệnh nhân đột ngột hôn mê, co giật, đau bụng, nôn và ỉa chảy cấp, suy hô hấp cấp, suy tuần hoàn, suy gan cấp, rối loạn thân nhiệt, tiểu ít, vô niệu, ... trên một bệnh nhân trước đó bình thường.

- Các dấu hiệu nghi ngờ thêm vào: bệnh nhân trẻ tuổi, có bằng chứng chuẩn bị ngộ độc cấp, có mâu thuẫn gia đình, chấn thương tình cảm, nghiện hút, rượu, sống một mình, có bệnh mạn tính hay bệnh tâm thần.

2. Khám lâm sàng

Khám toàn diện phát hiện các triệu chứng, tập hợp thành các hội chứng bệnh lý ngộ độc để giúp cho việc chẩn đoán nguyên nhân, xét nghiệm độc chất và các xét nghiệm khác giúp cho chẩn đoán độc chất, chẩn đoán mức độ, chẩn đoán biến chứng. Xác định các biện pháp xử trí và định hướng dùng thuốc giải độc.

Bảng tóm tắt một số hội chứng ngộ độc thường gặp

Nhóm chất độc	Huyết áp	Mạch	Tim	Thần kinh	Đồng tử	Tiêu hóa	Mồ hôi	Khác
Kích thích giao cảm (amphetamin, ecstasy,...)	↑	↑	↑	Kích thích, sảng	Dãn	↑ co bóp	↑	Đỏ da
Thuốc an thần/gây ngủ, rượu	↓	↓	↓	↓	Co	↓	↓	↓ phản xạ
Anticholinergic (Atropin)	±	↑	↑	Kích thích, sảng	Dãn	Liệt ruột	↓	Da khô, đỏ, cầu bàng quang (+)
Cholinergic (phospho hữu cơ, carbamate)	↓	↓	loạn nhịp	Máy cơ, liệt	Co nhỏ	↑ co bóp, nôn, ỉa chảy	↑	Tăng tiết các tuyến và co thắt các cơ, tăng tiết phế quản
Opioids	↓	↓	↓	Hôn mê	Co nhỏ	↓	↓	Có thể phù phổi

3. Xét nghiệm

3.1. Xét nghiệm cơ bản

- Công thức máu, điện giải, glucose, ure, creatinin, chức năng gan, khí máu động mạch.

- Điện tim: uống các chất gây loạn nhịp, bệnh nhân ngộ độc nặng.

- X-quang ngực: uống xăng, dầu hỏa, paraquat, hít phải khí clo, ...

- X-quang bụng: ngộ độc chất có tính cản quang đường tiêu hóa như ngộ độc một số kim loại nặng.

3.2. Xét nghiệm đặc hiệu để chẩn đoán

Định tính, định lượng độc chất trong dịch dạ dày, nước tiểu, máu.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Nhanh chóng xử trí cấp cứu ngay tại nơi xảy ra ngộ độc.

- Khẩn trương ngăn cản chất độc tiếp tục hấp thu vào máu và loại trừ chúng ra khỏi đường tiêu hóa, vết thương, da.

- Hạn chế tác dụng của chất độc lên tế bào, đồng thời thải loại chất độc, các sản phẩm chuyển hóa của chúng ra khỏi máu và các tổ chức.

- Duy trì chức năng của các hệ thống, cơ quan quan trọng, đảm bảo sự sống còn của cơ thể.

- Dự phòng các biến chứng sau ngộ độc.

- Xử trí ngộ độc cấp phải tiến hành theo các hướng: điều trị nguyên nhân, điều trị theo cơ chế bệnh sinh, điều trị triệu chứng.

2. Điều trị đặc hiệu

2.1. Hồi sức và ổn định bệnh nhân

Trong vài ba phút đầu tiên, xác định và thực hiện ngay các biện pháp để ổn định tình trạng hô hấp, tuần hoàn và thần kinh.

- Hô hấp:

+ Mục đích can thiệp nhằm khai thông đường thở, bảo đảm thông khí, bảo đảm tình trạng oxy hóa máu.

+ Các biện pháp can thiệp: ngữa cổ, thở oxy, hút đờm dãi, đặt canuyl mayo, đặt nội khí quản, mở khí quản, thổi ngạt, bóp bóng ambu, thở máy, dùng các thuốc dãn phế quản, ...

- Tuần hoàn: có hai tình trạng cần xử lý cấp: loạn nhịp và tụt huyết áp.

+ Loạn nhịp:

Nhịp chậm dưới 60 chu kỳ/phút: atropin 0,5mg tiêm tĩnh mạch, nhắc lại cho đến khi mạch > 60 chu kỳ/phút hoặc tổng liều bằng 2mg. Nếu mạch chậm không cải thiện, thường kèm theo tụt huyết áp: truyền adrenaline, điều chỉnh liều theo đáp ứng.

Nhịp nhanh: ghi điện tim và xử trí theo loại loạn nhịp: nhanh thất, rung thất, xoắn đỉnh: sốc điện khử rung; nhanh xoang, nhanh trên thất: tìm và điều trị các nguyên nhân (mất nước, thiếu oxy, kích thích), digoxin, ...

+ Trụy mạch - tụt huyết áp: do giảm thể tích, do sốc phản vệ, dãn mạch, do viêm cơ tim nhiễm độc, ...

Trước hết, xác định có giảm thể tích tuần hoàn hay không. Nếu có, truyền dịch, đặt catheter tĩnh mạch trung tâm để theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP) và điều chỉnh dịch truyền. Nếu giảm thể tích trong lòng mạch do thoát mạch mất huyết tương cần truyền dung dịch keo: huyết tương, dịch truyền thay thế huyết tương.

Khi đã loại trừ giảm thể tích và CVP ≥ 5cm nước mà vẫn tụt huyết áp thì cho thuốc vận mạch: dopamin 5-15µg/kg/phút; nếu tụt huyết áp do viêm cơ tim nhiễm độc: dobutamin bắt đầu 10µg/kg/phút, tăng liều nếu chưa đáp ứng, mỗi lần có thể tăng 5-10µg/kg/phút cho đến khi đạt kết quả hoặc đạt 40µg/kg/phút.

Nếu tụt huyết áp do dãn mạch, giảm trương lực thành mạch: dùng noradrenalin bắt đầu 0,05µg/kg/phút, điều chỉnh theo đáp ứng, phối hợp với các thuốc vận mạch khác: thường là dobutamin nếu có suy tim, nếu không có dobutamin có thể phối hợp với dopamin hoặc adrenalin.

- Thần kinh: co giật hay hôn mê là hai trạng thái cần được điều trị kịp thời.

+ Co giật: cắt cơn giật bằng các loại thuốc với liều hiệu quả (không phải liều tối đa trong các dược điển): seduxen ống 10mg tiêm tĩnh mạch (trẻ em tiêm 1/3 đến nửa ống) nhắc lại cho đến khi cắt được cơn giật. Sau đó truyền tĩnh mạch hoặc tiêm bắp duy trì khống chế cơn giật.

+ Hôn mê:

Glucose ưu trương 30% 50mL tiêm mạch, vitamin B_1 200mg tiêm bắp hoặc tiêm dưới da.

Naloxon 0,4mg tiêm tĩnh mạch chậm để loại trừ quá liều heroin.

Đảm bảo hô hấp, chống tụt lưỡi, hít phải dịch trào ngược, ...

2.2. Các biện pháp hạn chế hấp thu

- Chất độc qua dường hô hấp: đưa nạn nhân ra khỏi nơi nguy hiểm, vùng thoáng khí.

- Da, niêm mạc: cởi bỏ quần áo bẩn lẫn hóa chất độc, gội đầu, tắm rửa bằng nước ấm và xà phòng; nếu chất độc bắn vào mắt, rử mắt liên tục 15 phút bằng dòng nước muối 0,9% chảy liên tục trước khi khám chuyên khoa mắt.

- Chất độc qua đường tiêu hóa:

+ Gây nôn nếu mới uống, ăn phải chất độc và nạn nhân còn tỉnh táo, chưa có triệu chứng ngộ độc. Chống chỉ định gây nôn nếu nạn nhân lờ đờ, hôn mê hay co giật, ngộ độc acid hay kiềm mạnh.

+ Uống than hoạt: 1g/kg thể trọng hòa trong 100mL nước sạch. Sau 2 giờ có thể uống nhắc lại nếu thấy cần. Cho thêm sorbitol lượng gấp 2 lần than hoạt.

+ Rửa dạ dày: chỉ định hầu hết các ngộ độc đường tiêu hóa và bệnh nhân không gây nôn được; chống chỉ định: ngộ độc acid hay kiềm mạnh, sau uống các hóa chất như dầu hỏa, ét xăng, parafin (đặt sond nhỏ mềm và hút để phòng tránh biến chứng sặc vào phổi), bệnh nhân hôn mê, co giật (đặt nội khí quản, bơm bóng chèn và dùng thuốc chống co giật trước khi rửa).

+ Nhuận tràng: sorbitol 1-4g/kg uống ngay sau dùng than hoạt hoặc trộn vào than hoạt.

2.3. Các biện pháp tăng thải trừ độc chất

Bài niệu tích cực, uống than hoạt đa liều, lọc máu, thay huyết tương, thay máu.

2.4. Sử dụng thuốc giải độc

PAM và atropin trong ngộ độc phospho hữu cơ.

N-acetylcystein trong ngộ độc paracetamol.

Naloxon trong quá liều heroin.

3. Điều trị hỗ trợ

Các biện pháp điều trị triệu chứng, hồi sức toàn diện: gan, thận, huyết học, nước điện giải.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí ngộ độc,* ban hành kèm theo Quyết định 3610/QĐ-BYT.

NGỘ ĐỘC PHOSPHO HỮU CƠ

MÃ ICD 10: T57.1

I. ĐẠI CƯƠNG

- Phospho hữu cơ (PPHC) gồm có 3 nhóm chính:

+ Nhóm parathion - Methyl: Baladonmethyl.

+ Nhóm Melathion: Wofatox.

+ Diazinon: Basudin, Azinon.

- Thuốc ngấm dễ dàng qua đường tiêu hóa, hô hấp, da và niêm mạc.

- Độc tính từng loại khác nhau nhưng tác dụng độc đối với cơ thể giống nhau do có chất kháng men cholinesteraza.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Hỏi bệnh

- Tìm đường xâm nhập: uống? Da? Niêm mạc? Hô hấp?

- Uống thuốc gì? Thời gian uống? Số lượng? Ăn uống gì không? Có gây nôn?

- Hoàn cảnh dẫn đến phải uống thuốc?

- Tiền sử có bệnh lý gì không?

1.2. Khám lâm sàng

- Có tiếp xúc PPHC trước đó (PPHC có mùi khó chịu được đánh giá qua hơi thở, chất nôn, quần áo).

- Có các dấu hiệu và triệu chứng của ngộ độc PPHC: Hội chứng Muscarin, Nicotin, thần kinh trung ương.

1.2.1. Khám đánh giá hội chứng Muscarin

- Tăng tiết mồ hôi, tăng tiết dịch ở các hốc tự nhiên.

- Đồng tử co nhỏ như đầu đinh ghim.

- Rối loạn tri giác.

- Co thắt khí phế quản, phổi nhiều ran ứ đọng.

- Tăng nhu động ruột: đau bụng, ói mửa, tiêu chảy…

- Giảm huyết áp, nhịp tim chậm, rối loạn dẫn truyền tim.

1.2.2. Khám đánh giá hội chứng Nicotin

- Rung giật các tấm cơ vân: cơ mặt, cơ ngực, cơ đùi, cơ cánh tay, …

- Loạn nhịp tim, rung thất.

1.2.3. Khám đánh giá hội chứng thần kinh trung ương

- Co giật, nói khó, thất điều, nhược cơ, mất các phản xạ, rối loạn ý thức, hôn mê.

- Suy hô hấp có thể ngưng thở, trụy tim mạch.

1.2.4. Hội chứng trung gian

- Xảy ra trong 24-96 giờ sau nhiễm độc.
- Liệt các cơ gốc chi, cơ gốc cổ, cơ hô hấp.
- Không đáp ứng với PAM và atropin, cần thông khí cơ học.

1.2.5. Hội chứng thần kinh ngoại vi muộn

- Xảy ra 1-3 tuần sau tiếp xúc PPHC.
- Yếu cơ, liệt cơ, chuột rút.
- Rối loạn cảm giác kiểu tê bì, kiến bò.
- Có thể liệt toàn thân và các cơ hô hấp.
- Teo cơ nhiều, phục hồi chậm và không hoàn toàn.

1.3. Cận lâm sàng

- Định lượng men Cholinesteraza giảm: xác định chẩn đoán và đánh giá mức độ nặng.
- Paranitrophenol trong nước tiểu: xác định chẩn đoán (nếu có điều kiện xét nghiệm).

2. Chẩn đoán mức độ

- Nhẹ: HC Muscarin + men cholinesteraza huyết tương giảm còn >20% đến 50% giá trị bình thường.
- Trung bình: HC Muscarin + HC Nicotin + men cholinesteraza HT giảm còn 10%-20% giá trị bình thường.
- Nặng: HC Muscarin + HC Nicotin + HC Thần kinh trung ương + men cholinesteraza HT giảm còn <10% giá trị bình thường.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Loại chất độc ra khỏi cơ thể

- Rửa dạ dày: rửa thật sạch đến khi nước trong không còn mùi phospho hữu cơ, lượng nước rửa có khi lên đến 20-30 lít.
- Rửa da, tắm gội đầu, thay quần áo nếu qua da.

*** Chú ý:**

- Tránh đẩy chất độc xuống ruột, viêm phổi hít, rối loạn nước, điện giải và nhiễm lạnh.
- Mỗi lần 200-300mL nước ấm, rửa đến nước trong, nếu > 5L phải dùng dung dịch natriclorua 0,9%.
- Bệnh nhân hôn mê phải đặt NKQ, co giật cần dùng thuốc chống co giật trước khi rửa.
- Than hoạt:

+ 1g/kg pha với nước (tỉ lệ 1:5) bơm vào dạ dày sau khi rửa.

+ Nếu ngộ độc số lượng lớn dùng đa liều cho mỗi 2-3 giờ, kết hợp nhuận trường: sorbitol 1g/kg (AntipoisBM 1tube/mỗi 3 giờ).

2. Sử dụng thuốc

2.1. Dùng thuốc đối kháng

- Atropin liều cao:

+ Tác dụng tốt với hội chứng Muscarin và TKTƯ.

+ Không có kết quả với hội chứng Nicotin.

+ Dùng ngay sau khi chẩn đoán xác định.

+ Bắt đầu tiêm TM 2-4mg nếu ngộ độc nhẹ - trung bình.

Liều 5-10mg nếu ngộ độc nặng TM mỗi 5-15 phút cho đến khi hết tình trạng tăng tiết dịch và hết co thắt phế quản, da ấm - khô - đỏ, đồng tử dãn (có dấu ngấm atropine) thì chuyển sang tiêm duy trì để giữ tình trạng luôn ngấm atropine trong 12-24 giờ kế tiếp.

- Atropin liều tiêm duy trì:

+ Ngưng tiêm khi bệnh nhân đã có ngấm atropine, theo dõi xem thời gian bao lâu thì xuất hiện tình trạng co thắt đồng tử và tăng tiết phế quản, da lạnh ẩm, thời gian này trừ đi 5-10 phút chính là khoảng thời gian duy trì liều ngấm atropine.

+ Bước tiếp theo: tiêm atropine lại như lúc đầu để đưa bệnh nhân trở lại tình trạng ngấm atropine thì dừng lại, Tiêm duy trì trong 12-24h, sau đó ta giảm nửa liều dần, hoặc giữ nguyên liều kèm tăng thời gian tiêm lặp lại gấp đôi.

Ví dụ: Tiêm 5mg mỗi 5 phút, sau nhiều lần tiêm bệnh nhân ngấm atropine thì tạm dừng, theo dõi sát, ví dụ sau 30 phút bệnh nhân hết ngấm, ta bolus atropine trở lại liều đầu 5mg mỗi 5 phút cho đến ngấm atropine trở lại rồi chuyển sang tiêm liều duy trì TM 5mg mỗi 20 phút trong 12-24 giờ, rồi 5mg mỗi 40 phút, rồi mỗi 80 phút (hoặc giữ nguyên liều kèm tăng thời gian tiêm lặp lại - gấp đôi là 2,5mg mỗi 20 phút).

+ Giảm liều dần theo nguyên tắc dùng liều thấp nhất để không có tình trạng co thắt và tăng tiết phế quản. Giảm liều ngay khi có thể.

+ Không để xảy ra ngộ độc (kích động mạnh, mạch >120 lần/phút, da ửng đỏ…) hay thiếu atropine (da lạnh ẩm, tăng tiết nước bọt, dịch phế quản, dịch dạ dày - ruột, co thắt phế quản).

- Thời gian sử dụng atropin

+ Từ 3 - 7 - 10 ngày tùy mức độ nặng và đáp ứng.

+ Ngưng atropine khi sử dụng liều 2mg/ngày.

2.2. Thuốc giải độc PAM (pralidoxim)

- Cải thiện tốt hội chứng Nicotin và Muscarin, cũng cải thiện hội chứng TKTƯ.

- Có theo dõi trong vòng 10-40 phút sau tiêm.

- PAM có thể làm ức chế men ChE, làm lâm sàng xấu hơn trong trường hợp ngộ độc rất nặng.

- Dùng càng sớm càng tốt (theo dõi tốt trong vòng 48 giờ) nhưng phải kết hợp atropin, không dùng đơn độc.

- Liều dùng, thời gian sử dụng căn cứ vào: lâm sàng, liều atropin, nồng độ men ChE:

+ 30mg/kg được truyền TM 30 phút (truyền nhanh có thể gây ngừng tim).

+ Sau đó duy trì ít nhất 8mg/kg/giờ.

+ Điều chỉnh liều: theo liều atropin hoặc kết quả định lượng men Che:

Atropin >5mg/giờ và/ hoặc men ChE <10% giá trị BT tối thiểu: truyền TM 0,5-1g/giờ.

Atropin 2-5mg/giờ và /hoặc men ChE 10-20% giá trị BT tối thiểu: truyền TM 0,25-0,5g/giờ.

Atropin 0,5-2mg/giờ và/hoặc men ChE 20-50% giá trị BT tối thiểu: truyền TM 0,5g/4 giờ.

Ngưng PAM khi atropin <4mg/24 giờ và men ChE >50% giá trị BT tối thiểu.

3. Điều trị hỗ trợ

- Đảm bảo hô hấp:

+ Thở 3-5 lít/phút.

+ Đặt NKQ nếu có suy hô hấp. Thở máy.

+ Tích cực hút đàm tránh xẹp phổi.

+ Dùng PEEP nếu có ARDS.

- Đảm bảo tình trạng huyết động:

+ Bù đủ dịch theo áp lực TMTT và lượng nước tiểu hàng ngày.

+ Dùng thuốc vận mạch nếu vẫn còn hạ HA.

- Cân bằng điện giải - kiềm toan: chú ý tình trạng hạ kali máu, hạ natri máu.

- An thần: sử dụng benzodiazepine khi co giật, kích thích, vật vã, thở chống máy, …

- Dinh dưỡng:

+ Tuyệt đối không dùng mỡ, sữa trong 7-10 ngày để tránh tăng hấp thụ phospho hữu cơ tan trong mỡ.

+ Nuôi dưỡng đường TM hoàn toàn trong vài ngày đầu, đảm bảo 40Kcal/kg/24 giờ.

+ Nuôi ăn qua sonde dạ dày sau 48-72 giờ khi hôn mê.

+ Khi bệnh nhân tỉnh cho uống nước đường, cháo đường, khi đánh giá đủ điều kiện cho ăn cháo thịt nạc thường sau 10 ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí ngộ độc,* ban hành kèm theo Quyết định 3610/QĐ-BYT.

NGỘ ĐỘC CARBAMATE

MÃ ICD 10: T60.0

I. ĐẠI CƯƠNG

Carbamate là hóa chất trừ sâu, có nguồn từ acid carbamic giống như phospho hữu cơ. Cả hai đều ức chế enzyme cholinesteraza (ChE), nhưng carbamat ức chế không bền vững và tự hồi phục nên không cần dùng thuốc giải độc đặc hiệu (PAM).

II. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng lâm sàng

- Các triệu chứng nhiễm độc được chia làm 3 hội chứng:

+ Hội chứng Muscarin: vã mồ hôi, tăng tiết nước bọt, co thắt phế quản, đau bụng, nôn, tiêu chảy, đồng tử co và nhịp tim chậm, …

+ Hội chứng Nicotin (ngộ độc nặng): co giật cơ (máy cơ), nhịp tim nhanh.

+ Hội chứng thần kinh trung ương (ngộ độc nặng): đau đầu, mệt mỏi, chóng mặt cảm giác lo lắng, co giật, hôn mê, phù phổi cấp…

2. Triệu chứng cận lâm sàng

- Cận lâm sàng cơ bản: công thức máu, ure, creatinine, men gan, đường, điện giải đồ, điện tâm đồ, X-quang tim phổi.

- Định lượng enzyme-Cholinesteraza huyết tương giảm thoáng qua và phục hồi sau vài giờ.

- Xét nghiệm độc chất (nếu có điều kiện thực hiện): xác định carbamat trong nước tiểu, dịch dạ dày bằng phương pháp sắc ký lớp mỏng.

3. Chẩn đoán xác định

- Hỏi bệnh, hỏi bệnh nhân và người nhà bệnh nhân về: tên hóa chất, màu sắc, số lượng, dạng hóa chất (bột, lỏng) và tang vật mang đến (vỏ bao bì, lọ hóa chất).

- Lâm sàng: dựa vào 3 hội chứng: Muscarin, Nicotin, hội chứng thần kinh trung ương.

- Xét nghiệm: enzyme ChE, độc chất.

4. Chẩn đoán phân biệt

Cần chẩn đoán phân biệt với ngộ độc phospho hữu cơ vì ngộ độc phospho hữu cơ cần dùng pralidoxime (PAM) sớm còn ngộ độc Carbamat không cần dùng PAM. Chẩn đoán phân biệt dựa chủ yếu vào xét nghiệm như enzyme ChE giảm và độc chất, ngoài ra còn dựa vào tang vật bệnh nhân uống mà gia đình mang tới.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Loại bỏ chất độc

- Phải đảm bảo an toàn đường thở trước khi rửa dạ dày.

- Rửa dạ dày: đặt bệnh nhân nằm nghiêng trái, đặt ống thông dạ dày, hút sạch dịch dạ dày, bơm vào 20g than hoạt sau đó tiến hành rửa dạ dày, thường dùng 5-10 lít nước

pha với than hoạt và muối ăn 0,5%. Rửa dạ dày phải thực hiện sớm, tốt nhất là trước 6 giờ, tốt nhất rửa bằng nước ấm, mỗi lần đưa vào 200mL.

- Than hoạt 1g/kg, chia đều 6 lần cách nhau mỗi 2 giờ.

- Thuốc tẩy: thường dùng sorbitol 1-2g/kg, dùng cùng với các liều than hoạt đến khi BN đi ngoài ra than hoạt.

- Cởi bỏ quần áo, rửa sạch da, gội đầu nếu có carbamat dây ra quần áo và tóc.

2. Atropin

- Atropin có tác dụng trên hội chứng Muscarin.

- Liều: 1-3mg TTM/5-10 phút một lần.

- Theo dõi dấu hiệu thấm atropine để điều chỉnh liều (da ấm, mạch nhanh, phổi hết ral, đồng tử dãn). Điều chỉnh liều atropin tránh để tình trạng ngộ độc atropine (da nóng đỏ, vật vã, mạch rất nhanh > 120 lần/phút, cầu bàng quang). Liều atropine thông thường 10-20mg, triệu chứng ngộ độc thường hết nhanh sau 2-3 ngày.

- Cắt cơn co giật: diazepam 10mg tiêm tĩnh mạch, nhắc lại cho đến khi hết cơn co giật. Nếu còn co giật duy trì bằng tiêm bắp.

3. Các biện pháp hồi sức

3.1. Đảm bảo hô hấp

- Thở oxy.

- Nếu có suy hô hấp: bóp bóng oxy, đặt NKQ, thở máy.

3.2. Đảm bảo tuần hoàn

- Đảm bảo huyết áp bằng truyền dịch, đặt catherter tĩnh mạch trung tâm để theo dõi CVP, nếu CVP thấp truyền dịch cao phân tử.

- Nếu CVP cao, hạn chế truyền dịch, cho lợi tiểu tránh phù phổi cấp.

- Dùng thuốc vận mạch nếu HATT < 90mmHg, không dùng adrenalin vì có thể làm rối loạn nhịp.

3.3. Cân bằng nước điện giải toan kiềm

3.4. Đảm bảo dinh dưỡng

- Dinh dưỡng đảm bảo 50Kcal/kg/24 giờ (chế độ ăn không có mỡ, sữa vì carbamat tan nhiều trong mỡ, sữa).

- Chăm sóc chống loét, chống nhiễm trùng, ủ ấm.

IV. THEO DÕI

Lâm sàng, xét nghiệm và đánh giá hiệu quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí ngộ độc,* ban hành kèm theo Quyết định 3610/QĐ-BYT.

NGỘ ĐỘC PARAQUAT

MÃ ICD 10: *Ngộ độc thuốc trừ sâu:* ***T60;*** *Ngộ độc các chất chưa xác định:* ***T65.9****;…*

I. ĐẠI CƯƠNG

Chất paraquat có trong nhiều sản phẩm thương mại ở dạng dịch màu xanh lam đựng trong lọ nhựa khác nhau như: Gramoxone 20SL, Agamaxone 276 SL, Alfaxone 20 SL, BM – Agropac 25 SL, Camry 25SL, Cỏ cháy 20SL, Danaxone 20SL, Forxone 20SL, …

Liều độc của Paraquat:

- Uống 2-4g hay 10-20mL dung dịch 20% (1 ngụm) dẫn đến tử vong ở người lớn. Tuy nhiên chỉ cần uống 1-2g (5-10mL dung dịch 20%) thì hầu hết cũng sẽ tử vong.

- Liều 4-5mL sẽ tử vong ở trẻ em.

II. LÂM SÀNG VÀ XÉT NGHIỆM

1. Lâm sàng

Uống liều nhỏ (< 4mL P 20%) có thể chỉ biểu hiện tại chỗ: cảm giác bỏng, loét môi, lưỡi, miệng, họng, thực quản, có thể thủng thực quản.

Uống liều trung bình và lớn (> 4mL P 20%) sẽ có thêm biểu hiện toàn thân.

- Uống 4-30mL:

+ Tiết niệu: hoại tử ống thận cấp, suy thận (có thể phục hồi) xảy ra trong vòng 2-6 ngày sau uống. Toan chuyển hóa có thể do suy tim (do viêm cơ tim, xuất huyết màng ngoài tim), suy tuyến thượng thận (do hoại tử), giảm huyết, thiếu oxy, suy thận.

+ Phù phổi có thể xảy ra sớm 24-48 giờ sau uống, tiến triển giống như ARDS, sau đó là xơ phổi (bắt đầu vài ngày sau uống). Tử vong do xơ phổi thường trong vòng 1-2 tuần, muộn hơn tới 6 tuần.

+ Có thể thủng thực quản, dạ dày hoặc tá tràng.

- Uống > 30mL: suy đa cơ quan: suy tim, phù phổi, suy gan, suy thận (có thể vài giờ sau uống), tổn thương hệ TKTƯ. Chết trong vòng vài giờ đến vài ngày.

2. Xét nghiệm

- Xét nghiệm định lượng cả trong máu và nước tiểu (chưa thực hiện).

- Test định tính paraquat dương tính trong máu, nước tiểu (chưa thực hiện).

III. XỬ TRÍ

1. Rửa dạ dày

Chỉ thực hiện trong 1 giờ đầu sau ngộ độc.

Phải rất thận trọng vì có thể bệnh nhân đã có loét vùng hầu họng, thực quản.

Dùng ống sonde mũi dạ dày, mỗi lần cho vào 200mL nước (tốt nhất là có pha với đất sét Fuller) rồi lấy ra 200mL, cứ như vậy tới khi tổng số 3-5 lít.

2. Uống than hoạt hay Fuller’ earth (đất sét)

- Than hoạt: 1g/kg/lần, dùng 3 lần, 2h/lần, có thể thêm liều sorbitol tương đương.

- Fuller' earth: 1-2 g/kg/lần, pha nước, uống nhiều lần, tới đại tiện ra thuốc, thường chỉ đủ thời gian dùng 1 lần.

- Dùng kết hợp magnesulfate 15% hoặt sorbitol 70% 2mL/kg (1-1,5mL/kg)

3. Rửa sạch tay, da, mắt, tắm, gội với nước ấm và xà phòng nếu hóa chất dính trên tóc, da, quần, áo

4. Lọc máu hấp thụ

- Thực hiện càng sớm càng tốt sau khi uống (tốt nhất trong vòng 6-12 giờ sau uống).

- LMHP mỗi ngày 1 lần trong 4-6 giờ, làm hàng ngày cho đến khi không phát hiện paraquat trong máu và nước tiểu (có khi tới 3 tuần).

5. Ngăn ngừa tổn thương cơ quan

- Ức chế miễn dịch: phác đồ dùng cyclophophamide kết hợp corticoid.

- Các thuốc khác

+ N-Acetylcystein 140mg/kg uống liều đầu, liều 2 sau 4 giờ: 70mg/kg, tiếp tục như vậy 17 liều, nếu BN có viêm gan thì dùng liên tục tới khi cải thiện thì ngừng. Chú ý kiểm soát nôn khi dùng thuốc này.

6. Điều trị triệu chứng

- Chỉ cho thở oxy khi có tím môi, đầu chi, SpO_2 <88% (khởi đầu 1 lít/phút, tăng mỗi 0,5 lít/phút, chỉ cần đạt SpO_2 88-92%).

- Đặt NKQ thở máy khi có suy hô hấp nặng, nguy kịch.

- Dùng vận mạch khi có tụt huyết áp, nếu đánh giá có suy tim thì kết hợp thêm dobutamin.

- Giảm đau, an thần cho bệnh nhân.

7. Các biện pháp điều trị hỗ trợ

- Chăm sóc loét miệng họng. Sử dụng kháng sinh.

- Băng niêm mạc tiêu hóa: phosphalugel…

- Giảm tiết dịch vị: omeprazole, pantoprazole.

- Giảm đau tốt: thường dùng chế phẩm loại Opiate.

- Dinh dưỡng đường tĩnh mạch: bệnh nhân thường ăn kém hoặc không ăn được.

+ Giải thích cho gia đình bệnh nhân: cần giải thích để hợp tác khi có cơ hội điều trị và hiểu được tiên lượng của ngộ độc.

Không đủ điều kiện điều trị, cần chuyển tuyến trên trong 6 giờ đầu sau khi uống để có điều kiện lọc máu hấp phụ càng sớm càng tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí ngộ độc,* ban hành kèm theo Quyết định 3610/QĐ-BYT.

NGỘ ĐỘC METHANOL

MÃ ICD 10: T51.1

I. ĐẠI CƯƠNG

Methanol là một loại cồn công nghiệp, bản thân methanol chỉ gây ngộ độc nhẹ nhưng những chất chuyển hóa của nó lại có độc tính rất cao. Chúng có thể gây toan chuyển hóa, mù mắt, thậm chí tử vong. Liều tử vong do ngộ độc methanol khoảng 1-2mg/kg. Tuy nhiên, đã có những trường hợp mù vĩnh viễn hay tử vong với liều chỉ khoảng 1mg/kg.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Tiêu chuẩn chẩn đoán

1.1. Triệu chứng lâm sàng

Có uống rượu hay tiếp xúc các loại dung môi công nghiệp có chứa methanol.

Thời gian xuất hiện các triệu chứng nhiễm độc methanol rất thay đổi tùy thuộc vào số lượng methanol có trong dung dịch đã uống. Biểu hiện lâm sàng thường trải qua hai giai đoạn gồm:

- Giai đoạn tiềm ẩn (18-24 giờ): bệnh nhân có thể không có triệu chứng gì.

- Giai đoạn ngộ độc:

+ Thị giác: giảm thị giác, sung huyết đĩa thị, phù gai thị, giật nhãn cầu theo chiều thẳng đứng và xoay.

+ Hô hấp: ngưng thở gặp ở giai đoạn sớm, liên quan đến mathanol chưa chuyển hóa. Thở nhanh sau đó là để bù trừ cho tình trạng toan chuyển hóa.

+ Tiêu hóa: đau bụng dữ dội, chán ăn, buồn nôn và nôn ói.

+ Thần kinh: biểu hiện đa dạng từ cảm giác đau đầu nhiều, lơ lửng, hưng cảm, bồn chồn cho đến lẫn lộn, ngủ lịm, co giật, hôn mê. Ngoài ra, còn có thể gặp triệu chứng cổ cứng và dấu màng não, có thể liên quan đến nhồi máu não, xuất huyết não hay tụt não.

+ Tim mạch: nhịp tim chậm, suy tim và tụt huyết áp khi ngộ độc nặng.

+ Tiết niệu: suy thận cấp với thiểu niệu hay vô niệu, nước tiểu đỏ hay sẫm màu do tiêu cơ vân.

1.2. Cận lâm sàng

- Khí máu động mạch: xác định bệnh nhân có toan máu.

- Ion đồ: giúp tính được khoảng trống anion.

- Áp lực thẩm thấu máu (ALTT): để tính được hiệu số giữa ALTT máu đo được và ALTT máu tính toán. Trong ngộ độc methanol, hiệu số ALTT này giảm xuống.

- Ceton máu và niệu: giúp loại trừ các chẩn đoán khác.

- Nồng độ ethanol máu và methanol máu.

- Các xét nghiệm cơ bản khác: công thức máu, chức năng gan, thận, X-quang phổi, CT scan sọ não, ... giúp chẩn đoán phân biệt và theo dõi tình trạng biến chuyển của bệnh.

2. Chẩn đoán xác định

Có tiền căn tiếp xúc với methanol, triệu chứng lâm sàng phù hợp, có bằng chứng nhiễm toan chuyển hóa và xét nghiệm methanol máu dương tính.

3. Chẩn đoán phân biệt

Cần chẩn đoán phân biệt với bệnh lý: đái tháo đường, nhiễm ceton, viêm tụy, sỏi thận, viêm màng não, xuất huyết dưới nhện, bong võng mạc và các ngộ độc khác.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Tăng đào thải, ngăn chặn sự hấp thu và chuyển hóa methanol thành các sản phẩm gây độc của nó.

- Chống toan máu.

- Phát hiện và điều trị sớm, thích hợp các biến chứng của bệnh.

2. Điều trị giải độc

2.1. Chỉ định

- Bệnh sử có uống rượu hay các dung dịch có chứa methanol và có khoảng trống ALTT thẩm thấu máu > 10mOsm/kg khi chưa có kết quả xét nghiệm nồng độ methanol máu.

- Nồng độ methanol máu > 20mg/dL.

- Bệnh sử nghi ngờ ngộ độc methanol và có ít nhất 2 trong các tiêu chuẩn sau: (1) pH máu < 7,3 và HCO^{3-} < 20mmHg; (2) có khoảng trống ALTT máu > 10mOsm/kg.

- Nhiễm toan chuyển hóa không giải thích được nguyên nhân và có khoảng trống ALTT máu > 10mOsm/kg.

2.2. Thuốc điều trị giải độc

- Fomepizole (4-methylpyrazole) là chất ức chế cạnh tranh với alcohol dehydrogenase. Liều khởi đầu là 15mg/kg truyền tĩnh mạch (TTM) trong vòng 30 phút, sau đó 10mg/kg TTM mỗi 12 giờ x 4 liều, tiếp theo là tăng liều lên 15mg/kg TTM mỗi 12 giờ cho đến khi nồng độ methanol < 20mg/dL.

- Ethanol là chất ức chế cạnh tranh với alcohol dehydrogenase. Mục tiêu đạt nồng độ ethanol máu khoảng 100-150mg/dL. Có thể dùng rượu ethanol đường uống hoặc TTM. Nếu bệnh nhân đã uống than hoạt thì không nên dùng ethanol đường uống.

+ Liều dùng đường tĩnh mạch: ethanol 10% pha trong glucose 5% TTM với liều 1,39mL/kg/giờ. Ở bệnh nhân nghiện rượu mạn tính TTM 1,95mL/kg/giờ. Nếu đang lọc thận nhân tạo, liều dùng là 3,2-4,4mL/kg/giờ.

+ Liều dùng đường uống: uống 800mg/kg (4mL/kg) ethanol 20%. Ở bệnh nhân nghiện rượu mạn tính, có thể phải dùng liều cao hơn 50%. Sau đó uống liều duy trì: (1)

người không nghiện rượu uống 80-130mg/kg/giờ (0,4-0,7mL/kg/giờ), ở người nghiện rượu uống 150mg/kg/giờ (0,8mL/kg/giờ). Nếu đang lọc thận nhân tạo thì uống duy trì trong và sau lọc liều 250-350mg/kg/giờ (1,3-1,8mL/kg/giờ).

+ Ngừng thuốc giải độc khi lâm sàng cải thiện, tình trạng toan máu cải thiện, khoảng trống ALTT về bình thường hay nồng độ methanol máu < 10mg/dL.

+ Phải theo sát đường huyết (đặc biệt ở trẻ em) để tránh tình trạng hạ đường huyết do rượu.

3. Điều trị hỗ trợ

3.1. Tăng thải trừ chất độc

Đặt ống thông dạ dày để hút dịch nếu bệnh nhân đến trong vòng 1 giờ sau uống hay trong trường hợp bệnh nhân đến trễ hơn nhưng uống với số lượng nhiều.

Tăng cường truyền dịch nhằm đảm bảo tăng lượng nước tiểu, nếu thiểu niệu có thể dùng thuốc lợi tiểu đường tiêm mạch.

3.2. Bicarbonate

Lượng bicarbonate sử dụng tùy thuộc vào lượng methanol đã chuyển hóa thành acid formic. Liều ban đầu khoảng 1-2mEq/kg. Mục tiêu của việc dùng bicarbonate là điều chỉnh pH máu > 7,25 để duy trì acid formic ở dạng không phân cực, do đó làm hạn chế sự xâm nhập của nó vào hệ thần kinh trung ương.

3.3. Diazepam và phenytoin

Dùng để điều trị co giật. Đối với diazepam, liều ban đầu ở người lớn là 5-10mg TM trong 2-3 phút, có thể lập lại mỗi 10-15 phút nếu cần thiết, với tổng liều 30mg. Phenytoin có thể dùng với liều là 15-20mg/kg TM với tốc độ không quá 50 mg/phút. Bệnh nhân phải được theo dõi tình trạng tụt huyết áp và nhịp tim chậm.

3.4. Lọc thận nhân tạo

Chỉ định lọc thận nhân tạo khi: (1) uống trên 30mL methanol hay nồng độ methanol máu ≥ 20mg/dL. (2) Có biến chứng rối loạn thị giác. (3) Toan máu nặng không đáp ứng với điều trị nội khoa. (4) Suy thận cấp không cải thiện với điều trị nội khoa. (5) Ngộ độc methanol ở người nghiện rượu bất kể nồng độ methanol máu.

Lọc màng bụng có thể được áp dụng ở cơ sở y tế không có máy lọc thận nhân tạo.

3.5. Acid folic

Leucovorin (acid folinic) và acid folic cần thiết cho sự chuyển hóa acid formic thành CO_2 và nước. Liều dùng khởi đầu của leucovorin là 1mg/kg, tối đa là 50mg, tiếp theo là acid folic 1mg/kg, tối đa 50mg.

Leucovorin là dạng hoạt động của acid folic. Ở bệnh nhân không có triệu chứng, có thể chỉ dùng một mình acid folic, do cơ thể có thời gian để chuyển hóa qua dạng hoạt động.

IV. CÁC VẤN ĐỀ KHÁC

1. Theo dõi

- Lâm sàng: theo dõi tri giác, mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, nhịp tim, SpO_2, nước tiểu.

- Cận lâm sàng: ECG, khí máu động mạch, đường huyết, chức năng gan, thận, ion đồ, công thức máu cơ bản và các cận lâm sàng khác để chẩn đoán bệnh đi kèm.

2. Chỉ định chuyển tuyến trên

Sau cấp cứu ban đầu, cần hội chẩn đánh giá tiên lượng, xem xét chỉ định chuyển tuyến trên điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí ngộ độc,* ban hành kèm theo Quyết định 3610/QĐ-BYT.

NGỘ ĐỘC RƯỢU ETHANOL CẤP

MÃ ICD 10: T51.0

I. ĐẠI CƯƠNG

Ngộ độc rượu cấp có thể gây hôn mê, suy hô hấp và tử vong. Các trường hợp nặng thường do uống nhiều hoặc có các vấn đề phối hợp như chấn thương, hạ đường huyết, … Cần phân biệt ngộ độc ethanol với các loại rượu khác, đặt biệt là methanol và ethylenglycol.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Lâm sàng

Ngộ độc rượu cấp gây ra nhiều rối loạn tâm thần và thực thể. Liều gây độc thay đổi tùy thuộc cơ địa, thường rất cao ở người nghiện rượu. Trên lâm sàng, thường có các triệu chứng qua các giai đoạn và tổn thương nhiều cơ quan khác nhau:

- Giai đoạn kích thích: sảng khoái, hưng phấn thần kinh (vui vẻ, nói nhiều), giảm khả năng tự kiềm chế (mất điều hòa, kích thích, hung hãn), rối loạn vận động phối hợp (đi đứng loạng choạng).

- Giai đoạn ức chế: tri giác giảm dần, giảm khả năng tập trung, lú lẫn, giảm trương lực cơ, giảm phản xạ gân xương, giãn mạch ngoại vi.

- Giai đoạn hôn mê: hôn mê, thở yếu hoặc ngừng thở dẫn đến suy hô hấp, viêm phổi sặc, giãn mạch, tụt huyết áp, rối loạn nhịp tim, trụy mạch, hạ đường huyết, hạ thân nhiệt, co giật, tiêu cơ vân, rối loạn điện giải, toan chuyển hóa.

1.2. Cận lâm sàng

- Định lượng nồng độ ethanol máu.

- Đo áp lực thẩm thấu máu.

- Tính khoảng trống áp lực thẩm thấu. Khoảng trống áp lực thẩm thấu > 10mOsm/kg là do rượu gây nên nhưng không cho biết cụ thể là rượu nào.

- Xét nghiệm cơ bản để đánh giá chức năng cơ quan và tiên lượng ngộ độc: khí máu, công thức máu, đường, ure, creatinine, SGOT, SGPT, GGT, CPK, điện giải, điện tim, tổng phân tích nước tiểu.

- Các cận lâm sàng khác để tìm tổn thương phối hợp hoặc biến chứng: X-quang tim phổi, siêu âm bụng, nội soi tiêu hóa, …

2. Chẩn đoán phân biệt

- Ngộ độc methanol.

- Hôn mê do đái tháo đường.

- Hôn mê do ngộ độc thuốc an thần, gây ngủ.

- Hôn mê do các nguyên nhân khác: xuất huyết nội sọ, nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương, …

III. ĐIỀU TRỊ

Nguyên t c: ổn định bệnh nhân, điều trị triệu chứng và biến chứng.

1. Điều trị ngộ độc mức độ nhẹ

- Nghỉ ngơi yên tĩnh.
- Truyền dịch, truyền glucose và vitamin nhóm B.

2. Điều trị ngộ độc mức độ nặng

- Bảo đảm thông đường thở: nằm nghiêng, hút đờm, thở oxy, đặt nội khí quản, thở máy.
- Bảo đảm tuần hoàn: truyền dịch, vận mạch nếu cần.
- Dinh dưỡng: truyền glucose 10-20% nếu hạ đường huyết, có thể bolus ngay 100mL glucose 30% nếu hạ đường huyết ban đầu.
- Vitamin B_1 tiêm bắp 100-300mg trước khi truyền glucose.
- Nôn nhiều: tiêm omeprazole giảm tiết dịch vị, thuốc băng niêm mạc dạ dày, thuốc chống nôn nếu cần.
- Ủ ấm tránh hạ thân nhiệt.
- Lưu ý phát hiện và xử trí các biến chứng khác.

3. Các biện pháp khác

- Đặt sonde dạ dày, hút dịch nếu bệnh nhân đến sớm trong vòng 1 giờ và nôn ít. Bệnh nhân đến muộn nhưng uống số lượng lớn vẫn có thể xem xét hút dịch.
- Lọc thận nhân tạo nếu suy thận, tiêu cơ vân, toan chuyển hóa, rối loạn điện giải nặng (hội chẩn cân nhắc chuyển tuyến trên điều trị).

IV. THEO DÕI

- Lâm sàng: theo dõi tri giác, mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, nhịp tim, SpO_2, nước tiểu.
- Cận lâm sàng: ECG, khí máu động mạch, đường huyết, chức năng gan, thận, ion đồ, công thức máu cơ bản và các cận lâm sàng khác để chẩn đoán bệnh đi kèm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí ngộ độc,* ban hành kèm theo Quyết định 3610/QĐ-BYT.

NGỘ ĐỘC CÁC CHẤT ĂN MÕN (ACID, BASE)

.

MÃ ICD 10: T54

I. ĐẠI CƯƠNG

Các chất gây bỏng acid bao gồm: acid phosphoric, acid sulfuric, aid oxalic, acid hydrochloric, acid formic và acid nitric. Acid được dùng trong một loạt các sản phẩm gia đình: chất tẩy rửa bồn cầu, chất cạo cặn, chất làm sạch kim loại, hợp chất chống rỉ, dung dịch bình ắc qui, chất vệ sinh bể bơi. Ngoài ra còn các acid đậm đặc, các sản phẩm có tính kiềm mạnh trong công nghiệp.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Bệnh sử

Có uống các chất có tính ăn mòn nêu trên với ý định tự tử hoặc uống nhầm.

2. Triệu chứng

- Ngộ độc acid có thể biểu hiện bằng tình trạng đau bụng xuất hiện ngay tức khắc, vị trí tổn thương chính ở vùng môn vị. Bỏng và viêm vùng hầu họng. Đau sau xương ức hoặc đau bụng, nôn ra máu, khó nuốt.

- Ngộ độc base có thể biểu hiện bằng tình trạng đau xảy ra muộn, vị trí tổn thương chính là ở thực quản.

- Nếu nặng có biến chứng thủng thực quản, thủng dạ dày.

- Gây hẹp thực quản, hẹp môn vị sau 2 tuần.

- Tình trạng tắc nghẽn đường thở.

- Loại trừ tình trạng thủng ống tiêu hóa bằng siêu âm, chụp X-quang phổi và ổ bụng tư thế đứng không chuẩn bị.

III. ĐIỀU TRỊ

Xử trí: ngộ độc acid và base được điều trị giống nhau

- Cố gắng xúc rửa khoang miệng. Xem xét việc hòa loãng chất ăn mòn bằng nước. Không cố thử: rửa dạ dày, gây nôn, dùng than hoạt hoặc trung hòa.

- Bồi phụ dịch điện giải nếu giảm thể tích tuần hoàn.

- Băng dạ dày: Varogel, Phosphalugel…

- Kháng sinh phòng bội nhiễm:

+ Amoxicillin, acid clavulanic 1,2g x 4 TM/24 giờ hoặc Cephalosporin III.

+ Gentamycin 80mg 2 ống TB/24 giờ.

- Soi thực quản dạ dày- tá tràng hoặc phẫu thuật có thể được chỉ định trong vòng 48 giờ nếu có tổn thương trầm trọng.

- Sau 1 tuần phải xét vấn đề nong thực quản sớm.

IV. CÁC VẤN ĐỀ KHÁC

1. Theo dõi

- Lâm sàng: dấu hiệu sinh tồn, tình trạng nôn ói, đi tiêu, tình trạng bụng, dấu hiệu khó thở.

- Cận lâm sàng: công thức máu cơ bản, siêu âm bụng, các xét nghiệm đánh giá chức năng cơ quan và các cận lâm sàng khác để chẩn đoán bệnh đi kèm.

2. Chỉ định chuyển tuyến trên

Sau cấp cứu ban đầu, cần hội chẩn đánh giá tiên lượng, xem xét chỉ định chuyển tuyến trên điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí ngộ độc,* ban hành kèm theo Quyết định 3610/QĐ-BYT.

NGỘ ĐỘC KHÍ CO (CARBON MONOXIDE)

MÃ ICD 10: T59

I. ĐẠI CƯƠNG

Khí CO kết hợp với Hemoglobin sẽ làm biến đổi cấu trúc Hemoglobin, khiến cho hồng cầu không thể vận chuyển khí oxy cho tế bào. Điều này khiến cho cơ thể bị thiếu hụt nguồn khí oxy cần thiết, nhanh chóng rơi vào trạng thái hôn mê, bất tỉnh và có thể dẫn tới tử vong.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Bệnh sử

Hít phải nguồn khí CO. Phổ biến là đốt than, củi, chạy động cơ trong phòng kín hoặc do hỏa hoạn.

1.2. Lâm sàng

- Khởi đầu: triệu chứng thường không đặc hiệu: đau đầu, mệt mỏi, chóng mặt, buồn nôn, nhìn mờ, rối loạn hành vi.

- Thần kinh:

+ Nặng có thể có hôn mê, co giật, tăng trương lực cơ, thời gian và mức độ hôn mê rất thay đổi, xuất huyết võng mạc, dấu hiệu ngoại tháp.

+ Một số bệnh nhân hôn mê có thể hồi phục nhanh chóng, số khác cải thiện thoáng qua và không hoàn toàn, nặng lên ở tuần thứ hai và để lại di chứng thần kinh - tâm thần.

+ Di chứng: mất vỏ, vận động bất thường, tăng trương lực, Parkinson, giảm trí nhớ, giảm tập trung.

- Tim mạch: loạn nhịp (chiếm 5-6%), có thể tụt huyết áp, phù phổi cấp hỗn hợp. Người bị bệnh mạch vành trước đó có thể đau ngực, nhồi máu cơ tim. Điện tim: thiếu máu cơ tim, thay đổi T, ST, loạn nhịp tim.

- Tổn thương cơ: CK tăng, thoát dịch khoảng kẽ, giảm thể tích lòng mạch, nước tiểu sẫm màu, đỏ và ít dần.

- Mức độ nặng trên lâm sàng:

+ Nhẹ: đau đầu, buồn nôn, chóng mặt, nôn.

+ Vừa: đau ngực, khó tập trung, nhìn mờ, khó thở khi gắng sức nhẹ, mạch nhanh, thở nhanh, hoại tử cơ, thất điều.

+ Nặng: đau ngực, hồi hộp, mất định hướng, co giật, hôn mê, rối loạn nhịp tim, tụt huyết áp, thiếu máu cơ tim, phỏng da.

1.3. Xét nghiệm

- Đo HbCO bằng phương pháp mạch nảy (CO-oximeter). HbCO > 15% là chẩn đoán ngộ độc.

- Định lượng HbCO bằng quang phổ kế: tỉ lệ HbCO >15% (lấy máu động mạch hoặc tĩnh mạch). Tuy nhiên, HbCO giảm nhanh sau khi bệnh nhân được đưa ra khỏi nơi nhiễm độc và được thở oxy liều cao, cần lấy máu càng sớm càng tốt sau khi bệnh nhân đến viện.

2. Chẩn đoán biến chứng

- Suy hô hấp: xét nghiệm khí máu.
- Tổn thương não do thiếu oxy, nhồi máu não, hôn mê kéo dài, thoái hóa myelin (chụp CT scan sọ não).
- Nhồi máu cơ tim: điện tim, xét nghiệm men tim.
- Toan chuyển hóa, tiêu cơ vân, suy thận.

3. Các xét nghiệm, thăm dò giúp chẩn đoán, đánh giá, điều trị và theo dõi

- Công thức máu.
- Ure, creatinine đường máu, điện giải đồ, CK, CKMB, Troponin I, khí máu động mạch, lactate máu.
- Điện tim, X-quang phổi, điện não.
- Chụp cắt lớp sọ não đánh giá phù não, nhồi máu não.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Cấp cứu tại nơi xảy ra tai nạn

- Nhanh chóng mở rộng cửa, làm thoáng khí, đưa bệnh nhân ra khỏi nơi nhiễm độc (lưu ý đảm bảo an toàn cho người cấp cứu).
- Nếu bệnh nhân thở yếu, ngừng thở: hô hấp nhân tạo bằng phương tiện trang bị cấp cứu ngoại viện (đặt nội khí quản, bóp bóng Ambu), cung cấp oxy 100% càng sớm càng tốt nếu có điều kiện.

2. Biện pháp hồi sức

- Khai thông đường thở, hỗ trợ hô hấp khi cần: NKQ, thở máy.
- Điều trị chống co giật, hôn mê.
- Tụt huyết áp: đặt catheter, truyền dịch, thuốc vận mạch.
- Điều trị toan chuyển hóa, tiêu cơ vân, suy thận.
- Điều trị khác.

3. Điều trị đặc hiệu

- Liệu pháp oxy: cung cấp oxy liều cao càng sớm càng tốt: thở oxy 100% qua mặt nạ không hít lại.
- Thở máy không xâm nhập CPAP (có thể kết hợp với PS) và FiO_2 100% hoặc BIPAP với FiO_2 100%: nếu ngộ độc vừa hoặc nặng và bệnh nhân còn tỉnh, hợp tác tốt với máy thở, không ứ đọng đờm dãi đường hô hấp trên, ho khạc tốt.

- Đặt nội khí quản thở máy phương thức hỗ trợ/kiểm soát kết hợp PEEP FiO_2 100%: cho bệnh nhân ngộ độc vừa hoặc nặng có hôn mê, co giật, có suy hô hấp, cần đặt nội khí quản (nên chỉ định sớm hơn với các bệnh lý khác).

- Cung cấp oxy 100% đến khi HbCO < 5%, với bệnh nhân có thai thì duy trì tiếp 2 giờ sau khi HbCO trở về 0. Nếu không biết nồng độ HbCO thì cung cấp oxy 100% ít nhất trong vòng vài giờ, kéo dài hơn với phụ nữ có thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí ngộ độc,* ban hành kèm theo Quyết định 3610/QĐ-BYT.

NGỘ ĐỘC OPIOID

MÃ ICD 10: T40.0

I. ĐẠI CƯƠNG

Opiate là dẫn xuất của thuốc phiện (opium) có chứa một hay nhiều alkaloid có nguồn gốc thiên nhiên (morphine, codeine). Chúng cùng có đặc tính chung là gắn kết với thụ thể opioid trong cơ thể.

Opioid là các loại chế phẩm bao gồm có các opiate tự nhiên; opiate bán tổng hợp: heroin (diamorphine), oxycodone, ...; các thuốc tổng hợp (không chứa bất kỳ alkaloid có nguồn gốc thiên nhiên) bao gồm: methadone, pethidine (Demerol), fentanyl, tramadol, …

II. TRIỆU CHỨNG

1. Lâm sàng

Tam chứng cổ điển: ức chế hệ TKTƯ, ức chế hô hấp và co đồng tử.

Các dấu hiệu khác bao gồm: giảm phản xạ gân xương, hạ thân nhiệt, hạ huyết áp, nhịp tim chậm, giảm nhu động ruột, xanh tía.

- Thần kinh: thay đổi từ an thần nhẹ, lơ mơ đến hôn mê. Bệnh nhân hôn mê sâu có nguy cơ viêm phổi hít. Co giật có thể xảy ra.

- Hô hấp:

+ Giảm thông khí, tần số hô hấp giảm, tím tái.

+ Phù phổi không do tim: khoảng cách giữa dùng thuốc và khởi phát phù phổi cấp luôn luôn dưới 2 giờ khi quá liều heroin và dưới 6 đến 12 giờ nếu kết hợp với methadone. Naloxone không làm hết phù phổi và nhiều bệnh nhân có thể cần thông khí cơ học.

Heroine, methadone, morphine và propoxyphene liên quan với phù phổi không phải do tim.

- Đồng tử: co đồng tử luôn luôn xuất hiện trong vòng 5 phút sau tiêm và kéo dài ít nhất 6 giờ.

- Tim mạch:

+ Opioid gây nhịp tim chậm và tụt huyết áp do làm tăng hoạt động của hệ thần kinh phó giao cảm, giảm hoạt động của hệ giao cảm và phóng thích histamine.

+ Nhịp chậm do thuốc và tăng hoạt động tự động có thể gây rối loạn nhịp, rung thất dẫn đến tử vong.

- Tiêu hóa: có thể gây táo bón do giảm vận động và tăng trương lực cơ vòng trực tràng.

- Cơ xương: hủy cơ vân cấp và suy thận có thể xuất hiện khi dung heroin, methadone hoặc propoxyphen.

2. Cận lâm sàng

2.1. Xét nghiệm chẩn đoán

- Test nhanh tìm heroin nước tiểu.

- Nếu kết quả xét nghiệm tìm opioid âm tính cũng chưa loại được ngộ độc thuốc phiện vì thời gian bán hủy của mỗi loại opioid rất khác nhau. Ngoài ra còn có những yếu tố liên quan như: thời gian lấy mẫu xét nghiệm, loại xét nghiệm sử dụng tìm độc chất, …

2.2. Xét nghiệm khác

- Công thức máu: bạch cầu máu thường tăng cao do phản ứng.

- BUN, creatinin, ion đồ, AST, ALT, điện tâm đồ để đánh giá những biến chứng có thể có ở bệnh nhân hôn mê, suy hô hấp do opioid.

- ECG: methadone có thể gây QTc kéo dài, propoxyphene có thể làm phức bộ QRS dãn rộng (do ức chế kênh natri).

- Khí máu động mạch để theo dõi tình trạng suy hô hấp.

- X-quang tim phổi: thường có hình ảnh tổn thương nhu mô phổi ở cả hai phế trường mặc dù trên lâm sàng không có triệu chứng rõ ràng của bệnh lý viêm phổi; có thể có hình ảnh phù phổi cấp.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

- Bệnh sử gợi ý sử dụng ma túy

- Lâm sàng gồm 3 đặc điểm chính: ức chế TKTƯ, đồng tử co nhỏ, ức chế hô hấp.

- Xét nghiệm dịch dạ dày, máu, nước tiểu tìm thấy opioid.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Ngộ độc các thuốc khác: thuốc ngủ, chống trầm cảm, chống co giật, kháng histamine, chống loạn thần, …

- Ngộ độc rượu.

- Hôn mê do các nguyên nhân khác: rối loạn chuyển hóa (hôn mê do hạ đường huyết), nhiễm trùng hệ TKTƯ, đột quỵ não, khối choán chỗ não, …

IV. XỬ TRÍ

1. Đảm bảo hô hấp, dùng thuốc giải độc

- Nằm nghiêng an toàn nếu không có suy hô hấp.

- Nếu ngưng thở hoặc thở chậm: đặt NKQ, bóp bóng Ambu 14-16 lần/phút.

- Nếu ngưng tim, ngưng thở: cấp cứu theo thứ tự C-A-B

- Tiêm naloxon 0,4mg (TB hay TM). Nhắc lại sau mỗi 3-5 phút cho đến khi bệnh nhân tỉnh lại, thở được, không tím, đồng tử 3-4mm (một lần có thể tiêm đến 2mg, tổng liều có thể lên tới 10mg).

2. Đào thải chất độc

- Tránh rửa dạ dày. Rửa ruột toàn bộ có thể dùng khi bệnh nhân uống nhiều gói opioid. Có thể phẫu thuật lấy các gói opioid nếu nó gây tắc ruột.

- Than hoạt đơn liều 1g/kg + sorbitol 1g/kg uống nếu bệnh nhân sử dụng opioid đường uống và vào viện trong vòng 1 giờ sau uống và còn tỉnh táo.

- Trong phần lớn các trường hợp, tốt nhất nên trì hoãn dùng than hoạt cho đến khi đảo ngược được triệu chứng bằng naloxone.

3. Dùng thuốc giải độc đặc hiệu: naloxone

- Có thể dùng nhiều đường (TM, TB, TDD). Trong trường hợp không thiết lập được đường truyền TM có thể dùng đường TB, tiêm dưới lưỡi hay bơm qua nội khí quản.

- Thuốc có tác dụng nhanh sau 2-3 phút, thời gian tác dụng rất ngắn 60-90 phút, nó ngắn hơn tác dụng của tất cả opioid (trừ fentanyl). Vì vậy cần tiêm nhắc lại hay truyền liên tục naloxone ở một bệnh nhân ngộ độc opioid nặng.

- Liều naloxone:

+ Liều thường có hiệu quả trong điều trị cấp cứu là 1 đến 5 ống (0,4-2mg) TM.

+ Đánh giá điểm Glasgow hoặc thang điểm hôn mê khác, đánh giá nhịp thở để xác định mức độ đáp ứng.

- Nếu không đáp ứng, dùng thêm một liều 2mg TM (dùng cách 2-3 phút cho tới tổng liều 10mg). Nếu có đáp ứng một phần, tiêm TM cách 15 phút cho tới khi bệnh nhân tỉnh, thở được hoặc không có cải thiện thêm.

- Nếu có đáp ứng, bắt đầu truyền TM naloxone duy trì tác dụng.

+ Nếu sau 4-5 liều đầu không hiệu quả (tối đa 10mg): cần tìm thêm bệnh nhân có uống rượu, thuốc ngủ, chấn thương đầu.

Ngộ độc nặng đe dọa tính mạng: bệnh nhân thở yếu, ngáp cá hoặc ngừng thở (nhịp thở < 10 lần/phút):

- Đặt ống NKQ, thở máy (mode V-A/C hay P-A/C).

- Naloxone (cả người lớn và trẻ em): có thể bắt đầu bằng 0,4mg (sau đó tùy đáp ứng mà giữ nguyên liều hoặc tăng dần liều mỗi lần đến 2mg) hoặc bắt đầu ngay 2mg, tiêm TM nhanh, nhắc lại mỗi 3 phút đến khi cải thiện tình trạng ức chế hô hấp (liều tối đa để đáp ứng có thể đến 10mg).

Đối với các trẻ em dưới 5 tuổi hay có thể trọng ít hơn 20kg, liều lượng nên cho là 0,1mg/kg/lần.

Bệnh nhân chỉ có ức chế TKTƯ, không có suy hô hấp (thở > 15 lần/phút):

- Thở oxy ẩm 4 lít/phút qua canula mũi.

- Naloxone 0,4mg tiêm TM, theo dõi và có thể tiêm nhắc lại sau 20-60 phút.

- Theo dõi mỗi 20 phút, đánh giá đáp ứng naloxone bằng nhịp thở. Nếu không đáp ứng có thể tăng liều lên đến 2mg/lần tiêm TM.

- Đối với bệnh nhân nghiện opioid mà không bị ức chế hô hấp, những liều nhỏ naloxone (như 0,05mg TM) có thể được sử dụng để ngăn ngừa hội chứng cai nghiện opioid.

Pha truyền liên tục naloxone:

- Cho bất kỳ loại opioid nào, đặc biệt loại tác dụng kéo dài như methadone (30-36 giờ). Truyền liên tục dựa vào ý thức, nhịp thở bệnh nhân đáp ứng sau liều đầu. Truyền liên tục sẽ dự phòng suy hô hấp lại vì naloxone có thời gian bán hủy ngắn hơn opioid.

- Truyền 0,4-0,8mg/giờ ở người lớn 0,01mg/kg/giờ ở trẻ em, đánh giá sau mỗi giờ ở người lớn và mỗi 5 phút ở trẻ em. Truyền liên tục có thể tăng lên nếu ý thức còn giảm.

- Tốc độ truyền nên giảm 50% mỗi giờ trong 6-10 giờ kế tiếp (thời gian kéo dài hoạt động của hầu hết các opioid).

- Khi giảm liều, nếu bệnh nhân có biểu hiện tái ngộ độc, nên tiêm nhắc lại ½ liều đầu, sau đó duy trì truyền TM liên tục.

- Điều chỉnh liều naloxone truyền, mỗi lần tăng hoặc giảm ½ liều.

- Theo dõi đáp ứng naloxone bằng nhịp thở, tình trạng ý thức.

Hội chứng cai thuốc:

- Xảy ra khoảng 6-12 giờ sau liều heroin cuối cùng.

- Ngáp, chảy nước mắt, nước mũi, tăng thân nhiệt, dãn đồng tử, ói, tiêu chảy, đau chi, yếu cơ, run…

- Xử trí: diazepam, aminazin, kết hợp truyền dịch (glucose) trong 5-6 ngày, triệu chứng sẽ từ từ giảm.

4. Điều trị hỗ trợ

- Đảm bảo huyết động: bù đủ dịch theo áp lực tĩnh mạch trung tâm và lượng nước tiểu hàng ngày. Dùng thuốc vận mạch nếu vẫn còn hạ huyết áp.

- Cân bằng nội môi: nước, điện giải, kiềm toan.

- An thần: sử dụng benzodiazepine khi: co giật, kích thích vật vã, thở chống máy…

- Dinh dưỡng: nuôi ăn qua sonde dạ dày nếu bệnh nhân thở máy, cho ăn đường miệng nếu bệnh nhân tỉnh táo, ăn uống được.

- Vệ sinh, xoay trở, chống loét.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí ngộ độc,* ban hành kèm theo Quyết định 3610/QĐ-BYT.

NGỘ ĐỘC PARACETAMOL

MÃ ICD 10: T39.8, T39.9

I. ĐẠI CƯƠNG

Liều paracetamol gây ngộ độc cấp ở trẻ em là 200mg/kg, người lớn là 6-7g. Đối tượng dễ ngộ độc: nghiện rượu, ăn chay, suy dinh dưỡng, dùng carbamazepine, isoniazid. Trẻ em dưới 10-12 tuổi ít khả năng ngộ độc gan do sự phân bố của P450 ít hơn.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các giai đoạn ngộ độc

- Giai đoạn 1 (0,5 đến 24 giờ): buồn nôn, nôn ói, toát mồ hôi, xanh xao, khó chịu trong người. Một số bệnh nhân không có triệu chứng. Xét nghiệm cận lâm sàng bình thường.

- Giai đoạn 2 (24 đến 72 giờ): các triệu chứng lâm sàng giai đoạn 1 cải thiện nhưng men gan bắt đầu tăng. Bệnh nhân đau ở ¼ trên bên phải, gan lớn và đau, tăng prothombin time (PT), tăng bilirubin, thiểu niệu.

- Giai đoạn 3 (72 đến 96 giờ): bất thường chức năng gan đạt mức độ đỉnh vào 72 đến 96 giờ sau uống. Vàng da, lú lẫn (bệnh não gan), tăng men gan, tăng ammoniac máu, xuất huyết nội. 25% bệnh nhân có suy thận cấp do hoại tử ống thận (tăng BUN, creatinin, tiểu đạm, tiểu máu). Bệnh nhân thường tử vong ở giai đoạn này do suy đa cơ quan.

- Giai đoạn 4 (4 ngày đến 2 tuần): bệnh nhân sống sót qua giai đoạn 3 sẽ hồi phục từ ngày thứ 4 và bình phục hoàn toàn vào ngày thứ 7, không để lại di chứng. Các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng còn bất thường trong vài tuần.

2. Cận lâm sàng

- Định lượng paracetamol trong máu (nếu có điều kiện).
- PT, INR (aPTT), AST, ALT, bilirubin.
- Ion đồ, BUN, creatinin, đường huyết, khí máu động mạch.
- Tổng phân tích nước tiểu.
- Siêu âm bụng (gan, mật).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Loại bỏ độc chất

- Rửa dạ dày: tốt nhất nên rửa dạ dày trong vòng 1-2 giờ sau uống.

- Than hoạt: dùng than hoạt đơn liều (1g/kg). Nên sử dụng than hoạt cách khoảng với N- acetylcystein (NAC) 1-2 giờ.

2. Sử dụng antidote

N-acetylcystein (NAC) + Methionine

- Thời gian sử dụng NAC: sử dụng trong vòng 8 giờ hiệu quả gần như tối đa. Hiệu quả giảm nếu sử dụng trễ hơn. Vẫn sử dụng nếu bệnh nhân đến trễ (> 24 giờ).

- Liều N-acetylcystein:

+ Dạng uống: liều nạp: 140mg/kg, duy trì: 70mg/kg/4 giờ x 17 liều. Tác dụng phụ: buồn nôn, nôn, tiêu chảy. Nên uống với nước, dung dịch glucose 5% hoặc nước trái cây và làm lạnh để dễ uống.

+ Dạng truyền: liều nạp 150mg/kg pha trong 200mL glucose 5% TTM trong 60 phút. Duy trì: 50mg/kg pha trong 500mL glucose 5% TTM trong 4 giờ. Liều cuối cùng 100mg/kg pha trong 1 lít glucose 5% TTM trong 16 giờ. Tác dụng phụ: đỏ da, co thắt phế quản, tụt HA.

Chú ý: kiểm tra lại INR (aPTT), creatinin, KMĐM sau khi kết thúc dùng NAC. INR và/hoặc creatinin tăng → sử dụng lại NAC 150mg/kg/24 giờ.

3. Điều trị hỗ trợ

- Thuốc chống nôn nếu bệnh nhân có nôn ói.
- Thuốc chống trầm cảm: nếu bệnh nhân tự tử.
- Điều trị suy gan, suy thận nếu có.
- Lọc máu có thể loại bỏ acetaminophen nhưng ít dùng vì có NAC. Trường hợp ngộ độc nặng có gây biến chứng hôn mê và tụt HA thì được chỉ định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí ngộ độc,* ban hành kèm theo Quyết định 3610/QĐ-BYT.

NGỘ ĐỘC CẤP BARBITURIC (PHENOBARBITAL)

MÃ ICD 10: T42.3

I. ĐẠI CƯƠNG

Ở liều cao, barbituric ức chế thần kinh trung ương, tác dụng ức chế hệ thống lưới ARAS và vùng não trung gian làm cho bệnh nhân hôn mê; ức chế các trung tâm vận mạch, hô hấp, làm mất phản xạ ho. Các tác dụng này có tính chất tạm thời và mất đi không để lại di chứng sau khi thuốc đã được thải trừ hết.

Ngộ độc trên 2g có thể gây hôn mê sâu và tử vong, trên 6g sẽ gây tử vong nhanh chóng nếu không kịp thời cứu chữa.

II. TRIỆU CHỨNG

1. Triệu chứng lâm sàng ngộ độc nặng

- Hôn mê sâu: hôn mê không có liệt chi, mất hết phản xạ gân xương, kể cả phản xạ giác mạc.

- Rối loạn hô hấp: rất thường có, là nguyên nhân chủ yếu gây tử vong do giảm thông khí phế nang toàn bộ, tắc đường hô hấp do tụt lưỡi, đờm dãi, mất phản xạ ho, hít phải dịch vị (hội chứng Mendelson).

- Rối loạn huyết động.

- Bội nhiễm: bệnh nhân dễ bị nhiễm khuẩn bệnh viện như viêm phổi thở máy, nhiễm khuẩn tiết niệu, có thể nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn.

2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm độc chất.

+ Mẫu bệnh phẩm: máu, nước tiểu, dịch dạ dày.

+ Xét nghiệm định tính barbiturate, hoặc xét nghiệm định lượng (nếu được).

- Xét nghiệm khác: X-quang tim phổi, ECG, khí máu động mạch, chức năng gan, thận, đường huyết, ion đồ, lactat máu.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

- Bệnh sử: bệnh nhân uống thuốc có chế phẩm barbituric.

- Dựa vào bằng chứng vỏ thuốc còn lại sau uống.

- Dựa vào xét nghiệm độc chất có barbituric.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Hôn mê do những nguyên nhân khác: bệnh lý thần kinh trung ương (đột quỵ não, viêm não, …), hạ đường huyết, hôn mê tăng áp lực thẩm thấu, hôn mê do nhiễm toan ceton.

- Hôn mê do ngộ độc thuốc khác: opioid, benzodiazepine, …

IV. XỬ TRÍ

1. Điều trị triệu chứng

- Bảo đảm A-B-C-D trong trường hợp nặng:

+ Đặt nội khí quản, thở máy nếu có hôn mê sâu, suy hô hấp. Đây là biện pháp quan trọng nhất bảo vệ, hỗ trợ hô hấp.

+ Truyền dịch, vận mạch nếu có tụt huyết áp.

+ Làm ấm nếu có hạ thân nhiệt.

- Chống bội nhiễm, sử dụng kháng sinh phù hợp.

- Đảm bảo dinh dưỡng, chống loét.

2. Đào thải độc chất qua đường tiêu hóa

- Rửa dạ dày: số lượng dịch rửa từ 3-5 lít. Lấy dịch rửa dạ dày ở lần đầu để xét nghiệm độc chất.

- Uống than hoạt đa liều: liều đầu 1g/kg cân nặng bơm qua thông dạ dày sau khi rửa dạ dày. Antipois - Bmai: 100mL/mỗi 3 giờ trong ngày.

3. Tăng đào thải ra khỏi máu

- Gây bài niệu cưỡng bức:

+ Truyền dịch 4-6 lít/ngày, dùng glucose 5% và natriclorua 0,9% theo tỷ lệ 2:1.

+ Phối hợp với dung dịch mannitol 20%: 10mL/kg/ngày hoặc furosemid 2mg/kg/ngày.

- Kiềm hóa nước tiểu:

+ Sodium Bicarbonate 8,4% tiêm tĩnh mạch 1-2mEq/kg, theo sau bằng truyền TM (pha 150mEq HCO^{3-} vào 1 lít glucose 5% truyền 200-250mL/giờ) để duy trì pH nước tiểu 7,5-8,0 và pH máu không được vượt quá 7,55-7,6 (theo dõi khí máu động mạch và điện giải mỗi 2-4 giờ). Thường truyền trong 3-4 giờ.

+ Chống chỉ định: suy thận.

- Lọc máu ngoài cơ thể:

+ Chỉ định với những bệnh nhân ngộ độc nặng: hôn mê sâu, suy hô hấp, tụt huyết áp, vô niệu, hạ thân nhiệt.

+ Các phương thức: thận nhân tạo, lọc máu liên tục.

- Thận nhân tạo nếu huyết động ổn. Thuốc tích lũy nhiều trong tổ chức nên có thể tái phân bố lại barbituric trong cơ thể, vì vậy trong hoặc ngay sau khi chạy thận nhân tạo bệnh nhân có thể tỉnh ra sau đó lại hôn mê trở lại. Lọc máu liên tục sẽ tránh được hiện tượng này.

- Lọc máu liên tục: có chỉ định ở người có rối loạn huyết động, suy tim nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí ngộ độc,* ban hành kèm theo Quyết định 3610/QĐ-BYT.

NGỘ ĐỘC CHLOROQUINE

MÃ ICD 10: T53.1, T53.5

I. ĐẠI CƯƠNG

Chloroquine giống như Quinidine tác dụng ở tế bào, trên các nucleoprotein, đặc biệt trên tế bào cơ và thần kinh tim. Tác dụng ức chế sự chuyển hóa của tế bào do ức chế hoạt động của men AND và ARN polymerase. Trên tim thuốc làm giảm tính kích tích cơ tim, giảm tính dẫn truyền cơ tim, thời gian trơ kéo dài, QRS dãn rộng do ức chế bơm Na^+, K^+, Ca^{++}. Trên tử cung làm giảm co bóp cơ.

Liều gây độc tùy theo người, 2g cũng có thể gây tử vong ở người có thai.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Rối loạn thần kinh: bệnh nhân lơ mơ, vật vã, run giật từng cơn, trường hợp nặng, bệnh nhân mê sâu mất các phản xạ, huyết áp tụt, ngưng tim đột ngột.
- Rối loạn thần kinh số VIII: chóng mặt, ù tai, giảm thính lực.
- Rối loạn tiêu hóa: nôn ói xảy ra sớm.
- Rối loạn hô hấp: khó thở, tím tái, ngưng thở đột ngột.
- Rối loạn tim mạch: lúc đầu nhịp tim hơi nhanh, sau đó chậm lại, huyết áp tụt dần hoặc kẹp. Ngưng tim thường được báo trước với nhịp nhanh xoang.

2. ECG

Sóng T dẹt, QRS dãn rộng (dãn càng rộng tiên lượng càng nặng), QT kéo dài.

Các rối loạn nhịp khác: nhịp xoang nhanh, rối loạn dẫn truyền nhĩ thất, ngoại tâm thu thất, xoắn đỉnh, vô tâm thu.

3. Chẩn đoán mức độ nặng

- Ngộ độc nặng: liều uồng > 3g, HA tối đa ≤ 90mmHg, QRS ≥ 0,1 giây.
- Tử vong: liều uống > 5g, HA tối đa ≤ 80mmHg, QRS ≥ 0,12 giây.

Bệnh nhân có bệnh tim trước đó cũng làm tăng nguy cơ tử vong.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Loại chất độc ra khỏi cơ thể

- Rửa dạ dày
- Than hoạt 1-2g/kg

Vì nguy cơ ngưng thở, ngưng tim lúc rửa dạ dày cần cho diazepam và đặt nội khí quản trước rửa dạ dày.

2. Điều trị triệu chứng rối loạn thần kinh

- Nhẹ: diazepam 10mg 1 ống (TM) x 2-3 lần/ngày.

- Nặng: liều đầu 2mg/kg (TM) trong 30 phút, sau đó duy trì 1-2mg/kg cân nặng/ngày x 2-3 ngày.

Ngưng khi ổn định về huyết động trên ECG (và định lượng chloroquine trong máu < 10mmol/L nếu có xét nghiệm).

3. Các điều trị hỗ trợ

- Chống suy hô hấp: thở oxy, đặt nội khí quản, thở máy.

- Trụy mạch: truyền natriclorua 9‰, truyền TM adrenalin 0,25µg/kg/phút, có thể tăng liều nếu cần để nâng huyết áp tâm thu lên 100mmHg. Các thuốc vận mạch khác có thể dùng để nâng huyết áp: dopamin, noradrenalin.

- Xử trí các rối loạn nhịp tim.

IV. CÁC VẤN ĐỀ KHÁC

1. Theo dõi

- Lâm sàng: tri giác, phản xạ, mạch, huyết áp, nhịp tim, nhịp thở, SpO_2, nước tiểu.

- Cận lâm sàng: ECG (lặp lại nhiều lần), công thức máu cơ bản, các xét nghiệm đánh giá chức năng cơ quan để theo dõi điều trị và tiên lượng.

2. Chỉ định chuyển tuyến trên

Sau cấp cứu ban đầu, cần hội chẩn đánh giá tiên lượng, xem xét chỉ định chuyển tuyến trên điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí ngộ độc,* ban hành kèm theo Quyết định 3610/QĐ-BYT.

ONG ĐỐT

I. ĐẠI CƯƠNG

Ong đốt thường là nhẹ gây ra phản ứng đau tại chỗ là chính. Tuy nhiên đôi khi ong đốt có thể gây tử vong do sốc phản vệ hoặc do nhiễm độc nặng gây suy thận cấp, tán huyết, tiểu myoglobin do tiêu cơ vân.

Mức độ nặng nhẹ phụ thuộc vào loại ong, số nốt đốt, vị trí đốt và cơ địa người bị đốt.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Triệu chứng lâm sàng

- Hỏi bệnh xác định loại ong, vị trí, số lượng vết đốt, cơ địa dị ứng, ...

- Tại chỗ: đỏ da, đau, ngứa, phù nề, đường kính một vài xăng-ti-mét quanh chỗ đốt. Nếu bị nhiều nốt đốt có thể gây phù nề toàn bộ chi hoặc toàn thân.

- Sốc dạng phản vệ: tình trạng phản ứng toàn thân xảy ra không phụ thuộc số lượng ong đốt (có thể chỉ một hay nhiều ong đốt), thay đổi từ nhẹ tới nặng và tử vong. Phần lớn phản ứng dạng này xảy ra trong vòng 15 phút đến trong vòng 1 giờ đầu.

- Triệu chứng nhiễm độc toàn thân: triệu chứng nhiễm độc nọc ong xảy ra khi bị nhiều nốt đốt (10 nốt trở lên). Nếu > 50 đốt các triệu chứng toàn thân có thể biểu hiện ngay lập tức (rất khó phân biệt với phản ứng phản vệ) hoặc sau vài ngày.

+ Biểu hiện nặng như biểu hiện của phản ứng phản vệ với đau bụng, nôn ói, khò khè, thở rít, tắc nghẽn đường thở, khó thở thanh quản, choáng váng, tím tái và tụt huyết áp. Tử vong thường xảy ra do trụy tim mạch và suy hô hấp.

+ Gan: hoại tử gan.

+ Thận: suy thận thường sau 1-2 ngày do nhiều yếu tố (tan máu, tiêu cơ vân, tác dụng trực tiếp của nọc ong với ống thận). Nếu không điều trị tích cực sớm, bệnh sẽ tiến triển thành suy thận cấp, vô niệu kéo dài nhiều tuần đến hàng tháng.

+ Máu: tan máu, giảm tiểu cầu, đông máu nội mạch rải rác.

+ Cơ: tiêu cơ vân ồ ạt khi số lượng nốt đốt nhiều.

1.2. Cận lâm sàng: đánh giá mức độ nặng, biến chứng và theo dõi diễn biến.

- Công thức máu, đông máu cơ bản.

- Sinh hóa: ure, creatinin, điện giải đồ, glucose, CK, CK-MB, AST, ALT, bilirubin, sắt huyết thanh, xét nghiệm bilan tan máu.

- Tổng phân tích nước tiểu, myoglobin niệu.

- Khi có tổn thương gan và rối loạn đông máu cần làm đông máu toàn bộ ít nhất 1 lần/ ngày.

- Điện tâm đồ.

- X-quang tim phổi.

2. Chẩn đoán phân biệt

Với vết đốt do các loại côn trùng khác. Cần chú ý đối với nhóm côn trùng cánh màng Hymenoptera, choáng phản vệ có thể xảy ra muộn từ 38-72 giờ sau khi nạn nhân bị đốt.

3. Chẩn đoán biến chứng

- Tiêu cơ vân: xuất hiện sớm có thể chỉ vài giờ sau khi bị đốt, biệu hiện sưng nề cơ, nước tiểu sẫm màu dần, đỏ và ít dần, CK và men gan tăng, có myoglobin niệu.

- Tan máu: nước tiểu đỏ, ly tâm máu thấy huyết thanh đỏ, hồng cầu giảm, có mảnh vỡ hồng cầu, bilirubin tăng, sắt huyết thanh tăng.

- Suy thận cấp: thường gặp trên bệnh nhân có trên 50 nốt đốt. Biểu hiện: nước tiểu ít dần, thiểu hoặc vô niệu, BUN và creatinin tăng.

- Suy gan: vàng da, bilirubin tăng nhanh, rối loạn đông máu, hôn mê gan.

- Rối loạn đông máu: có thể chảy máu nhiều nơi. Lưu ý chảy máu phổi hoặc não. Có thể có rối loạn đông máu kiểu đông máu lan tỏa trong lòng mạch.

- Chảy máu phổi, phù phổi cấp.

- Hôn mê và co giật.

- Nhồi máu cơ tim.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị các biểu hiện của dị ứng

Phản ứng phản vệ: điều trị theo phác đồ phản ứng phản vệ.

- Adrenaline: khi bị đốt nhiều đốt và các biểu hiện toàn thân nên tiêm bắp ngay adrenalin 0,3-0,5mL dung dịch 1/1000 và diphenhydramin 50mg TB/TM vì khó phân biệt triệu chứng là do phản ứng phản vệ hay do độc tố toàn thân.

Trẻ em adrenalin: ống 1mg/1mL pha với 9mL nước cất TB 0,01mg/kg, tối đa 0,3mg, nhắc lại sau 5-10 phút cho đến khi HA tối đa > 90mmHg thì duy trì adrenalin truyền tĩnh mạch, theo dõi huyết áp để điều chỉnh liều kịp thời, ổn định, có nước tiểu trên 20mL/kg/giờ.

Truyền adrenalin: những bệnh nhân không đáp ứng với adrenalin bắp thịt và truyền dịch cần truyền liên tục adrenalin (không nên bolus tĩnh mạch dễ gây biến chứng).

+ Người lớn: 2-10µg/phút, điều chỉnh theo hiệu quả trên HA.

+ Trẻ em: 0,1-1µg/phút.

- Kháng histamine: diphenylhydramine 50mg tiêm bắp đối với các triệu chứng tại chỗ như mề đay và sưng phù các vết đốt, nên tiếp tục cho trong 24-48 giờ kế tiếp để kháng lại hậu quả của histamin được phóng thích trong quá trình phản ứng.

- Corticoid: hydrocortisone 100mg TM (hoặc methylprednisolone 40mg TM).

2. Điều trị các biến chứng

- Đảm bảo A (đường thở), B (hô hấp), C (tuần hoàn).

- Phòng, điều trị ly giải cơ vân và suy thận cấp:

+ Với bệnh nhân <10 nốt đốt: cho uống nhiều nước (1500-2000mL/ngày), nên dùng Oresol.

+ Với bệnh nhân >10 nốt đốt: điều trị tiêu cơ vân và phòng ngừa suy thận bằng tăng cường truyền dịch natrichlorid 0,9%: 120-150mL/kg/24 giờ kết hợp furosemid 2mg/kg, 4 giờ một lần để có nước tiểu trên 150mL/giờ. Cần theo dõi chặt bilan dịch vào và ra để tránh gây thừa dịch, tiến hành kiềm hóa nước tiểu (giữ pH nước tiểu > 6,5).

- Điều trị suy thận cấp: nếu bài niệu cưỡng bức không hiệu quả, bệnh nhân suy thận, cho chạy thận nhân tạo ngắt quãng. Nếu bị đốt >20 nốt và có biểu hiện ngộ độc nọc ong, chỉ định lọc máu càng sớm càng tốt để loại bỏ nọc ong, có thể chạy thận nhân tạo hoặc lọc máu liên tục.

- Rối loạn đông máu: xem xét truyền plasma tươi.

- Thiếu máu, giảm tiểu cầu: xem xét truyền máu và tiểu cầu nếu có chỉ định.

- Suy hô hấp do phù phổi cấp, chảy máu phổi: thở oxy, CPAP, thở máy không xâm nhập hoặc xâm nhập tùy theo mức độ do suy hô hấp.

- Giảm đau và ngứa ngoài da bằng mỡ phenergan bôi 2-3 lần/ngày. Có thể cho uống efferalgan codein để giảm đau.

- Tiêm phòng uốn ván nếu vùng ong đốt bị nhiễm bẩn (SAT 2000 đv tiêm dưới da).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí ngộ độc,* ban hành kèm theo Quyết định 3610/QĐ-BYT.

RẮN HỔ CẮN

MÃ ICD 10: X20

I. ĐẠI CƯƠNG

Họ rắn hổ điển hình 4 loại rắn: rắn hổ mang thường (Naja Siamemsis), rắn hổ chúa (Ophiophagus Hannah, King Cobra), rắn cạp nia (Busganus Candidus), rắn cạp nong (Bungarus Fasciatus). Đặc trưng của họ này là hai móc độc ngắn, dựng lên và cố định ở phần trước của xương hàm trên.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Khai thác bệnh sử

Chú ý thời điểm, vị trí bị cắn, loại rắn cắn.

2. Lâm sàng

Nổi bật với hội chứng liệt thần kinh cơ dạng nhược cơ.

Triệu chứng	Hổ mang thường	Hổ chúa	Cạp nia	Cạp nong
+ Tại chỗ:				
- Đau buốt	+	+	-	-
- Vết răng, móc độc.	+	+	±	±
- Phù nề lan tỏa.	+++	++	-	-
- Hoại tử.	+++	-	-	-
+ Toàn thân:				
- Sụp mi	±	±	+++	++
- Dãn đồng tử	+	+	+++	++
- PXAS	+	+	-	-
- Há miệng hạn chế	±	±	+++	++
- Khó thở liệt cơ hô hấp.	+	+	+++	++
- Liệt chi, PX gân xương giảm (+) đến mất (+++).	+	+	+++	++
- RL nhịp tim, block A-V.	-	-	+	±
- RL tiêu hóa	+	+	+	+
- Suy thận cấp (tiêu cơ vân)	+	+	-	-

3. Cận lâm sàng

- Công thức máu.
- CK, CK-MB.
- Chức năng gan, thận.

- Khí máu động mạch nếu có thở máy.

- TQ, TCK, fibrinogen giúp phân biệt rắn lục cắn.

- ECG, tổng phân tích nước tiểu.

III. XỬ TRÍ

1. Cấp cứu ban đầu

- Nằm nghỉ làm chậm hấp thu nọc độc.

- Băng ép trên chỗ bị cắn cách 5-10cm, không garo, không buột xoắn chặt.

- Chuyển đến bệnh viện càng sớm càng tốt.

2. Khi chuyển đến bệnh viện

- Băng ép chỉ được tháo bỏ nếu có sẵn huyết thanh kháng nọc và sau khi không có bằng chứng về nhiễm độc nọc rắn trên xét nghiệm lúc nhập viện và sau thăm khám lâm sàng.

- Nếu bệnh nhân có nhiễm độc nọc rắn, băng ép chỉ được tháo bỏ sau khi đã cho huyết thanh kháng nọc rắn (HTKNR).

- Sát trùng tại chỗ.

- Tiêm SAT: 1500UI TDD (test).

- Điều trị ngay khi xác định do rắn hổ đất cắn bằng HTKNR hổ đất.

- Kháng sinh dự phòng: ciprofloxacine 0,5g 1 viên x 2, nếu uống được.

Hoặc khi vết cắn tổn thương nặng: cefotaxim 1g x 4 TM cách 8 giờ, hoặc ceftriaxon 2g TM/24 giờ.

Kết hợp: gentamycine 80mg 2 ống TB/24 giờ.

Kết hợp thêm metronidazol 0,5g 1 lọ x 3 TTM cách 8h khi vết cắn sâu, sưng to, hoại tử nhiều.

- Giảm đau: paracetamol, nhóm kháng viêm không steroid.

- Truyền dịch nhiều phòng suy thận cấp do tiêu cơ vân.

- Điều trị loạn nhịp tim nếu có:

+ Nhịp chậm: dùng atropin, isoprenaline, đặt máy tạo nhịp tim tạm thời.

+ Nhịp nhanh: dùng thuốc chẹn beta.

- Thông khí nhân tạo: đặt NKQ, bóp bóng, thở máy nếu có suy hô hấp nặng do liệt cơ hô hấp (khó thở, tím tái, co kéo hõm ức, thở bụng, nhịp thở > 30 lần/phút hoặc chậm < 10 lần/phút), PaO_2 < 60mmHg, $PaCO_2$ > 55mmHg, SpO_2 < 90mmHg.

Cài đặt máy thở: phương thức: A/C, SIMV; tần số: 14-16 lần/phút; V_t: 12-15mL/kg; P với áp lực bình nguyên ≤ 35cmH_2O; I/E: ½ (lưu lượng đỉnh < 50 $^l/_P$); $FiO_2 \geq 21\%$.

- Kết hợp xử trí ngoại khoa, rạch dẫn lưu khi có chèn ép khoang, cắt lọc mô hoại tử khi có tổn thương hoại tử nặng.

- Hồi sức chung và chăm sóc khi thở máy, gắn monitor theo dõi.

+ Nuôi dưỡng đủ calo, các vitamin.

+ Đủ nước và điều chỉnh toan kiềm.

+ Chống loét và nhiễm khuẩn ở nơi khác như da, tiết niệu…..

+ Theo dõi M, HA, tri giác, khí máu động mạch.

- Ghép da cho tổn thương hoại tử mất da rộng sau thời gian ổn định.

3. Chỉ định HTKNR: Khi có

3.1. Nhiễm độc tại chỗ

- Sưng phù tại chỗ hơn một nửa của chi bị cắn (trong trường hợp không có ga rô) trong vòng 48h sau bị cắn.

- Sưng nề sau bị cắn ở những ngón (ngón chân hoặc đặc biệt ở những ngón tay).

- Sưng phù lan rộng nhanh chóng, hoặc sưng quá 2 khớp (ví dụ, trên cổ tay hoặc cổ chân trong vòng vài giờ sau bị cắn ở bàn tay hoặc bàn chân).

- Tiến triển sưng đau các hạch bạch huyết do nọc độc lan tỏa sau bị cắn ở chi.

3.2. Nhiễm độc toàn thân

- Dấu nhiễm độc thần kinh: sụp mi, liệt mắt (vận nhãn), liệt chi, hô hấp (lâm sàng).

- Bất thường về tim mạch : tụt huyết áp, sốc, loạn nhịp tim (lâm sàng).

- Tổn thương thận cấp (suy thận): thiểu niệu/vô niệu (lâm sàng), tăng creatinine/urea máu (xét nghiệm).

3.3. Liều khởi đầu thông thường:

- Nhẹ 5 lọ.

- Trung bình 5-10 lọ.

- Nặng 10-20 lọ.

4. Điều trị đặc hiệu rắn hổ đất cắn với HTKNR hổ đất tinh chế:

4.1. Bệnh nhân bị r n hổ đất c n xác định dựa vào:

- Người nhà đập rắn chết mang theo hoặc thấy và mô tả rõ loại rắn.

- Hỏi kỹ tình huống bị cắn, khám xác định các hội chứng nhiễm độc thần kinh cơ-suy hô hấp cấp.

4.2. Dấu hiệu lâm sàng : Hội chứng nhiễm độc liệt thần kinh cơ

- Tại chỗ cắn: đau buốt, phù nề lan tỏa, có dấu răng móc độc tròn đậm, thường có hoại tử (60% trường hợp).

- Toàn thân: triệu chứng lâm sàng chủ yếu là các dấu hiệu về thần kinh cơ như: sụp mi, dãn đồng tử, nhìn mờ, giảm phản xạ gân xương, há miệng hạn chế, khó thở do liệt cơ hô hấp, rối loạn nhịp tim, có thể có block nhĩ thất, dấu hiệu suy thận cấp.

4.3. Phân loại mức độ nhiễm độc theo lâm sàng

- Độ I: sụp mi, đồng tử dãn.

- Độ II: sụp mi, đồng tử dãn + liệt chi.

- Độ III: như II hoặc I + thêm liệt cơ hô hấp.

IIIa: Độ II + liệt cơ liên sườn.

IIIb: IIIa + liệt cơ hoành.

IIIc: IIIb + liệt toàn bộ cơ hô hấp và các chi

- Độ IV: như IIIc + hôn mê, rối loạn nhịp tim, trụy mạch.

4.4. Sử dụng HTKNR hổ đất (Naja Kaouthia)

Lưu ý: thử phản ứng mẫn cảm trước khi tiêm: pha thành dung dịch 1% tiêm trong da 0,1mL. Sau test 15 phút nếu đường kính quầng đỏ < 1cm là phản ứng âm tính.

- Trường hợp nạn nhân đến sớm, có garo:

Tiêm TM chậm (2mL/phút) 1 lọ. Sau tiêm tháo garo ra.

Tiếp tục tiêm TMC 1 lọ/mỗi 60 phút đến khi lâm sàng cải thiện.

- Trường hợp nạn nhân đến muộn:

+ Đã có garo: trước khi tháo garo TM chậm 1 lọ. Tiếp tục TMC 1 lọ/mỗi 60 phút đến khi lâm sàng cải thiện.

+ Không có garo:

Có dấu nhiễm độc toàn thân mà chưa suy hô hấp tiêm TM chậm 1 lọ/mỗi 60 phút đến khi lâm sàng cải thiện.

Nếu có liệt hô hấp (khó thở, vã mồ hôi, co kéo cơ liên sườn hõm ức, nhịp thở > 30 lần/phút hoặc < 10 lần/phút) phải đặt NKQ thở máy, hồi sức nội khoa, sau đó tiêm TMC HTKNR 1 lọ/mỗi 60 phút đến khi bệnh nhân tự thở, mở mắt tự nhiên, hết liệt chi.

*** Chú ý:**

- Tiêm tại chỗ nơi vị trí cắn HTKNR không nên dùng vì gây đau nhiều hơn, không hiệu quả, có thể chèn ép tăng áp lực trong các khoang.

- Tiêm bắp huyết thanh kháng nọc rắn kém hiệu quả.

- Không có sẵn HTKNR cần chuyển tuyến trên điều trị nếu không loại trừ được rắn hổ cắn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí ngộ độc,* ban hành kèm theo Quyết định 3610/QĐ-BYT.

RẮN LỤC CẮN

MÃ ICD 10: X20

I. ĐẠI CƯƠNG

Họ rắn lục có nhiều giống và loài khác nhau nhưng có chung độc tính là gây rối loạn đông máu, chảy máu. Chảy máu trong các khối cơ lớn có thể gây hội chứng chèn ép khoang.

Hoàn cảnh bị rắn lục cắn: đa số bệnh nhân bị cắn vào tay, chân trong quá trình lao động.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng lâm sàng

1.1. Tại chỗ:

- Vết cắn: dấu móc độc biểu hiện có 2 dấu răng cách nhau khoảng 1cm.
- Vài phút sau khi bị cắn sưng nề nhanh, đau nhức nhiều kèm theo tại chỗ cắn máu chảy liên tục không tự cầm.
- Sau khoảng 6 giờ phần tổn thương sưng nề lan rộng từ vết cắn có thể đến gốc chi dẫn đến toàn chi sưng to, đau nhức, tím, xuất huyết dưới da, xuất huyết trong cơ.
- Có thể có bọng nước, xuất huyết trong bọng nước. Có thể nhiễm khuẩn tại chỗ, hội chứng chèn ép khoang.

1.2. Toàn thân:

- Chóng mặt, lo lắng.
- Tuần hoàn: có thể xuất hiện tình trạng sốc do mất máu: tụt huyết áp. Da đầu chi lạnh ẩm, lơ mơ, thiểu niệu, vô niệu. Có thể có sốc phản vệ do nọc rắn.
- Huyết học: chảy máu tự phát tại chỗ, nơi tiêm truyền, chảy máu chân răng. Chảy máu trong cơ, chảy máu tiêu hóa, tiết niệu, chảy máu âm đạo, chảy máu phổi, não.
- Có thể có suy thận cấp.

2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm đông máu 20 phút tại giường (theo WHO 2010): lấy máu cho vào ống nghiệm không có chống đông (không được lắc hoặc nghiêng ống) sau 20 phút máu còn ở dạng lỏng, không đông thì xét nghiệm này dương tính, đồng nghĩa với chẩn đoán xác định rắn lục cắn gây rối loạn đông máu, có chỉ định huyết thanh kháng nọc rắn.
- Công thức máu: tiểu cầu giảm, có thể thấy thiếu máu do mất máu.
- Xét nghiệm đông máu: tỷ lệ prothrombin giảm, IRN kéo dài, aPTT kéo dài, fibrinogen giảm, D-dimer tăng.
- Bilan thận: ure, creatinin, điện giải, protein (máu và nước tiểu), CK tăng.
- Điện tim, khí máu để theo dõi phát hiện biến chứng nếu có.

3. Chẩn đoán xác định

- Hoàn cảnh bị rắn lục cắn, nhận dạng rắn.

- Vết cắn: dấu móc độc.

- Biểu hiện lâm sàng sưng nề, đau nhức, bầm tím tại chỗ và xuất huyết nhiều nơi do rối loạn đông máu.

- Xét nghiệm đông máu 20 phút tại giường và xét nghiệm đông máu toàn bộ có rối loạn.

4. Chẩn đoán phân biệt

Với các rắn lục cắn khác cũng gây rối loạn đông máu như rắn chàm quạp, khô mộc, lục mũi hếch, lục núi…chủ yếu dựa vào nhận dạng rắn và triệu chứng lâm sàng.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Bệnh nhân bị rắn lục xanh đuôi đỏ cắn cần được sơ cứu thích hợp, vận chuyển nhanh chóng và an toàn tới các khoa Cấp cứu hoặc khoa Hồi sức chống độc.

- Các bệnh nhân có chảy máu hoặc có xét nghiệm đông máu 20 phút tại giường dương tính phải được điều trị bằng huyết thanh kháng nọc rắn lục và/hoặc truyền máu và các chế phẩm máu.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Sơ cứu

- Trấn an và giảm lo lắng cho bệnh nhân.

- Rửa vết thương.

- Cởi bỏ đồ trang sức ở chi bị cắn tránh gây chèn ép khi chi sưng nề.

- Băng ép gạc băng tại vết thương, không băng ép toàn bộ chi bị cắn.

- Không để bệnh nhân tự đi lại. Bất động chi bị cắn bằng nẹp.

- Không chích rạch tại vết cắn. Ngay sau khi bệnh nhân bị cắn có thể nặn, hút máu tại vết cắn để loại trừ bớt nọc độc.

- Nếu đau nhiều: giảm đau bằng paracetamol uống.

- Nếu tụt huyết áp, đe dọa sốc do mất máu hoặc phản vệ đặt ngay một đường truyền tĩnh mạch ngoại vi (đặt ở chi khác chi bị cắn) để truyền dịch.

- Phải chuyển nạn nhân đến bệnh viện ngay không được để mất quá nhiều thời gian tìm thầy lang thuốc lá.

2.2. Điều trị tại bệnh viện

- Sát trùng tại chỗ cắn, chống uốn ván (tiêm SAT), kháng sinh dự phòng.

- Điều trị bằng huyết thanh kháng nọc (HTKN):

+ HTKN được điều trị càng sớm càng tốt, nếu bệnh nhân đến muộn nhưng vẫn có rối loạn đông máu thì vẫn còn chỉ định HTKN.

+ Chỉ định: bệnh nhân được chẩn đoán rắn lục cắn có 1 trong các dấu hiệu sau:

* Rối loạn đông máu: xét nghiệm đông máu 20 phút tại giường dương tính, hoặc giảm prothromnbin, giảm fibrinogen hoặc tiểu cầu giảm dưới 100 x 10^9/L.

* Sưng đau lan rộng lên đến hơn một nửa chi bị rắn cắn trong vòng 24 giờ.

- Liều HTKN:

+ Liều ban đầu 5-10 lọ (1000 LD 50/lọ) HTKN lục tre tinh chế. Pha trong 250mL natriclorua 0,9% (trẻ nhỏ: 20mL/kg) truyền trong 60-90 phút.

+ Nếu sau 2 giờ bệnh nhân vẫn tiếp tục chảy máu hoặc sau 6 giờ tình trạng rối loạn đông máu chưa cải thiện thì chỉ định liều HTKN tiếp theo. Liều nhắc lại 5-10 lọ HTKN.

- Đánh giá người bệnh đáp ứng tốt với HTKN:

+ Khi tình trạng lâm sàng cải thiện, đỡ đau tại vết cắn, hết chảy máu tại chỗ thì tạm ngừng HTKN; sau 6 giờ xét nghiệm đông máu trở về bình thường thì ngưng hẳn HTKN.

- Truyền khối hồng cầu hoặc máu toàn phần nếu bệnh nhân mất máu nhiều.

- Truyền plasma tươi đông lạnh, tủa cryo, khối tiểu cầu nếu có chỉ định (tuyến trên).

- Truyền dịch phòng suy thận cấp.

- Chạy thận nhân tạo khi suy thận cấp tiến triển (tuyến trên).

- Theo dõi sát đề phòng sốc phản vệ do huyết thanh hoặc truyền máu (nếu có phải xử trí ngay theo hướng dẫn xử trí sốc phản vệ).

- Tránh tiêm bắp. Không được chọc vào động mạch (lấy khí máu động mạch).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí ngộ độc,* ban hành kèm theo Quyết định 3610/QĐ-BYT.

SUY THẬN CẤP

MÃ ICD 10: N17

I. ĐẠI CƯƠNG

Suy thận cấp là một hội chứng được biểu hiện bằng sự giảm nhanh độ lọc cầu thận với các thể tích nước tiểu < 0,5mL/kg/giờ kéo dài trên 6 giờ và có nồng độ creatinine huyết thanh tăng thêm 0,5mg/dL (44µg/L) hoặc trên 50% so với giá trị bình thường (trên 130µg/L) ở người trước đó chức năng thận bình thường. Hậu quả là ứ đọng các sản phẩm chuyển hóa của nitơ, rối loạn cân bằng nước, điện giải, toan kiềm.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

- Xét nghiệm creatinine huyết thanh tăng thêm 0,5mg/dL (44µg/L) so với creatinine huyết thanh trước bị bệnh hoặc trên 50% so với giá trị bình thường.

- Thể tích nước tiểu: thể thiểu niệu (nước tiểu < 200mL/12 giờ hoặc độ lọc cầu thận giảm 50%), vô niệu (nước tiểu < 100mL/24 giờ).

- Các chỉ số khác: tăng ure máu, toan chuyển hóa, dự trữ kiềm giảm.

- Có nguyên nhân hoặc yếu tố nguy cơ cao gây suy thận cấp: uống mật các trắm, ngộ độc kim loại nặng, tiêu chảy mất nước, viêm cầu thận cấp, ...

2. Chẩn đoán phân biệt

- Suy thận cấp chức năng (trước thận) với suy thận cấp thực thể (tại thận) (hoại tử ống thận cấp).

- Đợt cấp bệnh thận mạn: có tiền sử bệnh thận - tiết niệu trước đó, thiếu máu tương ứng với mức độ suy thận, ure, creatinine huyết tương tăng từ trước, tăng huyết áp, suy tim thường nặng hơn, kích thước hai thận teo nhỏ nếu do viêm vi cầu thận mạn.

III. ĐIỀU TRỊ

Nguyên t c chung:

- Nhanh chóng loại bỏ nguyên nhân gây suy thận cấp.

- Điều chỉnh các rối loạn tuần hoàn, phục hồi lại lượng máu và dịch, duy trì huyết áp trung bình ≥ 65mmHg.

- Phục hồi lại dòng nước tiểu.

- Điều chỉnh các rối loạn nội môi do suy thận cấp gây ra.

- Chỉ định lọc máu ngoài thận khi cần thiết.

- Chú ý chế độ dinh dưỡng, cân bằng nước, điện giải phù hợp với từng giai đoạn bệnh.

1. Điều trị suy thận cấp trước thận

Thường giải quyết các nguyên nhân ngoài thận như:

1.1. Giảm thể tích tuần hoàn

Thường sử dụng natriclorua 0,9%, máu (do mất máu), truyền albumin + furosemid tĩnh mạch (mất dịch do tái phân phối).

1.2. Giảm cung lượng tim

- Suy tim ứ huyết: lợi tiểu, trợ tim, ... nếu không hiệu quả thì kết hợp chạy thận nhân tạo.

- Giảm cung lượng tim kèm hay không quá tải thể tích tuần hoàn: chèn ép tim cấp, thuyên tắc động mạch phổi, nhồi máu cơ tim, ... thì giải quyết bệnh cơ bản là chính.

1.3. Giảm kháng lực mạch máu

Truyền natriclorua 0,9% (nhiễm trùng huyết), chọc dịch báng + truyền albumin (xơ gan), ...

2. Điều trị suy thận cấp sau thận

Kết hợp chuyên khoa ngoại giải quyết nguyên nhân.

3. Điều trị suy thận cấp tại thận (hoại tử ống thận cấp)

3.1. Điều trị hoại tử ống thận cấp ở giai đoạn khởi đầu

Cần loại bỏ nguyên nhân gây suy thận cấp, loại bỏ chất độc, bù dịch, bù máu, ...

Trong suy thận cấp do thiếu nước, có thể dùng test nước, test lasix. Các test này có thể chuyển suy thận cấp thể thiểu niệu thành thể không thiểu niệu.

- Test nước: trong giai đoạn đầu của suy thận cấp nên đảm bảo truyền đủ dịch, đủ máu, giữ huyết áp tâm thu ≥ 110mmHg, áp lực tĩnh mạch trung tâm 10cmH_2O.

- Test lasix: sau truyền dịch đủ mà lượng nước tiểu vẫn < 400mL/giờ thì tiêm tĩnh mạch chậm 80-120mg furosemide trong 10-30 phút, có thể lặp lại mỗi 4-6 giờ (tối đa 1000mg/ngày). Nếu nước tiểu < 50mL/2 giờ hoặc < 200mL/24 giờ thì coi như test không đáp ứng và ngưng. Nếu có đáp ứng thì giảm dần liều furosemide trong 24 giờ so cho duy trì lượng nước tiểu 1 lít/ngày.

3.2. Điều trị hoại tử ống thận cấp ở giai đoạn thiểu niệu, vô niệu

3.2.1. Điều trị rối loạn nước, điện giải, toan kiềm

- Cân bằng nước: lượng nước nhập trung bình/ngày = lượng nước tiểu/ngày + 500mL hoặc giữ cho CVP 8-10cmH_2O.

- Điện giải:

+ Lượng natri nhập = lượng natri mất qua nước tiểu + natri mất qua đường khác.

+ Kali: ngưng các nguồn kali nhập ngoài (thức ăn, thuốc), loại bỏ các mô hoại tử, máu, ... để làm giảm thoái biến nội sinh. Nếu có tăng kali máu: điều trị bằng resonium, sorbitol, natri bicarbonate, glucose 20% + insulin, calcium gluconate hay calcium chlorua.

+ Calci: thường hạ, nếu có tetani điều trị bằng tiêm tĩnh mạch chậm calcium gluconate hay calcium chlorua.

- Toan kiềm: giữ dự trữ kiềm 16-18mmol/L. Điều trị khi natri bicarbonate < 16mmol/L hay pH máu < 7,2. Dùng natri bicarbonate 1,4% hay 4,2%.

3.2.2. Điều trị các biến chứng do ure huyết cao

- Tim mạch: tăng huyết áp, suy tim, ... điều trị nội khoa chỉ hiệu quả khi kết hợp chạy thận nhân tạo.

- Xuất huyết tiêu hóa: do viêm loét đa ổ dạ dày, tá tràng, ruột do stress và ure máu cao, tích cực điều trị tăng ure máu bằng chạy thận nhân tạo phối hợp các thuốc kháng tiết acid dạ dày.

- Nhiễm trùng: phát hiện và kiểm soát ổ nhiễm trùng sớm, tránh suy thận cấp nặng lên do ổ nhiễm trùng không kiểm soát được, cấy tìm vi khuẩn, làm kháng sinh đồ. Sử dụng kháng sinh đủ liều lượng, tránh gây độc thận và chỉnh liều theo chức năng thận.

3.2.3. Dinh dưỡng

Chế độ dinh dưỡng giảm đạm, ít kali, giàu năng lượng và vitamin mục đích cung cấp đủ năng lượng để tránh dị hóa đạm, giảm sản xuất những chất thải nitơ, bảo đảm tổng lượng 1800-2000Kcalo/ngày (protein 0,5g/kg/ngày, đường 100g/ngày, muối 1-2g/ngày), những bệnh nhân nhiễm trùng, suy đa tạng tổng năng lượng tăng tới 130%.

3.2.4. Lọc máu

Khi bệnh nhân có viêm màng ngoài tim do ure máu cao, biến chứng thần kinh do ure máu cao (hôn mê, co giật, động kinh), phù phổi cấp, suy thận cấp đi kèm bệnh lý căn bản nặng, BUN ≥ 100mg/dL, creatinine ≥ 10mg/dL, tăng kali máu nặng, hạ natri máu nặng, toan máu nặng, ...

3.3. Điều trị hoại tử ống thận cấp ở giai đoạn phục hồi

- Giai đoạn phục hồi chưa hoàn toàn: năng lượng cung cấp 35-50Kcalo/kg/ngày, protein 0,6-0,8g/kg/ngày.

- Giai đoạn phục hồi hoàn toàn: hạn chế đạm vừa phải 1g/kg/ngày, ăn lạt vừa phải, tránh thuốc độc cho thận.

IV. CÁC VẤN ĐỀ KHÁC

1. Theo dõi

- Lâm sàng: theo dõi dấu hiệu sinh tồn, nước tiểu/ngày, phát hiện và điều trị các biến chứng.

- Xét nghiệm kiểm tra: công thức máu, BUN, creatinine máu, ion đồ, dự trữ kiềm.

2. Chỉ định chuyển tuyến

Cần hội chẩn, đánh giá tiên lượng, chuyển tuyến trên khi bệnh nhân có các biến chứng tiên lượng nặng cần phải lọc máu hoặc cần can thiệp ngoại khoa giải quyết nguyên nhân suy thận cấp sau thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh thận - tiết niệu,* ban hành kèm theo Quyết định 3931/QĐ-BYT.

THỞ MÁY KHÔNG XÂM LẤN

Thông khí không xâm lấn là kỹ thuật hỗ trợ hô hấp được áp dụng ở những bệnh nhân suy hô hấp mà không cần đặt nội khí quản hay mở khí quản.

Có 2 mode thông khí thường được sử dụng là:

- CPAP (Continuous Positive Airway Pressure): thông khí thở tự nhiên với áp lực dương liên tục đường thở.

- BiPAP (Bilevel Positive Airway Pressure): thông khí với hai mức áp lực dương đường thở.

1. Thở CPAP

1.1. Chỉ định

- Thông khí đủ nhưng giảm oxy do giảm dung tích khí cặn.

- Cai máy thở.

1.2. Chống chỉ định

- Đặt nội khí quản sắp xảy ra, giảm oxy nặng (PaO_2 < 40mmHg hoặc PaO_2/FiO_2 < 200mmHg).

- Hôn mê hay Glasgow < 10 điểm.

- Kiệt quệ hô hấp.

- Shock, rối loạn nhịp thất nặng, tụt huyết áp.

- Ngưng tim, ngưng thở.

- Xuất huyết tiêu hóa trên.

1.3. Tiến hành

- Chọn mask: mask mũi - miệng hoặc mask mũi.

- Mức CPAP ban đầu nên khoảng 3-5cmH_2O.

- Theo dõi SpO_2 và tìm độ CPAP tối ưu với FiO_2 < 50% mà SpO_2 > 90%.

- Nếu sau 30 phút không đáp ứng tốt thì tăng FiO_2 lên.

- Trường hợp Vt không đạt thì tăng CPAP lên 1-2cmH_2O.

- Theo dõi SpO_2, khí máu, huyết động để điều chỉnh CPAP phù hợp.

2. Thở BiPAP

2.1. Chỉ định

Đợt cấp COPD, OAP do tim, ARDS, viêm phổi, xẹp phổi, suy hô hấp cấp sau mổ, thất bại sau rút nội khí quản.

2.2. Chống chỉ định: giống như phần CPAP.

2.3. Tiến hành

- Mode: S hoặc S/T.

- IPAP (áp lực dương thì hít vào): 6-18cmH_2O, lúc đầu 6cmH_2O tăng dần từ từ 2cmH_2O.

- EPAP (áp lực dương thì thở ra): 2-8cmH_2O, lúc đầu thấp và tăng lên từ từ.

- Tần số thở (mode S/T): 12-16 lần/phút.

- Tỉ lệ I/E (mode S/T): ½ (cài % của EPAP từ 30-35%)

- FiO_2: oxy qua mask: 2-15 lít/phút tùy theo bệnh lý.

- Điều chỉnh:

+ Tăng CO_2: tăng IPAP mỗi lần 2cmH_2O để tần số thở < 25 lần/phút.

+ Giảm O_2: tăng EPAP mỗi lần 2cmH_2O đến khi FiO_2 < 60%

- Theo dõi huyết động, SpO_2, khí máu trước và sau thở máy 2 giờ, sau đó 1-2 lần/ngày.

3. Ngưng thở máy không xâm lấn

Ở những bệnh nhân điều trị thành công: tần số thở, mạch và các triệu chứng suy hô hấp khác cải thiện trong vòng 2 giờ đầu.

Ý thức bình thường, hoàn toàn tỉnh táo. Hết khó thở, không co kéo cơ hô hấp, không có hô hấp nghịch đảo.

Các thông số cần thiết:

- Tần số hô hấp < 25 và >10 lần/phút.

- Tỷ lệ PaO_2/FiO_2 > 200 hay tăng lên 100 so với ban đầu.

- PaO_2 > 75mmHg với $FiO_2 \leq 50\%$ mà không thở BiPAP.

- pH > 7,35; $PaCO_2$ < 45mmHg (có thể > 45 ở người tăng CO_2 mạn tính, còn nếu biết $PaCO_2$ cơ bản của bệnh nhân thì $PaCO_2$ hiện tại < $PaCO_2$ cơ bản + 10mmHg).

- Bệnh nhân COPD: $PaO_2 \geq 60$mmHg hay $SpO_2 \geq 90\%$ với oxy ≤ 3 lít/phút.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Chợ Rẫy TPHCM (2018), *Phác đồ điều trị Cấp cứu - Hồi sức cấp cứu.*

THỞ MÁY XÂM LẤN

.

Phương pháp thông khí xâm lấn cung cấp sự hỗ trợ nhân tạo để trao đổi oxy và thông khí. Máy thở đang sử dụng trong cấp cứu dùng áp lực dương để thổi khí vào phổi bệnh nhân. Lượng áp suất cần có để phổi nở ra tùy thuộc vào kháng lực, sự dãn nở của phổi, thể tích khí lưu thông và lưu lượng khí được thổi vào phổi.

1. Mode A/C

ASSIST/CONTROL VENTILATION: thông khí trợ giúp/kiểm soát.

1.1. Chỉ định

- Thở máy không xâm lấn thất bại hay chống chỉ định thở máy không xâm lấn.
- Thông thường sử dụng trong các trường hợp sau: ngưng tim ngưng thở, ARDS, bệnh lý thần kinh cơ, co giật kéo dài, ngộ độc cấp có rối loạn hô hấp, ...

1.2. Chống chỉ định tương đối

- Bệnh tim phổi không phục hồi.
- Tràn dịch, tràn khí màng phổi: phải dẫn lưu trước.

1.3. Tiến hành

- Thể tích khí thường lưu: Vt (tidal volume):

  8-15mL/kg: phổi bình thường.

  6-10mL/kg: xẹp phổi, ARDS, đợt cấp COPD, hen phế quản, ...
- Tần số thở: từ 12-16 lần/phút (có thể 15-25 lần/phút).
- Tốc độ dòng (peak flow): dựa vào I/E mà ta mong muốn.
- Trigger: -1 đến -2cmH_2O (trigger dòng: 3-5).
- FiO_2: ban đầu 100%, giảm dần và nên duy trùy < 50% tùy vào lâm sàng.
- PEEP:

  ARDS: cài 5-8cmH_2O, có thể tăng đến 15cmH_2O.

  Không ARDS: cài PEEP < 5.

  Cài PEEP = 0 khi huyết động không ổn định, có tăng áp lực nội sọ.
- Nếu bệnh nhân chống máy: cho an thần.

2. Mode SIMV

SYNCHRONIZED INTERMITTENT MANDATORY VENTILATION: thông khí hỗ trợ ngắt quãng đồng bộ.

2.1. Chỉ định: suy hô hấp cấp, ARDS, cai máy thở.

2.2. Chống chỉ định tương đối: mới phẫu thuật ngực bụng.

2.3. Tiến hành

- Tần số máy: bắt đầu 12. Giảm tần số máy trong 1 giờ, mỗi lần 2 nhịp.

- Khi giảm bằng 0, người bệnh đã thở tự nhiên qua máy.

3. Mode PSV

PRESSURE SUPPORTED VENTILATION: thông khí bắt buộc ngắt quãng đồng bộ.

3.1. Chỉ định: tình trạng hô hấp đã được cải thiện nhưng chưa cai máy được.

3.2. Chống chỉ định tương đối

- Mất chỉ huy hô hấp ở thần kinh trung ương.
- Liệt hô hấp không hồi phục.
- Quá suy kiệt.

3.3. Tiến hành

- Đặt mức hỗ trợ PSV vào khoảng ½ áp lực đỉnh thở vào với SIMV.
- Giảm SIMV xuống 4 lần/phút cho người bệnh và quan sát trong 15 phút. Nếu người bệnh thở < 20 lần/phút thì bỏ SIMV, chỉ cho thở PSV.
- Tiếp tục giảm dần áp lực hỗ trợ xuống 3-5cmH_2O mỗi lần sao cho nhịp thở vẫn 10-20 lần/phút và dấu hiệu sinh tồn vẫn ổn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Chợ Rẫy TPHCM (2018), *Phác đồ điều trị Cấp cứu - Hồi sức cấp cứu.*

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN THỞ MÁY

I. KHÁI NIỆM

Bệnh nhân thở máy thường là nặng, đặc biệt bệnh nhân suy hô hấp cấp tiến triển nếu để tuột máy thở có thể dẫn đến tử vong nhanh chóng. Trên bệnh nhân thở máy thường kèm theo nhiều máy truyền dịch, bơm tiêm điện, ống thông dạ dày, … do vậy công việc chăm sóc bệnh nhân này khó khăn và cần phải có người hỗ trợ.

Có 2 phương thức: bệnh nhân thở máy xâm nhập và bệnh nhân thở máy không xâm nhập.

II. CHUẨN BỊ

1. Cán bộ thực hiện: bác sỹ, điều dưỡng chuyên ngành hồi sức cấp cứu.

2. Dụng cụ:

- Bộ chăm sóc nội khí quản, mở khí quản.
- Bộ đặt nội khí quản, mở khí quản.
- Monitor theo dõi nhịp tim, SpO_2, nhịp thở, huyết áp.
- Hệ thống máy hút, ống thông hút đờm kín và dùng 1 lần.
- Ống nghe, đo huyết áp.

III. QUY TRÌNH

1. Chăm sóc nội khí quản (NKQ) hoặc mở khí quản (MKQ)

1.1. Mục tiêu

NKQ hoặc MKQ phải thông thoáng, đúng vị trí, tránh nhiễm khuẩn.

1.2. Thực hiện các kỹ thuật

- Làm thông thoáng đường hô hấp bằng hút đờm.
- Thực hiện kỹ thuật thay băng ống MKQ, NKQ đúng quy trình, đảm bảo đúng vị trí, sạch tránh nhiễm khuẩn.
- Kiểm tra áp lực bóng chèn (cufl) của NKQ, MKQ.

2. Chăm sóc mặt nạ thở máy không xâm nhập

- Kích cỡ mặt nạ phải vừa với mặt bệnh nhân.
- Khi cố định mặt nạ không được chặt quá dễ gây loét chỗ tì đè (sống mũi) hoặc lỏng quá gây dò khí ra ngoài làm giảm áp lực đường thở.
- Cố định mặt nạ: phía trên vòng qua đầu ở trên tai, phía dưới vòng qua sau gáy.
- Có thể bỏ máy khi bệnh nhân ho khạc đờm.
- Bỏ máy thở không xâm nhập khi bệnh nhân ăn, uống nước (nếu không sẽ gây sặc thức ăn, nước vào phổi).
- Phải giải thích lợi ích và những tác dụng không mong muốn (chướng bụng, cảm giác ngạt thở…) để bệnh nhân hợp tác.

3. Chăm sóc, theo dõi hoạt động của máy thở

3.1. Các nguồn cung cấp cho máy thở

- Nguồn điện: luôn luôn được cắm vào hệ thống điện lưới. Khi có điện, đèn báo AC sẽ sáng lên có tác dụng vừa chạy máy thở, vừa nạp điện cho ắc quy của máy để phòng khi mất điện lưới máy sẽ tự động chuyển sang chạy điện ác quy (thời gian chạy điện ác quy kéo dài tùy theo từng loại máy thở).

- Nguồn oxy: được nối với hệ thống cung cấp oxy, khi bật máy sẽ không có báo động áp lực oxy (O_2 pressure).

- Nguồn khí nén: được nối với hệ thống cung cấp khí nén, khi bật máy sẽ không có báo động áp lực khí nén (compressor).

3.2. Hệ thống ống dẫn khí

- Các ống dẫn khí vào bệnh nhân và từ bệnh nhân ra luôn phải để thấp hơn NKQ (MKQ) để tránh nước đọng ở thành ống vào NKQ (MKQ) gây sặc phổi.

- Thay đoạn ống dẫn khí (dây máy thở, dây chữ T) khi nhiều đờm hoặc máu của bệnh nhân trong ống dẫn khí.

- Trên đường ống dẫn khí vào và ra luôn phải có bẫy nước (nước đọng ở thành ống sẽ chảy vào bẫy nước này, vì vậy bẫy nước được để ở vị trí thấp nhất). Chú ý phải đổ nước đọng ở trong cốc bẫy nước, nếu để đầy sẽ gây ra cản trở đường thở và có nguy cơ nước chảy vào phổi bệnh nhân nếu nâng đường ống thở lên cao hơn NKQ (MKQ).

3.3. Hệ thống làm ẩm đường dẫn khí

- Hệ thống này nằm ở đường thở vào, trước khi khí được đưa vào bệnh nhân.

- Bình làm ẩm sử dụng nước cất, phải đảm bảo cho mực nước trong bình luôn luôn ở trong giới hạn cho phép.

- Bình đốt của hệ thống làm ẩm: 30-35^oC, có tác dụng làm tăng độ ẩm khí thở vào, vì vậy tránh được hiện tượng khô đờm gây tắc.

- Nhiệt độ đốt càng cao thì tốc độ bay hơi của nước trong bình làm ẩm càng nhanh, do vậy phải thường xuyên đổ thêm nước vào bình làm ẩm. Với nhiệt độ 35^oC hết 2000mL/ngày.

- Một số máy thở có thêm hệ thống dây đốt nằm trong đường ống thở vào và bình đốt của hệ thống làm ẩm. Do vậy, dây dùng cho máy thở loại này cũng phải có tác dụng chịu nhiệt.

3.4. Theo dõi các thông số trên máy thở, hệ thống báo động của máy thở

4. Theo dõi các thông số bệnh nhân

- Nhịp tim, huyết áp, SpO_2, nhiệt độ, khí máu động mạch.

- Tính chất đờm: nhiều, đục (có tình trạng nhiễm khuẩn hô hấp).

- Dịch dạ dày.

- Nước tiểu (màu sắc, số lượng).

- Các dẫn lư khác: dẫn lưu màng phổi, màng tim, não thất, …

5. Phát hiện các biến chứng để có thái độ xử trí

5.1. Để tránh trào ngược dịch dạ dày, dịch hầu họng vào phổi

- Kiểm tra áp lực bóng chèn hàng ngày.

- Để bệnh nhân nằm đầu cao 30 độ (nếu không có chống chỉ định).

- Cho bệnh nhân ăn nhỏ giọt dạ dày, không quá 300mL/bữa ăn (theo protocol cho ăn qua ống thông dạ dày).

- Khi có trào ngược dịch vào phổi: dẫn lưu tư thế hoặc soi hút phế quản bằng ống soi mềm.

5.2. Tràn khí màng phổi

- Biểu hiện: bệnh nhân tím, SpO_2 giảm nhanh, mạch chậm, lồng ngực bên tràn khí căng, gõ vang, tràn khí dưới da, …

- Phải tiến hành dẫn lưu khí ngay, nếu không mở thông phổi kịp thời sẽ làm cho áp lực trong lồng ngực tăng lên rất nhanh dẫn đến suy hô hấp và ép tim cấp, bệnh nhân nhanh chóng tử vong.

- Tiến hành mở màng phổi tối thiểu cấp cứu với ống dẫn lưu đủ lớn.

- Nối với máy hút liên tục với áp lực 15-20cmH_2O.

- Phải kiểm tra ống dẫn lưu hàng ngày phát hiện ống có bị gập hay tắc không.

- Hệ thống máy hút phải đảm bảo đủ kín, hoạt động tốt, nước trong bình dẫn lưu từ bệnh nhân ra phải được phải được theo dõi sát và đổ hàng ngày. Nước trong bình để phát hiện có khí ra phải luôn luôn sạch.

- Để ống dẫn lưu đến khi hết khí và sau 24 giờ thì kẹp lại rồi chụp X-quang phổi kiểm tra, nếu đạt yêu cầu phổi nở hết thì rút ống dẫn lưu ra.

5.3. Viêm phổi liên quan đến thở máy

- Biểu hiện: đờm đục, nhịp tim nhanh, sốt hoặc hạ nhiệt độ, bạch cầu tăng, X-quang phổi có hình ảnh tổn thương mới.

- Xét nghiệm dịch phế quản (soi tươi, cấy): để xác định vi khuẩn gây bệnh. Cấy máu khi nghi ngờ có nhiễm khuẩn huyết.

- Đánh giá lại các quá trình hút đờm, vệ sinh hệ thống dây, máy thở xem có đảm bảo vô khuẩn không.

- Dùng kháng sinh mạnh phổ rộng, kết hợp kháng sinh theo protocol.

5.4. Dự phòng loét tiêu hoá

Dùng thuốc giảm tiết dịch dạ dày: ức chế bơm proton, thuốc băng niêm mạc dạ dày...

5.5. Dự phòng và chăm sóc vết loét do tỳ đè

Thay đổi tư thế mỗi 3 giờ: thẳng, nghiêng phải, nghiêng trái (nếu không có chống chỉ định) để tránh tỳ đè lâu một chỗ. Ngoài tác dụng chống loét, còn có tác dụng dự phòng xẹp phổi.

- Nếu tiên lượng bệnh nhân nằm lâu dài: cho bệnh nhân nằm đệm nước, đệm hơi có thay đổi vị trí bơm hơi tự động.

- Khi có biểu hiện đỏ da chỗ tỳ đè: dùng synaren xoa lên chỗ tỳ đè.

- Khi đã có loét: vệ sinh, cắt lọc và thay băng vết loét hàng ngày.

5.6. Dự phòng t c mạch sâu do nằm lâu

- Thay đổi tư thế, tập vận động thụ động cho bệnh nhân tránh ứ trệ tuần hoàn.

- Kiểm tra mạch một cách hệ thống: phát hiện có tắc mạch hay không, tắc tĩnh mạch hay động mạch.

- Dùng thuốc chống đông: heparin có trọng lượng phân tử thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Chợ Rẫy TPHCM (2018), *Phác đồ điều trị Cấp cứu - Hồi sức cấp cứu.*

XỬ TRÍ CHỐNG MÁY

I. LÂM SÀNG

Thở nhanh, môi tím, tim nhanh, tụt huyết áp, co kéo cơ hô hấp phụ, giảm SpO_2, tăng áp lực đường thở.

II. NGUYÊN NHÂN

1. Bệnh nhân

Đàm, dịch đường thở, co thắt phế quản, tràn khí màng phổi, phù phổi, bất thường trung tâm hô hấp, mất đồng bộ bệnh nhân và máy thở.

2. Máy thở

Đường dẫn khí hở, cài đặt các thông số không phù hợp, FiO_2, oxy thấp, flow không đủ…

III. XỬ TRÍ

Tách rời bệnh nhân và máy thở, bóp bóng giúp thở với FiO_2 100%. Nếu bệnh nhân có cải thiện: nguyên nhân do máy. Ngược lại không cải thiện, nguyên nhân do bệnh nhân.

Dùng an thần, giãn cơ để cải thiện tình trạng chưa thích ứng với máy của bệnh nhân. Thuốc thường được chọn:

Morphin: 1-5mg TM/5 phút cho đến khi hiệu quả, duy trì 1-10mg/giờ TTM.

Midazolam: 1-4mg TM/2-3 phút cho đến khi hiệu quả, duy trì 1-10mg/giờ TTM.

Diazepam: 2-5mg TM, duy trì 1-10mg/giờ TTM.

Thiopental: 50-100mg TM

Pancuronium: 0,05-0,1mg/kg TM, duy trì 1-2mg/giờ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Chợ Rẫy TPHCM (2018), *Phác đồ điều trị Cấp cứu - Hồi sức cấp cứu.*

CAI MÁY THỞ

I. CHỈ ĐỊNH

Cai máy thở là quá trình tách bỏ dần sự phụ thuộc máy thở của bệnh nhân, cho bệnh nhân trở lại thở tự nhiên an toàn.

Tất cả bệnh nhân thở máy đã có dấu hiệu hô hấp và huyết động ổn định sau khi tháo máy 15 phút, chỉ thở oxy qua ống thông.

II. ĐIỀU KIỆN

Bệnh tỉnh, tim mạch ổn định, thân nhiệt bình thường, điện giải bình thường.

Tình trạng dinh dưỡng đầy đủ.

$PaO_2 > 60mmHg$ với $FiO_2 < 50\%$

$PaCO_2 < 50mmHg$; pH < 7,25.

III. TIẾN HÀNH

- SIMV

+ PEEP: ≤ 5, f: 10 lần/phút, sau đó giảm dần.

+ f: 5 lần/phút trong 2 giờ không có dấu hiệu suy hô hấp, xem xét rút nội khí quản.

- P support.

+ Cài P ban đầu sao cho f ≤ 25 lần/phút thì giảm dần áp lực hỗ trợ.

+ P = 5-10/2giờ - tình trạng ổn thì rút nội khí quản.

IV. THẤT BẠI CAI MÁY

- Lo lắng, đổ mồ hôi.
- Tần số thở > 35 lần/phút, co kéo cơ hô hấp phụ.
- Nhịp tim > 140 lần/phút hoặc tăng > 20%.
- Huyết áp tâm thu > 180mmHg
- $SpO_2 < 90\%$.

Khi đó xem xét các nguyên nhân tắc đường thở và khả năng thở máy lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Chợ Rẫy TPHCM (2018), *Phác đồ điều trị Cấp cứu - Hồi sức cấp cứu.*

PHẦN II: NỘI KHOA

ĐAU THẮT NGỰC ỔN ĐỊNH

.

MÃ ICD 10: I20

I. ĐẠI CƯƠNG

Đau thắt ngực ổn định là một hội chứng lâm sàng xảy ra từng cơn do sự mất cân bằng cung cầu oxy cơ tim, phần lớn gây ra bởi hẹp động mạch vành do xơ vữa động mạch.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

1.1. Cơn đau th t ngực điển hình

Điển hình của cơn đau thắt ngực (hoàn cảnh xuất hiện, vị trí, hướng lan, mức độ đau). Thời gian cơn đau: thường khoảng vài phút, có thể dài hơn nhưng không quá 30 phút. Những cơn đau xảy ra do xúc cảm thường kéo dài hơn là đau do gắng sức. Những cơn đau mà chỉ kéo dài dưới 1 phút thì nên tìm nguyên nhân khác ngoài tim.

Trong cơn đau thắt ngực có thể nghe thấy tiếng T_3, T_4; tiếng ran ở phổi... Ngoài ra ít có triệu chứng thực thể nào là đặc hiệu.

1.2. Phân loại chức năng cơn đau th t ngực theo CCS: có 4 mức độ.

- Độ I: đau thắt ngực chỉ xảy ra khi hoạt động thể lực rất mạnh.

- Độ II: hạn chế nhẹ hoạt động thể lực bình thường. Đau thắt ngực xuất hiện khi leo cao > 1 lầu bằng cầu thang hay đi bộ khoảng cách hơn hai dãy nhà.

- Độ III: hạn chế đáng kể hoạt động thể lực thông thường. Đau thắt ngực khi đi bộ khoảng cách từ 1-2 dãy nhà hoặc leo cao 1 tầng lầu.

- Độ IV: các hoạt động thể lực bình thường đều gây đau thắt ngực, đau thắt ngực khi làm việc nhẹ, khi gắng sức nhẹ.

2. Cận lâm sàng

2.1. Các xét nghiệm cơ bản

- Công thức máu.

- Sinh hóa máu: đường huyết lúc đói, BUN, creatinine, AST, ALT, bilan lipid máu (cholesterol toàn phần, LDL-c, HDL-c, triglyceride), điện giải đồ, hs-CRP (có giá trị tiên đoán biến cố mạch vành), men tim Troponin I, CK-MB, LDH (nhằm loại trù hội chứng mạch vành cấp).

2.2. Các thăm dò không chảy máu thông thường

- Điện tâm đồ.

- X-quang tim phổi nên được làm cho những bệnh nhân có dấu hiệu suy tim, bệnh van tim, phình động mạch chủ.

- Siêu âm tim: nhằm đánh giá chức năng tâm trương và tâm thu thất trái, phát hiện các rối loạn vận động vùng, bệnh van tim thực tổn, …

2.3. Chụp mạch vành

2.4. MSCT hệ thống động mạch vành

III. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Bóc tách động mạch chủ, viêm màng ngoài tim cấp, thuyên tắc động mạch phổi, tràn khí màng phổi, viêm tụy cấp, viêm đường mật, …

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị nội khoa

1.1. Nhóm nitrate

Isosorbide dinitrate 10-40mg x 2-3 lần/ngày.

Isosorbide 5 mononitrate uống 1 lần/ngày liều 30-60mg.

Lưu ý: chống chỉ định (nhịp tim nhanh, tụt huyết áp, chỉ định cùng với sildenafil), tác dụng phụ (đau đầu, chóng mặt, hạ huyết áp), khoảng trống nitrate để tránh lờn thuốc.

1.2. Các thuốc chẹn β giao cảm

Thuốc chẹn β giao cảm được sử dụng như thuốc hàng đầu trong điều trị suy vành (nếu không có chống chỉ định). Nên dùng chẹn β_1 chọn lọc (metoprolol, atenolol) ít có tác dụng phụ gây nặng thêm bệnh lý mạch máu ngoại biên và co thắt phế quản. Nếu nhịp tim hơi chậm nên dùng ức chế beta có hoạt tính giao cảm ISA (+) như pindolol, acébutolol.

Nên bắt đầu bằng liều thấp rồi tăng dần đến khi đạt mục tiêu:

- Nhịp tim lúc nghỉ 50-60 nhịp/phút.
- Khi gắng sức, nhịp tim < 100 nhịp/phút.

Atenolol bắt đầu với liều 12,5mg x 2 lần/ngày, tăng liều dần đến 25-50mg x 2 lần/ngày.

Metoprolol bắt đầu với liều 50mg 1 lần/ngày, tăng liều dần đến 100-200mg 1 lần/ngày.

Lưu ý các chống chỉ định: bệnh phổi t c nghẽn mạn tính, nhịp tim chậm, block nhĩ thất cao độ, suy tim nặng, bệnh mạch máu ngoại biên, ...

1.3. Thuốc ức chế calci

Cardiazem: dãn động mạch hơn tĩnh mạch nên làm hạ huyết áp, giảm công của tim và giảm áp lực tâm thu buồng thất trái. Liều lượng: 120-360mg/ngày chia 1-3 lần tùy thuộc vào chế phẩm tác dụng dài hay ngắn.

Verapamil: giống như cardiazem nhưng mạnh hơn về tác dụng giảm nhịp tim, block nhĩ thất. Liều lượng: 120-480mg/ngày chia 1-3 lần tùy thuộc vào chế phẩm.

Nifedipine: thuốc tác dụng dãn mạch trực tiếp, không có ảnh hưởng đến dẫn truyền nhĩ thất và sức co bóp cơ tim, thường được chỉ định nếu có tăng huyết áp đi kèm. Liều lượng: 30-60mg/ngày chia 1-3 lần tùy thuộc vào chế phẩm.

1.4. Ức chế men chuyển

Chỉ định ở bệnh nhân đau thắt ngực ổn định kèm đái tháo đường và hoặc rối loạn chức năng thất trái, tăng huyết áp. Nên khởi đầu bằng liều thấp để tránh tụt huyết áp và suy thận.

1.5. Thuốc tác động lên chuyển hóa tế bào

Nếu đau thắt ngực chưa được kiểm soát tốt với các thuốc trên nên phối hợp thêm trimetazidine 20mg x 3 lần/ngày hoặc 35mg 1 lần/ngày với dạng viên giải phóng chậm.

1.6. Các thuốc chống ngưng kết tiểu cầu

Dùng lâu dài aspirine liều thấp 80-160mg/ngày.

Nếu bệnh nhân bị viêm loét dạ dày tá tràng hoặc kém dung nạp với aspirin dùng clopidogrel 75mg 1 lần/ngày.

1.7. Statin

Được chứng minh là có khả năng phòng ngừa cả tiên phát lẫn thứ phát bệnh động mạch vành.

Simvastatin 10mg hoặc atorvastatin 10mg uống 1 lần vào buổi tối.

LDL-c mục tiêu < 100mg/dL (tối ưu < 70mg/dL).

2. Các biện pháp điều trị không dùng thuốc

Điều chỉnh lối sống.

Tập thể dục, vận động thể lực đều đặn.

Điều chỉnh chế độ ăn cho hợp lý: giảm mỡ, giảm muối, giảm tinh bột, tăng cường rau, quả, cá.

Bỏ thuốc lá, rượu, bia.

Tránh các yếu tố gây căng thẳng thần kinh, tâm lý.

3. Điều trị can thiệp động mạch vành

Nong động mạch vành bằng bóng, đặt stent hoặc dùng các thiết bị khác; mổ làm cầu nối chủ vành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Chợ Rẫy TPHCM (2018), *Phác đồ điều trị Nội khoa.*

CƠN ĐAU THẮT NGỰC KHÔNG ỔN ĐỊNH/ NHỒI MÁU CƠ TIM KHÔNG ST CHÊNH LÊN

MÃ ICD 10: I20.0

I. ĐẠI CƯƠNG

Hội chứng mạch vành cấp bao gồm: nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp có ST chênh lên (hoặc có sóng Q); NMCT cấp không có ST chênh lên (không Q) và đau thắt ngực không ổn định (ĐTNKÔĐ). Trong đó, người ta thường xếp NMCT không có ST chênh lên và ĐTNKÔĐ vào cùng một bệnh cảnh gọi là bệnh mạch vành không ổn định và có cách xử trí như nhau.

II. TRIỆU CHỨNG

1. Lâm sàng

1.1. Triệu chứng cơ năng

Đau thắt ngực kiểu mạch vành, cơn đau thường mới xảy ra với tính chất dữ dội hơn, kéo dài hơn, có thể xảy ra cả trong khi nghỉ, có thể không hoặc ít đáp ứng với nitrate.

1.2. Khám lâm sàng

Khám lâm sàng ít có giá trị để chẩn đoán ĐTNKÔĐ, nhưng khám lâm sàng giúp chẩn đoán phân biệt cũng như đánh giá các yếu tố nguy cơ, biến chứng, …; chẩn đoán phân biệt với các bệnh như viêm màng ngoài tim, viêm phế quản, viêm khớp ức sườn các bệnh tim thực tổn kèm theo, …; phát hiện các triệu chứng của suy tim, tiếng T_3, hở van tim, …

2. Cận lâm sàng

2.1. Các xét nghiệm cơ bản

Công thức máu, đường máu, chức năng gan, thận, bilan lipid máu.

2.2. Điện tâm đồ

Trong cơn đau có thể thấy sự biến đổi của đoạn ST: chênh xuống, T đảo chiều, ST chênh lên thoáng qua. Nếu ST chênh lên bền vững hoặc mới có xuất hiện block nhánh trái thì ta cần phải nghĩ đến NMCT.

Có tới trên 20% bệnh nhân không có thay đổi trên ĐTĐ.

Việc phân biệt ĐTNKÔĐ với NMCT cấp không có sóng Q chủ yếu là xem có sự thay đổi của men tim hay không.

2.3. Men tim

Các men thường được dùng để theo dõi là CK, CK-MB, troponin T và I. Cần đánh giá sự biến đổi của men tim.

2.4. Siêu âm tim

Siêu âm tim giúp chẩn đoán rối loạn vận động vùng (nếu có), đánh giá chức năng thất trái (đặc biệt sau NMCT) và các bệnh lý thực tổn van tim kèm theo hoặc giúp cho việc chẩn đoán phân biệt.

2.5. Chụp mạch vành

2.6. MSCT hệ thống động mạch vành

III. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị nội khoa

1.1. Các thuốc chống ngưng kết tiểu cầu

- Aspirin: ngay lúc đầu nên dùng liều cao 325-500mg. Những ngày sau có thể dùng liều từ 81-325mg/ngày.

- Clopidogrel: cho liều tấn công ngày đầu 300mg, sau đó 75mg/ngày.

1.2. Kháng đông

Heparin trọng lượng phân tử thấp như enoxaparin 1mg/kg tiêm dưới da mỗi 12 giờ trong 48-72 giờ hoặc cho đến khi bệnh nhân ổn định.

1.3. Nitrate

- Nitroglycerin ngậm dưới lưỡi hay xịt dưới lưỡi hoặc isosorbid dinitrate 5mg (Risordan) ngậm dưới lưỡi.

- Nitroglycerin TTM 10-20mcg/phút, có thể tăng liều sau mỗi 5-10 phút tùy đáp ứng của bệnh nhân, mỗi lần tăng 5-10mcg/phút.

1.4. Các thuốc chẹn beta giao cảm

- Metoprolol: 50-200mg/ngày.

- Bisoprolol: 5-10mg/ngày.

Lưu ý chống chỉ định: nhịp chậm (block nhĩ thất độ II, III), bệnh phổi mạn tính tắc nghẽn; suy tim nặng mất bù, bệnh mạch máu ngoại vi, huyết áp thấp, shock tim.

1.5. Các thuốc chẹn kênh calci

- Diltiazem 120-360mg chia 2 lần/ngày.

- Verapamil 80-240mg chia 2 lần/ngày.

1.6. Các thuốc ức chế men chuyển

Chỉ định khi có rối loạn chức năng thất trái, tăng huyết áp đặc biệt trên người đái tháo đường.

1.7. Statin

Được chứng minh là có khả năng phòng ngừa cả tiên phát lẫn thứ phát bệnh động mạch vành.

Simvastatin 10mg hoặc atorvastatin 10mg uống 1 lần vào buổi tối.

LDL-c mục tiêu < 100mg/dL (tối ưu < 70mg/dL).

2. Các biện pháp điều trị không dùng thuốc

Điều chỉnh lối sống.

Tập thể dục, vận động thể lực đều đặn.

Điều chỉnh chế độ ăn cho hợp lý: giảm mỡ, giảm muối, giảm tinh bột, tăng cường rau, quả, cá.

Bỏ thuốc lá, rượu, bia.

Tránh các yếu tố gây căng thẳng thần kinh, tâm lý.

3. Điều trị can thiệp động mạch vành

Nong động mạch vành bằng bóng, đặt stent hoặc dùng các thiết bị khác; mổ làm cầu nối chủ vành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2019), *Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hội chứng vành cấp,* ban hành kèm theo Quyết định 2187/QĐ-BYT.

CƠN NHỊP NHANH KỊCH PHÁT TRÊN THẤT

I. ĐỊNH NGHĨA

Nhịp nhanh kịch phát trên thất (NNKPTT) là một nhịp nhanh đều với QRS hẹp, ngoại trừ dẫn truyền lệch hướng trong nhịp nhanh trên thất sẽ gây ra nhịp nhanh QRS rộng.

II. LÂM SÀNG

- NNKPTT thường xảy ra ở những bệnh nhân không có bệnh tim thực tổn.
- Có thể có những cơn hồi hộp đánh trống ngực, mệt, nặng ngực, tim đập nhanh xuất hiện và kết thúc đột ngột. Bệnh nhân thường trong trạng thái hoảng sợ, lo lắng.
- Có thể khó thở nhanh và tụt huyết áp, ran ẩm ở phổi, tiếng tim T_3 và tĩnh mạch cổ nổi.
- Tiếng tim đều, nhanh > 150 lần/phút.

III. CẬN LÂM SÀNG

- Nhịp nhanh vào lại tại nút nhĩ thất: tần số 150-200 lần/phút, sóng p lẫn vào trong QRS hay ngay sau QRS.
- Nhịp nhanh vào lại nhĩ thất: tần số 150-250 lần/phút, QRS hẹp trong nhịp nhanh xuôi dòng và rộng trong nhịp nhanh ngược dòng.

IV. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định: chủ yếu dựa vào ECG.

2. Chẩn đoán phân biệt

Cần chẩn đoán phân biệt NNKPTT có QRS rộng với nhịp nhanh thất hay rung thất.

V. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị cắt cơn

- Huyết động ổn định

+ Ấn nhãn cầu, xoa xoang cảnh.

+ ATP ống 20mg:

Lần 1: nửa ống bơm nhanh TM (IV bolus).

Lần 2: nửa ống bơm nhanh TM, nếu lần 1 không hiệu quả.

Lần 3: một ống bơm nhanh TM, nếu lần 2 không hiệu quả.

+ Hoặc amiodaron 150mg 1 ống TMC 10 phút.

+ Hoặc verapamil 2,5mg TMC 2-3 phút, lặp lại lần 2 nếu chưa cắt được cơn.

+ Hoặc digoxin 0,5mg TMC.

- HA tụt: thì sốc điện đồng bộ 50J (chống chỉ định khi dùng digoxin).

2. Điều trị dự phòng: nhóm thuốc ức chế bêta, ức chế canxi

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Chợ Rẫy TPHCM (2018), *Phác đồ điều trị Nội khoa.*

NGOẠI TÂM THU THẤT

MÃ ICD 10: I49.3

I. ĐẠI CƯƠNG

Ngoại tâm thu thất (NTTT) là một trong những rối loạn nhịp khá thường gặp. NTTT có thể xuất hiện trên người bình thường và không gây nguy hiểm, nhưng nhiều trường hợp NTTT xuất hiện trên bệnh nhân có bệnh tim và có thể gây nguy hiểm đến tính mạng người bệnh. Hay gặp trong một số bệnh lý sau: nhồi máu cơ tim, bệnh cơ tim giãn, bệnh cơ tim phì đại, bệnh van tim, tăng huyết áp, dùng các thuốc điều trị suy tim (digitalis), rối loạn điện giải.

II. LÂM SÀNG

- Bệnh nhân có thể không thấy triệu chứng gì, hoặc có cảm giác hồi hộp đánh trống ngực, hoặc là cảm giác hụt hẫng trong ngực.

- Sờ mạch có nhát rất yếu hoặc không thấy, tiếp đó là khoảng nghỉ dài hơn.

- Nghe tim có thể thấy những nhát bóp xảy ra sớm và sau đó thường hay có khoảng nghỉ bù.

III. CẬN LÂM SÀNG

- Dựa vào ECG.

- Nhát NTTT là nhát bóp đến sớm, phức bộ QRS thường giãn rộng, hình thù khác biệt so với nhát cơ bản, không có sóng p đi trước QRS, sóng T và đoạn ST trái chiều với QRS.

- NTTT có thể nhiều dạng, nhiều ổ.

- Các dấu hiệu báo một NTTT nguy hiểm: xảy ra ở bệnh nhân có bệnh tim thực tổn, số lượng NTTT nhiều, NTTT đi thành từng chùm hoặc nhịp đôi, cặp đôi, nhịp ba, NTTT đến sớm sẽ rơi trên sóng T của phức bộ thất trước đó, NTTT đa dạng, đa ổ.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Đối với NTTT cơ năng

- Thường lành tính, tiên lượng tốt, không cần điều trị đặc hiệu. Chỉ điều trị khi bệnh nhân có triệu chứng đau ngực, khó thở.

- Thuốc lựa chọn đầu tiên là ức chế bêta liều thấp.

2. Đối với NTTT thực tổn

- Lidocain 2% TM 80-100mg, sau đó TTM 1-4mg/phút

- Amiodaron 150mg TMC trong 10 phút. Sau đó duy trì 1mg/phút. Uống 800-1600mg/ngày x 1tuần; sau đó 400-600mg/ngày x 3tuần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Chợ Rẫy TPHCM (2018), *Phác đồ điều trị Nội khoa.*

NHỊP NHANH THẤT

MÃ ICD 10: I47.2

I. ĐỊNH NGHĨA

Là nhịp nhanh 120-240 lần/phút, phát sinh từ phần xa của bó His. Như vậy, nguồn gốc của nhịp nhanh thất có thể phát sinh từ cơ tim tâm thất và/hoặc từ hệ thống dẫn xa. Nhịp nhanh thất thực chất là một chuỗi ≥ 3 ngoại tâm thu thất liên tiếp trở lên.

Khi cơn nhanh thất kéo dài ≥ 30 giây gọi là nhanh thất bền bỉ, còn nếu < 30 giây gọi là nhanh thất không bền bỉ.

II. LÂM SÀNG

1. Triệu chứng cơ năng

- Hồi hộp, đánh trống ngực, chóng mặt và ngất do tưới máu não giảm.
- Đau ngực, lo lắng.
- Nghẹt ở cổ, khó thở.

2. Triệu chứng thực thể

- Tụt huyết áp, thở nhanh.
- Lơ mơ, mê, da xanh, đổ mồ hôi.
- Tĩnh mạch cổ nổi.
- Mạch nhanh, nhẹ. Đôi khi không bắt được
- Nghe nhịp tim rất nhanh, đều hoặc không đều, cường độ tiếng tim thay đổi.

III. CẬN LÂM SÀNG

1. CTM, ion đồ, chụp X-quang ngực thẳng

2. ECG

a. Tần số tim 120-170 lần/phút.

b. Thường đều, trừ nhịp nhanh thất đa dạng hoặc nhát bóp hỗn hợp thì có thể nhịp tim không đều.

c. QRS dãn rộng biểu hiện giống như block nhánh trái hay phải.

d. P có thể thấy, tần số chậm hơn QRS.

e. Tiêu chuẩn hình thái của nhịp nhanh thất:

- QRS > 0,14 giây
- QRS trục quay lên trên
- Hình thái ở các chuyển đạo trước tim:

+ Giống block nhánh (P) hoàn toàn ở V1, và R/S < 1 ở V6

+ Giống block nhánh (T) ở: V1 có RT > RS; V6 có dạng qR

+ Phân ly nhĩ thất có nhát bóp hỗn hợp, nhát thoát thất.

IV. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định: dựa vào ECG.

2. Chẩn đoán phân biệt: nhịp nhanh trên thất.

V. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

Tìm nguyên nhân gây rối loạn nhịp, cơ chế rối loạn nhịp, các yếu tố khởi phát, các biến chứng có thể có của rối loạn nhịp, cân nhắc hiệu quả cũng như là tác dụng phụ của phương pháp điều trị được lựa chọn.

2. Điều trị đặc hiệu

2.1. Nhịp nhanh thất đa dạng có rối loạn huyết động

Sốc điện không đồng bộ:

- Khởi đầu là 200j
- Lần 2 là 200-300j
- Lần 3 là 360j nếu cần

2.2. Nhịp nhanh thất không rối loạn huyết động

- Không bệnh mạch vành:

+ Amiodaron 150mg TMC trong 10 phút, nhắc lại mỗi 10-15 phút, truyền liều 360mg trong 6 giờ, sau đó 549mg trong 18 giờ, tổng liều 2,2g trong 24 giờ. Duy trì 200-400mg/ngày. Uống 800-1600mg/ngày x 1 tuần, sau đó 400-600mg/ngày x 3 tuần.

+ Hoặc lidocain 1-1,5mg/kg liều đầu, sau đó 0,5-0,75mg/kg, nhắc lại sau 10-15 phút tối đa 3 liều, duy trì 1-4mg/phút, tổng liều <2g.

- Có bệnh mạch vành: lidocain (giống như trên).

- Nếu thất bại với thuốc thì sốc điện đồng bộ chuyển nhịp 50-200j, kết hợp với thuốc an thần

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Chợ Rẫy TPHCM (2018), *Phác đồ điều trị Nội khoa.*

XOẮN ĐỈNH

MÃ ICD 10: I47.2

I. ĐỊNH NGHĨA

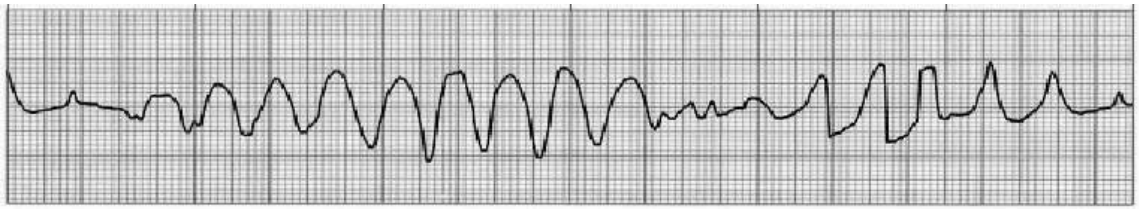
Xoắn đỉnh là một loại nhịp nhanh thất đa hình thái có liên quan đến hiện tượng tái cực chậm trễ của cơ tim.

II. LÂM SÀNG

Ngất, đột tử.

III. CẬN LÂM SÀNG

ECG: hình ảnh nhịp thất nhanh tới > 200 chu kỳ/phút với hình thái đa dạng và các đỉnh của QRS xoắn quanh trục đường đẳng điện (có lúc đỉnh QRS quay lên trên, có lúc quay xuống dưới đường đẳng điện).



IV. CHẨN ĐOÁN

- Lâm sàng
- Tiền sử bệnh tim mạch
- Tiền sử sử dụng thuốc
- ECG

V. ĐIỀU TRỊ

1. Cắt cơn

- Cú đấm mạnh trước ngực bệnh nhân.
- Sốc điện không đồng bộ 50 - 100j có thể tăng đến 360j nếu cần.

2. Điều chỉnh các rối loạn điện giải máu

- Magne sulfate IV với liều 1-2g, có thể nhắc lại đến tổng liều 2-4g trong vòng 15 phút.
- Bù kali và canxi.
- Ngừng các thuốc gây xoắn đỉnh hoặc rối loạn điện giải máu.

3. Điều trị các rối loạn nhịp chậm nếu có

- Isoproterenol truyền tĩnh mạch
- Có thể dùng lidocain
- Chuyển đặt máy tạo nhịp

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Chợ Rẫy TPHCM (2018), *Phác đồ điều trị Nội khoa.*

BLOCK NHĨ THẤT

I. ĐỊNH NGHĨA

Block nhĩ thất (block AV) là tình trạng xung động điện từ nhĩ xuống thất bị block ở thời điểm mà bộ nối nhĩ thất đã ra khỏi thời gian trơ sinh lý. Tình trạng block này có thể xảy ra trong nhĩ, trong nút nhĩ thất và/hoặc tại hệ thống His-Purkinje.

II. LÂM SÀNG

- Thường không có triệu chứng cơ năng. Ở block AV độ III bệnh nhân có thể thấy choáng váng thoáng qua, mất thăng bằng và có thể bị ngất.
- Nghe tim thấy nhịp tim chậm.
- Huyết áp tối đa thường tăng, huyết áp tối thiểu thường giảm.

III. CẬN LÂM SÀNG

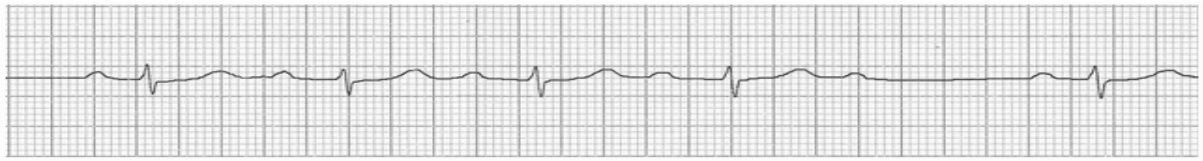
Chủ yếu là ECG, có 3 loại block AV.

1. Block nhĩ thất độ I

+ Sóng P bình thường, dẫn truyền QRS theo tỉ lệ 1:1
+ PR > 0,2 giây. Ở trẻ em > 0,18 giây. QRS bình thường.
+ Không cần điều trị.

2. Block AV độ II

- Mobitz I (chu kỳ Wenckebach)



+ PR dài dần và kết thúc bởi 1 nhát bóp không có QRS, tiếp đến là chu kỳ mới.
+ RR dài nhất (không có QRS) < 2RR ngắn nhất. QRS bình thường hoặc dãn rộng.

- Mobitz II:

Các mũi tên chỉ "bỏ" phức bộ QRS (tức là sóng P không dẫn)

+ Sóng P bình thường, nhiều hơn QRS, có P không dẫn truyền.
+ PR ở nhát có QRS không đổi. QRS bình thường hoặc dãn rộng.
+ Khi có ít nhất 2 sóng P không dẫn, gọi là block AV độ cao:

3. Block nhĩ thất độ III

+ P bình thường, 60-100 lần/phút. QRS đều, chậm hơn sóng P.

+ Không có liên hệ giữa P và QRS.

+ QRS hẹp (chủ nhịp là bộ nối) hoặc rộng (chủ nhịp là thất).

IV. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào lâm sàng và ECG

V. ĐIỀU TRỊ

- Nếu ngất, xử trí cấp cứu: atropin 0,5mg x 4 TMC/ngày

- HA thấp:

+ Dopamin 5mg/kg/phút.

+ Hoặc adrenalin TTM: 1-2mg/phút. Không nên dùng cho bệnh nhân có bệnh động mạch vành.

- Isoproterenol (isuprel) 2-10mcg/phút.

- Chuyển tuyến trên đặt máy tạo nhịp.

- Điều trị bệnh nền nếu có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Chợ Rẫy TPHCM (2018), *Phác đồ điều trị Nội khoa.*

SUY TIM MẠN

MÃ ICD 10: I50

I. ĐỊNH NGHĨA

Suy tim là tình trạng bệnh lý trong đó cung lượng tim không đủ để đáp ứng nhu cầu ôxy của cơ thể trong mọi tình huống sinh hoạt của bệnh nhân.

II. TRIỆU CHỨNG

1. Các triệu chứng và dấu hiệu lâm sàng suy tim

Triệu chứng	Dấu hiệu
Điển hình	*Đặc hiệu*
Khó thở Khó thở tư thế Khó thở kịch phát về đêm Giảm dung nạp gắng sức Mệt mỏi, tăng thời gian hồi phục sau khi gắng sức Phù chân	TMC nổi Phản hồi gan cảnh Tiếng tim thứ 3 (nhịp Gallop) Diện đập mỏm tim lệch
Ít điển hình	*Ít đặc hiệu*
Ho về đêm Thở khò khè Cảm giác sưng phồng Ăn mất ngon Lẫn lộn (đặc biệt ở người lớn tuổi) Trầm cảm Đánh trống ngực Choáng váng Ngất	Tăng cân (> 2kg/tuần) Giảm cân (trong suy tim tiến triển) Mất mô (suy mòn) Tiếng thổi tim Phù ngoại biên Ran phổi Tràn dịch màng phổi Nhịp tim nhanh Mạch không đều Thở nhanh Nhịp thở Cheyne Stokes Gan to Cổ chướng Chi lạnh Thiểu niệu Huyết áp kẹp

2. Cận lâm sàng

2.1. ECG

- Nhịp nhanh xoang hoặc rối loạn nhịp tim.

- Triệu chứng trên ĐTĐ gợi ý nguyên nhân: sóng Q hoại tử cơ tim, phì đại thất trái (tăng HA hoặc hẹp chủ), rối loạn nhịp, block nhánh trái hoặc yếu tố khởi phát đợt cấp mất bù của suy tim: rung nhĩ, thiếu máu cơ tim...

- Triệu chứng của suy tim phải: trục phải, tăng gánh thất phải.

- Triệu chứng suy tim toàn bộ: tăng gánh cả hai buồng thất.

2.2. Peptid lợi niệu Na

Trong suy tim mạn, giới hạn trên bình thường của BNP là 35pg/mL và của NT-proBNP là 125pg/mL. Trong suy tim cấp, giá trị cao hơn nên được sử dụng (BNP 100pg/mL, NT-proBNP 300pg/mL). BNP được khuyến cáo để loại trừ suy tim. Cần nhớ là peptid lợi niệu Na tăng trong rất nhiều bệnh do nguyên nhân tim mạch và ngoài tim mạch: suy thận, nhiễm trùng, tuổi cao, …

2.3. Siêu âm tim

Đánh giá phân suất tống máu thất trái, đánh giá cấu trúc và chức năng thất phải.

2.4. Chụp tim phổi thẳng

Bóng tim to, cung dưới trái giãn trong trường hợp suy tim trái, hình ảnh ứ máu ở phổi…

2.5. Xét nghiệm máu cơ bản khác

- Công thức máu.

- Sinh hóa máu: chức năng gan, thận, ion đồ, …

III. CHẨN ĐOÁN

1. Các thể suy tim

Tiêu chuẩn	Suy tim EF giảm	Suy tim EF giới hạn	Suy tim EF bảo tồn
1	Triệu chứng ± dấu hiệu (dấu hiệu có thể không có trong giai đoạn sớm của suy tim hoặc ở bệnh nhân đã điều trị lợi tiểu)	Triệu chứng ± dấu hiệu (dấu hiệu có thể không có trong giai đoạn sớm của suy tim hoặc ở bệnh nhân đã điều trị lợi tiểu)	Triệu chứng ± dấu hiệu (dấu hiệu có thể không có trong giai đoạn sớm của suy tim hoặc ở bệnh nhân đã điều trị lợi tiểu)
2	EF < 40%	EF 40-49%	EF ≥ 50%

2. Phân loại mức độ suy tim theo NYHA

Độ	Đặc điểm
I	Bệnh nhân có bệnh tim nhưng không có triệu chứng cơ năng nào, vẫn sinh hoạt và hoạt động thể lực gần như bình thường.
II	Các triệu chứng cơ năng chỉ xuất hiện khi gắng sức nhiều. Bệnh nhân bị giảm nhẹ các hoạt động về thể lực.
III	Các triệu chứng cơ năng xuất hiện kể cả khi gắng sức rất ít, làm hạn chế nhiều các hoạt động thể lực.
IV	Các triệu chứng cơ năng tồn tại một cách thường xuyên, kể cả lúc bệnh nhân nghỉ ngơi không làm gì cả.

3. Phân giai đoạn suy tim theo AHA/ACC (2008)

Giai đoạn	Đặc điểm
A	Bệnh nhân có các nguy cơ cao của suy tim nhưng chưa có các tổn thương cấu trúc tim.
B	Bệnh nhân đã có các bệnh lý ảnh hưởng cấu trúc tim nhưng chưa có triệu chứng và biểu hiện của suy tim.
C	Đã có tổn thương thực tổn ở tim, trong tiền sử hoặc hiện tại có triệu chứng cơ năng của suy tim, điều trị nội khoa có kết quả.
D	Bệnh nhân suy tim giai đoạn cuối cần các biện pháp điều trị đặc biệt.

4. Chẩn đoán nguyên nhân

4.1. Bệnh cơ tim

- Bệnh tim thiếu máu cục bộ: sẹo cơ tim, cơ tim ngủ đông/choáng váng, bệnh mạch vành thượng tâm mạc, bất thường vi mạch vành, rối loạn chức năng nội mạc.

- Tổn thương tim do độc chất: lạm dụng chất kích thích; ngộ độc kim loại nặng, thuốc.

- Tổn thương do viêm và qua trung gian miễn dịch: liên quan đến nhiễm trùng và không liên quan đến nhiễm trùng.

- Thâm nhiễm: liên quan bệnh lý ác tính và không liên quan bệnh lý ác tính.

- Rối loạn nội tiết, chuyển hóa.

- Bất thường di truyền: bệnh cơ tim phì đại, bệnh cơ tim dãn, ...

4.2. Tình trạng tải bất thường

- Tăng huyết áp

- Khiếm khuyết van và cấu trúc cơ tim: mắc phải hay bẩm sinh.

- Bệnh lý nội mạc cơ và màng ngoài tim: viêm màng ngoài tim co thắt, tràn dịch màng ngoài tim, xơ hóa nội mạc cơ tim.

- Tình trạng cung lượng tim cao: cường giáp, thai kỳ, ...

- Quá tải dịch: suy thận, quá tải dịch do thầy thuốc.

4.3. Rối loạn nhịp

- Rối loạn nhịp nhanh.

- Rối loạn nhịp chậm.

5. Chẩn đoán yếu tố thúc đẩy

Xác định và điều chỉnh các yếu tố thúc đẩy là bắt buộc trong tiếp cận và xử trí bệnh nhân suy tim nhập viện.

- Hội chứng vành cấp

- Rối loạn nhịp nhanh: rung nhĩ, nhịp nhanh thất, ...

- Rối loạn nhịp chậm

- Tăng huyết áp quá mức

- Nhiễm trùng: viêm phổi, nhiễm trùng huyết, ...

- Không tuân trị chế độ muối, dịch và thuốc đang dùng

- Chất độc hại: rượu, chất kích thích, ma túy, ...

- Thuốc: NSAIDs, corticoid, hóa trị chất có độc cho tim, ...

- Đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

- Thuyên tắc phổi

- Phẫu thuật và biến chứng quanh phẫu thuật

...

IV. ĐIỀU TRỊ

Bao gồm:

- Những biện pháp điều trị chung cho tất cả các loại nguyên nhân gây ra suy tim, chế độ không dùng thuốc, dùng thuốc và can thiệp.

- Những biện pháp điều trị đặc biệt áp dụng cho từng trường hợp cụ thể tùy theo nguyên nhân của suy tim.

1. Những biện pháp điều trị chung

1.1. Chế độ nghỉ ngơi

Nghỉ ngơi là một việc khá quan trọng vì góp phần làm giảm công của tim. Tùy mức độ suy tim mà có chế độ nghỉ ngơi, tập luyện khác nhau.

1.2. Chế độ ăn giảm muối

- Chế độ ăn giảm muối: bệnh nhân chỉ được dùng < 3g muối NaCl/ngày, tức là < 1,2g (50 mmol) Na+/ngày.

- Chế độ ăn gần như nhạt hoàn toàn: bệnh nhân chỉ được ăn < 1,2g muối NaCl/ngày tức là < 0,48g (20mmol) Na+ /ngày.

1.3. Hạn chế lượng nước và dịch dùng cho bệnh nhân

Chỉ nên dùng cho bệnh nhân khoảng 500-1000mL lượng dịch đưa vào cơ thể mỗi ngày tùy mức độ suy tim nặng hay nhẹ.

1.4. Thở oxy

1.5. Loại bỏ các yếu tố nguy cơ khác

- Bỏ thuốc lá, cà phê, ...

- Giảm cân nặng ở những bệnh nhân béo phì.

- Tránh các xúc cảm mạnh (stress).

- Ngừng những thuốc làm giảm sức bóp của cơ tim nếu đang dùng, ví dụ: các thuốc chẹn beta loại không để điều trị suy tim, verapamil, disopyramide, flecainide, ...

- Tránh các thuốc giữ nước như corticoid; NSAID, ...

- Điều trị những yếu tố làm nặng thêm tình trạng suy tim như thiếu máu, nhiễm trùng, rối loạn nhịp tim...

2. Điều trị nguyên nhân

2.1. Các nguyên nhân/ yếu tố nguy cơ thường gặp

- Tăng huyết áp.

- Đái tháo đường.

- Nhồi máu cơ tim và các bệnh mạch vành: có thể can thiệp trực tiếp vào chỗ tắc của động mạch vành bằng thuốc tiêu sợi huyết, nong và đặt Stent động mạch vành hoặc mổ bắc cầu nối chủ- vành...

- Bệnh van tim hoặc dị tật bẩm sinh: nếu có thể, cần xem xét sớm chỉ định can thiệp qua da (nong van bằng bóng, đóng các lỗ thông bằng dù...) hoặc phẫu thuật sửa chữa các dị tật, thay van tim.

- Suy tim do rối loạn nhịp tim kéo dài thì phải có biện pháp điều trị các rối loạn nhịp tim một cách hợp lý: dùng thuốc, sốc điện, đốt điện hay cấy máy tạo nhịp.

2.2. Các nguyên nhân/yếu tố nguy cơ khác

- Cường giáp: điều trị bằng kháng giáp trạng tổng hợp hoặc phương pháp phóng xạ hay phẫu thuật.

- Thiếu máu - thiếu sắt: cần tìm nguyên nhân, định lượng ferritin để điều trị và bù đủ.

- Thiếu vitamin B_1 (bệnh tê phù Beri-Beri): cần dùng vitamin B_1 liều cao.

3. Điều trị cụ thể bằng thuốc ở bệnh nhân suy tim với EF giảm

Mục tiêu điều trị ở bệnh nhân suy tim là:

- Cải thiện tình trạng lâm sàng.

- Cải thiện chức năng và chất lượng cuộc sống.

- Ngăn ngừa nhập viện và giảm tỷ lệ tử vong.

Những thuốc được chỉ định ở những bệnh nhân suy tim có triệu chứng với EF giảm:

3.1. Ức chế men chuyển

Tên thuốc	Liều khởi đầu	Liều đích
Captopril	6,25mg x 3 lần/ngày	50mg x 3 lần/ngày
Enalapril	2,5mg x 2 lần/ngày	20mg x 2 lần/ngày
Lisinopril	2,5-5mg x 1 lần/ngày	20-35mg x 1 lần/ngày
Ramipril	2,5mg x 1 lần/ngày	10mg x 1 lần/ngày
Trandolapril	0,5mg x 1 lần/ngày	4mg x 1 lần/ngày

3.2. Ức chế thụ thể

Tên thuốc	Liều khởi đầu	Liều đích
Candesartan	4-8mg x 1 lần/ngày	32mg x 1 lần/ngày
Valsartan	đầu 20-40mg x 2 lần/ngày	160mg x 2 lần/ngày
Losartan	25-50mg x 1 lần/ngày	50-150mg x 1 lần/ngày

(Khởi trị liều cao hơn khi bệnh nhân có kèm tăng huyết áp hoặc hở van mức độ trung bình - nặng)

3.3. Ức chế β

Tên thuốc	Liều khởi đầu	Liều đích
Bisoprolol	1,25mg x 1 lần/ngày	10mg x 1 lần/ngày
Carvedilol	3,125mg x 2 lần/ngày	25mg x 2 lần/ngày
Metoprolol succinate	12,5-25mg x 1 lần/ngày	200mg x 1 lần/ngày

3.4. Thuốc đối kháng thụ thể Minaralocorticoid (MRA)

Tên thuốc	Liều khởi đầu	Liều đích
Spironolactone	25mg x 1 lần/ngày	50mg x 1 lần/ngày
Eplerenon	25mg x 1 lần/ngày	50mg x 1 lần/ngày

3.5. Những thuốc điều trị khác được đề nghị ở bệnh nhân chọn lọc với suy tim EF giảm có triệu chứng

- Thuốc lợi tiểu: xem xét ở bệnh nhân có các dấu hiệu và/hoặc triệu chứng của sung huyết nhằm giảm nguy cơ nhập viện vì suy tim.

Tên thuốc	Liều khởi đầu	Liều đích
Furosemide	20-40mg	40-240mg
Hydroclorothiazide	0,5-1,0mg	1-5mg
Indapamide	2,5mg	2,5-5mg

- Ivabradine: xem xét ở bệnh nhân suy tim có triệu chứng, EF ≤ 35%, nhịp xoang và tần số tim khi nghỉ ≥ 70 lần/phút không dung nạp hoặc có chống chỉ định với ức chế β.

Khởi đầu 5mg x 2 lần/ngày → liều đích 7,5mg x 2 lần/ngày (bệnh nhân ≥ 75 tuổi khởi trị liều thấp hơn: 2,5mg x 2 lần/ngày).

- Isosorbid dinitrate: liều khởi đầu 20-30mg x 3 lần/ngày. Xem xét tăng liều mỗi 2-4 tuần, không tăng liều nếu có tụt huyết áp. Nếu người bệnh dung nạp, tăng liều để đạt liều đích 40mg x 3 lần/ngày. Có thể dùng isosorbid mononitrate thay isosorbid dinitrate để cải thiện biến chứng.

- Digoxin: xem xét ở bệnh nhân suy tim có triệu chứng, mặc dù đã điều trị với ức chế men chuyển (hoặc ức chế thụ thể), ức chế β và MRA để làm giảm nguy cơ nhập viện. Digoxin có cửa sổ điều trị hẹp do đó dễ bị ngộ độc, tình trạng này có liên quan cả hai yếu tố là nồng độ thuốc trong máu và tính nhạy cảm tại mô đích - mô cơ tim (ví dụ: suy kiệt, rối loạn toan kiềm, giảm kali) do đó cần điều chỉnh tốt rối loạn toan - kiềm và kali. Có hai chiến lược thường dùng trên lâm sàng là:

+ Liều tải: thường dùng ở bệnh nhân suy tim kèm rung nhĩ đáp ứng thất nhanh. Rung nhĩ nhanh ≥ 140 lần/phút kèm suy tim nên dùng liều tải đường tĩnh mạch, nếu rung nhĩ < 140 lần/phút và tình trạng suy tim không nặng có thể dùng liều tải đường tĩnh mạch hoặc đường uống. Liều tĩnh mạch và thời điểm dùng: G0 (0,25mg) - G2 (0,25mg) - G12 (0,25mg) → đạt 0,75-1mg/24 giờ đầu.

+ Liều duy trì: thường dùng liều thấp 0,125mg/ngày có khoảng trống (nghỉ 1-2 ngày/tuần, nghỉ cách ngày hoặc dùng 2 lần/tuần) hay không có khoảng trống. Điều này cần cân nhắc trên nhiều yếu tố (tuổi, thể trọng, bệnh tim nền, chức năng gan thận, dùng thuốc tương tác, ...).

4. Thiết bị hỗ trợ (device) cho bệnh nhân suy tim giảm phân suất tống máu thất trái

4.1. Máy tạo nhịp tái đồng bộ cơ tim (CRT)

4.2. Máy phá rung tự động (ICD)

5. Thay (ghép) tim

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2020), *"Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị suy tim mạn tính",* ban hành kèm theo Quyết định số 1762/QĐ-BYT.

TĂNG HUYẾT ÁP

MÃ ICD 10: I10

I. ĐẠI CƯƠNG

Tăng huyết áp là khi huyết áp tâm thu ≥ 140mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90mmHg.

Phần lớn tăng huyết áp ở người trưởng thành là không rõ nguyên nhân (tăng huyết áp nguyên phát), chỉ có khoảng 10% các trường hợp là có nguyên nhân (tăng huyết áp thứ phát).

II. CHẨN ĐOÁN

- Chẩn đoán xác định tăng huyết áp: dựa vào trị số huyết áp đo được sau khi đo huyết áp đúng quy trình.

- Phân độ huyết áp:

Phân độ huyết áp	**Huyết áp tâm thu (mmHg)**		**Huyết áp tâm trương (mmHg)**
Huyết áp tối ưu	< 120		< 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		< 90

Nếu huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương không cùng mức phân độ thì chọn mức cao hơn để xếp loại.

- Phân tầng nguy cơ tim mạch: dựa vào phân độ huyết áp, số lượng các yếu tố nguy cơ tim mạch và biến cố tim mạch.

Bệnh cảnh	HA bình thường	Tiền tăng HA	Tăng HA độ 1	Tăng HA độ 2	Tăng HA độ 3
	HATTh 120-129mmHg và HATTr 80-84mmHg	HATTh 130-139mmHg và/hoặc HATTr 85-89mmHg	HATTh 140-159mmHg và/hoặc HATTr 90-99mmHg	HATTh 160-179mmHg và/hoặc HATTr 100-109mmHg	HATTh ≥ 180mmHg và/hoặc HATTr ≥ 110mmHg

Không có yếu tố nguy cơ tim mạch nào			Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao
Có từ 1-2 yếu tố nguy cơ tim mạch (YTNCTM)	Nguy cơ thấp	Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ rất cao
Có > 3 YTNCTM hoặc hội chứng chuyển hóa hoặc tổn thương cơ quan đích hoặc đái tháo đường	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao	Nguy cơ cao	Nguy cơ cao	Nguy cơ rất cao
Đã có biến cố hoặc có bệnh tim mạch hoặc có bệnh thận mạn tính	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao

III. CẬN LÂM SÀNG

Tìm tổn thương cơ quan đích, nguyên nhân tăng huyết áp và yếu tố nguy cơ tim mạch.

1. Các xét nghiệm cơ bản

- Công thức máu (lưu ý hematocrit, hemoglobin)
- Tổng phân tích nước tiểu (lưu ý đạm niệu)
- Sinh hóa máu: đường huyết, ure, creatinine, acid uric, bộ mỡ (cholesterol, LDL-c, HDL-c, triglyceride), điện giải đồ (lưu ý kali máu)
- Đo ECG
- Chụp X-quang tim phổi.
- Siêu âm bụng (lưu ý thận và tuyến thượng thận)

2. Các xét nghiệm nên làm (nếu có điều kiện)

- Siêu âm doppler tim

- Siêu âm doppler động mạch cảnh

- Chỉ số ABI

- Soi đáy mắt

- Holter huyết áp

- Định lượng renin, aldosterone, corticosteroid, catecholamine máu.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc chung

- Điều trị đúng, đủ, hàng ngày, lâu dài.

- Mục tiêu: đạt huyết áp mục tiêu và giảm tối đa nguy cơ tim mạch.

- Huyết áp mục tiêu cần đạt là < 140/90mmHg 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 < 130/80mmHg.

- 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. Các biện pháp tích cực thay đổi lối sống

Áp dụng cho mọi bệnh nhân để ngăn ngừa tiến triển và giảm huyết áp, giảm số thuốc cần dùng.

- Chế độ ăn hợp lý, bảo đảm đủ kali và các yếu tố vi lượng:

+ Giảm ăn mặn (< 6 gam muối hay một muỗng cà phê muối mỗi ngày).

+ Tăng cường rau xanh, hoa quả tươi.

+ Hạn chế thức ăn có nhiều cholesterol và acid béo no.

- Tích cực giảm cân nếu quá cân, duy trì cân nặng lý tưởng với chỉ số khối cơ thể (BMI) từ 18,5-22,9 kg/m^2.

- Cố gắng duy trì vòng bụng dưới 90cm ở nam và dưới 80cm ở nữ.

- Hạn chế uống rượu, bia: số lượng ít hơn 3 cốc chuẩn/ngày (nam), ít hơn 2 cốc chuẩn/ngày (nữ) và tổng cộng ít hơn 14 cốc chuẩn/tuần (nam), ít hơn 9 cốc chuẩn/tuần (nữ). 1 cốc chuẩn chứa 10 gam ethanol tương đương 330mL bia hoặc 120mL rượu vang hoặc 30mL rượu mạnh.

- Ngừng hoàn toàn việc hút thuốc lá hoặc thuốc lào.

- Tăng cường hoạt động thể lực ở mức thích hợp: tập thể dục, đi bộ hoặc vận động ở mức độ vừa phải, đều đặn khoảng 30-60 phút mỗi ngày.

- Tránh lo âu, căng thẳng thần kinh; cần chú ý đến việc thư giãn, nghỉ ngơi hợp lý.

- Tránh bị lạnh đột ngột.

3. Điều trị tăng huyết áp bằng thuốc

- Chọn thuốc khởi đầu:

+ Tăng huyết áp độ 1: có thể lựa chọn một trong số các nhóm: lợi tiểu thiazide liều thấp, ức chế men chuyển, chẹn 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 hai loại thuốc (lợi tiểu, chẹn canxi, ức chế men chuyển, ức chế thụ thể, 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 12,5mg/ngày), chẹn canxi dạng phóng thích chậm (nifedipin retard 10-20mg/ngày), ức chế men chuyển (enalapril 5mg/ngày, perindopril 2,5-5mg/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.

- Phát hiện tổn thương cơ quan đích ngay ở giai đoạn tiền lâm sàng.

- Loại trừ các nguyên nhân tăng huyết áp thứ phát.

- Chọn chiến lược điều trị dựa vào mức độ tăng huyết áp và các yếu tố nguy cơ tim mạch.

- Tối ưu hóa phác đồ điều trị tăng huyết áp: dựa vào các chỉ định bắt buộc hoặc ưu tiên của từng nhóm thuốc hạ huyết áp trong các thể bệnh cụ thể. Phối hợp nhiều thuốc để tăng khả năng kiểm soát huyết áp thành công, giảm tác dụng phụ và tăng việc tuân thủ điều trị của người bệnh.

- Điều trị các bệnh phối hợp và điều trị dự phòng ở nhóm có nguy cơ tim mạch cao hoặc rất cao.

- Sử dụng thuốc hạ huyết áp đường tĩnh mạch trong tình huống khẩn cấp như tăng huyết áp ác tính, tách thành động mạch chủ, suy thận tiến triển nhanh, sản giật, tăng huyết áp kèm nhồi máu cơ tim cấp hoặc suy tim trái cấp, ...

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Quản lý người bệnh ngay tại tuyến y tế cơ sở để đảm bảo bệnh nhân được uống thuốc đúng, đủ và đều.

Tái khám định kỳ để phát hiện sớm các biến chứng và tác dụng phụ của thuốc.

Tăng cường truyền thông giáo dục nâng cao nhận thức và hiểu biết về bệnh tăng huyết áp cũng như các biến chứng của tăng huyết áp và các yếu tố nguy cơ tim mạch khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2010), *"Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp",* ban hành kèm theo Quyết định số 3192/QĐ-BYT.

2. Hội Tim mạch Việt Nam (2018), *"Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp 2018".*

RỐI LOẠN CHUYỂN HÓA LIPID MÁU

MÃ ICD 10: E75.5

I. ĐẠI CƯƠNG

Rối loạn lipid máu (RLLPM) là tình trạng bệnh lý khi có một hoặc nhiều thông số lipid bị rối loạn (tăng cholesterol hoặc tăng triglycerid hoặc tăng LDL-c hoặc giảm HDL-c…).

Các loại lipid máu theo kích thước:

- Chilomicron vi dưỡng chấp chứa triglycerid
- VLDL (very low dencity lipoprotein)
- LDL (low dencity lipoprotein)
- HDL (high dencity lipoprotein)

II. NGUYÊN NHÂN

1. Rối loạn lipid máu tiên phát

RLLPM tiên phát do đột biến gen làm tăng tổng hợp quá mức cholesterol (TC), triglicerid (TG), LDL-c hoặc giảm thanh thải TC, TG, LDL-c hoặc giảm tổng hợp HDL-c hoặc tăng thanh thải HDL-L. RLLPM tiên phát thường xảy ra sớm ở trẻ em và người trẻ tuổi, ít khi kèm thể trạng béo phì.

2. Rối loạn lipid máu thứ phát

Nguyên nhân của RLLPM thứ phát do lối sống tĩnh tại, dùng nhiều bia rượu, thức ăn giàu chất béo bão hòa. Các nguyên nhân thứ phát khác của RLLPM như đái tháo đường, bệnh thận mạn tính, suy giáp, xơ gan, dùng thuốc thiazid, corticoides, estrogen, chẹn beta giao cảm.

Tăng triglycerid thứ phát:

- Đái tháo đường.
- Cường cortisol (hội chứng Cushing).
- Nghiện rượu.
- Bệnh thận: hội chứng thận hư.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

1.1. Một số dấu chứng đặc hiệu ở ngoại biên của tăng lipid máu

- Cung giác mạc (arc cornea)
- Ban vàng (xanthelasma)
- U vàng gân (tendon xanthomas)
- U vàng dưới màng xương (periostea xanthomas)
- U vàng da hoặc củ (cutaneous or tuberous xanthomas)

- Dạng ban vàng lòng bàn tay (palmar xanthomas)

1.2. Một số dấu chứng nội tạng của tăng lipid máu

- Nhiễm lipid võng mạc (lipemia retinalis)
- Gan nhiễm mỡ (hepatic steatosis)
- Viêm tụy cấp
- Xơ vữa động mạch

2. Cận lâm sàng

Chẩn đoán RLLPM khi các thông số lipid có một hoặc nhiều rối loạn như sau:

- Cholesterol máu > 5,2mmol/L (200mg/dL)
- Triglycerid > 1,7mmol/L (150mg/dL)
- LDL-cholesterol > 2,58mmol/L (100mg/dL)
- HDL-cholesterol < 1,03mmol/L (40mmol/L)

3. Đánh giá rối loạn lipid máu theo NCEP ATPIII (2001)

Thông số lipid	Nồng độ	Đánh giá nguy cơ
CT (mg/dL)	< 200 200-239 ≥ 240	Bình thường Cao giới hạn Cao
TG (mg/dL)	< 150 150-199 200-499 ≥ 500	Bình thường Cao giới hạn Cao Rất cao
LDL-c (mg/dL)	< 100 100-129 130-159 160-189 ≥ 190	Tối ưu Gần tối ưu Cao giới hạn Cao Rất cao
HDL-c (mg/dL)	< 40 ≥ 60	Thấp Cao

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc chung

Điều trị RLLPM phải kết hợp thay đổi lối sống và dùng thuốc. Thay đổi lối sống là chỉ định đầu tiên, bao gồm tăng cường tập luyện, vận động thể lực và điều chỉnh chế độ tiết thực hợp lý với thể trạng và tính chất công việc.

2. Tập luyện, vận động thể lực

Thời gian tập luyện, vận động thể lực khoảng 30 đến 45 phút mỗi ngày, 5 ngày mỗi tuần, cường độ và thời gian tập tùy thuộc vào tình trạng sức khỏe nhất là những người có bệnh lý huyết áp, mạch vành, suy tim…

3. Chế độ tiết thực

- Hạn chế năng lượng nhất là những người béo phì.

- Hạn chế mỡ chứa nhiều acid béo bão hòa như mỡ trong thịt heo, thịt bò, thịt cừu…, giảm cholesterol có trong lòng đỏ trứng, bơ, tôm… Tăng lượng acid béo không bão hòa có trong các loại thực vật như dầu đậu nành, dầu ô liu, dầu bắp, trong mỡ cá…

- Khẩu phần ăn có sự cân đối giữa glucid, lipid và protid. Tránh dùng nhiều glucid (năng lượng do glucid cung cấp khoảng 50% năng lượng của phần ăn, lipid khoảng 30% và protid khoảng 20%).

- Hạn chế bia, rượu.

- Bổ sung chất xơ, vitamin, yếu tố vi lượng từ các loại rau, củ và hoa quả.

4. Thuốc giảm lipid máu

Thay đổi lối sống sau 2-3 tháng mà không đem lại hiệu quả như mong muốn thì chỉ định điều trị với các loại thuốc hạ lipid máu:

4.1. Nhóm statin (HMG-CoA reductase inhibitors)

- Tác dụng: giảm LDL-c, VLDL, TC, TG và tăng HDL-c. Ngoài ra nhóm statin còn giảm quá trình viêm của nội mạc mạch máu, giúp thoái triển mảng xơ vữa, tăng tổng hợp nitric oxide (ON) của tế bào nội mạc.

- Liều lượng và tên thuốc:

+ Atorvastatin: 10-20mg/ngày, liều tối đa 80mg/ngày.

+ Rosuvastatin: 10-20mg/ngày, liều tối đa 40mg/ngày.

+ Simvastatin: 10-20mg/ngày, liều tối đa 80mg/ngày.

+ Lovastatin: 20-40mg/ngày, liều tối đa 80mg/ngày.

+ Fluvastatin: 20-40mg/ngày, liều tối đa 80mg/ngày.

+ Pravastatin: 20-40mg/ngày, liều tối đa 80mg/ngày.

- Tác dụng không mong muốn có thể gặp: tăng men gan, tăng men cơ khi dùng liều cao, hoặc cơ địa người già, hoặc đang dùng nhiều loại thuốc như kháng sinh nhóm macrolide.

- Thận trọng đối với người bệnh có bệnh lý gan.

- Chỉ định: tăng LDL-c, tăng TC.

4.2. Nhóm fibrate

- Tác dụng: làm giảm TG, tăng HDL

- Liều lượng và tên thuốc:

+ Gemfibrozil: liều thường áp dụng trên lâm sàng: 600mg/ngày.

+ Clofibrat: 1000mg/ngày.

+ Fenofibrat: 145mg/ngày.

- Tác dụng không mong muốn:

+ Các triệu chứng rối loạn tiêu hóa như đầy hơi, trướng bụng, buồn nôn, giảm nhẹ chức năng gan, tăng men gan, sỏi mật, tăng men cơ, phát ban. Tác dụng phụ thường xảy ra khi dùng liều cao, hoặc cơ địa người già, hoặc có bệnh lý thận, gan trước.

+ Làm tăng tác dụng thuốc chống đông, nhất là nhóm kháng vitamin K.

- Không dùng cho phụ nữ có thai hoặc cho con bú, người bệnh suy gan, suy thận.

- Chỉ định điều trị: tăng TG.

4.3. Nhóm acid Nicotinic (Niacin, vitamin PP).

- Thuốc có tác dụng giảm TG, giảm VLDL, giảm LDL, và tăng HDL.

- Liều lượng và các biệt dược (Niacor, Niaspan, Slo-niacin):

+ Loại phóng thích nhanh: 100mg/dL, liều tối đa 1000mg/ngày.

+ Loại phóng thích nhanh: 250mg/dL, liều tối đa 1500mg/ngày.

+ Loại phóng thích nhanh: 500mg/dL, liều tối đa 2000mg/ngày.

- Tác dụng không mong muốn: đỏ phừng mặt, ngứa, các triệu chứng rối loạn tiêu hóa như đầy hơi, trướng bụng, buồn nôn, giảm nhẹ chức năng gan, tăng men gan, sỏi mật, tăng men cơ, phát ban, tăng đề kháng insulin. Tác dụng phụ thường xẩy ra khi dùng liều cao, hoặc cơ địa tuổi người già, hoặc có bệnh lý thận, gan trước.

- Chỉ định: tăng LDL-C, giảm HDL-C, tăng TG.

4.4. Nhóm Resin (Bile acid sequestrants)

- Resin trao đổi ion Cl- với acid mật, tăng tổng hợp acid mật từ cholesterol, làm tăng bài tiết mật và giảm cholesterol ở gan, kích thích tổng hợp thụ thể LDL-c, tăng thải LDL-c.

- Liều lượng và tên thuốc:

+ Cholestyramin: 4-8g/ngày, liều tối đa 32mg/ngày.

+ Colestipol liều: 5-10g/ngày, liều tối đa 40mg/ngày.

+ Colesevelam: 3750g/ngày, liều tối đa 4375mg/ngày.

- Chỉ định trong trường hợp tăng LDL-c.

- Tác dụng không mong muốn: các triệu chứng rối loạn tiêu hóa như đầy hơi, trướng bụng, buồn nôn, táo bón.

4.5. Ezetimibe

- Thuốc ức chế hấp thụ TC tại ruột, làm giảm LDL-c và tăng HDL-c.

- Tác dụng phụ: thuốc rất ít tác dụng phụ, có thể gặp tăng men gan.

- Liều lượng: 10mg/ngày.

- Chỉ định: tăng LDL-c.

4.6. Omega 3 (Fish Oils)

- Cơ chế tăng dị hóa TG ở gan.

- Liều thường áp dụng trên lâm sàng: 3g/ngày, liều tối đa 6g/ngày.

- Tác dụng không mong muốn: các triệu chứng rối loạn tiêu hóa như đầy hơi, trướng bụng, tiêu chảy.

- Chỉ định trong trường hợp tăng TG.

*** Chú ý:**

Các thuốc điều trị rối loạn lipid máu đều chuyển hóa qua gan. Do vậy trong thời gian sử dụng thuốc hạ lipid máu, cần cho các thuốc hỗ trợ và bảo vệ tế bào gan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2014), *"Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh Nội tiết - Chuyển hóa",* ban hành kèm theo Quyết định số 3879/QĐ-BYT.

2. Hội Tim mạch Việt Nam (2016), *"Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị rối loạn lipid máu 2016".*

ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

MÃ ICD 10: E10

I. ĐẠI CƯƠNG

Đái tháo đường là bệnh rối loạn chuyển hóa, có đặc điểm tăng glucose huyết do khiếm khuyết về tiết insulin, về tình trạng giảm tác động của insulin hoặc cả hai. Tăng glucose mạn tính trong thời gian dài gây nên những rối loạn chuyển hóa carbonhydrate, protid, lipid, gây tổn thương ở nhiều cơ quan khác nhau, đặc biệt ở tim và mạch máu, thận, mắt, thần kinh.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán đái tháo đường

Chẩn đoán đái tháo đường dựa vào một trong bốn tiêu chuẩn sau đây:

- Glucose huyết tương lúc đói (FPG) ≥ 126mg/dL (hay 7mmol/L).

- Glucose huyết tương ở thời điểm sau 2 giờ làm nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống 75g ≥ 200mg/dL (hay 11,1mmol/L).

- HbA1c ≥ 6,5%.

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

- Nếu không có triệu chứng kinh điển của tăng glucose huyết tương (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.

2. Chẩn đoán tiền đái tháo đường

Chẩn đoán tiền đái tháo đường khi có một trong các rối loạn sau đây:

- Rối loạn glucose huyết lúc đói: glucose huyết tương lúc đói từ 100mg/dL (5,6mmol/L) đến 125mg/dL (6,9mmol/L), hoặc:

- Rối loạn dung nạp glucose: glucose huyết tương ở thời điểm sau 2 giờ làm nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống 75g từ 140mg/dL (7,8mmol/L) đến 199mg/dL (11mmol/L), hoặc:

- HbA1c từ 5,7% đến 6,4%.

3. Phân loại đái tháo đường

- Đái tháo đường type 1 (tình trạng thiếu insulin tuyệt đối): bệnh nhân thường trẻ, thanh thiếu niên, khởi phát với các triệu chứng rầm rộ (sút cân nhanh chóng, đái nhiều, uống nhiều). Điều trị bắt buộc dùng insulin.

- Đái tháo đường type 2 (đề kháng insulin và sự thiếu hụt tương đối insulin): tuổi trưởng thành, khởi phát chậm, thường không rõ triệu chứng, thể trạng thừa cân, béo phì, …

- Đái tháo đường thai kỳ (là đái tháo đường được chẩn đoán trong 3 tháng giữa hoặc 3 tháng cuối thai kỳ và không có bằng chứng về đái tháo đường type 1, type 2 trước đó).

- Thể bệnh chuyên biệt của đái tháo đường do các nguyên nhân khác như đái tháo đường sơ sinh hoặc đái tháo đường do sử dụng thuốc và hóa chất như sử dụng glucocorticoid, điều trị HIV/AIDS hoặc sau cấy ghép mô, ...

III. LÂM SÀNG

1. Bệnh sử - lâm sàng

- Tuổi, đặc điểm lúc khởi phát đái tháo đường.
- Cân nặng các con lúc sinh (đối với phụ nữ).
- Cách ăn uống, tình trạng dinh dưỡng, tiền sử cân nặng, các thói quen.
- Tiền sử hút thuốc lá, uống rượu bia và sử dụng các chất gây nghiện.
- Tầm soát các bệnh đồng mắc và các bệnh về răng miệng, trầm cảm, lo âu và rối loạn ăn uống, các vấn đề tâm lý, các rào cản khác đối với điều trị và tự quản lý đái tháo đường.
- Đánh giá các hành vi sử dụng thuốc uống, thuốc tiêm và các rào cản đối với sự tuân thủ điều trị.
- Tiền sử nhiễm ceton acid, tiền sử các cơn hạ đường huyết.
- Tiền sử tăng huyết áp, rối loạn lipid máu.
- Các biến chứng mạch máu nhỏ: võng mạc, thận, thần kinh.
- Các biến chứng mạch máu lớn: bệnh tim thiếu máu cục bộ, nhồi máu cơ tim, đột quỵ, bệnh mạch máu ngoại vi.
- Đối với phụ nữ trong lứa tuổi sinh sản: hỏi về kế hoạch sinh con của bệnh nhân, phương pháp ngừa thai.

2. Khám thực thể

- Chiều cao, cân nặng và BMI.
- Đo huyết áp.
- Khám đáy mắt.
- Khám tuyến giáp.
- Khám da: tìm dấu gai đen, các thay đổi da do đái tháo đường kiểm soát kém, khám các vùng tiêm chích nếu bệnh nhân dùng insulin.
- Khám bàn chân toàn diện tìm các biến chứng và nguy cơ loét.

3. Đánh giá về cận lâm sàng

- HbA1c
- Bộ mỡ
- Xét nghiệm chức năng gan, AST, ALT, điện giải đồ, xét nghiệm khác nếu cần.
- Creatinine huyết thanh và độ lọc cầu thận.
- Soi đáy mắt.
- Các xét nghiệm đánh giá biến chứng thần kinh ngoại biên.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Mục tiêu điều trị cần đạt *

Mục tiêu	Chỉ số
HbA1c	< 7% *
Glucose huyết tương mao mạch lúc đói	80-130mg/dL (4,4-7,2mmol/L) *
Đỉnh glucose huyết tương mao mạch sau ăn 1-2 giờ	< 180mg/dL (10,0mmol/L) *
Huyết áp	Tâm thu < 140mmHg, tâm trương < 90mmHg
Lipid máu	LDL-c < 100mg/dL (2,6mmol/L) LDL-c < 70mg/dL (1,8mmol/L) nếu đã có bệnh tim mạch Triglycerid < 150mg/dL (1,7mmol/L) HDL-c > 40mg/dL (1,0mmol/L) ở nam và > 50mg/dL (1,3mmol/L)ở nữ.

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

2. Lựa chọn thuốc và phương pháp điều trị

HbA1c < 9%: đơn trị liệu

HbA1c ≥ 9%: phối hợp 2 thuốc

HbA1c ≥ 10%, đường huyết ≥ 300mg/dL, hoặc bệnh nhân có các triệu chứng tăng đường huyết, xem xét sử dụng insulin

Thuốc viên + insulin tiêm nhiều lần ± thuốc không phải insulin

Đơn trị liệu

Thay đổi lối sống + Metformin
Metformin được lựa chọn ưu tiên nếu không có chống chỉ định

HbA1c đạt mục tiêu sau 3 tháng – theo dõi tiếp tục 3-6 tháng
HbA1c không đạt mục tiêu – Xem xét sử dụng phối hợp 2 thuốc

Phối hợp 2 thuốc

Thay đổi lối sống + Metformin + một thuốc thích hợp

Xem xét yếu tố nguy cơ tim mạch do xơ vữa: chọn một loại thuốc có bằng chứng làm giảm yếu tố nguy cơ tim mạch

HbA1c đạt mục tiêu sau 3 tháng – theo dõi tiếp tục 3-6 tháng
HbA1c không đạt mục tiêu – Xem xét sử dụng phối hợp 3 loại thuốc

Phối hợp 3 thuốc

Thay đổi lối sống + Metformin + hai loại thuốc

HbA1c đạt mục tiêu sau 3 tháng – theo dõi tiếp tục 3-6 tháng
HbA1c không đạt mục tiêu – Xem xét sử dụng thêm insulin

3. Tóm tắt liều dùng các thuốc viên hạ glucose huyết uống

Thuốc	Hàm lượng	Liều mỗi ngày	Thời gian tác dụng
Sulfonylurea			
Tolbutamide	250-500mg	0,5-2g chia uống 2-3 lần	6-12 giờ
Chlorpropamide	100-250mg	0,1-0,5g uống 1 lần duy nhất	24-72 giờ
Glimepiride	1-2 và 4mg	1-4mg/ngày liều thông thường. Liều tối đa 8mg/ngày	24 giờ
Gliclazide	80mg 30-60mg dạng phóng thích chậm	40-320mg viên thường, chia uống 2-3 lần 30-120mg dạng phóng thích chậm, uống 1 lần/ngày	12 giờ 24 giờ, dạng phóng thích chậm
Glipizide	5-10mg 2,5-5-10mg dạng phóng thích chậm	Viên thường 2,5-40mg uống 30 phút trước khi ăn 1 hoặc 2 lần/ngày Dạng phóng thích chậm 2,5-10 mg/ngày uống 1 lần. Liều tối đa 20 mg/ngày uống 1 lần	6-12 giờ Dạng phóng thích chậm 24 giờ
Glinide			
Repaglinide	0,5-1-2mg	0,5-4mg/ngày chia uống trước các bữa ăn	3 giờ
Thuốc tăng nhạy cảm với insulin			
Metformin	500-850-1000mg Dạng phóng thích chậm: 500-750mg	1-2,5g, uống 1 viên sau ăn, ngày 2-3 lần Dạng phóng thích chậm: 500-2000 mg/ngày uống 1 lần	7-12 giờ Dạng phóng thích chậm: kéo dài 24 giờ
Pioglitazone	15-30-45mg/ngày	15-45mg/ngày	24 giờ
Thuốc ức chế enzyme alpha glucosidase			
Acarbose	50-100mg	25-100mg uống 3 lần/ngày ngay trước bữa ăn hoặc ngay sau miếng ăn đầu tiên	4 giờ
Nhóm ức chế enzyme DPP-4			
Sitagliptin	50-100mg	Liều thường dùng 100mg/ngày	24 giờ

		Khi độ lọc cầu thận còn 30-50mL/ phút: 50mg/ngày Khi độ lọc cầu thận còn 30mL/phút: 2mg/ngày	
Saxagliptin	2,5-5mg	2,5-5mg/ngày, uống 1 lần Giảm liều đến 2,5 mg/ngày khi độ lọc cầu thận ≤ 50mL/phút hoặc dùng cùng thuốc ức chế CYP3A4/5 mạnh thí dụ ketoconazole	24 giờ
Vildagliptin	50mg	50mg 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	5mg uống 1 lần/ngày	24 giờ
Thuốc ức chế kênh SGLT2			
Dapagliflozin	5-10mg	10mg/ngày, uống 1 lần. 5mg khi có suy gan	24 giờ

4. Các chiến lược điều trị insulin ở bệnh nhân đái tháo đường type 2

4.1. Điều trị với insulin nền:

- *Khởi đầu điều trị với insulin nền* khi không đạt được mục tiêu glucose huyết với thuốc uống. Liều khởi đầu khuyên dùng là 0,1-0,2 đơn vị/kg cân nặng, phụ thuộc vào mức độ tăng glucose huyết, dùng phối hợp với 1 hoặc 2 thuốc uống.

- Khi đã điều chỉnh liều insulin nền đạt được mục tiêu glucose huyết đói nhưng HbA1c vẫn chưa đạt mục tiêu, xem xét thêm insulin nhanh trước bữa ăn. Một cách khác có thể xem xét là chuyển sang insulin trộn sẵn/2 pha/hỗn hợp tiêm dưới da 2 lần mỗi ngày. Nếu vẫn không đạt được mục tiêu, có thể xem xét chuyển sang insulin nền - insulin nhanh trước mỗi bữa ăn (basal-bolus).

- *Liều khởi trị với insulin nền:* insulin người như NPH (tiêm 1-2 lần/ngày) hay insulin analog như glargine, detemir (tiêm 1 lần/ngày), degludec (tiêm 1 lần/ngày liều khởi đầu 0,1-0,2 đơn vị/kg/ngày).

- Nếu tiêm Insulin NPH, 2 mũi tiêm nên cách nhau 11-12 giờ để tránh hiện tượng chồng liều. Nếu tiêm glargine hoặc detemir nên tiêm vào giờ cố định mỗi ngày hoặc buổi sáng, hoặc buổi tối

- Điều trị insulin nền-trước ăn (hoặc nền-nhanh) (basal-bolus)

+ Thêm 01 mũi insulin tác dụng nhanh trước bữa ăn, khởi đầu 04 đơn vị, hoặc 0,1 đơn vị/kg cân nặng hay 10% liều insulin nền.

+ Điều chỉnh liều: tăng liều 10-15% hay tăng 1-2 đơn vị mỗi một hoặc 2 lần mỗi tuần cho đến khi đạt mục tiêu đường huyết.

+ Hạ đường huyết: xác định nguyên nhân hạ đường huyết, nếu không có nguyên nhân rõ ràng, giảm liều insulin 2-4 đơn vị hay giảm 10-20%.

4.2. Điều trị với insulin trộn, hỗn hợp:

- Bệnh nhân cũng có thể khởi đầu điều trị với insulin trộn, hỗn hợp:

+ Đối với bệnh nhân đái tháo đường type 2 chưa sử dụng insulin: bệnh nhân có thể khởi trị với insulin trộn, hỗn hợp, liều dùng theo thông tin kê đơn được Bộ Y tế phê duyệt, ví dụ insulin gồm 70% Insulin Aspart Protamine/30% Insulin Aspart hòa tan 1 lần hoặc 2 lần mỗi ngày. Nếu khởi trị 1 lần/ngày: liều dùng là 12 đơn vị vào bữa ăn tối (bữa ăn chiều). Nếu khởi trị 2 lần/ngày: liều khởi đầu khuyến cáo là 6 đơn vị vào bữa sáng và 6 đơn vị vào bữa tối (bữa ăn chiều).

+ Điều chỉnh liều: tăng liều 10-15% hay tăng 2-4 đơn vị mỗi 1 hoặc 2 lần mỗi tuần cho đến khi đạt mục tiêu đường huyết lúc đói.

+ Hạ đường huyết: xác định nguyên nhân hạ đường huyết, nếu không có nguyên nhân rõ ràng, giảm liều insulin 2-4 đơn vị hay giảm 10-20%.

- *Bệnh nhân đang điều trị insulin nền trước đó:* liều khởi đầu bằng liều insulin nền trước đó, chia thành 2/3 buổi sáng, 1/3 buổi chiều (đối với insulin người) HOẶC 1/2 buổi sáng, 1/2 buổi chiều (đối với insulin analog).

- *Bệnh nhân chưa điều trị liều insulin nền:* liều khởi đầu 0,25-0,5 đơn vị/kg/ngày, chia thành 2/3 buổi sáng, 1/3 buổi chiều (đối với insulin người) HOẶC 1/2 buổi sáng, 1/2 buổi chiều tiêm ngay trước hoặc ngay sau khi ăn (đối với insulin analog).

- Khi sử dụng insulin trộn, hỗn hợp gồm 70% Insulin Aspart Protamine/30% Insulin Aspart hòa tan ngày 1 lần mà liều đã lên đến 30 đơn vị thì có thể chia thành 2 lần/ngày bằng cách chia liều bằng nhau vào bữa sáng và bữa tối (50/50)

- Liều insulin trộn, hỗn hợp gồm 70% Insulin Aspart Protamine/30% Insulin Aspart hòa tan 2 lần/ ngày chuyển sang 3 lần/ngày: liều buổi sáng có thể chia thành liều buổi sáng và giờ ăn trưa (sử dụng 3 lần/ ngày)

- Điều chỉnh liều: tăng liều 10-15% hay tăng 1-2 đơn vị mỗi một hoặc 2 lần mỗi tuần cho đến khi đạt mục tiêu đường huyết.

- Hạ đường huyết: xác định nguyên nhân hạ đường huyết, nếu không có nguyên nhân rõ ràng, giảm liều insulin 2-4 đơn vị hay giảm 10-20%.

- Insulin trộn, hỗn hợp cần tiêm trước bữa ăn, thời gian tiêm trước ăn tùy thuộc loại insulin nhanh trong hỗn hợp.

5. Thay đổi lối sống

Thay đổi lối sống hay điều trị không dùng thuốc bao gồm luyện tập thể lực, dinh dưỡng và thay đổi lối sống.

5.1. Luyện tập thể lực

- Cần kiểm tra biến chứng tim mạch, mắt, thần kinh, biến dạng chân trước khi luyện tập và đo huyết áp, tần số tim. Không luyện tập gắng sức khi glucose huyết > 250-270 mg/dL và ceton dương tính.

- Loại hình luyện tập thông dụng và dễ áp dụng nhất: đi bộ tổng cộng 150 phút mỗi tuần (hoặc 30 phút mỗi ngày), không nên ngưng luyện lập 2 ngày liên tiếp.

- Người già, đau khớp có thể chia tập nhiều lần trong ngày, thí dụ đi bộ sau 3 bữa ăn, mỗi lần 10-15 phút. Người còn trẻ nên tập khoảng khoảng 60 phút mỗi ngày, tập kháng lực ít nhất 3 lần mỗi tuần (kéo dây, nâng tạ).

5.2. Dinh dưỡng

Các nguyên tắc chung về dinh dưỡng nên được khuyến cáo cho mọi bệnh nhân:

- Bệnh nhân béo phì, thừa cân cần giảm cân, ít nhất 3-7% so với cân nặng nền.

- Nên dùng các loại carbohydrat hấp thu chậm có nhiều chất xơ, không chà xát kỹ như gạo lứt, bánh mì đen, nui còn chứa nhiều chất xơ...

- Đạm khoảng 1-1,5g/kg cân nặng/ngày ở người không suy chức năng thận. Nên ăn cá ít nhất 3 lần/tuần. Người ăn chay trường có thể bổ sung nguồn đạm từ các loại đậu (đậu phụ, đậu đen, đậu đỏ)

- Nên chú trọng dùng các loại mỡ có chứa acid béo không no một nối đôi hoặc nhiều nối đôi như dầu ô liu, dầu mè, dầu lạc, mỡ cá. Cần tránh các loại mỡ trung chuyển (mỡ trans), phát sinh khi ăn thức ăn rán, chiên ngập dầu mỡ.

- Giảm muối trong bữa ăn, còn khoảng 2300mg natri mỗi ngày.

- Chất xơ ít nhất 15 gam mỗi ngày.

- Các yếu tố vi lượng: nên chú ý bổ sung các yếu tố vi lượng nếu thiếu, thí dụ sắt ở bệnh nhân ăn chay trường. Dùng metformin lâu ngày có thể gây thiếu sinh tố B_{12}, nên chú ý đến tình trạng này nếu bệnh nhân có thiếu máu hoặc triệu chứng bệnh lý thần kinh ngoại vi.

- Uống rượu điều độ: một lon bia (330mL)/ngày, rượu vang đỏ khoảng 150-200mL/ngày.

- Ngưng hút thuốc.

- Các chất tạo vị ngọt: như đường bắp, aspartame, saccharin có nhiều bằng chứng trái ngược. Do đó nếu sử dụng cũng cần hạn chế đến mức tối thiểu.

V. 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

- Bệnh thận do đái tháo đường
- Bệnh võng mạc do đái tháo đường
- Bệnh thần kinh ngoại biên do ĐTĐ.
- Khám bàn chân:

4. Sử dụng thuốc chống kết tập tiểu cầu

4.1. Phòng ngừa nguyên phát: ĐTĐ có tăng nguy cơ tim mạch. Nam > 50 tuổi, nữ > 60 tuổi có kèm ít nhất 1 nguy cơ tim mạch:

- Tiền sử gia đình có bệnh tim mạch
- Tăng huyết áp
- Hút thuốc lá
- RLCH lipid
- Tiểu albumin

4.2. Phòng ngừa thứ phát: sau biến cố tim mạch

4.3. Thuốc điều trị:

- Dùng aspirin 81-325-500mg/ngày
- Dị ứng aspirin, không dung nạp aspirin: dùng clopidogrel 75mg/ngày.

5. Tiêm vaxcin

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

VI. ĐIỀU TRỊ BIẾN CHỨNG CẤP TÍNH

- Hạ đường huyết.
- Hôn mê do nhiễm ceton-acid.
- Hôn mê do tăng áp lực thẩm thấu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2017), *"Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường type 2",* ban hành kèm theo Quyết định số 3319/QĐ-BYT.

VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG NGƯỜI LỚN

MÃ ICD 10: J15.9

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm phổi cộng đồng là tình trạng viêm nhu mô phổi cấp tính do vi khuẩn có nguồn gốc từ cộng đồng (không phải từ bệnh viện).

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

Trên bệnh nhân đang sống ngoài cộng đồng hoặc không ở bệnh viện ít nhất 2 tuần lễ trước đó, mới xuất hiện và có ít nhất 3 trong 4 dấu hiệu sau:

- Có một trong các biểu hiện toàn thân: mệt mỏi, ớn lạnh (hoặc sốt), chán ăn, sa sút tri giác mới xuất hiện.

- Có một trong các biểu hiện cơ năng hô hấp: nặng ngực, khó thở, ho, khạc đàm đục.

- Các biểu hiện thực thể khi khám phổi: tiếng thở bất thường, ran nổ.

- X-quang ngực: hình ảnh thâm nhiễm (tổn thương lấp đầy phế nang) mới.

III. TIÊU CHUẨN PHÂN LOẠI NẶNG

Xếp loại ngay khi nhập viện: bệnh nhân sẽ được xếp loại nặng theo các tiêu chuẩn sau (CURB-65): mỗi tiêu chuẩn 1 điểm.

- Tuổi trên 65
- Giảm tri giác mới xuất hiện: ý thức u ám, nói chuyện lẫn lộn, tiểu không tự chủ.
- Nhịp thở tăng > 30 lần/phút và/hoặc SpO_2 < 90% thở khí phòng.
- Huyết áp tối đa ≤ 90mmHg
- Ure máu > 7mmol/L

* Xếp loại:

- Nhóm 1 (Nhẹ): 0-1 điểm.

- Nhóm 2 (Trung bình): 2 điểm.

- Nhóm 3 (Nặng): 3-5 điểm.

(Lưu ý: bệnh nhân trong tình trạng lâm sàng thiếu nước hoặc thiểu niệu, nước tiểu < 80mL/4 giờ thì tăng thêm một bậc nặng).

IV. CÁC TIÊU CHUẨN NGHI NGỜ NHIỄM KHUẨN ĐẶC BIỆT (trực khuẩn gram âm, *Pseudomonas sp)* VÀ KHÁNG THUỐC

Xác định ngay khi nhập viện

A. Tiền sử có bệnh phổi mạn tính, thường xuyên phải điều trị ngoại trú hoặc phải nhập viện ít nhất một lần trong 3 tháng cuối.

B. Hội chứng Cushing do dung thuốc kháng viêm kéo dài (hoặc suy giảm miễn dịch).

C. Phải nằm tại giường trên 72 giờ (hoặc có nguy cơ cao viêm phổi hít).

D. Vừa mới điều trị kháng sinh trong tháng trước vì một bệnh lý nhiễm khuẩn khác.

V. CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ NẶNG KẾT HỢP

Xác định trong vòng 12-24 giờ

- Yếu tố I: suy thận (ure máu > 8mmol/L) hoặc bệnh cảnh lâm sàng thiếu nước.
- Yếu tố II: suy gan (men gan tăng, bilirubin tăng, protein máu giảm).
- Yếu tố III: suy tim (bệnh cảnh suy tim hoặc EF < 40%).
- Yếu tố IV: suy dinh dưỡng (bệnh cảnh suy dinh dưỡng và/hoặc albumin máu < 35g/L).
- Yếu tố V: hạ natri máu < 130mmol/L.

VI. THỰC HIỆN CẬN LÂM SÀNG

- Chụp X-quang ngực thẳng
- Xét nghiệm: công thức máu, sinh hóa máu (glucose, ure, creatinine, SGOT, SGPT, protein, albumin, điện giải đồ), hs-CRP, khí máu động mạch nếu SpO_2 < 90%, cấy máu và đàm (cấy định lượng và làm kháng sinh đồ) nếu nghi ngờ nhiễm khuẩn đặc biệt và kháng thuốc, các xét nghiệm khác nếu nghi ngờ có bệnh lý kết hợp.
- Đo ECG.

VII. CÁC PHÁC ĐỒ KHÁNG SINH KINH NGHIỆM

Nếu có bất kỳ một trong các yếu tố từ A đến D nào cũng đều sử dụng phác đồ +

PĐ 1	**Amoxicillin** uống 1g mỗi 8 giờ; hoặc **Erythromycin** uống 2-4g/ngày, chia 2-4 lần; hoặc **Clarithromycin** uống 0,5g mỗi 12 giờ; hoặc **Azithromycin**, ngày 1: 0,5g uống 1 lần, ngày 2-5: 0,25g uống 1 lần/ngày;
PĐ 1^+	**Amoxicillin + a. clavulanic** uống 1g mỗi 8 giờ; hoặc **Moxifloxacin** 0,4g uống 1 lần/ngày; hoặc **Levofloxacin** 0,75g uống 1 lần/ngày;
PĐ 2	**Amoxicillin** 1g tiêm tĩnh mạch mỗi 8 giờ;
PĐ 2^+	**Amoxicillin + a. clavulanic** 1g tiêm tĩnh mạch mỗi 8 giờ; hoặc **Moxifloxacin** 0,4g/250mL truyền tĩnh mạch 1 lần/ngày; hoặc **Levofloxacin** 0,75g truyền tĩnh mạch 1 lần/ngày;
PĐ 3	**Ceftriaxone** 2g tiêm tĩnh mạch 1 lần/ngày; hoặc **Cefotaxime** 1g tiêm tĩnh mạch mỗi 8 giờ; hoặc **Cefuroxime** 1,5g tiêm tĩnh mạch mỗi 12 giờ; *Kết hợp với:*

	hoặc **Moxifloxacin** 0,4g/250mL truyền tĩnh mạch 1 lần/ngày; hoặc **Levofloxacin** 0,75g truyền tĩnh mạch 1 lần/ngày;
PĐ 3^+	**Cefoperazone + sulbactam** 2g tiêm tĩnh mạch mỗi 12 giờ; hoặc **Ticarcillin + a. clavulanic** 3,2g tiêm tĩnh mạch mỗi 8 giờ; *Kết hợp với:* hoặc **Moxifloxacin** 0,4g/250mL truyền tĩnh mạch 1 lần/ngày; hoặc **Levofloxacin** 0,75g truyền tĩnh mạch 1 lần/ngày;
PĐ 4	**Ceftazidime** 1g tiêm tĩnh mạch mỗi 8 giờ; *Kết hợp với:* hoặc **Moxifloxacin** 0,4g/250mL truyền tĩnh mạch 1 lần/ngày; hoặc **Levofloxacin** 0,75g truyền tĩnh mạch 1 lần/ngày; *Kết hợp hay không với:* **Amikacin** 0,5g tiêm tĩnh mạch mỗi 12 giờ; hoặc tiêm tĩnh mạch mỗi 8 giờ 80mg tiêm tĩnh mạch mỗi 8 giờ.

Lưu ý:

- Các thuốc điều cần đều chỉnh theo chức năng thanh thải của thận, gan.

- Tất cả các phác đồ đều có thể chuyển từ thuốc tiêm sang thuốc uống với liều tương đương khi tình trạng bệnh thuyên giảm và bệnh nhân có thể uống được.

- Các fluoroquinolone đều không khuyến cáo dùng cho trẻ em và phụ nữ mang thai hay cho con bú trừ khi bắt buộc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2012), *"Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh hô hấp",* ban hành kèm theo Quyết định số 4235/QĐ-BYT.

2. Biên bản đồng thuận của Ban Chuyên gia: *"Viêm phổi cộng đồng tại Việt Nam năm 2017".*

VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN

MÃ ICD 10: J15.9

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm phổi bệnh viện là tình trạng viêm phổi xuất hiện sau khi nhập viện 48 giờ (bệnh nhân không có triệu chứng ủ bệnh trước đó). Bao gồm viêm phổi thở máy, viêm phổi trên người suy giảm miễn dịch, viêm phổi hít, viêm phổi trên những người có chăm sóc y tế kéo dài. Đặc tính chung là do tác nhân vi sinh có nguồn gốc bệnh viện và đa kháng thuốc.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán viêm phổi bệnh viện **cần phải có X-quang ngực thẳng**: có hình ảnh thâm nhiễm mới trên phim hoặc thâm nhiễm tiến triển trên phim. Kèm theo bệnh nhân phải có ít nhất một trong các tiêu chuẩn sau:

- *Các triệu chứng nhiễm trùng hô hấp* lâm sàng (sốt, đau ngực, khạc đàm đục, khó thở, ran nổ hay hội chứng đông đặc, giảm tri giác hay tụt huyết áp đột ngột không giải thích được, …) và cận lâm sàng (giảm oxy máu đột ngột, bạch cầu tăng, CRP tăng).

- *Chẩn đoán vi trùng học*: cấy đàm hay dịch hút phế quản qua ca-nun nội khí quản định lượng (+), cấy máu hay dịch màng phổi (+).

- *Chẩn đoán viêm phổi bằng mô bệnh học*.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Lao phổi
- U phổi
- Nhồi máu phổi
- Xẹp phổi.

3. Chẩn đoán phân loại mức độ nặng và phân nhóm bệnh nhân

Tiêu chuẩn đánh giá (*)	**Nhẹ**	**Trung bình**	**Nặng**
	Có ít nhất 5 tiêu chuẩn	***Không nằm trong nhóm nhẹ hoặc nặng***	***Có ít nhất 5 tiêu chuẩn***
1. Mức độ lan rộng của tổn thương thâm nhiễm trên phim X-quang phổi	Dưới 1/3 diện tích một trường phổi	Không nằm trong nhóm nhẹ hoặc nặng	Trên 2/3 diện tích một trường phổi
2. Nhiệt độ	< 37^{o}5		> 38^{o}5
3. Mạch	< 100 lần/phút		≥ 120 lần/phút

4. Nhịp thở	< 20 lần/phút		≥ 30 lần/phút
5. Tình trạng mất nước	(-)	(-) hoặc (+)	(+)
6. Bạch cầu máu	< 10.000/mm^3	Không nằm trong nhóm nhẹ hoặc nặng	≥ 20.000/mm^3 hoặc < 4.000/mm^3
7. CRP	< 10mg/dL		≥ 20mg/dL
8. PaO_2	> 60mmHg		< 60mmHg hoặc SpO_2 < 90%

(*) Ngoài các tiêu chuẩn kể trên, bệnh nhân sẽ được xếp vào tình trạng nặng khi có một trong các tiêu chuẩn sau: xanh tím, giảm tri giác, sốc, bệnh nhân cần thở oxy trên 3 lít/phút để duy trì SaO_2 > 90%, thiểu niệu (< 20mL/giờ hoặc < 80mL/4 giờ), nhiễm khuẩn máu.

4. Các yếu tố nguy cơ nặng

- Có các nguy cơ viêm phổi hít (đột quỵ não, dùng thuốc an thần liều cao, phẫu thuật ngực-bụng).
- Có các bệnh phổi mạn tính (lao phổi, hen phế quản, dãn phế quản, COPD).
- Suy tim, phù phổi.
- Các bệnh kết hợp (đái tháo đường, suy thận mạn, suy gan mạn).
- Sử dụng kháng H_2 hay kháng acid.
- Điều trị kháng sinh kéo dài.
- Tuổi > 65.
- Ung thư.
- Suy giảm miễn dịch.

5. Phân nhóm bệnh nhân

- Nhóm I: các trường hợp nhẹ hoặc trung bình không có yếu tố nguy cơ nặng.
- Nhóm II: các trường hợp nhẹ nhưng có ít nhất một yếu tố nguy cơ nặng.
- Nhóm III: các trường hợp trung bình nhưng có ít nhất một yếu tố nguy cơ nặng hoặc các trường hợp nặng.
- Nhóm IV: các trường hợp có các tình huống đặc biệt: suy giảm miễn dịch, thở máy, nguy cơ viêm phổi hít.

III. CẬN LÂM SÀNG

- Chụp X-quang ngực thẳng.
- Xét nghiệm: công thức máu, sinh hóa máu (glucose, ure, creatinine, SGOT, SGPT, protein, albumin, điện giải đồ), hs-CRP, khí máu động mạch nếu SpO_2 < 90%, lactat máu, cấy máu và đàm (cấy định lượng và làm kháng sinh đồ) nếu nghi ngờ nhiễm khuẩn đặc biệt và kháng thuốc, các xét nghiệm khác nếu nghi ngờ có bệnh lý kết hợp.

- Đo ECG.

IV. ĐIỀU TRỊ KHÁNG SINH

Nhóm bệnh nhân	***Đặc điểm***	***Phác đồ***	***Thuốc (*)***
Nhóm I	Viêm phổi nhẹ hoặc trung bình không có yếu tố nguy cơ nặng	A	1) **Cephalosporin II** (Cefuroxime) hoặc **Cephalosporin III** (Ceftriaxone) 2) **Amoxicillin + a.clavulanic** hoặc **Ticarcillin+a.clavulanic** **3) Ertapenem**
Nhóm II	Viêm phổi nhẹ có yếu tố nguy cơ nặng.	B	**A, C** tùy theo đánh giá: 1) **Cephalosporin III diệt Pseudomonas** (Ceftazidime) hoặc **Cephalosporin IV**. 2) **Carbapenem**
Nhóm III	Viêm phổi trung bình nhưng có yếu tố nguy cơ nặng hoặc viêm phổi nặng.	C	1) **Cephalosporin III diệt Pseudomonas** (Ceftazidime) hoặc **Cephalosporin IV** hoặc **Piperacillin + Tazobactam** Kết hợp với **Ciprofloxacin** hoặc **Levofloxacin** hoặc **Aminoglycoside** 2) Khi không loại trừ được tụ cầu kháng methicillin: như 1), thêm **Glycopeptid** (Vancomycin)
Nhóm IV	Viêm phổi có các tình huống đặc biệt	D	Bệnh nhân cần chuyển tuyến trên điều trị

Lưu ý:

- Cần sử dụng liều đầy đủ để có hiệu quả tốt. Nên khởi đầu điều trị thuốc bằng đường tĩnh mạch. Sau đó chuyển sang uống khi bệnh giảm và đường tiêu hóa hoạt động tốt trở lại.

- Đáp ứng điều trị thông thường có được sau 48-72 giờ. Đánh giá đáp ứng điều trị bằng triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng (công thức máu, CRP, khí máu động mạch, X-quang ngực).

- Thời gian điều trị kháng sinh từ 10-21 ngày. Thời gian điều trị sẽ ngắn nếu không phải là Pseudomonas, bệnh đáp ứng tốt, không biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2012), *"Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh hô hấp",* ban hành kèm theo Quyết định số 4235/QĐ-BYT.

ÁP XE PHỔI

MÃ ICD 10: *Áp xe phổi có viêm phổi:* ***J85.1****; Áp xe phổi không có viêm phổi:* ***J85.2***

I. ĐỊNH NGHĨA

Áp xe phổi là tình trạng bệnh lý mà một vùng nhu mô phổi khu trú bị hoại tử và hóa mủ (thông thường là > 2cm). Thông thường áp xe phổi là hậu quả của viêm phổi hít. Bệnh thường xảy ra trên cơ địa đặc biệt: nghiện rượu, suy giảm miễn dịch, rối loạn tri giác, …

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Xếp theo trình tự các triệu cứng thường gặp là ho, khạc đàm, sốt, đau ngực, mệt mỏi, sụt cân và ra mồ hôi ban đêm. Sốt thường là không liên tục. Nếu không sốt cũng không loại trừ áp xe phổi.

- Thông thường đàm là mủ. Áp xe phổi do amip đàm là mủ màu socola. Một số ít trường hợp có ho ra máu nhẹ.

- Khám thực thể: lúc khởi bệnh triệu chứng giống như viêm phổi. Ở giai đoạn muộn có thể có tiếng thổi vò, tiếng thổi hang. Có thể nhận thấy các biểu hiện khác của tình trạng toàn thân và yếu tố thuận lợi. Một số trường hợp có biểu hiện ngón tay vùi trống.

2. Cận lâm sàng

- Công thức máu: bạch cầu tăng > 10.000/mm^3.

- CRP tăng.

- X-quang ngực: hình ảnh mức nước-hơi bao quanh bằng một vùng thâm nhiễm là hình ảnh khẳng định áp xe phổi kỵ khí điển hình. Các áp xe phổi thứ phát (áp xe phổi đường máu) có thể có nhiều ổ.

- CT Scan ngực (nếu có điều kiện): xác định thêm những đặc điểm khác của tổn thương đã thấy trên phim X-quang ngực.

- Cấy máu, cấy đàm định danh vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.

- Các xét nghiệm khác để đánh giá chức năng cơ quan, chẩn đoán phân biệt, chẩn đoán các tình trạng bệnh đi kèm: đường huyết, ure, creatinine, SGOT, SGPT, điện giải đồ, tìm BK đàm, …, đo ECG.

III. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

1. Với các bệnh nhiễm khuẩn

Lao phổi, thuyên tắc phổi nhiễm khuẩn, bóng khí nhiễm khuẩn.

2. Với các bệnh không nhiễm khuẩn

Ung thư áp xe hóa, nhồi máu phổi, bệnh lý bẩm sinh (bóng khí, kén khí, nốt khí), …

IV. BIẾN CHỨNG

Biến chứng cấp: áp xe não, ho ra máu nặng, tràn mủ màng phổi, tràn mủ-khí màng phổi; biến chứng mạn tính: shunt động-tĩnh mạch, tâm phế mạn.

V. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Kháng sinh thích hợp, dẫn lưu mủ đầy đủ, theo dõi và phòng các biến chứng.

2. Điều trị kháng sinh

Penicillin G liều 8-12 triệu đơn vị/ngày chia thành 2-3 lần tiêm bắp hoặc tiêm mạch hoặc truyền tĩnh mạch. Kết hợp: clindamycin liều 600mg tiêm tĩnh mạch mỗi 8 giờ, sau chuyển uống 300mg mỗi 6 giờ trong 10-14 ngày.

Hoặc penicillin G kết hợp metronidazole.

Áp xe phổi thứ phát cần kết hợp amoxicillin + a. clavulanic với clindamycin.

Áp xe phổi do amip điều trị bằng metronidazole uống 500-700mg x 3 lần/ngày trong 7 ngày hoặc có thể lâu hơn.

Khởi đầu nên dùng kháng sinh đường tĩnh mạch. Sau đó khi lâm sàng cải thiện, khả năng tiêu hóa tốt hơn, chuyển thuốc uống. Thời gian điều trị phải kéo dài 6-10 tuần. Kết quả cần có là xóa hết tổn thương hoặc chỉ còn dấu vết nhỏ và không thay đổi trên X-quang ngực kiểm tra.

3. Nội soi phế quản

Chỉ định trong trường hợp: biểu hiện lâm sàng không điển hình, đáp ứng kém hoặc không đáp ứng với điều trị, cần chẩn đoán vi trùng học chính xác, nghi ngờ ung thư, tổn thương gây tắc nghẽn phế quản, nghi ngờ có dị vật.

Nội soi phế quản có thể giúp dẫn lưu mủ dễ dàng hơn trong những trường hợp mủ khó dẫn lưu một cách tự nhiên.

4. Điều trị ngoại khoa

Khoảng 10-20% cần điều trị ngoại khoa. Các chỉ định điều trị ngoại khoa là:

- Không đáp ứng điều trị nội khoa.
- Có biến chứng: tràn mủ màng phổi, ho ra máu nặng, dò phế quản-màng phổi.
- Điều trị bệnh lý nền: ung thư gây tắc phế quản, dị vật, dãn phế quản.

** Khi có chỉ định nội soi phế quản hoặc điều trị ngoại khoa, cần chuyển tuyến trên điều trị.*

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2012), *"Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh hô hấp",* ban hành kèm theo Quyết định số 4235/QĐ-BYT.

HEN PHẾ QUẢN

MÃ ICD 10: J45

I. ĐỊNH NGHĨA

Hen phế quản là tình trạng viêm mạn tính đường thở. Tình trạng viêm mạn tính là nguyên nhân của tính tăng phản ứng đường thở, tạo ra các cơn ho, khó thở, nặng ngực, thở khò khè lặp đi lặp lại, thường xảy ra vào ban đêm và sáng sớm. Các cơn này xảy ra với mức độ khác nhau, có thể hồi phục tự nhiên hoặc khi có điều trị.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

- Lâm sàng: ho, nặng ngực, khó thở, thở khò khè hay thở rít. Các triệu chứng trên có đặc điểm là thường xuất hiện hay nặng lên về đêm, sang sớm, sau khi gắng sức, sau khi tiếp xúc với các yếu tố kích thích đường thở (dị nguyên, khói, bụi, thay đổi thời tiết, …). Bệnh thường khởi phát từ nhỏ: bản thân bệnh nhân hay gia đình mắc các bệnh dị ứng, hen phế quản. Thông thường cơn khó thở hay các triệu chứng cải thiện rõ khi sử dụng thuốc dãn phế quản hay corticosteroid.

- Đo chức năng hô hấp: có tăng $FEV_1 \geq 12\%$ và $\geq 200mL$ hay PEF > 60 lít (hoặc $\geq 20\%$) sau khi hít thuốc dãn phế quản (salbutamol 400µg trong 10-20 phút so với trước khi hít thuốc), dao động PEF sáng-chiều > 20%.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Tắc nghẽn đường thở cao: dị vật đường thở, u nội lòng khí-phế quản, khó thở thanh quản.

- Viêm phế quản cấp có triệu chứng giống cơn hen.

- Đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

- Hen tim.

III. ĐIỀU TRỊ HEN NGOÀI CƠN CẤP

Tất cả bệnh nhân khám lần đầu hay tái khám đều cần đánh giá mức độ nặng, mức độ kiểm soát hen và có kế hoạch điều trị theo phân bậc.

Bảng 1. Khuyến cáo điều trị ban đầu hen theo bậc đối với người lớn và trẻ em trên 5 tuổi

Ở tất cả các mức độ: *- Ngoài thuốc khuyến cáo sử dụng hàng ngày, thuốc SABA[(a)] nên sử dụng khi cần nhưng không quá 3-4 lần/ngày.* *- Cần hướng dẫn bệnh nhân về phòng bệnh và cách sử dụng thuốc.* *- Tình trạng hen được xem là đã khống chế khi triệu chứng lâm sàng ổn định (bảng 5) trong ít nhất 2-3 tháng và điều trị tiếp theo duy trì ở mức thấp nhất để có thể duy trì kiểm soát được triệu chứng.*			
Bậc	**Mức độ triệu chứng [(*)]**	**Thuốc hàng ngày**	**Các lựa chọn khác**

Bậc 1- Hen thưa	- Các triệu chứng xuất hiện trong thời gian ngắn và **dưới mức 1 lần/tuần.** Bệnh nhân hoàn toàn bình thường về triệu chứng và chức năng ngoài cơn. - PEF dao động < 20%	Không cần thiết	
Bậc 2- Hen nhẹ	- Các triệu chứng có **ít nhất 1 lần/tuần** nhưng không hàng ngày. - PEF ≥ 80%, - PEF dao động: 20-30%	Liều thấp ICS[(b)] (bảng 2)	Theophylline chậm
Bậc 3- Hen trung bình	- Các triệu chứng **có hàng ngày.** - PEF 60-80%, - PEF dao động > 30%	Liều thấp đến trung bình ICS kết hợp LABA[(c)] hít (bảng 2)	- Liều trung bình ICS kết hợp Theophylline chậm, *hoặc* - Liều trung bình ICS kết hợp LABA uống, *hoặc* - Liều cao ICS
Bậc 4- Hen nặng	- Các triệu chứng **tồn tại liên tục**, hoạt động thể lực ảnh hưởng. - PEF ≤ 60%, - PEF dao động > 30%	Liều cao ICS kết hợp LABA hít (bảng 2), kết hợp một trong các thuốc sau nếu cần: - Theophylline chậm - LABA uống - Corticoid uống.	

Chú thích:

[(*)] Nếu tần suất triệu chứng về đêm tương đương ban ngày thì tăng thêm 1 bậc.

(a) SABA: thuốc kích thích $beta_2$ tác dụng ngắn (short-acting $beta_2$ agonist).

(b) ICS: corticoid dạng hít (inhaler-corticosteroid).

(c) LABA: thuốc kích thích $beta_2$ tác dụng dài (long-acting $beta_2$ agonist).

Sau thời gian điều trị theo bậc 2-3 tháng cần đánh giá hiệu quả kiểm soát hen. Sau 2-3 tháng nếu không đạt được ít nhất là bậc 2 (hen nhẹ) thì cần nâng bậc điều trị để đạt được kiểm soát hen. Đánh giá hiệu quả kiểm soát hen bằng thang điểm ACT (Asthma control test).

IV. ĐIỀU TRỊ CƠN HEN CẤP

1. Xử trí ban đầu cơn hen cấp

Chẩn đoán cơn hen cấp khi:

- Lâm sàng: các triệu chứng hô hấp xuất hiện: ho, nặng ngực, khó thở, khò khè.
- PEF giảm < 80% mức tốt nhất trong 2 ngày liên tiếp

↓

Điều trị khởi đầu:

Thuốc khích thích beta2 dạng MDI 2-4 nhát, tốt nhất qua buồng đệm, có thể tới 3 lần trong giờ đầu cách nhau 30 phút

Đáp ứng tốt	**Đáp ứng không hoàn toàn**	**Đáp ứng kém**
- PEF > 80% giá trị lý thuyết hoặc giá trị tốt nhất của bệnh nhân. - Không còn triệu chứng khò khè, khó thở. - Tình trạng ổn định duy trì trên 4 giờ. ***Xử trí:*** *- Tiếp tục duy trì như trên mỗi 3-4 giờ trong 1-2 ngày* *- Cần hỏi ý kiến bác sỹ theo dõi bệnh*	- PEF: 60-80% giá trị lý thuyết hoặc giá trị tốt nhất của bệnh nhân. - Triệu chứng khò khè, khó thở còn. ***Xử trí:*** *- Thêm corticoid uống* *- Thêm kháng cholinergic hít* *- Duy trì thuốc kích thích beta$_2$* *- Đi khám bệnh*	- PEF < 60% giá trị lý thuyết hoặc giá trị tốt nhất của bệnh nhân. - Triệu chứng khò khè, khó thở tăng lên. ***Xử trí:*** *- Thêm corticoid uống* *- Thêm kháng cholinergic hít* *- Dùng nh c lại ngay thuốc kích thích beta$_2$* *- Cần nhập viện cấp cứu*

2. Xử trí cơn hen trong bệnh viện

2.1. Sơ đồ xử trí

Cơn hen phế quản vào viện

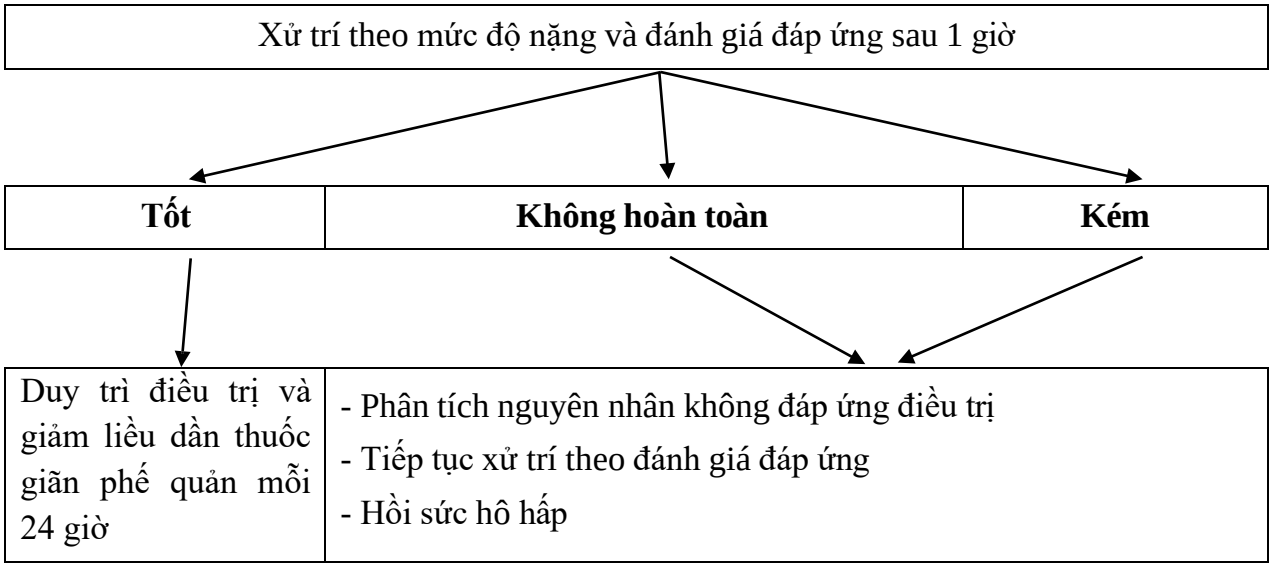
↓

Khám đánh giá mức độ nặng

↓

Cơn nhẹ, trung bình, nặng, nguy kịch

↓



2.2. Đánh giá mức độ nặng của cơn hen khi nhập viện

Các tiêu chuẩn	**Mức độ nhẹ**	**Mức độ trung bình**	**Mức độ nặng**	**Mức độ nguy kịch**
Mức độ khó thở	Khi gắng sức	Khi nghỉ ngơi	Không nói chuyện nổi	Đe dọa ngưng thở
Khám lâm sàng	- Không co kéo cơ hô hấp phụ - Ran ngáy ít - Thông khí phổi rõ	- Co kéo nhẹ cơ hô hấp phụ - Ran ngáy và ran rít rõ - Thông khí phổi rõ	- Co kéo nặng cơ hô hấp phụ - Vã mồ hôi - Nhiều ran ngáy và rít tạo nên tiếng thở ồn ào - Thông khí phổi còn rõ	- Tri giác giảm, lơ mơ - Đờ các cơ hô hấp - Hô hấp đảo ngược ngực-bụng - Thông khí phổi giảm
Khí máu	- SpO_2 > 95% - PaO_2 bình thường	- SpO_2: 90-95% - PaO_2 > 60mmHg	- SpO_2 < 90% - PaO_2: 45-60mmHg	- SpO_2 < 90% - PaO_2 < 45mmHg
PEF	> 80% giá trị tốt nhất	60-80% giá trị tốt nhất	< 60% giá trị tốt nhất	Không đo được

2.3. Các yếu tố nguy cơ tạo ra cơn hen nặng:

- Đã có lần phải thở máy vì hen phế quản
- Năm trước phải nhập viện điều trị hen phế quản

- Sử dụng corticosteroid toàn thân thường xuyên
- Vừa ngưng ICS đột ngột
- Lạm dụng SABA (2 ống MDI/tháng)
- Tiền sử tâm thần hay sử dụng thuốc tâm thần kéo dài
- Không tuân thủ kế hoạch điều trị kiểm soát hen

2.4. Xử trí cơn hen phế quản nhập viện

Thời điểm	**Mức độ nặng**	**Xử trí**
Lần khám đầu tiên	Nhẹ	SABA (MDI qua buồng đệm hoặc khí dung bằng máy) mỗi 20 phút trong giờ đầu (1)
	Trung bình	SABA (MDI qua buồng đệm hoặc khí dung bằng máy) mỗi 20 phút trong giờ đầu (1) Corticosteroid uống (6)
	Nặng	Thở oxy để SpO_2 > 90% SABA (MDI qua buồng đệm hoặc khí dung bằng máy) mỗi 20 phút trong giờ đầu (1) SABA tiêm (3) Corticosteroid tĩnh mạch (6) nếu đáp ứng chậm hoặc uống
	Nguy kịch	Bóp bóng ambu với oxy 100% Adrenalin tiêm tĩnh mạch (4) Corticosteroid tĩnh mạch (6)
Đáp ứng 1-3 giờ sau xử trí đầu tiên	Đáp ứng tốt	Tiếp tục SABA hít, corticosteroid uống
	Đáp ứng không tốt	Phối hợp SABA và kháng cholinergic khí dung (2) Corticosteroid tĩnh mạch (6) Thở oxy SABA tiêm (3)
	Đáp ứng kém	Phối hợp SABA và kháng cholinergic khí dung (2) Corticosteroid tĩnh mạch (6) Thở oxy SABA tiêm (3) Xem xét sử dụng diaphyllin truyền tĩnh mạch (5) Xem xét khả năng thở máy không can thiệp hoặc đặt nội khí quản thở máy

3-6 giờ sau nhập viện	Không cải thiện	Đặt nội khí quản thở máy

Chú thích:

(1) SABA dạng xông hít: salbutamol (Ventolin) dung dịch khí dung dạng ống nhựa 5mg/2mL: 2,5-5mg mỗi 20 phút trong giờ đầu hoặc dạng hít định liều (MDI) qua buồng đệm 4-6 nhát.

(2) Kháng cholinergic khí dung: ipratropium bromid+fenoterol (Berodual) dung dịch khí dung: 20-30 giọt/lần, ipratropium bromid+salbutamol (Combivent): ống đơn liều 2,5mL/lần.

(3) SABA dạng tiêm: salbutamol (Ventolin) ống 0,5mg/mL hoặc terbutaline (Bricanyl) ống 0,5mg/mL tiêm dưới da hoặc pha trong dung dịch đẳng trương truyền tĩnh mạch chậm qua bơm tiêm điện tốc độ 0,5mg/giờ mỗi 15 phút cho tới khi có hiệu quả, có thể đến tốc đọ 4mg/giờ.

(4) Adrenalin tiêm tĩnh mạch: khởi đầu 0,3mg pha 3mL dung dịch đẳng trương tiêm tĩnh mạch chậm mỗi 5 phút (0,05-0,1µg), sau đó nếu cần truyền tĩnh mạch chậm tốc độ 0,2-0,3mg/giờ. Nếu không hiệu quả, tăng dần 0,3mg/giờ mỗi 15 phút cho đến khi có hiệu quả. Liều tối đa có thể đến 1,5mg/giờ.

(5) Methyl Xanthine truyền tĩnh mạch: aminophyllin (Diaphyllin) ống 0,24g pha trong 100mL dung dịch đẳng trương truyền trong một giờ, sau đó có thể truyền duy trì nhưng không quá 10mg/kg/ngày.

(6) Corticosteroid uống tác dụng tương đương với tiêm tĩnh mạch. Hydrocortisone 100mg tiêm mạch mỗi 6 giờ trong ngày đầu, sau đó chuyển uống trong 5-7 ngày.

Lưu ý: sau khi ra khỏi cơn cấp, cần quản lý hen như là một trường hợp không được kiểm soát, ít nhất là từ bậc 3 (hen trung bình) trở lên.

IV. CẬN LÂM SÀNG CẦN THỰC HIỆN

- Các xét nghiệm cơ bản: công thức máu, đường huyết, ure, creatinine, SGOT, SGPT, ion đồ.
- CRP nếu nghi ngờ nhiễm khuẩn.
- X-quang ngực thường quy.
- Khí máu động mạch, lactat máu nếu cơn cấp mức độ nặng, nguy kịch.
- Các cận lâm sàng khác để chẩn đoán phân biệt hoặc chẩn đoán bệnh lý đi kèm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2020), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị hen phế quản người lớn và trẻ em 12 tuổi trở lên),* ban hành kèm theo Quyết định 1851/QĐ-BYT.

BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

MÃ ICD 10: J44

I. ĐỊNH NGHĨA

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (Chronic Obstructive Pulmonary Disease - COPD) là tình trạng bệnh lý đặc trưng bằng hiện tượng hạn chế lưu thông khí trên đường thở không hồi phục hoàn toàn. Hiện tượng hạn chế lưu thông khí này thường tiến triển tăng dần và kết hợp với một quá trình viêm bất thường của phổi dưới tác động của ô nhiễm khí thở kéo dài.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Bệnh sử

Cần nghĩ đến COPD khi:

- Ho mạn tính: thường liên tục trong ngày, ít khi xuất hiện và nặng về đêm.
- Khạc đàm mạn tính.
- Có những đợt viêm phế quản cấp tái diễn.
- Khó thở: tiến triển tăng dần theo thời gian, tồn tại liên tục, tăng lên khi gắng sức và sau mỗi đợt nhiễm khuẩn hô hấp.
- Tiền sử hút thuốc (thường từ 20 gói - năm trở lên) và/hoặc sống trong môi trường ô nhiễm khí thở.

Đơn vị gói - năm = (số điếu thuốc hút trung bình một ngày: 20) x số năm hút thuốc.

1.2. Khám lâm sàng và cận lâm sàng

1.2.1. Triệu chứng thực thể

- Biến dạng lồng ngực kiểu hình thùng, giảm di động.
- Nói ngắn hơi, co kéo cơ hô hấp phụ kể cả lúc nghỉ ngơi.
- Giảm thông khí ở phổi.
- Các triệu chứng của suy tim phải.

1.2.2. X-quang ngực: có thể thấy hình ảnh khí phế thủng, tăng áp động mạch phổi.

1.2.3. ECG: có thể thấy dấu hiệu dày nhĩ phải, thất phải.

1.2.4. Khí máu động mạch: có thể phát hiện giảm oxy, có hay không kèm theo tăng CO_2.

1.3. Chức năng hô hấp

Đây là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định: $FEV_1/FVC < 70\%$ sau dùng thuốc dãn phế quản.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Hen phế quản
- Suy tim sung huyết

- Dãn phế quản
- Lao phổi.

III. PHÂN GIAI ĐOẠN

Giai đoạn	Triệu chứng	Chức năng phổi	
		Khả năng gắng sức	FEV_1% GTLT
I: Nhẹ	Có hay không kèm theo triệu chứng khác: ho, khạc đàm nhưng không thường xuyên. Bệnh nhân thường không cảm thấy khó thở.	Khó thở khi gắng sức nặng	≥ 80%
II: Trung bình	Có triệu chứng khó thở khi gắng sức nhẹ. Ở giai đoạn này, bệnh nhân thường đi khám bệnh vì triệu chứng hô hấp hoặc vì các đợt cấp.	Khó thở khi gắng sức nhẹ	50% ≤ - < 80%
III: Nặng	Có triệu chứng khó thở thường xuyên, giảm khả năng gắng sức rõ, có nhiều đợt cấp hơn và chất lượng cuộc sống giảm sút.	Khó thở khi đi chậm	30% ≤ - < 50%
IV: Rất nặng	Bệnh nhân khó thở nặng thường xuyên. Các đợt cấp luôn đe dọa tử vong. Có biểu hiện tâm phế mạn tính. Chất lượng cuộc sống giảm nặng.	Khó thở khi cử động nhẹ	< 30% hoặc < 50% kèm suy hô hấp mạn

IV. XỬ TRÍ COPD GIAI ĐOẠN ỔN ĐỊNH

Giai đoạn	I *(nhẹ)*	II *(trung bình)*	III *(nặng)*	IV *(rất nặng)*
Mức độ khó thở tương ứng	Khó thở khi gắng sức nặng	Khó thở khi gắng sức nhẹ	Khó thở khi đi lại bình thường	Khó thở ngay trong các cử động nhẹ
FEV_1 (sau khi dung thuốc dãn phế quản)	≥ 80%	50% ≤ - < 80%	30% ≤ - < 50%	< 30%
➡	Tránh tiếp xúc các yếu tố nguy cơ, vắc xin phòng cúm Thuốc: dãn phế quản tác dụng ngắn (khi cần)			

→	Như trên và thêm: - Kết hợp điều trị liên tục với một hoặc nhiều thuốc dãn phế quản tác dụng kéo dài (khi cần) - Phục hồi chức năng hô hấp
→	Như trên và thêm: kết hợp corticosteroid hít liên tục nếu có nhiều đợt cấp
→	Như trên và thêm: oxy trị liệu kéo dài nếu suy hô hấp mạn tính

V. XỬ TRÍ ĐỢT CẤP COPD

1. Chẩn đoán

Đợt cấp COPD là sự xấu đi đột ngột tình trạng ổn định của bệnh: tăng ho, tăng khó thở và/hoặc tăng lượng đàm khiến bệnh nhân phải thay đổi cách điều trị thường ngày.

2. Chẩn đoán phân biệt

Cần chẩn đoán phân biệt (nhất là sau khi xử trí như đợt cấp COPD mà không hiệu quả) với:

- Viêm phổi
- Thuyên tắc phổi
- Tràn khí hoặc tràn dịch màng phổi
- Suy tim sung huyết
- Loạn nhịp tim
- Chấn thương ngực
- Tác dụng phụ của thuốc an thần hoặc thuốc ức chế bêta.

3. Đánh giá mức độ nặng của đợt cấp

Nếu có ít nhất 2 tiêu chuẩn A hoặc 1 tiêu chuẩn B ở mức nào nặng nhất thì xếp vào mức độ đó.

Mức độ **Tiêu chuẩn đánh giá**	**Nhẹ (1)**	**Trung bình (2)**	**Nặng (3)**
A. Tiền sử:		Có thể có	Có

- Có bệnh đồng phát (*) - Tiền sử các đợt cấp trong 3 năm cuối - Mức độ nặng của COPD	Không < 1 lần/năm Giai đoạn I	1 lần/năm Giai đoạn II	> 1 lần/năm Giai đoạn III - IV
B. Khám thực thể - Tri giác - Nhịp thở (lần/phút) - Co kéo cơ hô hấp phụ - HA tối đa - Các triệu chứng còn sau điều trị ban đầu	 Bình thường < 30 Nhẹ Bình thường Hết	 Bình thường 30 - 35 Trung bình Bình thường Còn ít	 Rối loạn tri giác > 35 hoặc < 18 Nặng < 90mmHg Không đáp ứng hoặc tăng lên

(*): suy tim sung huyết, bệnh mạch vành, đái tháo đường, suy gan, suy thận.

4. Điều trị đợt cấp COPD

Điều trị	Đợt cấp COPD nhẹ	Đợt cấp COPD trung bình	Đợt cấp COPD nặng
Thuốc giãn phế quản	- Ipratropium và/hoặc SABA dạng MDI/NEB khi cần - Xem xét dùng LABA kết hợp	- Ipratropium và/hoặc SABA dạng MDI/NEB mỗi 4-6 giờ - Xem xét dùng LABA kết hợp - Xem xét điều trị bằng methylxanthin nếu không có hiệu quả hoặc không dung nạp với xử trí trên (lưu ý tác dụng phụ) (a)	- Ipratropium và/hoặc SABA dạng MDI/NEB mỗi 2-4 giờ - Xem xét dùng LABA kết hợp - Xem xét điều trị bằng methylxanthin nếu không có hiệu quả hoặc không dung nạp với xử trí trên (lưu ý tác dụng phụ) (a)
Corticosteroid	- Uống methylprednisolone 30-40mg/ngày x 10-14 ngày - Xem xét việc duy trì bằng ICS hoặc	- Uống methylprednisolone 30-40mg/ngày x 7-10 ngày. Nếu không đáp ứng với điều trị trên sau 24-48	- Methylprednisolone 40mg TM mỗi 8 giờ trong 3 ngày, sau đó chuyển sang thuốc liều 30-40mg/ngày x 7-10 ngày

	NEB [b]	giờ: methylprednisolone 40mg TM mỗi 8 giờ trong 3 ngày, sau đó chuyển sang thuốc uống trong 7-10 ngày - Xem xét việc duy trì bằng ICS hoặc NEB [b]	- Xem xét việc duy trì bằng ICS hoặc NEB [b]
Kháng sinh: - Khi có chỉ định [c] - Nên dùng thuốc dạng uống. Nếu dùng thuốc tiêm thì chuyển uống khi tình trạng ổn. - Kháng sinh duy trì trong 7-14 ngày	- Amoxicillin, nếu không đáp ứng: - Amoxicillin/clavulanic, hoặc moxifloxacin, hoặc levofloxacin	- Amoxicillin/clavulanic, hoặc moxifloxacin, hoặc levofloxacin. - Điều chỉnh theo kháng sinh đồ nếu không đáp ứng. - Nếu nghi ngờ nhiễm *P. aeruginosa* hoặc *Enterobacteriacea*[d]: kết hợp ceftazidime và ciprofloxacin.	- Cephalosporin III hoặc amoxicillin/clavulanic kết hợp moxifloxacin, hoặc levofloxacin. - Điều chỉnh theo kháng sinh đồ nếu không đáp ứng. - Nếu nghi ngờ nhiễm P. aeruginosa hoặc Enterobacteriacea[d]: kết hợp ceftazidime và ciprofloxacin.
Oxy		Thở oxy nếu SaO_2 < 90%	- Thở oxy theo khí máu - Thở máy nếu có chỉ định

Chú thích:

[a]: Liều theophylline khởi đầu 10mg/kg/ngày. Nếu vừa sử dụng theophylline trước đó thì không nên quá 5mg/kg/ngày khi không định lượng được nồng độ thuốc trong máu.

[b]: COPD giai đoạn III, IV hoặc có biểu hiện tăng phản ứng đường thở.

[c]: Có 3 chỉ định kháng sinh:

- Đợt cấp COPD có cả 3 triệu chứng: tăng khó thở, tăng lượng đàm và đàm mủ.

- Đợt cấp COPD có 2 trong 3 triệu chứng trên kèm theo triệu chứng toàn thân: sốt, CRP tăng cao (> 50mg/L).

- Đợt cấp COPD mức độ nặng.

[d]: Nguy cơ nhiễm *P. aeruginosa* và *Enterobacteriacea:*

- Mới xuất viện

- Dùng kháng sinh thường xuyên (4 đợt trong năm trước)

- COPD giai đoạn IV

- Phân lập được *P. aeruginosa* trong dợt cấp trước đó.

5. Cận lâm sàng cần thực hiện

- Các xét nghiệm cơ bản: công thức máu, đường huyết, ure, creatinine, SGOT, SGPT, ion đồ, hs-CRP.

- Khí máu động mạch, cấy đàm định danh vi khuẩn và kháng sinh đồ (đợt cấp trung bình đến nặng); lactat máu (đợt cấp nặng).

- X-quang ngực thường quy, ECG.

- Các cận lâm sàng khác để chẩn đoán phân biệt hoặc chẩn đoán bệnh lý đi kèm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2012), *"Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh hô hấp",* ban hành kèm theo Quyết định số 4235/QĐ-BYT.

TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY – THỰC QUẢN

MÃ IDC 10: K21

I. ĐỊNH NGHĨA

Bệnh trào ngược dạ dày thực quản (GERD - Gastroesophageal reflux disease) là tình trạng các chất trong lòng dạ dày trào ngược lên vào thực quản gây ra các triệu chứng khó chịu hay biến chứng. Các chất trào ngược có thể đi vào khoang miệng ở vùng hầu họng, vào thanh quản hoặc vào phổi.

Bệnh trào ngược dạ dày - thực quản có thể được chia ra làm hai loại bao gồm có hoặc không có tổn thương thực quản trên hình ảnh nội soi dạ dày.

II. NGUYÊN NHÂN

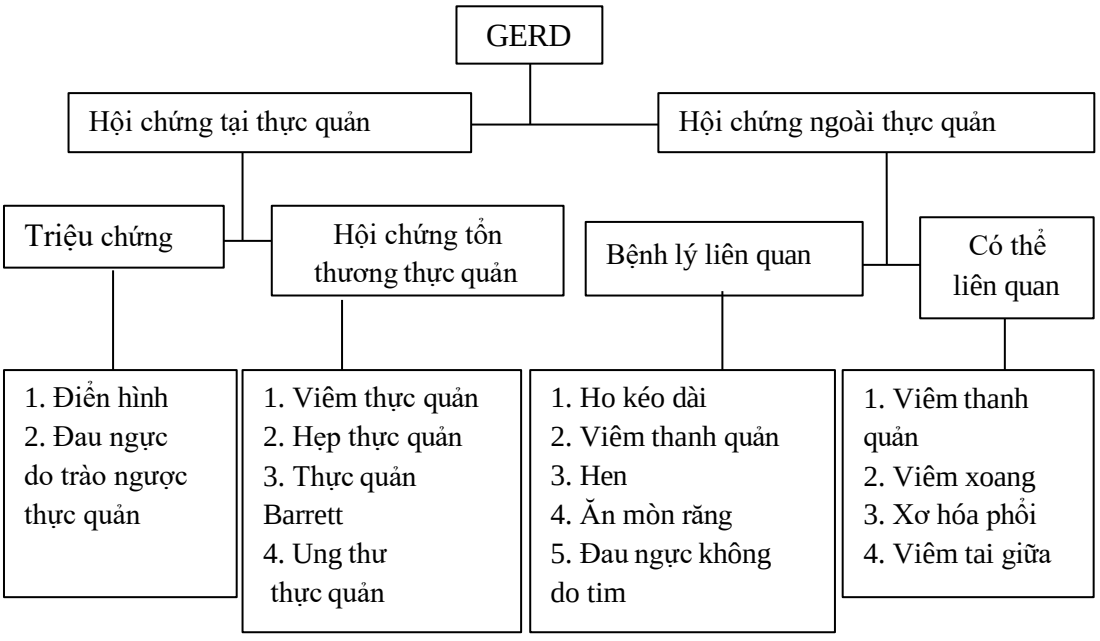
Sự bất thường của cơ thắt thực quản dưới (yếu đi hay dãn ra), thường gặp ở người thừa cân, béo phì hay có thai.

Một số thuốc cũng có thể làm tăng nguy cơ trào ngược: thuốc ức chế beta, điều trị hen phế quản, các thuốc ức chế canxi, thuốc kháng dị ứng, thuốc giảm đau, thuốc an thần, thuốc chống trầm cảm, hút thuốc lá.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Hỏi bệnh sử và khám lâm sàng

- Tiền căn sử dụng các thuốc ức chế beta, ức chế canxi, thuốc chống trầm cảm, …
- Triệu chứng điển hình: ợ nóng, nóng rát lan từ thượng vị dọc sau xương ức, có khi lan lên tới vùng hạ họng hoặc mang tai. Thường xảy ra sau bửa ăn và theo tư thế gập cuối người về phía trước, hoặc những cơn ho ban đêm do tư thế nằm. Triệu chứng tăng lên sau khi uống rượu và giảm sau dùng thuốc kháng acid.
- Nôn trớ.
- Nuốt khó là một triệu chứng báo động.
- Triệu chứng không điển hình ngoài thực quản như khàn tiếng, viêm thanh quản, viêm xoang, ho mạn tính, suyễn, đau ngực không do tim.



2. Xét nghiệm chẩn đoán

2.1. Nội soi dạ dày - tá tràng

Cần thực hiện nọi soi dạ dày tá tràng sớm trong những trường hợp sau:

- Không giảm hoặc tái phát triệu chứng sau đợt điều trị thử.
- Chẩn đoán chưa rõ do triệu chứng không điển hình.
- Nghi ngờ có biến chứng.
- Có các dấu hiệu báo động: nuốt khó, nuốt đau, nôn ra máu, sụt cân, khó thở ban đêm.

Những dấu hiệu có thể ghi nhận trên nội soi gồm: viêm thực quản, co thắt cơ vòng thực quản dưới, thực quản Barrett. Chỉ 50% bệnh nhân GERD có biểu hiện viêm thực quản trên nội soi.

Phân loại Los Angeles trên nội soi dạ dày thực quản:

A: một hoặc vài vết trợt, dài < 5mm.

B: một hoặc vài vết trợt, dài > 5mm và không có sự bắc cầu giữa các vết trợt đó.

C: có vài vết trợt và có sự bắc cầu giữa các vết chợt nhưng không quá 75% chu vi thực quản.

D: có vài vết trợt và có sự bắc cầu giữa các vết trợt hơn 75% chu vi thực quản.

2.2. Chụp X-quang thực quản đối quang kép

2.3. Đo áp lực cơ vòng thực quản dưới và theo dõi pH thực quản 24 giờ

3. Chẩn đoán phân biệt

Co thắt tâm vị, viêm loét dạ dày tá tràng, rối loạn chuyển động thực quản, co thắt thực quản, ung thư thực quản và viêm thực quản.

4. Biến chứng

- Viêm xước thực quản
- Hẹp thực quản: biểu hiện là tình trạng nuốt khó.
- Barrett thực quản: có chuyển sản niêm mạc ruột nên có tiềm năng ác tính cao.
- Ung thư thực quản, thủng ổ loét thực quản (hiếm).

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Giảm nhẹ triệu chứng
- Cải thiện chất lượng cuộc sống
- Làm lành sẹo trong các trường hợp viêm thực quản nặng.
- Phòng ngừa tái phát.
- Phòng ngừa biến chứng.

2. Điều trị đặc hiệu

Thuốc ức chế bơm proton (PPI) thường được dùng liều chuẩn 1 lần trong ngày trước ăn sáng ít nhất 30 phút, trong thời gian 8 tuần. Ở bệnh nhân đáp ứng không hoàn toàn với PPI 1 lần/ngày, có thể tăng liều PPI thành 2 lần/ngày hoặc chuyển sang một loại PPI khác hoặc thêm các thuốc hỗ trợ khác làm giảm triệu chứng.

Duy trì PPI nên dùng cho những bệnh nhân sau khi ngưng PPI nhưng triệu chứng của GERD vẫn còn hoặc bệnh nhân có các biến chứng như viêm thực quản hay Barrett thực quản. Bệnh nhân cần duy trì PPI kéo dài nên duy trì ở liều thấp (giảm ½ liều) hoặc ngắt quãng.

Liều chuẩn PPI: omeprazole 20mg, lansoprazole 30mg, pantoprazole 40mg, esomeprazole 40mg, rabeprazole 20mg.

3. Điều trị hỗ trợ

3.1. Thay đổi lối sống

Giảm cân nếu BMI >25 hoặc có tăng cân trong thời gian gần đây.

Nâng cao đầu giường khoảng 10 - 15 độ và chỉ đi ngủ sau ăn tối từ 2-3 giờ nếu bệnh nhân có triệu chứng GERD xảy ra ban đêm.

Hạn chế thức ăn có thể có liên quan với việc khởi phát triệu chứng trào ngược như chocolate, caffeine, rượu, thức ăn chua cay và đặc biệt là các chất lên men như sữa các loại.

3.2. Thuốc uống trợ vận động

Tác dụng trên chức năng vận động thực quản như domperidon, mosapride, itopride hoặc thuốc chống trầm cảm… giúp hỗ trợ điều trị triệu chứng cho bệnh nhân.

4. GERD kháng trị

Là tình trạng bệnh nhân có triệu chứng trào ngược vẫn còn dai dẳng, không đáp ứng điều trị với PPI liều chuẩn, ít nhất 8 tuần, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Bước tiếp cận đầu tiên trong GERD kháng trị là cần tối ưu hóa liệu pháp điều trị PPI. Nội soi dạ dày tá tràng cho bệnh nhân GERD kháng trị có triệu chứng chủ để loại trừ nguyên nhân không phải GERD.

Bệnh nhân có triệu chứng ngoài thực quản dai dẳng mặc dù đã được điều trị tối ưu với liều PPI sẽ được khám và đánh giá với những chuyên gia hô hấp, tai mũi họng, dị ứng.

Thuốc điều trị trong GERD

Nhóm thuốc	Thuốc	Liều chuẩn	GERD kháng trị
PPI	Omeprazole	20 mg/ngày	20 mg 2 lần/ngày
	Pantoprazole	40 mg/ngày	40 mg 2 lần/ngày
	Esomeprazole	40 mg/ngày	40 mg 2 lần/ngày
	Rabeprazole	20 mg/ngày	20 mg 2 lần/ngày
	Lansoprazole	30 mg/ngày	30 mg 2 lần/ngày
Hỗ trợ vận động	Metoclopramide	10-15 mg 4 lần/ngày	
	Domperidone	10 mg 3 lần/ngày	
Thuốc chống trầm cảm	Nortriptyline	10-25 mg trước ngủ	
	Paroxetine	10-40 mg	
	Pregabalin	50 mg 3 lần/ngày	

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Bệnh nhân sau dùng PPI và các điều trị hỗ trợ sẽ theo dõi các triệu chứng của GERD như ợ nóng, ợ hơi, nuốt khó và các dấu hiệu báo động. Nếu các triệu chứng thuyên giảm sẽ giảm liều PPI sau 8 tuần. Sau đó có thể xem xét ngưng điều trị. Nếu vẫn còn triệu chứng hoặc xuất hiện các triệu chứng báo động, cần nội soi dạ dày hoặc tăng liều PPI gấp đôi so với liều chuẩn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Chợ Rẫy (2018), *Phác đồ điều trị Nội khoa.*

VIÊM DẠ DÀY

MÃ ICD 10: K29

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm dạ dày là một bệnh lý do nhiều nguyên nhân khác nhau gây ra tình trạng viêm của niêm mạc dạ dày. Cơ chế tổn thương chủ yếu là do mất cân bằng giữa yếu tố phá hủy và yếu tố bảo vệ niêm mạc dạ dày.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Chán ăn, chướng bụng, đau thượng vị, buồn nôn và nôn hoặc không có triệu chứng.

Nôn ra máu, nôn ra dịch đen hoặc đi cầu phân đen nếu có xuất huyết.

2. Cận lâm sàng

- Công thức máu: hematocrit thấp nếu có chảy máu đáng kể, có thể thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc nếu chảy máu rỉ rả kéo dài.

- Sắt huyết thanh có thể giảm.

3. Nội soi dạ dày - tá tràng

Nội soi giúp xác định chẩn đoán. Hình ảnh nội soi có 4 dạng: viêm nông dạ dày, viêm dạ dày thể xuất huyết, viêm dạ dày thể ăn mòn và viêm dạ dày thể nhiễm khuẩn.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Thuốc ức chế tiết acid

Thời gian điều trị 6-8 tuần.

1.1. Thuốc ức chế H_2 receptor

- Cimetidin 300mg: 1 viên x 2 lần/ngày, uống.
- Ranitidin 150mg: 1 viên x 2 lần/ngày, uống.
- Famotidin 20-40mg: 1 viên x 2 lần/ngày, uống.

1.2. Thuốc ức chế bơm proton (PPI)

Nên dùng trước ăn 30 phút.

- Omeprazole 20mg: 1 viên x 2 lần/ngày, uống.
- Lansoprazole 30mg: 1 viên x 1 lần/ngày, uống.
- Pantoprazole 40mg: 1 viên x 1 lần/ngày, uống.
- Rabeprazole 20mg: 1 viên x 1 lần/ngày, uống.
- Esomeprazole 40mg: 1 viên x 1 lần/ngày, uống.

2. Thuốc kháng acid

Thời gian điều trị 6-8 tuần. Nên uống sau ăn 1-2 giờ hoặc trước ăn 15-30 phút.

- Maalox: 1 viên x 3 lần/ngày, uống.

- Phosphalugel: 1 gói x 3 lần/ngày, uống.
- Gastropulgit: 1 gói x 3 lần/ngày, uống.

3. Nhóm thuốc tăng cường yếu tố bảo vệ niêm mạc

3.1. Thuốc tác động lên dẫn chất của prostaglandin E_2, I_2

Misoprostol: liều 200µg x 4 lần/ngày, uống.

3.2. Thuốc sucralfate

Sucralfate 1 gói x 4 lần/ngày, uống lúc đói.

4. Điều trị nguyên nhân

Điều trị nhiễm *Helicobacter pylori*, ngưng thuốc NSAID, steroid, aspirin, …

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Chợ Rẫy (2018), *Phác đồ điều trị Nội khoa.*

BỆNH LÝ DẠ DÀY DO NHIỄM HELICOBACTER PYLORI

MÃ ICD 10: B98.0

I. ĐẠI CƯƠNG

Helicobacter pylori (HP) là xoắn khuẩn gram âm, cư trú bên trên lớp nhầy dạ dày gần kề tế bào biểu mô dạ dày, mặc dù không xâm nhập nhưng nó gây viêm niêm mạc dạ dày với sự hiện diện của bạch cầu đa nhân trung tính và lympho bào.

90% bệnh lý loét dạ dày tá tràng có HP (+), tuy nhiên chỉ 15% người nhiễm HP có biến chứng này.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Triệu chứng thoáng qua vài ngày với buồn nôn và đau bụng trong giai đoạn cấp.
- Nhiễm HP mạn tính có thể biểu hiện viêm dạ dày, phần lớn viêm dạ dày nhẹ và lan tỏa, hiếm khi gây biểu hiện lâm sàng đáng kể.

2. Cận lâm sàng

2.1. Test không xâm lấn

- Huyết thanh học: dễ thực hiện, độ nhạy, độ chuyên biệt hơn 90%, phát hiện bệnh nhân mới nhiễm, không dung theo dõi điều trị, không đánh giá được nhiễm trùng hoạt động.
- Tìm kháng nguyên trong phân: độ chuyên biệt 98%, độ nhạy 94%, dùng để theo dõi sau điều trị tiệt trừ, đánh giá nhiễm trùng hoạt động.
- Test hơi thở urea carbon C^{13}: độ nhạy, độ chuyên biệt hơn 95%, dùng để theo dõi sau điều trị tiệt trừ, đánh giá nhiễm trùng hoạt động.

2.2. Test qua nội soi tiêu hóa trên

- Xét nghiệm urease nhanh trên mẫu mô sinh thiết (clotest), độ nhạy 90%, độ chuyên biệt 95%.
- Xét nghiệm mô học mẫu mô sinh thiết qua nội soi và làm kháng sinh đồ.
- Nuôi cấy.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Cần làm xét nghiệm HP trước khi điều trị.
- Dùng kháng sinh uống, không dùng kháng sinh tiêm.
- Phối hợp thuốc giảm tiết acid với ít nhất hai loại kháng sinh.

2. Phác đồ điều trị

2.1. Phác đồ 3 thuốc tiêu chuẩn: 14 ngày

- PPI uống 2 lần/ngày

- Clarithromycin 500mg 1 viên x 2 lần/ngày

- Amoxicillin 500mg 2 viên x 2 lần/ngày; hoặc metronidazole 500mg 1 viên x 2 lần/ngày nếu dị ứng penicillin.

2.2. Phác đồ 4 thuốc tiêu chuẩn: 14 ngày

- PPI uống 2 lần/ngày
- Bismuth subsalicylate 2 viên x 4 lần/ngày
- Tetracyline 500mg 1 viên x 4 lần/ngày
- Metronidazole 500mg 1 viên x 3 lần/ngày

2.3. Phác đồ 3 kháng sinh

- PPI uống 2 lần/ngày
- Clarithromycin 500mg 1 viên x 2 lần/ngày
- Amoxicillin 500mg 2 viên x 2 lần/ngày
- Metronidazole 500mg 1 viên x 2 lần/ngày

2.4. Phác đồ dựa trên levofloxacin

Dùng 14 ngày trong trường hợp HP kháng thuốc.

- PPI uống 2 lần/ngày
- Levofloxacin 500mg 1 viên x 2 lần/ngày
- Amoxicillin 500mg 2 viên x 2 lần/ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Chợ Rẫy (2018), *Phác đồ điều trị Nội khoa.*

HỘI CHỨNG RUỘT KÍCH THÍCH

MÃ ICD 10: K58

I. ĐỊNH NGHĨA

Hội chứng ruột kích thích (HCRKT) là một tình trạng mạn tính với đặc trưng là đau bụng đi kèm rối loạn chức năng ruột. Cơn đau thường giảm sau khi đi đại tiện và đôi khi kèm theo trướng bụng. Không có bất thường về cấu trúc nào để giải thích cho cơn đau này.

Đường ruột tăng tính nhạy cảm, dễ bị kích thích dẫn đến thay đổi nhu động và bài tiết để đáp ứng với các tác nhân khác nhau, có thể từ môi trường (áp lực cuộc sống) hoặc từ lòng ruột (thực phẩm, vi khuẩn, độc tố…). Phản ứng này dẫn đến đau cũng như táo bón hoặc tiêu chảy.

Thường gặp ở bệnh nhân tuổi dưới 50. Tỷ lệ nữ: nam là 2:1.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán lâm sàng

Khó chịu ở bụng, co thắt ở giữa bụng hoặc bụng dưới nhẹ hoặc nặng.

Thay đổi thói quen đi ngoài đi kèm đau (thường gặp). Có thể có tiêu chảy hoặc thường là phân mềm, táo bón, hoặc xen kẽ tiêu chảy và táo bón. Đại tiện làm giảm đau bụng hoặc khó chịu.

Trướng hoặc căng bụng (thường gặp). Tình trạng này tăng lên trong ngày, không đi kèm với buồn nôn và nôn. Tình trạng được cải thiện khi đại tiện hoặc trung tiện.

Khám bụng thông thường không có phát hiện đáng kể. Có thể có đau bụng nhẹ tại góc phần tư dưới bên trái hoặc bên phải.

Ngoài ra có thể đi ngoài phân có nhầy (không thường gặp). Xảy ra khi bệnh nhân có triệu chứng và không kèm theo máu.

2. Cận lâm sàng

Xét nghiệm máu bình thường.

Xét nghiệm phân, cấy phân tìm vi khuẩn bình thường.

Sinh thiết, xét nghiệm mô bệnh học đại tràng bình thường.

Chụp X-quang khung đại tràng bình thường hoặc có rối loạn co bóp nhu động. Nội soi đại - trực tràng bình thường.

Qua thăm khám và xét nghiệm có thể giúp chúng ta phát hiện một số triệu chứng báo động về bệnh lý thực tổn để chẩn đoán phân biệt với HCRKT.

3. Các tiêu chí chẩn đoán

3.1. Tiêu chuẩn Rome IV

Đau bụng hoặc cảm giác khó chịu bụng tái phát, trung bình ít nhất 1 ngày một tuần trong 3 tháng gần đây và kết hợp với ≥ 2 trong số các tiêu chuẩn sau:

- Liên quan đến đại tiện

- Kết hợp với thay đổi tần suất đại tiện

- Kết hợp với thay đổi dạng phân.

3.2. Tiêu chuẩn Manning

Đau bụng tái phát và ≥ 2 trong số tiêu chuẩn sau:

• Đỡ đau sau khi đại tiện

• Đi đại tiện thường xuyên hơn khi cơn đau khởi phát

• Phân lỏng hơn khi cơn đau khởi phát

• Trướng bụng có thể nhìn thấy được

• Tiết chất nhầy ở trực tràng

• Cảm giác đi ngoài chưa hết.

4. Các triệu chứng báo động

Chán ăn, sụt cân, thiếu máu.

Sốt, tăng bạch cầu, tốc độ máu lắng tăng.

Đại tiện phân có nhầy máu, phân nhỏ dẹt thường xuyên.

Các triệu chứng rối loạn phân mới xảy ra ở người > 40 tuổi. Tiền sử gia đình có người bị ung thư đại tràng.

III. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- *HCRKT có ỉa chảy với:* nhiễm trùng đường ruột, suy giảm miễn dịch, ung thư đại-trực tràng, u lympho ruột, dị ứng thức ăn, thiếu men lactase, viêm loét đại trực tràng chảy máu, viêm đại tràng vi thể, Hội chứng Crohn.

- *HCRKT có táo bón - đau bụng nổi trội với:* u đại tràng, bệnh to giãn đại tràng, u tụy, ngộ độc chì, thoát vị, bệnh sỏi mật và viêm túi mật, rối loạn chuyển hóa porphyrine.

IV. ĐIỀU TRỊ

Hiện tại chưa có thuốc đặc hiệu điều trị bệnh. Điều trị triệu chứng là cần thiết. Việc điều trị có thể không làm dứt hẳn triệu chứng nhưng sẽ cải thiện tốt hơn chất lượng sống của bệnh nhân. Các triệu chứng có thể giảm hoặc mất hoàn toàn nhưng rất dễ tái phát.

Chỉ dùng kháng sinh khi có nguyên nhân từ vi khuẩn.

1. Điều trị không dùng thuốc

Thay đổi lối sống giảm bớt căng thẳng.

Chế độ ăn uống: hạn chế dùng các chất có tính kích thích bệnh như cà phê, rượu, thuốc lá, đồ sống, rau tươi...

Chế độ luyện tập rất cần thiết và phải kiên trì. Luyên tập chế độ đại tiện 1 lần hàng ngày, thư giãn, tập thể dục nhẹ nhàng…

2. Điều trị bằng thuốc

Giảm tiêu chảy: bảo vệ niêm mạc ruột, hấp phụ nước và độc chất. Có rất nhiều chủng và các men vi sinh khác nhau có thể có tác động khác nhau lên chức năng đường ruột. *Bifidobacterium infantis* cho thấy hiệu quả trong việc cải thiện các triệu chứng hội chứng ruột kích thích và đây là sự lựa chọn được ưa thích hơn các loại men vi sinh khác. Với bệnh nhân bị tiêu chảy nhiều, có thể cho dùng loperamide sau khi đi ngoài phân lỏng.

Nếu bệnh nhân có táo bón hoặc xen kẽ táo bón và tiêu chảy, thường được khuyến khích dùng chất xơ. Nếu bổ sung chất xơ không đủ có thể cung cấp lactulose. Lưu ý lactulose có thể làm tăng trướng bụng ở một số bệnh nhân.

Chống co thắt có thể dùng *dicyclomine* hoặc *hyoscyn N butyl bromide* thường xuyên hoặc khi cần thiết.

Rifaximin, một kháng sinh hấp thụ tối thiểu, đã được chỉ ra là có ích lợi mức nhất định trong việc giảm các triệu chứng chung và trướng bụng ở bệnh nhân mắc hội chứng ruột kích thích mà không gây táo bón sau một đợt điều trị trong 2 tuần.

Nếu cơn đau vẫn còn và dùng thuốc chống co thắt, thuốc chống trầm cảm ba vòng hoặc các thuốc ức chế tái hấp thụ serotonin có chọn lọc (SSRIs) có thể phù hợp.

Giải lo âu, an thần: nhóm Benzodiazepine.

Chống trầm cảm: nhóm TCA, nhóm SSRIs.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Chợ Rẫy (2018), *Phác đồ điều trị Nội khoa.*

ÁP XE GAN DO AMÍP

MÃ ICD 10: A06.4

I. ĐẠI CƯƠNG

Thuật ngữ "áp xe gan" dùng để mô tả một tổn thương viêm có sinh mủ, có giới hạn và thường có vách kèm theo có hoại tử nhu mô gan khu trú do nhiều vi sinh vật khác nhau gây nên (như vi trùng, động vật nguyên sinh và giun sán) và nấm.

Áp xe gan amíp có thể do hai loại Entamoeba histolytica và Entamoeba dispar gây ra. Tuy nhiên, chỉ có chủng E. histolytica có khả năng gây bệnh áp xe gan ở người do khả năng xâm nhập và đặc tính gây bệnh của nó.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

- Hỏi bệnh sử: bệnh nhân có thể sốt nhẹ và vừa, có thể sốt cao; đau hạ sườn phải, đau có thể lan lên vai phải. Ngoài ra, bệnh nhân có thể mệt, chán ăn, buồn nôn, sụt cân, tiêu chảy, ho khan.

- Khám lâm sàng: gan có thể to, ấn đau, vàng da. Dấu hiệu rung gan (+) hay ấn kẽ sườn (+) rất có giá trị chẩn đoán. Có thể khám thấy bệnh nhân sụt cân, có dấu mất nước và thiếu máu.

- Xét nghiệm thường quy: công thức máu, đường huyết, BUN, creatinin, AST, ALT, bilirubin, tổng phân tích nước tiểu.

- Xét nghiệm đặc hiệu

+ Xét nghiệm hướng tới nhiễm trùng: thiếu máu nhẹ (Hb < 12g/L), bạch cầu tăng (10.000-15.000/mm^3 hoặc cao hơn, chủ yếu bạch cầu đa nhân trung tính, ít gặp tăng bạch cầu ái toan), tốc độ lắng máu tăng, CRP tăng.

+ Xét nghiệm chức năng gan: tăng AST, ALT và bilirubin, giảm albumin máu, tăng phosphatase alkaline và ᵞGT .

+ Xác định tác nhân gây bệnh: phản ứng huyết thanh miễn dịch với độ chính xác cao (độ nhạy và độ đặc hiệu > 90%). Soi tươi mủ tìm amíp tỉ lệ phát hiện thấp <15%. Cấy mủ cho kết quả hạn chế. Xét nghiệm phân ít sử dụng vì giá trị rất hạn chế.

+ X-quang phổi và bụng không sửa soạn tư thế đứng: có thể thấy nửa cơ hoành phải nâng cao, xẹp phổi, tràn dịch màng phổi phải, bóng gan lớn. Hiếm khi phát hiện mức khí-dịch trong ổ áp xe.

+ Siêu âm bụng: xác định được vị trí, số lượng, kích thước, tính chất ổ áp xe và định vị để chọc hút mủ khi có chỉ định.

+ Chụp cắt lớp điện toán (CT scan) và chụp cộng hưởng từ (MRI): độ nhạy cao hơn siêu âm, phân biệt được với các tổn thương di căn gan.

+ Chọc hút ổ áp xe: xác định chẩn đoán khi còn nghi ngờ.

2. Chẩn đoán xác định

Đau hạ sườn bên phải kèm sốt, công thức máu có thiếu máu nhẹ, tăng bạch cầu đa nhân trung tính và huyết thanh chẩn đoán amíp dương tính. Hình ảnh chẩn đoán thấy tổn thương gan thường là đơn độc (do amíp).

3. Chẩn đoán phân biệt thường gặp

Viêm túi mật, viêm mủ màng phổi, ung thư gan nguyên phát.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc: diệt cả amíp trong nhu mô gan và trong lòng ruột để ngừa tái phát.

2. Điều trị đặc hiệu

- Đáp ứng lâm sàng sẽ đạt được sau 48-72 giờ.

- Điều trị chuẩn diệt amíp mô: metronidazole, 500-750mg x 3 lần mỗi ngày (uống hoặc truyền TM), trong 7-10 ngày. Thuốc thay thế là tinidazol 2g uống 1 lần/ngày x 5 ngày, hoặc chloroquine phosphate (600mg chloroquine cơ bản) uống 2 ngày, sau đó 300mg chloroquine/ngày x 2-3 tuần.

- Diệt amíp dưỡng bào trong lòng ruột: iodoquinol 650mg x3 lần/ngày x 20 ngày. Diloxanide furoate, 500mg x 3 lần/ngày x 10 ngày. Paromomycin sulfate 25-35mg/kg/ngày chia 3 lần x 7-10 ngày.

- Chỉ định chọc tháo ổ áp xe (dưới hướng dẫn siêu âm hoặc CT) trong các trường hợp còn nghi ngờ chẩn đoán; đường kính ổ áp xe > 5 cm; áp xe thùy trái gan có nguy cơ vỡ vào màng tim hay trong phúc mạc, không đáp ứng điều trị sau 4-5 ngày hoặc bị bội nhiễm vi trùng.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Sau quá trình điều trị ổn, trung bình ổ áp xe sẽ còn tồn tại trong gan ít nhất từ 6-9 tháng mới lành mất đi trên siêu âm.

- Khả năng tái phát thấp. Có hai loại hình ảnh ghi nhận được trên siêu âm về ổ áp xe sau điều trị. Loại 1 (type I): ổ áp xe biến mất hoàn toàn trong vòng 3 tháng và loại còn lại là lúc đầu giảm nhanh chóng kích thước ổ áp xe đến 75% so với kích thước ban đầu nhưng sau đó mức độ giảm khá chậm nhưng sau đó thì giảm rất nhỏ còn khoảng 25%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Chợ Rẫy (2018), *Phác đồ điều trị Nội khoa.*

ÁP XE GAN DO VI TRÙNG

MÃ ICD 10: K75.0

I. ĐẠI CƯƠNG

Thuật ngữ "áp-xe gan" dùng để mô tả một tổn thương viêm có sinh mủ, có giới hạn và thường có vách kèm theo có hoại tử nhu mô gan khu trú do nhiều vi sinh vật khác nhau gây nên (như vi trùng, động vật nguyên sinh và giun sán) và nấm.

Tác nhân gây áp xe gan vi trùng

- Vi trùng hiếu khí: phổ biến nhất gây áp-xe gan là *Escherichia coli và Klebsiella pneumoniae.*

- Vi trùng kỵ khí: *Bacteroides, Fusobacterium, Clostridium perfringens, Clostridium septicum, Peptococcus, actinomyces.*

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

- Hỏi bệnh sử: bệnh nhân có thể sốt nhẹ và vừa, có thể sốt cao; đau hạ sườn phải, đau có thể lan lên vai phải. Ngoài ra, bệnh nhân có thể mệt, chán ăn, buồn nôn, sụt cân, tiêu chảy, ho khan. Các yếu tố nguy cơ của áp xe gan do vi trùng thường là bệnh nhân có bệnh đái tháo đường, bệnh nhân > 65 tuổi và bệnh nhân ung thư đường mật hay ung thư đại tràng.

- Khám lâm sàng: gan có thể to, ấn đau, vàng da; dấu hiệu rung gan (+) hay ấn kẽ sườn (+) rất có giá trị chẩn đoán. Có thể khám thấy bệnh nhân sụt cân, có dấu mất nước và thiếu máu.

- Xét nghiệm thường quy: công thức máu, đường huyết, BUN, creatinin, AST, ALT, bilirubin, tổng phân tích nước tiểu.

- Xét nghiệm đặc hiệu để chẩn đoán

+ Hướng tới nhiễm trùng: thiếu máu nhẹ (Hb < 12g/L), bạch cầu tăng (10.000-15.000/mm^3 hoặc cao hơn, chủ yếu bạch cầu đa nhân trung tính, ít gặp tăng bạch cầu ái toan), tốc độ lắng máu tăng, CRP tăng.

+ Xét nghiệm chức năng gan: tăng AST, ALT và bilirubin, giảm albumin máu, tăng phosphatase alkaline và ᵞGT .

+ Xác định tác nhân gây bệnh: cấy máu ít nhất 2 mẫu máu ở hai vị trí tìm vi trùng. Cấy mủ dương tính 50% trường hợp. Huyết thanh chẩn đoán amíp âm tính.

+ X-quang phổi và bụng không sửa soạn tư thế đứng: có thể thấy nửa cơ hoành phải nâng cao, xẹp phổi, tràn dịch màng phổi phải, bóng gan lớn. Hiếm khi phát hiện mức khí-dịch trong ổ áp xe.

+ Siêu âm bụng: xác định được vị trí, số lượng, kích thước, tính chất ổ áp xe và định vị để chọc hút mủ khi có chỉ định.

+ Chụp cắt lớp điện toán (CT scan) và chụp cộng hưởng từ (MRI): độ nhạy cao hơn siêu âm, phân biệt được với các tổn thương di căn gan.

+ Chọc hút ổ áp xe: xác định chẩn đoán khi còn nghi ngờ.

2. Chẩn đoán xác định

Đau hạ sườn bên phải kèm sốt, công thức máu có thiếu máu nhẹ, tăng bạch cầu đa nhân trung tính và huyết thanh chẩn đoán amíp âm tính. Hình ảnh chẩn đoán thấy có nhiều ổ tổn thương rải rác trong gan.

3. Chẩn đoán phân biệt

Viêm túi mật, viêm mủ màng phổi, ung thư gan nguyên phát.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Phối hợp kết hợp kháng sinh phổ rộng diệt vi trùng gram âm và gram dương, hiếu khí và kỵ khí theo kinh nghiệm ngay từ đầu và chọc dẫn lưu áp xe gan là điều trị tối ưu (kèm theo điều trị bệnh lý nền nếu có).

- Cấy máu ít nhất ở hai vị trí trước khi sử dụng kháng sinh.

- Thời gian điều trị khởi đầu từ 2-3 tuần đường tĩnh mạch, sau đó tiếp tục dùng kháng sinh đường uống thêm 4 tuần nữa.

2. Điều trị đặc hiệu

- Kháng sinh ban đầu: ceftriaxone 1-2g/ngày TMC + metronidazole 500mg/8 giờ truyền TM. Ampicillin-sulbactam 3g/6 giờ TMC. Piperacillin-tazobactam 3,375g/6 giờ hay 4,5g/6 giờ TMC. Ticarcillin-clavulanate 3,1g/4 giờ TMC.

- Kháng sinh thay thế: ciprofloxacin 400mg/12 giờ TTM hoặc levofloxacin 500mg/ngày hay 750mg/ngày x 1 lần TTM + metronidazole 500mg/8 giờ. Hoặc đơn trị liệu (nhóm carbapenem): imipenem-cilastatin, 500mg/6 giờ, meropenem 1g/8 giờ TMC

- Theo dõi đáp ứng lâm sàng và chỉ định chọc hút hoặc dẫn lưu ổ áp xe qua da: khi kích thước ổ áp xe > 5cm và lâm sàng không đáp ứng điều trị (còn sốt, đau bụng sau 3-5 ngày điều trị), còn dấu hiệu nhiễm trùng dai dẳng, tổn thương có nhiều ổ áp xe hay tạo vách ngăn, có bệnh lý đường mật kèm theo.

- Chọc dẫn lưu cho hiệu quả tốt hơn chọc hút đơn thuần. Chụp mật tụy ngược dòng qua nội soi là một chọn lựa tốt nếu bệnh nhân có làm thủ thuật can thiệp vào đường mật trước đó.

- Kháng sinh đường uống tiếp theo: metronidazol 500mg/8 giờ phối hợp với một trong các thuốc nhóm fluoroquinolone như ciprofloxacin 500-750mg/12 giờ; levofloxacin 500-750mg/12 giờ; moxifloxacin 400mg/ngày; cefuroxime axetil 250-500mg/12 giờ; amoxicillin/clavulanate 500mg/8 giờ hoặc 875mg/12 giờ hoặc 2g/12 giờ (dạng phóng thích kéo dài). Theo dõi công thức máu, chức năng gan thận mỗi tuần cho đến khi ngưng điều trị.

- Phẫu thuật (nội soi hay mở ổ bụng): nếu thất bại với điều trị chọc hút và chọc dẫn lưu qua da kết hợp với liệu pháp kháng sinh; áp-xe gan có nguồn gốc của tác nhân gây bệnh nằm ngoài gan hay từ đường mật; áp-xe vỡ vào ổ bụng hay màng tim.

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Bệnh ít khi tái phát. Khả năng tái phát thường liên quan đến các trường hợp bệnh nhân có kèm theo bệnh lý đường mật.

- Sau điều trị kháng sinh 6 tuần, bệnh nhân tái khám kiểm tra công thức máu, siêu âm bụng để đánh giá mức độ lành của tổn thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Chợ Rẫy (2018), *Phác đồ điều trị Nội khoa.*

XƠ GAN

MÃ ICD 10: K74

I. ĐẠI CƯƠNG

Xơ gan là hậu quả của nhiều bệnh gan mạn tính với đặc điểm mô học là một quá trình lan tỏa của gan, trong đó mô gan bình thường được thay thế bởi mô xơ hóa và những nốt tái tạo, dẫn đến suy giảm dần chức năng gan.

Các nguyên nhân thường gặp: viêm gan siêu vi C, viêm gan siêu vi B, bệnh gan do rượu, viêm gan thoái hóa mỡ không do rượu (xu hướng ngày càng tăng).

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

- Hỏi bệnh: tiền sử (vàng da, nghiện rượu, viêm gan, sử dụng thuốc, …); triệu chứng cơ năng (mệt mỏi, sụt cân, biếng ăn, sốt nhẹ, teo cơ, …)

- Khám lâm sàng:

+ *Hội chứng suy tế bào gan*: phù chi, xuất huyết da niêm, vàng da, teo cơ, dấu sao mạch, lòng bàn tay son, rụng lông, nữ hóa tuyến vú, teo tinh hoàn, xuất huyết da niêm….

+ *Hội chứng tăng áp tĩnh mạch cửa*: báng bụng, lách to, giãn tĩnh mạch thực quản.

- Xét nghiệm đánh giá chức năng gan:

+ Huyết học: hồng cầu ↓, bạch cầu ↓, tiểu cầu ↓ (trong trường hợp cường lách do tăng áp tĩnh mạch cửa)

+ Đông máu: PT, INR kéo dài.

- Sinh hóa máu:

+ Bilirubin toàn phần, trực tiếp, gián tiếp tăng (tăng kiểu hỗn hợp).

+ Albumin ↓

+ Tỷ lệ A/G < 1

+ Men gan: AST, ALT bình thường hoặc ↑, nếu AST/ALT > 2 + xơ gan rượu.

+ Sắt, ferritin có thể tăng.

- Dịch màng bụng: dịch màng bụng trong xơ gan có gradient albumin dịch báng và huyết thanh (SAAG) > 1,1g/L.

- Siêu âm bụng: gan to hoặc teo, bờ không đều, cấu trúc thô, độ phản âm dày hoặc kém; lách to, báng bụng, huyết khối tĩnh mạch cửa…….

- CT scan: giúp chẩn đoán xơ gan, u gan, huyết khối tĩnh mạch cửa, …

- Nội soi dạ dày thực quản: giúp chẩn đoán giãn tĩnh mạch thực quản (TMTQ), tâm phình vị.

- Sinh thiết gan: tiêu chuẩn vàng chẩn đoán xơ gan nhưng ít thực hiện do là biện pháp xâm lấn. Hình ảnh cấu trúc gan đảo lộn, nốt tăng sinh, tổ chức xơ phát triển từ khoảng cửa và xâm nhập tế bào gan.

- Xét nghiệm tìm nguyên nhân: viêm gan siêu vi B, C (HBsAg, anti HCV), …

2. Chẩn đoán xác định

- Tiền sử: có bệnh gan mạn gây tổn thương gan kéo dài.

- Lâm sàng: dựa vào 2 hội chứng suy tế bào gan và tăng áp tĩnh mạch cửa, kết hợp với các xét nghiệm đặc hiệu của 2 hội chứng này.

- Siêu âm bụng

- Sinh thiết gan

3. Phân độ xơ gan

Child-Pugh-Turcotte

	1 điểm	2 điểm	3 điểm
Bệnh não gan	không	độ 1, 2	độ 3, 4
Báng bụng	không	nhẹ	vừa hoặc căng
Bilirubin máu (mg%)	< 2	2-3	> 3
Albumin máu (g%)	> 3,5	2,8-3,5	< 2,8
PT (giây) hoặc INR	< 4 < 1,7	4-6 1,7-2,3	> 6 > 2,3

Child-Pugh A (5-6 điểm), Child-Pugh B (7-9 điểm), Child-Pugh C (10-15 điểm)

4. Chẩn đoán biến chứng

- Báng bụng

- Viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát.

- Xuất huyết tiêu hóa do vỡ tĩnh mạch thực quản giãn.

- Bệnh não gan.

- Hội chứng gan thận.

- Ung thư gan

III. ĐIỀU TRỊ

Nguyên t c điều trị: tránh làm tổn thương gan; điều trị nguyên nhân; điều trị hỗ trợ; điều trị biến chứng; ghép gan.

1. Tránh các yếu tố làm tổn thương gan

- Không uống rượu và hạn chế hút thuốc lá.

- Giảm béo phì: tập thể dục, thay đổi lối sống.

- Chủng ngừa viêm gan siêu vi: A, B; cúm.

- Tránh dùng thuốc có hại cho gan: NSAIDs, isoniazid, valproic acid, erythromycin, kháng sinh nhóm aminoglycoside, ketoconazole, chlorpromazine, acetaminophen liều cao.

2. Điều trị nguyên nhân

- Viêm gan virus: dùng thuốc chống virus.
- Viêm gan tự miễn: corticoid + azathioprine.
- Rượu: ngưng uống rượu.

3. Điều trị hỗ trợ

- Chế độ dinh dưỡng: ăn uống điều độ, không ăn quá nhiều đạm động vật, nên dùng chất béo chưa bảo hòa, trái cây, rau quả. Tránh để táo bón.
- Bệnh nhân ăn kém có thể dùng:

L-ornithin L aspartat (nhóm LO LA): 400mg-1200mg/ngày, chia làm 2-3 lần

Arginine tidiacicate hoặc Arginine aspartate.

- Thuốc trợ gan:

Phosphatidylcholin 300mg:1 viên x 3 lần/ngày.

Silymarin70mg 3-6 viên/ngày.

- Chống táo bón: lactulose 15mL, 1-3 gói/ngày uống sao cho đi cầu 2 lần/ngày.

IV. THEO DÕI, TÁI KHÁM

- Xét nghiệm: công thức máu, tỷ lệ Prothrombin, chức năng gan, thận mỗi 3 tháng nếu tình trạng bệnh ổn định.
- Siêu âm bụng, AFP mỗi 6 tháng để phát hiện ung thư tế bào gan.
- Nội soi thực quản dạ dày:

+ Nếu không giãn TMTQ nội soi lại sau 2 năm.

+ Nếu có giãn TMTQ: điều trị phòng ngừa xuất huyết.

- Tái khám 1-3 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Chợ Rẫy (2018), *Phác đồ điều trị Nội khoa.*

NHIỄM TRÙNG ĐƯỜNG TIẾT NIỆU

MÃ ICD 10: N39.0

I. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm trùng đường tiết niệu (nhiễm trùng tiểu) là khi cấy nước tiểu có vi khuẩn (≥ 10^5 khúm vi khuẩn/mL).

Nhiễm trùng tiểu trên: vị trí nhiễm trùng từ niệu quản trở lên gồm viêm đài bể thận cấp hoặc mạn.

Nhiễm trùng tiểu dưới: vị trí nhiễm trùng từ bang quang trở xuống gồm viêm bàng quang, viêm niệu đạo, viêm tuyến tiền liệt.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Nguyên nhân

Vi khuẩn gram âm chiếm 90%, thường gặp là *Escherichia coli, Klebsiella*

2. Yếu tố thuận lợi

- Sỏi đường tiết niệu
- U tuyến tiền liệt hoặc phì đại tuyến tiền liệt lành tính
- U bên ngoài đè ép vào niệu quản
- Dị dạng thận, niệu quản
- Thận đa nang
- Đái tháo đường
- Thai kỳ

3. Lâm sàng

3.1. Nhiễm trùng tiểu trên

- Tiểu gắt, tiểu buốt, tiểu máu, tiểu mủ hoặc nước tiểu đục.
- Sốt cao, lạnh run, vẻ mặt nhiễm trùng.
- Đau vùng hông lưng, góc sườn cột sống.
- Rung thận dương tính, thận to, đau.

3.2. Nhiễm trùng tiểu dưới

- Viêm bàng quang cấp: đau hạ vị, rối loạn đi tiểu.
- Viêm niệu đạo cấp: hội chứng niệu đạo cấp, lỗ tiểu đỏ.
- Viêm tuyến tiền liệt cấp: đau vùng lưng dưới, sốt cao, lạnh run, rối loạn đi tiểu, khám thấy tuyến tiền liệt sưng to, ấn đau.

4. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm cơ bản

+ Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi

+ Sinh hóa máu: ure, creatinine, SGOT, SGPT, …

- Tổng phân tích nước tiểu: bạch cầu ≥ 10 bạch cầu/mm^3, nitrite (+).

- Nhuộm gram nước tiểu.

- Cấy nước tiểu định danh vi khuẩn và làm kháng sinh đồ: có ≥ 10^5 khúm vi khuẩn/mL nước tiểu hay từ 10^3-10^5 khuẩn/mL.

- Hình ảnh học: siêu âm bụng; chụp hệ niệu không sửa soạn (KUB); UIV, soi bàng quang, CT Scan (nếu có điều kiện).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị chung

- Nên chọn kháng sinh theo kháng sinh đồ. Khi chưa có kháng sinh đồ thì lựa chọn kháng sinh theo kinh nghiệm.

- Hóa chất sát khuẩn đường uống: mictasol blue.

- Uống nhiều nước.

- Giảm đau.

2. Điều trị nhiễm trùng tiểu dưới

Thường điều trị kháng sinh đường uống trong 3-7 ngày. Lựa chọn một trong các thuốc:

- Norfloxacin 400mg x 2 lần/ngày.

- Ciprofloxacin 500mg x 2 lần/ngày.

- Ofloxacin 400mg x 2 lần/ngày.

- Levofloxacin 500mg/ngày.

- Cefixime 400mg/ngày.

- Amoxicillin/clavulanic acid 500mg x 3 lần/ngày.

3. Điều trị nhiễm trùng tiểu trên

Thường điều trị kháng sinh trong 10-14 ngày.

- Ciprofloxacin 500mg x 2 lần/ngày.

- Có thể phối hợp với:

+ Ceftriaxone 1g x 1 lần/ngày TM.

+ Gentamycin 2mg/kg mỗi 8 giờ, điều chỉnh theo chức năng thận.

IV. THEO DÕI

Sau điều trị 48-72 giờ:

- Lâm sàng cải thiện, tiếp tục điều trị đủ thời gian.

- Lâm sàng không cải thiện, đổi kháng sinh theo kháng sinh đồ.

- Xét nghiệm kiểm tra: công thức máu, ure, creatinine, tổng phân tích nước tiểu, …

- Cấy nước tiểu lại 1 tuần sau khi hết đợt kháng sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *"Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh thận - tiết niệu",* ban hành kèm theo Quyết định 3931/QĐ-BYT.

2. Hội Tiết niệu - Thận học Việt nam (2013), *"Hướng dẫn điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở Việt Nam".*

BỆNH THẬN MẠN

MÃ ICD 10: N18

I. ĐẠI CƯƠNG

Suy thận mạn là tình trạng suy giảm chức năng thận mạn tính kéo dài hàng tháng cho đến hàng năm và không hồi phục. Ngày nay, người ta sử dụng danh từ bệnh thận mạn (CKD) để đánh giá tốt hơn, giúp điều trị sớm các loại bệnh thận.

1. Định nghĩa bệnh thận mạn (theo KDOQI 2002)

Tổn thương thận kéo dài trên 3 tháng, xác định bởi các bất thường cấu trúc và chức năng thận, có hay không có giảm GFR, biểu hiện bởi các bất thường về bệnh học hay các dấu hiệu của tổn thương thận, bao gồm các bất thường trong xét nghiệm máu (BUN, creatinine), nước tiểu (albumin, hồng cầu, trụ) hay các kết quả chẩn đoán hình ảnh (bất thường cấu trúc nhu mô thận).

GFR < 60mL/phút/1,73m^2 da kéo dài trên 3 tháng, kèm có hoặc không có tổn thương thận.

2. Các giai đoạn bệnh thận mạn

Phân chia dựa vào độ lọc cầu thận ước đoán từ công thức MDRD hoặc từ độ thanh lọc creatinine ước đoán từ công thức Cockcroft-Gault

Giai đoạn	Mô tả	GFR (mL/phút/1,73m^2)
1*	Tổn thương thận với GFR bình thường hay tăng	≥ 90
2	Tổn thương thận với GFR giảm nhẹ	60-89
3	GFR giảm đáng kể	30-59
4	GFR giảm nặng	15-29
5	Suy thận	< 15 hay lọc máu

* Giai đoạn 1: đa số các trường hợp được phát hiện nhờ vào hoặc có sự hiện diện của albumin niệu hay có bất thường cấu trúc thận.

3. Nguyên nhân

Đái tháo đường, bệnh cầu thận, tăng huyết áp là 3 nguyên nhân chính, chiếm hơn 70% các nguyên nhân gây suy thận. Các nguyên nhân khác gây suy thận bao gồm: bệnh nang thận, dị tật đường tiết niệu bẩm sinh, các bệnh miễn dịch hệ thống (như lupus đỏ), sỏi hệ niệu, u xơ tiền liệt tuyến, nhiễm trùng tiểu tái phát nhiều lần.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh sử

Hỏi bệnh liên quan đến việc phát hiện và đánh giá mức độ các nguyên nhân của suy thận mạn. Mức creatinine cơ bản trước khi đến khám. Tiền căn đã chẩn đoán bệnh thận mạn, tăng huyết áp, đái tháo đường.

1.2. Khám lâm sàng

- Đo mạch, huyết áp, cân nặng, chiều cao, nhiệt độ.
- Tri giác.
- Tình trạng dư nước hoặc thiếu nước.
- Tình trạng dinh dưỡng, thiếu máu.
- Các triệu chứng của các bệnh lý có thể đi kèm suy thận mạn: suy tim, đột quỵ não, ...

1.3. Xét nghiệm

- Xét nghiệm nước tiểu: tổng phân tích nước tiểu, cặn Addis, đạm niệu, creatinine niệu 24 giờ.
- Các xét nghiệm đánh giá chức năng thận: BUN, creatinine.
- Các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh: siêu âm, X-quang hệ niệu không cản quang (KUB), X-quang hệ niệu cản quang (UIV).

2. Chẩn đoán xác định

2.1. Tầm soát bệnh thận mạn

- Xác định nhóm bệnh nhân có yếu tố nguy cơ bệnh thận mạn:

+ Các yếu tố nguy cơ liên quan đến lâm sàng: đái tháo đường, tăng huyết áp, bệnh lý miễn dịch, nhiễm trùng hệ thống, nhiễm trùng tiểu, sỏi hệ niệu, bệnh lý ác tính, phục hồi sau suy thận cấp, tiếp xúc với một số loại thuốc có nguy cơ, ...

+ Các yếu tố nguy cơ liên quan đến môi trường, xã hội: lớn tuổi, chủng tộc, ...

- Xét nghiệm chức năng thận: BUN, creatinine
- Xét nghiệm nước tiểu: tổng phân tích nước tiểu, định lượng albumin/creatinine.
- Chẩn đoán hình ảnh: siêu âm thận.

2.2. Chẩn đoán giai đoạn bệnh thận mạn

2.3. Chẩn đoán nguyên nhân bệnh thận mạn

- Bệnh thận do đái tháo đường: đường huyết, HbA1c.
- Bệnh thận không do đái tháo đường:

+ Bệnh cầu thận: phân tích nước tiểu, đạm niệu 24 giờ, cặn Addis, sinh thiết thận.

+ Bệnh mạch máu thận: siêu âm thận, mạch máu, CT scan, MRA mạch máu thận.

+ Bệnh ống thận mô kẽ: ion đồ máu, ion đồ nước tiểu.

+ Bệnh nang thận, sỏi thận: siêu âm thận, KUB, UIV, CT scan.

2.3. Chẩn đoán tốc độ tiến triển bệnh thận mạn: dựa vào các đánh giá theo thời gian, xác định các yếu tố thúc đẩy bệnh thận mạn tiến triển.

2.4. Chẩn đoán biến chứng bệnh thận mạn: thiếu máu, loạn dưỡng xương, rối loạn tiêu hóa, rối loạn chuyển hóa, rối loạn nội tiết, rối loạn thần kinh, tâm thần, bệnh lý tim mạch.

3. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với suy thận cấp. Suy thận cấp là tình trạng chức năng thận có thể hồi phục sau một thời gian bị giảm.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Điều trị nguyên nhân.
- Ngăn chặn tiến triển suy thận.
- Phòng ngừa và điều trị các biến chứng.
- Phòng ngừa các tổn thương thận tiếp theo.
- Điều trị các bệnh lý đi kèm.
- Chuẩn bị các phương pháp điều trị thay thế thận.

2. Điều trị

2.1. Điều trị nguyên nhân

Kiểm soát tốt nguyên nhân giúp giảm các tác nhân làm giảm chức năng thận.

2.2. Ngăn chặn tiến triển đến suy thận

Mục tiêu điều trị: ở bệnh nhân có creatinine máu trên 1,5mg% hoặc đạm niệu trên 500mg/ngày, cần kiểm soát huyết áp ở mức dưới 130/80mmHg và đạm niệu dưới 0,3g/24 giờ.

2.2.1. Kiểm soát huyết áp

- Các loại thuốc thường dùng: ức chế men chuyển, ức chế thụ thể angiotensin, lợi tiểu, ức chế calci, ức chế thụ thể adrenergic, kích thích thụ thể adrenergic, thuốc dãn mạch.
- Ưu tiên nhóm ức chế men chuyển/ ức chế thụ thể angiotensin, đặc biệt ở nhóm có tiểu đạm. Chú ý kiểm tra ion đồ đề phòng kali máu cao.

2.2.2. Kiểm soát lipid máu

- Bệnh thận mạn được xếp vào phân loại nguy cơ rối loạn lipid máu cao nhất.
- Lipid máu nên được kiểm tra thường xuyên trong các đợt tái khám.
- Nếu triglycerid > 500mg%: thay đổi lối sống và xem xét sử dụng nhóm fibrate. Nếu suy thận giai đoạn cuối, ưu tiên gemfibrozil.
- Nếu LDL trong khoảng 100-129mg% sau hơn 3 tháng thay đổi lối sống, thuốc được khuyến cáo sử dụng đầu tiên là nhóm statin.
- Nếu LDL trên 130mg%, khởi đầu nhóm statin cùng thay đổi lối sống.

2.2.3. Điều trị đái tháo đường

2.2.4. Chế độ ăn

- Năng lượng 30calo/kg/ngày cho giai đoạn 4-5 và cao hơn cho các giai đoạn sớm hơn.

- Protein: 0,75g/kg/ngày cho bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 1-3, 0,6g/kg/ngày cho bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 4-5. Ở bệnh nhân tiểu đạm nhiều, lưu ý tính lượng đạm mất trong nước tiểu 24 giờ và bổ sung thêm lượng đạm mất này vào khẩu phần ăn hàng ngày.

2.2.5. Ngưng hút thuốc lá

2.2.6. Kiểm soát tình trạng béo phì: chế độ ăn ít năng lượng, tập thể dục.

2.3. Điều trị biến chứng

- Điều trị thiếu máu

- Điều trị loạn dưỡng xương

- Điều trị biến chứng tim mạch

+ Biện pháp chung: thay đổi lối sống

+ Điều trị tăng huyết áp

- Điều trị và phòng ngừa toan chuyển hóa: sử dụng natri bicarbonate (truyền tĩnh mạch hoặc uống tùy theo chỉ định) để giữ natri bicarbonate huyết thanh ở khoảng 22mmol/L; kiểm soát tốt nhiễm trùng.

2.4. Phòng ngừa các biến chứng và các tổn thương thận tiếp theo

- Phòng ngừa tăng kali máu:

+ Chế độ ăn giảm trái cây

+ Kiểm soát và phòng ngừa toan chuyển hóa

+ Sử dụng thuốc lợi tiểu quai

+ Tránh sử dụng NSAIDs, đặc biệt là nhóm ức chế COX II

+ Xem xét ngưng nhóm thuốc ức chế men chuyển hoặc nhóm ức chế thụ thể angiotensin

+ Sử dụng các thuốc kết hợp kali đường ruột: kayexalate

- Phòng ngừa nguy cơ nhiễm trùng:

+ Ăn uống vệ sinh và môi trường sống sạch sẽ

+ Tiêm ngừa: viêm gan siêu vi B, phế cầu, cúm, ...

- Phòng ngừa bệnh thận do thuốc cản quang

- Chỉnh liều thuốc theo mức độ suy thận

2.5. Điều trị thay thế thận

Mục tiêu: điều trị hội chứng ure huyết cao, kiểm soát cân bằng nước, điện giải.

Chỉ định: khi độ lọc cầu thận < 15mL/phút

Các phương pháp: ghép thận, thẩm phân phúc mạc định kỳ, chạy thận nhân tạo định kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *"Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh thận - tiết niệu",* ban hành kèm theo Quyết định 3931/QĐ-BYT.

HỘI CHỨNG THẬN HƯ

MÃ ICD 10: N04

I. ĐẠI CƯƠNG

Hội chứng thận hư là biểu hiện lâm sàng của bệnh cầu thận, do nhiều nguyên nhân, làm thay đổi tính thấm của màng đáy cầu thận đối với chất đạm, đặc trưng bằng tiểu đạm, tiểu lipid, giảm albumin máu, tăng lipid máu, phù và những rối loạn chuyển hóa khác.

Bao gồm hội chứng thận hư nguyên phát và hội chứng thận hư thứ phát. Chẩn đoán hội chứng thận hư là nguyên phát khi loại trừ trên lâm sàng và xét nghiệm các nguyên nhân gây thứ phát.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh sử

- Thời gian xuất hiện phù
- Lượng nước tiểu mỗi ngày
- Trọng lượng trước đây và hiện tại
- Các triệu chứng kèm theo: mệt mỏi, chán ăn, khó thở, sốt, ...
- Tiền sử bản thân và gia đình: mắc bệnh đái tháo đường, lupus ban đỏ hệ thống, viêm gan siêu vi B, C, bệnh ác tính, ...

1.2. Khám lâm sàng

- Phù: ở thể điển hình, phù là triệu chứng nổi bật. Phù có đặc điểm: toàn thân, diễn tiến nhanh và nặng, có thể tràn dịch đa màng (màng bụng, màng phổi, màng tim, màng tinh hoàn, phù não).
- Tiểu ít: đi kèm với phù là tiểu ít, lượng nước tiểu thường dưới 500mL/ngày hoặc ít hơn.
- Cân nặng: tăng cân nhanh, có thể tăng lên đến 10kg hoặc hơn.
- Toàn thân: mệt mỏi, da xanh, ăn kém.
- Tìm các biến chứng nhiễm trùng: viêm da, viêm phổi, ...

1.3. Xét nghiệm

- Xét nghiệm cơ bản: công thức máu, đường huyết, BUN, creatinine máu, ion đồ, SGOT, SGPT, siêu âm bụng, siêu âm tim (nếu nghi ngờ tràn dịch màng tim), X-quang phổi.
- Xét nghiệm đặc hiệu để chẩn đoán:

+ Chẩn đoán xác định: albumin máu, protid máu, điện di đạm máu, bilan lipid, đạm niệu 24 giờ, soi cặn lắng nước tiểu.

+ Chẩn đoán nguyên nhân: sinh thiết thận, HBsAg, anti HCV, HIV, marker ung thư, ...

2. Chẩn đoán xác định

Dựa vào triệu chứng: tiểu đạm > 3,5g/1,73m^2 da/24 giờ hoặc > 3g/24 giờ; giảm albumin máu < 30g/L; tăng lipid máu ≥ 6,5mmol/L, tiểu lipid (trụ mỡ, hạt mỡ lưỡng chiết); phù.

Trong các triệu chứng trên, tiểu đạm **là tiêu chuẩn chính** để xác định hội chứng thận hư, các triệu chứng còn lại có thể ở những mức độ khác nhau hoặc không có.

3. Chẩn đoán thể lâm sàng

- Hội chứng thận hư thể đơn thuần: có đầy đủ các tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng thận hư, không có tăng huyết áp, đái máu hoặc suy thận kèm theo.

- Hội chứng thận hư thể không đơn thuần: ngoài các tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng thận hư còn phối hợp với tăng huyết áp, đái máu đại thể hoặc vi thể, hoặc suy thận kèm theo.

4. Chẩn đoán mô bệnh học

Ở người lớn hội chứng thận hư, sinh thiết thận giúp chẩn đoán, hướng dẫn điều trị và tiên lượng bệnh.

5. Chẩn đoán biến chứng

- Nhiễm khuẩn: các nhiễm khuẩn cấp hoặc mạn tính, đặc biệt hay gặp là: viêm mô tế bào, viêm phúc mạc.

- Tắc mạch (huyết khối): tắc tĩnh mạch thận cấp tính hoặc mạn tính, tắc tĩnh mạch lách, tắc động tĩnh mạch chậu, tắc mạch phổi, ...

- Rối loạn điện giải

- Tổn thương thận cấp

- Suy dinh dưỡng

- Biến chứng do dùng thuốc: biến chứng do sử dụng corticoid kéo dài, biến chứng do dùng thuốc ức chế miễn dịch khác hoặc biến chứng do dùng lợi tiểu.

- Bệnh thận mạn tính.

III. ĐIỀU TRỊ

Bao gồm:

Điều trị bệnh căn nguyên (nếu có).

Điều trị hỗ trợ và biến chứng của hội chứng thận hư.

Điều trị đặc hiệu bằng thuốc ức chế miễn dịch trong hội chứng thận hư nguyên phát.

Điều trị theo kinh nghiệm.

Những biện pháp chung để kiểm soát đạm niệu.

1. Điều trị căn nguyên

Trong hội chứng thận hư thứ phát, một số nguyên nhân nếu điều trị khỏi hoặc loại bỏ thì hội chứng thận hư sẽ khỏi: hội chứng thận hư thứ phát do nguyên nhân nhiễm trùng, hội chứng thận hư thứ phát do thuốc hoặc dị nguyên, ...

2. Điều trị hỗ trợ và điều trị biến chứng

2.1. Điều trị phù

- Tiết chế muối: 2-3g/ngày (không dùng thêm muối, không ăn thức ăn chế biến sẵn).

- Thuốc lợi tiểu:

+ Chỉ định khi: phù không đáp ứng với tiết chế muối, phù nhiều gây phù giác mạc, khó thở ảnh hưởng đến sinh hoạt, đang bị nhiễm trùng.

+ Cách dùng: dùng lợi tiểu uống hoặc tiêm mạch, tăng dần đến liều tối đa. Ưu tiên dùng lợi tiểu loại kháng aldosteron như spironolactone hoặc phối hợp với furosemide. Liều dùng spironolactone bắt đầu từ 25mg/ngày hoặc furosemide bắt đầu 20mg/ngày, tùy theo đáp ứng của bệnh nhân để chỉnh liều lợi tiểu. Cần theo dõi số lượng nước tiểu, cân nặng hàng ngày và xét nghiệm ion đồ máu.

- Truyền albumin: chỉ định cho những bệnh nhân phù nhiều và giảm thể tích tuần hoàn gây hạ huyết áp tư thế. Nếu albumin huyết thanh giảm < 25g/L, tốt nhất là dùng albumin 20% hoặc 25% lọ 50mL, 100mL. Nếu albumin máu < 20g/L có thể dùng 25% loại 100mL.

2.2. Điều trị tăng lipid máu

Chỉ điều trị những bệnh nhân rối loạn lipid máu kéo dài và những bệnh nhân có nguy cơ cao bệnh tim mạch, điều trị tránh nguy cơ bị viêm tụy cấp do triglycerid tăng quá cao.

2.3. Điều trị nhiễm trùng

Khi nghi ngờ nhiễm trùng phải điều trị kháng sinh mạnh ngay. Sau đó dựa vào kháng sinh đồ để cho kháng sinh phù hợp. Nếu cần thiết nên giảm liều hoặc ngừng corticoid và thuốc ức chế miễn dịch nếu nhiễm trùng nặng, khó kiểm soát.

2.4. Điều trị biến chứng t c mạch

Điều trị phòng ngừa: tránh nằm bất động hoặc giảm thể tích tuần hoàn. Nếu có tiền sử huyết khối tắc mạch và có các yếu tố nguy cơ khác thì phải dùng kháng đông dự phòng.

Điều trị huyết khối: thuốc kháng đông phải dùng lâu dài tới khi bệnh ổn định.

2.5. Điều trị giảm thể tích tuần hoàn và tổn thương thận cấp

Tiểu đạm nhiều và albumin máu giảm nặng làm giảm thể tích tuần hoàn gây hạ huyết áp tư thế hoặc trụy tuần hoàn mặc dù không dùng lợi tiểu. Tổn thương thận cấp do nguyên nhân này đáp ứng tốt với truyền albumin ưu trương hoặc những loại dịch khác làm tăng thể tích huyết tương. Một số bệnh nhân tổn thương thận cấp không giảm thể tích

tuần hoàn mà do phù nề mô kẽ hoặc tắc nghẽn trong ống thận có đáp ứng tốt với lợi tiểu quai.

2.6. Suy dinh dưỡng

Năng lượng cần đạt từ > 35Kcal/kg/ngày.

Đạm: ăn hạn chế (nếu không suy thận: 1g/kg/ngày + lượng đạm mất theo nước tiểu; suy thận: 0,6-0,8g/kg/ngày + lượng đạm mất theo nước tiểu).

Truyền đạm hoặc albumin không thích hợp vì giá tiền đắt và mất nhanh theo nước tiểu. Bổ sung vitamin D nếu thiếu.

3. Điều trị theo kinh nghiệm

Trường hợp chẩn đoán xác định là hội chứng thận hư nguyên phát nhưng không sinh thiết thận được (có chống chỉ định, bệnh nhân không đồng ý hoặc phù quá nhiều) thì tiến hành điều trị khởi đầu có thể áp dụng theo phác đồ dưới đây bằng corticoid như đối với sang thương tối thiểu:

- Corticoid (prednisolone, prednisone, methylprednisolone, trong đó 4mg methylprednisolone tương đương với 5mg prednisolone)

+ Liều tấn công: prednisolone 5mg dùng liều 1-2mg/kg/ngày kéo dài 1-2 tháng, uống cả liều vào 1 lần trước 8 giờ sáng sau ăn no (liều tấn công corticoid không được vượt quá 80mg prednisolone/ngày).

+ Liều củng cố (bắt đầu khi protein niệu 24 giờ âm tính): prednisolone 5mg dùng liều 0,5mg/kg/ngày, kéo dài 4-6 tháng.

+ Liều duy trì: prednisolone 5-10mg/ngày dùng cách ngày kéo dài hàng năm.

+ Cần theo dõi các biến chứng như: nhiễm khuẩn, tăng huyết áp, đái tháo đường, xuất huyết tiêu hóa, rối loạn tâm thần, hội chứng giả Cushing, ...

- Thuốc ức chế miễn dịch khác:

Trong trường hợp đáp ứng kém với corticoid, không đáp ứng hay tái phát hoặc có suy thận kèm theo nên phối hợp điều trị với một thuốc ức chế miễn dịch.

4. Điều trị ức chế miễn dịch trong hội chứng thận hư nguyên phát (tuyến trên)

Dựa theo kết quả mô bệnh học sinh thiết thận.

5. Những biện pháp chung làm giảm đạm niệu

Chế độ ăn hạn chế protein:

- Nếu không suy thận: 1g/kg/ngày + lượng đạm mất theo nước tiểu/24 giờ.

- Suy thận: 0,6-0,8g/kg/ngày + lượng đạm mất theo nước tiểu/24 giờ.

Dùng thuốc ức chế men chuyển, ức chế thụ thể angiotensin II.

Kiểm soát huyết áp ≤ 125/85mmHg (nếu bệnh nhân dung nạp được).

Thuốc kháng viêm nonsteroid (ít sử dụng vì nguy cơ viêm dạ dày, xuất huyết tiêu hóa).

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

1. Theo dõi

- Dấu hiệu sinh tồn, nước tiểu 24 giờ, tìm và phát hiện biến chứng.
- Chế độ ăn: ăn lạt, cử mỡ.
- Xét nghiệm kiểm tra: BUN, creatinine máu, ion đồ, SGOT, SGPT, albumin máu, cholesterol, triglyceride, công thức máu, đạm niệu 24 giờ.

2. Tái khám

Nếu triệu chứng nhẹ, không suy thận: tái khám mỗi tháng/lần.

Nếu triệu chứng nặng hoặc suy thận: tái khám 1-2 tuần/lần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *"Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh thận - tiết niệu",* ban hành kèm theo Quyết định 3931/QĐ-BYT.

BỆNH GOUT

MÃ ICD 10: M10.0

I. ĐẠI CƯƠNG

Gout là một bệnh chuyển hóa, đặc trưng là có những đợt viêm khớp cấp tái phát và lắng đọng natri urat trong các mô do tăng acid uric trong máu.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

1.1. Gout cấp

- Vị trí: 85-90% cơn gout đầu tiên sẽ xảy ra ở một khớp, thường gặp khớp bàn ngón chân.

- Khởi phát đột ngột vào ban đêm.

- Trong vài giờ, ngón chân cái sưng to, đỏ và nóng lên, đau tăng dần.

- Triệu chứng viêm khớp tăng tối đa trong 24 giờ.

- Thường khỏi hoàn toàn sau 3-10 ngày.

1.2. Gout mạn

Biểu hiện hạt tophi ở khớp, dần dần cứng khớp, biến dạng hủy hoại khớp do hạt tophi.

2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm thường quy: công thức máu cơ bản, ure, creatinine, SGOT, SGPT, glucose, bilan lipid máu.

- Xét nghiệm để chẩn đoán:

+ Acid uric máu > 7mg% (420µmol/L)

+ Acid uric niệu định hướng điều trị.

+ Dịch khớp: đục, bạch cầu 2.000-10.000/mm^3, tinh thể monodium urat (+).

+ Soi tươi dịch khớp dưới kính hiển vi phân cực: tinh thể nhọn hai đầu, phân cực rõ (là tiêu chuẩn vàng).

3. Chẩn đoán xác định

Theo tiêu chuẩn của ILAR và Omeract năm 2000:

- Có tinh thể urat đặc trưng trong dịch khớp, và/hoặc:

- Hạt tophi được chứng minh có chứa tinh thể urat bằng phương pháp hóa học hoặc kính hiển vi phân cực và/hoặc:

- Có 6 trong số 12 biểu hiện lâm sàng, xét nghiệm và X-quang sau:

1. Viêm tiến triển tối đa trong vòng một ngày
2. Có hơn một cơn viêm khớp cấp

3. Viêm khớp ở một khớp
4. Đỏ vùng khớp
5. Sưng đau khớp bàn ngón chân I
6. Viêm khớp bàn ngón chân I ở một bên
7. Viêm khớp cổ chân ở một bên
8. Tophi nhìn thấy được
9. Tăng acid uric máu
10. Sưng đau khớp không đối xứng
11. Nang dưới vỏ xương, không có hình khuyết xương trên X-quang
12. Cấy vi khuẩn âm tính

4. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm khớp lắng đọng các tinh thể khác hay bệnh giả gout.
- Viêm khớp nhiễm khuẩn
- Viêm khớp dạng thấp
- Viêm khớp phản ứng
- Bệnh lý khác: viêm mô tế bào, viêm mạch máu ngoại biên, …

III. ĐIỀU TRỊ

Bao gồm:

- Điều trị cơn gout cấp
- Dự phòng tái phát cơn gout
- Điều trị bệnh kèm theo

1. Điều trị cơn gout cấp

1.1. Đơn trị liệu

- Thuốc kháng viêm không steroid (NSAIDS): lựa chọn một trong các thuốc sau:

+ Diclofenac 50mg hay 75mg x 2 lần/ngày.

+ Meloxicam 7,5mg x 1-2 lần/ngày.

+ Celecoxib 200mg x 1-2 lần/ngày.

+ Eritocoxib 60mg x 1-2 lần/ngày.

+ Etodolac 30mg 1-3 lần/ngày.

Cần lưu ý tác dụng phụ trên đường tiêu hóa, tim mạch. Nên xem xét sử dụng một thuốc PPI như omeprazole 20mg hay lansoprazole 30mg 1 viên/ngày, trước ăn sáng 30 phút.

- Colchicin: 1mg x 2 lần/ngày, trong 1-2 ngày đầu, sau đó 1mg/ngày cho đến khi hết đau hoàn toàn.

- Corticoid: chỉ định khi NSAIDS hoặc colchicine không hiệu quả hoặc có chống chỉ định. Methylprednisolon, prednisolone uống 30-50mg/ngày hoặc tiêm methylprednisolone trong 3-4 ngày, sau đó giảm liều dần và ngưng trong 10-14 ngày.

1.2. Điều trị phối hợp

Chỉ định trong trường hợp viêm cấp nặng:

- NSAIDS + Colchicine
- Corticoid + Colchicine
- Corticoid tiêm khớp + Colchicine hoặc NSAIDS

1.3. Điều trị bằng các thuốc sinh học

Nếu không hiệu quả với điều trị trên, xem xét chỉ định các thuốc sinh học (cần chuyển tuyến trên).

2. Ngăn ngừa tái phát

2.1. Chế độ ăn uống, sinh hoạt

- Tránh các chất có nhiều purin như phủ tạng động vật, thịt, cá, tôm, cua, … Ăn không quá 150g thịt/24 giờ. Ăn nhiều rau xanh.
- Giảm cân nếu béo phì. Duy trì trọng lượng ở mức lý tưởng.
- Không uống rượu.
- Tập thể dục thường xuyên, đều đặn.
- Uống nhiều nước, khoảng 2-4 lít/24 giờ, đặc biệt các loại nước khoáng có kiềm sẽ làm tăng lượng nước tiểu 24 giờ, giúp hạn chế tối đa sự lắng đọng urat trong đường tiết niệu.
- Tránh các thuốc làm tăng acid uric máu, tránh các yếu tố làm khởi phát cơn gout cấp như stress, chấn thương, …

2.2. Thuốc

- Colchicin: 0,5-1,2mg uống 1-2 lần/ngày, trung bình 1mg/ngày kéo dài ít nhất 6 tháng. Cần chú ý giảm liều ở bệnh nhân có bệnh thận mạn, lớn tuổi.
- Có thể sử dụng NSAIDS liều thấp nếu không sử dụng được colchicine.
- Thuốc chống tổng hợp acid uric: allopurinol: 200-800mg/ngày (trung bình 300mg/ngày), giảm liều đối với bệnh nhân suy thận.
- Thuốc tăng thải acid uric: probenecid 250mg/ngày.

2.3. Kết hợp điều trị vật lý trị liệu - y học cổ truyền

- Vật lý trị liệu: hồng ngoại, song ngắn, siêu âm trị liệu, …
- Điện châm, thủy châm, cấy chỉ, …

(Xem thêm phần Y học cổ truyền)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2014), *"Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp",* ban hành kèm theo Quyết định 361/QĐ-BYT.

VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

MÃ ICD 10: *Viêm khớp dạng thấp huyết thanh dương tính:* ***M05;*** *Viêm khớp dạng thấp huyết thanh âm tính:* ***M06.0***

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm khớp dạng thấp là một bệnh lý khớp tự miễn dịch diễn biến mạn tính và tiến triển với các biểu hiện tại khớp, ngoài khớp và toàn thân.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Tiêu chuẩn chẩn đoán của Hội thấp khớp học Hoa Kỳ (ACR) 1987

1. Cứng khớp buổi sáng kéo dài trên 1 giờ.
2. Viêm (sưng phần mềm hay tràn dịch) tối thiểu 3 trong số 14 khớp (hai bên): khớp liên đốt ngón gần bàn tay, khớp bàn ngón tay, khớp cổ tay, khớp khuỷu/khớp gối, khớp cổ chân, khớp bàn ngón chân.
3. Viêm các khớp ở bàn tay: sưng tối thiểu một nhóm trong số các khớp cổ tay, khớp ngón gần, khớp bàn ngón tay.
4. Viêm khớp đối xứng
5. Hạt dưới da
6. Yếu tố dạng thấp trong huyết thanh dương tính
7. Dấu hiệu X-quang điển hình của viêm khớp dạng thấp: chụp khớp tại bàn tay, cổ tay hoặc khớp tổn thương: hình bào mòn, hình hốc, hình khuyết đầu xương, hẹp khe khớp, mất chất khoáng đầu xương.

Chẩn đoán xác định khi có ≥ 4/7 tiêu chuẩn. Trong đó tiêu chuẩn 1-4 cần có thời gian diễn biến ≥ 6 tuần và được xác định bởi thầy thuốc.

2. Cận lâm sàng

- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, tốc độ máu lắng, CRP, AST, ALT, ure, creatinine.
- Điện tâm đồ.
- X-quang tim phổi.
- X-quang khớp (thường chụp hai bàn tay thẳng hoặc các khớp bị tổn thương).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Lupus đỏ hệ thống.
- Thoái hóa khớp.
- Gout mạn tính, giả gout.
- Viêm khớp vảy nến.
- Viêm khớp nhiễm khuẩn.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị triệu chứng

1.1. Thuốc kháng viêm không steroid (NSAIDS)

- Meloxicam 15mg tiêm hoặc uống 1 lần/ngày.
- Celecoxib 200mg uống x 2 lần/ngày.
- Eritocoxib 60-90mg uống 1 lần/ngày.
- Etodolac 30mg uống x 1-3 lần/ngày.

Cần lưu ý tác dụng phụ trên đường tiêu hóa, tim mạch. Nên xem xét sử dụng một thuốc PPI như omeprazole 20mg hay lansoprazole 30mg 1 viên/ngày, trước ăn sáng 30 phút.

1.2. Corticosteroid

- Prednisone 5-20mg/ngày.
- Methylprednisolone 16-32mg/ngày.
- Thể nặng: methylprednisolone 40mg/ngày TM.
- Thể tiến triển cấp tính, đe dọa tính mạng (viêm mạch máu, biểu hiện ngoài khớp nặng): bắt đầu 500-1000mg methylprednisolone truyền TM 30-45 phút/ngày, trong 3 ngày liên tục. Sau đó chuyển về liều thông thường. Lặp lại mỗi tháng một liệu trình nếu cần.
- Sử dụng dài hạn (thường ở những bệnh nhân phụ thuộc corticoid hoặc có suy thượng thận do dung corticoid kéo dài): bắt đầu ở liều uống 20mg hàng ngày vào buổi sáng. Khi đạt đáp ứng lâm sàng, giảm liều dần, duy trì liều thấp 5mg hàng ngày hoặc cách ngày hoặc ngưng (nếu có thể) khi điều trị cơ bản có hiệu quả (sau 6-8 tuần).

2. Điều trị hỗ trợ

- Acid folic, sắt, vitamin B_{12} nếu bệnh nhân có thiếu máu.
- Khi sử dụng corticoid bất kỳ liều nào kéo dài trên một tháng, cần bổ sung calcium, vitamin D để phòng ngừa loãng xương.
- Trong đợt viêm cấp cần hạn chế vận động để khớp nghỉ ngơi.

3. Vật lý trị liệu - Phục hồi chức năng - Y học cổ truyền

- Sóng ngắn, từ trường trị liệu, siêu âm trị liệu, chiếu đèn hồng ngoại, …
- Khi triệu chứng viêm thuyên giảm, tập vận động thụ động và chủ động các khớp.
- Điệm châm.

Liệu trình điều trị: 1 lần/ngày, một liệu trình từ 7-14 ngày, 2-3 đợt nghỉ 1-2 tuần, sau đó lặp lại liệu trình.

4. Điều trị cơ bản

Khi bệnh nhân có tổn thương nhiều khớp, có biểu hiện ngoài khớp hoặc hoạt tính của bệnh cao, cần xem xét chuyển người bệnh lên tuyến trên để điều trị bằng các thuốc chống thấp khớp thay đổi diễn biến của bệnh (DMARDs) hoặc các thuốc sinh học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2014), *"Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp",* ban hành kèm theo Quyết định 361/QĐ-BYT.

VIÊM KHỚP NHIỄM KHUẨN

MÃ ICD 10: M00

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm khớp nhiễm khuẩn hay viêm khớp sinh mủ là viêm khớp do vi khuẩn sinh mủ không đặc hiệu (không phải do lao, phong, nấm, ký sinh trùng hay virus) gây nên.

Viêm khớp nhiễm khuẩn được phân làm hai nhóm nguyên nhân chính theo tác nhân gây bệnh:

- Viêm khớp nhiễm khuẩn do lậu cầu (*N. gonorrhoeae*), chiếm tới 70-75% nhiễm khuẩn khớp ở người lớn dưới 40 tuổi.

- Viêm khớp nhiễm khuẩn không do lậu cầu: hay gặp nhất là do vi khuẩn gram dương đặc biệt là tụ cầu vàng (50-70% trường hợp), liên cầu (20%), phế cầu...

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Thường xảy ra cấp tính, gồm hai bệnh cảnh viêm khớp nhiễm khuẩn không phải do lậu cầu và do lậu cầu.

- Viêm khớp nhiễm khuẩn không do lậu cầu: thường xảy ra ở một khớp đơn độc (90% trường hợp), hay gặp nhất là khớp gối.

+ Triệu chứng tại khớp: sưng nóng đỏ đau, có thể tràn dịch khớp, hạn chế vận động.

+ Hội chứng nhiễm trùng: sốt, kèm rét run, môi khô lưỡi bẩn, hơi thở hôi.

- Nhiễm khuẩn khớp do lậu cầu: có hai bệnh cảnh lâm sàng trong nhiễm trùng do lậu cầu:

+ *Hội chứng nhiễm khuẩn lậu cầu phát tán:* sốt, rét run, ban đỏ và mụn mủ ngoài da cùng các triệu chứng viêm khớp, triệu chứng tại bộ phận sinh dục như đái buốt, đái rắt, đái máu- mủ… Viêm nhiều khớp nhỏ có tính chất di chuyển kèm viêm bao hoạt dịch - gân.

+ *Viêm khớp thực sự do lậu cầu:* thường tổn thương một khớp đơn độc như háng, gối, cổ tay, cổ chân với triệu chứng sưng nóng đỏ đau, có thể tràn dịch khớp. Có thể kèm theo viêm nhiễm ở đường tiết niệu, sinh dục như đái buốt, đái rắt, đái máu - mủ…

2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm tế bào máu ngoại vi: thường có số lượng bạch cầu tăng cao, tỷ lệ bạch cầu trung tính tăng; tốc độ máu lắng, CRP thường tăng.

- Procalcitonin thường tăng khi có nhiễm trùng nặng, đặc biệt là nhiễm trùng huyết.

- Xét nghiệm dịch khớp: lấy bệnh phẩm đếm tế bào, soi tươi, nhuộm gram, nuôi cấy dịch khớp tìm vi khuẩn gây bệnh.

- Cấy máu tìm vi khuẩn gây bệnh.

- Các xét nghiệm khác để đánh giá chức năng cơ quan tùy bệnh cảnh lâm sàng.

- Chẩn đoán hình ảnh: chụp X quang quy ước, siêu âm khớp, …

3. Chẩn đoán xác định

Khi có ít nhất 1 trong 2 tiêu chuẩn:

- Xét nghiệm dịch khớp có mủ (bạch cầu đa nhân trung tính thoái hóa hoặc tế bào dịch khớp cao trên 100.000/mL với trên 80% là bạch cầu đa nhân trung tính) hoặc tìm thấy vi khuẩn qua soi tươi, nhuộm gram.

- Cấy máu hoặc dịch khớp dương tính với vi khuẩn.

Kết hợp với ít nhất 1 trong 2 tiêu chuẩn:

- Lâm sàng viêm khớp điển hình.

- Dấu hiệu X-quang viêm khớp điển hình: hình ảnh soi gương.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Chẩn đoán và chỉ định kháng sinh sớm; thực hiện ngay cấy máu, cấy dịch khớp, soi tươi dịch nhuộm gram tìm vi khuẩn trước khi cho kháng sinh.

- Lựa chọn kháng sinh ban đầu dựa vào kinh nghiệm, tình hình kháng kháng sinh tại cộng đồng, bệnh viện; kết quả nhuộm gram (âm hay dương), lứa tuổi, đường lây nhiễm để dự đoán vi khuẩn gây bệnh.

- Cần dùng ít nhất một thuốc kháng sinh đường tĩnh mạch. Thời gian điều trị kháng sinh thường từ 4-6 tuần.

- Dẫn lưu mủ khớp, bất động khớp, can thiệp ngoại khoa khi cần thiết.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị kháng sinh

2.1.1. Trường hợp viêm khớp nhiễm khuẩn không do lậu cầu

- Khi chưa có kết quả cấy máu, dịch: dùng ngay kháng sinh oxacillin hoặc nafcillin 2g đường tĩnh mạch (TM) mỗi 6 giờ một lần (8g/ngày), hoặc clindamycin 2,4g TM/ngày chia 4 lần.

- Trường hợp nghi ngờ nhiễm tụ cầu vàng kháng kháng sinh: vancomycin 2g/ngày chia hai lần pha truyền tĩnh mạch.

- Trường hợp nghi nhiễm trùng trực khuẩn mủ xanh cần phối hợp ceftazidim 2g/lần x 2-3 lần/ngày với gentamycin 3mg/kg/ngày - dùng một lần tiêm bắp vào buổi sáng.

- Trường hợp cấy máu, dịch khớp dương tính thì điều trị theo kháng sinh đồ (hoặc tiếp tục duy trì kháng sinh theo như điều trị ban đầu nếu thấy đáp ứng tốt):

+ Nhiễm khuẩn do tụ cầu vàng nhậy cảm với kháng sinh thì dùng oxacillin hoặc clindamycin (liều như trên); tụ cầu vàng kháng methicillin thì dùng vancomycin (liều như trên) trong 4 tuần.

+ Nhiễm khuẩn do phế cầu hoặc liên cầu do vi khuẩn nhạy với penicillin: penicillin G 2 triệu đơn vị TM mỗi 4 giờ trong 2 tuần.

+ Nhiễm khuẩn do *H. influenzae* và *S. pneumoniae* ức chế β-lactamase: ceftriaxon 1-2g một lần /ngày, hoặc cefotaxim 1g 3 lần/ngày trong 2 tuần.

+ Phần lớn các nhiễm vi khuẩn gram âm đường ruột: kháng sinh cephalosporin thế hệ 3 hoặc 4 đường TM trong 3-4 tuần, hoặc thuốc nhóm fluoroquinolon như levofloxacin 500mg đường tĩnh mạch hoặc uống mỗi 24 giờ.

+ Nhiễm khuẩn trực khuẩn mủ xanh: phối hợp kháng sinh nhóm aminoglycosid với ceftazidim 1g mỗi 8 giờ. Thời gian dùng trong khoảng 2 tuần, sau đó dùng kháng sinh nhóm fluoroquinolon như ciprofloxacin 500mg uống 2 lần/ngày đơn độc hoặc phối hợp với ceftazidim.

2.1.2. Điều trị viêm khớp do lậu cầu:

- Trường hợp lậu cầu nhạy cảm penicillin có thể dùng amoxicillin uống 1500mg/ngày chia 3 lần, hoặc dùng ciprofloxacin uống 1000mg chia hai lần/ngày (ngoại trú) trong 7 ngày.

- Trường hợp nghi ngờ lậu cầu kháng penicillin: khởi đầu ceftriaxon 1g tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch mỗi 24 giờ trong 7 ngày, sau đó chuyển dùng ciprofloxacin uống 500 mg hai lần /ngày.

- Khi nghi ngờ bội nhiễm *Chlamydia trachomatis*: phối hợp kháng sinh uống doxycyclin 100mg 2 lần/ngày hoặc tetracyclin 500mg 4 lần/ngày hoặc hoặc erythromycin 500mg 4 lần/ngày trong 7 ngày.

2.2. Các biện pháp khác có thể phối hợp với điều trị kháng sinh:

- Hút, dẫn lưu khớp khi có viêm khớp có dịch mủ.

- Nội soi khớp rửa khớp: trong trường hợp sau 5-7 ngày điều trị đúng thuốc kết hợp hút, dẫn lưu dịch khớp nhiều lần thất bại; hoặc nhiễm khuẩn khớp dịch mủ đặc hay có vách ngăn không hút được dịch khớp.

- Phẫu thuật mở khớp lấy bỏ tổ chức nhiễm khuẩn khi kèm nhiễm khuẩn phần mềm lân cận, nhiễm khuẩn sụn khớp hay xương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2014), *"Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp",* ban hành kèm theo Quyết định 361/QĐ-BYT.

THOÁI HÓA KHỚP GỐI

MÃ ICD 10: M17

I. ĐẠI CƯƠNG

Thoái hóa khớp gối là hậu quả của quá trình cơ học và sinh học làm mất cân bằng giữa tổng hợp và hủy hoại của sụn và xương dưới sụn. Bệnh thường gặp ở nữ giới, chiếm 80% trường hợp thoái hóa khớp gối.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Tiêu chuẩn chẩn đoán

Theo Hội thấp khớp học Mỹ - ACR (American College of Rheumatology), 1991:

1. Có gai xương ở rìa khớp (trên X-quang)

2. Dịch khớp là dịch thoái hóa

3. Tuổi trên 38

4. Cứng khớp dưới 30 phút

5. Có dấu hiệu lục khục khi cử động khớp

Chẩn đoán xác định khi có yếu tố 1, 2, 3, 4 hoặc 1, 2, 5 hoặc 1, 4,

5 Các dấu hiệu khác:

- Tràn dịch khớp: đôi khi thấy ở khớp gối, do phản ứng viêm của màng hoạt dịch.

- Biến dạng: do xuất hiện các gai xương, do lệch trục khớp hoặc thoát vị màng hoạt dịch.

2. Các phương pháp thăm dò hình ảnh chẩn đoán

- X quang quy ước: tiêu chuẩn chẩn đoán thoái hóa khớp của Kellgren và Lawrence

Giai đoạn 1: Gai xương nhỏ hoặc nghi ngờ có gai

xương Giai đoạn 2: Mọc gai xương rõ

Giai đoạn 3: Hẹp khe khớp vừa

Giai đoạn 4: Hẹp khe khớp nhiều kèm xơ xương dưới sụn

- Siêu âm khớp: đánh giá tình trạng hẹp khe khớp, gai xương, tràn dịch khớp, đo độ dày sụn khớp, màng hoạt dịch khớp, phát hiện các mảnh sụn thoái hóa bong vào trong ổ khớp.

- Chụp cộng hưởng từ (MRI)

- Nội soi khớp

3. Các xét nghiệm khác

- Xét nghiệm máu và sinh hóa: tốc độ lắng máu bình thường.

- Dịch khớp: Đếm tế bào dịch khớp <1000 tế bào/mm^3.

4. Chẩn đoán phân biệt

Viêm khớp dạng thấp.

III. ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị

- Giảm đau trong các đợt tiến triển.

- Phục hồi chức năng vận động của khớp, hạn chế và ngăn ngừa biến dạng khớp.

- Tránh các tác dụng không mong muốn của thuốc, lưu ý tương tác thuốc và các bệnh kết hợp ở người cao tuổi.

1. Điều trị nội khoa

1.1. Vật lý trị liệu

Nhiệt điều trị: các phương pháp siêu âm, hồng ngoại, chườm nóng, liệu pháp suối khoáng, bùn có hiệu quả cao.

1.2. Thuốc điều trị triệu chứng tác dụng nhanh

Chỉ định khi có đau khớp

- Thuốc giảm đau: paracetamol: 1-2g/ngày.

Đôi khi cần chỉ định các thuốc giảm đau bậc 2: paracetamol phối hợp với tramadol 1-2g/ngày.

- Thuốc chống viêm không steroid (NSAIDs): etoricoxia 30-60 mg/ngày, celecoxib 200mg/ngày, meloxicam 7,5-15mg/ngày, diclofenac 50-100mg/ngày, piroxicam 20mg/ngày, ...

- Thuốc bôi ngoài da: bôi tại khớp đau 2-3 lần/ngày. Các loại gel như: Voltaren Emugel, ... có tác dụng giảm đau đáng kể và rất ít tác dụng phụ.

- Corticosteroid đường tiêm nội khớp (không có chỉ định cho đường toàn thân):

+ Hydrocortison acetat: mỗi đợt 2-3 mũi tiêm cách nhau 5-7 ngày, không vượt quá 4 mũi tiêm mỗi đợt.

+ Các chế phẩm chậm: methylprednisolon, betamethasone dipropionate tiêm mỗi mũi cách nhau 6-8 tuần. Không tiêm quá 3 đợt 1 năm vì thuốc gây tổn thương sụn khớp nếu dùng quá liều.

- Acid hyaluronic (AH) dưới dạng hyaluronate: 1 ống/1 tuần x 5 tuần.

1.3. Thuốc điều trị triệu chứng tác dụng chậm

Nên chỉ định sớm, kéo dài, khi có đợt đau khớp, kết hợp với các thuốc điều trị triệu chứng tác dụng nhanh nêu trên.

- Glucosamine sulfate: 1,5g/ngày.

- Thuốc ức chế Interleukin 1: Diacerein 50mg x 2 viên/ngày.

2. Điều trị ngoại khoa

2.1. Điều trị dưới nội soi khớp

- Cắt lọc, bào, rửa khớp.

- Khoan kích thích tạo xương (microfrature).

- Cấy ghép tế bào sụn.

2.2. Phẫu thuật thay khớp nhân tạo

Được chỉ định ở các thể nặng tiến triển, có giảm nhiều chức năng vận động. Thường được áp dụng ở những bệnh nhân trên 60 tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2014), *"Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp",* ban hành kèm theo Quyết định 361/QĐ-BYT.

THOÁI HÓA CỘT SỐNG THẮT LƯNG

MÃ ICD 10: M47

I. ĐẠI CƯƠNG

Thoái hóa cột sống thắt lưng là bệnh mạn tính tiến triển từ từ tăng dần gây đau, hạn chế vận động, biến dạng cột sống thắt lưng mà không có biểu hiện viêm. Tổn thương cơ bản của bệnh là tình trạng thoái hóa sụn khớp và đĩa đệm cột sống phối hợp với những thay đổi ở phần xương dưới sụn và màng hoạt dịch.

Thoái hóa cột sống là hậu quả của nhiều yếu tố: tuổi cao; nữ; nghề nghiệp lao động nặng; một số yếu tố khác như: tiền sử chấn thương cột sống, bất thường trục chi dưới, tiền sử phẫu thuật cột sống, yếu cơ, di truyền, tư thế lao động …

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Đau cột sống âm ỉ và có tính chất cơ học (đau tăng khi vận động và giảm khi nghỉ ngơi). Khi thoái hóa ở giai đoạn nặng, có thể đau liên tục và ảnh hưởng đến giấc ngủ. Có thể có dấu hiệu cứng cột sống vào buổi sáng. Bệnh nhân có thể cảm thấy tiếng lục khục khi cử động cột sống.

Đau cột sống thắt lưng do thoái hóa không có biểu hiện triệu chứng toàn thân như sốt, thiếu máu, gầy sút cân.

2. Cận lâm sàng

- X quang thường quy cột sống thẳng, nghiêng: hình ảnh hẹp khe đĩa đệm, mâm đĩa đệm nhẵn, đặc xương dưới sụn, gai xương thân đốt sống, hẹp lỗ liên hợp đốt sống.
- Xét nghiệm tế bào máu ngoại vi và sinh hóa: bình thường.
- Chụp cộng hưởng từ cột sống: chỉ định trong trường hợp có thoát vị đĩa đệm.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm cột sống dính khớp.
- Viêm đốt sống đĩa đệm (do nhiễm khuẩn hoặc do lao).
- Ung thư di căn xương.

III. ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc :

- Điều trị theo triệu chứng (thuốc chống viêm, giảm đau, giãn cơ...) kết hợp với các thuốc chống thoái hóa tác dụng chậm.
- Nên phối hợp các biện pháp điều trị nội khoa, vật lý trị liệu, phục hồi chức năng. Trường hợp có chèn ép rễ có thể chỉ định ngoại khoa.

1. Điều trị nội khoa

1.1. Vật lý trị liệu

Bài tập thể dục, xoa bóp, kéo nắn, chiếu hồng ngoại, chườm nóng, liệu pháp suối khoáng, bùn nóng, paraphin, tập cơ dựng lưng, ...

1.2. Thuốc giảm đau theo bậc thang giảm đau của WHO

- Bậc 1 - paracetamol 500mg/ngày uống 4 đến 6 lần, không quá 4g/ngày.

- Bậc 2 - paracetamol kết hợp với codein hoặc kết hợp với tramadol: Ultracet liều 2-4 viên/24 giờ, Efferalgan-codein liều 2-4 viên/24 giờ.

- Bậc 3 - Opiat và dẫn xuất của opiat.

1.3. Thuốc chống viêm không steroid

Chọn một trong các thuốc sau:

- Diclofenac viên 25mg, 50 mg, 75mg: liều 50-150mg/ngày, dùng sau ăn no ngày sau ăn no. Có thể sử dụng dạng ống tiêm bắp 75 mg/ngày trong 2-3 ngày đầu khi bệnh nhân đau nhiều, sau đó chuyển sang đường uống.

- Meloxicam viên 7,5 mg: 2 viên/ngày sau ăn no hoặc dạng ống tiêm bắp 15 mg/ngày x 2-3 ngày nếu bệnh nhân đau nhiều, sau đó chuyển sang đường uống.

- Piroxicam viên hay ống 20 mg, uống 1 viên /ngày uống sau ăn no, hoặc tiêm bắp ngày 1 ống trong 2-3 ngày đầu khi bệnh nhân đau nhiều, sau đó chuyển sang đường uống.

- Celecoxib viên 200 mg liều 1 đến 2 viên/ngày sau ăn no. Không nên dùng cho bệnh nhân có bệnh tim mạch và thận trọng ở người cao tuổi.

- Etoricoxib (viên 60mg, 90mg, 120mg), ngày uống 1 viên, thận trọng dùng ở người có bệnh lý tim mạch.

Lưu ý: để hạn chế tác dụng phụ lên dạ dày, nên chỉ định thuốc ức chế bơm proton như omeprazole 20mg/ngày, uống buổi sang trước ăn 30 phút.

- Thuốc chống viêm bôi ngoài da: diclofenac gel, profenid gel, xoa 2-3 lần/ngày vị trí đau.

1.4. Thuốc giãn cơ

Eperison (viên 50mg): 3 viên/ngày, hoặc tolperisone (viên 50mg, 150mg): 2-6 viên/ngày.

1.5. Thuốc điều trị triệu chứng tác dụng chậm

- Glucosamine sulfate và chondroitin sulphat, uống trước ăn 15 phút, dùng kéo dài trong nhiều năm.

- Thuốc ức chế IL1: diacerein 50mg (viên 50mg) 1-2 viên /ngày, dùng kéo dài trong nhiều năm.

4.4.2. Tiêm corticoid tại chỗ

Tiêm ngoài màng cứng bằng hydrocortison acetat, hoặc methyl prednisolon acetate trong trường hợp đau thần kinh tọa, tiêm cạnh cột sống, tiêm khớp liên mấu (dưới màn tăng sáng hoặc dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính).

2. Điều trị ngoại khoa

Chỉ định khi thoát vị đĩa đệm, trượt đốt sống gây đau thần kinh tọa kéo dài hoặc có hẹp ống sống với các dấu hiệu thần kinh tiến triển nặng ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống mà các biện pháp điều trị nội khoa không kết quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2014), *"Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp",* ban hành kèm theo Quyết định 361/QĐ-BYT.

2. Nguyễn Thị Ngọc Lan; *"Đau cột sống th t lưng và đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm"; Bệnh học Nội khoa*. NXB Y học, tập 2, 2008; trang 343-354.

HỘI CHỨNG ĐAU THẮT LƯNG

MÃ ICD 10: M54.5

I. ĐẠI CƯƠNG

Đau cột sống thắt lưng hay còn gọi là đau lưng vùng thấp 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. 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. NGUYÊN NHÂN

- Đau cột sống thắt lưng do nguyên nhân cơ học: nguyên nhân phổ biến do căng giãn cơ, dây chằng cạnh cột sống quá mức; thoái hóa đĩa đệm cột sống; thoát vị đĩa đệm CSTL; trượt thân đốt sống, dị dạng thân đốt sống (cùng hóa thắt lưng 5, thắt lưng hóa cùng 1…), loãng xương nguyên phát... Loại này diễn biến lành tính, chiếm 90% số trường hợp đau CSTL.

- Đau cột sống thắt lưng do một bệnh toàn thân: đau cột sống thắt lưng là triệu chứng của một trong các bệnh khớp mạn tính (viêm cột sống dính khớp, viêm khớp dạng thấp, loãng xương); hoặc tổn thương tại cột sống do nguyên nhân nhiễm khuẩn (viêm đĩa đệm đốt sống do vi khuẩn lao hoặc vi khuẩn sinh mủ); do ung thư; do các nguyên nhân khác (sỏi thận, loét hành tá tràng, bệnh lý động mạch chủ bụng, u xơ tuyến tiền liệt…), tổn thương cột sống do chấn thương...

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

1.1. Đau cột sống th t lưng do nguyên nhân cơ học

- Đau CSTL do căng giãn dây chằng quá mức: đau xuất hiện đột ngột sau bê vật nặng, sau hoạt động sai tư thế (lao động chân tay kéo dài, đi guốc cao gót…), rung xóc do đi xe đường dài, sau nhiễm lạnh hoặc sau một cử động đột ngột. Đau thường kèm theo có cứng khối cơ cạnh cột sống, tư thế cột sống bị lệch vẹo mất đường cong sinh lý, khi thầy thuốc ấn ngón tay dọc các mỏm gai sau hoặc vào khe liên đốt ở hai bên cột sống có thể xác định được điểm đau.

- Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng: thường có biểu hiện của đau thần kinh tọa.

1.2. Đau cột sống th t lưng do một bệnh toàn thân

Trong trường hợp đau cột sống thắt lưng là triệu chứng của một bệnh toàn thân, người bệnh thường có các triệu chứng khác kèm theo như: sốt, dấu hiệu nhiễm trùng thường gặp do nguyên nhân nhiễm khuẩn; gầy, sút cân nhanh, đau ngày càng tăng, không đáp ứng với các thuốc chống viêm giảm đau thông thường là các triệu chứng gợi ý nguyên nhân là ung thư; trường hợp đau thắt lưng dữ dội ngày càng tăng kèm theo dấu hiệu sốc (shock), da xanh thiếu máu nên nghi ngờ phình tách động mạch chủ bụng…

2. Cận lâm sàng

2.1. Đau th t lưng do nguyên nhân cơ học

- Các xét nghiệm phát hiện dấu hiệu viêm, bilan phosphor - calci thường ở trong giới hạn bình thường.

- X quang thường quy đa số bình thường hoặc có thể gặp một trong các hình ảnh sau:

Hình ảnh thoái hóa cột sống: hẹp các khe liên đốt, đặc xương ở mâm đốt sống, các gai xương ở thân đốt sống, đối khi có trượt thân đốt sống.

Hình ảnh loãng xương: đốt sống tăng thấu quang hoặc có lún xẹp.

Có thể có các hình ảnh tổn thương thân đốt sống trong một số trường hợp đau thắt lưng do thuộc nhóm đau cột sống thắt lưng "triệu chứng (ổ khuyết xương, vỡ thân đốt sống…)

- Chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng: chỉ định khi có triệu chứng đau thần kinh tọa.

2.2. Đau cột sống th t lưng là triệu chứng của một bệnh toàn thân

Khi có các triệu chứng nghi ngờ đau cột sống thắt lưng là triệu chứng của một bệnh toàn thân, tùy theo nguyên nhân được định hướng mà chỉ định thêm các xét nghiệm khác (bilan lao, bilan đa u tủy xương (bệnh Kahler), bilan ung thư... nhằm xác định nguyên nhân.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc chung

- Điều trị theo nguyên nhân.

- Kết hợp điều trị thuốc với các biện pháp phục hồi chức năng, luyện tập, thay đổi lối sống nhằm bảo vệ cột sống thắt lưng.

- Không lạm dụng điều trị ngoại khoa, đặc biệt đối với những trường hợp đau cột sống thắt lưng cấp hoặc bán cấp.

2. Điều trị cụ thể đau cột sống thắt lưng do nguyên nhân cơ học

2.1. Điều trị nội khoa

Thường kết hợp các nhóm: thuốc chống viêm không steroid, thuốc giảm đau, thuốc giãn cơ.

2.1.1. Đau th t lưng cấp tính:

- Thuốc chống viêm không steroid (NSAIDs): có thể lựa chọn một trong các thuốc:

+ Piroxicam 20mg hoặc meloxicam 15mg tiêm bắp ngày 1 ống trong 2-3 ngày, sau đó chuyển sang dạng uống 1 viên piroxicam 20mg hoặc 2 viên meloxicam 7,5mg mỗi ngày.

+ Celecoxib 200mg: uống 1-2 viên mỗi ngày

- Paracetamol:

+ Paracetamol: 0,5g x 4-6 viên /24 giờ, chia 3 lần uống sau ăn.

+ Paracetamol kết hợp với codein hoặc paracetamol kết hợp với tramadol (liều lượng cụ thể của các thuốc này tùy thuộc vào liều khuyến cáo của nhà sản xuất).

- Các thuốc giãn cơ: tolperisone 150mg x 2-3 viên/24 giờ hoặc eperisone: 50mg x 2-3 viên/24 giờ.

- Trường hợp đau có nguồn gốc thần kinh có thể kết hợp với một trong các thuốc giảm đau sau:

+ Gabapentin: viên 300mg. Liều 600-900mg/ngày, chia 2-3 lần

+ Pregabalin: viên 75mg. Liều: 150-300mg/ngày chia 2 lần.

- Nằm nghỉ tại chỗ trên giường phẳng, đeo đai hỗ trợ vùng thắt lưng khi ngồi dậy hoặc đi lại vận động, chiếu đèn hồng ngoại hoặc điều trị điện xung, châm cứu kết hợp dùng thuốc. Khi đỡ đau lưng có thể tăng dần mức độ hoạt động.

2.1.2. Đau th t lưng mạn tính

- Thuốc chống trầm cảm ba vòng (tricyclic antidepressant), chống lo âu: amitriptylin: viên 25mg.

- Kéo dãn cột sống, bơi, thể dục nhẹ nhàng. Điều chỉnh lối sống và thói quen làm việc, vận động để tránh gây đau tái phát. Có thể duy trì các nhóm thuốc trên nhưng chú ý sử dụng liều thấp nhất có hiệu quả để tránh tác dụng không mong muốn của thuốc.

2.2. Điều trị ngoại khoa

Chỉ định phẫu thuật cho các trường hợp đau thắt lưng do thoát vị đĩa đệm hoặc kèm trượt đốt sống đã được điều trị nội khoa tích cực trong ba tháng nhưng không đạt hiệu quả, đặc biệt đối với trường hợp đau nhiều, có dấu hiệu ép rễ nặng (teo cơ nhanh, rối loạn cơ tròn, rối loạn cảm giác).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2014), *"Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp",* ban hành kèm theo Quyết định 361/QĐ-BYT.

2. Nguyễn Thị Ngọc Lan; *"Đau cột sống th t lưng và đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm"; Bệnh học Nội khoa*. NXB Y học, tập 2, 2008; trang 343-354.

ĐAU THẦN KINH TỌA

MÃ ICD 10: M54.3; M54.4

I. ĐỊNH NGHĨA

Đau thần kinh tọa (sciatica pain) còn được gọi là đau thần kinh hông to, được biểu hiện bởi cảm giác đau dọc theo đường đi của thần kinh tọa: đau tại cột sống thắt lưng lan tới mặt ngoài đùi, mặt trước ngoài cẳng chân, mắt cá ngoài và tận ở các ngón chân. Tùy theo vị trí tổn thương mà hướng lan của đau có khác nhau. Nguyên nhân thường gặp nhất là do thoát vị đĩa đệm.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Lâm sàng

- Đau dọc đường đi của dây thần kinh tọa, đau tại cột sống thắt lưng lan tới mặt ngoài đùi, mặt trước ngoài cẳng chân, mắt cá ngoài và tận ở các ngón chân. Tùy theo vị trí tổn thương mà biểu hiện trên lâm sàng có khác nhau: Tổn thương rễ L_4 đau đến khoeo chân; tổn thương rễ L_5 đau lan tới mu bàn chân tận hết ở ngón chân cái (ngón I); tổn thương rễ L_5 đau lan tới lòng bàn chân (gan chân) tận hết ở ngón V (ngón út). Một số trường hợp không đau cột sống thắt lưng, chỉ đau dọc chân. Triệu chứng đau dọc đường đi của dây thần kinh tọa là quan trọng nhất trong chẩn đoán xác định.

- Đau có thể liên tục hoặc từng cơn, giảm khi nằm nghỉ ngơi, tăng khi đi lại nhiều. Trường hợp có hội chứng chèn ép: tăng khi ho, rặn, hắt hơi. Có thể có triệu chứng yếu cơ (khó kiễng chân, khó đứng trên đầu ngón chân). Giai đoạn muộn có teo cơ tứ đầu đùi, hạn chế vận động (đi lại khó khăn, khó cúi), có thể có tư thế giảm đau, có cứng cơ cạnh cột sống.

- Một số nghiệm pháp:

+ Hệ thống điểm đau Valleix (ấn dọc đường đường đi của thần kinh tọa có các điểm đau chói); dấu chuông bấm (ấn ngón cái giữa các mỏm gai L_4-L_5 hoặc L_5-S_1 gây đau lan theo rễ thần kinh).

+ Dấu hiệu Lasègue dương tính (bệnh nhân nằm ngửa, người làm nghiệm nâng chân lên cao, duỗi thẳng chân, gây đau dọc dây thần kinh tọa, hạ thấp chân trở lại làm đau giảm hoặc mất).

+ Phản xạ gân xương: phản xạ gân bánh chè giảm hoặc mất trong tổn thương rễ L_4, phản xạ gân gót giảm hoặc mất trong tổn thương rễ S_1.

1.2. Cận lâm sàng

- Các xét nghiệm về dấu hiệu viêm trong xét nghiệm máu âm tính, các chỉ số sinh hóa thông thường không thay đổi. Tuy nhiên cần chỉ định xét nghiệm bilan viêm, các xét nghiệm cơ bản nhằm mục đích loại trừ những bệnh lý như viêm nhiễm, ác tính và cần thiết khi chỉ định thuốc

- Chụp X quang thường quy cột sống thắt lưng: ít có giá trị chẩn đoán nguyên nhân. Đa số các trường hợp X quang thường quy bình thường hoặc có dấu hiệu thoái hóa cột sống thắt lưng, trượt đốt sống. Chỉ định chụp X quang thường quy nhằm loại trừ một số nguyên nhân (viêm đĩa đệm đốt sống, tình trạng hủy đốt sống do ung thư…)

- Chụp cộng hưởng từ (MRI) cột sống thắt lưng: đây là kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh quan trọng và có giá trị nhất nhằm xác định chính xác dạng tổn thương cũng như vị trí khối thoát vị, mức độ thoát vị đĩa đệm, đồng thời có thể phát hiện các nguyên nhân ít gặp khác (viêm đĩa đệm đốt sống, khối u, …).

- Điện cơ: giúp phát hiện và đánh giá tổn thương các rễ thần kinh.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Đau thần kinh đùi, đau thần kinh bì đùi, đau thần kinh bịt

- Đau khớp háng do viêm, hoại tử, thoái hóa, chấn thương

- Viêm khớp cùng chậu, viêm, áp xe cơ thắt lưng chậu

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị theo nguyên nhân (thường gặp nhất là thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng)

- Giảm đau và phục hồi vận động nhanh

- Điều trị nội khoa với những trường hợp nhẹ và vừa

- Can thiệp ngoại khoa khi có những biến chứng liên quan đến vận động, cảm giác.

- Đau thần kinh tọa do nguyên nhân ác tính: điều trị giải ép cột sống kết hợp điều trị chuyên khoa.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Nội khoa

2.1.1. Chế độ nghỉ ngơi

Nằm giường cứng, tránh võng hoặc ghế bố, tránh các động tác mạnh đột ngột, mang vác nặng, đứng, ngồi quá lâu.

2.1.2. Điều trị thuốc

- Thuốc giảm đau:

+ Paracetamol 1-3g/ngày chia 2-4 lần.

+ Trường hợp đau nhiều, chỉ định paracetamol kết hợp với opiad nhẹ như codein hoặc tramadol 2-4 viên/ngày.

+ Thuốc kháng viêm không steroid (NSAID): ibubrofen (400mg x 3-4 lần/ngày), naproxen (500mg x 2 lần/ngày, diclofenac (75-150mg/ngày), piroxicam (20mg/ngày), meloxicam (15mg/ngày), celecoxib (200mg/ngày), etoricoxib (60mg/ngày). Để giảm

nguy cơ tiêu hóa (đặc biệt khi sử dụng các NSAID không chọn lọc) nên xem xét sử dụng phối hợp với một thuốc bảo vệ dạ dày thuốc nhóm ức chế bơm proton (PPI)

- Thuốc giãn cơ: tolperisone (100-150mg x 3 lần uống/ngày) hoặc eperisone (50mg x 2-3 lần/ngày) …

- Các thuốc khác: khi bệnh nhân có đau nhiều, đau mạn tính, có thể sử dụng phối hợp với các thuốc giảm đau thần kinh như:

+ Gabapentin: 600-1200mg/ngày (nên bắt đầu bằng liều 300/ngày trong tuần đầu)

+ Pregabalin: 150-300mg/ngày (nên bắt đầu bằng liều 7 mg/ngày trong tuần đầu)

- Các thuốc khác: các vitamin nhóm B hoặc Mecobalamin.

- Tiêm corticosteroid ngoài màng cứng: mục đích giảm đau do rễ trong bệnh thần kinh tọa, tuy nhiên hiệu quả giảm đau ngắn hạn

2.2. Vật lý trị liệu

- Xoa bóp liệu pháp.

- Tập kéo giãn cột sống.

- Chiếu đèn hồng ngoại.

- Siêu âm trị liệu.

- Đeo đai lưng hỗ trợ nhằm tránh quá tải trên đĩa đệm cột sống.

2.3. Điều trị ngoại khoa

- Chỉ định khi điều trị nội khoa thất bại hoặc những trường hợp có chèn ép nặng (hội chứng đuôi ngựa, hẹp ống sống, liệt chi dưới…).

- Tùy theo tình trạng thoát vị, trượt đốt sống hoặc u chèn ép cũng như điều kiện kỹ thuật cho phép mà sử dụng các phương pháp phẫu thuật khác nhau (nội soi, sóng cao tần, vi phẫu hoặc mổ hở, làm vững cột sống).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2014), *"Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp",* ban hành kèm theo Quyết định 361/QĐ-BYT.

THOÁI HÓA CỘT SỐNG CỔ

MÃ ICD 10: M50.3

I. ĐẠI CƯƠNG

Thoái hóa cột sống cổ là bệnh lý mạn tính khá phổ biến, tiến triển chậm, thường gặp ở người lớn tuổi và/hoặc liên quan đến tư thế vận động. Tổn thương cơ bản của bệnh là tình trạng thoái hóa sụn khớp và/hoặc đĩa đệm ở cột sống cổ. Có thể gặp thoái hóa ở bất kỳ đoạn nào song đoạn C_5-C_6-C_7 là thường gặp nhất.

Nguyên nhân do quá trình lão hóa của tổ chức sụn, tế bào và tổ chức khớp và quanh khớp (cơ cạnh cột sống, dây chằng, thần kinh…); tình trạng chịu áp lực quá tải kéo dài của sụn khớp.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Biểu hiện rất đa dạng, thường gồm bốn hội chứng chính sau:

- Hội chứng cột sống cổ: đau, có thể kèm theo có cứng vùng cơ cạnh cột sống cổ cấp hoặc mạn tính.

- Hội chứng rễ thần kinh cổ: tùy theo vị trí rễ tổn thương (một bên hoặc cả hai bên) mà đau lan từ cổ xuống tay bên đó. Có thể kèm theo hiện tượng chóng mặt, yếu cơ hoặc teo cơ tại vai, cánh tay bên tổn thương.

- Hội chứng động mạch đốt sống: nhức đầu vùng chẩm, thái dương, trán và hai hố mắt thường xảy ra vào buổi sáng; có khi kèm chóng mặt, ù tai, hoa mắt, mờ mắt, nuốt vướng; đau tai, lan ra sau tai, đau khi để đầu ở một tư thế nhất định.

- Hội chứng ép tủy: tùy theo mức độ và vị trí tổn thương mà biểu hiện chỉ ở chi trên hoặc cả thân và chi dưới. Dáng đi không vững, đi lại khó khăn; yếu hoặc liệt chi, teo cơ ngọn chi, dị cảm. Tăng phản xạ gân xương.

- Biểu hiện khác: dễ cáu gắt, thay đổi tính tình, rối loạn giấc ngủ, giảm khả năng làm việc…

Tùy theo vị trí cột sống cổ bị tổn thương mà có thể xuất hiện riêng lẻ hoặc đồng thời các biểu hiện trên.

2. Cận lâm sàng

- Các xét nghiệm phát hiện dấu hiệu viêm, bilan phosphor - calci thường ở trong giới hạn bình thường. Tuy nhiên cần chỉ định xét nghiệm bilan viêm, các xét nghiệm cơ bản nhằm mục đích loại trừ những bệnh lý như viêm nhiễm, bệnh lý ác tính và cần thiết khi chỉ định thuốc

- X quang cột sống cổ thường quy với các tư thế sau: thẳng, nghiêng, chếch ¾ trái và phải. Trên phim X quang có thể phát hiện các bất thường: mất đường cong sinh lí, gai xương ở thân đốt sống, giảm chiều cao đốt sống, đĩa đệm, đặc xương dưới sụn, hẹp lỗ liên hợp…

- Chụp cộng hưởng từ (MRI) cột sống cổ: phương pháp có giá trị nhất nhằm xác định chính xác vị trí rễ bị chèn ép, vị trí khối thoát vị, mức độ thoát vị đĩa đệm, mức độ hẹp ống sống, đồng thời có thể phát hiện các nguyên nhân ít gặp khác (viêm đĩa đệm đốt sống, khối u, …).

- Điện cơ: giúp phát hiện và đánh giá tổn thương các rễ thần kinh.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Các chấn thương vùng cột sống cổ gây tổn thương xương và đĩa đệm.

- Các ung thư xương hoặc di căn xương, các bệnh lý tủy xương lành tính hoặc ác tính.

- U nội tủy, u thần kinh…

- Bệnh lý của hệ động mạch sống nền.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc chung

- Phối hợp điều trị nội khoa và phục hồi chức năng, luyện tập, thay đổi lối sống nhằm bảo vệ cột sống cổ, tránh tái phát.

- Áp dụng các liệu pháp giảm đau theo mức độ nhẹ - vừa - nặng, hạn chế sử dụng dài ngày.

- Cần tăng cường các nhóm thuốc điều trị bệnh theo nguyên nhân.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị nội khoa

- Paracetamol: có thể đơn chất hoặc phối hợp với các chất giảm đau trung ương như cocain, dextropropoxiphene…

- Tramadol: có hiệu quả, chỉ dùng khi không đáp ứng với nhóm giảm đau nêu trên và tránh dùng kéo dài. Một vài trường hợp hãn hữu, thể tăng đau có thể chỉ định opioids ngắn ngày và liều thấp nhất có thể.

- Nhóm thuốc giảm đau chống viêm không steroid liều thấp: các dạng kinh điển (diclofenac, ibuprofen, naproxen…) hoặc các thuốc ức chế chọn lọc COX-2 (celecoxib, etoricoxib...), tuy nhiên cần thận trọng ở bệnh nhân lớn tuổi, có bệnh lý ống tiêu hóa, tim mạch hoặc thận mạn tính. Có thể dùng đường uống hoặc bôi ngoài da.

- Thuốc giãn cơ.

- Nhóm thuốc chống thoái hóa tác dụng chậm (glucosamine sulfate: 1500mg/ngày, dùng đơn độc hoặc phối hợp với chondroitin sulfate); hoặc diacerein 50mg x 2 viên/ngày.

- Các thuốc khác: khi bệnh nhân có biểu hiện đau kiểu rễ, có thể sử dụng phối hợp với các thuốc giảm đau thần kinh như:

+ Gabapentin: 600-1200mg/ngày (nên bắt đầu bằng liều thấp)

+ Pregabalin: 150-300 mg/ngày (nên bắt đầu bằng liều thấp)

+ Các vitamin nhóm B (B_1, B_6, B_{12}), mecobalamin.

- Tiêm glucocorticoid cạnh cột sống: có hiệu quả từ vài ngày đến vài tháng. Không nên tiêm quá 3 lần trên cùng 1 khớp trong 1 năm.

2.2. Vật lý trị liệu - Phục hồi chức năng

- Tập vận động vùng cổ, đặc biệt với bệnh nhân đã mang nẹp cổ thời gian dài, bệnh nhân có công việc ít vận động vùng cổ.

- Nghỉ ngơi, giữ ấm, tránh thay đổi tư thế cột sống cổ đột ngột.

- Các liệu pháp vật lý trị liệu: sử dụng nhiệt, sóng siêu âm... Có thể kéo dãn cột sống cổ song nên thực hiện với mức độ tăng dần từ từ.

2.3. Điều trị ngoại khoa

Chỉ chỉ định áp dụng trong các trường hợp: có biểu hiện chèn ép rễ thần kinh hoặc tủy sống tiến triển nặng, trượt đốt sống độ 3-4 hoặc đã thất bại với điều trị nội khoa và phục hồi chức năng sau 3 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2014), *"Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp",* ban hành kèm theo Quyết định 361/QĐ-BYT.

HỘI CHỨNG CỔ VAI CÁNH TAY

MÃ ICD 10: G54.8

I. ĐẠI CƯƠNG

Hội chứng cổ vai cánh tay còn gọi là hội chứng vai cánh tay hay bệnh lý rễ tủy cổ, là một nhóm các triệu chứng lâm sàng liên quan đến các bệnh lý cột sống cổ có kèm theo các rối loạn chức năng rễ, dây thần kinh cột sống cổ và/hoặc tủy cổ, không liên quan tới bệnh lý viêm.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Lâm sàng

- Hội chứng cột sống cổ

+ Đau vùng cổ gáy.

+ Hạn chế vận động cột sống cổ.

+ Điểm đau cột sống cổ khi ấn vào các gai sau, cạnh cột sống cổ tương ứng các rễ thần kinh.

- Hội chứng rễ thần kinh

+ Đau vùng gáy lan lên vùng chẩm và xuống vai hoặc cánh tay, bàn tay.

+ Rối loạn vận động, cảm giác kiểu rễ.

- Hội chứng tủy cổ

+ Do lồi hoặc thoát vị đĩa đệm gây chèn ép tủy cổ tiến triển trong một thời gian dài.

+ Biểu hiện sớm là dấu hiệu tê bì và mất khéo léo hai bàn tay, teo cơ hai tay, đi lại khó khăn, nhanh mỏi. Giai đoạn muộn tùy vị trí tổn thương có thể thấy liệt trung ương tứ chi; liệt ngoại vi hai tay và liệt trung ương hai chân; rối loạn phản xạ đại tiểu tiện.

- Các triệu chứng khác

+ Hội chứng động mạch sống nền: đau đầu vùng chẩm, chóng mặt, ù tai, mờ mắt, đôi khi có giảm thị lực thoáng qua, mất thăng bằng, mệt mỏi.

+ Có thể có các rối loạn thần kinh thực vật: đau kèm theo ù tai, rối loạn thị lực, rối loạn vận mạch vùng chẩm vai hoặc tay.

+ Khi có các triệu chứng toàn thân như sốt, rét run, vã mồ hôi vào ban đêm, sụt cân, … cần phải đặc biệt lưu ý loại trừ bệnh lý ác tính, nhiễm trùng.

1.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu: tế bào máu ngoại vi, tốc độ máu lắng, CRP.

- Chụp X quang thường quy.

- Chụp cộng hưởng từ (MRI): MRI thường được chỉ định khi bệnh nhân đau kéo dài (> 4-6 tuần), đau ngày càng tăng, có tổn thương thần kinh tiến triển, có biểu hiện bệnh lý tủy cổ, hoặc các dấu hiệu cảnh báo gợi ý bệnh lý ác tính hay nhiễm trùng.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh lý khớp vai và viêm quanh khớp vai.

- Hội chứng lối ra lồng ngực, viêm đám rối thần kinh cánh tay, hội chứng đường hầm cổ tay.

- Hội chứng đau loạn dưỡng giao cảm phản xạ

- Bệnh lý tủy sống do viêm, nhiễm trùng, đa xơ cứng.

- Bệnh lý não, màng não, tim mạch, hô hấp, tiêu hóa gây đau vùng cổ vai hoặc tay.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị triệu chứng bệnh kết hợp với giải quyết nguyên nhân nếu có thể.

- Kết hợp điều trị thuốc với các biện pháp vật lý trị liệu, phục hồi chức năng và các biện biện pháp không dùng thuốc khác.

- Chỉ định điều trị ngoại khoa khi cần thiết.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Các biện pháp không dùng thuốc

- Hướng dẫn bệnh nhân, thay đổi thói quen sinh hoạt, công việc (tư thế ngồi làm việc, sử dụng máy tính, …).

- Trong giai đoạn cấp khi có đau nhiều hoặc sau chấn thương có thể bất động cột sống cổ tương đối bằng đai cổ mềm.

- Tập vận động cột sống cổ, vai, cánh tay với các bài tập thích hợp.

- Vật lý trị liệu: liệu pháp nhiệt, kích thích điện, siêu âm liệu pháp, xoa bóp bấm huyệt, châm cứu, kéo giãn cột sống.

2.2. Các phương pháp điều trị thuốc

2.2.1. Thuốc giảm đau

- Paracetamol viên 0,5-0,65g x 2-4 viên/24 giờ (không dùng quá 3g/24 giờ).

- Paracetamol kết hợp với một opiad nhẹ như codein hoặc tramadol: 2-4 viên/24 giờ.

-Thuốc kháng viêm không steroid (NSAID): diclofenac 75-150mg/ngày; piroxicam 20mg/ngày; meloxicam 7,5-15mg/ngày; celecoxib 100-200mg/ngày; hoặc etoricoxib 30-60mg/ngày. Nếu bệnh nhân có nguy cơ tiêu hóa nên dùng nhóm ức chế chọn lọc COX-2 hoặc phối hợp với một thuốc ức chế bơm proton.

2.2.2. Thuốc giãn cơ

- Thường dùng trong đợt đau cấp, đặc biệt khi có tình trạng có cứng cơ.

- Các thuốc thường dùng: epirisone 50mg x 2-3 lần/ngày, hoặc tolperisone 50-150mg x 2-3 lần/ngày), hoặc mephenesine 250mg x 2-4 lần/ngày, hoặc diazepam.

2.2.3. Các thuốc khác

- Thuốc giảm đau thần kinh: chỉ định khi có bệnh lý rễ thần kinh nặng hoặc dai dẳng, nên bắt đầu bằng liều thấp, sau đó tăng liều dần tùy theo đáp ứng điều trị: gabapentin 600-1200mg/ngày, hoặc pregabalin 150-300mg/ngày.

-Thuốc chống trầm cảm ba vòng (liều thấp): amitriptyline hoặc nortriptyline (10-25mg/ngày) khi có biểu hiện đau thần kinh mạn tính hoặc khi có kèm rối loạn giấc ngủ.

- Vitamin nhóm B: viên 3B (B_1, B_6, B_{12}) hoặc dẫn chất B_{12} mecobalamin (1000 - 1500mcg/ngày).

- Corticosteroid: trong một số trường hợp có biểu hiện chèn ép rễ nặng và có tính chất cấp tính mà các thuốc khác ít hiệu quả, có thể xem xét dùng một đợt ngắn hạn corticosteroid đường uống (prednisolone, methylprednisolone) trong 1-2 tuần.

2.3. Điều trị ngoại khoa

Chỉ định: đau nhiều song điều trị nội khoa ít có kết quả, có tổn thương thần kinh nặng và tiến triển, có chèn ép tủy cổ đáng kể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2014), *"Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp",* ban hành kèm theo Quyết định 361/QĐ-BYT.

LOÃNG XƯƠNG

MÃ ICD 10: M81.8

I. ĐẠI CƯƠNG

Loãng xương là một rối loạn chuyển hóa của bộ xương gây tổn thương sức mạnh của xương đưa đến tăng nguy cơ gãy xương. Sức mạnh của xương bao gồm sự toàn vẹn cả về khối lượng và chất lượng của xương.

Khối lượng xương được biểu hiện bằng:

- Mật độ khoáng chất của xương (Bone Mineral Density - BMD)
- Khối lượng xương (Bone Mass Content - BMC)

Chất lượng xương phụ thuộc vào:

- Thể tích xương.
- Vi cấu trúc của xương (thành phần chất nền và chất khoáng của xương).
- Chu chuyển xương (tình trạng tổn thương vi cấu trúc xương, tình hình sửa chữa cấu trúc của xương).

II. PHÂN LOẠI

1. Loãng xương người già (loãng xương tiên phát)

- Đặc điểm: tăng quá trình hủy xương, giảm quá trình tạo xương.
- Nguyên nhân:

Các tế bào sinh xương (osteoblast) bị lão hóa.

Sự hấp thu calci ở ruột bị hạn chế.

Sự suy giảm tất yếu các hormon sinh dục (nữ và nam).

- Loãng xương tiên phát thường xuất hiện trễ, diễn biến chậm, tăng từ từ và ít có những biến chứng nặng nề như gãy xương hay lún xẹp các đốt sống.

2. Loãng xương sau mãn kinh

Làm nặng hơn tình trạng loãng xương do tuổi ở phụ nữ do giảm đột ngột oestrogen khi mãn kinh. Đặc điểm: tăng quá trình hủy xương, quá trình tạo xương bình thường.

3. Loãng xương thứ phát

Bệnh loãng xương sẽ trở nên nặng nề hơn, sớm hơn, nhiều biến chứng hơn nếu người bệnh có thêm một hoặc nhiều yếu tố nguy cơ dưới đây:

Các yếu tố nguy cơ của bệnh loãng xương:

- Kém phát triển thể chất từ khi còn nhỏ, đặc biệt là còi xương, suy dinh dưỡng, chế độ ăn thiếu protein, thiếu canxi hoặc tỷ lệ canxi/phospho trong chế độ ăn không hợp lý, thiếu vitamin D hoặc cơ thể không hấp thu được vitamin D.
- Tiền sử gia đình có cha, mẹ bị loãng xương hoặc gãy xương.

- Ít hoạt động thể lực, ít hoạt động ngoài trời, bất động quá lâu ngày do bệnh tật hoặc do nghề nghiệp.

- Có thói quen sử dụng nhiều rượu, bia, cà phê, thuốc lá… làm tăng thải canxi qua đường thận và giảm hấp thu canxi ở đường tiêu hóa.

- Bị mắc một số bệnh: thiểu năng các tuyến sinh dục nam và nữ (suy buồng trứng sớm, mãn kinh sớm, cắt buồng trứng, thiểu năng tinh hoàn…), bệnh nội tiết: cường tuyến giáp, cường tuyến cận giáp, cường tuyến vỏ thượng thận bệnh mãn tính đường tiêu hóa làm hạn chế hấp thu canxi, vitamin D, protein…ảnh hưởng chuyển hóa canxi và sự tạo xương, bệnh suy thận mãn hoặc phải chạy thận nhân tạo lâu ngày gây mất canxi qua đường tiết niệu, các bệnh xương khớp mạn tính đặc biệt là viêm khớp dạng thấp và thoái hóa khớp

- Sử dụng dài hạn một số thuốc: chống động kinh (dihydan), thuốc chữa tiểu đường (insulin), thuốc chống đông (heparin) và đặc biệt là nhóm thuốc kháng viêm corticosteroid.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Loãng xương là bệnh diễn biến âm thầm không có triệu chứng lâm sàng đặc trưng, chỉ biểu hiện khi đã có biến chứng.

- Đau xương, đau lưng cấp và mạn tính.

- Biến dạng cột sống: gù, vẹo cột sống, giảm chiều cao do thân các đốt sống bị gãy.

- Đau ngực, khó thở, chậm tiêu… do ảnh hưởng đến lồng ngực và thân các đốt sống.

- Gãy xương: các vị trí thường gặp là gãy đầu dưới xương quay, gãy cổ xương đùi, gãy các đốt sống (lưng và thắt lưng); xuất hiện sau chấn thương rất nhẹ, thậm chí không rõ chấn thương.

2. Cận lâm sàng

- X-quang quy ước: hình ảnh đốt sống tăng thấu quang, biến dạng thân đốt sống (gãy làm xẹp và lún các đốt sống), với các xương dài thường giảm độ dày thân xương (khiến ống tủy rộng ra).

- Đo khối lượng xương (BMD) bằng phương pháp đo hấp phụ tia X năng lượng kép (Dual Energy Xray Absorptiometry - DXA).

3. Chẩn đoán xác định

- Tiêu chuẩn chẩn đoán loãng xương của Tổ chức y tế Thế giới (WHO) năm 1994, đo mật độ xương tại cột sống thắt lưng và cổ xương đùi theo phương pháp DXA:

+ Xương bình thường: T score từ - 1SD trở lên.

+ Thiếu xương (Osteopenia): T score dưới - 1SD đến - 2,5SD.

+ Loãng xương (Osteoporosis): T score dưới - 2,5SD.

+ Loãng xương nặng: T score dưới - 2,5 SD kèm tiền sử/hiện tại có gãy xương

- Trường hợp không có điều kiện đo mật độ xương:

Có thể chẩn đoán xác định loãng xương khi đã có biến chứng gãy xương dựa vào triệu chứng lâm sàng và X-quang: đau xương, đau lưng, gãy xương sau chấn thương nhẹ, tuổi cao…

4. Các yếu tố tiên lượng quan trọng cần lưu ý

- Giới: nữ

- Tuổi cao.

- Khối lượng xương thấp.

- Tiền sử gãy xương (của cá nhân và gia đình).

- Nguy cơ té ngã (bệnh phối hợp: giảm thị lực, đau khớp, parkinson, …).

- Hút thuốc, sử dụng thuốc (corticosteroid, thuốc chống đông, …).

5. Chẩn đoán phân biệt

- Bất toàn tạo xương hay xương thủy tinh (Osteogenesis Imperfecta - OI).

- Các loãng xương thứ phát như ung thư di căn xương, các bệnh ác tính cơ quan tạo máu (đa u tủy xương, bệnh bạch cầu, …).

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Các phương pháp không dùng thuốc (bao gồm dự phòng và điều trị)

- Chế độ ăn uống: bổ sung nguồn thức ăn giàu canxi, tránh thuốc lá, café, rượu…

- Chế độ sinh hoạt: tăng cường vận động, tăng dẻo dai cơ bắp, tránh té ngã…

- Sử dụng các dụng cụ, nẹp chỉnh hình (cho cột sống, cho khớp háng) giảm sự tỳ đè lên cột sống, đầu xương, xương vùng hông.

2. Các thuốc điều trị loãng xương

2.1. Các thuốc bổ sung nếu chế độ ăn không đủ (dùng hàng ngày trong suốt quá trình điều trị.)

- Canxi: cần bổ sung canxi 500-1.500mg hàng ngày.

- Vitamin D 800-1.000UI hàng ngày (hoặc chất chuyển hóa của vitamin D là Calcitriol 0,25-0,5mcg, thường chỉ định cho các bệnh nhân lớn tuổi hoặc suy thận vì không chuyển hóa được vitamin D).

2.2. Các thuốc chống hủy xương: làm giảm hoạt tính tế bào hủy xương

- Nhóm Bisphosphonat.

- Calcitonin (chiết suất từ cá hồi) 100UI tiêm dưới da hoặc 200UI xịt qua niêm mạc mũi hàng ngày.

- Liệu pháp sử dụng các chất giống hormon: chỉ định đối với phụ nữ sau mãn kinh có nguy cơ cao hoặc có loãng xương sau mãn kinh:

2.3. Thuốc có tác dụng kép: Strontium ranelat

2.4. Các nhóm thuốc khác có thể phối hợp trong những trường hợp cần thiết:

Thuốc làm tăng quá trình đồng hoá: Deca Durabolin và Durabolin.

3. Điều trị triệu chứng

- Đau cột sống, đau dọc các xương… (khi mới gãy xương, lún xẹp đốt sống): chỉ định calcitonine và các thuốc giảm đau theo bậc thang của tổ chức y tế thế giới. Có thể kết hợp thuốc kháng viêm giảm đau không steroids, thuốc giảm đau bậc 2 (phối hợp nhóm opiat nhẹ và vừa), thuốc giãn cơ...

- Chèn ép rễ thần kinh liên sườn (đau ngực khó thở, chậm tiêu, đau lan theo rễ thần kinh, dị cảm, tê…): nẹp thắt lưng, điều chỉnh tư thế ngồi hoặc đứng, thuốc giảm đau, thuốc giảm đau thần kinh, vitamin nhóm B … nếu cần.

4. Điều trị ngoại khoa các biến chứng gãy cổ xương đùi, gãy thân đốt sống

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2014), *"Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp",* ban hành kèm theo Quyết định 361/QĐ-BYT.

RỐI LOẠN TÂM THẦN DO RƯỢU

MÃ ICD 10: F10

I. ĐẠI CƯƠNG

Rối loạn tâm thần do rượu là nhóm các rối loạn phức tạp, đa dạng phát sinh và phát triển có liên quan chặt chẽ đến nghiện rượu.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Bao gồm các trạng thái sau:

- Sảng rượu (sảng run).
- Ảo giác do rượu.
- Hoang tưởng do rượu.
- Trầm cảm do rượu.
- Hội chứng quên do rượu.

2. Cận lâm sàng

- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi: trước và sau điều trị.
- Sinh hoá máu: glucose, ure, creatinin, acid uric; CK (trước và sau điều trị, nếu bất thường xét nghiệm hàng ngày trong tuần đầu); điện giải đồ (trước và sau điều trị, xét nghiệm hàng ngày trong tuần đầu điều trị nếu có bất thường); GOT, GPT (đánh giá trước điều trị và sau 1 tuần và 2 tuần điều trị), GGT, protein, albumin, bilirubin TP và TT, lipid máu (cholesterol, triglicerid, LDL, HDL).
- Đông máu cơ bản, tổng phân tích nước tiểu.
- Định lượng nồng độ cồn trong máu, trong hơi thở.
- Vi sinh: HIV, HBsAg, anti HCV, huyết thanh chẩn đoán giang mai.
- X-quang tim phổi; siêu âm ổ bụng; nội soi dạ dày…
- Điện tâm đồ; điện não đồ.
- Các xét nghiệm cận lâm sàng nếu có bất thường cần kiểm tra hàng ngày.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Các biện pháp điều trị hỗ trợ chung

- Bù đủ nước và điện giải: dung dịch ringer lactat, natriclorua 0,9%, glucose 5% số lượng 2-4 lít/ngày đường truyền tĩnh mạch hoặc bù đường uống bằng oresol.
- Bổ sung vitamin nhóm B (B_1, B_6, B_{12}) đặc biệt là vitamin B_1 liều cao 1g/ngày nên dùng đường tiêm.
- Thuốc bảo vệ tế bào gan: aminoleban, silymarin, boganic, các amin phân nhánh khác…
- Bổ sung dinh dưỡng, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch.

- Thuốc dinh dưỡng thần kinh.

- Thuốc tăng cường chức năng nhận thức.

- Điều trị rối loạn giấc ngủ: lựa chọn một trong số các thuốc sau: zopiclon 3,75 15mg/ngày, melatonin…

- Liệu pháp tâm lý, vận động trị liệu, hoạt động trị liệu.

- Kết hợp các biện pháp hóa dược, tâm lý và xã hội để không tái sử dụng rượu. Có thể phối hợp disulfiram 125-250 mg/ngày, naltrexol 25-50mg/ngày.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị hội chứng cai rượu

- Điều trị hội chứng cai bằng các thuốc bình thần: benzodiazepin (10-30mg/ngày) dùng đường uống hoặc tiêm bắp, tiêm tĩnh mạch, bổ sung thuốc chống loạn thần nếu có hoang tưởng, ảo giác, rối loạn hành vi, …

- Các thuốc chống loạn thần: chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau (ưu tiên đơn trị liệu, nếu ít hiệu quả xem xét chuyển loại thuốc hoặc kết hợp tối đa 3 loại thuốc để hạn chế tác dụng không mong muốn).

+ Thuốc an thần kinh điển hình (cổ điển): haloperidol: viên 1,5mg, viên 5mg, ống 5mg, liều 5-30mg/24 giờ

+ Các thuốc an thần kinh không điển hình (mới):

Risperidon: viên 1mg, 2mg, liều 1-12mg/24 giờ.

Olanzapin: viên 5mg, 10mg, liều 5-60mg/24 giờ

2.2. Điều trị sảng rượu trong trạng thái cai

- Diazepam10-30mg/ngày dùng đường uống hoặc tiêm bắp, tiêm tĩnh mạch

- Các thuốc chống loạn thần: chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau (ưu tiên đơn trị liệu, nếu ít hiệu quả xem xét chuyển loại thuốc hoặc kết hợp tối đa 3 loại thuốc để hạn chế tác dụng không mong muốn)

+ Thuốc an thần kinh điển hình (cổ điển): haloperidol: viên 1,5mg, viên 5mg, ống 5mg, liều 5-30mg/24 giờ.

+ Các thuốc an thần kinh không điển hình (mới):

Risperidon: viên 1mg, 2mg, liều 1-12mg/24 giờ.

Olanzapin: viên 5mg, 10mg, liều 5-60mg/24 giờ.

Clozapin: viên 25mg, 100mg, liều 50-800mg/24 giờ.

- Trường hợp sảng nặng cần phải tiến hành các biện pháp hồi sức tích cực hoặc chuyển khoa điều trị hồi sức tích cực.

2.3. Điều trị loạn thần do rượu

- Các thuốc chống loạn thần: chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau (ưu tiên đơn trị liệu, nếu ít hiệu quả xem xét chuyển loại thuốc hoặc kết hợp tối đa 3 loại thuốc để hạn chế tác dụng không mong muốn)

+ Thuốc an thần kinh điển hình (cổ điển): haloperidol: viên 1,5mg, viên 5mg, ống 5mg, liều 5-30mg/24 giờ.

+ Các thuốc an thần kinh không điển hình (mới):

Risperidon: viên 1mg, 2mg, liều 1-12mg/24 giờ.

Olanzapin: viên 5mg, 10mg, liều 5-60mg/24 giờ.

Clozapin: viên 25mg, 100mg, liều 50-800mg/24 giờ.

- Thuốc giải lo âu: lựa chọn một trong số các thuốc sau: benzodiazepin 5-30mg/ngày, lorazepam, bromazepam….

- Thuốc giải lo âu non-benzodiazepin: lựa chọn một trong số các thuốc sau: etifoxine 50-200mg/ngày, cao lạc tiên.

2.4. Điều trị rối loạn trầm cảm do rượu

- Các thuốc chống trầm cảm: chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau (ưu tiên đơn trị liệu, nếu ít hiệu quả xem xét chuyển loại thuốc hoặc kết hợp tối đa 3 loại thuốc để hạn chế tác dụng không mong muốn)

+ Thuốc ức chế tái hấp thu chọn lọc serotonin:

Fluoxetin 20mg, liều 10-40mg/ngày

Paroxetin 20mg, liều 20-60mg/ngày

Sertralin 50mg, liều 50-200mg/ngày

+ Thuốc tác động kép:

Venlafaxin 37,5mg, liều 75-225mg/ngày

Mirtazapin 30mg, liều 30-60mg/ngày

+ Thuốc chống trầm cảm 3 vòng:

Amitriptylin 25mg, liều 50-100mg/ngày

+ Thuốc chống trầm cảm khác: tianeptin, liều từ 12,5-50mg/ngày

- Phối hợp với các nhóm thuốc chống loạn thần, giải lo âu nhóm benzodiazepin hoặc Non-benzodiazepin trong những trường hợp cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2020), *"Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp"*, ban hành kèm theo Quyết định 2058/QĐ-BYT.

NGHIỆN CÁC CHẤT DẠNG THUỐC PHIỆN

MÃ ICD 10: F11.2

I. ĐẠI CƯƠNG

Chất dạng thuốc phiện (CDTP) là tên gọi chung cho nhiều chất như: những chất tự nhiên (nhựa thuốc phiện), chất bán tổng hợp, tổng hợp (morphin, heroin, methadon...).

Nghiện chất dạng thuốc phiện bao gồm sự lệ thuộc cả về cơ thể và tâm thần. Sự lệ thuộc tâm thần là cơ sở sinh học gây ra tái nghiện.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Hội chứng nghiện các chất dạng thuốc phiện

Chẩn đoán nghiện CDTP khi có từ 3 trở lên các biểu hiện sau đây xảy ra cùng nhau trong vòng ít nhất 1 tháng hoặc nếu tồn tại trong khoảng thời gian ngắn hơn 1 tháng, thì cần lặp đi lặp lại cùng nhau trong khoảng thời gian 12 tháng: thèm muốn mạnh mẽ hoặc cảm thấy buộc phải sử dụng chất dạng thuốc phiện; khó khăn trong việc kiểm tra tập tính sử dụng chất dạng thuốc phiện (về thời gian, mức, cách sử dụng); có hội chứng cai đặc trưng khi ngừng hay giảm sử dụng chất dạng thuốc phiện; có bằng chứng về hiện tượng dung nạp chất dạng thuốc phiện đang được sử dụng; xao nhãng các thú vui, thích thú trước đây để dành thời gian tìm kiếm hay sử dụng cũng như hồi phục sau tác động của chất dạng thuốc phiện; tiếp tục sử dụng mặc dù có các bằng chứng rõ ràng về hậu quả do sử dụng chất dạng thuốc phiện.

2. Hội chứng cai các chất dạng thuốc phiện

Hội chứng cai chất dạng thuốc phiện gồm ít nhất ba trong số các dấu hiệu sau phải có mặt: cảm giác thèm khát đối với một loại thuốc phiện; ngạt mũi hoặc hắt hơi; chảy nước mắt; đau cơ hoặc chuột rút; co cứng bụng; buồn nôn, nôn; ỉa chảy; giãn đồng tử; nổi da gà, hoặc ớn lạnh; nhịp tim nhanh hoặc tăng huyết áp; ngáp; ngủ không yên.

3. Cận lâm sàng

- Test nước tiểu bằng que thử 4 chân, 6 chân (morphin, amphetamin, MDMA, THC) hoặc xét nghiệm nước tiểu tìm CDTP và các loại ma tuý khác.

- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi (trước và sau điều trị, nếu bất thường cần kiểm tra hàng ngày.

- Tổng phân tích nước tiểu.

- Sinh hoá máu: glucose, ure, creatinin, acid uric, lipid máu (cholesterol, triglicerid, LDL, HDL); CK, GOT, GPT, GGT, điện giải đồ (trước và sau điều trị).

- Vi sinh: HIV, HBsAg, Anti HCV, huyết thanh chẩn đoán giang mai.

- X-quang tim phổi

- Siêu âm ổ bụng

- Điện tâm đồ, điện não đồ, CT, MRI, …

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị hội chứng cai

- Thuốc giải lo âu: dẫn xuất benzodiazepin như diazepam viên 5mg (sử dụng đường uống hoặc đường tiêm bắp, tiêm tĩnh mạch).

Cần sử dụng trước tiên và liên tục nhất là trong 1-2 ngày đầu.

Không cho diazepam nếu: dị ứng với diazepam, suy hô hấp mất bù, nhược cơ.

Hai ngày đầu: uống 4 viên mỗi lần - cách 4 giờ lại cho uống 1 lần cho đến khi hết bồn chồn và ngủ yên. Sau khi tỉnh giấc nếu vẫn còn lo âu thì tiếp tục cho thuốc.

Ngày thứ 3 và thứ 4 bắt đầu giảm liều: 2 viên một lần, cách 6-8 giờ

Ngày thứ 5 cắt hẳn thuốc để tránh khả năng gây nghiện diazepam.

(Trong một số trường hợp cần thiết có thể sử dụng diazepam kéo dài hơn)

- Thuốc an thần kinh: levomepromazin

Nếu có triệu chứng nặng (vật vã, kích động…) hay phức tạp (cảm giác dòi bò trong xương…) thì mới sử dụng levomepromazin.

Cách cho thuốc: levomepromazin viên nén 25mg.

Lần đầu cho uống 2 viên.

Lần 2: sau một giờ nếu chưa an dịu và huyết áp tối đa bằng hay cao hơn 100mmHg thì cho uống thêm 4 viên.

Lần 3: sau một giờ nếu vẫn chưa an dịu và huyết áp như trên thì cho uống thêm 4 viên.

Lần 4 và những lần sau: đợi sau 2 giờ nếu chưa an dịu và huyết áp như trên thì cho uống thêm 2 viên.

Khi bệnh nhân ngủ dậy không có hội chứng cai thì không cần cho thêm levomepromazin.

- Chăm sóc và theo dõi huyết áp thường xuyên.

- Trường hợp bệnh nhân có các rối loạn cảm xúc, hành vi kèm theo có thể sử dụng phối hợp các thuốc an thần kinh khác.

- Thuốc giảm đau paracetamol: nếu bệnh nhân đau nhức cơ bắp nhiều dùng thuốc giảm đau paracetamol 0,5g uống mỗi lần 2 viên, uống từ 2-3 lần trong 24 giờ. Có thể dùng trong 3 ngày đầu.

- Thuốc chống co thắt: nếu bệnh nhân có triệu chứng đau quặn ở bụng do co thắt đường tiêu hóa cần dùng thêm drotaverin viên 80mg, uống mỗi lần 1 viên, uống từ 2-3 lần trong 24 giờ.

- Thuốc chống tiêu chảy và mất nước: nếu tiêu chảy kéo dài kèm theo vã mồ hôi, gây trạng thái mất nước, cần cho uống thêm dung dịch oresol.

- Clonidin

Clonidin 0,15mg x ½-1 viên một lần, uống thêm liều tiếp theo khi có hội chứng cai, liều trung bình 2-8 viên/ngày.

Khi HA < 90/60mmHg hoặc mạch < 60 lần/phút tạm dừng uống thuốc, sau 30 phút kiểm tra mạch HA ổn định sử dụng thuốc.

Duy trì trong 3 ngày, từ ngày thứ 4 bắt đầu giảm liều, sau khoảng 10 ngày có thể dừng thuốc khi hết hẳn triệu chứng cai các chất dạng thuốc phiện.

- Nếu bệnh nhân ngủ kém hoặc bồn chồn khó chịu nhiều có thể dùng thêm diazepam trong 3-5 ngày.

- Bù đủ nước và điện giải: dung dịch ringer lactat, natriclorua 0,9%, glucose 5% số lượng 1-2 lít/ngày đường truyền tĩnh mạch hoặc bù đường uống bằng oresol.

- Bổ sung vitamin nhóm B (B_1, B_6, B_{12}).

- Thuốc bảo vệ tế bào gan: aminoleban, silymarin, boganic, các amin phân nhánh khác…

- Bổ sung dinh dưỡng, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch.

- Thuốc dinh dưỡng thần kinh.

- Thuốc tăng cường chức năng nhận thức.

2. Điều trị duy trì chống tái phát

Xem xét chuyển bệnh nhân đến cơ sở điều trị chuyên khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2020), *"Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp"*, ban hành kèm theo Quyết định 2058/QĐ-BYT.

BỆNH TÂM THẦN PHÂN LIỆT

MÃ ICD 10: F20

I. ĐẠI CƯƠNG

Tâm thần phân liệt (TTPL) là bệnh loạn thần nặng tiến triển, có khuynh hướng mạn tính, làm cho người bệnh dần dần tách khỏi cuộc sống bên ngoài, tình cảm trở nên khô lạnh dần, khả năng làm việc, học tập ngày càng sút kém, có những hành vi, ý nghĩ kỳ dị, khó hiểu.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định (theo ICD-10): có 9 nhóm triệu chứng

(1) Tư duy vang thành tiếng, tư duy bị đánh cắp, tư duy bị phát thanh.

2) Hoang tưởng bị kiểm tra, bị chi phối hay bị động.

3) Ảo thanh bình luận thường xuyên về hành vi của bệnh nhân, hay thảo luận về bệnh nhân, hoặc các loại ảo thanh khác xuất phát từ một bộ phận nào đó của thân thể.

4) Các loại hoang tưởng dai dẳng khác không thích hợp về mặt văn hóa và hoàn toàn không thể có được như tính đồng nhất về tôn giáo hay chính trị hoặc những khả năng và quyền lực siêu nhiên (ví dụ: có khả năng điều khiển thời tiết hoặc đang tiếp xúc với những người của thế giới khác).

5) Ảo giác dai dẳng bất cứ loại nào, có khi kèm theo hoang tưởng thoảng qua hay chưa hoàn chỉnh, không có nội dung cảm xúc rõ ràng hoặc kèm theo ý tưởng quá dai dẳng xuất hiện hàng ngày, trong nhiều tuần hay nhiều tháng.

6) Tư duy gián đoạn hay thêm từ khi nói, đưa đến tư duy không liên quan hay lời nói không thích hợp hay ngôn ngữ bịa đặt.

7) Tác phong căng trương lực như kích động, giữ nguyên dáng hay uốn sáp, phủ định, không nói hay sững sờ.

8) Các triệu chứng âm tính như vô cảm rõ rệt, ngôn ngữ nghèo nàn, các đáp ứng cảm xúc cùn mòn, không thích hợp thường đưa đến cách ly xã hội hay giảm sút hiệu suất lao động xã hội; phải rõ ràng là các triệu chứng trên không do trầm cảm hay thuốc an thần kinh gây ra.

9) Biến đổi thường xuyên và có ý nghĩa về chất lượng toàn diện của tập tính có những biểu hiện như là mất thích thú, thiếu mục đích, lười nhác, thái độ mê mải suy nghĩ về bản thân và cách ly xã hội.

Ít nhất phải có một triệu chứng rõ ràng thuộc vào một trong các nhóm từ (1) đến (4) ở trên hoặc ít nhất là phải có hai trong các nhóm từ (5) đến (9).

Các triệu chứng ở trên phải tồn tại rõ ràng trong phần lớn khoảng thời gian một tháng hay lâu hơn.

Không được chẩn đoán là TTPL nếu có các triệu chứng trầm cảm hay hưng cảm mở rộng (trừ khi các triệu chứng phân liệt xuất hiện trước các rối loạn cảm xúc).

Không chẩn đoán bệnh TTPL khi có bệnh não rõ rệt hoặc bệnh nhân đang ở trạng thái nhiễm độc ma tuý.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Loạn thần thực tổn.

- Loạn thần do các chất tác động tâm thần (rượu, ma tuý).

3. Cận lâm sàng: giúp chẩn đoán và theo dõi điều trị bệnh

- Các xét nghiệm cơ bản: công thức máu, glucose, ure, creatinine, AST, ALT, ion đồ, vi sinh (HIV, VGB, VGC)

- Xét nghiệm nước tiểu, xét nghiệm tìm chất ma tuý, huyết thanh chẩn đoán giang mai…

- Chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng: X-quang tim phổi, siêu âm ổ bụng, điện não đồ, điện tâm đồ, …Trong một số trường hợp sử dụng CT scan sọ não, MRI sọ não…

- Các trắc nghiệm tâm lý.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Liệu pháp hóa dược

Đơn trị liệu, khi đáp ứng kém hoặc không có đáp ứng thì sử dụng đa trị liệu phối hợp 2 loại an thần kinh khác nhau, hạn chế phối hợp từ 3 loại an thần kinh trở lên.

Theo dõi chặt chẽ quá trình sử dụng thuốc để phát hiện và xử trí kịp thời các tác dụng phụ của thuốc an thần kinh.

1.1. Đơn trị liệu

Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau:

- Các thuốc an thần kinh cổ điển:

Chlorpromazin: viên 25mg, ống 25mg, liều 50-250mg/24 giờ

Levomepromazin: viên 25mg, liều 25-250mg/24 giờ

Haloperidol: viên 1,5mg, viên 5 mg, ống 5mg, liều 5-30mg/24 giờ

Thioridazin: viên 50mg, liều 100-300mg/ngày

- Các thuốc an thần kinh không điển hình (mới):

Amisulpirid: viên 50mg, 200mg, 400mg, liều 200-800mg/24giờ

Clozapin: viên 25mg, 100mg, liều 50-800mg/24 giờ

Risperidon: viên 1mg, 2mg, liều 1-12mg/24 giờ

Olanzapin: viên 5mg, 10mg, liều 5-30mg/24 giờ

Liều sử dụng thuốc an thần kinh có thể cao hơn tùy thuộc tình trạng bệnh và đáp ứng của bệnh nhân.

- Các thuốc an thần kinh có tác dụng kéo dài: nên sử dụng an thần kinh có tác dụng kéo dài cho bệnh nhân không tuân thủ điều trị thuốc đều hàng ngày. Trước khi sử

dụng thuốc an thần kinh chậm nên sử dụng an thần kinh tác dụng nhanh tương ứng để thăm dò sự đáp ứng thuốc của bệnh nhân.

Haldol decanoat: ống 50mg/ml, tiêm bắp sâu 25-50mg/lần, (4 tuần tiêm nhắc lại)

Flupentixol decanoat ống 20mg/ml, tiêm bắp sâu 20-40mg/lần, 2-4 tuần tiêm nhắc lại.

1.2. Điều trị phối hợp

Tùy trường hợp cụ thể, điều trị phối hợp với các thuốc sau:

- Nhóm thuốc bình thần, giải lo âu nhóm benzodiazepins: diazepam, lorazepam, …; non-benzodiazepins: etifoxine HCL, sedanxio, zopiclon, …

- Nhóm thuốc chẹn beta giao cảm: propanolol…

- Thuốc chống trầm cảm: SSRI, TCA, SNRI, NaSSa…

- Thuốc chỉnh khí sắc: muối valproat, divalproex, carbamazepin, oxcarbazepin, …

- Nuôi dưỡng tế bào thần kinh**:** piracetam, ginkgo biloba, …

- Dinh dưỡng: bổ sung dinh dưỡng, thuốc hỗ trợ cơ thể vitamin, khoáng chất: vitamin nhóm B, chế độ ăn, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch…

- Thuốc hỗ trợ gan, thuốc tăng cường chức năng nhận thức…

2. Theo dõi điều trị

Phát hiện sớm và xử trí ngay các tác dụng phụ của thuốc:

- Hội chứng ngoại tháp (loạn trương lực cơ cấp, bồn chồn, bất an do thuốc, hội chứng giống Parkinson): thuốc ức chế men cholinesterase (Trihexyphenidyl, Benztropin), thuốc chẹn beta giao cảm, thuốc bình thần.

- Rối loạn chuyển hóa cần theo dõi định kỳ.

3. Liệu pháp tâm lý

4. Liệu pháp lao động và phục hồi chức năng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2020), *"Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp"*, ban hành kèm theo Quyết định 2058/QĐ-BYT.

RỐI LOẠN PHÂN LY

MÃ ICD 10: F44

I. ĐẠI CƯƠNG

Rối loạn phân ly là bệnh cảnh mất một phần hay hoàn toàn sự hợp nhất bình thường giữa trí nhớ, quá khứ, ý thức về đặc tính cá nhân với những cảm giác trực tiếp và sự kiểm soát vận động của cơ thể. Đây là một rối loạn chức năng có liên quan chặt chẽ với sang chấn tâm lý và nhân cách người bệnh.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Lâm sàng

(A). Các nét lâm sàng biệt định cho các rối loạn cá nhân (liệt, run, mất đứng mất đi, mù, điếc, câm, tê bì, sững sờ, quên, co giật, hiện tượng bị xâm nhập…)

(B). Không có bằng chứng của một rối loạn cơ thể nào có thể giải thích các triệu chứng.

(C). Bằng chứng có nguyên nhân tâm lý dưới dạng kết hợp rõ rệt về thời gian với sự kiện gây sang chấn và những vấn đề hoặc các mối quan hệ bị rối loạn.

1.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu: huyết học (công thức máu cơ bản), sinh hoá máu (glucose, ure, creatinine, AST, ALT, ion đồ), vi sinh (HIV, VGB, VGC).

- Xét nghiệm nước tiểu, xét nghiệm tìm chất ma tuý, huyết thanh chẩn đoán giang mai…

- Trắc nghiệm tâm lý.

- Các xét nghiệm xác định bệnh lý kết hợp hoặc loại trừ nguyên nhân thực thể tuỳ theo triệu chứng lâm sàng của rối loạn phân ly:

+ Điện não đồ

+ Điện tâm đồ, X-quang tim phổi, siêu âm ổ bụng, siêu âm tuyến giáp

+ Xét nghiệm hormon tuyến giáp

- Ngoài ra có thể phối hợp với các chuyên khoa khác để chỉ định thêm các xét nghiệm chẩn đoán phân biệt.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Các bệnh thần kinh nội khoa: viêm não, xuất huyết não, hội chứng Guillain – Barre (viêm đa rễ và dây thần kinh nguyên phát), các bệnh lý về cơ: nhược cơ, viêm đa cơ..., các triệu chứng thần kinh sớm của AIDS, xơ cứng rải rác.

- Rối loạn dạng cơ thể

- Rối loạn giả bệnh

- Cơn co giật động kinh

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc chọn thuốc

Ưu tiên đơn trị liệu (chọn một trong những thuốc liệt kê ở dưới nếu chưa hiệu quả thì sử dụng đồng thời một thuốc chống trầm cảm và một thuốc an thần kinh được khuyến cáo nhiều hơn cả).

Khởi liều thấp và tăng liều từ từ cho đến khi có hiệu quả. Hạn chế lạm dụng nhóm giải lo âu gây nghiện.

2. Các thuốc điều trị

- Các thuốc chống trầm cảm: chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau**:**

Nhóm SSRI, SNRI, 3 vòng, hoặc nhóm khác:

Amitriptylin, liều150-300mg/24 giờ

Fluoxetin, liều10-80mg/24 giờ

Sertralin, liều 50-200mg/24 giờ

- Các thuốc giải lo âu: chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau:

+ Thuốc giải lo âu gây ngủ nhóm Benzodiazepin:

Diazepam, liều 5-20 mg/24 giờ

Lorazepam: 2-6 mg/24 giờ

Bromazepam: 6-12mg/24 giờ

Alprazolam: 1-4 mg/24 giờ…

+ Non-benzodiazepins: etifoxine HCL, sedanxio, zopiclon…

- Nhóm thuốc chẹn beta giao cảm: propanolol…

- Các an thần kinh: olanzapin, quetiapin, sulpirid…

- Nuôi dưỡng tế bào thần kinh: piracetam, ginkgo biloba, ….

- Thuốc hỗ trợ chức năng gan, thuốc tăng cường nhận thức…

- Dinh dưỡng: bổ sung dinh dưỡng, vitamine nhóm B và khoáng chất, chế độ ăn dễ tiêu hóa (mềm, nhiều xơ), đủ vitamin và khoáng chất (hoa quả, ….), tránh chất kích thích, uống đủ nước, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch…trong những trường hợp cần thiết.

3. Liệu pháp tâm lý

Rối loạn phân ly là bệnh tâm sinh nên trong điều trị liệu pháp tâm lý có vai trò quan trọng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2020), *"Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp"*, ban hành kèm theo Quyết định 2058/QĐ-BYT.

ĐỘNG KINH

MÃ ICD 10: G40

I. ĐẠI CƯƠNG

Cơn động kinh là biểu hiện lâm sàng xảy ra do sự phóng điện bất thường, kịch phát và quá mức của một nhóm neuron ở não. Biểu hiện trên lâm sàng là các triệu chứng xảy ra đột ngột, tạm thời liên quan đến vùng vỏ não bị phóng điện bao gồm biến đổi ý thức, vận động, cảm giác, tự động hoặc tâm thần.

Động kinh là sự tái diễn từ hai cơn động kinh trở lên cách nhau trên 24 giờ, không phải do sốt cao và các nguyên nhân cấp tính khác như rối loạn chuyển hóa, ngừng thuốc hay ngừng rượu đột ngột gây ra.

Các tổn thương thực thể hoặc các rối loạn chuyển hóa của não đều có thể gây nên cơn động kinh như: chấn thương sọ não, u não, bệnh lý tai biến mạch máu não, nhiễm khuẩn nội sọ: áp xe não, viêm não, viêm màng não, nguyên nhân di truyền….

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào lâm sàng kết hợp với biến đổi điện não đồ, "không chẩn đoán động kinh nếu lâm sàng không có cơn".

1.1. Phân loại động kinh theo phân loại quốc tế các cơn động kinh (1981)

a. Cơn cục bộ

Cơn cục bộ đơn giản (không có rối loạn ý thức)	**Cơn cục bộ phức tạp (có rối loạn ý thức)**
+ Với các triệu chứng vận động: cục bộ vận động, cục bộ vận động với hành trình jackson, cơn quay mắt quay đầu. + Với các triệu chứng cảm giác hoặc giác quan: rối loạn cảm giác bản thể, ảo thị giác, ảo khứu giác, cơn chóng mặt + Với các dấu hiệu hoặc triệu chứng thần kinh thực vật + Với các triệu chứng tâm thần: rối loạn các chức năng thần kinh cao cấp, ít khi biến đổi ý thức. + Rối loạn trí nhớ, rối loạn cảm xúc…	+ Khởi phát cục bộ đơn giản, tiếp theo là cục bộ phức tạp + Khởi phát là rối loạn ý thức: rối loạn ý thức với các biểu hiện tự động Cơn cục bộ toàn thể hóa thứ phát: + Cơn cục bộ đơn giản tiến triển sang toàn bộ hóa thứ phát + Cơn cục bộ phức tạp tiến triển sang toàn bộ hóa thứ phát + Cơn cục bộ đơn giản tiến triển sang cơn cục bộ phức tạp rồi toàn bộ hóa thứ phát.

b. Cơn toàn bộ

- Cơn vắng ý thức:

Cơn vắng ý thức điển hình:	**Cơn vắng ý thức không điển hình:**

+ Rối loạn ý thức đơn thuần
+ Kèm theo yếu tố giật cơ
+ Kèm theo yếu tố mất trương lực
+ Kèm theo yếu tố tăng trương lực
+ Kèm theo biểu hiện tự động
+ Kèm theo yếu tố thực vật
+ Biến đổi trương lực nặng hơn cơn vắng ý thức điển hình
+ Khởi phát và/ hoặc kết thúc ít đột ngột

- Cơn toàn bộ cơn lớn

+ Cơn giật cơ
+ Cơn giật
+ Cơn co cứng
+ Cơn co cứng-co giật
+ Cơn mất trương lực
+ Cơn chưa phân loại
+ Trạng thái động kinh

c. Cơn chưa phân loại

d. Trạng thái động kinh

1.2. Cận lâm sàng

a. Điện não đồ: là công cụ đặc hiệu xác định cơn, loại cơn, vị trí ổ động kinh.

b. Xét nghiệm huyết học, sinh hóa, di truyền, thăm dò chức năng, chẩn đoán hình ảnh

Trong một số trường hợp chụp cắt lớp vi tính sọ não, chụp cộng hưởng từ sọ não… tìm nguyên nhân, theo dõi trong quá trình điều trị.

Các xét nghiệm cơ bản khác: huyết học, sinh hoá chức năng gan, thận…

Điện tim.

Các trắc nghiệm tâm lý

2. Chẩn đoán phân biệt

- Cơn co giật phân ly (hysteria).
- Cơn ngất (syncopa).
- Co giật do hạ canxi máu (tetanie): hay gặp ở trẻ sơ sinh, trẻ nhỏ.
- Cơn hạ đường huyết.
- Cơn migraine, cơn co giật do sốt cao ở trẻ em, ...

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

Điều trị căn nguyên: trong các trường hợp có căn nguyên thì phải điều trị căn nguyên nếu có thể, ví dụ các căn nguyên như u não, máu tụ, dị dạng mạch máu não…

Điều trị triệu chứng: chỉ điều trị thuốc kháng động kinh khi đã xác định chắc chắn loại cơn và hội chứng động kinh.

1. Nguyên tắc chọn thuốc

Chọn các thuốc đặc trị cho từng loại cơn theo thứ tự ưu tiên, thường bắt đầu bằng đơn trị liệu, dùng liều thấp tăng dần để đạt tới liều tác dụng (cắt được cơn), sau đó duy trì liều hàng ngày. Khi sử dụng liều một thuốc đã cao mà không cắt được cơn thì phải đổi thuốc, giảm dần dần thuốc cũ, tăng dần thuốc mới không bỏ thuốc cũ đột ngột.

Nếu liệu trình đơn trị liệu không cắt được cơn thì sử dụng đa trị liệu, thường là 2 loại, ít khi 3 loại. Nếu đã dùng 3 loại mà vẫn không cắt được cơn thì là cơn kháng thuốc, nên tìm hiểu lại chẩn đoán, chọn thuốc sai hay do bệnh nhân bỏ thuốc, không tuân thủ điều trị.

Theo dõi diễn biến lâm sàng của bệnh và các tác dụng phụ của thuốc để kịp thời điều chỉnh liều lượng thuốc phù hợp với tình trạng của bệnh nhân. Không nên kết hợp hai loại thuốc cùng loại với nhau (ví dụ phenobarbital với primidon, v.v...).

Có kế hoạch kiểm tra định kỳ: điện não đồ, xét nghiệm máu, các chức năng gan, thận của bệnh nhân.

Tuỳ theo từng trường hợp, ngoài thuốc bệnh nhân phải có chế độ ăn uống, sinh hoạt, lao động, nghỉ ngơi, giải trí thích hợp.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị bằng thuốc: chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau:

Các thuốc kháng động kinh cổ điển:

Tên thuốc và tên thương mại	***Thời gian bán hủy (giờ)***	***Liều lượng trẻ em(TE), người lớn (NL)***	***Chỉ định***
Carbamazepin (CBZ, Tegretol CR)	8-19h (TE) 5-16h (NL)	TE: 10-30mg/kg NL: 10-12mg/kg (Uống 1-2 lần)	Động kinh cục bộ đơn giản hoặc phức tạp
Phenytoin (PHT, Epanutin, Epilantin, Phenydan)	12-22h (TE) 8-60h (NL)	TE: 5-7mg/kg NL: 3-5mg/kg (Uống 3 lần)	Động kinh cục bộ và toàn thể của bất cứ hội chứng động kinh nào
Phenobarbital (PB, Luminal, Gardenal)	21-80h (TE) 46-130h (NL)	TE: 4mg/kg NL: 3mg/kg (Uống 1-2 lần)	Động kinh toàn thể, cơn cục bộ
Clonazepam	20 – 60h	TE: 0,01-1mg/kg NL: 1,5-10mg/ngày	Các loại cơn động kinh
Valproat (VPA, Depakin Chrono, siro depakin, dung dịch depakin)	20-50h (TE) 8-16h (NL)	TE: 30mg/kg NL: 20-30mg/kg (Uống 1-2 lần)	Động kinh toàn thể, động kinh cục bộ
Ethosuximid (ESM, Suxinitin)	30h (TE) 50-60h (NL)	TE: 4mg/kg NL: 3mg/kg	Động kinh cơn vắng

Các thuốc chống động kinh thế hệ mới:

Tên thuốc	*Thời gian bán hủy (giờ)*	*Liều lượng trẻ em (TE), người lớn (NL)*	*Chỉ định*
Lamotrigin (Lamictal)	29h	TE: 2-15mg/kg NL: 100-200mg (Uống chia 2 lần)	Cơn cục bộ hoặc cơn toàn thể
Gabapentin (Neurontin)	5-9h	NL: 900-3600mg/ngày (Uống chia 3 lần)	Động kinh cục bộ và toàn thể
Oxcarbazepin (Trileptal)	8-13h	TE: 10-30mg/kg NL: 600-2400mg/ngày (Uống chia 2 lần)	Không dung nạp với carbamazepin Động kinh cục bộ và toàn thể
Topiramat (Topamax)	18-23h	TE: 6mg/kg/ngày NL: bắt đầu 25-50mg Sau: 200-400mg/kg/ngày (Uống chia 1-2 lần)	Động kinh kháng thuốc Cơn cục bộ
Levetiracetam (Keppra)	3-6h	1000-3000mg/ngày	Tất cả các loại động kinh

Điều trị các rối loạn tâm thần, các bệnh cơ thể đồng diễn…

Thuốc hỗ trợ chức năng gan, thuốc tăng cường nhận thức,

Dinh dưỡng: bổ sung dinh dưỡng, vitamin và yếu tố vi lượng, chế độ ăn, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch…

2.2. Điều trị phẫu thuật

Chỉ định: động kinh kháng thuốc, động kinh cục bộ ổ khu trú nhỏ, động kinh cục bộ toàn thể hóa.

2.3. Đối với phụ nữ có thai và cho con bú

Vì thuốc kháng động kinh có thể gây dị tật thai nhi và bài tiết qua sữa mẹ nên phải thận trọng khi sử dụng các thuốc kháng động kinh cho phụ nữ có thai và cho con bú.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2020), *"Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp"*, ban hành kèm theo Quyết định 2058/QĐ-BYT.

ĐAU ĐẦU

MÃ ICD 10: R51

I. ĐỊNH NGHĨA

Đau đầu là triệu chứng đau nhức ở phần đầu do nhiều chứng bệnh khác nhau gây ra.

Đau đầu là do sự xáo trộn các cấu trúc nhạy cảm đau ở đầu. Các cấu trúc đó được chia làm hai loại: trong sọ (mạch máu, màng não và các dây thần kinh sọ) và ngoài sọ (màng ngoài sọ, cơ, dây thần kinh, động mạch và tĩnh mạch, mô dưới da, mắt, tai, xoang, niêm mạc).

II. CHẨN ĐOÁN

1. Migraine và các dạng đau đầu liên quan

1.1. Migraine không tiền triệu

A. Ít nhất 5 cơn thỏa mãn tiêu chuẩn từ B đến D
B. Cơn đau đầu kéo dài từ 4-72 giờ (không điều trị hay điều trị không thành công)
C. Đau đầu có ít nhất 2 trong số các đặc điểm sau: 1. Đau một bên 2. Đau kiểu mạch đập 3. Cường độ đau trung bình hay nghiêm trọng 4. Đau nặng thêm khi hoạt động thể lực thông thường hoặc gây né tránh các hoạt động này (ví dụ đi bộ hay leo cầu thang,…)
D. Trong khi đau đầu, có kèm ít nhất một trong các tiêu chuẩn sau: 1. Buồn nôn và/hoặc nôn 2. Sợ ánh sáng và sợ tiếng động
E. Không quy kết được cho một rối loạn nào khác

1.2. Migraine có tiền triệu

A. Ít nhất 2 cơn thỏa mãn tiêu chuẩn từ B đến D
B. Tiền triệu kèm ít nhất một trong các tiêu chuẩn sau nhưng không có yếu vận động 1. Các triệu chứng thị giác có thể hồi phục hoàn toàn gồm các đặc điểm dương tính (ví dụ: ánh sáng, điểm, đường thẳng nhấp nháy) và/hoặc các đặc điểm âm tính (ví dụ: mất thị giác) 2. Các triệu chứng cảm giác có thể hồi phục hoàn toàn gồm các đặc điểm dương tính (ví dụ: cảm giác châm chích) và/hoặc các đặc điểm âm tính (ví dụ: giảm cảm giác)

3. Rối loạn ngôn ngữ có thể hồi phục hoàn toàn.
C. Đau đầu có ít nhất 2 trong số các đặc điểm sau: 1. Triệu chứng thị giác đồng danh và/hoặc triệu chứng cảm giác cùng bên. 2. Ít nhất một tiền triệu phát triển từ từ trong hơn 5 phút và/hoặc các tiền triệu khác nhau xảy ra liên tiếp nhau trong hơn 5 phút. 3. Mỗi tiền triệu kéo dài ≥ 5 và ≤ 60 phút.
D. Như với Migraine không tiền triệu - cơn đau đầu thỏa mãn tiêu chuẩn từ B đến D bắt đầu trong giai đoạn tiền triệu và theo sau tiền triệu trong vòng 60 phút.
E. Không quy kết được cho một rối loạn nào khác

1.3. Migraine mạn tính

Các đặc điểm chẩn đoán migraine mạn tính gồm:

- Đau đầu migraine hơn 5 ngày/tháng trong ít nhất 3 tháng.

- Có ít nhất 5 cơn có các đặc điểm của migraine không tiền triệu.

- Có hơn 8 ngày/tháng trong ít nhất 3 tháng, đau đầu thỏa mãn đặc điểm đau và migraine không tiền triệu hoặc đã được điều trị với triptan hoặc ergot và thuyên giảm trước khi phát triển đầy đủ triệu chứng của migraine.

- Có ít nhất hai trong số các triệu chứng sau: đau một bên, đau kiểu mạch đập, cường độ đau trung bình hay nghiêm trọng, đau nặng thêm khi hoạt động thể lực hoặc phải né tránh các hoạt động thể lực.

- Có ít nhất một trong số các triệu chứng sau: buồn nôn và/hoặc nôn và sợ ánh sáng, sợ tiếng động.

- Không phải đau đầu do lạm dụng thuốc và không có nguyên nhân rối loạn khác.

1.2. Đau đầu dạng căng thẳng mạn tính

- Đau đầu xảy ra hơn 15 ngày/tháng trong trung bình hơn 3 tháng.

- Đau đầu có ít nhất 2 trong các đặc điểm: xảy ra hai bên, kiểu ép chặt/siết chặt (không theo mạch đập) mức độ nhẹ đến trung bình.

- Không nặng thêm khi hoạt động thể lực như đi bộ hoặc leo cầu thang, có 2 trong các đặc điểm sau:

+ Không có nhiều hơn một trong các triệu chứng sợ âm thanh, sợ ánh sáng hoặc nôn nhẹ.

+ Không có nôn mức độ trung bình đến nặng hoặc buồn nôn.

+ Không do một rối loạn khác.

1.3. Cận lâm sàng

Trong đau đầu, cận lâm sàng được chỉ định để loại trừ các nguyên nhân đau đầu thứ phát và theo dõi tác dụng phụ của thuốc.

- Xét nghiệm máu: công thức máu, tốc độ máu lắng, sinh hóa máu (glucose, ure, creatinine, AST, ALT, ion đồ, …).

- X quang cột sống cổ thẳng, nghiêng, chếch 2/3 hai bên, chỉ định khi đau đầu do cột sống cổ.

- Blondeau-Hirzt: loại trừ viêm xoang.

- Chuyển tuyến trên để chụp CT não không cản quang trong 7 trường hợp sau:

+ Đau đầu cơn đầu tiên có tính chất dữ dội và nặng nề.

+ Đau có tính chất tăng tần số và tăng mức độ đau.

+ Đau đầu cơn đầu tiên trên 50 tuổi.

+ Đau đầu cơn đầu tiên ở bệnh nhân có tiền sử ung thư và suy giảm miễn dịch.

+ Đau đầu có kèm theo thay đổi ý thức, thay đổi tâm thần.

+ Đau đầu có kèm sốt, cứng cổ và có dấu hiệu màng não.

+ Đau đầu có kèm dấu hiệu thần kinh cục bộ như yếu nửa người.

- ECG: chỉ định khi đau đầu có co giật và ngất kèm theo.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị cấp cơn migraine

- Thuốc giảm đau:

+ Paracetamol 1000mg uống (thận trọng trong suy gan, suy thận).

+ Ibuprofen 200-800mg uống (lưu ý tác dụng phụ trên dạ dày ruột).

- Chống nôn:

+ Metoclopramide 10mg uống hoặc TB hoặc TM.

+ Domperidon 20-30mg uống.

- Triptan (chất đồng vận 5-HT): sumatriptan 25mg uống hoặc 10-20mg xịt mũi. Lưu ý không sử dụng quá 7 ngày/tháng. Các tác dụng phụ thường gặp: buồn nôn, nôn, dị cảm, mệt mỏi. Chống chỉ định: tăng huyết áp chưa kiểm soát, bệnh mạch vành, bệnh mạch máu não, thai kỳ và cho con bú, dưới 18 tuổi hoặc trên 65 tuổi, suy gan hoặc suy thận nặng.

2. Điều trị phòng ngừa migraine

2.1. Phòng ngừa không dùng thuốc

- Dinh dưỡng: tránh các chất phụ gia thực phẩm, bột ngọt, đường hóa học.

- Châm cứu.

- Vật lý trị liệu.

- Tâm lý trị liệu.

- Thư giãn, yoga.

- Thể dục, aerobic.

2.2. Thuốc

- Thuốc chống động kinh:

+ Topiramate 25-100mg uống.

+ Valproic acid 500-1800mg uống.

- Thuốc ức chế calcium: flunarizine 5-10mg uống.

- Thuốc chẹn bêta:

+ Metoprolol 50-200mg uống.

+ Propranolol40-240mg uống.

3. Điều trị đau đầu dạng căng thẳng

3.1. Điều trị cấp

- Ibuprofen 200-400mg/ngày.

- Celecoxib 100-200mg/ngày.

3.2. Điều trị phòng ngừa

Thời gian điều trị tối thiểu 3 tháng.

- Amitriptyline: 25-100mg/ngày.

- Topiramate: 25-100mg/ngày.

- Gabapentin: khởi đầu 300mg, tối đa 1200mg.

- Thuốc giãn cơ: eperison.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Anh Nhị (2012) *"Chẩn đoán và điều trị nhức đầu",* Bộ môn Thần kinh - Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

2. The international classification of headache disorders (2004) Cephalalgia, 24(1): 9-160.

LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG
(Systemic Lupus Erythematosus - SLE)

MÃ ICD 10: M32

I. ĐẠI CƯƠNG

Lupus ban đỏ hệ thống (Systemic Lupus Erythematosus - SLE) là một bệnh tự miễn, trong đó các tế bào và tổ chức bị tổn thương bởi sự lắng đọng các tự kháng thể bệnh lý và phức hợp miễn dịch. Là bệnh thường gặp nhất trong số các bệnh lý mô liên kết. Tuổi thường gặp từ 15-45. Tỷ lệ nữ/nam = 9/1. Nguyên nhân chưa xác định rõ.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Triệu chứng toàn thân: sốt, chán ăn, mệt mỏi, giảm cân…
- Tổn thương da, niêm: ban đỏ hình cánh bướm ở mặt, nhạy cảm ánh sáng, ban dạng đĩa, loét miệng, phù, rụng tóc...
- Khớp đau, sưng, nóng, đỏ, có hoặc không kèm theo tràn dịch, có thể tái phát nhiều lần
- Tim mạch: viêm màng ngoài tim, viêm nội tâm mạc, viêm cơ tim, tăng huyết áp, viêm mạch, tắc mạch…
- Phổi: viêm màng phổi, tràn dịch màng phổi, viêm phổi kẽ, trường hợp nặng chảy máu phế nang.
- Tiết niệu: viêm cầu thận, hội chứng thận hư, suy thận.
- Tiêu hóa: gan to, lách to, viêm tụy cấp, viêm ruột, viêm mạch mạc treo…
- Thần kinh, tâm thần: co giật, rối loạn tâm thần, viêm tủy, viêm màng não.
- Huyết học: thiếu máu, xuất huyết giảm tiểu cầu...

2. Cận lâm sàng

- Công thức máu: HC giảm, Hb giảm khi có thiếu máu, có thể có BC giảm, TC giảm.
- Tốc độ lắng máu: tăng cao
- Men gan SGOT, SGPT tăng trong giai hoạt động bệnh.
- Urê tăng, creatinin tăng khi có suy thận, điện giải đồ có thể có tăng kali, giảm natri máu.
- Tổng phân tích nước tiểu: protein niệu cao, HC, BC niệu khi có tổn thương thận.
- Điện tâm đồ: nhịp nhanh, điện thế ngoại biên thấp...
- Chụp X-quang tim phổi: có thể thấy hình ảnh tràn dịch màng phổi, tràn dịch màng tim, viêm phổi kẽ...
- Siêu âm bụng: có thể thấy gan to, hình ảnh thận teo nhỏ, ranh giới vỏ thận, tủy thận không rõ ở những trường hợp suy thận mạn...

- Xét nghiệm chuyên khoa: kháng thể kháng nhân (ANA), kháng thể kháng ds-DNA, kháng thể kháng kháng nguyên Smith (anti-Sm).

3. Chẩn đoán xác định

Dựa theo bảng 11 tiêu chuẩn chẩn đoán của Hội Thấp khớp học Hoa Kỳ có chỉnh sửa năm 1997 bao gồm:

- Ban hình cánh bướm ở mặt: cố định, phẳng hoặc gồ lên mặt da, lan tỏa 2 bên má.

- Ban dạng đĩa: hình tròn gờ lên mặt da, lõm ở giữa có thể kèm theo sẹo teo da.

- Nhạy cảm ánh sáng: khi tiếp xúc với ánh sáng có thể gây xuất hiện ban đỏ.

- Loét miệng: bao gồm loét miệng, mũi họng do thầy thuốc quan sát thấy.

- Viêm khớp: một hoặc nhiều khớp ngoại biên với cứng khớp, sưng, hoặc tràn dịch.

- Viêm màng phổi, viêm màng tim.

- Tổn thương thận: protein niệu thường xuyên cao hơn 0,5mg/ngày.

- Rối loạn về tâm, thần kinh: co giật hoặc rối loạn tâm thần trong điều kiện không do các nguyên nhân khác.

- Rối loạn huyết học: thiếu máu tan máu; hoặc giảm bạch cầu dưới 4G/L; hoặc giảm lympho dưới 1,5G/L hoặc giảm tiểu cầu dưới 100G/L.

- Rối loạn miễn dịch: xuất hiện kháng thể kháng ds-DNA, kháng Sm và/hoặc kháng phospholipid.

- Kháng thể kháng nhân dương tính.

Người bệnh được chẩn đoán khi có ≥ 4/11 tiêu chuẩn cả trong tiền sử bệnh và tại thời điểm thăm khám.

4. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm đa khớp dạng thấp

- Xơ cứng bì

- Viêm da cơ, đa cơ

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Không có điều trị đặc hiệu.

- Mục tiêu điều trị là kiểm soát các đợt cấp nặng của bệnh, khống chế các triệu chứng ở mức độ nhẹ nhất, duy trì chức năng các nội tạng, hạn chế các đợt cấp tái phát.

2. Điều trị cụ thể

- Thuốc kháng viêm non-steroid (NSAID):

+ Diclofenac 50mg x 2 viên/ngày trong 1-2 tuần.

+ Meloxicam 7,5mg x 1-2 viên/ngày trong 1-2 tuần.

+ Celecoxib 200mg x 1-2 viên/ngày.

- Thuốc kháng sốt rét tổng hợp (chloroquine, hydroxychloroquine)

+ Liều từ 250mg/ngày, nên dùng kéo dài hàng năm. Thận trọng khi sử dụng cho người bệnh viêm gan, thận và phụ nữ có thai.

+ Cần theo dõi công thức máu và khám mắt trước điều trị và 6 tháng/lần trong quá trình điều trị.

- Corticoid: prednisolone, prednisone, methylprednisolone.

+ Liều thấp: gồm các chế phẩm tại chỗ và uống ≤ 10mg/ngày, chỉ định cho các trường hợp bệnh đang ở giai đoạn ổn định hoặc chỉ có biểu hiện ở da và khớp.

+ Liều trung bình: 0,5-2mg/kg/ngày đường uống hoặc tiêm truyền, chia 2 lần trong ngày, sau 2-4 tuần chuyển về dùng 1 lần trong ngày, duy trì trong 4-12 tuần và bắt đầu giảm dần liều khi các triệu chứng thuyên giảm, thường giảm 10-15% liều đang dùng sau mỗi 10-15 ngày và duy trì ở liều < 10mg/ngày hoặc 10-20mg cách ngày. Liều trung bình được chỉ định trong các trường hợp có tổn thương nội tạng hoặc trong đợt cấp.

+ Liều cao đường tĩnh mạch (liều pulse): methylprednisolone 250-1000mg/ngày, truyền tĩnh mạch trong 30 phút, truyền 3 ngày liên tiếp, sau đó chuyển về liều trung bình. Liều cao đường tĩnh mạch thường được chỉ định để điều trị tấn công trong các trường hợp bệnh nặng đe dọa sự sống hoặc không đáp ứng với liều thông thường.

- Các thuốc ức chế miễn dịch như: methotrexate, cyclophosphomid, azathiopin, cyclosporine, mycophenolate mofetil, ... Chỉ định khi không đáp ứng với corticoid hoặc phối hợp với corticoid để hạn chế tác dụng phụ. Lưu ý theo dõi, xử trí tác dụng không mong muốn của thuốc.

3. Điều trị một số biến chứng nội tạng

- Hội chứng thận hư, suy thận.

- Suy tim, tăng huyết áp.

- Tràn dịch màng ngoài tim.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2014), *"Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về Dị ứng - Miễn dịch"* ban hành kèm theo Quyết định số 3942/QĐ-BYT.

THIẾU MÁU

.

MÃ ICD 10: *Thiếu máu sau chảy máu cấp tính:* ***D62;*** *Các thiếu máu khác:* ***D64;*** *Bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn:* ***I25;*** *Thiếu máu do thiếu s t:* ***D50;*** *Thiếu máu do thiếu vitamin B12:* ***D51***

I. ĐẠI CƯƠNG

Thiếu máu là tình trạng giảm lượng hemoglobin trong máu của người bệnh so với người cùng giới, cùng lứa tuổi và cùng điều kiện sống, gây ra các biểu hiện thiếu oxy ở các mô và tổ chức của cơ thể.

II. XẾP LOẠI THIẾU MÁU

Thiếu máu có thể được xếp loại dựa vào mức độ thiếu máu, diễn biến thiếu máu, nguyên nhân thiếu máu và đặc điểm hồng cầu. Mỗi cách xếp loại có ý nghĩa và ứng dụng khác nhau trong việc tiếp cận chẩn đoán và tìm nguyên nhân gây thiếu máu.

1. Theo mức độ

Chủ yếu dựa vào giá trị lượng huyết sắc tố. Hiện nay chưa có sự thống nhất trong việc xếp loại thiếu máu dựa trên lượng huyết sắc tố. Theo Tổ chức Y tế thế giới, thiếu máu nặng khi lượng huyết sắc tố < 80g/L.

2. Theo diễn biến

- Thiếu máu cấp tính: thiếu máu xuất hiện nhanh, trong thời gian ngắn, do nhiều nguyên nhân khác nhau như mất máu cấp tính, cơn tan máu, bệnh leucemia cấp...

- Thiếu máu mạn tính: thiếu máu xuất hiện chậm, từ từ và tăng dần trong nhiều tháng, ví dụ thiếu máu trong các bệnh mạn tính như bệnh khớp mạn tính, bệnh ung thư, bệnh suy tủy, bệnh rối loạn sinh tủy…

3. Theo nguyên nhân

- Mất máu: do chảy máu (xuất huyết tiêu hóa, trĩ, kinh nguyệt kéo dài, đái máu…).

- Tan máu: do tăng quá trình phá hủy hồng cầu vì các nguyên nhân tại hồng cầu hoặc các nguyên nhân khác (tan máu bẩm sinh hoặc miễn dịch, sốt rét...).

- Giảm hoặc rối loạn quá trình sinh máu: do tủy giảm sinh hoặc rối loạn quá trình sinh các tế bào máu (suy tủy, rối loạn sinh tủy, bệnh máu ác tính, ung thư di căn…) hoặc do cung cấp không đủ các yếu tố tạo máu (thiếu erythropoietin, thiếu acid amin, thiếu acid folic và vitamin B_{12}, thiếu sắt…).

4. Theo các đặc điểm của dòng hồng cầu

Đây là cách xếp loại thường sử dụng để giúp tiếp cận và chẩn đoán nguyên nhân gây thiếu máu.

- Dựa vào thể tích trung bình hồng cầu (MCV) để phân biệt hồng cầu to, nhỏ hay bình thường.

- Dựa vào lượng huyết sắc tố trung bình hồng cầu (MCH) và nồng độ huyết sắt tố trung bình của hồng cầu (MCHC) để phân biệt hồng cầu bình sắc hay nhược sắc.

- Dựa vào dải phân bố kích thước hồng cầu (RDW) để xác định độ đồng đều về kích thước của các hồng cầu.

- Dựa vào chỉ số hồng cầu lưới để xác định thiếu máu có khả năng hồi phục (tủy sản xuất hồng cầu bình thường) hay không hồi phục (tủy không còn khả năng sản xuất hồng cầu). Qua đó, định hướng nguyên nhân thiếu máu tại tủy hay ở ngoại vi.

III. CÁC BƯỚC TIẾP CẬN

1. Thăm khám lâm sàng

Biểu hiện lâm sàng của thiếu máu là dấu hiệu thiếu oxy ở các mô và tổ chức.

Triệu chứng có thể xuất hiện tùy theo mức độ thiếu máu và đáp ứng của cơ thể, bao gồm:

- Triệu chứng cơ năng:

+ Mệt mỏi, hoa mắt, chóng mặt, giảm tập trung, chán ăn…

+ Cảm giác tức ngực, khó thở nhất là khi gắng sức hoặc đi lại nhiều; cảm giác hồi hộp, đánh trống ngực…

- Triệu chứng thực thể:

+ Da xanh, niêm mạc nhợt.

+ Móng tay khô, dễ gãy; tóc khô, dễ rụng.

- Các triệu chứng và yếu tố liên quan:

+ Yếu tố dịch tễ (tuổi, giới, nghề nghiệp…).

+ Tiền sử bệnh, sử dụng thuốc và tiền sử gia đình đôi khi cũng cung cấp những thông tin có giá trị để định hướng chẩn đoán.

+ Khám lâm sàng cần phải được thực hiện đầy đủ và kỹ càng, cần phát hiện các biểu hiện kèm theo thiếu máu: biểu hiện sốt, nhiễm khuẩn, vàng da, khám hệ thống gan, lách và hạch ngoại vi...

2. Đánh giá và phân tích kết quả xét nghiệm

Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi (bao gồm cả chỉ số hồng cầu lưới)

Bước 1: chẩn đoán xác định thiếu máu và mức độ thiếu máu dựa trên chỉ số huyết sắc tố.

Bước 2:

- Kiểm tra các chỉ số MCV, MCH và MCHC để xác định đặc điểm thiếu máu: là thiếu máu hồng cầu nhỏ/bình thường/to, thiếu máu bình sắc hay nhược sắc…

- Có thể tham khảo thêm chỉ số RDW.

- Kiểm tra chỉ số hồng cầu lưới:

+ Chỉ số HC lưới giảm: có thể do tủy xương không sản xuất hồng cầu (do tổn thương tại tủy hoặc do thiếu hụt các yếu tố cần thiết để tạo máu).

+ Chỉ số HC lưới tăng: cần tìm các nguyên nhân ngoài tủy như tan máu hoặc mất máu mạn tính, tan máu bẩm sinh…

Bước 3: đánh giá cẩn thận tiêu bản máu ngoại vi để hỗ trợ cho chẩn đoán.

IV. CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN

Sau khi đã xác định được đặc điểm thiếu máu, tiến hành thêm các xét nghiệm, thăm dò chuyên sâu để tìm nguyên nhân gây thiếu máu, ví dụ: nhóm xét nghiệm đánh giá tan máu: hóa sinh thường quy, test Coombs, định lượng các enzyme: G6PD, pyruvate kinase… Xác định các thành phần huyết sắc tố và sức bền hồng cầu.

- Tìm nguyên nhân mất máu: soi dạ dày, soi đại-trực tràng…

- Nhóm xét nghiệm đánh giá các yếu tố tạo hồng cầu: tình trạng dự trữ và vận chuyển sắt, acid folic, vitamin B_{12}, erythropoietin…

- Xét nghiệm tủy đồ để đánh giá tình trạng giảm sinh tủy hay bệnh lý khác của tủy xương: Thiếu máu nguyên hồng cầu khổng lồ, leucemia cấp hay mạn, rối loạn sinh tủy…

- Đánh giá các biểu hiện hội chứng viêm trên xét nghiệm: đo tốc độ máu lắng, định lượng CRP, fibrinogen…

- Các biểu hiện bệnh lý tự miễn: kháng thể kháng nhân, kháng thể kháng chuỗi kép DNA…

- Tìm ký sinh trùng: sốt rét, giun móc…

V. NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ

- Xác định và điều trị theo nguyên nhân; phối hợp điều trị nguyên nhân và truyền bù khối hồng cầu.

- Chỉ định truyền chế phẩm khối hồng cầu dựa vào xét nghiệm huyết sắc tố và tình trạng lâm sàng.

- Duy trì lượng huyết sắc tố tối thiểu từ 80 G/L (những trường hợp có bệnh lý tim, phổi mạn tính nên duy trì từ 90 G/L).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *"Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý huyết học"* ban hành theo Quyết định số 1494/QĐ-BYT.

BƯỚU GIÁP ĐƠN THUẦN

MÃ ICD 10: E04.1

I. ĐẠI CƯƠNG

Bướu giáp đơn thuần (bướu giáp không độc hoặc bướu giáp bình giáp), được định nghĩa là tình trạng tuyến giáp lớn nhưng không kèm suy giáp hay cường giáp, không bị viêm hoặc u. Bệnh thường gặp ở nữ giới, tỷ lệ có cao hơn trong các giai đoạn dậy thì, thai kỳ, tuổi mãn kinh.

Nguyên nhân: do thiếu iod tuyệt đối (bướu giáp dịch tễ); do tác dụng của các chất làm phì đại tuyến giáp.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Bệnh thường kín đáo, không có triệu chứng cơ năng.

- Bướu giáp có thể do người bệnh hoặc người xung quanh phát hiện, hoặc được phát hiện khi khám sức khỏe tổng quát.

- Khám tuyến giáp thấy tuyến giáp lớn ở giữa cổ, ranh giới rõ, không dính vào da, tuyến lớn lan tỏa hoặc dạng nốt, di động theo nhịp nuốt, không đau. Một tuyến giáp có thể tích bình thường không bao giờ sờ thấy dù người bệnh rất gầy.

- Bướu lớn có thể gây các dấu hiệu chèn ép cơ quan và tổ chức xung quanh như:

+ Chèn ép khí quản gây khó thở.

+ Chèn ép dây thần kinh quặt ngược gây nói khó, nói khàn, nói hai giọng.

+ Chèn ép tĩnh mạch chủ trên gây phù kiểu áo khoác: phù ở mặt, cổ, lồng ngực, hai tay kèm tuần hoàn bàng hệ ở ngực.

Bảng phân độ bướu giáp theo Tổ chức Y tế Thế giới hiện nay

Độ	Đặc điểm
0	Tuyến giáp không lớn (khi nhìn cũng như khi sờ)
1	Sờ thấy bướu giáp lớn, nhưng không nhìn thấy với tư thế cổ bình thường. Khối di động theo nhịp nuốt khi sờ.
2	Nhìn thấy bướu giáp lớn với tư thế cổ bình thường. Hình ảnh bướu giáp lớn phù hợp với khám khi sờ cổ (bướu giáp nhìn thấy và sờ thấy).

2. Cận lâm sàng

- Các xét nghiệm thường quy: công thức máu cơ bản, sinh hóa máu (glucose, ure, creatinine, AST, ALT, ion đồ).

- Xét nghiệm định lượng TSH huyết thanh có giá trị cao, kết hợp với hormon giáp tự do là xét nghiệm sàng lọc đầu tiên cần thực hiện. Kết quả cho trị số bình thường đối với bướu giáp đơn.

- Siêu âm tuyến giáp giúp đánh giá hình thái và độ lớn tuyến giáp, giúp hướng dẫn chọc hút bằng kim nhỏ để chẩn đoán tế bào học, giúp theo dõi sau điều trị.

- Chụp phim X quang quy ước vùng cổ và vùng trung thất trên nên thực hiện, có thể thấy hình ảnh chèn ép khí quản nếu có.

- Chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ và xạ hình tuyến giáp cần được chỉ định trong trường hợp bướu giáp lạc chỗ khu trú trong ngực.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh Basedow trong giai đoạn nhiễm độc giáp không nặng và thiếu triệu chứng thương tổn mắt.

- Bệnh Hashimoto.

- Ung thư tuyến giáp, nhất là với thể bướu giáp nhiều nốt.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Không điều trị

Trường hợp bướu giáp nhỏ, không có triệu chứng lâm sàng: chỉ cần theo dõi định kỳ bằng khám lâm sàng và siêu âm tuyến giáp để đánh giá độ lớn. Sự phát triển tuyến giáp rất khác nhau ở mỗi người bệnh, một số trường hợp bướu giáp ổn định trong nhiều năm.

2. Điều trị hormone tuyến giáp

- Chỉ định: bướu giáp lan tỏa, mới hoặc lâu ngày.

- Liều lượng L-Thyroxin và theo dõi:

+ Thường có thể khởi đầu với liều 100µg LT_4 mỗi ngày rồi tăng dần (liều tối đa 200µg/ngày).

+ Ở người lớn tuổi (trên 60 tuổi) cần thận trọng khi dung LT_4 vì dễ gây nhịp tim nhanh, suy tim, thiếu máu cơ tim, nhồi máu cơ tim.

+ Nếu người bệnh cảm thấy nóng nảy, hồi hộp: dùng liều thấp tăng dần hoặc uống cách quảng: ngày uống ngày nghỉ hoặc mỗi tuần uống 5 ngày, nghỉ 2 ngày.

+ Thời gian điều trị: phải đến 6 tháng mới kết luận được kết quả. Thời gian dùng có thể ít hơn tùy vào kết quả.

3. Phẫu thuật

Bướu quá to, lớn nhanh; có chèn ép; bướu giáp chìm; bướu giáp nghi ung thư hóa.

4. Xạ trị

Người già, bướu quá lớn, không thể phẫu thuật (vì bệnh tim mạch, …)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2014), *"Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý nội tiết - chuyển hóa"* ban hành theo Quyết định số 3879/QĐ-BYT.

BỆNH BASEDOW

MÃ ICD 10: E05

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh Basedow được đặc trưng với tuyến giáp to lan tỏa, nhiễm độc hormon giáp, bệnh mắt và thâm nhiễm hốc mắt, đôi khi có thâm nhiễm da. Bệnh Basedow là thể điển hình và hay gặp nhất trong số các bệnh có cường chức năng tuyến giáp.

Bệnh Basedow là bệnh có cơ chế tự miễn, biểu hiện bằng rối loạn miễn dịch tế bào và miễn dịch dịch thể.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Mệt mỏi, nóng bức, ra nhiều mồ hôi, ăn nhiều, uống nhiều, sút cân.
- Thay đổi tính tình, dễ cáu gắt, rối loạn giấc ngủ, yếu hoặc liệt cơ chu kỳ, run tay đầu ngón.
- Bướu tuyến giáp to lan tỏa (hoặc hỗn hợp).
- Nhịp tim nhanh thường xuyên, mỏm tim tăng động, T_1 mạnh.
- Lồi mắt.

2. Cận lâm sàng

- Định lượng hormone: tăng nồng độ T_3, T_4, FT_3, FT_4; giảm nồng độ TSH.
- Độ tập trung iod phóng xạ tại tuyến giáp: tăng độ tập trung ^{131}I.
- Định lượng nồng độ các tự kháng thể: TRAb dương tính hoặc tăng nồng độ.
- Siêu âm tuyến giáp: giúp xác định thể tích và thể loại của tuyến giáp (lan tỏa, nhân hay hỗn hợp).
- Các xét nghiệm khác: công thức máu cơ bản (giảm bạch cầu hạt), sinh hóa máu (glucose, ure, creatinine, AST, ALT, ion đồ, bilan lipid, …)
- ECG: nhịp nhanh xoang, ngoại tâm thu, rung nhĩ.
- Một số cận lâm sàng khác để chẩn đoán phân biệt, chẩn đoán biến chứng và chẩn đoán bệnh đi kèm.

3. Các thể lâm sàng bệnh Basedow

- Thể thông thường, điển hình: như đã mô tả.
- Thể bệnh ở trẻ em và tuổi trưởng thành.
- Bệnh Basedow ở người cao tuổi.
- Bệnh Basedow ở phụ nữ có thai: người bệnh Basedow khi mang thai dễ bị sẩy thai, đẻ non hoặc thai chết ngay sau sinh. Thời gian đầu của thai kỳ, các triệu chứng của bệnh nặng lên, sau đó giảm đi và ổn định đến khi sinh con. Sau khi sinh con và trong thời gian cho con bú, bệnh có thể lại nặng lên.

4. Chẩn đoán phân biệt

- Bướu nhân độc (bệnh Plummer).

- Viêm tuyến giáp bán cấp có cường giáp.

- Viêm tuyến giáp Hashimoto.

III. ĐIỀU TRỊ

Mục tiêu và nguyên tắc điều trị

- Mục tiêu trước mắt là đưa người bệnh về tình trạng bình giáp.

- Duy trì tình trạng bình giáp trong một khoảng thời gian để đạt được khỏi bệnh bằng các biện pháp.

- Dự phòng và điều trị biến chứng nếu có.

- Có ba phương pháp điều trị cơ bản, bao gồm: nội khoa, phẫu thuật tuyến giáp hoặc điều trị bằng phóng xạ.

- Lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp với từng người bệnh.

1. Điều trị nội khoa

1.1. Thuốc kháng giáp tổng hợp

Là dẫn chất của thionamid gồm hai phân nhóm:

Phân nhóm thiouracil (benzylthiouracil - BTU 25 mg; methylthiouracil - MTU 50mg, 100mg; propylthiouracil - PTU 50mg, 100mg).

Phân nhóm imidazol: methimazol, carbimazol (neo-mercazol), tất cả đều có hàm lượng 5mg.

- Liều lượng và cách dùng:

+ Giai đoạn điều trị tấn công: trung bình 6-8 tuần.

Methimazol: 20-30mg/ngày, chia 2 lần; PTU: 400-450mg/ngày chia 3 lần.

+ Giai đoạn điều trị duy trì: trung bình 18-24 tháng. Ở giai đoạn này, liều thuốc giảm dần mỗi 1-2 tháng dựa vào sự cải thiện của các triệu chứng.

Methimazol mỗi lần giảm 5-10mg; liều duy trì 5-10mg/ngày. PTU mỗi lần giảm 50-100mg; liều duy trì 50-100mg/ngày.

Liều tấn công và duy trì cao hay thấp tùy thuộc vào mức độ nặng, nhẹ của bệnh và đáp ứng của từng người bệnh, tùy thuộc vào độ lớn của tuyến giáp, nồng độ hormon tuyến giáp và TRAb.

Sau 6-8 tuần đầu của giai đoạn điều trị tấn công, nếu các triệu chứng giảm dần về mức bình thường và đạt được tình trạng gọi là bình giáp thì coi như đã kết thúc giai đoạn tấn công.

- Tiêu chuẩn bình giáp:

+ Hết các triệu chứng cơ năng.

+ Nhịp tim bình thường.

+ Tăng cân hoặc trở lại cân trước khi bị bệnh.

+ Chuyển hóa cơ bản < 20%.

+ Nồng độ T_3, T_4 (FT_4) trở lại bình thường. Nồng độ TSH sẽ vẫn ở mức thấp kéo dài vài tháng khi mà nồng độ T_3, T_4 đã trở về bình thường.

- Khi nào ngừng điều trị các thuốc kháng giáp tổng hợp: nếu tình trạng bình giáp được duy trì liên tục trong suốt thời gian điều trị thì sau 18 đến 24 tháng có thể ngừng.

- Tác dụng không mong muốn của thuốc kháng giáp tổng hợp:

+ Dị ứng: vào ngày thứ 7-10 sau khi bắt đầu điều trị, có thể có sốt nhẹ, mẩn đỏ ngoài da, đau khớp, chỉ cần giảm liều hoặc cho các thuốc kháng histamin, không cần ngừng điều trị trừ khi có dị ứng rất nặng.

+ Giảm bạch cầu: khi bạch cầu < 4000G/L hoặc bạch cầu đa nhân trung tính < 45% thì cần ngừng thuốc kháng giáp tổng hợp.

+ Rối loạn tiêu hóa.

- Chống chỉ định dùng các thuốc kháng giáp tổng hợp:

+ Bướu tuyến giáp lạc chỗ, đặc biệt với bướu sau lồng ngực.

+ Nhiễm độc ở phụ nữ có thai hoặc cho con bú.

+ Suy gan, suy thận nặng.

+ Bệnh lý dạ dày - tá tràng.

1.2. Iod và các chế phẩm chứa iod

- Liều lượng:

+ Liều bắt đầu 5mg/ngày, liều tối ưu 50-100mg/ngày.

+ Liều điều trị thông thường:

Dung dịch iod 1% x 20-60 giọt (25-75,9mg), (1mL dung dịch lugol 1% tương ứng 20 giọt có chứa 25,3mg iod).

- Cách dùng: chia làm 2-3 lần, pha với sữa, nước, uống vào các bữa ăn chính.

- Chỉ định dùng iod:

+ Basedow mức độ nhẹ.

+ Phối hợp để điều trị cơn cường giáp cấp: chống lại sự phóng thích hormon giáp vào máu.

+ Chuẩn bị cho phẫu thuật tuyến giáp: 2 tuần trước và 1 tuần sau phẫu thuật, tác dụng giảm tưới máu và bớt chảy máu lúc mổ, làm mô giáp chắc lại.

+ Người bệnh có bệnh lý ở gan (viêm gan).

+ Có bệnh tim kèm theo, cần hạ nhanh nồng độ hormon giáp.

1.3. Ức chế β giao cảm

Propranolol liều 20-80mg mỗi 6-8 giờ do tác dụng của thuốc nhanh nhưng ngắn, có thể dùng 4-6 lần/ngày.

Có thể dùng thay thế bằng metoprolol 1 lần/ngày do thuốc có tác dụng kéo dài.

Nếu có chống chỉ định với chẹn β giao cảm, có thể thay thế bằng thuốc chẹn kênh calci như diltiazem liều 180-360mg/ngày chia 4-6 lần.

1.4. Các thuốc khác

- Thuốc an thần, trấn tĩnh: thường dùng seduxen dạng uống khi có chỉ định trong giai đoạn tấn công.

- Điều trị thuốc hỗ trợ và bảo vệ tế bào gan suốt thời gian dùng thuốc kháng giáp.

- Bổ sung các vitamin và khoáng chất.

**** Điều trị cường giáp trong thai kỳ***

- Chống chỉ định dung ^{131}I trong thai kỳ. Nên dùng PTU trong 3 tháng đầu. Methimazole có thể dùng từ lúc bắt đầu 3 tháng giữa của thai.

- Theo dõi TSH và FT_4 hằng tháng để chỉnh thuốc liều thấp nhất nhằm giữ FT_4 ở giới hạn trên của bình thường.

- Cả methimazole và PTU đều đi vào sữa mẹ với nồng độ thấp. Tuy nhiên để tránh nguy cơ hoại tử gan ở mẹ và con do PTU, nên methimazole thường được chuộng dùng khi bà mẹ cho con bú.

2. Điều trị ngoại khoa bệnh Basedow khi

- Điều trị nội khoa kết quả hạn chế, hay tái phát.

- Bướu giáp quá to.

- Basedow ở trẻ em điều trị bằng nội khoa không có kết quả.

- Phụ nữ có thai (tháng thứ 3-4) và trong thời gian cho con bú.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2014), *"Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý nội tiết - chuyển hóa"* ban hành theo Quyết định số 3879/QĐ-BYT.

SUY GIÁP

MÃ ICD 10: E03

I. ĐẠI CƯƠNG

Suy giáp là hội chứng đặc trưng bằng tình trạng suy giảm chức năng tuyến giáp, sản xuất hormone tuyến giáp không đầy đủ so với nhu cầu của cơ thể, gây nên tổn thương ở các mô, cơ quan, các rối loạn chuyển hóa trên lâm sàng và xét nghiệm.

Suy tuyến giáp nguyên phát là do tổn thương hoặc rối loạn tại tuyến giáp.

Suy tuyến giáp thứ phát thường do tổn thương tại tuyến yên.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Triệu chứng giảm chuyển hóa: mệt mỏi, sợ lạnh, tăng cân.
- Triệu chứng tim mạch: nhịp tim chậm, hồi hộp, đau vùng trước tim.
- Triệu chứng da - niêm mạc: da khô, giảm tiết mồ hôi, lưỡi lớn và dày, rụng lông, rụng tóc, xanh tái, phù ngoại vi, giọng khàn, điếc.
- Triệu chứng tiêu hóa: táo bón dai dẳng.
- Triệu chứng cơ bắp: chuột rút.
- Triệu chứng thần kinh: lừ đừ, nói chậm, hay quên, rối loạn tâm thần.

2. Cận lâm sàng

2.1. Các xét nghiệm cơ bản

- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi: thường có thiếu máu, hồng cầu bình thường hoặc to.
- Sinh hóa máu: cholesterol, triglyceride tăng, glucose và natri máu giảm, CK, CKMB tăng.
- ECG: nhịp chậm xoang, QRS điện thế thấp ở tất cả chuyển đạo.
- Siêu âm tim có thể phát hiện tràn dịch màng ngoài tim.
- X quang tim phổi: bóng tim to do thâm nhiễm cơ tim, có thể có tràn dịch màng tim.

2.2. Xét nghiệm đặc hiệu

- FT_3, FT_4 giảm.
- TSH tăng hoặc có thể bình thường.
- Siêu âm tuyến giáp: tuyến giáp teo nhỏ hoặc không quan sát được nhu mô tuyến giáp (trong trường hợp suy giáp sau phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ), đậm độ nhu mô tuyến giáp giảm âm, có thể nhiều xơ hóa (do viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto).

3. Chẩn đoán xác định

Dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng: nồng độ FT_4 và TSH.

4. Chẩn đoán phân biệt

- Theo thể lâm sàng.

+ Khi có triệu chứng gợi ý suy giáp dù không đầy đủ như: hội chứng trầm cảm, phụ nữ 50 tuổi có các triệu chứng mãn kinh nặng hoặc bệnh Alzheimer, nên định lượng hormone tuyến giáp để chẩn đoán.

+ Những người thiếu máu hoặc dinh dưỡng kém.

+ Những người béo phì.

- Hội chứng T_3 giảm: có thể gặp trong các bệnh cấp và mạn tính như nhiễm khuẩn nặng, ung thư di căn, suy tim giai đoạn cuối, điều trị hồi sức tích cực lâu ngày, suy dinh dưỡng. Khi không có tăng TSH có thể loại trừ suy giáp.

III. ĐIỀU TRỊ

- Thuốc L-thyroxin (LT_4) uống một lần mỗi ngày vào trước bữa ăn sáng 30 phút. Không được uống LT_4 cùng lúc với calci carbonat, viên sắt.

- Cần loại trừ hoặc điều trị suy thượng thận trước khi điều trị thay thế hormone giáp.

1. Bệnh nhân không có bệnh lý mạch vành

- Liều tấn công ban đầu tương đối cao: L-thyroxin 1-2µg/kg/ngày (trung bình 1,6µg/kg/ngày). Tăng liều từ từ khoảng 25-50µg mỗi 2-3 tuần, cho tới liều thích hợp (TSH về bình thường), liều thường dùng 75-150µg/ngày. Rồi duy trì liều ổn định.

- Theo dõi: cần định lượng TSH 3-6 tuần sau lần chỉnh thuốc cuối cùng.

- Điều trị có hiệu quả khi: lâm sàng ổn định và TSH về bình thường.

2. Bệnh nhân lớn tuổi và/hoặc có nghi ngờ bệnh lý mạch vành

- Điều trị suy giáp: nên bắt đầu L-thyroxin với liều tối thiểu (12,5µg/ngày), tăng liều từ từ 12,5µg mỗi 2-3 tuần, thậm chí còn thấp hơn.

- Theo dõi:

+ Về tim mạch: triệu chứng đau thắt ngực, ECG hằng ngày, enzyme tim 2 lần/tuần.

+ Công thức máu: nếu có thiếu máu.

+ Nếu xuất hiện đau thắt ngực khi tăng liều hormone thay thế, cần làm ECG, định lượng enzyme tim, tăng liều thuốc chống đau thắt ngực và ngừng tăng liều hormone giáp.

- Mục tiêu điều trị: TSH ở giới hạn cao của bình thường.

3. Suy giáp nhẹ (dưới lâm sàng)

- Bệnh nhân suy giáp nhẹ nên được theo dõi hằng năm và bắt đầu sử dụng L-thyroxin nếu các triệu chứng tiến triển hoặc nồng độ TSH tăng lên > 10µU/mL.

4. Điều trị phụ nữ suy giáp có thai

- Ở phụ nữ suy giáp tiên phát, nên định lượng TSH ngay khi được chẩn đoán có thai và định kỳ hàng tháng sau đó cho đến hết sáu tháng đầu của thai kỳ.

- Khi có thai, liều thuốc phải tăng 25-50% so với trước khi có thai. Đặc biệt phải lưu ý ở quý đầu của thai kỳ. Sau khi sinh sẽ quay về liều trước khi có thai.

- Bệnh nhân suy giáp đang mang thai, mục tiêu TSH được khuyến cáo: tam cá nguyệt thứ nhất: 2,5mIU/L, tam cá nguyệt thứ hai: 3mIU/L và tam cá nguyệt thứ ba: 3,5mIU/L.

5. Điều trị suy giáp thứ phát

- Mục tiêu duy trì TSH ở giới hạn cao của chỉ số bình thường.

- Nguyên tắc điều trị như ở trên.

- Phải điều trị thay thế hormone tuyến thượng thận trước khi điều trị hormone tuyến giáp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2014), *"Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý nội tiết - chuyển hóa"* ban hành theo Quyết định số 3879/QĐ-BYT.

PHẦN III: NGOẠI KHOA

VIÊM RUỘT THỪA CẤP

.

MÃ ICD 10: K35

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm ruột thừa cấp là bệnh lý cấp cứu ngoại khoa thường gặp nhất với các biểu hiện rất đa dạng, chẩn đoán càng muộn tỷ lệ biến chứng càng cao.

Cơ chế hầu hết là do tắc nghẽn lòng ruột thừa. Nguyên nhân của sự tắc nghẽn thường gặp nhất là sự phì đại hạch bạch huyết thành ruột thừa do viêm nhiễm. Các nguyên nhân gây tắc nghẽn khác là sạn phân, dị vật, u bướu, ...

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

- Triệu chứng cơ năng: đau bụng quanh rốn hay thượng vị sau vài giờ đau khu trú hố chậu phải, có thể kèm theo triệu chứng rối loạn tiêu hóa như: buồn nôn, nôn ói, chán ăn, tiêu lỏng.

- Triệu chứng thực thể: khám bụng đau ở điểm McBurney hay đề kháng thành bụng tùy theo bệnh nhân đến sớm hay muộn.

- Triệu chứng cận lâm sàng: công thức máu thấy số lượng bạch cầu tăng với tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng, chỉ số CRP tăng. Siêu âm thấy hình ảnh của ruột thừa viêm, CT scan ổ bụng chỉ áp dụng cho những trường hợp đặc biệt…

2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm hạch mạc treo cấp
- Viêm dạ dày-ruột cấp
- Viêm vòi trứng, viêm phần phụ
- Thủng dạ dày- tá tràng
- Vỡ nang Graaf
- Nhồi máu mạc treo
- Viêm túi thừa Meckel
- Viêm tụy cấp
- Viêm túi mật cấp
- Viêm đáy phổi phải

III. ĐIỀU TRỊ

- Tại phòng cấp cứu, khi nghi ngờ viêm ruột thừa tuyệt đối không cho bệnh nhân ăn hay uống, thiết lập đường truyền để bù dịch và tiêm truyền, thực hiện các xét nghiệm tiền phẫu cấp cứu.

- Điều trị kháng sinh cho những trường hợp nhiễm trùng huyết và những trường hợp chuẩn bị phẫu thuật.

- Phẫu thuật là phương pháp điều trị duy nhất bệnh viêm ruột thừa. Hiện nay phẫu thuật qua ngã nội soi được áp dụng rộng rãi và là lựa chọn hàng đầu. Phẫu thuật nội soi có thể áp dụng đối với tất cả các thể lâm sàng của bệnh viêm ruột thừa.

+ Viêm ruột thừa chưa vỡ: cắt ruột thừa.

+ Viêm phúc mạc khu trú ở hố chậu phải: cắt ruột thừa, dẫn lưu hoặc không.

+ Viêm phúc mạc tổng quát hay viêm phúc mạc tiểu khung: cắt ruột thừa, dẫn lưu.

+ Áp xe ruột thừa: áp xe sát thành bụng trước bên có thể dẫn lưu ngoài phúc mạc, nếu dễ dàng thì cắt ruột thừa, hoặc hẹn cắt ruột thừa sau 6 tuần hay 3 tháng.

+ Đám quánh ruột thừa: không có chỉ định mổ cấp cứu, cần theo dõi sát vì có thể áp xe hóa. Nếu diễn tiến thuận lợi có thể hẹn bệnh nhân 3 tháng sau cắt ruột thừa.

+ Cần theo dõi chăm sóc và phát hiện các biến chứng sau mổ để xử trí kịp thời: nhiễm trùng vết mổ, áp xe tồn lưu trong xoang bụng, dò manh tràng, chảy máu xoang bụng, tắc ruột sớm sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2017), *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tiêu hóa,* ban hành kèm theo Quyết định số 5730/QĐ-BYT.

THỦNG DẠ DÀY - TÁ TRÀNG

MÃ ICD 10: K25.1

I. ĐẠI CƯƠNG

Thủng dạ dày - tá tràng là một biến chứng nặng và thường gặp của các ổ loét tá tràng, các ổ loét dạ dày và đôi khi của bệnh ung thư dạ dày. Là cấp cứu ngoại khoa thường gặp và chẩn đoán thường dễ vì đại đa số các trường hợp triệu chứng khá điển hình, rõ rệt. Hậu quả lỗ thủng ổ loét dạ dày - tá tràng là viêm phúc mạc.

II. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN

1. Lâm sàng

- Bệnh nhân thường đau bụng đột ngột, dữ dội giống như dao đâm vùng thượng vị làm cho bệnh nhân nhớ rất rõ thời điểm đau, sau đó lan khắp bụng. Đau nhiều đến nỗi bệnh nhân không dám xoay trở người. Đau là triệu chứng chính và cũng là nguyên nhân đưa bệnh nhân đến bệnh viện.

- Trong giai đoạn đầu, dấu hiệu sinh tồn chưa thay đổi, khoảng 30% bệnh nhân bị sốc trong những giờ đầu sau khi thủng. Sốc thường thoáng qua vài phút đến nửa giờ với các biểu hiện: mặt tái nhợt, toát mồ hôi lạnh, hạ thân nhiệt, huyết áp giảm nhẹ, sau đó toàn thân trở về bình thường. Ở giai đoạn viêm phúc mạc do vi trùng, bệnh nhân sốt cao, mạch nhanh, nước tiểu giảm. Nếu bệnh nhân được phát hiện trễ sẽ dẫn tới tình trạng nhiễm trùng nhiễm độc nặng. Giai đoạn trễ, tình trạng viêm phúc mạc nặng có thể đưa tới liệt ruột, làm bệnh nhân có triệu chứng bí trung đại tiện, nhu động ruột không nghe thấy, bụng chướng căng.

- Triệu chứng viêm phúc mạc toàn thể biểu hiện rất rõ: bệnh nhân nằm yên, không dám cử động vì đau, bụng không di chuyển theo nhịp thở. Bụng gồng cứng như gỗ, có thể mất vùng đục trước gan. Khám trực tràng - âm đạo, bệnh nhân thấy đau ở túi cùng Douglas.

2. Cận lâm sàng

- X-quang phổi hoặc chụp bụng không chuẩn bị tìm liềm hơi. Hình ảnh chủ yếu là xuất hiện những bóng sáng dưới cơ hoành ở tư thế đứng, hình liềm hơi nằm giữa mặt lõm cơ hoành ở trên là mặt lồi của gan ở dưới. Bên trái thì nằm giữa cơ hoành trái và túi hơi dạ dày. Có khi chỉ có ở bên phải, có khi có cả hai bên ít khi chỉ thấy đơn thuần bên trái. Nếu ở tư thế đứng không thể chụp được, thì chụp ở tư thế nằm ngửa hoặc nghiêng trái đặt bóng chụp ngang và chụp nghiêng sẽ thấy hơi nằm giữa thành bụng và gan hoặc nằm giữa thành ngực.

- Khi nghi ngờ thủng dạ dày hoặc tá tràng mà trên phim X-quang không thấy liềm hơi không được loại trừ chẩn đoán.

- Siêu âm bụng có khi xác định được hơi và dịch tự do ổ bụng.

- CT Scan bụng cản quang cũng cần thiết để xác định chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt với một số nguyên nhân khác.

- Các xét nghiệm cơ bản: công thức máu, CRP, glucose, ure, creatinine, AST, ALT, ion đồ, nhóm máu, đông cầm máu.

- Đo ECG.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

- Có tiền sử loét dạ dày - tá tràng.
- Đau bụng dữ dội đột ngột.
- Co cứng thành bụng hoặc cảm ứng phúc mạc.
- Mất vùng đục trước gan.
- X-quang thấy liềm hơi dưới hoành.
- Siêu âm bụng, CT Scan bụng có hơi và dịch tự do.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm phúc mạc ruột thừa.
- Thủng một tạng khác:

+ Thủng ruột non do thương hàn.

+ Thủng túi thừa.

+ Thủng ruột non, đại tràng sau chấn thương bụng kín. Đây là trường hợp hay gặp nhưng thường được chẩn đoán trễ khi có dấu hiệu của viêm phúc mạc rõ ràng.

+ Thủng đại tràng do bệnh lý.

- Thấm mật phúc mạc do viêm phúc mạc mật.
- Viêm tụy cấp.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

Thủng dạ dày - tá tràng là một cấp cứu ngoại khoa. Hầu hết thủng dạ dày - tá tràng đều phải phẫu thuật. Tuy nhiên, trong một số ít trường hợp thủng bít có thể không cần phẫu thuật.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Nội khoa

- Dùng giảm đau khi đã có chẩn đoán xác định.
- Đặt thông mũi dạ dày và hút dịch.
- Nhịn ăn uống.
- Bồi hoàn nước và điện giải, máu và các chất dinh dưỡng.
- Kháng sinh mạnh đường truyền tĩnh mạch.
- Có thể đặt sonde foley theo dõi nước tiểu.

2.2. Ngoại khoa

- Thăm dò: đánh giá tình trạng ổ bụng dịch, thức ăn, giả mạc nhiều hay ít, bẩn hay sạch.
- Đánh giá tổn thương: tìm lỗ thủng, lỗ thủng to hay nhỏ, cứng hay mềm, mủn, phù nề.

3. Các phẫu thuật điều trị biến chứng thủng

3.1. Khâu lỗ thủng đơn thuần

- Phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng (thủng ổ loét hành tá tràng, bệnh nhân trẻ, đến sớm dưới 12 giờ, không có bệnh lý nặng đi kèm) khi lỗ thủng nhỏ có thể khâu theo hình

chữ X hoặc khâu gấp theo trục dạ dày - tá tràng bằng các mũi chỉ không tiêu, mũi rời, có thể phủ mạc nối lớn lên.

- Mổ hở khâu lỗ thủng.
- Khâu lỗ thủng kết hợp với tiệt trừ H. Pylori giúp ngăn ngừa biến chứng loét tái phát.

3.2. Phẫu thuật c t dạ dày

Phẫu thuật cắt dạ dày 2/3 vừa điều trị biến chứng thủng, vừa điều trị bệnh loét. Tuy nhiên, đây là phẫu thuật nặng, có thể có những biến chứng, di chứng về sau nhất là khi bệnh nhân không được chuẩn bị kỹ, khoang bụng bẩn, ...

Chỉ định:

- Thủng trên loét xơ chai to, khó khâu và dễ bục.
- Thủng kèm với các biến chứng khác như chảy máu hoặc hẹp môn vị.
- Thủng dạ dày nghi ngờ ung thư.

Điều kiện:

- Khoang bụng phải sạch.
- Thể trạng bệnh nhân tốt.
- Phòng mổ trang bị tốt, và phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm.

3.3. Khâu lỗ thủng và c t dây thần kinh X

- Cũng như phẫu thuật cắt dạ dày, đây là phương pháp phẫu thuật nhằm điều trị triệt căn bệnh loét.
- Chỉ định: phẫu thuật cắt dây thần kinh X chỉ có tác dụng với ổ loét tá tràng, không tác dụng với ổ loét dạ dày.
- Điều kiện: khoang bụng sạch vì đòi hỏi bóc tách nhiều, việc bóc tách dễ gây nhiễm trùng ở vùng này nếu khoang bụng bẩn. Phẫu thuật viên có kinh nghiệm.

4. Phương Pháp Newmann

Với những lỗ thủng quá to, tổ chức xung quanh xơ cứng, khâu dễ mủn nát, dễ bục chỉ, tình trạng bệnh nhân yếu, không cho cắt dạ dày ngay, lúc đó có thể đặt qua lỗ thủng một ống cao su to quấn mạc nối xung quanh và đính vào thành bụng.

V. THEO DÕI TÁI KHÁM

1. Tiêu chuẩn xuất viện

Bệnh nhân ăn uống, trung tiện được, đau vết mổ ít.

2. Tái khám

Sau 7 ngày, đánh giá lại kết quả phẫu thuật và lấy kết quả giải phẫu bệnh lý.

3. Theo dõi

Theo dõi và điều trị nguyên nhân tiếp theo cho bệnh nhân: thuốc kháng tiết, tiệt trừ Helicobacter pylori. Hẹn nội soi tiêu hóa trên sau 1 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2017), *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tiêu hóa,* ban hành kèm theo Quyết định số 5730/QĐ-BYT.
2. Bệnh viện Nhân Dân 115 (2017), *Phác đồ ngoại khoa.*
3. Bệnh viện Chợ Rẫy (2018), *Phác đồ điều trị ngoại khoa.*

TẮC RUỘT CƠ HỌC

MÃ ICD 10: K56.6

I. ĐẠI CƯƠNG

Tắc ruột là một hội chứng được định nghĩa bởi sự ngưng trệ lưu thông của chất rắn, hơi, dịch trong lòng ruột do sự tắc nghẽn từ góc hỗng tràng đến hậu môn (tắc ruột cơ học) hoặc do tình trạng mất nhu động ruột (tắc ruột cơ năng, tắc ruột do liệt ruột).

II. NGUYÊN NHÂN

1. Tắc ruột đơn thuần

Lòng ruột bị tắc ở một điểm, mạch máu nuôi không tổn thương.

1.1. Nguyên nhân trong lòng ruột: giun đũa, bã đồ ăn, tóc, sỏi mật, phân su (ở trẻ sơ sinh)

1.2. Nguyên nhân tại thành ruột:

- Bẩm sinh: teo ruột, ruột đôi, màng ngăn.
- Viêm:

+ Lao: thường ở đoạn cuối hồi tràng, góc hồi manh tràng.

+ Bệnh Crohn (ít gặp ở Việt Nam).

+ Viêm túi thừa đại tràng.

- Khối u.

1.3. Nguyên nhân bên ngoài

- Ruột bị dính.
- Dây chằng.
- Khối u ngoài ruột.
- Áp xe trong ổ bụng.

2. Tắc ruột do thắt nghẹn

Lòng ruột bị tắc và mạch máu mạc treo bị nghẽn.

- Thoát vị nghẹt: bẹn, đùi, thoát vị trong do ruột chui qua 1 lỗ mới được tạo nên.
- Lồng ruột.
- Dây chằng.
- Xoắn ruột.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng:

+ Đau: đau đột ngột hoặc âm ỉ vùng quanh rốn hoặc mạn sườn, không lan. Đôi khi đau co thắt dữ dội như chuột rút với tư thế giảm đau.

+ Nôn: nôn có thể xuất hiện cùng lúc với đau, nhưng nôn xong vẫn không làm giảm đau. Đầu tiên là nôn thức ăn, sau nôn dịch mật xanh, mật vàng và về sau nữa sẽ nôn bất cứ thức ăn gì đưa vào. Đối với tắc ruột cơ năng thì diễn tiến chậm hơn. Nôn ít xảy ra do tình trạng liệt ruột.

+ Bí trung, đại tiện: triệu chứng này có thể đi cùng hai triệu chứng trên. Ban đầu bệnh nhân có thể trung đại tiện được nhưng rất ít và không đem lại cảm giác đỡ đau, dễ chịu nào.

- Triệu chứng toàn thân: nhiệt độ có thể bình thường hoặc cao khoảng 38^0C không có biểu hiện sốc trong những giờ đầu và tình trạng toàn thân không thay đổi nhiều.

- Triệu chứng thực thể:

+ Bụng chướng căng không phải xuất hiện ngay tức khắc mà tiến triển từ từ, bắt đầu nỗi gò lên ở đường giữa rốn sang hai bên mạn sườn, nhìn bụng thấy các gợn sóng nhu động trong những giờ đầu. Triệu chứng này phụ thuộc vào vị trí và cơ chế tắc ruột. Đối với tắc ruột cơ năng (tắc ruột do liệt) thì diễn tiến chậm hơn. Chướng bụng là triệu chứng quan trọng xuất hiện đầu tiên, chủ yếu là chướng hơi.

+ Gõ bụng nghe vang.

+ Nghe không có âm ruột.

+ Thăm trực tràng: trực tràng rỗng.

2. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm máu, sinh hóa:

Hồng cầu tăng, Hct tăng do mất nước máu bị cô đặc.

Na^+: giảm nhiều trong giai đoạn muộn.

K^+: giảm trong giai đoạn sớm, tăng trong giai đoạn muộn.

Cl^-: giảm

pH: tăng trong giai đoạn sớm và giảm trong giai đoạn muộn.

HCO_3^-: tăng trong giai đoạn sớm và giảm trong giai đoạn muộn.

Ure, creatinin: bình thường hoặc tăng nhẹ trong giai đoạn sớm, tăng nhiều trong tắc muộn.

- Siêu âm bụng: trướng hơi, quai ruột dãn, tăng nhu động.

- X-quang bụng đứng không chuẩn bị: thấy hình ảnh mực nước hơi.

- CT Scan bụng: có giá trị cao trong việc chẩn đoán vị trí và nguyên nhân gây tắc ruột.

3. Chẩn đoán xác định

- Đau bụng thành cơn
- Bí trung đại tiện
- Nôn ói
- Dấu hiệu rắn bò
- Hình ảnh X-quang, CT Scan bụng.

4. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm dạ dày
- Viêm tụy cấp
- Hẹp môn vị, …

IV. ĐIỀU TRỊ

Nguyên t c điều trị: kết hợp nội và ngoại khoa.

1. Điều trị nội khoa

Tùy nguyên nhân tình trạng toàn thân có thể được cải thiện rõ rệt, đôi khi ruột lưu thông trở lại, chưa cần phẫu thuật cấp cứu.

- Hút dạ dày: có tác dụng làm bụng bớt chướng, thở dễ hơn, ruột được nuôi dưỡng tốt hơn.

- Bồi phụ nước, điện giải.

- Kháng sinh: ngăn chặn nhiễm trùng. Thường sử dụng các nhóm cephalosporin II hay III phối hợp với nhóm aminoglycoside. Có thể cần thêm nhóm imidazol trị vi trùng yếm khí.

2. Điều trị ngoại khoa

- Mục tiêu là giải quyết nguyên nhân tắc ruột, lập lại lưu thông đường ruột.

- Xử trí tắc ruột: khác nhau tùy theo nguyên nhân, có thể thực hiện phẫu thuật nội soi ổ bụng hoặc mổ hở.

+ Thoát vị nghẹt: giải phóng cổ thoát vị. Nếu ruột đã hoại tử phải cắt ruột.

+ Dính và dây chằng: gỡ dính, cắt dây chằng.

+ Lồng ruột người lớn: cắt đoạn ruột

+ Vật lạ trong lòng ruột: mở ruột lấy vật lạ, khâu kín hoặc đẩy bã thức ăn nhỏ gần góc hồi manh tràng qua manh tràng.

+ Xoắn ruột non:

Ruột còn tốt: tháo xoắn ngược với chiều xoắn.

Ruột hoại tử: cắt ruột, không tháo xoắn trước khi cắt.

+ Xoắn đại tràng chậu hông:

Đặt ống thông trực tràng qua nội soi.

Tháo xoắn cố định, phẫu thuật Hartmann.

Cắt nối ngay

+ Ung thư đại tràng (P): cắt đại tràng (P) + nối 2 đầu ruột lại ngay.

+ Ung thư đại tràng (T): làm hậu môn nhân tạo + cắt bỏ đại tràng có u + đưa 2 đầu ra ngoài hoặc làm phẫu thuật Hartmann.

+ Ung thư đại tràng thủng: cắt bỏ đoạn thủng rồi đưa 2 đầu ra ngoài.

+ Ung thư trực tràng: làm hậu môn nhân tạo đại tràng chậu hông hẹn 3-6 tuần sau cắt u. Nếu đã di căn thì chỉ nên mở HMNT vĩnh viễn.

3. Săn sóc sau mổ

- Hút dạ dày: hút cho tới khi trung tiện trở lại

- Bồi phụ nước, điện giải: căn cứ vào tình trạng mất nước và lượng nước tiểu hằng ngày.

- Kháng sinh phổ rộng (đơn hoặc đa kháng kết hợp).

- Thay băng vết mổ mỗi ngày nếu mổ hở.

- Khi bệnh nhân trung tiện trở lại, chế độ ăn thay đổi từ loãng đến đặc dần…

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2017), *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tiêu hóa,* ban hành kèm theo Quyết định số 5730/QĐ-BYT.

2. Bệnh viện Nhân Dân 115 (2017), *Phác đồ ngoại khoa.*

SỎI ĐƯỜNG MẬT

MÃ ICD 10: K80.4

I. ĐẠI CƯƠNG

Sỏi mật bao gồm sỏi đường mật (trong, ngoài gan) và sỏi túi mật.

Sỏi đường mật có hai nguồn gốc khác nhau là hình thành tại chỗ hoặc di chuyển từ túi mật vào đường mật. Sỏi đường mật ở Việt Nam chủ yếu là sỏi hình thành tại chỗ do yếu tố vi khuẩn và ký sinh trùng đường mật.

Thành phần chủ yếu trong sỏi đường mật là muối mật (bilirubin) được xếp thành từng lớp đồng tâm và có khi lẫn với trứng giun và xác giun đũa.

Vị trí: sỏi nằm trong ống mật chủ (OMC) hay gặp nhất là đoạn sau tá tụy và đoạn thấp của OMC. Sỏi ở các ống gan, sỏi nằm trong ống gan hạ phân thùy III, V và VII thường rất khó lấy vì sự gấp khúc của các nhánh đường mật.

II. TRIỆU CHỨNG

1. Bệnh sử

- Đau bụng: điển hình là cơn đau bụng gan. Đau dưới sườn phải, xuyên ra sau lưng và lan lên vai phải, cường độ đau thay đổi theo mức độ và thời gian tắc mật, tình trạng nhiễm trùng đường mật. Cơn đau khởi phát và kết thúc thường đột ngột, khi kèm theo tắc mật, ứ đọng và nhiễm trùng trong đường mật sẽ có các triệu chứng kết hợp sốt rồi vàng da xuất hiện (tam chứng Charcot).
- Sốt: khi có dấu hiệu viêm, nhiễm trùng đường mật sẽ sốt cao, rét run. Nhiễm khuẩn nặng với viêm mủ đường mật sốt cao nhiệt độ 39-40^{o}C và rất dễ dàng dẫn đến nhiễm khuẩn máu.
- Vàng da: khi sỏi OMC gây cản trở lưu thông mật, vàng da sẽ xuất hiện. Nếu được điều trị chống nhiễm khuẩn, giảm đau, tình trạng lưu thông đường mật có thể tạm thời hồi phục vàng da có thể hết. Tuy nhiên, tắc mật lại có thể xuất hiện trở lại với các triệu chứng đau bụng, sốt và vàng da.
- Ngứa biểu hiện do ứ đọng axit mật gây kích thích các tận cùng thần kinh ở dưới da.
- Nước tiểu vàng, sẫm màu do có sắc tố mật.
- Phân màu sắc bình thường ngay cả khi có nhiều sỏi và sỏi lớn ở OMC.
- Các triệu chứng khác: mệt mỏi, chán ăn, gầy sút cân.

2. Khám lâm sàng

- Da, niêm mạc vàng.
- Gan to do ứ mật.
- Túi mật to do ứ mật.
- Triệu chứng khác: vết trầy xước da do gãi ngứa, mạch chậm do tăng axit mật trong máu kích thích nhân của dây thần kinh X.

3. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm: công thức máu, bilirubin toàn phần, bilirubin trực tiếp, ALT, AST, GGT, CRP, BUN, creatinin, cholesterol và các thành phần của lipid máu. Ure, muối mật, sắc tố mật nước tiểu...

- Siêu âm bụng: dấu hiệu trực tiếp của sỏi mật như hình ảnh sỏi cản âm với bóng lưng cản âm, vị trí, kích thước, số lượng sỏi. Dấu hiệu gián tiếp của tắc mật do sỏi như kích thước ống mật, túi mật, thành túi mật, gan...

- X-quang bụng không chuẩn bị có thể thấy hình cản quang của sỏi mật vôi hóa.

- Chụp đường mật ngược dòng qua nội soi (ERCP: Endoscopic Retrograde Cholangio-pancreatography): Nội soi dạ dày, tá tràng để đặt catheter qua cơ Oddi vào OMC bơm thuốc cản quang và chụp.

- Chụp đường mật xuyên gan qua da (PTC: Percutaneous transhepatic cholangiography)

- Chọc dò đường mật qua da và nhu mô gan hoặc dưới hướng dẫn của siêu âm bơm thuốc cản quang vào đường mật và chụp X quang. Thực hiện khi đường mật trong gan giãn và đôi khi ở những trường hợp chụp nội soi mật tụy ngược dòng không thực hiện được.

- Chụp cắt lớp vi tính (CT scan): thấy được sỏi và kích thước của các ống mật.

Mặc dù giá thành cao, nhưng lại có giá trị trong chẩn đoán và đánh giá được các tạng lân cận và liên quan, đặc biệt là tụy.

- Chụp cộng hưởng từ đường mật MRCP (Magnetic Resonance Cholangio - Pancreatography): là kỹ thuật tạo hình chuẩn, có độ nhạy cao, không dùng tia xạ, không có tác dụng sinh học có hại, có thể khảo sát dòng chảy mà không dùng chất tương phản. Có thể dựng lại hình ảnh toàn thể đường mật. Tuy nhiên giá thành cao.

- Chụp đường mật trong mổ, nội soi đường mật trong mổ: thực hiện sau khi mở OMC lấy sỏi, qua ống Kehr bơm thuốc cản quang chụp hoặc đặt ống soi vào trong đường mật kiểm tra trực tiếp đường mật từ bóng Vater đến ngã ba ống gan để đánh giá tình trạng lòng ống mật, xem có sót sỏi, qua nội soi có thể lấy sỏi và dị vật sót.

- Nội soi đường mật qua da: dùng ống soi mềm, nhỏ qua da vào OMC. Phương pháp này hiện đang được phát triển, có giá trị chẩn đoán và điều trị lấy sỏi tốt.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

- Lâm sàng: dựa vào tam chứng Charcot (đau bụng, sốt, vàng da), tiểu vàng, ngứa.

- Cận lâm sàng: bilirubin máu tăng (trực tiếp > gián tiếp), siêu âm đường mật giãn, có hình ảnh sỏi trong đường mật.

2. Chẩn đoán phân biệt

Nguyên nhân của hội chứng vàng da tắc mật không do sỏi, vàng da tại gan, vàng da trước gan.

3. Chẩn đoán thể lâm sàng

- Thể tắc mật.
- Thể vàng da liên tục.
- Thể không vàng da.

- Các thể giải phẫu đặc biệt.

4. Chẩn đoán biến chứng

- Thấm mật phúc mạc.
- Viêm phúc mạc mật.
- Viêm mủ đường mật và áp xe đường mật.
- Chảy máu đường mật.
- Áp xe túi mật, đám quánh túi mật.
- Viêm tụy cấp.
- Hội chứng gan thận, viêm thận cấp.
- Sỏi mật gây tắc mật, tái diễn nhiều lần, diễn biến đến xơ gan do ứ mật.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

Lấy sạch sỏi, tạo lưu thông đường mật và chống nhiễm khuẩn.

2. Điều trị cụ thể

- Nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP), mở cơ vòng lấy sỏi.
- Phẫu thuật mở OMC lấy sỏi với nhiều kỹ thuật dẫn lưu: dẫn lưu ống chữ T (dẫn lưu Kehr), dẫn lưu kiểu Volker (dẫn lưu OMC qua cơ Oddi và thành tá tràng), dẫn lưu ống mật hạ phân thùy trong gan qua nhu mô gan ra da, dẫn lưu trong qua miệng nối mật - ruột (nối OMC với đường tiêu hóa).
- Tán sỏi trong và ngoài cơ thể.

V. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN TRÊN

1. Chuyển cấp cứu

Sỏi đường mật có biến chứng cần can thiệp phẫu thuật cấp cứu.

2. Chuyển có chương trình (bệnh nhân tự túc)

Sỏi đường mật đã điều trị nội khoa tình trạng nhiễm trùng, tắc mật tạm ổn định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Chợ Rẫy (2018), *Phác đồ điều trị ngoại khoa.*

2. Trần Việt Tú (2011), "Sỏi mật", Nội tiêu hóa, Học viện Quân y, NXB Quân đội Nhân dân, Hà Nội, tr. 330-343.

VIÊM TÚI MẬT CẤP

MÃ ICD 10: K81.0

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm túi mật cấp là tình trạng viêm của túi mật với nguyên nhân thường gặp là tắc nghẽn do sỏi kẹt cổ ống túi mật.

Khoảng 90% các ca lâm sàng liên quan đến sỏi túi mật, 10% các ca còn lại viêm túi mật xảy ra khi không có bằng chứng của sỏi túi mật

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Khởi phát là cơn đau quặn mật: đau quặn cơn ở thượng vị hay hạ sườn phải, có thể lan lên vai phải, buồn nôn và nôn, đau thường diễn ra sau bữa ăn nhiều dầu mỡ...
- Sau hơn 6 tiếng, cơn đau không giảm đau liên tục, có thể có sốt (38 hoặc 38,5 độ C). Khám thấy nghiệm pháp Murphy dương tính.
- Nếu đến muộn hơn, bệnh nhân đau nhiều, dữ dội, đề kháng cả vùng hạ sườn phải, sốt cao hơn (39-40 độ C), hội chứng nhiễm trùng rõ rệt.
- Một số trường hợp viêm túi mật có thể xuất hiện thêm vàng da. Lúc đó cần chú ý đến các vấn đề: viêm túi mật có kèm theo sỏi đường mật, viêm túi mật có sỏi làm nghẽn đường mật (hội chứng Mirrizzi), viêm túi mật có biến chứng gây thấm mật phúc mạc hay viêm phúc mạc mật, có bệnh lý viêm gan kèm theo v.v...

2. Cận lâm sàng

2.1. X t nghiệm máu

- Bạch cầu tăng cao, chuyển trái.
- AST, ALT, bilirubin toàn phần, trực tiếp: nếu có tăng nên chú ý vấn đề có bệnh kết hợp.
- Amylase: nếu tăng có thể nghi có viêm tụy hoặc không.
- Các xét nghiệm cần thiết khác để đánh giá bệnh nhân: đường huyết, chức năng thận, điện giải đồ, chức năng đông máu, nhóm máu.... và một số xét nghiệm khác nếu lâm sàng có nghi ngờ.

2.2. Chẩn đoán hình ảnh

- Siêu âm là phương tiện đầu tay: siêu âm nhận thấy túi mật căng to, thành túi mật dày hơn 4mm, có thể có hoặc không sỏi, đánh giá sỏi đường mật kết hợp hoặc các bệnh lý trong chẩn đoán phân biệt.
- X-quang bụng đứng và X-quang ngực thẳng: để loại trừ các vấn đề thủng tạng rỗng, tắc ruột, viêm đáy phổi phải....
- CT scan được chỉ định trong các trường hợp khó chẩn đoán hoặc nghi ngờ viêm túi mật có biến chứng hoặc có bệnh lý kết hợp.
- MRI cũng được khuyến cáo sử dụng để chẩn đoán viêm túi mật cấp, đặc biệt là trên những bệnh nhân triệu chứng không rõ ràng hoặc phụ nữ có thai.
- Nội soi dạ dày-tá tràng có thể được chỉ định nếu bệnh nhân đã đáp ứng điều trị nội khoa, được xếp mổ chương trình và có yếu tố nghĩ đến bệnh lý dạ dày tá tràng trước đó.

III. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Thường cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý sau đây:

- Bệnh mạch vành
- Viêm tụy cấp
- Loét dạ dày tá tràng
- Viêm ruột thừa
- Cơn đau quặn thận

Các bệnh sau đây cũng nên được nghĩ tới nếu có yếu tố nghi ngờ:

- Phình động mạch chủ bụng
- Thiếu máu mạc treo
- Viêm đài bể thận cấp
- Viêm phần phụ.

IV. ĐIỀU TRỊ

Viêm túi mật cấp là một cấp cứu ngoại khoa có trì hoãn và bệnh nhân cần được theo dõi tại khoa Ngoại.

1. Nội khoa

Giai đoạn đầu của điều trị là điều trị nội khoa.

Nguyên tắc điều trị bao gồm:

- Nhịn ăn, có thể cho đặt thông mũi-dạ dày để tránh kích thích túi mật và tụy.
- Truyền dịch nuôi dưỡng và nâng đỡ.
- Dùng thuốc giảm đau, kháng viêm: NSAIDS, Perfalgan....
- Thuốc giảm co bóp hoặc ức chế phó giao cảm: atropine, nospa, alverine...
- Kháng sinh: theo khuyến cáo của Sanford

+ Những trường hợp viêm túi mật cấp mức độ nhẹ - trung bình, khởi đầu dùng kháng sinh đơn trị. Khuyến cáo chọn lựa các loại kháng sinh sau: piperacilin/tazobactam, ampicinin/sulbactam, carbapernem... Trong trường hợp viêm nặng có đe dọa tính mạng, Sanford khuyến cáo dùng đến kháng sinh imipenem/cilastatin.

+ Điều trị tiếp theo có thể kết hợp nhóm cephalosporin thế hệ III với metronidazole.

- Theo dõi công thức bạch cầu mỗi 6 tiếng, khám lại và lấy nhiệt độ mỗi 2-3 giờ, tốt nhất nên cùng một bác sỹ hoặc một nhóm trực.

- Đa số viêm túi mật có thể thoái lui, bệnh nhân giảm đau cũng nên được sắp xếp mổ chương trình. Nhiều trường hợp sau điều trị nội sẽ diễn tiến đến viêm túi mật hoại tử hoặc viêm phúc mạc, cần được mổ cấp cứu.

2. Ngoại khoa

- Điều trị ngoại khoa nên bắt đầu sớm trong vòng 72 giờ đầu sau khi dùng kháng sinh hoặc sớm hơn nếu có bằng chứng của viêm túi mật có biến chứng.

- Phẫu thuật nội soi cắt túi mật được khuyến cáo trong trường hợp túi mật viêm đã được điều trị nội ổn định và nên được thực hiện bởi các bác sỹ có kinh nghiệm.

Tỷ lệ phẫu thuật nội soi chuyển mổ hở trong cắt túi mật chương trình vào khoảng 5%. Tỷ lệ này cao hơn hẳn trong trường hợp phải mổ cấp cứu, khoảng 30%.

- Khi đã chẩn đoán viêm túi mật có biến chứng cần mổ ngay (nội soi hoặc mổ hở), hoặc mở túi mật ra da nếu bệnh nhân nặng, không chịu nổi cuộc mổ kéo dài.

- Tỷ lệ tử vong ở những bệnh nhân mổ thông túi mật ra da cao gấp 5-10 lần bình thường do đa số bệnh nhên đều là bệnh nặng, nguy kịch.

- ERCP cần được chỉ định trong trường hợp nghi ngờ có sỏi ống mật chủ kèm theo hay tắc nghẽn đoạn cuối chưa rõ nguyên nhân.

- ERCP và phẫu thuật nội soi cắt túi mật có thể làm trong 1 lần hay chia 2 lần khác nhau. ERCP nên làm trước phẫu thuật nội soi cắt túi mật.

2.1. Chống chỉ định của phẫu thuật nội soi cắt túi mật:

- Nguy cơ cao khi gây mê toàn thân.
- Bệnh nhân quá béo phì.
- Có các dấu hiệu của thủng túi mật: áp xe, viêm phúc mạc, dò...
- Sỏi mật quá lớn hoặc nghi ngờ có bệnh lý ác tính.
- Bệnh suy gan nặng (có tăng áp cửa và rối loạn đông máu nặng).
- Sốc nhiễm trùng đường mật.
- Viêm tụy cấp.
- Thiếu ê kíp mổ hoặc trang bị không đảm bảo.
- Phẫu thuật viên chưa có kinh nghiệm.
- Chống chỉ định tương đối: bụng có vết mổ cũ.

2.2. Tai biến và biến chứng của phẫu thuật

- Tổn thương đường mật là tai biến đáng sợ nhất. Do đó, phẫu thuật nội soi cắt túi mật cần phẫu thuật viên có kinh nghiệm và phẫu tích tốt vùng tam giác Calot trước khi cắt, nếu nghi ngờ cần chụp đường mật trong mổ hoặc chuyển qua mổ hở cho an toàn.

- Chảy máu: đa số chảy máu từ giường túi mật hay từ một nhánh nhỏ của động mạch túi mật. Thường chảy máu phát hiện trong vòng 12 tiếng sau mổ. Những bệnh nhân này nên được mổ lại để giải quyết chỗ chảy máu và lấy máu đông.

- Nhiễm trùng, áp xe tồn lưu, nhiễm trùng vết mổ.

V. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN TRÊN

1. Chuyển cấp cứu

Viêm túi mật cấp có biến chứng cần can thiệp phẫu thuật cấp cứu.

2. Chuyển có chương trình (bệnh nhân tự túc)

Viêm túi mật cấp đã điều trị nội khoa ổn định tình trạng nhiễm trùng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Chợ Rẫy (2018), *Phác đồ điều trị ngoại khoa.*

2. Alan A Bloom et al. Cholecystitis (emedicine 2011 http://emedicine.medscape.com/article/171886-overview - seen at 06/09/2013).

THOÁT VỊ BẸN - ĐÙI

MÃ ICD 10: K40

I. ĐẠI CƯƠNG

Thoát vị bẹn đùi là bệnh lý thường gặp ở mọi lứa tuổi từ trẻ sơ sinh đến người già và cả hai giới. Có rất nhiều phương pháp phẫu thuật nhưng tỷ lệ tái phát còn cao.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Bệnh nhân thường đến khám với các triệu chứng:

- Một khối phồng vùng bẹn - đùi (lúc có lúc không).
- Nhìn hay thấy một khối phồng vùng bẹn - đùi khi bệnh nhân đứng hoặc ho, rặn, ngược lại khi nằm hoặc khi dùng tay đẩy vào thì khối phòng biến mất.
- Khối phồng:

+ Trên dây chằng bẹn (thoát vị bẹn).

+ Dưới dây chằng bẹn (thoát vị đùi)

- Dấu chạm đầu ngón tay (+): thoát vị bẹn gián tiếp.
- Dấu chạm đầu ngón tay (-): thoát vị bẹn trực tiếp.

2. Xét nghiệm tiền phẫu

- Huyết học: công thức máu, nhóm máu, yếu tố đông máu, thời gian máu chảy, máu đông.
- Sinh hóa: chức năng gan, thận, ion đồ, đường huyết, protein máu, albumin máu.
- Tổng phân tích nước tiểu.
- Đo ECG.
- X-quang tim phổi thẳng
- Siêu âm bụng tổng quát.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Phương pháp vô cảm

Gây tê tủy sống hoặc gây mê toàn thân.

2. Phẫu thuật

Mổ mở hoặc mổ nội soi.

- Mổ mở:

+Thoát vị bẹn: phục hồi thành bụng theo phương pháp Bassini hay phương pháp Lichteinstein (đặt mảnh ghép).

+ Thoát vị đùi: phục hồi thành bụng theo phương pháp Macvay.

- Mổ nội soi: dùng phương pháp mổ nội soi ngoài phúc mạc (TEP) hoặc trong ổ bụng (TAPP).

3. Kháng sinh dự phòng

- Sử dụng trước mổ 30 phút.
- Kháng sinh được lựa chọn: cefotaxime, ceftazidime, ceftriaxone… Nếu dị ứng với β-lactam thay thế bằng clindamycin + aminoglycoside hoặc fluoroquinolone, metronidazole + amonoglycoside

- Liều lượng kháng sinh hiệu quả được tính theo cân nặng, thời gian sử dụng 3 đến 5 ngày.

4. Giảm đau sau mổ

Paracetamol, NSAIDs, …

5. Chăm sóc vết mổ: cắt chỉ sau 7 ngày.

IV. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Dấu hiệu sinh tồn ổn định.
- Vết mổ lành tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Chợ Rẫy (2018), *Phác đồ điều trị ngoại khoa.*

2. Berger D (2016), Evidenced-based Hernia treatments in Adults.

3. Courtney M Townsend Jr, Beauchamp R Daniel (2017), Sabiston Texbook of Surgery; The Biological Bais of Modem Sugery Practice, 20th edition. Elsevier.

TRÀN DỊCH MÀNG TINH HOÀN

MÃ ICD 10: N43.2

I. ĐẠI CƯƠNG

Tràn dịch màng tinh hoàn có nhiều thể bệnh:

- Tràn dịch màng tinh hoàn lưu thông với phúc mạc do còn ống phúc tinh mạc hay gặp ở trẻ sơ sinh, trẻ nhỏ, có thể phối hợp với thoát vị bẹn, tinh hoàn lạc chỗ.

- Tràn dịch ống phúc tinh mạc do ống phúc tinh mạc không tắc hoàn toàn, còn thông cực dưới với màng tinh hoàn.

- Tràn dịch màng tinh hoàn khu trú như thành nang bọc quanh tinh hoàn.

Có nhiều kỹ thuật mổ tràn dịch màng tinh hoàn như qua đường bẹn, qua lỗ bẹn nông (đối với trẻ em trên 18 tháng nên đi qua đường này) hoặc đi trực tiếp qua đường bìu.

Có thể tiến hành cắt lộn màng tinh hoàn hoặc cắt bớt lá thành màng tinh hoàn hay lộn xếp lá thành màng tinh hoàn.

II. CHỈ ĐỊNH

Tràn dịch màng tinh hoàn lượng nhiều làm mất cân đối bìu hoặc làm người bệnh đau tức nhiều vùng bìu, ảnh hưởng cuộc sống.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có chống chỉ định phẫu thuật.

- Tràn dịch màng tinh hoàn do ung thư tinh hoàn.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên (PTV) chuyên khoa Nam học – Tiết niệu – Ngoại chung.

- Kíp mổ gồm 3 người: 1 PTV chính và 2 PTV phụ

2. Người bệnh

- Giải thích kỹ cho người bệnh và người thân về các tai biến, biến chứng có thể xảy ra khi phẫu thuật.

- Yêu cầu người bệnh tối hôm trước ăn nhẹ, sáng ngày mổ nhịn ăn.

- Chuẩn bị ruột: Thụt tháo tối trước mổ.

3. Phương tiện:

Bộ dụng cụ trung phẫu.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

- Tư thế người bệnh, người bệnh nằm ngửa hai chân duỗi thẳng và đầu kê cao khoảng 15 độ.

- Cách bố trí phòng mổ:

+ Bác sĩ gây mê ở phía trên đầu người bệnh.

+ Phẫu thuật viên chính đứng cùng bên với bên mổ và phụ đứng ở phía đối diện.

+ Bàn dụng cụ đặt ở dưới chân người bệnh, điều dưỡng dụng cụ đứng cùng bên với phẫu thuật viên phụ.

2. Vô cảm

Gây tê tuỷ sống hay gây tê tại chỗ ở gốc bìu bằng lidocain 2%.

3. Kỹ thuật

Bước 1: Dùng ngón tay cái và ngón trỏ bên trái kẹp đẩy dưới gốc của khối tràn dịch màng tinh hoàn ra phía ngoài da bìu. Kẹp chặt để căng da và chèn mạch máu.

Bước 2: Rạch da bìu một đường rạch khoảng 3-5cm (tuỳ khối lượng tràn dịch). Qua đường rạch tới thẳng lớp màng tinh hoàn, qua lớp Dartos, các lớp tổ chức liên kết và một số mạch nhỏ dưới da.

Bước 3: Dùng khoảng 3-4 cái kẹp răng chuột (Allis), kẹp vào mép đường rạch và các tổ chức dính với màng tinh hoàn, tay trái vẫn giữ cho căng vết mổ, kiểm tra và cầm máu. Tách lớp Dartos ra khỏi màng tinh hoàn để có thể mở rộng rõ để giữ được tinh hoàn.

Bước 4: Mở lớp màng tinh hoàn, hút hết dịch màng tinh hoàn (làm xét nghiệm tế bào, cấy vi khuẩn, ...). Đưa tinh hoàn ra ngoài lớp màng tinh hoàn.

Bước 5:

Khâu lớp màng tinh hoàn: có hai cách:

- Phương pháp lộn xếp lá thành màng tinh hoàn (phẫu thuật Lord): khâu lớp màng tinh hoàn từ mép cắt vào mặt trong (mặt phúc mạc) cách nhau 1cm bằng chỉ tiêu 3/0-4/0, khâu lần lượt vòng quanh cuống tinh hoàn (6-8 mũi) để tạo những nếp gấp của mào tinh hoàn, cho đến sát tinh hoàn.

- Phương pháp khâu lộn màng tinh hoàn (phẫu thuật Jaboulay): khâu lộn ngược màng tinh hoàn từ vùng mào tinh hoàn lên thừng tinh phía trên.

Đưa nhẹ nhàng tinh hoàn trở lại bìu như nằm trong một cái túi được tạo bởi lớp Dartos. Tháo dần các kẹp Allis và khâu thành bìu bao gồm lớp Dartos, các lớp tổ chức liên kết, để đóng kín lớp tổ chức dưới da. Tiếp tục đóng kín lớp da bìu.

Trường hợp cầm máu chưa kỹ hoặc dịch thoát ra nhiều, để đề phòng khối máu hoặc dịch tụ trong ổ mổ, có thể đặt dẫn lưu vết mổ.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

1. Theo dõi

- Theo dõi các chức năng sống và tại chỗ vết mổ.

- Các biến chứng phẫu thuật thông thường đều có thể gặp trong phẫu thuật tràn dịch màng tinh hoàn.

Có một số bằng chứng cho thấy phẫu thuật Lord ít biến chứng hơn. Biến chứng thường gặp nhất là tụ máu (thường tụ máu trong bìu).

Có thể có khối máu tụ hoặc khối dịch tụ nếu không cầm máu kỹ và không đặt dẫn lưu. - Các biến chứng khác có thể gặp nhưng ít gặp hơn nhiều, đó là nhiễm khuẩn, áp xe bìu, tràn dịch tái phát. Tràn dịch màng tinh hoàn tái phát rất hiếm gặp vì các lớp khâu gấp lớp màng tinh hoàn được đóng kín, không để khoảng trống cho dịch xuất tiết tụ lại.

2. Xử trí biến chứng

- Khối máu tụ hoặc khối dịch tụ mức độ nhẹ thì không cần phải can thiệp phẫu thuật. Nếu ở mức độ nặng thì phẫu thuật lấy khối máu - dịch tụ.

- Nhiễm khuẩn: điều trị kháng sinh phù hợp.
- Áp xe bìu: phẫu thuật trích rạch mở áp xe.
- Tràn dịch màng tinh hoàn tái phát: phẫu thuật lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2017), *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tiết niệu,* ban hành kèm theo Quyết định số 5731/QĐ-BYT.

BỆNH TRĨ

MÃ ICD 10: I84

I. ĐẠI CƯƠNG

Trĩ là một bệnh thường gặp. Khi có triệu chứng thì tùy theo mức độ mà có những biện pháp điều trị khác nhau.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

- Lâm sàng: trĩ sa hoặc đi cầu có máu đỏ tươi dính theo phân, thường không đau.
- Khám: có thể thấy búi trĩ sa ra ngoài có màu hơi tím, niêm mạc ngoằn ngoèo.
- Thăm trực tràng: phát hiện búi trĩ nội.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Sa trực tràng
- Sa niêm mạc hậu môn
- Ung thư trực tràng - hậu môn.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nội khoa

Áp dụng cho các bệnh trĩ chưa có chỉ định phẫu thuật hoặc đã có chỉ định phẫu thuật trì hoãn hoặc bán cấp (điều trị trước mổ) hoặc sau phẫu thuật trĩ.

- Chế độ ăn nhiều chất xơ (rau cải), uống đủ nước, tránh táo bón.
- Ngồi ngâm nước ấm nhiều lần trong ngày, mỗi lần ngâm 5-10 phút.
- Thuốc chống táo bón: bisacodyl 5mg 1-2 viên uống vào buổi tối hoặc sorbitol 1 gói x 3 lần/ngày.
- Thuốc kháng viêm, giảm đau:

+ Diclofenac 50mg 1 viên x 3 lần/ngày hoặc
+ Meloxicam 7,5mg 1 viên x 2 lần/ngày hoặc
+ Celecoxib 200mg 1 viên x 2 lần/ngày.
+ Paracetamol 650mg 1 viên x 3 lần/ngày hoặc
+ Paracetamol + tramadol 1 viên x 3 lần/ngày hoặc
+ Paracetamol + codein 1 viên x 3 lần/ngày.

- Thuốc trợ tĩnh mạch: nhóm flavonoid chứa Diosmin và Hesperidin (Daflon 500mg)

+ Trĩ cấp: 2 viên x 3 lần/ngày x 4 ngày. Sau đó 2 viên x 2 lần/ngày x 3 ngày.
+ Duy trì: 1 viên x 2 lần/ngày.

- Kháng sinh: khi có biến chứng kèm viêm nhiễm:

+ Amoxicillin + acid clavulanic 1g x 2 lần/ngày hoặc
+ Ciprofloxacin 500mg 1 viên x 2 lần/ngày hoặc
+ Cefuroxim 500mg 1 viên x 2 lần/ngày.

2. Ngoại khoa

- Chỉ định phẫu thuật:

+ Trĩ nội: độ III, IV, trĩ vòng

+ Trĩ ngoại: phẫu thuật cấp cứu trong trường hợp thuyên tắc.

- Chuẩn bị bệnh nhân:

+ Chương trình: Fleetenema 1 ống bơm hậu môn trước mổ ít nhất 2 giờ.

+ Cấp cứu:

- Phương pháp vô cảm: tê tủy sống.

- Phẫu thuật:

+ Trĩ nội:

. Phương pháp Milligan- Morgan

. Phẫu thuật Longo

. Khâu treo trĩ.

+ Trĩ ngoại: rạch giải phóng cục máu đông gây tắc, cắt trĩ ngoại.

- Kháng sinh dự phòng:

+ Kháng sinh được lưa chọn: cefotaxime, ceftazidime, ceftriaxone… Nếu dị ứng với β- lactam thay thế bằng clindamycin + aminoglycoside hoặc fluoroquinolone, metronidazole + amonoglycoside

+ Liều lượng kháng sinh hiệu quả được tính theo cân nặng, thời gian sử dụng 3 đến 5 ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Chợ Rẫy (2018), *Phác đồ điều trị ngoại khoa.*

2. Nguyễn Đình Hối (2002), *Hậu môn trực tràng học,* Nhà xuất bản Y học.

3. Courtney M Townsend Jr, Beauchamp R Daniel (2017), *Sabiston Texbook of Surgery; The Biological Bais of Modem Sugery Practice, 20th edition.* Elsevier.

VIÊM CƠ, ÁP XE CƠ NHIỄM KHUẨN

MÃ ICD 10: M60

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm cơ nhiễm khuẩn là tổn thương viêm hoặc áp xe tại cơ vân do vi khuẩn gây nên. Nguyên nhân thường gặp nhất là tụ cầu vàng. Các loại vi khuẩn khác: liên cầu, lậu cầu, phế cầu, não mô cầu, *Burkholderia pseudomallei*, vi khuẩn Gram âm, các vi khuẩn yếm khí khác.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng lâm sàng

- Vị trí tổn thương: có thể gặp ở bất kỳ vị trí nào.

- Số lượng: thường ở một cơ. Ở những bệnh nhân nhiễm trùng huyết hoặc ở cơ địa suy giảm miễn dịch có thể tổn thương ở nhiều cơ.

- Viêm cơ thắt lưng chậu thường xảy ra sau các nhiễm trùng đường tiết niệu sinh dục hoặc phẫu thuật ở vùng bụng, thường do vi trùng lao hoặc do vi trùng sinh mủ. Trên lâm sàng, bệnh nhân thường đau ở vùng hạ sườn. Bệnh nhân thường không duỗi được chân bên có cơ bị viêm, khám khớp háng bình thường.

- Tính chất

+ Giai đoạn đầu (1-2 tuần đầu): sưng cơ, ấn chắc, có thể đỏ hoặc đau nhẹ.

+ Giai đoạn 2 (tuần 2-4): cơ sưng tấy đỏ rất đau, bùng nhùng khi ấn, chọc hút ra mủ.

+ Giai đoạn 3: có thể xuất hiện các biến chứng như áp xe xa, sốc nhiễm khuẩn...

- Biểu hiện toàn thân: hội chứng nhiễm trùng thường rõ:

+ Sốt cao 39-40^{o}C, sốt liên tục, dao động.

+ Gầy sút, mệt mỏi, môi khô, lưỡi bẩn.

2. Các thăm dò cận lâm sàng

2.1. Xét nghiệm

- Xét nghiệm máu: tế bào máu ngoại vi có thể tăng số lượng bạch cầu, tăng tỷ lệ bạch cầu đoạn trung tính; tăng tốc độ máu lắng, tăng CRP, tăng fibrinogen, tăng globulin. Procalcitonin máu có thể tăng trong trường hợp nhiễm trùng nặng.

- Cấy máu có thể dương tính.

- Chọc hút ổ mủ: chọc mù hoặc dưới hướng dẫn của siêu âm lấy mủ xét nghiệm:

+ Tế bào học: thấy nhiều bạch cầu đa nhân trung tính thoái hóa (tế bào mủ).

+ Các xét nghiệm vi sinh: soi tươi, nhuộm gram, nuôi cấy, BK, PCR lao.

+ Nuôi cấy mủ phân lập được vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.

- Các xét nghiệm khác để đánh giá chức năng cơ quan tùy theo bệnh cảnh lâm sàng và bệnh đi kèm.

2.2. Chẩn đoán hình ảnh

- Siêu âm cơ: có thể thấy các hình ảnh cơ tăng thể tích, mất cấu trúc sợi cơ, các ổ có cấu trúc siêu âm hỗn hợp, áp xe cơ.

- X quang quy ước: tổn thương các cơ ở chi: chụp chi có cơ tổn thương có thể thấy hình ảnh viêm xương màng xương kết hợp. Tổn thương cơ thắt lưng chậu: Vùng cột sống thắt lưng có thể thấy rõ bóng cơ thắt lưng chậu, bóng khí. Hình ảnh canxi hóa tại vùng áp xe gợi ý vi khuẩn lao.

- Chụp cắt lớp vi tính: được chỉ định với cơ thắt lưng chậu cho phép phát hiện sớm tổn thương với độ nhạy cao. Nếu thấy khí tại vùng cơ, tức là đã có áp xe.

3. Chẩn đoán xác định

- Dựa vào lâm sàng (các dấu hiệu tại chỗ và toàn thân).

- Xét nghiệm bilan nhiễm trùng.

- Chẩn đoán hình ảnh (siêu âm, chụp cắt lớp vi tính).

- Nuôi cấy phân lập vi khuẩn.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Dùng kháng sinh sớm theo kinh nghiệm dựa trên bệnh cảnh lâm sàng (ngay sau khi làm các xét nghiệm vi sinh), liều cao, đường tĩnh mạch (sau có thể chuyển đường uống), đủ thời gian (4-6 tuần). Khi có kết quả vi sinh, lựa chọn kháng sinh dựa theo kháng sinh đồ.

- Kết hợp chọc hút dẫn lưu mủ hoặc phẫu thuật dẫn lưu ổ mủ (giai đoạn 2, 3).

- Điều trị triệu chứng và nâng cao thể trạng, chống sốc nhiễm khuẩn (nếu có).

2. Điều trị cụ thể

- Khi chưa có kết quả cấy máu, dịch: dùng ngay kháng sinh oxacillin đường tĩnh mạch (TM) mỗi 6 giờ một lần (8g/ngày), hoặc clindamycin 2,4g TM/ngày chia 4 lần.

- Đối với tụ cầu còn nhạy cảm với methicillin

+ Cefazolin 1g TM mỗi 8 giờ x 2 tuần *hoặc*

+ Levofloxacin 750mg TM mỗi 24 giờ x 2 tuần *hoặc*

+ Moxifloxacin 400mg TM mỗi 24 giờ x 2 tuần *hoặc*

+ Ampicillin/sulbactam 3g TM mỗi 6 giờ x 2 tuần *hoặc*

Sau đó chuyển sang:

+ Cephalexin 500mg uống mỗi 6 giờ x 2 tuần *hoặc*

+ Điều trị phối hợp clindamycin 300mg uống mỗi 6 giờ x 2 tuần với levofloxacin 750mg uống mỗi 24 giờ x 2 tuần *hoặc* moxifloxacin 400mg uống mỗi 24 giờ x 2 tuần.

- Nếu nghi ngờ tụ cầu (*Staphylococcus aureus*) kháng methicillin:

+ Vancomycin 1g TM mỗi 12 giờ x 2 tuần, *hoặc*

+ Linezolid 600mg TM mỗi 12 giờ x 2 tuần.

Sau đó chuyển sang: Linezolid 600mg uống mỗi 12 giờ x 2 tuần.

- Nếu nghi ngờ nhiễm Gram (+) khác:

+ Cefazolin TM 3g/ngày chia 3 lần trong 2-3 tuần sau đó dùng cefalexin 4g/ngày chia 4 lần (4-6 tuần). *hoặc*

+ Clindamycin TM 1800mg/ngày, chia 3 lần trong 2-3 tuần; sau đó duy trì bằng uống clindamycin 1800mg/ngày, chia 3 lần trong 4-6 tuần, *hoặc*

+ Lincomycin TM 1800mg/ngày, chia 3 lần (2-3 tuần); sau đó duy trì bằng uống lincomycin 1800mg/ngày, chia 3 lần trong 4-6 tuần.

- Nếu nghi ngờ nhiễm liên cầu (*Streptococcus group A*):

+ Penicillin G TM 2-4 triệu IU mỗi 4-6 giờ, sau chuyển sang penicillin V uống, *hoặc*

+ Ceftriaxone TM 1-2 g/24 giờ

- Nếu nghi nhiễm trùng trực khuẩn mủ xanh cần phối hợp ceftazidim 2g/lần x 2-3 lần/ngày với gentamycin 3 mg/kg/ngày- dùng một lần tiêm bắp vào buổi sáng.

- Phần lớn các nhiễm vi khuẩn gram âm đường ruột: kháng sinh cephalosporin thế hệ 3 hoặc 4 đường TM trong 3-4 tuần, hoặc thuốc nhóm fluoroquinolon như levofloxacin 500mg đường tĩnh mạch hoặc uống mỗi 24 giờ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2014), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp,* ban hành kèm theo Quyết định số 361/QĐ-BYT.

NHIỄM KHUẨN DA VÀ MÔ MỀM

MÃ ICD 10: L30.3

I. ĐỊNH NGHĨA VÀ PHÂN LOẠI

Nhiễm trùng da và mô mềm là tình trạng viêm cấp tính của da và mô mềm thường do các vi khuẩn ký sinh trên da như tụ cầu, liên cầu, … gây ra khi có các yếu tố thuận lợi với các đặc điểm sưng nóng đỏ đau vùng da và phần mềm bị tổn thương.

Phân loại theo Hiệp hội bệnh truyền nhiễm Hoa Kỳ (IDSA) gồm 5 loại:

- Nhiễm trùng bề mặt da.
- Nhiễm trùng đơn giản: chốc, viêm quầng, viêm mô tế bào.
- Nhiễm trùng hoại tử.
- Nhiễm trùng liên quan đến vết cắn của thú vật.
- Nhiễm trùng liên quan đến phẫu thuật và suy giảm miễn dịch.

II. NGUYÊN NHÂN

Một số tác nhân gây bệnh theo cấu trúc da và mô mềm:

Cấu trúc giải phẫu	Loại nhiễm khuẩn	Tác nhân gây bệnh
Thượng bì	Thủy đậu, sởi	*Varicella zoster virus, Measles virus*
Lớp keratin	Nấm da	*Microsporum* *Epidermophyton* *Trichophyton*
Biểu bì	Chốc, loét	*Strep pyogenes* *Staphylococus aureus*
Hạ bì	Viêm quầng	*Strep pyogenes*
Nang lông	Viêm nang lông, mụn nhọt	*Staphylococus aureus*
Tuyến bã	Mụn trứng cá	*Propionibacterium acnes*
Mô mỡ dưới da	Viêm mô tế bào	*Liên cầu tan huyết nhóm β*
Cân mạc	Viêm hoại tử cân mạc	*S.pyogenes và vi khuân yếm khí*
Lớp cơ	Viêm cơ và hoại tử cơ	*S.aureus và C.perfringens*

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

1.1. Triệu chứng tại chỗ

- Nhẹ: nhọt, mụn mủ, bọng nước, mảng hồng ban, sau đó đóng vẩy, diễn tiến ly tâm.

- Tổn thương sâu hơn (viêm mô tế bào, hoại tử mạc - cơ) sưng, nóng, đỏ, đau, bề mặt da giống như vỏ cam, ranh giới giữa vùng da bệnh và lành không rõ.

- Bọng nước, xuất huyết dạng điểm hoặc mảng, vỡ ra làm cho nhiễm trùng càng lan rộng và sâu hơn.

- Hạch vùng da tổn thương có thể có hoặc không.

1.2. Triệu chứng toàn thân

Sốt lạnh run, mệt mỏi, xanh xao, gầy sút, chán ăn.

- Dấu hiệu nặng:

+ Huyết áp tâm thu < 90mmHg.

+ Mạch > 100 lần/phút hoặc < 60 lần/phút.

+ Nhiệt độ > 39^{o}C hoặc < 36,5^{o}C.

+ Phân độ (Eron):

Độ	Dấu hiệu toàn thân	Bệnh đi kèm
I	(-)	(-)
II	(+/-)	(+/-)
III	Dấu hiệu nhiễm độc và triệu chứng toàn thân (sốt, mạch nhanh, HA tụt, thở nhanh)	(+/-)
IV	H/C nhiễm trùng nhiễm độc nặng đe dọa tính mạng (sốc, trụy tim mạch, nhiễm toan, suy hô hấp,…)	(+/-)

2. Cận lâm sàng

2.1. Xét nghiệm

- Tế bào máu ngoại vi: tăng số lượng bạch cầu, đặc biệt là bạch cầu đa nhân.

- Tăng tốc độ lắng máu.

- Tăng nồng độ protein C phản ứng huyết thanh (CRP).

- Cấy máu định danh vi khuẩn: có thể dương tính.

- Các xét nghiệm khác để đánh giá chức năng cơ quan tùy theo bệnh cảnh lâm sàng và bệnh đi kèm.

2.2. Siêu âm

Có thể thấy hình ảnh viêm - áp xe tổ chức dưới da và mô mềm, cơ.

2.3. Vi trùng học

Soi tươi, nuôi cấy, kháng sinh đồ của các loại bệnh phẩm như máu và dịch tiết hoặc mủ tại vị trí sang thương.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Loại bỏ tình trạng nhiễm trùng bằng kháng sinh phù hợp và chăm sóc vết thương.

- Phòng ngừa tình trạng nhiễm trùng lan rộng.

2. Kháng sinh

Kháng sinh nên điều trị ngay trước khi có kết quả kháng sinh đồ, có thể dựa trên phân độ Eron

- Độ I: kháng sinh đường uống: dicloxacillin, erythromycin, cephalexin, augmentin, clindamycin

- Độ II và độ III: kháng sinh đường toàn thân: oxacillin (1-2g/4h/ngày); clindamycin (600mg/8h/ngày); vancomycin (30mg/kg chia 2 lần/ngày). MRSA: vancomycin, linezolid, daptomycin.

- Độ III-IV: phối hợp các kháng sinh, hoặc với meropenem, ertapenem, imipenem.

- Đánh giá đáp ứng lâm sàng sau 48-72 giờ, sau đó điều chỉnh kháng sinh theo kháng sinh đồ.

3. Điều trị hỗ trợ

- Giảm đau: paracetamol, codein, tramadol, …

- Kháng viêm không steroid khi cần.

- Tại chỗ: thay băng hay chăm sóc vết thương, phẫu thuật cắt lọc hay dẫn lưu mủ khi cần.

- Toàn thân: nâng tổng trạng, điều chỉnh nước - điện giải, bù protein, albumin, huyết tương, máu khi cần.

4. Theo dõi

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn, các triệu chứng toàn thân, triệu chứng tại chỗ để phát hiện diễn biến chuyển độ nặng đòi hỏi thay đổi chiến thuật điều trị phù hợp và kịp thời.

- Theo dõi chức năng gan, thận và bilan viêm (tế bào máu ngoại vi, tốc độ lắng máu, CRP) thường xuyên.

- Thời gian điều trị tùy dạng lâm sàng, có thể kéo dài 4-6 tuần,

- Có thể chuyển sang kháng sinh đường uống khi lâm sàng ổn định sau 10-14 ngày. Điều kiện là phải phù hợp kháng sinh đồ và kiểm soát tốt tình trạng nhiễm trùng, các bệnh đi kèm ổn định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2014), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp,* ban hành kèm theo Quyết định số 361/QĐ-BYT.

ĐIỀU TRỊ TRẬT KHỚP

I. ĐẠI CƯƠNG

Trật khớp là sự di lệch hoàn toàn hay không hoàn toàn các mặt khớp với nhau. Nguyên nhân thường gặp là chấn thương do một tác nhân tác động gián tiếp trên khớp hoặc do động tác sai tư thế của khớp. Trật khớp cũng có thể do bệnh lý nhưng rất ít gặp, vì vậy khi nói đến trật khớp thì đó là trật khớp chấn thương.

Trật khớp gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng nhiều nhất ở tuổi trẻ.

Tổn thương cơ bản của trật khớp là đứt, rách các dây chằng và bao khớp. Chẩn đoán trật khớp không khó, điều trị sớm thường dễ thành công và dự hậu tốt, điều trị muộn thì rất khó khăn và cơ năng thường kém.

II. TỔN THƯƠNG GIẢI PHẪU CỦA TRẬT KHỚP

Một đơn vị khớp gồm có 5 thành phần:

- Mặt sụn khớp với lớp xương dưới sụn và bao hoạt dịch
- Bao khớp và dây chằng.
- Cơ, gân quanh khớp.
- Thần kinh vận động và cảm giác cho khớp.
- Mạch máu nuôi dưỡng các thành phần trên.

Khi khớp bị trật, các thành phần trên sẽ bị tổn thương: bao khớp rách; dây chằng đứt; mạch máu đứt gây nên tụ máu trong khớp; thần kinh bị tổn thương gây đau, cơ gân thường không đứt và chính nó gây nên các triệu chứng biến dạng và dấu lò xo. Mặt sụn khớp nếu được nắn lại sớm thường không bị tổn thương, nếu để trật lâu ngày có thể gây nên hư sụn và gây ra hư khớp về sau. Một số trường hợp trật khớp háng còn gây nên biến chứng hoại tử chỏm xương đùi vì thiếu máu nuôi dưỡng.

III. PHÂN LOẠI TRẬT KHỚP

Phân loại trật khớp theo 5 phương diện sau đây:

1. Theo thời gian

Có 3 loại:

- Trật khớp cấp cứu: bệnh nhân đến khám trước 48 giờ sau khi bị tai nạn.
- Trật khớp đến sớm: bệnh nhân đến khám trước 3 tuần sau khi bị tai nạn.
- Trật khớp đến muộn (còn gọi là trật khớp cũ): các trường hợp bệnh nhân đến khám sau 3 tuần.

Cách phân loại này cho chúng ta khái niệm sẽ nắn khó hay dễ. Trật khớp đến muộn bao khớp rách có thể đã liền sẹo và ổ khớp bị lấp đầy bởi mô xơ, hơn thế nữa các cơ bị co rút sẽ làm cho việc nắn kín khó khăn. Mốc trật khớp cũ là 3 tuần là thời gian lành bao khớp. Tuy nhiên không phải đúng chính xác là 3 tuần mà thời gian này có thể ±

vài ngày. Có những trật khớp sớm hơn 3 tuần nhưng khó nắn và có những trật khớp sau 3 tuần vẫn có thể nắn lại được dễ dàng.

2. Theo giải phẫu và X-quang

Có 3 loại:

- Trật khớp hoàn toàn: các mặt khớp không còn nhìn nhau, di lệch nhiều.

- Bán trật: các mặt khớp di lệch không hoàn toàn.

- Gãy trật: trật khớp kèm thêm gãy xương tại ổ trật khớp.

Cách phân loại này cho biết mức độ phức tạp và khả năng nắn chỉnh trật khớp. Loại bán trật, các mặt khớp không trật hoàn toàn, chỉ bị cấp kênh, phải tìm nguyên nhân gây nên cấp kênh, hai mặt khớp bị cấp kênh sẽ làm cho sự vận động của khớp không được hoàn hảo, đôi khi gây ra hư khớp. Loại gãy trật là loại gãy phức tạp vì có thêm gãy xương trong ổ trật khớp có thể làm ổ khớp mất vững, dễ trật lại sau nắn hoặc không nắn chỉnh bảo tồn được mà đòi hỏi phải phẫu thuật.

3. Theo mức độ tái phát

Có 3 loại:

- Trật khớp lần đầu.

- Trật khớp tái diễn: Khi khớp ấy bị trật từ lần thứ hai trở lên sau một thời gian lành. Thường gặp ở trật khớp vai.

- Trật khớp thường trực: Khớp thường xuyên bị trật sau một động tác. Thường gặp trong trật xương bánh chè do đứt dây chằng cánh trong. Xương bánh chè trật ra ngoài khi bệnh nhân gập gối và trở về vị trí cũ khi bệnh nhân duỗi gối.

Trật khớp tái diễn và trật khớp thường trực chỉ xảy ra ở một ít các khớp do đặc điểm về giải phẫu, việc điều trị thường là phẫu thuật để chỉnh sửa hoặc phục hồi các thương tổn giải phẫu đó.

4. Theo thể lâm sàng

Có 4 loại:

- Trật khớp kín.

- Trật khớp hở: trật khớp có vết thương thông vào ổ khớp. Có 2 tổn thương chính là trật khớp và vết thương khớp.

- Trật khớp kèm biến chứng thần kinh, mạch máu. Ngoài trật khớp còn có tổn thương khác là mạch máu hoặc/và thần kinh cần phải được xử lý tốt.

- Trật khớp khoá (trật khớp kẹt): do có mảnh xương nhỏ bị vỡ và kẹt vào giữa 2 mặt khớp, gây nên sự nắn khớp khó khăn. Thường gặp trong trật khớp khuỷu có kèm gãy mỏm trên ròng rọc (mỏm trên lồi cầu trong).

5. Theo vị trí trật của chỏm hoặc hõm khớp

Đây là cách để chúng ta gọi tên một trật khớp, là hình dáng bên ngoài (các cách phân loại trên thể hiện nội dung bên trong). Dựa vào vị trí của chỏm hoặc hõm khớp (đầu

xa) có các loại trật ra trước, ra sau, vào trong, ra ngoài, lên trên, xuống dưới. Riêng khớp háng có kiểu trật trung tâm.

Khi gặp một trật khớp, ngoài hình thức là vị trí trật, chúng ta phải xác định nội dung nó thuộc loại nào theo cả 4 cách phân chia trên. Trong chẩn đoán nếu chỉ ghi là trật khớp thì có nghĩa là nó thuộc loại trật khớp kín, lần đầu, trật hoàn toàn và đến sớm hoặc cấp cứu.

IV. CHẨN ĐOÁN TRẬT KHỚP

1. Bệnh sử

- Hỏi kỹ cơ chế chấn thương, thông thường là chấn thương gián tiếp. Lực tác động kiểu đòn bẫy.

- Tuổi người bệnh: thường gặp ở người trẻ. Ở người già cùng một cơ chế chấn thương thì gặp nhiều gãy xương hơn vì xương bị mất chất vôi nên dễ gãy.

2. Triệu chứng lâm sàng

Ngoài các triệu chứng như sưng, đau, mất cơ năng, là những triệu chứng không đặc hiệu cần tìm 3 nhóm triệu chứng đặc hiệu của trật khớp gồm có:

- Biến dạng: Mỗi kiểu trật có biến dạng đặc hiệu của nó, gọi là biến dạng điển hình vì chỉ cần thấy biến dạng có thể chẩn đoán được có trật khớp. Trong gãy xương biến dạng có thể thay đổi theo tư thế của chi, còn trong trật khớp biến dạng không thay đổi nếu khớp chưa được nắn.

- Dấu ổ khớp rỗng: hay là ổ khớp không có chỏm. Khi khám cần so sánh với bên lành để xác định.

- Dấu lò xo: làm động tác thụ động ngược chiều với biến dạng, khi buông tay ra chi trật khớp sẽ bật trở lại tư thế biến dạng.

Dấu hiệu biến dạng và lò xo có thể bị mất nếu kèm theo gãy xương (gãy trật hoặc gãy xương đi kèm). Dấu hiệu ổ khớp rỗng chỉ gặp trong trật khớp hoàn toàn. Đây là dấu hiệu rất tin cậy, tuy nhiên những trường hợp đến muộn do chi sưng nề nhiều nên việc tìm triệu chứng này đôi khi rất khó khăn.

- X-quang: phải chụp đủ cả 2 bình diện Mặt và Bên. Phim X-quang xác định trật khớp kiểu gì và có kèm gãy xương không (gãy trật hoặc kèm thêm gãy xương nơi khác).

V. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ TRẬT KHỚP

Nguyên tắc chung là: NẮN – BẤT ĐỘNG – TẬP VẬN ĐỘNG

Tuy nhiên cần chú ý các vấn đề sau đây:

- Phải khám toàn diện bệnh nhân để phát hiện những tổn thương khác nặng hơn có thể đi kèm cần điều trị trước.

- Phải xác định loại trật khớp trước khi điều trị, nhất là trật khớp kèm biến chứng thần kinh.

- Phải có đủ phim X-quang trước khi nắn khớp. Ngoài việc xác định trật khớp, phim X-quang còn cho biết kiểu trật khớp, các tổn thương xương phối hợp và để theo dõi điều trị.

- Khớp bị trật cần được nắn lại càng sớm càng tốt. Nắn sớm thường dễ nắn, dễ phục hồi, ít biến chứng.

- Khi nắn khớp không được gây đau. Phải gây tê ổ khớp, tê vùng hoặc gây mê.

- Thời gian bất động khớp sau nắn dựa vào 2 yếu tố:

+ Thời gian lành bao khớp, xương gãy.

+ Sự phục hồi chức năng của khớp.

Thời gian bất động thay đổi tùy mỗi khớp và loại trật khớp. Trong trật khớp đơn thuần, nếu khớp không dễ dàng bị trật lại sau khi nắn thì việc bất động lâu dài sẽ không cần thiết (không bất động lâu chờ cho bao khớp lành hẳn mà chỉ bất động tương đối và cho bệnh nhân tập vận động sớm).

- Trong trật khớp cũ có 2 vấn đề cần chú ý:

+ Bao khớp, gân cơ bị co rút.

+ Ổ khớp bị lấp đầy bởi mô xơ.

Cho nên việc nắn bảo tồn thường không đạt kết quả. Phải mổ để đặt lại hoặc tạo hình khớp.

Khi can thiệp phẫu thuật vào ổ khớp sẽ có một số bất lợi như:

+ Làm tổn thương thêm bao khớp và dây chằng.

+ Gây dính khớp.

+ Phải bất động lâu dễ bị cứng khớp.

+ Có thể bị nhiễm trùng vả viêm khớp.

Vì vậy chỉ định phải cân nhắc, nếu sau mổ kết quả tốt hơn thì mới nên thực hiện.

VI. CÁC TRẬT KHỚP THƯỜNG GẶP

1. Chi trên

- Khớp vai: thường gặp nhất ở chi trên, tổn thương cơ bản là rách, dãn bao khớp, các dây chằng bao khớp, sụn viền. Biến chứng hay gặp đi kèm liệt thần kinh mủ và thần kinh cơ bì (liệt cơ delta, cơ nhị đầu, cánh tay trước). Trật khớp tái diễn có thể gặp muộn về sau.

- Khớp cùng-đòn: có thể nhầm với gãy đầu ngoài xương đòn. Tổn thương cơ bản là đứt dây chằng cùng đòn và quạ đòn gây nên triệu chứng "phím đàn dương cầm". Điều trị phải phục hồi các dây chằng này.

- Khớp khuỷu: gặp nhiều sau trật khớp vai. Là loại khớp ròng rọc, thường gặp trật ra sau. Khớp được giữ vững sau nắn nếu để gập, để duỗi dễ bị trật lại vì vậy gặp khá nhiều trật khớp cũ do bó thuốc và bất động ở tư thế duỗi. Trật khớp khóa là đặc điểm của trật khớp này do gãy mỏm trên ròng rọc kèm theo có thể kẹt vào khe khớp gây khó nắn.

- Khớp quay-trụ trên: trật khớp đơn thuần hiếm gặp, thể hiện lâm sàng qua trật khớp cánh tay-quay và thường gặp trong gãy trật Monteggia. Tổn thương cơ bản là đứt dây chằng vòng và rách màng liên cốt. Do đi kèm với gãy xương trụ nên cần chú ý điều trị tốt gãy xương. Đa số phải mổ kết hợp xương trụ, đôi khi phải tái tạo dây chằng vòng.

- Khớp quay-trụ dưới: tổn thương cơ bản là đứt dây chằng tam giác, có thể gặp trật đơn thuần (có dấu phím đàn dương cầm) hoặc kèm theo gãy đầu dưới xương quay nhất là gãy trật Galéazzi.

- Khớp cổ tay, trật xương bán nguyệt: tổn thương là các dây chằng quanh xương bán nguyệt (gọi là trật quanh xương bán nguyệt).

- Khớp thang-bàn: khớp hình yên ngựa. Trật khớp này làm hạn chế động tác dạng ngón cái. Thường gặp trong gãy trật Bennett.

- Khớp bàn-ngón: có biến dạng hình chữ chi (Z). Khớp bàn ngón I có 2 xương vừng, nắn không đúng kỹ thuật làm 2 xương này lọt vào khe khớp thì không thể nắn được nữa mà phải mổ để gỡ kẹt. Khớp bàn ngón II nếu trật chỏm xương bàn có thể bị kẹt bởi dây chằng ngang, tấm sụn lòng, gân gập, gân cơ giun, làm cho không thể nắn bảo tồn được mà phải mổ.

2. Chi dưới

- Khớp háng: là khớp lớn nhất cơ thể, có hỏm khớp sâu nên nếu bị trật thường do lực chấn thương mạnh kiểu đòn bẩy. Đa số trật ra sau (80%), có thể kèm vỡ bờ sau ổ cối. Trật đơn thuần rất dễ chẩn đoán bằng lâm sàng. Nắn khớp cần vô cảm bằng gây mê.

- Khớp gối: ít gặp, lực chấn thương thường làm gãy lồi cầu và mâm chày. Loại trật khớp này cần được chú ý đến động mạch khoeo.

- Xương bánh chè: trật khớp do đứt các dây chằng cánh, vì vậy có loại trật thường trực.

- Khớp cổ chân: thường gặp trong gãy hai mắt cá. Cần chú ý gọng chày mác.

- Các khớp ở bàn chân: thường gặp gãy trật như gãy trật khớp Lisfranc, gãy trật các xương bàn chân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2017), *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa chuyên khoa Chấn thương Chỉnh hình,* ban hành kèm theo Quyết định số 5728/QĐ-BYT.

2. Bệnh viện Chợ Rẫy (2018), *Phác đồ điều trị 2018 phần Ngoại khoa.*

ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG

MÃ ICD 10:

- *Gãy xương của chi trên, tầm chưa xác định:* ***T10***
- *Gãy xương chi dưới, tầm chưa xác định:* ***T12***
- *Gãy xương bàn chân, trừ cổ chân:* ***S92***
- *Gãy xương ức:* ***S22.2***
- *Gãy xương sườn:* ***S22.3***

I. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

Dựa vào:

- Tuổi, giới
- Nguyên nhân, cơ chế
- Các dấu hiệu lâm sàng
- Cận lâm sàng:
  + X-quang quy ước: chụp tối thiểu hai bình diện.
  + CT scan: gãy phức tạp vùng khớp.
  + MRI: khi nghi ngờ có tổn thương dây chằng, sụn chêm.
  + Siêu âm: mô mềm, mạch máu.

II. PHÂN LOẠI GÃY XƯƠNG

- Gãy kín hoặc gãy hở.
- Căn cứ phim X-quang: vị trí gãy, đường gãy, di lệch.
- Phân loại dựa trên mức độ vững:

+ Gãy vững: các loại gãy nứt, không di lệch, gãy ngang ít di lệch

+ Gãy không vững: các loại gãy chéo, xoắn, nhiều mảnh, đa tầng, di lệch mặt khớp.

III. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ CƠ BẢN

Ưu tiên: cứu mạng, cứu chi, phục hồi chức năng, thẩm mỹ.

Mục đích: liền xương tốt, phục hồi chức năng, không để xảy ra biến chứng.

Các bước: nắn xương, bất động xương gãy, tập vận động sớm.

IV. CÁC HÌNH THỨC ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG

1. Điều trị bảo tồn

Bó bột, nẹp bột, đai, nẹp vải, băng thun, nẹp thun.

2. Điều trị phẫu thuật

- Kết hợp xương vững chắc: vận động sớm, chịu lực sớm, liền xương kỳ đầu.

- Kết hợp xương ít vững chắc: dụng cụ không thay thế hoàn toàn chức năng nâng đỡ của xương, vận động sớm, không chịu lực sớm, cần bất động thêm bằng bột, nẹp bột, liền xương kỳ hai.

- Kết hợp xương không vững chắc: dụng cụ chỉ áp giữ các mãnh gãy không di lệch, Kirschner, chỉ thép, vis, cần tăng cường bằng bột, liền xương kỳ hai.

- Kéo liên tục: tránh co rút cơ, nắn xương gãy.

V. CHĂM SÓC VÀ THEO DÕI

Mục tiêu: phát hiện, ngăn ngừa và dự phòng các biến chứng.

- Chụp X-quang kiểm tra sau cố định xương, đánh giá kết quả, điều chỉnh xương.

- Theo dõi chèn ép bột, vận động sớm tăng cường lưu thông máu vùng gãy, kiểm tra di lệch thứ phát, thay bột.

- Theo dõi nhiễm trùng hậu phẫu, dẫn lưu.

- Tập vận động chủ động: phục hồi chức năng, tránh biến chứng rối loạn dinh dưỡng, teo cơ, loãng xương, cứng khớp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2017), *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa chuyên khoa Chấn thương Chỉnh hình,* ban hành kèm theo Quyết định số 5728/QĐ-BYT.

2. Bệnh viện Chợ Rẫy (2018), *Phác đồ điều trị 2018 phần Ngoại khoa.*

GÃY XƯƠNG HỞ

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy xương hở là gãy xương có kèm vết thương phần mềm thông với ổ gãy. Gãy xương hở do nhiều nguyên nhân và chiếm hàng đầu là tai nạn giao thông.

Gãy xương hở thường có 40-70% kết hợp với chấn thương nơi khác (đầu, ngực, bụng...). Gãy xương hở cũng thường xuyên đi kèm với tổn thương mô mềm gây ra hội chứng chèn ép khoang, đi kèm với tổn thương dây chằng các khớp kế cận.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Phân loại gãy xương hở theo Gustélo (1984)

Độ I:

+ Rách da < 1cm
+ Vết thương hoàn toàn sạch
+ Cơ dập ít
+ Xương gãy đơn giản

Độ II:

+ Rách da > 1cm
+ Cơ dập nhẹ đến vừa
+ Tổn thương phần mềm rộng, có thể có tróc da còn cuống, hoặc tróc hẳn vạt da.
+ Xương gãy ngang, chéo ngắn, mảnh rời nhỏ.

Độ III:

+ IIIa: vết rách phần mềm rộng tương ứng với vùng xương gãy hoặc vết thương trong tầm đạn bắn gần.

+ IIIb: vết thương mô mềm rộng, với màng xương bị tróc ra, và đầu xương gãy lộ ra ngoài, vùng gãy xương bị nhiễm bẩn nhiều.

+ IIIc: vết thương dập nát nhiều, xương gãy phức tạp và có tổn thương mạch máu.

2. Lâm sàng

- Nhìn thấy xương gãy.
- Chảy máu có váng mỡ.
- Cắt lọc từng lớp thấy thông vào ổ gãy.

3. Cận lâm sàng

- X-quang 2 bình diện thẳng, nghiêng cho biết vị trí gãy, di lệch, đường gãy, các tổn thương đi kèm...
- Xét nghiệm tiền phẫu:

+ Tổng phân tích tế bào ngoại vi (18 thông số máu).
+ Sinh hóa: ure, creatinin, glucose, AST, ALT.
+ Ion đồ: kali, natri, canxi ion hoá.
+ Nước tiểu 10 thông số.
+ TQ, TCK, fibrinogen.
+ Nhóm máu hệ ABO, Rh(D)
+ Test nhanh HIV.

+ Điện tim, X-quang tim phổi thẳng.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Cắt lọc vết thương

Là việc làm quan trọng và thiết thực trong điều trị gãy xương hở, mục đích loại bỏ các mô dập nát, máu tụ, dị vật.

2. Nắn chỉnh lại xương gãy

- Cần che xương, mạch máu, thần kinh và gân.
- Da có thể để hở, sẽ khâu lại hoặc ghép da thì 2.

3. Bất động xương gãy vững chắc và liên tục sau khi đã nắn tốt

Để bất động có thể dùng: bó bột, đặt cố định ngoài (rất phổ biến ngày nay).

4. Dùng kháng sinh

Kháng sinh nên dùng sớm ngay khi mới vào viện, kháng sinh có phổ tác dụng rộng, liều cao và liên tục, ít nhất 3-5 ngày bằng đường tiêm, khi vết thương ổn định thay bằng đường uống.

5. Điều trị sau mổ

- Truyền dung dịch đẳng trương.
- Truyền máu khi có chỉ định.
- Truyền đạm, lipid (theo hội chẩn).

Thuốc:

- Kháng sinh: Cephalosporin thế hệ thứ 3 hoặc thứ 4 đơn thuần hoặc kết hợp nhóm cephalosporin thế hệ thứ 3 hoặc thứ 4 với nhóm Aminoglycosis hoặc kết hợp nhóm cephalosporin thế hệ thứ 3 hoặc thứ 4 với nhóm Quinolone hoặc theo hội chẩn.
- Giảm đau.
- Kháng viêm.
- Cầm máu.

IV. THEO DÕI BIẾN CHỨNG

- Sốc chấn thương
- Tắc mạch máu do mỡ
- Chèn ép khoang
- Nhiễm trùng

V. CHỈ ĐỊNH CHUYỂN TUYẾN TRÊN

- Gãy hở từ độ II trở lên.
- Gãy hở độ I có biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2017), *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa chuyên khoa Chấn thương Chỉnh hình,* ban hành kèm theo Quyết định số 5728/QĐ-BYT.

2. Bệnh viện Chợ Rẫy (2018), *Phác đồ điều trị 2018 phần Ngoại khoa.*

VIÊM XƯƠNG CHẤN THƯƠNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm xương chấn thương chỉ các nhiễm trùng xương do các vi trùng thường, không đặc hiệu, ngoại sinh từ ngoài vào sau gãy xương hở, sau các phẫu thuật, sau kết hợp xương trong gãy xương kín cũng như trong gãy xương hở.

Phân loại:

- Viêm xương chấn thương cấp tính (hay nhiễm trùng ổ gãy xương): trong vòng 3-4 tuần lễ đầu tính từ thời điểm có dấu hiệu nhiễm trùng vết mổ của gãy xương hở hoặc sau kết hợp xương.

- Viêm xương chấn thương mãn tính: sau tuần thứ 4 (từ tháng thứ 2) bao gồm:

+ Viêm màng xương do sẹo da xơ chai: viêm xương khu trú bề mặt của xương màng xương bị bong ra lộ xương đổi màu (trắng ngà hoặc màu vàng).

+ Viêm xương có lỗ dò: thường phức tạp có nhiều ổ mủ nhưng chưa có xương tù và xương chết.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Viêm xương cấp tính

- Sau một gãy xương hở hoặc sau mổ kết hợp xương có thể có sốt cao, rét run, vết mổ sưng tấy đỏ, đau, làm mủ (cấp tính).

- Hoặc sau khi dùng kháng sinh còn thấy sốt dao động kéo dài, thường chỉ thấy sốt nhẹ từ 37,5-38^{o}C.

- Triệu chứng sưng nóng, đỏ tại chỗ không rõ, chỉ có đau nhức dai dẳng, kém ăn mất ngủ, đó là triệu chứng đang nung mủ cần được phẫu thuật cắt lọc dẫn lưu tháo mủ.

2. Giai đoạn mãn tính

Có đầy đủ các triệu chứng điển hình:

- Đau tại chỗ kéo dài.
- Sốt kéo dài: 37-38^{0} C.
- Dò mủ tái phát nhiều lần.
- Lỗ dò miệng hình phễu.
- Xương to xù xì biến dạng.

Chẩn đoán cận lâm sàng:

- X-quang thường quy 2 tư thế thẳng và nghiêng.
- CT scaner.
- Các xét nghiệm: công thức máu cơ bản, sinh hóa máu (glucose, ure, creatinine, AST, ALT, protein, albumin, CRP, …)

III. ĐIỀU TRỊ

Điều trị viêm xương chấn thương tuỳ thuộc vào hình thái viêm xương, bao gồm:

- Kháng sinh.
- Phẫu thuật: cắt lọc, lấy dị vật, lấy phương tiện kết hợp xương, lấy xương chết.
- Bất động.

1. Điều trị viêm xương chấn thương cấp

- Nếu có dấu hiệu nhiễm trùng sau mổ phải cắt bỏ tất cả các nốt chỉ khâu, mở rộng vết mổ để dẫn lưu dịch và máu tụ, dùng kháng sinh và bất động.

- Nếu xử trí như vậy mà triệu chứng lâm sàng không giảm thì phải tiến hành phẫu thuật cắt lọc triệt để.

- Cố định chỉ định cho gãy hở xương đùi độ IIIb bị nhiễm trùng cấp.

- Nếu vết thương đã nhiễm trùng có mủ thì phẫu thuật lấy bỏ các mảnh xương vụn và các kết hợp xương bên trong thay bằng cố định ngoài.

- Tất cả các trường hợp phải để hở da chỉ khâu che xương.

- Kháng sinh: dùng kháng sinh có phổ kháng khuẩn rộng, đường toàn thân, theo kết quả kháng sinh đồ (có hiệu quả tốt nhất).

2. Điều trị viêm màng xương loét da

- Cắt bỏ xẹo xơ chai.
- Đục bạt bỏ bề mặt xương viêm.
- Vá da nuôi dưỡng tốt.

3. Điều trị viêm xương có lỗ dò

- Cắt bỏ đường dò.
- Cắt bỏ mô bị xơ hoá.
- Để hở vết thương.
- Kháng sinh.
- Bất động xương (đề phòng gãy xương).

4. Điều trị viêm xương có xương chết

- Phẫu thuật cắt bỏ đường dò.
- Lấy bỏ xương chết.
- Cố định xương đề phòng gãy xương.
- X-quang theo dõi trong nhiều năm.
- Phải dùng kháng sinh đủ liều liên tục đúng thời gian.
- Trong khi mở bơm xanh méthylèn vào lỗ dò để tìm các đường dò để phát hiện đường đi để mổ lấy hết các đường dò.

Phương pháp nhuộm xương sống bằng cách tiêm chất xanh Disulfine để phân biệt xương lành nhuộm màu xanh, xương chết không nhuộm màu (Jenny).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2017), *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa chuyên khoa Chấn thương Chỉnh hình,* ban hành kèm theo Quyết định số 5728/QĐ-BYT.

2. Bệnh viện Chợ Rẫy (2018), *Phác đồ điều trị 2018 phần Ngoại khoa.*

BỎNG

MÃ ICD 10: T29.0

I. ĐẠI CƯƠNG

Bỏng là tổn thương cơ thể có thể nông, sâu, gây hư hại da, biến đổi cấu trúc da, đôi khi rối loạn toàn thân. Bỏng có thể do sức nhiệt, luồng điện, bức xạ, hóa chất.

II. LÂM SÀNG

1. Toàn thân

Đánh giá có hay không tình trạng sốc bỏng. Sốc bỏng thường xảy ra ở giai đoạn đầu, khi diện tích bỏng > 10% hoặc bỏng đường hô hấp hoặc cơ địa người già, trẻ em. Cần chẩn đoán phân biệt sốc chấn thương.

Có 2 giai đoạn sốc:

- Sốc cương: thường vài giờ đầu, kích thích vật vã, huyết áp tăng, mạch nhanh.
- Sốc nhược: thường giờ thứ 5-6 sau bỏng, nếu bỏng sâu, lớn thì sốc sớm hơn, diễn tiến nặng: hạ huyết áp, hạ thân nhiệt, thiểu niệu, BUN, creatinin tăng, tiểu đỏ, buồn nôn, rối loạn điện giải.

2. Diện tích bỏng

Qui tắc số 9: đầu mặt cổ 9%, ngực 9%, bụng 9%, tay 9%, toàn lưng 18%, chân 18%, bộ phận sinh dục 1%.

3. Độ sâu

- Độ 1: viêm da nông, da đỏ, chỉ có lớp biểu bì bị ảnh hưởng, đau rát ít, thời gian lành trung bình 1 tuần.
- Độ 2: có sự hoại tử biểu bì, có nốt phồng dịch, thường tổn thương lành từ 1-2 tuần.
- Độ 3: bỏng trung bì, chia làm 2 loại:

+ Trung bì nông: nang lông tuyến mồ hôi còn nguyên vẹn, có nốt đỏ da nền đỏ ướt, cảm giá đau tăng, thường hồi phục sau 2-4 tuần.

+ Trung bì sâu: chỉ còn phần sâu tuyến mồi hôi, nốt phồng da chỗ trắng chỗ hồng, hồi phục sau 4-6 tuần.

- Độ 4: bỏng toàn bộ lớp da, nếu tổn thương dưới 5cm thì tự lành. Trường hợp diện tích lớn hơn cần phẫu thuật vì có hoại tử da nhiều.

+ Hoại tử ướt: thường bỏng nhiệt dưới 60 độ, da trắng bệch, sờ cảm thấy ướt, mất cảm giác đau…

+ Hoại tử khô: nhiệt độ bỏng trên 60 độ, da khô đen, sờ da cứng, xung quanh đỏ nề...

- Độ 5: bỏng toàn bộ da, xâm phạm đến lớp dưới da, cân cơ, mạch máu, thần kinh, nội tạng.

Đánh giá độ sâu: bỏng nông (độ I, II, III), bỏng sâu (độ IV, V).

Khi chẩn đoán bỏng: ghi diện tích bỏng, độ sâu, vị trí, nguyên nhân gây bỏng bởi vì tổn thương có thể thay đổi tùy theo thời gian thăm khám.

4. Biến chứng

- Suy thận cấp.
- Thủng đường tiêu hóa, thường gặp giờ thứ 36.
- Tràn khí phế nang, thường gặp giờ thứ 12.

III. CẬN LÂM SÀNG

Các xét nghiệm cơ bản: công thức máu, sinh hóa máu (glucose, ure, creatinine, AST, ALT, ion đồ, protein, albumin, …), CRP, tổng phân tích nước tiểu, … để đánh giá chức năng cơ quan và là cơ sở so sánh xét nghiệm lần sau khi có biến chứng do tổn thương bỏng gây ra.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Tích cực hồi sức nội khoa, chống sốc nếu có.
- Chăm sóc vết bỏng
- Tiến hành cắt bỏ mô hoại tử nếu có.
- Nâng cao thể tạng, phục hồi tổng trạng bệnh nhân.
- Phẫu thuật ghép da, chuyển vạt da hổng khuyết.

2. Điều trị đặc hiệu

- Bù dịch theo công thức Parland:

+ 24 giờ đầu bù lactat ringer 4mL x kg cân nặng x diện tích bỏng (8 giờ đầu bù ½ lượng dịch, bù ½ lượng dịch còn lại cho 16 giờ tiếp theo).

+ 24 giờ sau dung dịch natri clorua 0,9% 0,5mL x kg cân nặng x diện tích bỏng và glucose 5% 2 lít.

- Kháng sinh.
- Giảm đau.
- Chăm sóc vết bỏng.
- Phẫu thuật cắt mô hoại tử nếu có.

3. Điều trị di chứng bỏng

- Tập vật lý trị liệu.
- Các phẫu thuật ngoại khoa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Viện Bỏng Quốc gia (2016), *Chăm sóc và điều trị vết thương bỏng,* tr 140-147.

PHẦN IV: SẢN - PHỤ KHOA

ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TRONG THAI KỲ

.

MÃ ICD 10: O24

I. ĐỊNH NGHĨA

Đái tháo đường thai kỳ là có rối loạn dung nạp đường mới xuất hiện hoặc được ghi nhận lần đầu trong khi mang thai.

II. SÀNG LỌC

1. Yếu tố nguy cơ

1. Gia đình có người đái tháo đường.
2. Đái tháo đường ở thai kỳ trước.
3. Tiền căn sinh con to (> 4000g).
4. Tiền căn thai lưu (đặc biệt ở 3 tháng cuối); sinh con dị tật.
5. Có ≥ 3 lần sẩy thai liên tiếp.

2. Đối tượng - thời điểm thực hiện

- Ngay lần khám thai đầu tiên cần xếp loại nguy cơ.
- Thai phụ không có yếu tố nguy cơ, nếu có bất thường đường huyết lúc đói (≥ 92mg/dL) phải tầm soát bằng nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống lúc thai 24-28 tuần.
- Thai phụ có yếu tố nguy cơ nên được tầm soát bằng nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống (OGTT) trong 3 tháng đầu thai kỳ, ngay lần khám đầu. Có thể lập lại ở 24-28 tuần nếu trước đó bình thường.

3. Xét nghiệm sàng lọc

Test dung nạp glucose đường uống (OGTT). Thực hiện 8 giờ sau ăn và chế độ ăn carbohydrate bình thường trong ba ngày trước đó.

- Đo glucose máu lúc đói.
- Pha 75g glucose trong 200mL nước, uống trong 3-5 phút (không hút thuốc, ăn hay uống nước ngọt trong khi làm xét nghiệm).
- Đo glucose máu sau 1 và 2 giờ.
- Kết quả bình thường: glucose máu:

+ Lúc đói: ≤ 92mg/dL (5,1mmol/L).
+ Sau 1 giờ: ≤ 180mg/dL (10mmol/L).
+ Sau 2 giờ: ≤ 153mg/dL (8,5mmol/L).

- ĐTĐ thai kỳ được chẩn đoán nếu có hai kết quả ≥ giới hạn trên.
- Kết luận là rối loạn dung nạp đường trong thai kỳ nếu có một kết quả ≥ giới hạn trên.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

1. Béo phì (BMI > 27kg/m^2).
2. Ăn nhiều, uống nhiều, lên cân nhiều (> 20kg).

3. Thai to, đa ối, dư ối, thai lưu.

2. Cận lâm sàng

1. Đường huyết lúc đói ≥ 126mg/dL (7mmol/L); hoặc
2. Đường huyết bất kỳ ≥ 200mg/dL (11,1mmol/L); hoặc
3. Test dung nạp glucose đường uống (OGTT): (+).

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Tùy thuộc vào độ trưởng thành của thai.

2. Mục tiêu điều trị

Giữ mức đường huyết:

- Lúc đói: 90-95mg/dL (5-5,5mmol/L).
- 1 giờ sau ăn: < 140mg/dL (< 7,8mmol/L).

3. Điều trị cụ thể

3.1. Thai chưa đủ trưởng thành

3.1.1. Điều trị đái tháo đường

- Chế độ ăn tiết chế-tăng cân

BMI (kg/m^2)	Kcal/kg/ngày	Tăng cân thai kỳ (kg)
Nhẹ cân < 19,8	36-40	14-20
Bình thường 19,8-26	30	12,5-17,5
Dư cân 26,1-29	24	7,5-12,5
Béo phì > 29	12-18	7,5-12,5

Trong đó:

Carbohydrate: cung cấp # 35-45% calories.

Protein: cung cấp # 20-25% calories.

Mỡ: cung cấp # 40% calories.

- Dùng insulin

+ Chỉ định:

. ĐTĐ trước khi có thai.

. Đường huyết bất kỳ ≥ 200mg/dL.

. Lúc đói khi làm OGTT ≥ 126mg/dL.

. Bất kỳ trị số nào của OGTT: ≥ 200mg/dL.

. Chẩn đoán ĐTĐ thai kỳ trước 24 tuần.

+ Loại insulin:

. Tác dụng nhanh: Regular.

. Tác dụng trung bình: NPH.

+ Liều insulin:

. Liều khởi đầu: tùy thuộc tuổi thai:

< 18 tuần: 0,7IU/kg/ngày.

18-26 tuần: 0,8IU/kg/ngày.

26-36 tuần: 0,9IU/kg/ngày.

> 36 tuần: 1IU/kg/ngày.

Trường hợp nặng có thể tăng 1,5-2IU/kg/ngày.

. Liều duy trì: phụ thuộc vào đáp ứng của từng người.

. Kiểm tra thường xuyên đường huyết lúc đói và 2 giờ sau ăn.

+ Chia liều

Sáng 2/3 tổng liều trong ngày, trong đó 2/3 NPH, 1/3 Regular.

Chiều 1/3 tổng liều trong ngày, trong đó ½ NPH, ½ Regular.

3.1.2. Đánh giá sức khỏe thai

- Siêu âm

Mỗi 2 tuần từ 24 tuần (phát hiện thai dị tật bẩm sinh, thai to, thai chậm tăng trưởng).

- N_ST:

+ Mỗi tuần từ 32-38 tuần.

+ 2-3 lần/tuần từ 38-36 tuần.

- Siêu âm Doppler:

+ Mỗi 2 tuần từ 32-36 tuần.

+ Mỗi tuần từ sau 36 tuần.

Chọn thời điểm chấm dứt thai kỳ:

- ĐTĐ thai kỳ không dùng insulin: N_ST mỗi tuần từ tuần 32 thai kỳ. Chấm dứt thai kỳ ở 39-40 tuần.

- ĐTĐ trước khi có thai-không biến chứng; hoặc ĐTĐ thai kỳ có dùng insulin: N_ST mỗi tuần từ 32 tuần, N_ST/3 ngày từ tuần thứ 34. Chấm dứt thai kỳ lúc 38 tuần (có hỗ trợ phổi).

- ĐTĐ trước khi có thai - có biến chứng: N_ST/3 ngày từ 28-30 tuần. Chấm dứt thai kỳ lúc 36 tuần (có hỗ trợ phổi).

Hỗ trợ phổi:

Hỗ trợ phổi bằng glucocorticoides với kiểm soát đường huyết chặt chẽ và tăng liều insulin; dùng cho những trường hợp phải chấm dứt thai kỳ ≤ 36 tuần.

3.2. Thai đủ trưởng thành

▪ Chọn cách CDTK: MLT khi trọng lượng thai ≥ 4000g hoặc có chỉ định sản khoa khác. MLT vào buổi sáng, sau cử insulin sáng.

▪ ĐTĐ đơn thuần không là chỉ định MLT.

3.2. Trong chuyển dạ

▪ Đo đường huyết mỗi 1,5-2 giờ.

▪ Duy trì đường huyết từ 70-110mg/dL.

▪ Dùng insulin tác dụng nhanh để điều chỉnh đường huyết:

- < 70mg/dL: truyền TM 60-100mL glucose 5%.
- > 90mg/dL: 2IU insulin TDD.
- 110-130mg/dL: 4IU insulin TDD.
- 130-150mg/dL: 6IU insulin TDD.
- > 150mg/dL: insulin truyền TM.

3.3. Hậu sản

- ▪ Ngày thứ 2 hậu sản, đo đường huyết trước ăn và 2 giờ sau ăn.
- ▪ Cần điều trị ĐTĐ nếu:
- ĐH trước ăn > 110mg/dL (6,1mmol/L).
- ĐH 2 giờ sau ăn > 200mg/dL (11,1mmol/L).
- ▪ Thực hiện OGTT ở tuần 6-12 sau sinh (tại chuyên khoa Nội).
- ▪ Nuôi con bằng sữa mẹ.
- ▪ Ngừa thai tích cực: BCS, DCTC, viên thuốc kết hợp hàm lượng thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2017), *"Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường type 2",* ban hành kèm theo Quyết định số 3319/QĐ-BYT.

2. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Sản Phụ khoa,* ban hành kèm theo Quyết định 315/QĐ-BYT.

3. Bệnh viện Từ Dũ (2019), *Phác đồ điều trị Sản Phụ khoa 2019.*

TĂNG HUYẾT ÁP VÀ THAI KỲ

MÃ ICD 10: O14

I. TIỀN SẢN GIẬT

1. Biểu hiện lâm sàng

Thần kinh trung ương

- Co giật kiểu tiền sản giật.
- Xuất huyết não trong não thất hoặc dưới nhện.
- Nhồi máu não: nhồi máu li ti hoặc nhồi máu diện rộng.

Đông máu

- Thrombocytopenia.
- Microhemangiopathic hemolysic.
- Hội chứng HELLP (tán huyết, tăng men gan, giảm tiểu cầu).
- Đông máu nội mạch lan tỏa (Diseminated intravascular coagulation).

Mắt

- Bong võng mạc.
- Phù gai thị.

Thận

- Hoại tử ống thận cấp.
- Hoại tử vỏ thận cấp.
- Suy thận không đặc hiệu.

Gan

- Vỡ nang gan.
- Nhồi máu.
- Vàng da.
- Giảm tổng hợp các yếu tố đông máu.
- Hội chứng HELLP.

Hô hấp

- Phù phổi.
- Phù thanh quản.
- Hội chứng suy hô hấp cấp người lớn (ARDS).

2. Bất thường ghi nhận khi tầm soát hướng đến chẩn đoán tiền sản giật

- Mẹ: tăng BUN và creatinin, tăng men gan AST, ALT, tán huyết, tăng ure máu, hạ canxi máu, đạm niệu, tăng antithrombin III huyết tương, tăng fibronectin huyết tương, tăng yếu tố von Willebrand huyết tương, thrombocytopenia.

- Con: kém phát triển thai nhi, doppler động mạch rốn bất thường, bất thường tim thai.

3. Phòng ngừa tiền sản giật

Hai nhóm phụ nữ có nguy cơ tiền sản giật: từng bị tăng huyết áp trong lần có thai trước; có bệnh lý sẵn như tăng huyết áp hoặc bệnh thận mạn.

Điều duy nhất có hiệu quả là chấm dứt thai kỳ.

Aspirin liều thấp có thể giảm 50% nguy cơ tiền sản giật xảy ra sớm. Liều thường dùng 75mg/ngày, nên khởi đầu trong 3 tháng đầu vì đây là thời điểm mà những rối loạn sinh lý bệnh dẫn đến tiền sản giật bắt đầu.

Bổ sung calci ít nhất 1g/ngày.

Bổ sung các chất chống oxy hóa như vitamin C, E.

Điều trị tăng huyết áp trước có thai hoặc trong thai kỳ.

II. XỬ TRÍ TĂNG HUYẾT ÁP THAI KỲ

Khác biệt quan trọng nhất giữa xử trí tăng huyết áp ngoài thai kỳ và trong thai kỳ là:

- Tiền sản giật là bệnh lý đa cơ quan.

- Hệ quả của rối loạn chức năng nội mô bao gồm: xu hướng tăng đông máu, giảm thể tích nội mạch, tăng tính thấm nội mạc.

Biểu hiện lâm sàng của tiền sản giật rất thay đổi, có khi huyết áp không tăng hoặc tăng nhẹ nhưng thai phụ vẫn có những biểu hiện nặng của bệnh. Do đó, ngoài trị số huyết áp, phải lưu ý tầm soát và xử trí thích hợp các biểu hiện lâm sàng khác của bệnh.

Bệnh cảnh lâm sàng thay đổi và tốc độ tiến triển của tiền sản giật cũng khác nhau.

Phân độ tăng huyết áp thai kỳ và tiền sản giật thành nhẹ, vừa và nặng có thể không phản ánh biểu hiện lâm sàng.

Phải đánh giá toàn diện bao gồm: triệu chứng, khám thực thể, xét nghiệm của mẹ, tình trạng thai để đánh giá bệnh nhẹ, vừa hay nặng.

Bệnh nhân tăng huyết áp không triệu chứng, không đạm niệu, không bất thường chức năng gan, thận và đông máu hoặc bệnh nhân huyết áp < 150/95mmHg có thể điều trị ngoại trú.

Bệnh nhân có huyết áp > 160/100mmHg, không đạm niệu phải được khám sản ngay và theo dõi điều trị.

Bệnh nhân có huyết áp > 160/100mmHg, đạm niệu (+) phải được nhập viện và theo dõi sát mẹ và con, huyết áp mỗi 4 giờ, xét nghiệm nước tiểu 24 giờ, công thức máu, chức năng gan, thận và đông máu, theo dõi cân bằng dịch.

Điều trị hạ huyết áp nhằm hai mục đích:

- Ngăn chặn tai biến xuất huyết não hoặc tiền sản giật cho mẹ.

- Kéo dài thai kỳ đến có thể dùng corticosteroid để phổi thai nhi trưởng thành nếu thai < 34 tuần.

Huyết áp mục tiêu khoảng 140/90mmHg. Không nên hạ huyết áp hơn nữa vì có thể làm giảm chức năng nhau thai.

1. Xử trí tăng huyết áp nhẹ-vừa

Thuốc ức chế beta: giảm tỷ lệ tăng huyết áp nặng do giảm cung lượng tim và kháng lực ngoại biên ở mẹ. Thường dùng labetalol (tác dụng hỗn hợp: đối vận cả beta và alpha), dù tác dụng ức chế beta nhẹ nhưng cũng không nên dùng labetalol cho bệnh nhân hen. Thuốc ức chế beta có thể dẫn đến kém phát triển bào thai do thuốc làm giảm tưới máu nhau - tử cung, đặc biệt là atenolol.

Methyldopa: tác dụng hạ áp hạn chế, vẫn được dùng để điều chỉnh huyết áp lâu dài trong thai kỳ. Methyldopa cải thiện tiên lượng thai nhi, là thuốc hạ áp duy nhất không ảnh hưởng đến tuần hoàn nhau thai. Liều thường dùng: 250mg-1g x 3 lần/ngày. Ở liều cao, methyldopa có tác dụng an thần và trầm cảm rõ.

Nifedipine: hạ áp hiệu quả khi dùng đơn trị hoặc phối hợp với labetalol hoặc methyldopa. Nên dùng nifedipin tác dụng dài.

Lợi tiểu: lợi tiểu giảm phù nhưng không tác dụng có lợi gì trên sống còn chu sinh. Lợi tiểu chống chỉ định vì trong tiền sản giật nặng thì thể tích máu tuần hoàn đã giảm sẵn. Bất kỳ sự giảm thể tích nào thêm nữa sẽ làm giảm tưới máu nhau thai.

Ức chế men chuyển: không nên dùng trong 3 tháng đầu của thai kỳ. Thuốc gây suy thận cho thai, biểu hiện là thiểu ối trước khi sinh, thiểu niệu hoặc vô niệu sau sinh. Tình trạng có thể gây tử vong thai nhi (đã được chứng minh với captopril và enalapril).

2. Xử trí tăng huyết áp nặng

Huyết áp > 170/100mmHg nguy cơ xuất huyết não, nhau bong non và tình trạng ngạt, bắt buộc phải xử trí khẩn: hydralazin tĩnh mạch/labetalol tĩnh mạch. Thực tế Việt Nam dùng nicardipin truyền tĩnh mạch/nitroglycerin truyền tĩnh mạch.

Nifedipin uống có thể hiệu quả trong xử trí tăng huyết áp nặng cấp tính. Không nên dùng dạng ngậm dưới lưỡi vì có thể gây giảm huyết áp quá mức gây thiếu oxy cho thai. Dùng nifedipin 10mg dạng chế phẩm chuẩn (không phải loại tác dụng dài). Tác dụng phụ: đau đầu, chóng mặt (những triệu chứng có thể lẫn với triệu chứng của tiền sản giật) và hồi hộp.

Thuốc chống co giật: magnesium sulfate 10% 4g tĩnh mạch chậm trong 10 phút, tiếp theo truyền tĩnh mạch liên tục 1g/giờ trong 24 giờ, nên duy trì tiếp cho đến sau sinh.

III. SẢN GIẬT

Mặc dù sản giật thường tiến triển từ tiền sản giật nhưng có khoảng 11% bệnh nhân sản giật mà không có đạm niệu cũng như không có tăng huyết áp đáng kể trước đó. Sản giật có thể xảy ra trước, trong và sau sinh.

Nguyên tắc điều trị sản giật: đảm bảo hô hấp và tuần hoàn, chấm dứt co giật.

IV. TĂNG HUYẾT ÁP THỨ PHÁT TRONG THAI KỲ

U tủy thượng thận

Hẹp eo động mạch chủ

Bệnh thận

V. TĂNG HUYẾT ÁP NGUYÊN PHÁT

Tăng huyết áp nguyên phát được chẩn đoán khi thai < 20 tuần. Tăng huyết áp nguyên phát tự nó không ảnh hưởng đến thai mặc dù các thuốc hạ áp có thể ảnh hưởng đến thai. Nguy cơ duy nhất đối với phụ nữ tăng huyết áp khi có thai là diễn tiến thành tiền sản giật, do vậy cần điều trị trước khi có thai.

VI. THEO DÕI BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP SAU SINH

Tăng huyết áp thai kỳ thường cải thiện sau sinh. Nhưng không nên ngưng thuốc hạ áp đột ngột để tránh hiện tượng tăng huyết áp dội ngược.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Sản Phụ khoa,* ban hành kèm theo Quyết định 315/QĐ-BYT.

2. Bệnh viện Từ Dũ (2019), *Phác đồ điều trị Sản Phụ khoa 2019.*

HỞ EO TỬ CUNG

MÃ ICD 10: O34.3

I. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng cổ tử cung suy yếu không thể giữ được thai trong buồng tử cung.

II. CHẨN ĐOÁN

- Dựa vào tiền sử sản khoa đơn thuần hoặc kết hợp siêu âm ngả âm đạo đo chiều dài cổ tử cung. Một trong những tiêu chuẩn sau:

+ Tiền sử sản khoa đơn thuần: sẩy thai to hoặc sinh non (trước 28 tuần) ≥ 2 lần liên tiếp với đặc điểm chuyển dạ nhanh không đau.

+ Có tiền sử sẩy thai hoặc sinh non (từ 14-36 tuần) với đặc điểm chuyển dạ nhanh không đau, kèm yếu tố nguy cơ hở eo tử cung: nong nạo, khoét chóp, cắt đoạn cổ tử cung, rách cổ tử cung, bệnh lý collagen, bất thường ở tử cung hoặc cổ tử cung.

+ Đo chiều dài cổ tử cung qua siêu âm đường âm đạo < 25mm và/hoặc có sự thay đổi cổ tử cung qua thăm khám ở tuổi thai trước 24 tuần kèm yếu tố nguy cơ hở eo tử cung.

- Một số hình ảnh/ siêu âm cổ tử cung ngả âm đạo.

+ Lỗ trong cổ tử cung hình phễu (khảo sát ở 2 trạng thái có và không có áp lực lên buồng tử cung).

- Sự tương quan giữa chiều dài cổ tử cung và hình dạng lỗ trong cổ tử cung: với các dạng T, Y, V, U.

- Chiều dài cổ tử cung < 25mm.

- Đầu ối thành lập.

- Hiện diện phần thai ở cổ tử cung hoặc âm đạo.

III. ĐIỀU TRỊ

Khâu vòng cổ tử cung là phương pháp điều trị chính trong hở eo tử cung.

1. Chỉ định khâu vòng cổ tử cung

- Chẩn đoán hở eo tử cung.
- Có tiền sử khâu cổ tử cung.

2. Chống chỉ định khâu vòng cổ tử cung

- Tử cung có cơn co.
- Chảy máu từ tử cung.
- Viêm màng ối.
- Ối vỡ non.
- Bất thường thai nhi.
- Viêm sinh dục cấp.

3. Kỹ thuật khâu vòng cổ tử cung dự phòng

a. Thời điểm

Thực hiện ở tuổi thai 14-18 tuần (13 đến < 20 tuần).

b. Đánh giá trước thủ thuật

- Siêu âm đánh giá tình trạng cổ tử cung.

- Đánh giá tình trạng viêm nhiễm âm đạo. Phải điều trị nếu có viêm nhiễm.

c. Phương pháp khâu cổ tử cung

Có 5 kỹ thuật khác nhau:

- Mc Donald.
- Shirodkar.
- Wurm.
- Khâu ngả bụng.
- Lash.

Phương pháp thường dùng nhất là Mc Donald:

- Dùng một loại chỉ không tan, bản rộng 5mm (Mercilene).
- Mũi khâu nằm sâu trong mô cổ tử cung, ở vị trí ngang mức lỗ trong cổ tử cung, tránh xuyên qua đầu ối và bàng quang.
- Cổ tử cung được đóng lại bởi 4 mũi kim làm thành một vòng chỉ thắt quanh cổ tử cung.
- Khi cột chỉ khâu nên để ngón tay vào kênh cổ tử cung để tránh siết chỉ quá mức.

d. Chăm sóc sau thủ thuật

- Bệnh nhân sau khâu vòng cổ tử cung phải được theo dõi cẩn thận: cơn gò, tình trạng đau bụng, ra huyết, ra nước âm đạo, không có vỡ ối trong quá trình theo dõi.
- Chế độ ăn uống hợp lý.
- Tránh giao hợp, đứng lâu, mang vật nặng.
- Siêu âm đo chiều dài cổ tử cung định kỳ khi khám.
- Dùng progesteron liên tục đến 36 tuần thai kỳ.
- Cắt chỉ khâu khi thai ≥ 38 tuần hoặc khi có chuyển dạ.
- Không bắt buộc sử dụng thuốc giảm co.
- Dùng kháng sinh dự phòng.

IV. TAI BIẾN CỦA KHÂU VÒNG CỔ TỬ CUNG

- Ối vỡ non.
- Viêm màng ối.
- Chuyển dạ sinh non.
- Rách cổ tử cung.
- Tổn thương bàng quang.
- Xuất huyết.
- Sinh khó do cổ tử cung.
- Vỡ tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Sản Phụ khoa,* ban hành kèm theo Quyết định 315/QĐ-BYT.
2. Bệnh viện Từ Dũ (2019), *Phác đồ điều trị Sản Phụ khoa 2019.*

DỌA SẨY THAI - SẨY THAI

MÃ ICD 10:

+ *Sẩy thai sớm:* **O02.1**

+ *Sẩy thai tự nhiên:* **O03**

+ *Doạ sẩy thai:* **O20.0**

I. ĐẠI CƯƠNG

Sẩy thai là hiện tượng kết thúc thai nghén trước khi thai có thể sống được. Với khái niệm này, sẩy thai được định nghĩa là trường hợp thai bị tống ra khỏi buồng tử cung trước 22 tuần hay cân nặng của thai dưới 500g.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: sẩy thai tự nhiên diễn ra 2 giai đoạn: dọa sẩy thai và sẩy thai.

1.1. Dọa sẩy thai

- Có thai (chậm kinh, nghén), ra máu âm đạo (máu đỏ tươi, lẫn ít nhầy, có khi máu đỏ sẫm hay đen, máu ra ít một, liên tiếp), đau bụng (thường không đau bụng nhiều, chỉ có cảm giác tức nặng bụng dưới hay đau âm ỉ vùng hạ vị).

- Khám: cổ tử cung tím nhưng còn dài, đóng kín, kích thước thân tử cung to tương xứng với tuổi thai.

1.2. Sẩy thai

- Có thai như chậm kinh, nghén, …

- Ra máu âm đạo: máu đỏ, lượng nhiều, máu loãng lẫn máu cục.

- Đau bụng: đau bụng nhiều từng cơn vùng hạ vị.

- Khám: cổ tử cung đã xóa, mở, phần dưới tử cung phình to do bọc thai bị đẩy xuống phía cổ tử cung làm cho cổ tử cung có hình con quay, đôi khi sờ thấy bọc thai nằm ở ống cổ tử cung.

2. Cận lâm sàng

- β hCG: dương tính

- Siêu âm: có hình ảnh túi ối trong buồng tử cung, có âm vang phôi và tim thai (khi thai > 6 tuần bằng siêu âm đầu dò âm đạo). Với sẩy thai, có thể thấy hình ảnh túi thai tụt xuống thấp hay trong ống cổ tử cung.

3. Chẩn đoán thể bệnh

- Dọa sẩy thai.

- Sẩy thai hoàn toàn: người bệnh có dấu hiệu của có thai và đang sẩy thai. Sau khi đau bụng, ra máu, thai ra cả bọc, sau đó ra máu ít dần. Khám thấy cổ tử cung đóng, tử cung nhỏ hơn tuổi thai. Siêu âm buồng tử cung sạch.

- Sẩy thai không hoàn toàn: người bệnh có dấu hiệu của có thai và đang sẩy thai. Sau khi thấy thai ra rồi vẫn còn đau bụng, còn ra máu kéo dài. Khám cổ tử cung mở và tử cung còn to. Siêu âm có hình ảnh âm vang không đồng nhất trong buồng tử cung.

- Sẩy thai đã chết:

+ Người bệnh có dấu hiệu của có thai.

+ Có dấu hiệu của thai chết lưu: giảm nghén, ra máu đen kéo dài, khám thấy tử cung nhỏ hơn tuổi thai, siêu âm thấy hình ảnh túi ối méo mó không có âm vang phôi hay có phôi thai nhưng không thấy hoạt động của tim thai.

+ Có dấu hiệu của dọa sẩy thai, đang sẩy thai, sẩy thai hoàn toàn hay không hoàn toàn.

- Sẩy thai liên tiếp:

+ Được định nghĩa là có hiện tượng sẩy thai tự nhiên ≥ 2 lần.

+ 2 xét nghiệm được khuyến cáo (nếu có điều kiện): nhiễm sắc thể đồ của 2 vợ chồng và hội chứng kháng phospholipid (AntiPhospholipid Syndrome - APS).

4. Chẩn đoán phân biệt

4.1. Chửa ngoài tử cung - thể giả sẩy

Có thai, đau bụng, ra máu, có tổ chức giống khối thai sẩy ra từ buồng tử cung.

Phân biệt: khám có khối cạnh tử cung ấn đau, cùng đồ đầy, đau. Siêu âm thấy khối cạnh tử cung. Giải phẫu bệnh khối sẩy không thấy hình ảnh gai nhau mà thấy màng rụng.

4.2. Thai lưu

Người bệnh có thai, ra máu (máu đen, ít một, kéo dài), không đau bụng. Siêu âm thấy túi ối bờ méo, không có âm vang thai hay có phôi thai nhưng không có hoạt động của tim thai. Đôi khi rất khó phân biệt khi tuổi thai còn nhỏ. Xét nghiệm β hCG theo dõi và siêu âm lại sau một tuần.

4.3. Chửa trứng thoái triển

Có thai, ra máu. Khám có thể thấy tử cung to hơn tuổi thai. Siêu âm thấy hình ảnh ruột bánh mỳ, β hCG cao > 200.000UI/L).

4.4. Rong kinh rong huyết

Đặc biệt trong trường hợp người bệnh có kinh nguyệt không đều. Khám thấy tử cung bình thường, hay cũng to hơn bình thường nhưng chắc (u xơ tử cung), β hCG âm tính, siêu âm không thấy thai trong buồng tử cung. Nạo niêm mạc tử cung xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Dọa sẩy thai

Chưa có liệu pháp điều trị dọa sẩy thai nào được cho là tối ưu.

- Nằm nghỉ, ăn nhẹ, chế độ ăn tránh gây táo bón, bổ sung viên sắt, a. folic.

- Thuốc giảm co thắt cơ trơn như papaverin 40mg, spasmaverin 40mg x 4 viên chia 2 lần/ngày…

- Thuốc nội tiết như progesteron 25mg 2 ống, tiêm bắp sâu/ngày nếu có bằng chứng của sự thiếu hụt nội tiết, hay dùng progesteron làm mềm cơ tử cung.

- Kháng sinh: chống nhiễm trùng do hiện tượng ra máu.

- Khâu vòng cổ tử cung cấp cứu: trong trường hợp thai trên 3 tháng dọa sẩy, nếu đã có hiện tượng biến đổi cổ tử cung, sau khi khống chế nhiễm trùng âm đạo, cổ tử cung và cơn co tử cung, khâu vòng cổ tử cung cấp cứu.

2. Đang sẩy thai và đã sẩy thai

- Đang sẩy thai: bọc thai nằm trong âm đạo hoặc trong ống cổ tử cung, gắp bọc thai bằng kìm quả tim, sau đó nạo lại buồng tử cung để đảm bảo không sót nhau. Thuốc co hồi tử cung sau khi nạo (oxytocin 10UI tiêm bắp, hoặc ergometrin 0,2mg 1 ống tiêm bắp. Kháng sinh đề phòng nhiễm khuẩn).

- Sẩy thai hoàn toàn: kiểm tra bằng siêu âm thấy buồng tử cung sạch, không nạo lại. Cho kháng sinh phòng nhiễm khuẩn.

- Sẩy thai không hoàn toàn: tùy khối còn lại trong buồng tử cung và ra máu âm đạo mà tiến hành hút, nạo lại buồng tử cung hay dùng misoprostol 400µg ngậm dưới lưỡi giúp co hồi tử cung và tống nốt tổ chức còn lại. Cho kháng sinh phòng nhiễm khuẩn.

- Sẩy thai nhiễm khuẩn: kháng sinh liều cao, kết hợp thuốc co hồi tử cung. Sau 6 giờ dùng kháng sinh, nhiệt độ đã giảm, tiến hành hút hay nạo lại buồng tử cung. Chú ý thủ thuật dễ gây thủng tử cung hơn bình thường. Tư vấn cho người bệnh và người nhà nguy cơ cắt tử cung nếu tình trạng nhiễm khuẩn không được cải thiện.

- Sẩy thai băng huyết: tích cực hồi sức, truyền dịch, truyền máu (nếu cần thiết). Hút, nạo lại buồng tử cung lấy hết tổ chức còn sót lại. Dùng thuốc co hồi tử cung giúp tử cung co tốt. Cho kháng sinh phòng nhiễm khuẩn.

3. Sẩy thai liên tiếp

- Tìm nguyên nhân gây sẩy thai liên tiếp.

- Điều trị theo nguyên nhân:

+ Hở eo tử cung: khâu vòng cổ tử cung.

+ Thiếu hụt nội tiết: bổ sung nội tiết như progesteron 25mg 2 ống, tiêm bắp sâu/ngày, estrogen (progynova 2mg/ngày).

+ Mẹ bị hội chứng kháng phospholipid: dùng thuốc chống đông.

+ Điều trị các bệnh lý toàn thân của mẹ như đái tháo đường, giang mai, viêm thận hay các bệnh nội tiết như thiểu năng giáp trạng, basedow…

+ Mổ bóc nhân xơ trong u xơ tử cung, mổ cắt vách ngăn tử cung…

+ Rối loạn nhiễm sắc thể: nên tham khảo lời khuyên về di truyền xem người bệnh có nên có thai lại nữa không.

IV. TIÊN LƯỢNG VÀ PHÒNG BỆNH

Tiên lượng và phòng sẩy thai cho lần có thai sau tùy thuộc vào nguyên nhân gây sẩy thai.

- Với thiếu hụt nội tiết: chủ động bổ sung nội tiết ngay khi người bệnh có thai.

- Với hở eo tử cung: khâu vòng cổ tử cung chủ động ở lần có thai sau.

- Khi mẹ bị hội chứng kháng phospholipid: dùng aspirin liều thấp trước khi có thai, dùng thuốc chống đông khi người bệnh có thai.

- Chủ động điều trị các bệnh lý toàn thân của mẹ (nếu có).

- Với nguyên nhân bố hoặc mẹ bị rối loạn nhiễm sắc thể: tiên lượng để đẻ được con bình thường rất khó khăn, nên tư vấn về di truyền xem có nên có thai nữa không.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Sản Phụ khoa,* ban hành kèm theo Quyết định 315/QĐ-BYT.

2. Bệnh viện Từ Dũ (2019), *Phác đồ điều trị Sản Phụ khoa 2019.*

DỌA ĐẺ NON - ĐẺ NON

MÃ ICD 10: O60.1

I. ĐẠI CƯƠNG

Đẻ non là cuộc chuyển dạ xảy ra từ tuần thứ 22 đến trước tuần 37 của thai kỳ tính theo kinh cuối cùng.

Sơ sinh non tháng có tỷ lệ tử vong và mắc bệnh cao hơn rất nhiều so với trẻ đẻ đủ tháng, nguy cơ cao bị di chứng thần kinh.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

1.1. Dọa đẻ non

- Đau bụng từng cơn, không đều đặn, tức nặng bụng dưới, đau lưng.
- Ra dịch âm đạo dịch nhầy, lẫn máu.
- Cơn co tử cung thưa nhẹ (2 cơn trong 10 phút, thời gian co dưới 30 giây).
- Cổ tử cung đóng, hoặc xóa mở dưới 2cm.

1.2. Đẻ non

- Đau bụng cơn, đều đặn, các cơn đau tăng dần. Ra dịch âm đạo, dịch nhầy, máu, nước ối.
- Cơn co tử cung (tần số 2-3, tăng dần). Cổ tử cung xóa trên 80%, mở trên 2cm. Thành lập đầu ối hoặc vỡ ối.

2. Cận lâm sàng

- Monitoring sản khoa: cho phép theo dõi, đánh giá tần số, độ dài, cường độ cơn co tử cung.
- Đo chiều dài cổ tử cung bằng siêu âm đường bụng, đường âm đạo hoặc tầng sinh môn, dưới 35mm thai 28-30 tuần thì nguy cơ sinh non là 20%.
- Test fibronectin (nếu có điều kiện): test dương tính khi nồng độ fibronectin > 50ng/mL, khả năng xảy ra đẻ non trong vòng 7 ngày ở những thai phụ này sẽ cao hơn 27 lần so với những người có test âm tính.
- Định lượng β hCG dịch cổ tử cung (nếu có điều kiện): trên 32mUI/mL nguy cơ đẻ non sẽ cao hơn xấp xỉ 20 lần.
- Một số xét nghiệm để tìm nguyên nhân và tiên lượng: xét nghiệm vi khuẩn ở cổ tử cung, nước tiểu, CRP, huyết học, sinh hóa máu (glucose, ure, creatinine, AST, ALT, …)

3. Chẩn đoán phân biệt

- Các tổn thương cổ tử cung, đường sinh dục dưới gây chảy máu âm đạo.
- Nhau tiền đạo, nhau bong non, vỡ tử cung.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc chung

- Trì hoãn chuyển dạ để điều trị dọa đẻ non.

- Chuyển sản phụ đến cơ sở có khả năng chăm sóc sơ sinh non tháng.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Nghỉ ngơi tuyệt đối tại giường, nghiêng trái, tránh kích thích.

2.2. Thuốc giảm - c t cơn co tử cung:

- Thuốc hướng bê ta giao cảm: salbutamol. Chống chỉ định trong bệnh tim, cường giáp, tăng huyết áp, đái tháo đường nặng, chảy máu nhiều, nhiễm khuẩn ối. Tác dụng phụ: tăng nhịp tim, tăng đường huyết, hạ kali máu. Dừng thuốc nếu nhịp tim > 120 lần/phút.

Salbutamol: 5mg pha trong 500mL glucose 5%, truyền tĩnh mạch 20 giọt/phút (10µg/phút), liều tối đa 45 giọt/phút. Khi đã cắt được cơn co, chuyển sang liều duy trì: viên 4mg, ngậm 1-2 viên/ngày.

- Thuốc chẹn kênh calci: có thể dùng 1 trong các thuốc sau:

+ Nifedipine: liều tấn công 20mg ngậm dưới lưỡi trong 20 phút, tối đa 3 liều. Sau khi cắt cơn co duy trì nifedipine chậm 20mg, uống 6-8 giờ/lần. Theo dõi huyết áp khi dùng thuốc, chống chỉ định nếu huyết áp thấp < 90/50mmHg.

Tác dụng phụ: nóng bừng mặt, buồn nôn, tụt huyết áp thoáng qua.

+ Magnesium sulfate: liều tấn công 4-6g pha trong 100mL glucose 5%, truyền tĩnh mạch trong 20 phút. Liều duy trì: 2g/giờ truyền tĩnh mạch trong 12 giờ, sau đó 1g/giờ trong 24 giờ. Tai biến: nóng bừng mặt, giảm phản xạ gân xương, ức chế hô hấp, ngừng thở, ngừng tim. Cần theo dõi nồng độ ion Mg huyết thanh 5-7mg/dL.

2.3. Liệu pháp corticoid: tăng cường sản xuất surfactan, thúc đẩy sự trưởng thành của mô liên kết, làm giảm suy hô hấp ở trẻ non tháng. Chỉ định cho thai từ 28 đến hết 34 tuần tuổi, có thể sử dụng một trong các thuốc sau ở các tuyến y tế.

- Bethamethasone 12mg, 2 liều tiêm bắp cách nhau 24 giờ.

- Hoặc dexamethasone 6mg/lần, tiêm bắp 4 lần cách nhau 12 giờ.

2.4. Xử trí đẻ non khi ức chế chuyển dạ không thành công:

- Tránh sang chấn cho thai: bảo vệ đầu ối đến khi cổ tử cung mở hết, hạn chế sử dụng oxytocin, cắt tầng sinh môn rộng, mổ lấy thai nếu có chỉ định.

- Chống nhiễm khuẩn nếu ối vỡ sớm, dự phòng sót nhau, chảy máu sau đẻ. Đảm bảo hồi sức, chăm sóc trẻ sơ sinh non tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Sản Phụ khoa,* ban hành kèm theo Quyết định 315/QĐ-BYT.

2. Bệnh viện Từ Dũ (2019), *Phác đồ điều trị Sản Phụ khoa 2019.*

THAI QUÁ NGÀY SINH

MÃ ICD 10: O48

I. ĐẠI CƯƠNG

Thai quá ngày sinh là những trường hợp thai nghén kéo dài quá 42 tuần hoặc quá 294 ngày tính từ ngày đầu của kỳ kinh cuối cùng. Quan trọng nhất là phải xác định được tuổi thai chính xác bằng ngày đầu của kỳ kinh cuối cùng hoặc siêu âm trong 12 tuần đầu của thai kỳ.

II. CHẨN ĐOÁN

- Dựa vào tuổi thai (tính từ ngày đầu của kỳ kinh cuối, có giá trị nếu vòng kinh bình thường).
- Dựa vào siêu âm để xác định tuổi thai đối với thai trước 20 tuần nếu ngày đầu kỳ kinh cuối không xác định hoặc kinh không đều.
- Xác định tình trạng thai và phần phụ thai (nước ối, nhau).

III. XỬ TRÍ

1. Theo dõi

- Siêu âm.

+ Theo dõi lượng nước ối: thiểu ối là dấu hiệu của suy tuần hoàn nhau-thai và nguy cơ thiếu oxy cho thai nhi.

+ Theo dõi qua siêu âm: cử động thai (thân, chi, thở), nhịp tim thai, nhau thai và lượng nước ối.

- Monitoring theo dõi tim thai bằng test không đả kích. Nếu không đáp ứng thì làm các test đả kích (vê núm vú, truyền oxytocin).

2. Gây chuyển dạ

Gây chuyển dạ thai 41 tuần, không nên chờ đến 42 tuần.

- Nếu cổ tử cung thuận lợi (chỉ số Bishop > 5) thì gây chuyển dạ bằng bấm ối và truyền oxytocin tĩnh mạch.
- Nếu cổ tử cung không thuận lợi (Bishop < 5) thì làm chín muồi cổ tử cung bằng:

+ Prostaglandin: prostaglandin E2 (dinoproston) 2,5mL dạng gel đặt vào ống cổ tử cung. Nếu sau 6-12 giờ, cổ tử cung vẫn chưa thuận lợi thì đặt lại liều 2.

+ Phương pháp khác: nong cổ tử cung bằng ngón tay, chất hút ẩm, đặt bóng cổ tử cung.

- Trong chuyển dạ: thai quá ngày sinh có nguy cơ suy thai và thai nhi ỉa phân su trong quá trình chuyển dạ. Do đó cần theo dõi sát thai nhi trong quá trình chuyển dạ bằng monitor để phát hiện sớm suy thai. Mổ lấy thai nếu thai suy, nước ối giảm, cổ tử cung không thuận lợi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Sản Phụ khoa,* ban hành kèm theo Quyết định 315/QĐ-BYT.
2. Bệnh viện Từ Dũ (2019), *Phác đồ điều trị Sản Phụ khoa 2019.*

ỐI VỠ NON - ỐI VỠ SỚM

.

Vỡ ối non là vỡ tự nhiên của màng ối và màng đệm tại bất kì thời điểm nào trước khi có chuyển dạ.

Ối vỡ sớm là ối vỡ xảy ra sau hoặc cùng lúc với chuyển dạ, trước khi cổ tử cung mở hết. Vì không có nhiều ý nghĩa trên lâm sàng nên hiện nay thuật ngữ này không còn được nhắc đến trong y văn ở nước ngoài.

I. CHẨN ĐOÁN ỐI VỠ NON

1. Lâm sàng

- Xác định tuổi thai. Xác định tuổi thai dựa vào ngày kinh cuối cùng nếu vòng kinh đều và sản phụ nhớ ngày kinh. Dựa vào siêu âm chẩn đoán tuần thai lúc 3 tháng đầu với sản phụ kinh nguyệt không đều hay không nhớ ngày kinh cuối cùng.

- Xác định ối vỡ, thời điểm và thời gian vỡ ối. Hỏi kỹ tiền sử ra nước âm đạo đột ngột ra nước lượng nhiều, loãng, màu trong hoặc lợn cợn đục, thời gian ra nước. Tiền sử viêm nhiễm đường sinh dục dưới. Đóng khố theo dõi.

- Đặt mỏ vịt theo dõi dịch âm đạo, viêm nhiễm cổ tử cung-âm đạo.

2. Cận lâm sàng: xác định nước ối:

*2.1. Nghiệm pháp Valsalva hoặc ho***:** khi đặt mỏ vịt, cho sản phụ rặn hoặc ho sẽ quan sát thấy có nước ối chảy ra từ lỗ trong cổ tử cung.

2.2. Chứng nghiệm kết tinh hình lá dương xỉ:

- Dùng que nhỏ quệt vào túi cùng sau âm đạo rồi phết lên một phiến kính, để khô rồi quan sát dưới kính hiển vi.

- Sự hiện diện của hình ảnh dương xỉ giúp chẩn đoán xác định ối vỡ non với độ nhạy khoảng 96%.

- (-) giả (+) giả: phết dịch nhầy ở cổ ngoài hoặc có lẫn tinh dịch.

2.3. Siêu âm

- Chẩn đoán (+) theo dõi lượng ối thông qua chỉ số ối → thiểu ối hoặc hết ối.

- Ước lượng cân nặng, xác định ngôi thai, vị trí dây rốn và những bất thường.

3. Chẩn đoán xác định

Cần hỏi bệnh sử, khám lâm sàng, nghiệm pháp Valsalva, chứng nghiệm kết tinh lá dương xỉ.

4. Chẩn đoán phân biệt

- Són tiểu**:** thường thì không ra nước nhiều và cũng không rỉ rả liên tục như trong vỡ ối. Ngoài ra nước tiểu có mùi khai và có pH acid.

- Khí hư: đôi khi nhiều và loãng làm dễ lầm với vỡ ối. Phân biệt bằng cách hỏi bệnh sử kỹ và khám lâm sàng cẩn thận.

- Chất nhầy cổ tử cung: ở giai đoạn cuối thai kỳ hoặc bắt đầu chuyển dạ, cổ tử cung hé mở sẽ tống nút nhầy ở lỗ cổ tử cung ra ngoài: nhầy, dai và thường có lẫn ít máu hồng.

II. XỬ TRÍ

1. Thai 22-31 tuần

Cố gắng dưỡng thai

Thuốc trưởng thành phổi thai: tiêm bắp betamethasone 12mg/24 giờ x 2 ngày hoặc dexamethasone 6mg/12 giờ x 2 ngày.

Sử dụng trên 2 đợt có thể gây giảm cân nặng thai nhi, giảm chu vi vòng đầu và chiều dài cơ thể.

1.1. Quản lý nhiễm khuẩn

- Hạn chế thăm khám bằng tay, có thể theo dõi bằng khám mỏ vịt.
- Cấy dịch cổ tử cung, âm đạo, hậu môn.
- Sử dụng kháng sinh phổ rộng ngăn ngừa nhiễm trùng cho cả mẹ và thai. sử dụng kháng sinh không nên quá 7 ngày.

Theo dõi mẹ: nghỉ ngơi, đóng băng vệ sinh sạch. Theo dõi dấu hiệu sinh tồn 4 lần/ngày, công thức máu, công thức bạch cầu, CRP. Cấy dịch âm đạo 1-3 lần/tuần.

Theo dõi thai: monitor sản khoa 3 lần/ngày. Siêu âm đánh giá thai, nhau, nước ối.

1.2. Sử dụng thuốc giảm co

2. Thai 32-33 tuần

Xác định tình trạng sức khỏe của thai nhi tại thời điểm tiếp nhận. Theo dõi monitor tim thai lúc nhập viện. Xác định thai chậm phát triển trong tử cung.

2.1. Corticoid trưởng thành phổi thai nhi

2.2. Quản lý nhiễm trùng

2.3. Thuốc giảm co

2.4. Khởi phát chuyển dạ khi có đủ bằng chứng trưởng thành phổi, nhiễm khuẩn, thai suy.

3. Thai 34-36 tuần

3.1. Xác định tình trạng sức khỏe của thai nhi tại thời điểm tiếp nhận

3.2. Corticoid: không khuyến cáo.

3.3. Chấm dứt thai kỳ:

Hầu hết người bệnh (90%) sẽ chuyển dạ tự nhiên trong vòng 24 giờ sau khi vỡ ối.

Chờ chuyển dạ tự nhiên hay khởi phát chuyển dạ tùy tình trạng ối, thai và nhiễm khuẩn. Việc kéo dài thai kỳ có nguy cơ nhiễm trùng tử cung và viêm màng ối, thiểu ối, nhau bong non, suy thai, thiểu sản phổi, biến dạng chi. Nếu có đủ bằng chứng trưởng thành phổi thì chấm dứt thai kỳ ngay.

3.4. Nếu giữ thai: quản lý nhiễm trùng (tương tự như trên)

3.5. Thuốc giảm co: không có chỉ định đối với thai kỳ > 36 tuần.

4. Thai ≥ 37 tuần

- ACOG 2009 khuyến cáo chấm dứt thai kỳ đối với thai > 37 tuần bị vỡ ối sớm, không đợi 12-24 giờ nhằm giảm biến chứng cho mẹ và thai. Nên khởi phát chuyển dạ ngay trong 6-12 giờ hoặc nếu thuận lợi thì nên chấm dứt thai kỳ càng sớm càng tốt.

- Chấm dứt thai kỳ tùy tình trạng cổ tử cung, ngôi thai, tình trạng thai, có nhiễm trùng hay không.

+ Ngôi bất thường hoặc có những bằng chứng cho thấy thai nhi không chịu nổi cuộc chuyển dạ: mổ lấy thai.

+ Nếu có bằng chứng nhiễm trùng trên lâm sàng và không có chống chỉ định đẻ đường âm đạo, cho kháng sinh và khởi phát chuyển dạ ngay lập tức.

+ Khi cổ tử cung thuận lợi: gây chuyển dạ bằng truyền oxytocin.

+ Khi cổ tử cung không thuận lợi: làm chín muồi cổ tử cung.

- Đề phòng nhiễm trùng:

+ Chuyển lên tuyến có đơn vị chăm sóc trẻ non tháng nhẹ cân.

+ Kháng sinh thường quy khi ối vỡ ở những thai > 37 tuần.

III. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

1. Chuyển dạ tự nhiên

Thai càng non tháng càng kéo dài thời gian tiềm tàng, phần lớn các thai trưởng thành sẽ chuyển dạ tự nhiên trong vòng 24 giờ. 50% trường hợp vỡ ối sau 37 tuần sẽ tự chuyển dạ trong vòng 5 giờ. Vỡ ối ở tuổi thai từ 32-34 tuần trung bình 4 ngày sau sẽ chuyển dạ và 93% trường hợp đẻ trong vòng 1 tuần.

2. Nguy cơ của ối vỡ non kéo dài

- Nhiễm khuẩn ối, nhiễm khuẩn hậu sản, suy hô hấp sơ sinh, nhiễm khuẩn sơ sinh.

- Thiểu ối → thiểu sản phổi, biến dạng chi, chèn ép dây rốn.

- Nhau bong non, thai chết trong tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Sản Phụ khoa,* ban hành kèm theo Quyết định 315/QĐ-BYT.

2. Bệnh viện Từ Dũ (2019), *Phác đồ điều trị Sản Phụ khoa 2019.*

NHAU TIỀN ĐẠO

MÃ ICD 10: O44

I. ĐẠI CƯƠNG

Nhau tiền đạo là nhau bám một phần hay toàn bộ vào đoạn dưới tử cung gây chảy máu vào 3 tháng cuối của thai kỳ, trong chuyển dạ và sau đẻ. Nhau tiền đạo có thể gây tử vong hoặc bệnh lý mắc phải cho mẹ và cho con do chảy máu và đẻ non.

Theo giải phẫu, nhau tiền đạo được chia thành 5 loại là: nhau tiền đạo bám thấp, nhau tiền đạo bám bên, nhau tiền đạo bám mép, nhau tiền đạo bán trung tâm, nhau tiền đạo trung tâm.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng lâm sàng

1.1. Trước chuyển dạ

- Triệu chứng cơ năng: chảy máu âm đạo vào 3 tháng cuối của thai kỳ, chảy máu tự nhiên bất ngờ, không thấy đau bụng, máu đỏ tươi, có khi kèm máu cục, lượng máu có thể chảy nhiều, ồ ạt, sau đó chảy ít dần và tự cầm dù có hay không điều trị. Chảy máu tái phát nhiều lần với tần suất và mức độ ngày càng tăng.
- Triệu chứng toàn thân: thiếu máu tùy thuộc lượng máu mất mà sản phụ thấy mệt mỏi, hoa mắt, chóng mặt, choáng.
- Triệu chứng thực thể: không có triệu chứng đặc hiệu, hay gặp ngôi đầu cao hoặc ngôi ngang, ngôi mông.

1.2. Khi chuyển dạ

- Triệu chứng cơ năng: thường có quá trình ra máu trong 3 tháng cuối thai kỳ, đột nhiên ra máu ồ ạt, máu đỏ tươi lẫn máu cục, có đau bụng do cơn co tử cung.
- Triệu chứng toàn thân: thiếu máu tùy mức độ mất máu. Sản phụ có biểu hiện choáng nếu mất máu nhiều.
- Triệu chứng thực thể: nắn ngoài có thể thấy ngôi thai bất thường. Tim thai có thể thay đổi nếu chảy máu nhiều.
- Khám âm đạo bằng mỏ vịt thấy máu trong cổ tử cung chảy ra, loại trừ các tổn thương cổ tử cung.
- Thăm âm đạo: sờ thấy nhau qua cổ tử cung

+ Nhau tiền đạo bám mép: thấy mép dưới bánh nhau bám tới lỗ trong cổ tử cung.

+ Nhau tiền đạo bán trung tâm: thấy bánh rau che lấp một phần lỗ trong cổ tử cung nhưng không che hết.

+ Nhau tiền đạo trung tâm: thấy bánh rau che lấp hoàn toàn lỗ trong cổ tử cung. Ngôi thai bất thường.

Chú ý không cố khám tìm nhau vì gây chảy máu.

2. Triệu chứng cận lâm sàng

- Công thức máu: thiếu máu tùy theo lượng máu mất.

- Siêu âm với bàng quang đầy để xác định vị trí bám của bánh nhau:

+ Nhau tiền đạo trung tâm: bánh nhau bám hoàn toàn vào đoạn dưới tử cung và che lấp lỗ trong cổ tử cung.

+ Nhau tiền đạo bám mép: mép bánh nhau bám đến lỗ trong cổ tử cung.

+ Nhau tiền bám bên, bám thấp: khoảng cách giữa mép dưới bánh nhau đến lỗ trong cổ tử cung < 20mm.

III. XỬ TRÍ

1. Nguyên tắc chung

- Cầm máu cứu mẹ là chính. Tùy theo tuổi thai, mức độ mất máu và khả năng nuôi dưỡng sơ sinh mà quyết định kéo dài tuổi thai hay lấy thai ra. Luôn luôn đánh giá mức độ mất máu để truyền bù máu cho phù hợp.

- Khi nghi ngờ nhau tiền đạo - nhau cài răng lược thì chuyển người bệnh lên tuyến tỉnh.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Khi chưa chuyển dạ

- Nghỉ ngơi, hạn chế đi lại, ăn uống tăng cường dinh dưỡng.

- Thuốc giảm co như: spasmaverin 40mg (1-4 viên/ngày), salbutamol, progesterone.

- Nên dùng corticoid để trưởng thành phổi thai nhi sớm.

- Trường hợp thai nhi đủ tháng: mổ lấy thai chủ động đối với trường hợp nhau tiền đạo trung tâm. Các trường hợp nhau tiền đạo khác có thể cân nhắc theo dõi chờ chuyển dạ.

- Trường hợp nhau tiền đạo chảy máu nhiều đe dọa tính mạng người mẹ thì mổ lấy thai ở bất kì tuổi thai nào.

2.2. Trong khi chuyển dạ

- Nhau tiền đạo trung tâm, nhau tiền đạo bán trung tâm: mổ lấy thai.

- Nhau tiền đạo bám mép: mổ lấy thai cấp cứu nếu ra máu nhiều. Ra máu ít, ngôi thế và cổ tử cung thuận lợi thì bấm ối và xé màng ối về phía không có bánh nhau để cầm máu, nếu sau khi xé màng ối vẫn ra máu thì nên mổ lấy thai, nếu không ra máu thì theo dõi đẻ đường âm đạo.

- Nhau tiền đạo bám thấp, bám bên: mổ lấy thai nếu ra nhiều máu, nếu ra máu ít hoặc không ra máu thì theo dõi chuyển dạ như các trường hợp thông thường khác.

- Kỹ thuật cầm máu khi mổ trong nhau tiền đạo: sau khi lấy thai và nhau mà chảy máu thì nên khâu cầm máu bằng các mũi chữ X để cầm máu, vẫn chảy máu thì nên cắt tử cung bán phần thấp với người bệnh đủ con.

Người bệnh chưa có đủ con cần bảo tồn tử cung: thắt động mạch tử cung hoặc thắt động mạch hạ vị, động mạch dây chằng tử cung buồng trứng; khâu mũi B-lynch; chèn bóng hay gạc vào buồng tử cung. Nếu không kết quả thì vẫn phải cắt tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Sản Phụ khoa,* ban hành kèm theo Quyết định 315/QĐ-BYT.

2. Bệnh viện Từ Dũ (2019), *Phác đồ điều trị Sản Phụ khoa 2019.*

NHAU BONG NON

MÃ ICD 10: O45

I. ĐẠI CƯƠNG

Nhau bong non là nhau bị bong trước khi thai sổ ra ngoài xảy ra trong 3 tháng cuối thai kỳ. Đây là một trường hợp cấp cứu sản khoa, xảy ra đột ngột diễn biến nhanh chóng, thường gây tử vong cho thai nhi và đe dọa tính mạng cho người mẹ.

Nhau bong non hay gặp người con rạ, người lớn tuổi; do chấn thương va chạm mạnh vào vùng tử cung; tình trạng cao huyết áp mãn tính; thiếu acide folic trong những tháng đầu thai kỳ.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng cơ năng

- Có dấu hiệu choáng tùy mức độ nặng nhẹ, da xanh niêm nhợt, vã mồ hôi, chân tay lạnh, mạch nhanh nhỏ khó bắt, HA tụt, đau vùng bụng dưới, lúc đầu đau theo từng cơn, sau đau nhiều và liên tục.
- Ra máu âm đạo với đặc điểm máu không đông.
- Nhiễm độc thai nghén ở những mức độ khác nhau.

2. Triệu chứng thực thể

Trương lực cơ bản tử cung tăng, tử cung co gần như liên tục, có thể co cứng như gỗ. Suy tim thai nhanh hoặc chậm, hoặc tim thai có thể mất. Ối căng phồng, bấm ối nước ối có lẫn máu.

3. Cận lâm sàng

- Proteine nước tiểu cao.
- Siêu âm: thấy hình ảnh khối huyết tụ.

III. CÁC THỂ LÂM SÀNG

- Thể ẩn.
- Thể nhẹ.
- Thể trung bình.
- Thể nặng: phong huyết tử cung hay hội chứng Cowvelaire.

IV. XỬ TRÍ

1. Đánh giá ban đầu chuẩn bị điều trị

- Xét nghiệm máu: công thức máu, máu chảy, máu đông, nhóm máu, fibrinogen, Hct, ure, ...
- Chủ động đặt kim truyền tĩnh mạch.
- Chuẩn bị đủ các phương tiện và các dịch thay thế máu.
- Đặt moritoring sản khoa: theo dõi tim thai, cơn co tử cung.

- Theo dõi lượng nước tiểu sao cho >30 mL/giờ.

2. Kế hoạch điều trị

- Nhau bong non thể nhẹ và thể ẩn: nếu chẩn đoán được trước đẻ chủ động mổ lấy thai để cứu con và phòng biến chứng nặng hơn cho mẹ. Nếu chẩn đoán được sau đẻ, thực hiện biện pháp dự phòng chống rối loạn đông máu như để bệnh nhân nằm yên, sưởi ấm, xét nghiệm đánh giá chức năng đông máu. Cho thuốc tăng co và theo dõi chảy máu.

- Nhau bong non thể trung bình:

+ Nếu ối còn (không nên bấm ối) hay đã vỡ, thai còn sống nên mổ lấy thai cứu con và tránh biến chứng nặng thêm cho mẹ. Vì bệnh nhau bong non tiến triển rất nhanh, sau khi lấy thai tùy tổn thương ở tử cung mà bảo tồn hay cắt tử cung bán phần để cầm máu.

+ Chống choáng, bồi phụ các chất thay thế máu đủ và nhanh.

- Nhau bong non thể nặng: xử trí khẩn trương để cứu mẹ.

+ Mổ lấy thai cấp và cắt tử cung bán phần thấp dù thai đã chết. Nếu có chảy máu nặng nên chủ động thắt động mạch hạ vị để hạn chế chảy máu.

+ Khẩn trương bồi phụ đủ khối lượng máu đã mất.

3. Chăm sóc

Cần theo dõi huyết động của bệnh nhân, dùng lợi tiểu và truyền dịch phải thận trọng, dựa trên đo áp lực tĩnh mạch trung tâm, Hb và lượng nước tiểu, theo dõi chức năng hô hấp, thường có nguy cơ viêm phổi. Có thể suy thận cấp do giảm thể tích máu. Tình trạng bệnh lý này có thể phục hồi nếu được chăm sóc thích hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Sản Phụ khoa,* ban hành kèm theo Quyết định 315/QĐ-BYT.

2. Bệnh viện Từ Dũ (2019), *Phác đồ điều trị Sản Phụ khoa 2019.*

SUY THAI: CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ

MÃ ICD 10: O68

I. ĐẠI CƯƠNG

Suy thai là tình trạng thai nhi bị đe dọa hoặc tình trạng đáp ứng có chiều hướng bất lợi của thai trước tình trạng stress.

II. CHỈ ĐỊNH THEO DÕI TIM THAI LIÊN TỤC TRONG GIAI ĐOẠN CHUYỂN DẠ HOẠT ĐỘNG

Phương tiện phát hiện suy thai: CTG.

Đánh giá nguy cơ khi vào chuyển dạ: dữ kiện lâm sàng, các xét nghiệm thường quy và theo dõi CTG 30 phút. Nếu không thuộc nhóm nguy cơ cao (liệt kê ở dưới): theo dõi tim thai gián đoạn.

1. Mẹ (các trường hợp làm tăng nguy cơ suy tuần hoàn nhau thai)

- Đái tháo đường.
- Ối vỡ lâu (> 24 giờ).
- Xuất huyết âm đạo.
- Vết mổ cũ (nguy cơ nứt vết mổ cũ).
- Tiền sản giật.
- Thai quá ngày (> 42 tuần).
- Bệnh lý nội khoa nặng (tim mạch, nội tiết, …)

2. Thai (các trường hợp giảm tưới máu thai hoặc đe dọa đáp ứng thai với thiếu oxy)

- Thai non tháng (32 tuần - 36 tuần 6 ngày).
- Thiểu ối.
- Thai chậm tăng trưởng trong tử cung.
- Đa thai.
- Ối lẫn phân su.
- Nhiễm trùng ối.

3. Các yếu tố nguy cơ trong chuyển dạ

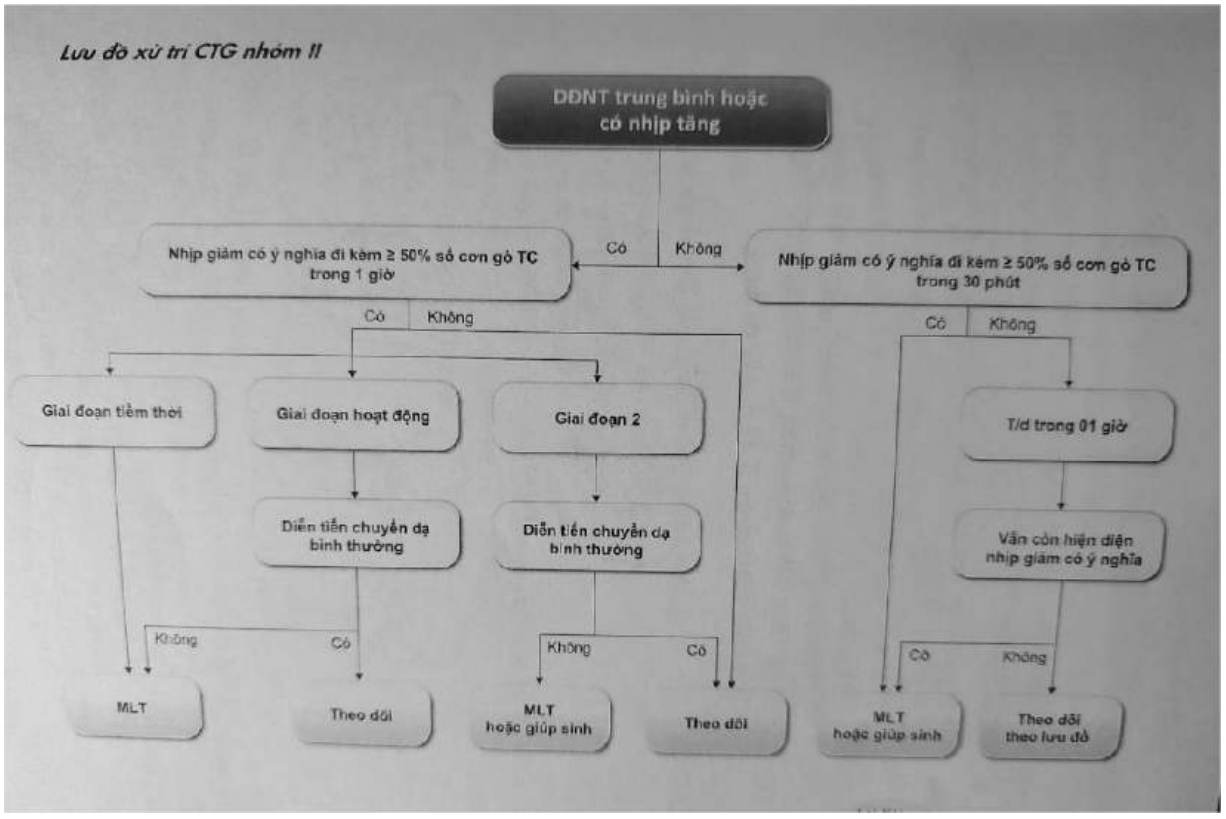
- Mẹ sốt.
- Ối xấu.
- CTG có nhịp giảm hay nhịp tim thai cơ bản bất thường.

III. PHÂN LOẠI BIỂU ĐỒ TIM THAI

Nhóm	Diễn giải	Tính chất
I	Dự báo tình trạng kiềm - toan bình thường ở thời điểm khảo sát	- Nhịp cơ bản 110-160 lần/phút. - Dao động nội tại trung bình (6-25)

		- Không nhịp giảm muộn hoặc bất định - Có/không nhịp tăng - Có/không nhịp giảm sớm
II	Không dự báo tình trạng kiềm - toan bất thường, tuy nhiên chưa đủ cơ sở để phân loại là nhóm I hoặc nhóm III	Tất cả BĐTT không thuộc I hoặc III, ví dụ: - Nhịp cơ bản chậm, không kèm mất dao động nội tại (DĐNT) - Nhịp cơ bản nhanh - Giảm DĐNT - Mất DĐNT không kèm nhịp giảm lặp lại - Nhịp tăng nhiều - Không có nhịp tăng sau kích thích thai - Nhịp giảm bất định lặp lại với DĐNT giảm hoặc bình thường - Nhịp giảm kéo dài ≥ 2 phút nhưng ≤ 10 phút - Nhịp giảm muộn lặp lại và DĐNT bình thường - Nhịp giảm bất định phục hồi chậm, "shoulders", "overshoot".
III	Dự báo tình trạng kiềm - toan bất thường	- Hình sin - Mất DĐNT và một trong + Nhịp giảm muộn lặp lại. + Nhịp giảm bất định lặp lại. + Tim thai chậm

IV. XỬ TRÍ CTG NHÓM II



V. XỬ TRÍ BAN ĐẦU CTG BẤT THƯỜNG TRONG CHUYỂN DẠ

1. Do giảm nồng độ oxy trong máu mẹ

- Thở oxy
- Giảm đau sản khoa

2. Do giảm cung cấp oxy đến hồ máu

- Truyền dịch tinh thể đẳng trương
- Nằm nghiêng một bên
- Điều chỉnh rối loạn cơn gò tử cung

3. Do giảm trao đổi khí tại hồ máu

Cần chấm dứt chuyển dạ ngay.

4. Do bất thường tuần hoàn dây rốn

Xử trí tùy nguyên nhân và mức độ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Sản Phụ khoa,* ban hành kèm theo Quyết định 315/QĐ-BYT.
2. Bệnh viện Từ Dũ (2019), *Phác đồ điều trị Sản Phụ khoa 2019.*

THAI CHẬM PHÁT TRIỂN TRONG TỬ CUNG

MÃ ICD 10: P05.9

I. ĐẠI CƯƠNG

Thai chậm phát triển trong tử cung khi cân nặng thai dưới bách phân vị thứ 10 theo tuổi thai trên siêu âm.

Nguyên nhân: do mẹ (bệnh lý thận, tim mạch, nội tiết, hút thuốc lá, nghiện rượu, thiếu dinh dưỡng, …); do phần phụ của thai (bệnh lý bánh nhau, dây rốn, …); do thai (đa thai, nhiễm trùng bào thai, rối loạn di truyền, …).

Nguyên nhân thai chậm phát triển trong tử cung đôi khi khó xác định hoặc có thể do một hoặc nhiều nguyên nhân.

II. CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN LOẠI

1. Xác định tuổi thai chính xác

Dựa vào kinh cuối và/hoặc siêu âm 3 tháng đầu.

2. Tiêu chuẩn chẩn đoán

Chu vi vòng bụng và/hoặc ước lượng cân nặng thai < bách phân vị thứ 10 theo tuổi thai.

3. Siêu âm Doppler

Đánh giá chức năng bánh nhau, đánh giá tình trạng sức khỏe thai.

4. Phân loại thai chậm phát triển trong tử cung tại thời điểm chẩn đoán

- Rất sớm: tuổi thai ≤ 29 tuần.
- Sớm: 29 tuần < tuổi thai ≤ 34 tuần.
- Muộn: tuổi thai > 34 tuần.

III. XỬ TRÍ

1. Mục tiêu

Chấm dứt thai kỳ đúng thời điểm

2. Thời điểm chấm dứt

Khi nguy cơ thai chết trong tử cung lớn hơn nguy cơ chết sau sinh.

3. Nguyên tắc xử trí

Tùy thuộc vào tuổi thai vào thời điểm chẩn đoán và mức độ chậm tăng trưởng.

- Thai ≤ 29 tuần: tham vấn tiền sản, tùy trường hợp xử trí.
- Thai 29 tuần đến ≤ 34 tuần:

Corticosteroid hỗ trợ phổi, siêu âm Doppler + non stress test 2 lần/tuần: nếu non stress test có đáp ứng + AFI > 5: chấm dứt thai kỳ ở tuổi thai 37 tuần

- Thai > 34 tuần: corticosteroid hỗ trợ phổi được chỉ định trong trường hợp mổ lấy thai chủ động; xử trí như tuổi thai 29-34 tuần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Sản Phụ khoa,* ban hành kèm theo Quyết định 315/QĐ-BYT.

2. Bệnh viện Từ Dũ (2019), *Phác đồ điều trị Sản Phụ khoa 2019.*

THIỂU ỐI

MÃ ICD 10: O41.0

I. ĐẠI CƯƠNG

Thiểu ối là tình trạng dịch ối ít hơn so với tuổi thai tương ứng và được chẩn đoán qua siêu âm.

Nguyên nhân:

- Do mẹ: bệnh lý nội khoa hoặc sản khoa ảnh hưởng tuần hoàn nhau thai (động kinh, tăng huyết áp mạn tính, bệnh lý thận, rối loạn đông máu, …), thuốc (ức chế men chuyển, ức chế tổng hợp prostaglandin, …).

- Do nhau: nhau bong non, truyền máu song thai (song thai đa ối - thiểu ối), nhồi máu hoặc thuyên tắc nhau.

- Do thai (chỉ xuất hiện sau 17-20 tuần): bất thường nhiễm sắc thể, bất thường bẩm sinh, đặc biệt là rối loạn đường tiết niệu, thai chậm tăng trưởng, thai lưu, thai quá ngày, ối vỡ sớm, ối vỡ non.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Bề cao tử cung nhỏ hơn tuổi thai.

- Có thể có dấu hiệu rỉ ối, vỡ ối.

2. Siêu âm

- Lượng ối:

+ AFI ≤ 5cm hoặc xoang ối lớn nhất (XOLN) ≤ 2cm. Đối với song thai, khoang ối dọc ≤ 2cm được xem là thiểu ối.

+ XOLN ≤ 1cm: thiểu ối nặng.

- Bất thường thai và phần phụ thai.

III. XỬ TRÍ

1. Ba tháng đầu

- Tư vấn nguy cơ thai chết lưu.

- Tái khám 1-2 tuần sau.

2. Ba tháng giữa

- Tư vấn tình trạng thai.

- Xử trí dựa vào kết quả xét nghiệm mẹ và thai nhi.

3. Ba tháng cuối

- Tư vấn tình trạng thai.

- Chấm dứt thai kỳ khi:

+ XOLN ≤ 1cm:

Thai ≥ 34 tuần: mổ lấy thai.

Thai < 34 tuần: điều trị mong đợi.

+1 < XOLN ≤ 2cm: thai ≥ 37 tuần: sanh ngả âm đạo hoặc mổ lấy thai tùy tình trạng sức khỏe thai nhi và mẹ.

- Hỗ trợ phổi cho thai:

+ Thường quy: 28-34 tuần.

+ Cân nhắc trong trường hợp thai 26-28 tuần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Sản Phụ khoa,* ban hành kèm theo Quyết định 315/QĐ-BYT.

2. Bệnh viện Từ Dũ (2019), *Phác đồ điều trị Sản Phụ khoa 2019.*

ĐA ỐI

MÃ ICD 10: O40

I. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Dấu hiệu quá tải của thai phụ: khó thở, tim nhanh, …
- Bề cao tử cung tăng nhanh, có thể kèm thành bụng căng bóng.
- Sờ nắn bụng: dấu hiệu "sóng vỗ".
- Khám âm đạo: dấu hiệu "cục đá".

2. Siêu âm

- AFI ba tháng giữa ≥ 22cm, ba tháng cuối ≥ 25cm.
- Hoặc xoang ối lớn nhất ≥ 8cm.
- Xoang ối lớn nhất ≥ 16cm: mức độ nặng.

II. NGUYÊN NHÂN

1. Do mẹ

- Đái tháo đường thai kỳ.
- Bất đồng nhóm máu Rhesus.

2. Do thai

- Bất thường nhiễm sắc thể.
- Nhiễm trùng bào thai.
- Thiếu máu thai.
- Bất thường hình thái thai: bất thường hệ thần kinh trung ương (vô sọ, não úng thủy, chẻ đôi đốt sống), bất thường thần kinh - cơ (nhược cơ, rối loạn nuốt), bất thường hệ tiêu hóa, …

III. BIẾN CHỨNG SẢN KHOA

- Sanh non.
- Ối vỡ non.
- Sa dây rốn.
- Ngôi bất thường.
- Băng huyết sau sanh do đờ tử cung.

IV. XỬ TRÍ

1. Chỉ định chấm dứt thai kỳ

- Thai ≥ 39 tuần có đa ối nhẹ đến trung bình, non stress test bình thường.
- Thai ≥ 37 tuần có đa ối nặng.

- Thai 34-37 tuần có triệu chứng quá tải nặng ở mẹ và đã được hỗ trợ phổi thai nhi.

2. Điều trị hỗ trợ phổi thai nhi

Thai 24-34 tuần.

3. Điều trị nguyên nhân (nếu có)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Sản Phụ khoa,* ban hành kèm theo Quyết định 315/QĐ-BYT.

2. Bệnh viện Từ Dũ (2019), *Phác đồ điều trị Sản Phụ khoa 2019.*

CON TO

MÃ ICD 10: O33.5

I. ĐẠI CƯƠNG

Khi ước lượng cân thai > 3500g bất kể tuổi thai.

Yếu tố nguy cơ: đặc điểm gia đình, chủng tộc, hội chứng di truyền, mẹ đái tháo đường, mẹ tăng cân nhiều trong thai kỳ, mẹ béo phì, …

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Khám lâm sàng: thành bụng sản phụ, tư thế tử cung, bề cao tử cung, chu vi vòng bụng.

2. Cận lâm sàng

Siêu âm là phương tiện tốt nhất được sử dụngdeer ước lượng cân nặng thai với sai số 10-15%.

III. HẬU QUẢ, DỰ HẬU

1. Mẹ

- Chuyển dạ kéo dài hay ngưng tiến triển.
- Tỷ lệ sinh thủ thuật cao.
- Tăng tỷ lệ mổ lấy thai.
- Tổn thương đường sinh dục (rách sâu độ III hay IV).
- Băng huyết sau sinh.
- Vỡ tử cung.

2. Thai

- Ngạt.
- Chấn thương (tổn thương đám rối thần kinh cánh tay, kẹt vai, gãy xương đòn, …)
- Hạ đường huyết.
- Các vấn đề về hô hấp: suy hô hấp, thở nhanh thoáng qua, hít phân su, …
- Bệnh đa hồng cầu.
- Dị tật bẩm sinh do thai to chèn ép.

3. Trẻ nhỏ (hậu quả lâu dài)

- Béo phì.
- Giảm dung nạp glucose.
- Hội chứng chuyển hóa.
- Bệnh lý tim mạch.

IV. XỬ TRÍ

1. Ước lượng cân thai hơn 3500-4000g

- Kèm theo một bất thường về sản phụ khoa: chỉ định mổ lấy thai.
- Không bất thường về sản phụ khoa: nghiệm pháp lọt khi đủ điều kiện.

2. Ước lượng cân thai hơn > 4000g

- Chỉ định mổ lấy thai.
- Chỉ định sinh ngả âm đạo: cân nhắc từng trường hợp, đặc biệt với những trường hợp có tiền sử sinh con ≥ 4000g.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Sản Phụ khoa,* ban hành kèm theo Quyết định 315/QĐ-BYT.
2. Bệnh viện Từ Dũ (2019), *Phác đồ điều trị Sản Phụ khoa 2019.*

NGÔI BẤT THƯỜNG

Ngôi bất thường là ngôi không phải ngôi chỏm, gồm: ngôi mặt, ngôi trán và ngôi thóp trước, ngôi mông, ngôi vai (ngôi ngang), ngôi đầu sa tay (ngôi phức tạp).

MÃ ICD 10: O32

I. NGÔI MẶT

- Là ngôi đầu ngửa tối đa, mặt thai nhi trình diện trước eo trên. Ngôi mặt được chẩn đoán xác định trong chuyển dạ sinh bằng cách khám âm đạo.

- Khám âm đạo: tìm được mốc của ngôi là cằm, không bao giờ thấy thóp sau hoặc thóp trước. Cần chẩn đoán phân biệt với ngôi trán, ngôi mông.

- Xử trí:

+ Cuộc sinh ngôi mặt diễn ra lâu và khó khăn hơn ngôi chỏm.

+ Chỉ có ngôi mặt cằm trước có thể sinh đường âm đạo. Nếu sinh đường âm đạo có thể hỗ trợ bằng forceps, tuyệt đối không được dung giác hút.

+ Ngôi mặt cằm sau tự xoay được về cằm trước cũng có thể sinh đường âm đạo.

+ Phẫu thuật lấy thai cho những trường hợp ngôi mặt cằm sau hoặc cằm trước có kết hợp thêm yếu tố sinh khó khác.

II. NGÔI TRÁN VÀ NGÔI THÓP TRƯỚC

- Là ngôi trung gian giữa ngôi mặt và ngôi chỏm, đầu không cúi hẳn mà cũng không ngửa hẳn, trán hoặc thóp trước của thai nhi trình diện trước eo trên.

- Chẩn đoán:

+ Lúc bắt đầu chuyển dạ là một ngôi cao lỏng.

+ Chẩn đoán xác định dựa vào khám âm đạo khi cổ tử cung mở được từ 3cm trở lên, ối đã vỡ và ngôi đã cố định chặt.

+ Sờ thấy gốc mũi, 2 hố mắt, trán và thóp trước (ngôi trán) hoặc thấy thóp trước ở chính giữa tiểu khung (ngôi thóp trước).

+ Sờ thấy thóp sau và cằm.

+ Cần chẩn đoán phân biệt với ngôi mặt và ngôi chỏm.

- Xử trí: phẫu thuật lấy thai khi có chẩn đoán xác định.

III. NGÔI MÔNG

- Là ngôi dọc, đầu thai nằm ở đáy tử cung, mông trình diện trước eo trên. Là ngôi sinh khó do đầu là phần to và cứng nhất lại sinh ra sau cùng, nguy cơ kẹt đầu hậu có thể làm cho thai chết hoặc sang chấn.

- Lâm sàng:

+ Ngôi dọc, đầu ở đáy tử cung.

+ Khám âm đạo sờ thấy xương cùng, lỗ hauuj môn và hai mông thai nhi, có thể một hoặc hai bàn chân cùng với mông.

+ Có thể thấy phân su nhưng không đánh giá là thai suy.

+ Chẩn đoán phân biệt với: ngôi mặt, ngôi vai, ngôi đầu sa chi.

- Cận lâm sàng: siêu âm giúp chẩn đoán và ước lượng cân nặng thai.

- Xử trí:

+ Đỡ sinh đường âm đạo khi có những điều kiện thuận lợi: ngôi mông đủ hoặc thiếu kiểu mông; khung chậu bình thường; thai nhi không quá lớn, ước lượng cân thai ≤ 3200g; đầu thai cúi tốt.

+ Chỉ định mổ lấy thai khi có kết hợp với bất kỳ một yếu tố nguy cơ: chuyển dạ kéo dài; ngôi mông thiếu kiểu chân; khung chậu giới hạn, hẹp, biến dạng; con so, thai > 3000g; thai to, ước lượng cân thai > 3200g; đầu không cúi tốt, vết mổ cũ trên tử cung.

IV. NGÔI VAI

- Thai không nằm theo trục tử cung mà nằm ngang hoặc chếch, trục của thai không trùng với trục của tử cung. Mốc của ngôi là mỏm vai, ngôi vai không có cơ chế sinh nên hầu hết các trường hợp đều phải phẫu thuật lấy thai. Chỉ làm nội xoay thai cho thai thứ hai trong song thai.

- Chẩn đoán:

+ Tử cung bè ngang, nắn thấy đầu ở hạ sườn hoặc ở hố chậu.

+ Chiều cao tử cung thấp hơn so với tuổi thai.

+ Khám âm đạo thấy tiểu khung rỗng, ối phồng.

+ Khi có chuyển dạ, nếu ối vỡ, cổ tử cung mở, có thể sờ thấy mỏm vai hoặc tay thai nhi ở trong âm đạo.

+ Có thể dùng siêu âm để chẩn đoán.

+ Chẩn đoán phân biệt với ngôi mông.

- Xử trí:

+ Phẫu thuật lấy thai khi thai đủ trưởng thành.

+ Nội xoay thai cho thai thứ hai ngôi vai trong trường hợp sinh đôi, đủ điều kiện nội xoay.

V. NGÔI PHỨC TẠP

- Là khi tay thai nhi sa xuống sát bên ngôi thai hay phần trình diện của thai.

- Chẩn đoán:

+ Cả tay sa xuống và đầu thai nhi cùng đồng thời trình diện trong khung chậu khi khám âm đạo.

+ Có thể phát hiện khi ối còn hoặc đã vỡ.

- Xử trí:

+ Sinh tự nhiên chỉ có thể xảy ra khi thai rất nhỏ hoặc chết lưu.

+ Có thể đặt lại vị trí tay của thai nhi như sau: đẩy tay thai nhi lên tiểu khung và giữ cho đến khi cơn co tử cung đẩy đầu thai nhi vào tiểu khung. Nếu đầu thai giữ được trong tiểu khung và không sờ thấy tay thai nữa thì có thể theo dõi chuyển dạ tự nhiên.

+ Phẫu thuật lấy thai khi đẩy tay thất bại, hoặc kèm sa dây rốn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Sản Phụ khoa,* ban hành kèm theo Quyết định 315/QĐ-BYT.

2. Bệnh viện Từ Dũ (2019), *Phác đồ điều trị Sản Phụ khoa 2019.*

NGHIỆM PHÁP LỌT NGÔI CHỎM

.

Nghiệm pháp lọt ngôi chỏm là phương pháp đánh giá cuộc đẻ khi khung chậu giới hạn, trọng lượng thai nhi bình thường hoặc khi khung chậu bình thường nhưng thai nhi lại khá to, nhằm đưa đến quyết định là có thể đẻ được qua đường âm đạo hay phải mổ lấy thai.

I. CHỈ ĐỊNH

- Khung chậu giới hạn.
- Khung chậu bình thường, thai to.
- Khung chậu hẹp, thai nhỏ.

II. ĐIỀU KIỆN

- Phải là ngôi chỏm.
- Có chuyển dạ thật sự.
- Cổ tử cung xóa và mở ≥ 4cm.
- Cơn co tử cung tốt (4-5 cơn co/10 phút). Nếu cơn co không tốt phải tăng co bằng oxytocin, nhỏ giọt tĩnh mạch.
- Phải làm ở nơi có điều kiện phẫu thuật lấy thai ngay nếu thất bại.
- Phải theo dõi cẩn thận để phát hiện kịp thời những biến chứng xảy ra trong khi làm nghiệm pháp lọt như sa dây rốn, thai suy, cơn co tử cung dồn dập (> 5 cơn co/10 phút), dọa vỡ tử cung.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khung chậu hẹp hoàn toàn.
- Thai suy.
- Các ngôi không phải là ngôi chỏm.
- Có sẹo phẫu thuật cũ ở tử cung.

IV. CHUẨN BỊ

1. Cán bộ chuyên khoa

Bác sĩ chuyên khoa phụ sản có khả năng phẫu thuật lấy thai mới được làm nghiệm pháp lọt.

2. Phương tiện

- Một kim dài 15cm hoặc một cành của kìm Kocher để bấm ối.
- Thuốc tăng và giảm cơn co tử cung.
- Phiếu theo dõi làm nghiệm pháp lọt.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Sản phụ nằm ở tư thế sản khoa.

- Khám kỹ sản phụ khoa, xác định rõ tình trạng tim thai, cơn co tử cung, ngôi thai, khung chậu.

- Dùng kim bấm ối khi có cơn co tử cung và xé rộng màng ối để cho ngôi tỳ vào cổ tử cung. Nếu ngôi thai còn cao phải đề phòng sa dây rốn.

- Ghi rõ giờ bắt đầu bấm ối và giờ bắt đầu có cơn co tốt.

- Theo dõi thật sát cơn co tử cung, tim thai. Tình trạng cổ tử cung và ngôi thai được khám lại sau một giờ và sau hai giờ làm nghiệm pháp lọt để đánh giá sự tiến triển của cổ tử cung và ngôi thai, xem có sự xuất hiện bướu huyết thanh trên đầu thai không.

- Nếu cơn co tử cung tăng nhiều, giảm số giọt oxytocin. Nếu trương lực tăng, dùng thuốc giảm co cùng lúc với oxytocin.

- Chú ý: thời gian chờ đợi tối đa là 6 giờ vì nếu để nghiệm pháp kéo dài, có nguy cơ dọa vỡ tử cung, nhiễm khuẩn ối và suy thai.

- Trong thời gian làm nghiệm pháp, nên cho kháng sinh dự phòng.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

1. Phẫu thuật cấp cứu lấy thai ngay trong các trường hợp

- Cơn co tử cung dồn dập, liên tục dù đã ngưng oxytocin và cho thuốc giảm co.

- Thai suy, ối trở nên xanh đặc, nhịp tim thai bất thường.

- Sa dây rốn.

- Sau 2 giờ làm nghiệm pháp này, cổ tử cung không mở thêm, rắn hơn hoặc phù nề nhiều; ngôi thai vẫn còn cao, không lọt và bắt đầu có bướu huyết thanh.

2. Theo dõi thêm chuyển dạ

Nếu sau 2 giờ làm nghiệm pháp lọt ngôi chỏm mà cổ tử cung mở thêm ít nhất 1-2cm, tim thai vẫn đều đặn, ngôi thai xuống sâu hơn trong tiểu khung, trường hợp này nghiệm pháp có kết quả và có thể quyết định cho theo dõi thêm chuyển dạ; khi cổ tử cung mở hết, có thể cho sản phụ đẻ thường hay lấy thai ra bằng forceps, hút giác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Sản Phụ khoa,* ban hành kèm theo Quyết định 315/QĐ-BYT.
2. Bệnh viện Từ Dũ (2019), *Phác đồ điều trị Sản Phụ khoa 2019.*

KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ

I. ĐẠI CƯƠNG

Khởi phát chuyển dạ (KPCD) là gây ra cơn co tử cung trước khi bắt đầu chuyển dạ tự nhiên bằng các phương tiện nội khoa và/hoặc ngoại khoa nhằm mục đích gây chuyển dạ.

Khởi phát chuyển dạ thành công:

- Điểm Bishop tăng ≥ 3 điểm sau KPCD (12 giờ).
- Sinh ngả âm đạo trong vòng 24-48 giờ.

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

KPCD được chỉ định khi lợi ích đối với mẹ và/hoặc thai nhi nếu được sinh ra lớn hơn các nguy cơ tiềm tang của việc tiếp tục kéo dài thai kỳ.

1. Chỉ định

- Tăng huyết áp thai kỳ, sản giật, tiền sản giật.
- Đái tháo đường thai kỳ.
- Bệnh lý mẹ (đái tháo đường, tăng huyết áp mạn tính, bệnh lý thận, bệnh lý tim, bệnh lý phổi nặng).
- Thai quá ngày dự sinh và thai quá ngày (≥ 41 tuần).
- Thiểu ối.
- Thai chậm tăng trưởng trong tử cung.
- Thai chết lưu trong tử cung.
- Thai dị tật bẩm sinh.
- Ối vỡ non.
- Song thai ngôi 1 ngôi đầu.

2. Chống chỉ định

- Tiền căn mổ dọc thân tử cung, mổ bóc u xơ tử cung, vỡ tử cung, xén góc tử cung.
- Nhau tiền đạo hoặc mạch máu tiền đạo.
- Sa dây rốn.
- Herpes sinh dục, mụn cóc sinh dục đang tiến triển.
- Ung thư cổ tử cung.
- Bất tương xứng giữa thai và khung chậu.
- Ngôi bất thường: ngôi ngang, ngôi mông.
- CTG nhóm III, CTG nhóm II lặp lại.

III. ĐÁNH GIÁ TRƯỚC KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ

- Bước 1: xác định tuổi thai.
- Bước 2: đánh giá sức khỏe thai.

- Bước 3: đánh giá chỉ định và chống chỉ định sinh ngả âm đạo.

- Bước 4: đánh giá chỉ số Bishop.

Đánh giá	0 điểm	1 điểm	2 điểm	3 điểm
Độ mở của tử cung (cm)	0	1-2	3-4	5-6
Độ xóa cổ tử cung (%)	0-30	40-50	60-70	≥ 80
Độ lọt của thai	-3	-2	-1 đến 0	+1 đến +2
Mật độ cổ tử cung	Chắc	Vừa	Mềm	
Hướng cổ tử cung	Sau	Trung gian	Trước	

Dựa vào chỉ số Bishop để lựa chọn biện pháp KPCD:

- Bishop < 5 (CTC không thuận lợi): cần làm chin muồi CTC trước khi KPCD: Prostaglandin, Foley, CRB, lóc ối, luminaria.

- Bishop ≥ 5 (CTC thuận lợi): oxytocin hoặc oxytocin kết hợp bấm ối.

IV. CÁC PHƯƠNG PHÁP KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ

1. Phương pháp cơ học

- Kích thích núm vú.

- Lóc ối.

- Nong cơ học: thông Foley, CRB, luminaria.

- Bấm ối.

2. Phương pháp hóa học

a. Prostaglandin E_2

- Dinoproston là dạng Prostaglandin E_2 tổng hợp, sử dụng để KPCD trên những sản phụ ối vỡ non hoặc thai quá ngày nhưng không có vết mổ cũ.

- Dinoproston có 3 dạng: dạng gel, dạng hệ phân phối thuốc đặt âm đạo, dạng viên đạn.

+ Gel Dinoproston 0,5mg/3g (2,5 mL gel). Liều có thể được lặp lại mỗi 6 giờ, với tối đa 3 liều trong 24 giờ.

+ Hệ phân phối thuốc đặt âm đạo Dinoproston 10mg phóng thích thuốc 0,3mg/giờ trong 10 giờ, sử dụng liều duy nhất.

Sản phụ nên nằm ít nhất 30 phút sau khi đặt Dinoproston 10mg để đo tim thai.

Hệ phân phối thuốc đặt âm đạo Dinoproston 10mg được lấy ra sau 24 giờ hoặc khi chuyển dạ bắt đầu.

+ Viên đạn Dinoproston 20mg thường được sử dụng cho những trường hợp thai 12-20 tuần.

- Theo dõi:

+ Theo dõi tim thai và cơn gò bằng monitor sau khi sử dụng Prostaglandin E_2.

+ Sử dụng oxytocin sau khi làm chin muồi CTC bằng Prostaglandin E_2 ít nhất 30 sau khi lấy hệ phân phối thuốc đặt âm đạo Dinoproston 10mg ra.

- Chống chỉ định:

+ Hen suyễn nặng.

+ Tăng nhãn áp.

b. Prostaglandin E_1

- Thai ≥ 28 tuần và không có khả năng nuôi được (thai lưu, thai dị tật bẩm sinh, thai chậm tăng trưởng mất bù): misoprostol 25µg, đặt âm đạo mỗi 6 giờ hoặc uống mỗi 2 giờ.

- Nếu sử dụng oxytocin phải sau ít nhất 4 giờ sau khi sử dụng liều misoprostol cuối cùng (không sử dụng oxytocin sau khi sử dụng misoprostol nếu sản phụ có vết mổ cũ)

- Trong trường hợp cần khởi phát chuyển dạ ngay (tiền sản giật nặng, nhiễm trùng ối): có thể không sử dụng misoprostol.

- Tác dụng ngoại ý: gò cường tính, vỡ tử cung, sốt, rét run, nôn, buồn nôn, tiêu chảy.

- Chống chỉ định: suyễn nặng, tiền sử có rối loạn đông máu, tình trạng dị ứng mạn hoặc cấp tính; trường hợp sản phụ có vết mổ cũ và thai sống ≥ 28 tuần có khả năng nuôi.

c. Oxytocin

- Có 2 cách sử dụng:

+ Phác đồ "liều thấp": liều khởi đầu thấp, tăng liều chậm, liều tối đa 30mIU/phút.

+ Phác đồ "liều cao": liều khởi đầu cao, tăng liều nhanh, liều tối đa 30mIU/phút.

- Cách sử dụng oxytocin: dung bơm tiêm điện

+ Phác đồ "liều thấp": pha 5 đơn vị oxytocin trong 49mL glucose 5%, khởi đầu 4mIU/phút (2,4mL/giờ), tăng liều 4-6mIU/phút (02,4-3,6mL/giờ), liều tối ưu 8-12mIU/phút (4,8-7,2mL/giờ), tối đa 30mIU/phút (18mL/giờ), khoảng cách tăng liều mỗi 15-30 phút.

+ Phác đồ "liều cao": pha 5 đơn vị oxytocin trong 49mL glucose 5%, khởi đầu 0,5-2mIU/phút (0,3-1,2mL/giờ), tăng liều 1-2mIU/phút (0,6-1,2mL/giờ), liều tối ưu 8-12mIU/phút (4,8-7,2mL/giờ), tối đa 30mIU/phút (18mL/giờ), khoảng cách tăng liều mỗi 15-30 phút.

- Thời gian theo dõi từ 12-24 giờ tính từ khi đạt 3 cơn gò/10 phút. Gọi là thất bại khi sau 12-24 giờ mà không đạt được 3 cơn gò/10 phút hoặc CTC không thay đổi - Bishop không tiến triển.

- Tác dụng ngoại ý: cơn gò cường tính, có thể gây vỡ tử cung; ảnh hưởng tim thai; ngộ độc nước; ảnh hưởng tim mạch (tụt huyết áp, giảm tưới máu động mạch vành, ngưng tim).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Sản Phụ khoa,* ban hành kèm theo Quyết định 315/QĐ-BYT.
2. Bệnh viện Từ Dũ (2019), *Phác đồ điều trị Sản Phụ khoa 2019.*

SỬ DỤNG OXYTOCIN TRONG CHUYỂN DẠ

Oxytocin là thuốc gây co bóp tử cung cả về tần số và cường độ.

MÃ ICD 10: Y55.0

I. CHỈ ĐỊNH

- Sử dụng oxytocin để gây cơn co tử cung trong trường hợp khởi phát chuyển dạ hoặc đã chuyển dạ nhưng cơn co thưa, yếu.
- Xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ.
- Đề phòng và xử trí băng huyết sau sinh.

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Bất tương xứng đầu - chậu.
- Ngôi không có chỉ định sinh đường âm đạo.
- Nhau tiền đạo trung tâm.
- Nhau bong non thể nặng.
- Suy thai cấp.
- Không có phòng phẫu thuật, phẫu thuật viên và phương tiện phẫu thuật.
- Mẹ bệnh lý tim mạch gây rối loạn cung lượng tim.

2. Chống chỉ định tương đối

- Vết mổ cũ lấy thai.
- Đa thai, đa ối.

III. CÁCH DÙNG

1. Trước sinh

Cách thực hiện:

- Bơm tiêm điện có điều khiển tốc độ truyền là cách sử dụng tốt nhất với liều ban đầu là 4 mUI/phút, hoặc có thể:
- Truyền tĩnh mạch dung dịch glucose 5% 500mL nhỏ giọt tĩnh mạch với tốc độ VIII giọt/phút.

+ Pha oxytocin 5 đơn vị (1 ống) vào chai glucose 5% đang truyền tĩnh mạch VIII giọt/phút.

+ Lắc đều chai glucose 5% đã có oxytocin cho thuốc pha đều.

- Theo dõi sát chuyển dạ bằng monitor sản khoa, đặc biệt theo dõi tim thai và cơn gò tử cung.
- Phải ghi diễn tiến chuyển dạ lên biểu đồ chuyển dạ.

Theo dõi:

- Theo dõi trong 20-30 phút, nếu cơn gò chưa đạt hoặc chưa đạt số cơn gò theo độ mở cổ tử cung thì chỉnh giọt tăng VIII giọt/phút (4 mUI/phút) sao cho đạt được tần số cơn gò phù hợp. Liều tối đa là XL giọt/phút (20 mUI/phút).

- Khám ngoài: mỗi 15 phút/lần đều đặn theo dõi cơn co tử cung, nhịp tim thai, độ lọt của ngôi mỗi giờ.

- Khi đã đạt số cơn gò phù hợp giai đoạn chuyển dạ và độ mở cổ tử, đánh giá sự tiến triển của chuyển dạ bằng độ mở cổ tử cung và ngôi thai.

- Khi phát hiện chuyển dạ ngưng tiến triển (theo dõi tối đa 2 giờ).

+ Cân nhắc việc có tiếp tục sử dụng oxytocin liều cao hơn, hoặc:

+ Phối hợp thuốc làm mềm cổ tử cung, hoặc:

+ Mổ lấy thai.

2. Sau sinh

- Xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ (tham khảo phác đồ "Xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ").

- Đề phòng và điều trị bang huyết sau sinh do đờ tử cung (tham khảo phác đồ "Băng huyết sau sinh").

IV. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Cơn gò cường tính

- Khi có nhiều hơn 5 cơn co tử cung trong 10 phút và mỗi cơn co kéo dài hơn 90 giây.

- Xử trí:

+ Ngưng truyền oxytocin.

+ Có thể phối hợp thuốc giảm gò. Theo dõi sát tần số cơn gò và tình trạng tim thai trong 30-45 phút. Sau 45 phút, cơn gò tử cung không giảm phải phẫu thuật lấy thai ngay hoặc giúp sinh bằng dụng cụ nếu đủ điều kiện.

2. Dọa vỡ - vỡ tử cung

Tham khảo phác đồ "Vỡ tử cung".

3. Suy thai cấp trong chuyển dạ

- Nếu có dấu hiệu suy thai, phải ngừng oxytocin. Tham khảo phác đồ "Suy thai".

- Sau khi ngưng truyền oxytocin 15 phút không có kết quả, phải phẫu thuật lấy thai ngay hoặc forceps nếu đủ điều kiện.

4. Nhau bong non

Tham khảo phác đồ "Nhau bong non".

5. Ngộ độc nước

Khi truyền liều cao trong thời gian dài.

6. Ảnh hưởng tim mạch

- Khi dùng liều cao hơn 45 mUI/phút hay khi tiêm trực tiếp tĩnh mạch.
- Gây tụt huyết áp, giảm tưới máu động mạch vành, ngưng tim.

7. Giãn cơ trơn

8. Dị ứng.

9. Ảnh hưởng lên thai

Suy thai, ngạt sau sinh, tăng bilirubin máu gây tăng mức độ vàng da sơ sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Sản Phụ khoa,* ban hành kèm theo Quyết định 315/QĐ-BYT.
2. Bệnh viện Từ Dũ (2019), *Phác đồ điều trị Sản Phụ khoa 2019.*

XỬ TRÍ TÍCH CỰC GIAI ĐOẠN 3 CHUYỂN DẠ

.

I. ĐỊNH NGHĨA

Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ là các thao tác chủ động của người đỡ sinh tác động sau khi sổ thai để giúp nhau bong và sổ ra ngoài nhanh hơn nhằm phòng ngừa băng huyết sau sinh.

II. CHỈ ĐỊNH

Cho mọi trường hợp sinh đường âm đạo, khi thai vừa mới sổ ra ngoài và chắc chắn không còn thai nào trong tử cung.

III. KỸ THUẬT

1. Ngay sau sổ thai hoặc sau cắt dây rốn hoặc sau sổ nhau: tiêm bắp 10 đơn vị oxytocin. Nếu sản phụ đang được truyền dịch, có thể sử dụng oxytocin 20 đơn vị truyền tĩnh mạch 30 giọt/phút.

2. Giải thích những việc sẽ làm cho sản phụ.

3. Kiểm tra tử cung co hồi chưa, không có cầu bàng quang.

4. Kéo dây rốn có kiểm soát: một tay chặn trên xương vệ đẩy nhẹ tử cung lên trên, một tay kéo nhẹ dây rốn xuống.

5. Đỡ nhau và màng nhau.

6. Xoa đáy tử cung, kích thích tử cung co hồi tốt.

IV. KHÓ KHĂN VÀ XỬ TRÍ

1. Nhau không tróc

- Sau khi kéo dây rốn một lần khoảng 15-30 giây mà dây rốn không xuống thêm, ngưng kéo dây rốn, chờ cơn gò tử cung sau làm tử cung gò tốt hơn sẽ thực hiện lần 2.
- Tối đa có thể làm 5 lần. Nếu không được sẽ chuyển bóc nhau bằng tay.

2. Đứt dây rốn

- Có thể chờ sổ nhau tự nhiên như bình thường nếu không chảy máu nhiều vì máu chảy từ bánh nhau qua chỗ dây rốn đứt không phải là máu mẹ.
- Nếu sau 30-45 phút nhau không sổ, sẽ thực hiện bóc nhau bằng tay.

3. Lộn tử cung

- Do kéo mạnh và khi tử cung chưa gò tốt hoặc tử cung bị dị dạng.
- Xử trí theo "Hướng dẫn quốc gia".

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Sản Phụ khoa,* ban hành kèm theo Quyết định 315/QĐ-BYT.
2. Bệnh viện Từ Dũ (2019), *Phác đồ điều trị Sản Phụ khoa 2019.*

HỒI SỨC SƠ SINH NGAY SAU SINH

I. CÁC BƯỚC HỒI SỨC SƠ SINH CƠ BẢN

- Trong 30 giây đầu tiên

+ Đánh giá nhanh chỉ số Apgar và xác định xem trẻ có cần hồi sức không.

+ Ủ ấm và tiến hành hồi sức ngay nếu trẻ không khóc, không thở hoặc tím tái: đặt trẻ nằm, đầu hơi ngữa, hút dịch hầu họng và mũi sạch, kích thích thở và đặt mặt nạ bóp bóng, cung cấp oxy nếu cần.

- Trong 30 giây tiếp theo

+ Nếu trẻ hồng lại, thở tốt thì chăm sóc thường quy và theo dõi sát.

+ Nếu trẻ vẫn không thở thì nhanh chóng kiểm tra lại mặt nạ, chỉnh lại tư thế đầu trẻ và tiếp tục bóp bóng.

- Đánh giá trẻ sau 1 phút

+ Nếu trẻ tự thở được tiếp tục theo dõi sát.

+ Nếu trẻ không thở được: kiểm tra nhịp tim

- Nhịp tim > 60 lần/phút: bóp bóng 40 lần/phút, ngừng bóp bóng khi nhịp thở > 30 lần/phút.
- Nhịp tim < 60 lần/phút: gọi hỗ trợ.

Ấn tim 120 lần/phút, bóp bóng 40 lần/phút.

Ngừng ấn tim khi nhịp tim > 100 lần/phút.

II. ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN

Nên đặt nội khí quản để bóp bóng giúp thở ngay nếu:

+ Trẻ ngạt nặng

+ Trẻ hít nước ối lẫn phân su

+ Hồi sức qua mặt nạ thất bại

+ Trẻ cần dùng thuốc qua đường nội khí quản

+ Trẻ cần phải hồi sức kéo dài

III. SỬ DỤNG CÁC THUỐC CẦN THIẾT

- Adrenalin 1/1000: chỉ định khi nhịp tim < 60 lần/phút sau 30 giây bóp bóng liều 0,1mg/lần tiêm mạch rốn (hoặc 0,3mg/lần nếu bơm qua nội khí quản).

- Natribicarbonat 4,2%: chỉ định khi trẻ bị toan chuyển hóa, liều: 2-4mL/kg tiêm mạch rốn.

- Glucose 10%: liều 3-5mL/kg tiêm mạch rốn.

* Sau khi hồi sức cần phải xác định nguyên nhân gây ngạt và cho vào dưỡng nhi hoặc chuyển tuyến trên để tiếp tục điều trị (nếu cần).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Sản Phụ khoa,* ban hành kèm theo Quyết định 315/QĐ-BYT.
2. Bệnh viện Từ Dũ (2019), *Phác đồ điều trị Sản Phụ khoa 2019.*

CHĂM SÓC HẬU SẢN

.

Hậu sản là khoảng thời gian 6 tuần đầu sau sinh. Thời kỳ hậu sản cần theo dõi: co hồi tử cung, sản dịch, sự lên sữa và tiết sữa và các thay đổi tổng quát khác.

I. CO HỒI TỬ CUNG

Sau sổ nhau, tử cung co về khối an toàn. Cần theo dõi sát 15 phút 1 lần trong 2 giờ sau sanh. Trung bình mỗi ngày thu hồi 1cm. Sau ngày 12-13, tử cung nhỏ trong tiểu khung.

Tử cung co hồi kém do sót nhau, nhiễm trùng, có nhân xơ tử cung.

II. SẢN DỊCH

Theo dõi sản dịch mỗi ngày. Bình thường sản dịch không hôi, đỏ sậm, lượng ít dần, mùi tanh nồng, vô trùng. Nếu có thay đổi màu sắc, có mùi hôi, cần đánh giá xem có sót nhau, sót gạc, nhiễm trùng hay không.

* *ĐIỀU TRỊ*

- Thăm khám âm đạo loại trừ sót gạc trong âm đạo.
- Siêu âm đánh giá sót nhau, ứ dịch lòng tử cung: nong cổ tử cung, nạo sót nhau.
- Kháng sinh.
- Rửa âm đạo, âm hộ ngày 2-3 lần.

III. SỰ LÊN SỮA

- Bình thường ngày thứ 3 có hiện tượng lên sữa.
- Hướng dẫn cho bú mẹ đúng cách.
- Vệ sinh vú trước khi cho bé bú.
- Nếu không bú được thì vắt sữa ra cho bé bú, tránh để căng tức hay áp xe vú.

III. VẾT KHÂU TẦNG SINH MÔN

- Làm vệ sinh ngày 2 lần.
- Băng vệ sinh sạch, thay băng vệ sinh 4-5 giờ 1 lần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Sản Phụ khoa,* ban hành kèm theo Quyết định 315/QĐ-BYT.
2. Bệnh viện Từ Dũ (2019), *Phác đồ điều trị Sản Phụ khoa 2019.*

GIẢM ĐAU SAU SINH NGẢ ÂM ĐẠO

I. ĐẠI CƯƠNG

Tần suất, mức độ và thời gian đau liên quan đến độ sang chấn tầng sinh môn xảy ra trong quá trình sinh, do cắt khâu tầng sinh môn, sinh thủ thuật.

II. NGUYÊN NHÂN

- Đau cơ vùng chân, tay hoặc thắt lưng do trong quá trình chuyển dạ sản phụ dùng sức rặn, căng cơ quá mức. → Xử trí: thả lỏng người, massage nhẹ nhàng vùng cơ bị ảnh hưởng, tắm nước ấm, chườm ấm cách khoảng 10-15 phút, mỗi ngày 4-5 lần, mỗi lần cách nhau 2-3 giờ.

- Đau đầu do thay đổi nội tiết sau sinh, do rỉ dịch não tủy sau gây tê tủy sống. → Xử trí: nằm nghỉ thẳng lưng, dùng caffeine, thuốc giảm đau.

- Đau tử cung do co hồi cơ tử cung, đặc biệt ở người sinh con rạ, xảy ra trong vòng 24 giờ đầu sau sinh.

- Đau vú do căng sữa. → Xử trí: cho bé bú, vắt sữa.

- Đau tầng sinh môn: tổn thương mô do căng giãn quá mức hoặc cắt khâu tầng sinh môn, đặc biệt sau sinh giúp hoặc rách phức tạp.

III. XỬ TRÍ

Kết hợp 2 phương pháp dùng thuốc và không dùng thuốc.

1. Phương pháp dùng thuốc

- Thuốc sử dụng: paracetamol hoặc thuốc chống viêm không steroid (diclofenac hoặc ibuprofen) hoặc paracetamol + ibuprofen.

- Thời gian dùng thuốc giảm đau: thường trong 1-2 ngày đầu sau sinh. Có thể dùng thêm nếu cần.

2. Phương pháp không dùng thuốc

- Vận động sớm.
- Giữ khô sạch vùng tầng sinh môn.
- Uống nhiều nước, ăn nhiều rau củ.
- Nên mặc quần áo rộng, thoáng.
- Khuyến khích tập thể dục vùng đáy chậu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Sản Phụ khoa,* ban hành kèm theo Quyết định 315/QĐ-BYT.
2. Bệnh viện Từ Dũ (2019), *Phác đồ điều trị Sản Phụ khoa 2019.*

BÍ TIỂU SAU SANH – SAU MỔ

MÃ ICD 10: R33

I. ĐỊNH NGHĨA

Bí tiểu sau sanh, sau mổ là tình trạng rối loạn đường tiểu, biểu hiện bằng cảm giác muốn đi tiểu nhưng không thể tiểu được và có cầu bàng quang căng khi khám.

II. NGUYÊN NHÂN

- Lo lắng
- Do chèn ép bàng quang, phù nề vùng âm hộ khi chuyển dạ dẫn đến liệt bàng quang dẫn đến bí tiểu.
- Do thủ thuật thô bạo, dập bàng quang.
- Do gây mê, gây tê.

III. XỬ TRÍ

- Vận động sớm, chườm ấm bàng quang, tập tiểu.
- Nếu thất bại thì đặt sond tiểu và lưu trong 24 giờ.
- Tập bàng quang: 3 giờ mở sond 1 lần cho tới khi có cảm giác mắc tiểu thì rút sond tiểu.
- Nếu thất bại dùng thuốc: kháng sinh, kháng viêm, kháng sinh đường niệu trong 5 ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Sản Phụ khoa,* ban hành kèm theo Quyết định 315/QĐ-BYT.
2. Bệnh viện Từ Dũ (2019), *Phác đồ điều trị Sản Phụ khoa 2019.*

BĂNG HUYẾT SAU SINH

I. ĐỊNH NGHĨA

Băng huyết sau sinh là tình trạng mất ≥ 500mL máu sau sinh qua ngả âm đạo hoặc mất ≥ 1000mL máu sau mổ lấy thai hoặc ảnh hưởng đến tổng trạng hoặc haematocrit giảm hơn 10% so với trước sinh.

Phân loại: nguyên phát (< 24 giờ đầu) và thứ phát (sau 24 giờ đến 12 tuần).

II. CHẨN ĐOÁN

- Đo lượng máu mất bằng túi đo máu lót ngay sau khi sổ thai và ra hết nước ối.
- Dấu hiệu mất máu cấp tính: mệt, vật vã, da xanh, niêm nhạt, vã mồ hôi.
- Thay đổi tổng trạng, sinh hiệu: mạch nhanh, huyết áp tụt.
- Tử cung tăng thể tích.
- Ra huyết âm đạo đỏ tươi, lượng nhiều, liên tục.

Nguyên nhân

- Đờ tử cung
- Chấn thường đường sinh dục (đặc biệt là vỡ tử cung).
- Bất thường về bong nhau, sổ nhau.
- Rối loạn đông máu.

III. XỬ TRÍ CHUNG

Hồi sức tích cực + co hồi tử cung + tìm nguyên nhân

- Huy động tất cả mọi người để cấp cứu.
- Thiết lập ít nhất 2 đường truyền tĩnh mạch, catheter 18G cho dịch chảy với tốc độ nhanh.
- Đánh giá tình trạng mất máu và thể trạng chung của sản phụ (các dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ).
- Nếu nghi ngờ có choáng hoặc bắt đầu có choáng phải xử trí ngay theo phác đồ xử trí choáng.
- Thông tiểu.
- Xoa đáy tử cung và dùng thuốc co hồi tử cung.

+ Oxytocin 5UI 4 ống pha 500mL dịch tinh thể, tối đa 80UI.

+ Methyl-ergometrin (maleate) 0,2mg 1 ống tiêm bắp hay tiêm vào cơ tử cung **(không bao giờ tiêm tĩnh mạch)**, tối đa 5 liều, chống chỉ định: tiền căn cao huyết áp, hội chứng Raynaud.

+ Prostaglandin E_1 (misoprostol) 200µg: 800µg đặt hậu môn 1 lần duy nhất, có thể dùng cho người cao huyết áp hay hen suyễn. Theo dõi nhiệt độ vì sản phụ có thể sốt

≥ 40°C và lạnh run. Sử dụng phối hợp với thuốc gò tử cung đường tiêm, không sử dụng như thuốc gò duy nhất để điều trị băng huyết sau sinh.

- Thuốc cầm máu: tranexamic acid tiêm tĩnh mạch sớm trong vòng 3 giờ sau sinh ở sản phụ được chẩn đoán băng huyết sau sinh ngả âm đạo hoặc sau mổ lấy thai bất kể nguyên nhân. Liều tranexamic acid 1g, tiêm tĩnh mạch chậm với tốc độ 100mg/phút, lặp lại liều thứ hai nếu 30 phút sau sản phụ còn tiếp tục băng huyết hoặc nếu băng huyết lại trong vòng 24 giờ sau liều đầu tiên.

- Tìm nguyên nhân: kiểm tra đường sinh dục và thực hiện các biện pháp cơ học khác.

- Làm xét nghiệm cơ bản: huyết đồ, nhóm máu, đông máu toàn bộ.

IV. TRIỆU CHỨNG VÀ XỬ TRÍ THEO BỆNH CẢNH LÂM SÀNG

1. Đờ tử cung

a. Triệu chứng

- Chảy máu ngay sau khi sổ nhau là triệu chứng phổ biến nhất.

- Tử cung giãn to, mềm nhão, co hồi kém hoặc không co hồi, không có khối an toàn.

- Có thể dẫn đến choáng nếu không xử trí kịp thời.

b. Xử trí: ngoài phần xử trí chung có thể cần thêm

- Chèn bóng lòng tử cung, phẫu thuật may mũi B-Lynch hoặc thắt động mạch tử cung, thắt động mạch hạ vị, cắt tử cung.

- Kết hợp vừa phẫu thuật vừa hồi sức, truyền máu.

2. Chấn thương đường sinh dục

Gồm rách âm hộ, âm đạo, tầng sinh môn, cổ tử cung, vỡ tử cung và tụ máu đường sinh dục.

a. Triệu chứng

- Tử cung co hồi tốt nhưng máu đỏ tươi vẫn chảy ra ngoài âm hộ.

- Khám thấy vết rách và tụ máu đường sinh dục.

b. Xử trí: ngoài phần xử trí chung cần thêm

- Khâu phục hồi đường sinh dục.

- Nếu bị tụ máu, tùy theo vị trí, kích thước và sự tiến triển của khối máu tụ để có thái độ xử trí thích hợp. Nguyên tắc chung là phải phá khối máu tụ và khâu cầm máu kỹ, tránh tái phát. Làm tại phòng mổ khi khối máu tụ to, sâu hoặc ở vị trí khó kiểm soát.

- Vỡ tử cung: xử trí theo phác đồ "Vỡ tử cung".

3. Bất thường về bong nhau và sổ nhau

a. Triệu chứng

- Sót nhau, màng nhau:

+ Chảy máu thường xuất hiện sau khi sổ nhau.

+ Tử cung có thể co hồi kém.

+ Ra máu rỉ rả, lượng máu có thể ít hoặc nhiều, máu đỏ tươi lẫn máu cục.

+ Có thể phát hiện sớm sót nhau bằng cách kiểm tra nhau và màng nhau.

+ Nếu phát hiện muộn, không kịp thời, mất máu nhiều có dấu hiệu choáng.

- Nhau không bong:

+ Nhau không bong trong vòng 30 phút sau khi sổ thai hoặc dùng biện pháp tích cực xử trí giai đoạn 3 của chuyển dạ không kết quả.

+ Nhau bám chặt và không chảy máu.

+ Nhau cài răng lược bán phần thì sau khi thai đã sổ 30 phút nhau không bong hoàn toàn, chảy máu nhiều hay ít tùy theo diện nhau bong rộng hay hẹp. Nhau cài răng lược toàn phần ít gặp, không chảy máu.

b. Xử trí

- Sót nhau, màng nhau:

+ Truyền dịch tĩnh mạch ngay.

+ Cho thuốc giảm đau (morphin 10mg x 1 ống tiêm bắp hay tiêm dưới da hay pethidin 100mg 1 ống tiêm bắp) và tiến hành kiểm soát tử cung.

+ Tiêm bắp 5-10UI oxytocin và/hoặc methyl-ergometrin 0,2mg.

+ Dùng kháng sinh toàn thân.

+ Theo dõi mạch, huyết áp và co hồi tử cung.

+ Hồi sức truyền máu nếu thiếu máu cấp.

- Nhau không bong:

+ Nếu chảy máu, tiến hành bóc nhau và kiểm soát tử cung, tiêm bắp oxytocin 10UI, xoa đáy tử cung, hồi sức chống choáng, cho kháng sinh.

+ Nhau cài răng lược bán phần chảy máu hoặc nhau cài răng lược toàn phần phải cắt tử cung.

+ Nếu chảy máu nhiều cần phải hồi sức chống choáng, truyền máu và phẫu thuật.

+ Duy trì gò tử cung theo nguyên tắc chung.

4. Rối loạn đông máu

- Có thể tiên phát do các bệnh về máu nhưng thường là thứ phát do chảy máu nhiều, mất sinh sợi huyết (đông máu nội mạch lan tỏa). Đông máu nội mạch lan tỏa có thể kết hợp với tiền sản giật nặng, thai chết trong tử cung, nhau bong non thể ẩn, nhiễm trùng ối hay thuyên tắc ối. Tất cả các tình trạng bệnh lý này có thể dẫn đến tiêu sinh sợi huyết.

- Điều trị nội khoa bằng máu tươi là chính, các yếu tố đông máu và điều trị nguyên nhân.

- Nếu phải can thiệp phẫu thuật lưu ý mở bụng đường dọc.

V. DỰ PHÒNG

- Quản lý thai tốt, phát hiện sớm các nguy cơ cao.
- Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ: kéo dây rốn có kiểm soát.
- Vẽ biểu đồ chuyển dạ, không để chuyển dạ kéo dài.
- Đỡ sinh đúng kỹ thuật, nhẹ nhàng để tránh gây chấn thương đường sinh dục. Khi có tổn thương đường sinh dục cần phát hiện sớm và xử trí kịp thời.
- Theo dõi sản phụ 6 giờ đầu sau sinh, đặc biệt trong 2 giờ đầu để phát hiện sớm các trường hợp chảy máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Sản Phụ khoa,* ban hành kèm theo Quyết định 315/QĐ-BYT.
2. Bệnh viện Từ Dũ (2019), *Phác đồ điều trị Sản Phụ khoa 2019.*

VỠ TỬ CUNG

MÃ ICD 10: *Vỡ tử cung trong chuyển dạ:* **O71.1***; Vỡ tử cung trước chuyển dạ:* **O71.0**

I. ĐẠI CƯƠNG

Vỡ tử cung là một trong năm tai biến sản khoa có thể gây tử vong cho mẹ và thai. Có thể xảy ra trong thai kỳ, nhưng thường gặp nhất trong chuyển dạ.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Vỡ tử cung trong thai kỳ

Thường xảy ra trên tử cung có sẹo mổ cũ hay tử cung dị dạng.

- Triệu chứng cơ năng:

+ Đột ngột đau nhói vùng tử cung, chỗ sẹo mổ cũ, có thể ra huyết âm đạo.

+ Có thể có triệu chứng choáng.

- Triệu chứng thực thể:

+ Bụng biến dạng, lình phình

+ Sờ thấy phần thai nằm dưới da bụng

+ Có phản ứng thành bụng

+ Đau nhói vùng vết mổ cũ khi sờ nắn

+ Tim thai suy hoặc không nghe được

+ Khám âm đạo: không sờ thấy ngôi thai, huyết âm đạo đỏ tươi.

- Cận lâm sàng:

+ Hct giảm.

+Siêu âm: dịch ổ bụng, vị trí thai bất thường

2. Vỡ tử cung trong chuyển dạ

2.1. Dọa vỡ tử cung trong chuyển dạ: chỉ xảy ra trên tử cung không sẹo mổ cũ.

- Triệu chứng cơ năng:

+ Thai phụ đau bụng nhiều

+ Cơn co dồn dập, mạnh

- Triệu chứng thực thể:

+ Vòng Bandle lên cao, tử cung hình quả bầu

+ Tim thai có thể bình thường hoặc suy

+ Khám âm đạo: đầu cao, ngôi bất thường.

2.2. Vỡ tử cung

- Triệu chứng cơ năng:

+ Dấu hiệu dọa vỡ, đột ngột đau nhói

+ Choáng: da xanh, niêm nhợt, huyết áp tụt, kẹp

+ Xuất huyết âm đạo, nước tiểu có máu.

- Triệu chứng thực thể:

+ Choáng

+ Bụng biến dạng, lình phình.

+ Phản ứng thành bụng, đau nhói nơi vỡ, chạm phần thai dưới da bụng.

+ Tim thai suy hoặc không nghe được.

+ Khám âm đạo: không thấy ngôi thai.

III. XỬ TRÍ

- Hồi sức chống choáng tốt.

- Mổ cấp cứu.

- Xử trí tử cung.

+ Bảo tồn: vết nứt hoặc vỡ đơn giản, không nhiễm trùng, chưa đủ con, dưới 40 tuổi.

+ Cắt tử cung: choáng nặng, vỡ phức tạp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Sản Phụ khoa,* ban hành kèm theo Quyết định 315/QĐ-BYT.
2. Bệnh viện Từ Dũ (2019), *Phác đồ điều trị Sản Phụ khoa 2019.*

RÁCH TẦNG SINH MÔN - ÂM ĐẠO - CỔ TỬ CUNG SAU SINH

MÃ ICD 10: O70

I. RÁCH CỔ TỬ CUNG

- Thường gặp vị trí 3 giờ, 9 giờ.
- Có thể lan đến đoạn dưới tử cung, động mạch tử cung.

1. Nguyên nhân

- Do thai: thai non nhỏ, sổ thai nhanh, thai to.
- Do mẹ: cổ tử cung phù nề, có sẹo cũ.
- Do thực hiện thủ thuật sanh giúp khi cổ tử cung chưa mở trọn.

2. Xử trí

- Khi vết rách giới hạn ở cổ tử cung: khâu cầm máu
- Nếu vết rách lan đến cùng đồ hoặc tạo thành khối máu tụ lớn sau phúc mạc và trong phúc mạc: mở bụng thám sát, khâu cầm máu hoặc chuyển tuyến trên nếu quá khả năng xử trí.

II. RÁCH ÂM ĐẠO - TẦNG SINH MÔN

Phân độ:

- Độ I: rách niêm mạc âm đạo và da.
- Độ II: độ I + cân cơ
- Độ III: độ II + cơ vòng hậu môn
- Độ IV: độ III + niêm mạc trực tràng

1. Nguyên nhân

Giống như rách cổ tử cung.

2. Xử trí

Tùy theo mức độ rách

- Độ I, II, III: khâu phục hồi tại phòng sanh hay phòng mổ.
- Kháng sinh điều trị.
- Chăm sóc vết khâu.
- Độ IV: tùy theo mức độ có thể khâu phục hồi lại hay xem xét chuyển tuyến.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Sản Phụ khoa,* ban hành kèm theo Quyết định 315/QĐ-BYT.
2. Bệnh viện Từ Dũ (2019), *Phác đồ điều trị Sản Phụ khoa 2019.*

NHIỄM TRÙNG HẬU SẢN

MÃ ICD 10: O85

I. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm trùng hậu sản là các nhiễm trùng xuất phát từ bộ phận sinh dục trong thời kỳ hậu sản. Đây là một trong những tai biến sản khoa thường gặp.

II. CÁC HÌNH THÁI NHIỄM KHUẨN

1. Nhiễm khuẩn tầng sinh môn, âm hộ, âm đạo

- Do rách tầng sinh môn phức tạp, rách hoặc cắt tầng sinh môn mà không khâu hoặc khâu không đúng kỹ thuật, không đảm bảo vô khuẩn khi khâu tầng sinh môn, sót gạc trong âm đạo.

- Triệu chứng: sốt nhẹ 38-38,5^{o}C, vết khâu tầng sinh môn sung tấy, đau, trường hợp nặng có mủ. Tử cung co hồi bình thường, sản dịch không hôi.

- Điều trị:

+ Cắt chỉ tầng sinh môn nếu vết khâu tấy đỏ có mủ. Vệ sinh tại chỗ hằng ngày bằng oxy già (nếu vết khâu có mủ) hoặc povidone iodin.

+ Kháng sinh uống hoặc tiêm.

2. Nhiễm trùng tử cung

Bao gồm: viêm nội mạc tử cung, viêm cơ tử cung, viêm mô quanh tử cung.

2.1. Chẩn đoán

- Lâm sàng:

+ Triệu chứng cơ năng: sốt, đau hạ vị, có thể xuất huyết âm đạo muộn.

+ Triệu chứng toàn thân: nhiệt độ ≥ 38^{o}C, nhức đầu, lạnh run, mạch nhanh.

+ Triệu chứng thực thể: sản dịch đục, hôi; tử cung mềm, nhão, ấn đau; xuất huyết lòng tử cung; khối cạnh tử cung (viêm chu cung, khối máu tụ).

- Cận lâm sàng:

+ Bạch cầu tăng.

+ CRP tăng.

+ Siêu âm: có thể thấy hình ảnh ứ dịch lòng tử cung, hơi trong lòng tử cung, phù nề vết mỏ cơ tử cung, nhưng đôi khi không có hình ảnh đặc hiệu.

+ Cấy máu, cấy sản dịch.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

Nhiễm trùng vết mổ, các bệnh lý nhiễm trùng không liên quan đến thai kỳ (viêm đài bể thận cấp, viêm ruột thừa, …)

2.3. Xử trí

2.3.1. Nguyên t c

- Kháng sinh.

- Hạ sốt.

- Nâng tổng trạng.

- Cho thuốc co hồi tử cung (oxytocin 1-2 ống/ngày, tiêm bắp).

- Nạo lòng tử cung, phẫu thuật khi có chỉ định.

2.3.2. Lựa chọn kháng sinh

- Nhiễm trùng tử cung không nặng (sinh ngả âm đạo): amoxicillin-acid clavulanic 625mg uống 1 viên x 3 lần/ngày x 5 ngày.

- Nhiễm trùng tử cung sau mổ:

+ Amoxicillin-acid clavulanic 1,2g x 3 lần/ngày (TM) trong 7 ngày + gentamycin 80mg/2mL 3-5mg/kg/ngày (TB/Truyền TM) trong 7 ngày.

+ Hoặc amoxicillin-acid clavulanic 1,2g x 3 lần/ngày (TM) trong 7 ngày + metronidazole 500mg/100mL 1 chai x 2-3 lần/ngày (Truyền TM) trong 7 ngày.

+ Hoặc Cephalosporin thế hệ 3 (cefotaxime hoặc ceftriaxone hoặc ceftazidime) + metronidazole 500mg/100mL 1 chai x 2-3 lần/ngày (truyền TM) trong 7 ngày.

- Nhiễm trùng nặng, kéo dài, không đáp ứng điều trị trên: nên lựa chọn kháng sinh theo kháng sinh đồ; xem xét chuyển tuyến trên nếu vi trùng kháng các kháng sinh hiện có tại đơn vị.

2.3.3. Hút nạo buồng tử cung

- Cần thiết trong các trường hợp sót nhau hoặc cần lấy sạch mô hoại tử trong lòng tử cung để giải quyết tình trạng nhiễm trùng.

- Nên hút nhẹ nhàng lòng tử cung, không nên nạo thô bạo để tránh tai biến thủng tử cung hoặc di chứng dính lòng tử cung sau này.

2.3.4. Phẫu thuật

Các trường hợp nhiễm trùng tử cung nặng không đáp ứng điều trị, nhiễm trùng hoại tử vết mổ tử cung: phẫu thuật cắt tử cung, dẫn lưu.

3. Viêm dây chằng rộng và phần phụ

Từ nhiễm khuẩn ở tử cung có thể lan sang các dây chằng (đặc biệt là dây chằng rộng) và các phần phụ như vòi trứng, buồng trứng.

Triệu chứng lâm sàng xuất hiện sau 8-10 ngày: nhiễm trùng toàn thân, mệt mỏi, sốt cao, sản dịch hôi, tử cung co hồi chậm; thăm âm đạo thấy khối rắn, đau, bờ không rõ, ít di động.

Điều trị:

- Nghỉ ngơi, chườm lạnh, giảm đau, chống viêm.

- Kháng sinh phổ rộng (dựa vào kháng sinh đồ), phối hợp trong 2 tuần.

- Dẫn lưu cùng đồ nếu áp xe Douglas.

- Cắt tử cung trong trường hợp nặng.

4. Viêm phúc mạc tiểu khung

- Lâm sàng: 3-15 ngày sau sinh, sau các hình thái của nhiễm khuẩn hậu sản: sốt cao 39-40^{o}C, rét run, mạch nhanh, nhiễm trùng, nhiễm độc nặng, đau hạ vị, tiểu tiện buốt, rát, có hội chứng giả lỵ, tử cung to, ấn đau, di động kém, túi cùng đau khi khám.

- Điều trị:

+ Nội khoa: nâng cao thể trạng, kháng sinh phổ rộng, phối hợp 2-3 loại.

+ Ngoại khoa: chỉ mổ khi có biến chứng hoặc dẫn lưu mủ qua túi cùng sau.

5. Viêm phúc mạc toàn thể

Không thường gặp sau mổ lấy thai. Rất hiếm gặp sau sinh ngả âm đạo.

6. Nhiễm trùng huyết

Đây là hình thái nặng nhất, có thể để lại nhiều di chứng, thậm chí tử vong.

- Lâm sàng: sau can thiệp thủ thuật từ 24-48 giờ

+ Hội chứng nhiễm độc nặng, huyết áp tụt, rối loạn vận mạch và tình trạng toan máu.

+ Sản dịch hôi, bẩn. Cổ tử cung hé mở. Tử cung to, mềm, ấn đau.

+ Có thể xuất hiện nhiễm khuẩn ở các cơ quan khác: phổi, gan, thận, …

- Cận lâm sàng: bạch cầu tăng, CRP tăng, procalcitonin (+), suy giảm chức năng gan, thận, rối loạn các yếu tố đông máu, cấy máu, cấy sản dịch (+).

- Điều trị

+ Nội khoa: hồi sức chông choáng, kháng sinh phổ rộng, phối hợp 2-3 loại (điều chỉnh theo kháng sinh đồ), kéo dài.

+ Ngoại khoa: cắt tử cung (sau khi điều trị kháng sinh tối thiểu 6-24 giờ), dẫn lưu ổ bụng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Sản Phụ khoa,* ban hành kèm theo Quyết định 315/QĐ-BYT.

2. Bệnh viện Từ Dũ (2019), *Phác đồ điều trị Sản Phụ khoa 2019.*

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ THAI NGOÀI TỬ CUNG

MÃ ICD 10: O00

I. ĐẠI CƯƠNG

Thai ngoài tử cung (TNTC) là tình trạng túi thai nằm ngoài tử cung. Yếu tố nguy cơ cao mắc TNTC: tiền căn TNTC, tiền căn phẫu thuật trên vòi trứng, tiền căn thắt vòi trứng, bệnh lý tại vòi trứng, phơi nhiễm DES trong tử cung, đang sử dụng dụng cụ tử cung.

Hiện nay, TNTC chưa vỡ được điều trị nội khoa bằng methotrexate (MTX). Tuy nhiên, một số trường hợp cần can thiệp ngoại khoa.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

1.1. Triệu chứng cơ năng

Trễ kinh, 2 vú căng, nghén, đau bụng, ra huyết âm đạo, rong kinh - rong huyết, ngất nếu thai ngoài vỡ.

1.2. Triệu chứng thực thể

- Bụng có đề kháng, phản ứng thành bụng nếu TNTC vỡ.
- Khám âm đạo: CTC tím, mềm, thân tử cung to hơn bình thường không tương xứng với tuổi thai
- Phần phụ một bên nề đau hoặc có khối mềm, ranh giới rõ, ấn đau.
- Túi cùng căng đau (TNTC vỡ)

1.3. Triệu chứng toàn thân

- Chân tay lạnh, mệt lã.
- Sinh hiệu thay đổi: mạch nhanh, huyết áp tụt.
- Da niêm nhợt.

2. Cận lâng sàng

- Định tính β hCG: dương tính.
- Siêu âm: thấy khối thai ngoài tử cung, dịch ổ bụng.
- Chọc dò cùng đồ sau để xác định dịch ổ bụng.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nội khoa: bằng methotrexate khi TNTC chưa vỡ.

2. Can thiệp ngoại khoa

2.1. Chỉ định

Có dấu hiệu vỡ (đau bụng dưới nhiều và tăng dần, hoặc siêu âm có lượng dịch ước lượng trên 300mL, hay có dịch ổ bụng); huyết động học không ổn định (mạch nhanh, HA tụt, da niêm xanh nhợt, vã mồ hôi, buồn nôn, nôn, Hb/Hct giảm); dị ứng với MTX; có các

bệnh nội khoa (suy thận, loét dạ dày, bệnh phổi hoạt động, suy giảm miễn dịch); bất thường các xét nghiệm tiền hóa trị (BC < 3000, TC < 100.000, tăng men gan, tăng BUN, creatinine, rối loạn đông máu, ...)

2.2. Điều trị

- Truyền dịch hồi sức tích cực trước khi phẫu thuật.
- Truyền máu nếu có chỉ định.
- Lấy máu ổ bụng truyền hoàn hồi nếu có thể hoặc khi không có chế phẩm máu.
- Tìm ngay khối thai kẹp, cột, cắt, cầm máu.
- Khối thai ở vòi tử cung:
    + Cắt vòi sát tử cung
    + Bảo tồn vòi tử cung (nếu khối thai chưa vỡ).
- Khối thai nằm đoạn sừng: kẹp, cắt, cầm máu vòi trứng sát góc, xẻ dọc cơ tử cung lấy sạch khối thai, khâu cơ tử cung cầm máu kỹ.
- Lau sạch ổ bụng, đóng bụng không cần dẫn lưu.

IV. CHỈ ĐỊNH CHUYỂN TUYẾN TRÊN

TNTC chưa vỡ, huyết động ổn định (để điều trị nội khoa bằng MTX).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Sản Phụ khoa,* ban hành kèm theo Quyết định 315/QĐ-BYT.
2. Bệnh viện Từ Dũ (2019), *Phác đồ điều trị Sản Phụ khoa 2019.*

NHIỄM KHUẨN ÂM ĐẠO

MÃ ICD 10: A48

I. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm khuẩn âm đạo là một hội chứng do rối loạn phổ vi trùng âm đạo: giảm sút nồng độ lactobacilli và gia tăng vi khuẩn yếm khí, đặc biệt là Gardnerella vaginalis.

II. CHẨN ĐOÁN

Có 2 trong 3 tiêu chuẩn sau:

- Lâm sàng: huyết trắng nhiều, màu trắng xám, rất hôi, nhất là sau giao hợp.
- Cận lâm sàng:

+ Whiff test: nhỏ KOH 10% sẽ có mùi hôi như cá ươn.

+ Phết âm đạo: nhiều "clue cell", nhuộm gram có nhiều Cocobacille nhỏ.

III. ĐIỀU TRỊ

Dùng đường uống hay đặt âm đạo:

- Metronidazole 500mg x 2 lần/ngày x 7 ngày (uống trong bữa ăn), hoặc:
- Metronidazole gel 0,75% (5g)/ngày trong 5 ngày bơm âm đạo, hoặc:
- Clindamycin 300mg x 2 lần/ngày x 7 ngày (uống), hoặc:
- Clindamycin 100mg x 1 lần/ngày x 3 ngày (đặt âm đạo).

(Lưu ý: metronidazole không dùng 3 tháng đầu thai kỳ)

Vệ sinh tại chỗ:

- Povidon iodin 10%.
- Acid lactic + Lactoserum atomisat.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Sản Phụ khoa,* ban hành kèm theo Quyết định 315/QĐ-BYT.
2. Bệnh viện Từ Dũ (2019), *Phác đồ điều trị Sản Phụ khoa 2019.*

VIÊM ÂM ĐẠO DO NẤM

MÃ ICD 10: N76.0

I. ĐẠI CƯƠNG

Nguyên nhân do nấm Candida albicans.

Yếu tố thuận lợi: dùng kháng sinh phổ rộng, kéo dài; gia tăng glycogen âm đạo: thai kỳ, đái tháo đường, thuốc ngừa thai chứa estrogen liều cao; suy giảm miễn dịch, môi trường âm đạo ẩm ướt.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Ngứa âm hộ, âm đạo.
- Đôi khi có cảm giác nóng, tiểu rát, giao hợp đau.
- Âm hộ và niêm mạc âm đạo viêm đỏ.
- Huyết trắng đục, đặc, lợn cợn thành mảng giống như sữa đông, vôi vữa.

2. Cận lâm sàng

Soi nhuộm có sợi tơ nấm hoặc bào tử nấm.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Thuốc đặt âm đạo

- Nystatin 100.000 đơn vị đặt âm đạo 1 viên/ngày x 14 ngày, hoặc:
- Miconazole hay clotrimazole 100mg đặt âm đạo 1 viên/ngày x 7 ngày, hoặc:
- Miconazole hay clotrimazole 200mg đặt âm đạo 1 viên/ngày x 3 ngày, hoặc:
- Clotrimazole 500mg đặt âm đạo 1 viên duy nhất, hoặc:
- Miconazole 1200mg đặt âm đạo 1 viên duy nhất.

2. Thuốc uống

- Fluconazole 150mg uống 1 viên duy nhất, hoặc:
- Itraconazole 100mg uống 2 viên/ngày x 3 ngày.

3. Thuốc bôi

Bôi thuốc kháng nấm ngoài da (vùng âm hộ): clotrimazole.

4. Vệ sinh tại chỗ

- Natri hydrocarbonate 5g pha rửa âm hộ.
- Povidon iodin 10%.

5. Điều trị cho bạn tình

Khi có một trong các triệu chứng sau:

- Viêm ngứa quy đầu.
- Có nấm trong nước tiểu.

- Trường hợp người phụ nữ tái phát nhiều lần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Sản Phụ khoa,* ban hành kèm theo Quyết định 315/QĐ-BYT.
2. Bệnh viện Từ Dũ (2019), *Phác đồ điều trị Sản Phụ khoa 2019.*

VIÊM ÂM ĐẠO DO TRICHOMONAS

MÃ ICD 10: A59

I. ĐẠI CƯƠNG

Là bệnh lây truyền qua đường tình dục do trùng roi Trichomonas vaginalis.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Huyết trắng nhiều, màu vàng hay xanh loãng, có bọt, có mùi tanh.
- Có thể ngứa, tiểu rát.
- Trường hợp nặng: có dấu hiệu trái dâu tây (âm đạo và cổ tử cung có những điểm xuất huyết nhỏ, lấm tấm.

2. Cận lâm sàng

Soi tươi: trùng roi di động và nhiều bạch cầu.

III. ĐIỀU TRỊ

- Metronidazole/Secnidazole/Tinidazole 2g uống 1 liều duy nhất, hoặc:
- Metronidazole 500mg x 2 lần/ngày x 7 ngày (uống trong bữa ăn).

Lưu ý: luôn diều trị cho bạn tình:

- Metronidazole 2g uống 1 liều duy nhất.
- Không dùng trong 3 tháng đầu thai kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Sản Phụ khoa,* ban hành kèm theo Quyết định 315/QĐ-BYT.
2. Bệnh viện Từ Dũ (2019), *Phác đồ điều trị Sản Phụ khoa 2019.*

VIÊM ÂM ĐẠO DO THIẾU NỘI TIẾT

MÃ ICD 10: N76.0

I. NGUYÊN NHÂN

Thường do thiếu estrogen ở phụ nữ tuổi mãn kinh làm cho niêm mạc âm đạo bị mất lớp bề mặt và trung gian trở nên rất mỏng, dễ tổn thương và nhiễm trùng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Thường là viêm không đặc hiệu, khí hư ít, có mủ, có thể lẫn máu.
- Cảm giác đau trằn, tức hạ vị, nóng rát âm hộ, âm đạo.
- Niêm mạc âm đạo nhợt nhạt, có thể viêm đỏ với nhiều chấm xuất huyết đỏ. Đau âm hộ, âm đạo khi thăm khám.
- Có những rối loạn về đường tiểu như tiểu lắt nhắt, tiểu buốt.

2. Cận lâm sàng

Soi tươi dịch âm đạo thấy tế bào trung gian.

III. ĐIỀU TRỊ

Điều trị tại chỗ:

- Cream estrogen bôi âm đạo, hoặc:
- Estriol 0,5mg đặt âm đạo 1 viên/đêm x 20 đêm.
- Promestrien 10mg đặt âm đạo 1 viên/ngày x 20 ngày.
- Cream Promestrien bôi âm hộ, âm đạo 1 lần/ngày x 14 ngày.

Nếu có bội nhiễm, sử dụng kháng sinh thích hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Sản Phụ khoa,* ban hành kèm theo Quyết định 315/QĐ-BYT.
2. Bệnh viện Từ Dũ (2019), *Phác đồ điều trị Sản Phụ khoa 2019.*

VIÊM CỔ TỬ CUNG

MÃ ICD 10: N72

I. ĐẠI CƯƠNG

Hai tác nhân gây bệnh thường gặp là Neisseria gonorrhoeae và Chlamydia trachomatis.

10-20% viêm cổ tử cung sẽ tiến đến viêm vùng chậu.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Không có triệu chứng lâm sàng nổi bật.
- Có nhiều huyết trắng màu vàng hay xanh đóng ở cổ tử cung.
- Cổ tử cung lộ tuyến, viêm đỏ, phù nề, dễ chảy máu khi đụng chạm.

2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm vi trùng học huyết trắng lấy từ kênh cổ tử cung sau khi đã chùi sạch cổ ngoài: có nhiều tế bào bạch cầu.
- Nếu có song cầu gram âm hình hạt cà phê có thể chẩn đoán nguyên nhân do lậu cầu.
- Nếu xét nghiệm có vi khuẩn lậu, điều trị thêm clindamycin.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị lậu cầu

- Lựa chọn 1: ceftriaxone 250mg tiêm bắp liều duy nhất + azithromycin 1g uống liều duy nhất.
- Lựa chọn 2: (nếu ceftriaxone không có sẵn): cefixime 400mg uống liều duy nhất + Azithromycin 1g uống liều duy nhất.

Lưu ý:

- Luôn điều trị cho bạn tình.
- Nếu xét nghiệm lậu (+): tư vấn HIV, VDRL, HBsAg.
- Nếu bệnh nhân có thai: ceftriaxone 250mg tiêm bắp liều duy nhất + azithromycin 1g uống liều duy nhất.

2. Điều trị Chlamydia

- Lựa chọn 1: azitromycin 1g uống liều duy nhất, hoặc doxycycline 100mg x 2 lần/ngày x 7 ngày (uống sau ăn).
- Lựa chọn 2: erythromycin 500mg x 4 lần/ngày x 7 ngày (uống), hoặc levofloxacin 500mg x 1 lần/ngày x 7 ngày (uống).

Lưu ý:

- Luôn điều trị cho bạn tình.

- Nếu bệnh nhân có thai: azithromycin 1g uống liều duy nhất, hoặc amoxicillin 500mg x 3 lần/ngày x 7 ngày (uống), hoặc erythromycin 500mg x 4 lần/ngày x 7 ngày (uống).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Sản Phụ khoa,* ban hành kèm theo Quyết định 315/QĐ-BYT.
2. Bệnh viện Từ Dũ (2019), *Phác đồ điều trị Sản Phụ khoa 2019.*

VIÊM VÙNG CHẬU

MÃ ICD 10: N73

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm vùng chậu là viêm nhiễm cấp đường sinh dục của phụ nữ, lây lan từ cổ tử cung đến tử cung, ống dẫn trứng, buồng trứng và các cơ quan lân cận, bao gồm: viêm nội mạc tử cung, viêm ống dẫn trứng, áp xe phần phụ và viêm phúc mạc chậu.

Tác nhân gây bệnh chủ yếu là Chlamydia trachomatis và Neisseria gonorrhoeae.

Yếu tố nguy cơ: có nhiều bạn tình; tuổi trẻ dưới 25 tuổi; tiền căn viêm vùng chậu; bạn tình có viêm nhiễm niệu đạo hay nhiễm lậu; đặt vòng tránh thai; …

II. CHẨN ĐOÁN

1. Tiêu chuẩn chẩn đoán theo CDC 2014

1.1. Tiêu chuẩn chính (cần thiết)

Bệnh nhân trẻ, trong độ tuổi hoạt động tình dục, có nguy cơ mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục, có đau vùng chậu và không tìm được nguyên nhân gây bệnh khác. Khi khám vùng chậu có:

- Đau khi lắc cổ tử cung; hoặc
- Đau tử cung; hoặc
- Đau phần phụ.

1.2. Tiêu chuẩn phụ (hỗ trợ nhưng không nhất thiết phải có)

- Sốt > 38^{o}C (nhiệt độ miệng).
- Khí hư âm đạo - cổ tử cung bất thường.
- Có nhiều bạch cầu trên phết nhuộm Gram cổ tử cung.
- Chlamydia hay Gonorrhoeae (+).
- Tăng tốc độ máu lắng.
- Tăng CRP.

2. Cận lâm sàng

- Tổng phân tích tế bào máu: bạch cầu tăng.
- CRP tăng.
- Tổng phân tích nước tiểu.
- Siêu âm.
- Xét nghiệm khí hư âm đạo:

+ Soi tươi tìm Gardnerella vaginalis.

+ Nhuộm gram tìm vi trùng Neisseria gonorrhoeae.

- Test miễn dịch chẩn đoán Chlamydia trachomatis.
- Tốc độ lắng máu.

III. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Thai ngoài tử cung.
- U buồng trứng xoắn, xuất huyết nang buồng trứng.
- Lạc nội mạc tử cung.
- Ung thư buồng trứng tiến triển cấp.
- U xơ tử cung hoại tử.
- Viêm ruột thừa cấp.
- Viêm bàng quang, viêm đài bể thận, cơn đau quặn thận.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc chung

- Tất cả phác đồ điều trị phải hiệu quả với cả Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae và vi trùng yếm khí.
- Điều trị những người có quan hệ tình dục với bệnh nhân trong vòng 60 ngày kể từ khi có triệu chứng.
- Tháo vòng tránh thai (nếu có).
- Điều trị ngoại trú các trường hợp nhẹ, điều trị nội trú các trường hợp nặng.

2. Điều trị nội trú

2.1. Chỉ định điều trị nội trú

- Đang mang thai.
- Không đáp ứng hoặc không dung nạp với kháng sinh đường uống.
- Không tuân thủ điều trị.
- Không thể dùng kháng sinh uống do buồn nôn và ói.
- Thể nặng: sốt cao, buồn nôn, nôn, đau vùng chậu nặng.
- Khối áp xe vùng chậu, kể cả áp xe ống dẫn trứng.
- Có thể cần phải phẫu thuật và chưa loại trừ bệnh lý ngoại khoa (như: viêm ruột thừa).
- Nhiễm HIV.

2.2. Kháng sinh

- Lựa chọn 1: Cephalosporin thế hệ thứ III như ceftriaxone 1-2g (TM) 1 lần/ngày + Doxycyclin 100mg (uống hay TM) mỗi 12 giờ.

Ngưng kháng sinh tĩnh mạch sau 48 giờ nếu tình trạng lâm sàng cải thiện, chuyển sang kháng sinh uống doxycyclin 100mg 1 viên x 2 lần/ngày uống cho đủ 14 ngày.

- Lựa chọn 2: clindamycin 900mg (TM) mỗi 8 giờ + gentamycin liều đầu tiên 2mg/kg (TM hoặc TB), sau đó duy trì 1,5mg/kg mỗi 8 giờ.

Chuyển sang kháng sinh đường uống nếu sau 48 giờ triệu chứng lâm sàng cải thiện (sốt, buồn nôn, nôn, đau vùng chậu). Dùng doxycyclin 100mg 1 viên x 2 lần/ngày uống cho đủ 14 ngày hoặc clindamycin 450mg 4 lần/ngày uống trong 14 ngày.

Trường hợp bệnh nhân không dung nạp với doxycycline, có thể sử dụng azithromycin 1g đơn liều uống 1 lần/tuần x 2 tuần.

- Lựa chọn 3: ampicillin + sulbactam 3g (TM) mỗi 6 giờ + doxycycline 100mg (TM hoặc uống) mỗi 12 giờ

2.3. Điều trị triệu chứng

- Giảm đau.
- Hạ sốt.
- Bù nước, điện giải nếu bệnh nhân sốt cao, ăn kém, nôn ói.

2.4. Đánh giá, theo dõi

- Tình trạng sốt.
- Xét nghiệm: công thức máu (bạch cầu giảm), CRP giảm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Sản Phụ khoa,* ban hành kèm theo Quyết định 315/QĐ-BYT.
2. Bệnh viện Từ Dũ (2019), *Phác đồ điều trị Sản Phụ khoa 2019.*

ÁP XE PHẦN PHỤ

I. ĐẠI CƯƠNG

Áp xe phần phụ (AXPP) là khối viêm nhiễm tại ống dẫn trứng, buồng trứng, một số trường hợp có cả cơ quan lân cận trong vùng chậu. Áp xe phần phụ thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản và điển hình là do viêm nhiễm đường sinh dục trên.

Tác nhân gây bệnh chủ yếu là Chlamydia trachomatis và Neisseria gonorrhoeae. Bệnh nhân có dụng cụ tử cung phân lập được Actinomyces israelii.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- AXPP là biến chứng của viêm phần phụ, có triệu chứng lâm sàng tương tự viêm phần phụ.

- Triệu chứng có thể không điển hình: sốt nhẹ, đau vùng chậu mạn, bạch cầu bình thường, đi kèm các triệu chứng không liên quan như đau bụng mạn lan tỏa hay thay đổi thói quen đi tiêu. Không sốt cũng không loại trừ được viêm phần phụ.

- AXPP vỡ điển hình sẽ có triệu chứng đau bụng cấp và dấu hiệu nhiễm trùng huyết, tuy nhiên có thể bị bỏ sót khi khối áp xe rò rỉ chậm. AXPP vỡ có thể đe dọa tính mạng, cần phẫu thuật thám sát khẩn cấp.

- Khám:

+ Đau vùng chậu nhiều.

+ Khối u phần phụ một hay hai bên, căng đau.

2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm: công thức máu, CRP, ure, creatinine, AST, ALT, các xét nghiệm tiền phẫu (nhóm máu, đông máu toàn bộ).

- Siêu âm bụng, vùng chậu: ngày 1, 2, 4, 7 và sẽ thưa hơn nếu tình trạng lâm sàng cải thiện.

- X-quang ngực thẳng, đo ECG: cần thiết để đánh giá tiền phẫu.

- Tổng phân tích nước tiểu.

- Chụp CT scan hoặc MRI cho những trường hợp khó chẩn đoán (xem xét chuyển tuyến).

III. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Hệ sinh sản: viêm vùng chậu, u buồng trứng xoắn, u buồng trứng vỡ, nhân xơ tử cung thoái hóa, thai ngoài tử cung bội nhiễm, sẩy thai nhiễm trùng.

- Hệ tiêu hóa: viêm ruột thừa, viêm túi thừa, viêm dạ dày - ruột.

- Hệ tiết niệu: viêm bàng quang, viêm niệu đạo, sỏi thận, viêm bể thận.

IV. BIẾN CHỨNG

- Áp xe vỡ: là tình trạng khẩn cấp đe dọa tính mạng cần phải phẫu thuật cấp cứu.

- Nhiễm trùng huyết: cần phải can thiệp phẫu thuật.

V. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị nội khoa đơn thuần

1.1. Tiêu chuẩn điều trị nội khoa

- Tình trạng huyết động ổn định.
- Không có dấu hiệu vỡ áp xe (bụng ngoại khoa, nhiễm trùng huyết).
- Kích thước ổ áp xe < 8cm.
- Có đáp ứng với kháng sinh.
- Chưa mãn kinh.

1.2. Phác đồ điều trị nội

Lựa chọn 1:

- Clindamycin 900mg (TM) mỗi 8 giờ + gentamycin liều đầu tiên 2mg/kg (TM hoặc TB), sau đó duy trì 1,5mg/kg mỗi 8 giờ.

- Hoặc ampicillin 2g (TM) mỗi 6 giờ + clindamycin 900mg (TM) mỗi 8 giờ + gentamycin liều đầu tiên 2mg/kg (TM hoặc TB), sau đó duy trì 1,5mg/kg mỗi 8 giờ.

- Hoặc ampicillin-sulbactam 3g (TM) mỗi 6 giờ + doxycycline 100mg uống mỗi 12 giờ.

- Hoặc amoxicillin-clavulanic acid 1,2g (TM) mỗi 8 giờ + metronidazole 500mg/100mL (truyền TM) mỗi 8 giờ. Có thể phối hợp hoặc không với gentamycin 80mg/2mL x 3 ống pha trong natriclorua 0,9% 100mL truyền TM trong 30 phút.

Lựa chọn 2: khi dị ứng với kháng sinh ở lựa chọn 1 hay không đáp ứng với điều trị ở lựa chọn 1 trong 48 giờ.

- Levofloxacin 500mg/100mL truyền TM 1 lần/ngày + metronidazole 500mg/100mL (truyền TM) mỗi 8 giờ.

- Hoặc piperacillin-tazobactam 4,5g pha trong natriclorua 0,9% 100mL truyền TM mỗi 8 giờ.

1.3. Đánh giá điều trị nội

- Theo dõi sát trong 48-72 giờ đầu.
- Lâm sàng: sinh hiệu, dấu hiệu nhiễm trùng (môi khô, lưỡi dơ), sốt, đau bụng (không khám âm đạo nhiều vì nguy cơ vỡ ổ áp xe).
- Cận lâm sàng:

+ Công thức máu, CRP mỗi ngày trong 72 giờ đầu và ngày thứ 7.

+ Siêu âm bụng (ngày 1, ngày 3, ngày 7).

1.4. Thời gian điều trị

- Tại viện: tối thiểu 7 ngày.
- Sau xuất viện: cần điều trị thêm tối thiểu 14 ngày.

Lựa chọn 1:

+ Levofloxacin 500mg 1 viên/ngày (uống) + metronidazole 250mg 2 viên x 2 lần/ngày (uống), hoặc

+ Ofloxacin 400mg 2 lần/ngày (uống) + metronidazole 250mg 2 viên x 2 lần/ngày (uống).

Lựa chọn 2: amoxicillin-clavulanic acid 625mg 1 viên x 3 lần/ngày (uống) + metronidazole 250mg 2 viên x 2 lần/ngày (uống).

2. Điều trị ngoại khoa

2.1. Chỉ định điều trị ngoại khoa

- Kích thước ổ áp xe > 8cm, áp xe vỡ, viêm phúc mạc toàn thể.

- Nghi ngờ áp xe vùng chậu không phân biệt được với áp xe ruột thừa.

- Không đáp ứng sau 48 giờ điều trị nội khoa (sốt không giảm hay tăng; đau vùng chậu không giảm hay nặng hơn; khối áp xe gia tăng kích thước; bạch cầu trong máu không giảm hoặc tăng; có dấu hiệu nhiễm trùng huyết).

2.2. Nguyên t c phẫu thuật

- Phá các ổ áp xe và dẫn lưu.

- Cắt tai vòi hoặc phần phụ có khối áp xe.

- Nếu bệnh nhân lớn tuổi, đủ con: có thể cắt toàn bộ tử cung và hai phần phụ + dẫn lưu.

- Xem xét chuyển tuyến trên nếu không có phẫu thuật viên kinh nghiệm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Sản Phụ khoa,* ban hành kèm theo Quyết định 315/QĐ-BYT.

2. Bệnh viện Từ Dũ (2019), *Phác đồ điều trị Sản Phụ khoa 2019.*

RONG KINH – RONG HUYẾT

MÃ ICD 10: N92

I. ĐẠI CƯƠNG

Chảy máu bất thường từ niêm mạc tử cung, thường được gọi là rong kinh - rong huyết là một vấn đề thường gặp trong lâm sàng phụ khoa với rất nhiều nguyên nhân khác nhau. Rong kinh, rong huyết đều là triệu chứng của nhiều tình trạng hoặc bệnh lý khác nhau.

Rong kinh là hiện tượng ra máu từ đường sinh dục kéo dài trên 7 ngày, có chu kỳ.

Rong huyết là hiện tượng ra máu từ đường sinh dục kéo dài trên 7 ngày, không có chu kỳ.

Nguyên nhân:

- Rong kinh sinh lý: do các rối loạn đông máu, nội tiết tố hay cảm xúc không ổn định, stress, căng thẳng kéo dài có thể khiến phụ nữ luôn trong tình trạng mệt mỏi, khó chịu, thậm chí ảnh hưởng nghiêm trọng đến tâm sinh lý.

- Rong kinh bệnh lý: do bị chấn thương ở buồng trứng, tử cung hoặc có thể đã mắc phải một trong các bệnh lý như u xơ tử cung, u nang buồng trứng, lạc nội mạc tử cung.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Khai thác bệnh sử: tần suất, thời gian và lượng kinh, xác định chảy máu có chu kỳ hay không. Các đặc điểm khác bao gồm tuổi người bệnh, tiền sử tình dục (xác định nguy cơ của bệnh lây truyền qua đường tình dục), các bệnh phụ khoa trước đó, sử dụng thuốc hoặc các hormon ngừa thai và các bệnh nội khoa mạn tính.

- Khám thực thể: tìm các dấu hiệu toàn thân, đặc biệt chú ý như triệu chứng của nhược năng giáp, bệnh gan, tăng prolactin máu, các rối loạn ăn uống và bệnh đông máu.

- Khám phụ khoa: thăm trực tràng phối hợp với nắn bụng để xác định có hay không có các tổn thương thực thể trên đường sinh dục nữ.

2. Cận lâm sàng

Tùy theo từng tình huống để chỉ định các xét nghiệm, thăm dò phù hợp:

- Công thức máu.

- Test thử thai đối với phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ.

- Tế bào cổ tử cung.

- Siêu âm phụ khoa (đường bụng ± đường âm đạo) khảo sát tử cung và 2 phần phụ.

- Xét nghiệm nội tiết tố phụ khoa: estrogen, progesteron, FSH, LH, prolactin (nếu có điều kiện).

- Xét nghiệm dịch âm đạo - cổ tử cung để tìm lậu cầu hoặc Trichomonas vaginalis nếu nghi ngờ.

- Soi buồng tử cung.

- Nạo sinh thiết từng phần ống cổ tử cung.

3. Chẩn đoán xác định

Dựa vào kết quả khám lâm sàng và xét nghiệm cận lâm sàng.

4. Chẩn đoán phân loại

4.1. Rong kinh, rong huyết tuổi trẻ

- Cơ bản là do FSH và LH không đầy đủ để kích thích buồng trứng, nguyên nhân do rối loạn hoạt động của vùng dưới đồi. Thường là giai đoạn hoàng thể kém, không phóng noãn, không có giai đoạn hoàng thể.

- Biểu hiện lâm sàng:

+ Kinh nguyệt kéo dài, thường là máu tươi, xảy ra sau một vòng kinh dài (chậm kinh).

+ Toàn trạng thiếu máu.

+ Khám thực thể nhiều khi tử cung to mềm, cổ tử cung hé mở (cần phân biệt với sẩy thai).

4.2. Rong kinh, rong huyết ở tuổi sinh đẻ (18-45 tuổi)

- Cường kinh (kinh nhiều)

+ So với hành kinh bình thường, lượng huyết ra nhiều. Thường kèm với rong kinh.

+ Nguyên nhân: Phần lớn do tổn thương thực thể ở tử cung, u xơ tử cung, polype tử cung, lạc nội mạc tử cung tại cơ tử cung làm tử cung không co bóp được, niêm mạc tử cung khó tái tạo nên khó cầm máu. Cũng có thể do tử cung kém phát triển.

- Rong kinh do chảy máu trước kinh: như viêm niêm mạc tử cung, polype buồng tử cung, nhưng cũng có thể do giai đoạn hoàng thể ngắn vì hoàng thể teo sớm, estrogen và progesteron giảm nhanh.

- Rong kinh do chảy máu sau kinh

+ Cơ năng: có thể do niêm mạc tử cung có những vùng bong chậm hoặc những vùng tái tạo chậm.

+ Thực thể: có thể do viêm niêm mạc tử cung, u xơ tử cung, polype buồng tử cung, u ác tính trong buồng tử cung.

4.3. Rong kinh, rong huyết ở tuổi tiền mãn kinh - mãn kinh

- Các trường hợp rối loạn kinh nguyệt tiền mãn kinh cần phải loại trừ các nguyên nhân ác tính.

- Trong giai đoạn tiền mãn kinh sinh thiết niêm mạc tử cung thường có hành kinh.

- Trong giai đoạn sau mãn kinh hay gặp hình ảnh niêm mạc tử cung teo, niêm mạc tử cung không hoạt động.

5. Chẩn đoán phân biệt

- Ra máu từ đường tiêu hoá: trĩ, ung thư đường tiêu hóa thấp.
- Ra máu từ đường tiết niệu: nhiễm trùng đường tiểu, u đường tiểu, sỏi đường tiểu.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị nguyên nhân (nếu có).
- Cầm máu.
- Ngừa tái phát, hay tái lập chu kỳ kinh (nếu người phụ nữ nằm trong độ tuổi sinh đẻ).
- Điều trị hỗ trợ, nâng cao thể trạng.

2. Điều trị cụ thể một số rong kinh - rong huyết thường

2.1. Rong kinh, rong huyết ở tuổi trẻ

- Loại trừ những nguyên nhân ác tính, các bệnh về máu, ...
- Xuất huyết ít: không cần điều trị.
- Xuất huyết vừa: utrogestan 100mg, duphaston 10mg uống từ ngày thứ 16-25 của chu kỳ, sau đó uống thuốc ngừa thai từ 1-3 chu kỳ.
- Xuất huyết rất nhiều: dùng hormone tự nhiên (Benzo-glynoestryl 5mg) 1 ống x 2 (TB)/ngày x 2-3 ngày, thuốc ngừa thai uống 3-6 tháng.
- Xuất huyết nhiều ảnh hưởng đến tổng trạng:

+ Có thể cho thuốc kích thích phóng noãn như clomifen.

+ Kết hợp với các thuốc cầm máu, thuốc co hồi tử cung (oxytocin, ergotamin).

+ Nếu điều trị bằng mọi biện pháp không kết quả: phải nạo buồng tử cung bằng dụng cụ đem sinh thiết tại phòng mổ, sau đó uống thuốc ngừa thai 3 tháng.

2.2. Rong kinh - rong huyết ở tuổi sinh đẻ

- Loại trừ các nguyên nhân thực thể, cần sinh thiết nội mạc tử cung.

+ Xuất huyết trước kỳ kinh:

Utrogestan 100mg uống 2-3 viên/ngày x 10 ngày, từ ngày thứ 16-25 của vòng kinh.

Lutenyl 5mg uống 1-2 viên/ngày x 10 ngày, từ ngày thứ 16-25 của vòng kinh.

Orgametril 5mg uống uống 1-2 viên/ngày x 10 ngày, từ ngày thứ 16-25 của vòng kinh.

+ Xuất huyết sau kỳ kinh: trước hết phải loại trừ nguyên nhân thực thể.

Dùng progestin hoặc estrogen kết hợp với progestin vào các ngày 20-25 của vòng kinh.

Có thể cho Ethinyl-estradiol 0,05mg mỗi ngày 1-2 viên trong các ngày 3-8 của vòng kinh.

+ Rong kinh do quá sản tuyến nang niêm mạc tử cung:

Nạo niêm mạc buồng tử cung.

Thuốc: progestin 10mg/ngày trong 10 ngày, từ ngày thứ 16 của vòng kinh trong 3 tháng.

Có thể xem xét mổ cắt tử cung ở phụ nữ trên 40 tuổi, đã đủ con.

+ Cường kinh (kinh nhiều)

● Trẻ tuổi:

▪ Tử cung co bóp kém: thuốc co tử cung.

▪ Tử cung kém phát triển: vòng kinh nhân tạo hoặc cho viên thuốc tránh thai nửa sau chu kỳ kinh.

● Lớn tuổi:

▪ Nếu có tổn thương thực thể nhỏ chưa có chỉ định phẫu thuật có thể chỉ định progestin vài ngày trước khi hành kinh. Hoặc progestin liều cao (gây vô kinh 3-4 tháng liền).

▪ Trên 40 tuổi, điều trị thuốc không hiệu quả nên mổ cắt tử cung.

2.3. Rong kinh, rong huyết ở tuổi tiền mãn kinh - mãn kinh

- Điều trị triệu chứng: tốt nhất là nạo niêm mạc tử cung có 3 lợi ích:

+ Cầm máu nhanh (đỡ mất máu)

+ Giải phẫu bệnh lý (loại trừ ác tính).

+ Xác định rõ ràng tình trạng quá sản niêm mạc tử cung, chắc chắn không có K (điều trị hormon tiếp theo). Ngày nạo được tính là ngày đầu tiên của kỳ kinh tới.

+ Không phóng noãn: lutenyl, orgametril, utrogestan uống 1-2-3 viên/ngày, từ ngày thứ 16-25 của vòng kinh.

+ Tăng sinh nội mạc tử cung phức tạp: mổ cắt tử cung.

+ Teo nội mạc tử cung: estrogen sau đó kèm progesterone.

3. Điều trị hỗ trợ

- Truyền máu/các sản phẩm từ máu nếu thiếu máu nặng.

- Tăng cường dinh dưỡng giàu đạm, bổ sung sắt.

IV. THEO DÕI ĐÁP ỨNG

- Trong quá trình điều trị:

+ Các triệu chứng cơ năng giảm dần

+ Thực thể: tình trạng ra huyết âm đạo giảm dần hoặc hết ra huyết, chức năng sống ổn.

V. CHỈ ĐỊNH CHUYỂN TUYẾN TRÊN

- Rong kinh - rong huyết kéo dài, lượng máu ra nhiều, điều trị nội khoa thất bại.

- Nếu nguyên nhân gây rong kinh - rong huyết là do u xơ tử cung, khối u chèn ép các cơ quan khác, gây nhiều biến chứng ác tính, ...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Sản Phụ khoa,* ban hành kèm theo Quyết định 315/QĐ-BYT.

2. Bệnh viện Từ Dũ (2019), *Phác đồ điều trị Sản Phụ khoa 2019.*

PHÁ THAI BẰNG THUỐC THAI DƯỚI 7 TUẦN

.

MÃ ICD 10: O04

I. KHÁI NIỆM

Phá thai bằng thuốc (PTBT) hay phá thai nội khoa là phương pháp chấm dứt thai kỳ trong tử cung bằng cách sử dụng phối hợp thuốc mifepristone và misoprostol gây sẩy thai cho các thai dưới 7 tuần.

II. TIÊU CHUẨN NHẬN

- Thai trong tử cung với tuổi thai dưới 7 tuần không có các chống chỉ định về y khoa. (Cần siêu âm để xác định tuổi thai và chắc rằng thai đã nằm trong buồng tử cung).

- Nếu khách hàng (KH) ở tuổi vị thành niên phải có người giám hộ (bảo lãnh) và có đầy đủ giấy tờ chứng minh người giám hộ hợp pháp về mặt pháp lý.

III. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

1. Chuẩn bị khách hàng: Tư vấn PTBT

- Tư vấn về quyết định chấm dứt thai kỳ.

- Giới thiệu các biện pháp phá thai hiện có phù hợp với tuổi thai của KH bao gồm: hút thai và PTBT.

- Hiệu quả của PTBT là 95% có nghĩa là: cứ 100 KH uống thuốc phá thai sẽ có khoảng 95 người ra thai và 05 người không ra thai. Nếu không ra thai KH sẽ chấp nhận hút thai.

- KH cần phải tái khám sau 2 tuần để đánh giá tình trạng ra thai. Nếu thai không sẩy và siêu âm kiểm tra: thai còn trong tử cung và sẽ được hút thai.

2. Thực hiện phá thai bằng thuốc

KH sẽ được:

- Hướng dẫn cách dùng thuốc và triệu chứng bình thường sau uống thuốc (ra huyết âm đạo và đau bụng)

- Cách tự theo dõi và tự chăm sóc sau dùng thuốc phá thai

- Giới thiệu các tác dụng phụ của thuốc phá thai và cách xử lý

- Các triệu chứng cần tới cơ sở y tế ngay

- Cung cấp thông tin liên lạc khi cần liên lạc trong những tình huống cấp cứu

- Cung cấp thông tin về khả năng có thai trở lại sau PTBT

- Giới thiệu và cung cấp biện pháp tránh thai sử dụng đúng và phù hợp với KH

- Hẹn tái khám sau sẩy thai 2 tuần hoặc khi có bất thường (sốt hay ra máu nhiều)

3. Thực hiện thuốc, theo dõi và chăm sóc

- Uống một viên mifepristone tại bệnh viện. Theo dõi mạch, huyết áp, tình trạng toàn thân của KH trong vòng 15 phút. Sau đó cấp 2 viên misoprostol, cho về.

- Sau 48 giờ, ngậm dưới lưỡi 2 viên misoprostol tại nhà.

- KH được hướng dẫn theo dõi: tình trạng ra máu âm đạo, ra thai, đặc biệt là tình trạng đau bụng của KH (uống thêm thuốc giảm đau nếu cần), tác dụng phụ (buồn nôn, nôn, tiêu chảy, sốt).

- Nếu không sẩy thai sau 1 tuần, KH cần tái khám ngay và siêu âm kiểm tra: thai còn trong tử cung và hút thai.

- Nếu sẩy thai tái khám sau 2 tuần (rất cần thiết) hoặc tái khám ngay khi có bất thường (sốt, ra máu nhiều).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Sản Phụ khoa,* ban hành kèm theo Quyết định 315/QĐ-BYT.
2. Bệnh viện Từ Dũ (2019), *Phác đồ điều trị Sản Phụ khoa 2019.*

U NANG BUỒNG TRỨNG

MÃ ICD 10: N83.0

I. ĐẠI CƯƠNG

U nang buồng trứng là những nang hình thành ở buồng trứng, có vỏ bọc ngoài, bên trong chứa chất dịch. Bệnh thường phát triển âm thầm, nhưng khi chuyển sang ác tính thì tiến triển rất nhanh…. U nang gặp ở mọi lứa tuổi.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

1.1. Nếu biết trước có khối u:

- Bệnh nhân đau bụng âm ỉ rồi tăng dần.
- Sờ thấy khối u ở vùng hạ vị.
- Có phản ứng thành bụng.
- Khám âm đạo: có khối u cạnh tử cung ấn đau.
- Di động tử cung đau.

1.2. Nếu không biết trước có khối u:

- Bệnh đau bụng đột ngột hoặc âm ỉ, đau tăng dần.
- Bụng có phản ứng.
- Nôn.
- Khám âm đạo: cạnh tử cung có 1 khối u to, ấn đau nhất là khi ấn vào cuống của khối u, di động tử cung đau.

1.3. Nếu đến muộn:

Khối u thường quá to hoặc có biến chứng, thường là giai đoạn trễ của ung thư buồng trứng, bụng to dần, đau bụng, bụng lình phình, báng bụng, ăn không ngon, rối loạn đi tiểu, sụt cân, xuất huyết sau mãn kinh, tiêu máu.

2. Cận lâm sàng

- Siêu âm đầu dò âm đạo, siêu âm doppler màu: khảo sát sự tăng sinh các mạch máu ngoại biên hoặc trung tâm khối u để tiên lượng khả năng ác tính.
- Xét nghiệm chỉ điểm u: CA125, beta hCG, AFP, HE4, chỉ số ROMA (có giá trị trong theo dõi và chẩn đoán trong ung thư buồng trứng).
- Chụp CT scan và MRI.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Mục tiêu

- Đề phòng biến chứng xảy ra
- Tỷ lệ tái phát thấp hơn

- Chẩn đoán và điều trị sớm ung thư buồng trứng giúp cải thiện khả năng sống còn của bệnh nhân.

2. Điều trị

2.1. U nang chức năng

Thường có những đặc điểm chung sau:

- Khối u chỉ hình thành và phát triển trên một buồng trứng.

- Kích thước của u nang không vượt quá 7cm.

- Tự teo hoặc vỡ đi sau một vài vòng kinh liên tục, thường không quá 8 đến 12 tuần.

2.2. U nang thực thể

- Khoảng 90% u nang buồng trứng ở những phụ nữ trẻ không phải ung thư và cần ít hoặc không cần tới phương pháp điều trị đặc biệt.

- Nếu u nang tái phát thường xuyên, dùng thuốc tránh thai dạng uống có thể giúp giảm nguy cơ các u nang tái phát trong tương lai. Một điều cần lưu ý, các thuốc này sẽ không giúp làm giảm kích cỡ của khối u.

- Trong một số ít trường hợp, phẫu thuật có thể được chỉ định nếu bệnh nhân có:

+ Khối u nang phức tạp

+ Khối u nang gây ra các biến chứng

+ Khối u nang lớn hơn 10cm

+ Bệnh nhân đã mãn kinh hoặc gần mãn kinh.

+ Nếu bị hội chứng buồng trứng đa nang, bệnh nhân cũng có thể cần được chỉ định điều trị.

2.3. Một số biến chứng nang

- Xoắn nang: hay gặp ở khối u có kích thước nhỏ, cuống dài, không dính, xoắn nang có thể xảy ra khi đang mang thai (nhất là trong những tháng đầu thai nghén), hoặc sau khi sinh.

Xử trí: mổ cấp cứu, cắt bỏ khối u bị xoắn (chú ý: không được tháo xoắn).

Lấy mẫu làm sinh thiết để phân tích lành tính hay ác tính.

- Vỡ nang: là biến chứng ít gặp, thường xảy ra với trường hợp u nang nước do có vỏ mỏng, sẽ gây đau và chảy máu dữ dội đe dọa tính mạn bệnh nhân.

Lâm sàng:

+ Đau dữ dội xung quanh vùng bụng.

+ Đau khắp bụng.

+ Buồn nôn và ói.

+ Đau nhiều khi chạm vào vú.

Xử trí: cần phẫu thuật cấp cứu và lấy mẫu làm sinh thiết.

- U nang buồng trứng xuất huyết:

Biểu hiện lâm sàng:

+ Đau bụng vùng hạ vị hoặc vùng chậu, có thể bắt đầu và hết đau hoặc có thể trở nên nghiêm trọng, bất ngờ và dữ dội.

+ Chu kỳ kinh nguyệt rối loạn.

+ Cảm thấy áp lực tăng ở vùng bụng dưới hoặc vùng chậu hoặc cả bụng.

+ Đau vùng chậu thời gian dài trong suốt thời kỳ kinh nguyệt, cũng có thể đau ở vùng lưng thấp.

+ Vùng chậu đau sau khi tập thể dục gắng sức hoặc quan hệ tình dục.

+ Đau hoặc có bất thường ở đường tiết niệu hoặc nhu động ruột.

+ Buồn nôn và ói mửa.

+ Đau âm đạo hoặc rỉ máu từ âm đạo.

+ Vô sinh.

Xử trí:

+ Trong số các loại biến chứng của u nang buồng trứng thì u nang buồng trứng xuất huyết là phổ biến nhất. Tuy u nang buồng trứng xuất huyết có thể gây nên thương tổn lớn nhưng không phải lúc nào cũng cần được phẫu thuật.

+ Nếu mức độ khó chịu không quá nghiêm trọng có thể dùng thuốc giảm đau tạm thời, loại thảo dược, vitamin, và theo dõi trong một khoảng thời gian, nhưng quan trọng là phải chữa trị tận gốc nguyên nhân của bệnh.

+ Trường hợp chảy máu nhiều, nang phát triển to nhanh, bệnh nhân đau nhiều có thể chỉ định phẫu thuật cắt u nang.

- Có thai kèm u nang buồng trứng:

+ Được chẩn đoán qua khám thai định kỳ hoặc qua siêu âm.

+ Có thể gặp bất kỳ loại nang nào, nhưng hay gặp là nang hoàng thể hay u nang bì, ít khi gặp nang ác tính.

Xử trí:

+ Nếu tiên lượng bị xoắn nang mổ càng sớm càng tốt.

+ Nếu mổ sớm trong 3 tháng đầu của thai nghén dễ gây sảy thai. Nếu phát hiện u nhỏ nên mổ vào thời gian sau 13 tuần vì lúc này nhau thai đã tiết đủ hormone progesterone để nuôi dưỡng thai, nếu là nang hoàng thể thì thường giảm kích thước hoặc không phát triển nữa, có thể không cần phải mổ.

+ Nếu u phát triển to lên trong 3 tháng giữa thai kỳ, thì nên mổ ngay, trừ khi chỉ phát hiện được trong thời kỳ cuối thai nghén.

IV. THEO DÕI ĐÁP ỨNG

- Dặn dò bệnh nhân tuân thủ nghiêm túc các chỉ định tái khám của bác sĩ chuyên khoa.

- Tái khám ngay khi có một trong các dấu hiệu: chảy máu, đau bụng hoặc sưng ở bụng, sốt, vùng âm đạo tiết dịch tối màu hoặc có mùi hôi.

V. CHỈ ĐỊNH CHUYỂN TUYẾN TRÊN

- Khối u nang quá phức tạp.

- Khối u to chèn ép các cơ quan vùng chậu, hoặc nằm ở vị trí đặc biệt và có thể ảnh hưởng lên thai nếu bệnh nhân đang mang thai.

+ Khối u thoái hóa ác tính.

+ Nguyên nhân khác: vượt quá khả năng điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Sản Phụ khoa,* ban hành kèm theo Quyết định 315/QĐ-BYT.
2. Bệnh viện Từ Dũ (2019), *Phác đồ điều trị Sản Phụ khoa 2019.*

U XƠ TỬ CUNG

MÃ ICD 10: D26

I. ĐẠI CƯƠNG

U xơ tử cung là khối u lành tính, có nguồn gốc từ cơ trơn của tử cung, gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, tuổi thường gặp 35-50 tuổi, kích thước khối u thường gặp khoảng dưới 15cm. U xơ tử cung thường ít có triệu chứng nhưng khi khối u lớn có thể gây rối loạn kinh nguyệt, đau do chèn ép và vô sinh, …

Tùy theo vị trí khối u có thể chia thành: u dưới thanh mạc, u trong cơ tử cung, u dưới niêm mạc, u ở cổ tử cung hoặc trong dây chằng rộng.

Nguyên nhân gây ra u xơ tử cung: sự phát triển của u xơ có liên quan đến hormone ở nữ giới là estrogen và progesterone.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng lâm sàng

1.1. Triệu chứng cơ năng

- Ra huyết: là triệu chứng chính gặp trong 60% trường hợp, thể hiện dưới dạng cường kinh, dần dần kinh nguyệt rối loạn và rong kinh kéo dài.

- Toàn thân bị thiếu máu, xanh xao, gầy sút nếu ra máu kéo dài.

- Đau vùng hạ vị hoặc hố chậu, đau kiểu tức, nặng bụng dưới do khối u to chèn ép vào các tạng lân cận.

- Ra khí hư loãng, hoặc ra khí hư do viêm âm đạo, viêm niêm mạc tử cung.

1.2. Triệu chứng thực thể

- Nhìn có thể thấy khối u gồ lên ở vùng hạ vị nếu khối u to.

- Nắn bụng: có thể thấy khối u (nếu to) ở vùng hạ vị, mật độ chắc, di động cùng với tử cung.

- Đặt mỏ vịt: nếu u có cuống sẽ thấy khối u thò ra giữa lỗ cổ tử cung dạng polype.

- Thăm âm đạo kết hợp nắn bụng: thấy tử cung to, chắc, có khi thấy nhiều khối nổi trên mặt tử cung, di động cổ tử cung thì khối u di động theo.

2. Cận lâm sàng

- Siêu âm: giúp chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt.

- Soi buồng tử cung: chẩn đoán và điều trị các polype dưới niêm mạc.

- Xét nghiệm tế bào học: phát hiện các tổn thương cổ tử cung kèm theo.

III. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Với tử cung có thai: hỏi bệnh, khám lâm sàng, thử thai, siêu âm.

- Khối u buồng trứng: thường có vị trí và di động biệt lập với tử cung, siêu âm.

- Ung thư niêm mạc tử cung: hỏi bệnh, khám lâm sàng, xét nghiệm tế bào học và siêu âm.

IV. XỬ TRÍ

1. Điều trị nội khoa

Chỉ định đối với một số khối u nhỏ mục đích để hạn chế sự phát triển của khối u và hạn chế rong kinh, rong huyết.

Thuốc có thể sử dụng:

- Testosteron: tuy không làm khối u nhỏ nhưng giảm sự phát triển của khối u.

Liều 40mg/ngày từ 5-7 ngày. Tổng liều 200-300mg/tháng/2-3 tháng.

- Đối với bệnh nhân trẻ tuổi: progestin 10-20mg/ngày x 10 ngày từ ngày 16 kỳ kinh hoặc dùng thuốc danasol 200mg/ngày x 10 ngày.

2. Điều trị ngoại khoa

Có chỉ định phẫu thuật đối với các khối u sau mà phẫu thuật viên cần phải cân nhắc lựa chọn (có thể bóc tách nhân xơ hoặc cắt toàn bộ tử cung).

- U xơ tử cung to tương đương thai 12 tuần.

- U xơ có biến chứng rong kinh, rong huyết, điều trị nội khoa không kết quả.

- U xơ phối hợp với các tổn thương khác như: u nang buồng trứng, loạn sản cổ tử cung, sa sinh dục, ...

- U xơ to gây chèn ép.

- U xơ làm biến dạng buồng tử cung, u xơ dưới niêm mạc gây chảy máu và nhiễm khuẩn.

Tùy theo tuổi, số lần có thai, mong muốn có thai để quyết định cách xử trí: bóc nhân xơ bảo tồn tử cung, gây tắc mạch hay cắt tử cung bán phần hoặc hoàn toàn.

V. THEO DÕI ĐÁP ỨNG

Trong quá trình điều trị cần đánh giá các vấn đề sau:

- Về tổng thể các triệu trứng trên có giảm như (đau bụng, rong kinh, rong huyết, các dấu hiệu chèn ép, ...).

- Đánh giá tình trạng mất máu được cải thiện trên lâm sàng và cận lâm sàng.

- Siêu âm: thấy hình ảnh khối u không tiến triển thêm hoặc nhỏ hơn so với ban đầu.

VI. CHỈ ĐỊNH CHUYỂN TUYẾN

- Khi điều trị nội khoa thất bại

- Biến chứng:

+ Chảy máu: rong kinh, rong huyết, kéo dài gây thiếu máu.

+ Chèn ép các tạng chung quanh gây đau, táo bón, bí tiểu....

+ Thoái hóa, hoại tử vô khuẩn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Sản Phụ khoa,* ban hành kèm theo Quyết định 315/QĐ-BYT.
2. Bệnh viện Từ Dũ (2019), *Phác đồ điều trị Sản Phụ khoa 2019.*

PHẦN V: NHI KHOA

SUY HÔ HẤP CẤP

MÃ ICD 10: J96.0

I. ĐẠI CƯƠNG

Suy hô hấp là tình trạng không đủ khả năng duy trì sự trao đổi khí theo nhu cầu cơ thể, gây giảm O_2 và/hoặc tăng CO_2 máu. Hậu quả của suy hô hấp là thiếu oxy cho nhu cầu biến dưỡng của các cơ quan đặc biệt là não, tim, và ứ đọng CO_2 gây toan hô hấp.

Suy hô hấp cấp có thể do bệnh lý của đường thở, tổn thương phổi hoặc bệnh lý não, thần kinh - cơ.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Tiền sử hen, tim mạch, nhược cơ.
- Khởi phát: sốt, ho, khò khè.
- Hội chứng xâm nhập.
- Co giật và hôn mê đi trước trong viêm não màng não
- Ngộ độc: thuốc ngủ, morphin và dẫn xuất, rượu, methemoglobin, …

1.2. Lâm sàng

- Dấu hiệu sinh tồn: mạch, nhịp thở, nhiệt độ, huyết áp, SaO_2.
- Dấu hiệu co lõm ngực, tím tái.
- Kiểu thở: khó thở thì hít vào hay thở ra, thở bụng, tiếng rít, khò khè.
- Khám họng.
- Khám phổi: phế âm, ran phổi.
- Khám tim: nhịp tim, âm thổi, gallop.
- Khám bụng: kích thước gan.
- Khám thần kinh: tri giác, phát triển tinh thần vận động, yếu liệt chi.

1.3. Cận lâm sàng

- Công thức máu.
- Sinh hóa máu: glucose, ure, creatinine, AST, ALT, ion đồ, CRP, …
- Khí máu: khi tím tái không cải thiện với oxy.
- Siêu âm tim: khi có tiền căn bệnh tim hay X-quang có bóng tim to hoặc có biểu hiện suy tim.
- X-quang phổi.
- Đo ECG.

2. Chẩn đoán xác định

2.1. Lâm sàng

- Thở nhanh:

+ Dưới 2 tháng: nhịp thở > 60 lần/phút.

+ 2 tháng - 2 tuổi: nhịp thở > 50 lần/phút

+ 2-5 tuổi: nhịp thở > 40 lần/phút

- Co lõm ngực.

- Có hoặc không tím tái: tím tái là dấu hiệu muộn.

2.2. Cận lâm sàng

- $SaO_2 < 90\%$ hoặc

- Khí máu máu: $PaO_2 < 60mmHg$ và/hoặc $PaCO_2 > 50mmHg$ với $FiO_2 = 0,21$.

3. Chẩn đoán nguyên nhân

- Viêm phổi: thở nhanh, ran phổi, hội chứng đông đặc phổi, X-quang có hình ảnh tổn thương phế nang.

- Hen: tiền căn hen, khó thở ra, khò khè, ran rít.

- Dị vật đường thở: hội chứng xâm nhập, khó thở vào, rít thanh quản.

- Viêm thanh khí quản: viêm hô hấp trên, khan tiếng, khó thở vào, rít thanh quản.

- Bệnh lý não: hôn mê, thở chậm, không đều.

- Bệnh thần kinh cơ: yếu liệt chi, thở nông.

4. Chẩn đoán phân biệt

- Suy tim, phù phổi cấp: tim nhanh, nhịp gallop, ran ẩm dâng cao dần, gan to và đau, tĩnh mạch cổ nổi; X-quang có bóng tim to; siêu âm tim: chức năng co bóp cơ tim giảm.

- Methemoglobinemia: tím tái, khám tim phổi bình thường, methemoglobinemia máu cao.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Đảm bảo tốt thông khí và oxy máu.

- Duy trì khả năng chuyên chở oxy.

- Cung cấp đầy đủ năng lượng.

- Điều trị nguyên nhân.

2. Điều trị ban đầu

2.1. Điều trị triệu chứng

- Thông đường thở:

+ Hôn mê: hút đàm nhớt, ngửa đầu, nâng cằm, nếu thất bại đặt ống thông miệng hầu.

+ Dị vật đường thở: thủ thuật Heimlich.

+ Viêm thanh khí phế quản: khí dung adrenalin 1%, dexamethaxone TM, TB (xem phác đồ viêm thanh khí phế quản).

2.2. Cung cấp oxy

- Chỉ định:

+ Tím tái và/hoặc SaO_2 < 90% và/hoặc PaO_2 < 60%.

+ Thở co lõm ngực nặng, thở nhanh.

- Phương pháp cung cấp:

+ Oxygen canula (FiO_2 30-40%), trẻ nhỏ: 0,5-3 lít/phút, trẻ lớn: 1-6 lít/phút.

+ Mask có hay không có túi dự trữ (FiO_2) 40-100% 6-8 lần/phút.

2.3. Nếu bệnh nhân ngưng thở, thở không hiệu quả

- Bóp bóng qua mask với FiO_2 100%.

- Đặt nội khí quản giúp thở.

2.4. Điều trị nguyên nhân: điều trị đặc hiệu theo nguyên nhân.

3. Điều trị tiếp theo

3.1. Đáp ứng tốt với oxygen

Điều chỉnh lưu lượng oxy đến mức thấp nhất giữ SaO_2 92-96% để tránh tai biến oxy liều cao.

3.2. Thất bại với oxygen

- Bệnh nhân còn thở nhanh.

- Co lõm ngực nặng hoặc tím tái.

- SaO_2 < 90%, PaO_2 < 60mmHg.

Đang thở oxy cannnula: tăng lưu lượng đến mức tối đa (6 lít/phút), nếu vẫn còn không đáp ứng:

- Thở qua mask có túi dự trữ 6-10 lít/phút, mask thở lại 1 phần (FiO_2 60-80%) hoặc mask không thở lại (FiO_2 60-100%).

- Hoặc thở NCPAP trong các bệnh lý có giảm compliance phổi: viêm phổi, phù phổi, bệnh màng trong…

- Thất bại với oxy qua mask hoặc NCPAP: đặt nội khí quản giúp thở.

3.3. Điều trị hỗ trợ

- Duy trì khả năng cung cấp oxy cho mô và tế bào:

+ Duy trì khả năng chuyên chở oxy: giữ Hct từ 30-40%.

+ Duy trì cung lượng tim đầy đủ: dịch truyền, thuốc tăng co bóp cơ tim.

+ Giảm tiêu thụ oxygen: giảm sốt nếu nhiệt độ trên 38,5^oC.

- Dinh dưỡng:

+ Cho ăn qua đường miệng, nếu không bú/ăn được nên đặt sonde dạ dày để tránh viêm phổi hít do trào ngược dạ dày, cần chia làm nhiều cữ ăn và nhỏ giọt chậm.

+ Năng lượng cần thêm 30-50% nhu cầu bình thường để bù trừ tăng công hô hấp, tránh kiệt sức. Trong trường hợp thở máy, do khí cung cấp đã được làm ẩm đầy đủ vì thế lượng dịch giảm còn ¾ nhu cầu.

+ Khi nuôi ăn tĩnh mạch toàn phần, tránh cho quá nhiều glucose gây tăng CO_2, tỉ lệ giữa lipid và glucose là 1:1.

- Phòng ngừa nhiễm trùng bệnh viện:

+ Dụng cụ hô hấp vô trùng.

+ Kỹ thuật chăm sóc vô trùng: hút đàm, nhất là hút đàm qua NKQ.

4. Theo dõi

- Lâm sàng:

+ Nhịp thở, co lõm ngực, tím tái, SaO_2, mạch, huyết áp, tri giác lúc đầu mỗi 30 phút -1 giờ, khi ổn định mỗi 2-4 giờ.

+ Biến chứng: tràn khí màng phổi, tắc đàm.

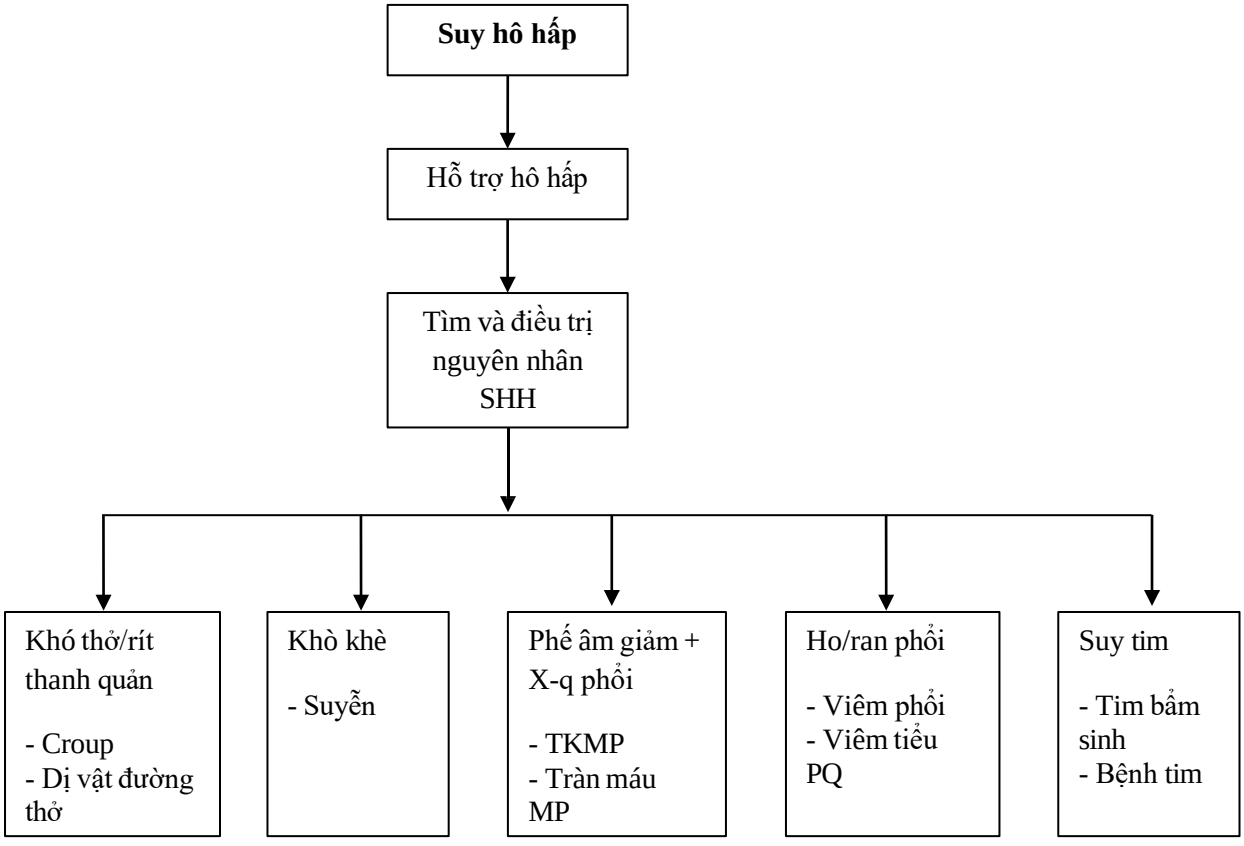
- Cận lâm sàng:

+ Khí máu: không đáp ứng oxy, cần thay đổi phương pháp hỗ trợ hô hấp, thở máy.

+ X-quang phổi: nghi ngờ tràn khí màng phổi, xẹp phổi.

+ Công thức máu và các xét nghiệm khác để đánh giá chức năng các cơ quan.

LƯU ĐỒ XỬ TRÍ SUY HÔ HẤP



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em,* ban hành kèm theo Quyết định 3312/QĐ-BYT.

CO GIẬT SƠ SINH

MÃ ICD 10: P90

I. ĐỊNH NGHĨA

Co giật sơ sinh biểu hiện rất đa dạng, đôi khi kín đáo dễ bỏ sót gồm:

- Cử động bất thường hoặc thay đổi trương lực cơ của thân và chi: co giật toàn thân hoặc khu trú, gồng cứng kiểu mất vỏ hoặc mất não hoặc giảm trương lực cơ toàn thân.

- Cử động bất thường ở mặt, miệng, lưỡi: mút chu miệng nhai…

- Cử động bất thường ở mắt: nhìn một chỗ, giật nhãn cầu kiểu nystamus…

- Hệ thần kinh thực vật: cơn ngưng thở, thở kiểu tăng thông khí, thay đổi nhịp tim, HA, phản xạ đồng tử.

Khác với trẻ lớn, co giật trẻ sơ sinh thường có nguyên nhân rõ ràng, do đó tìm và điều trị nguyên nhân là rất quan trọng khi xử trí co giật ở trẻ sơ sinh.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Tiền căn sản khoa: sinh ngạt, sinh hút, sinh forceps, mẹ có dùng pyridoxin, isoniazid trong thai kì.

- Thời gian khởi phát co giật.

- Trong vòng 48 giờ đầu sau sanh: thường do sanh ngạt, xuất huyết nội sọ, hạ đường huyết, hạ calci máu, dị dạng não, phụ thuộc pyridoxine.

- Ngày 3-7: thường do viêm màng não, hạ calci máu.

- Sau 7 ngày: do rối loạn chuyển hoá bẩm sinh.

1.2. Khám lâm sàng

- Co giật toàn thân hay khu trú.

- Đồng tử, phản xạ ánh sáng.

- Cơn ngừng thở.

- Tìm huyết thanh hay bướu huyết xương sọ.

- Sờ thóp tìm dấu thóp phồng.

- Tìm dấu hiệu thiếu máu.

- Tìm ổ nhiễm trùng.

- Dị tật bẩm sinh.

Phân biệt co giật với run chi lành tính. Run chi lành tính không ảnh hưởng mắt, tần số run nhanh hơn co giật, thường khởi phát từ kích thích bên ngoài và chấm dứt khi cầm giữ nhẹ chi.

1.3. Xét nghiệm máu

- Đường huyết
- Ion đồ
- Xét nghiệm tìm nguyên nhân nhiễm trùng: phết máu, cấy máu, CRP.
- Siêu âm xuyên thóp
- Dịch não tuỷ

2. Chẩn đoán

Với những xét nghiệm và khai thác bệnh sử trên thường đủ để chẩn đoán nguyên nhân co giật ở trẻ sơ sinh. Co giật sơ sinh có khi phối hợp nhiều nguyên nhân.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Thông đường thở, hỗ trợ hô hấp.
- Điều trị hạ đường huyết nếu có.
- Chống co giật.
- Điều trị đặc hiệu theo nguyên nhân.

2. Điều trị ban đầu

- Thông đường thở.
- Thở oxy hay đặt nội khí quản tuỳ theo mức độ thiếu oxy.
- Nếu có hạ đường huyết tiêm mạch chậm dextrose 10% 2mL/kg trong 2-3 phút.
- Chống co giật:

+ Phenobarbital 20mg/kg TTM 20-30 phút. Sau 30 phút, nếu còn co giật, lặp lại liều thứ hai 5mg/kg TTM trong 5 phút. Tổng liều tối đa không quá 40mg/kg. Tuỳ theo nguyên nhân sau đó duy trì phenobarbital 5mg/kg/ngày (tiêm bắp/uống).

+ Nếu không đáp ở liều cao, dùng phenytonin 15-25mg/kg TTM trong 20 phút, duy trì 4-8mg/kg/ngày.

3. Điều trị đặc hiệu

- Hạ đường huyết: tiêm mạch chậm dextrose 10% 2mL/kg trong 2-3 phút, duy trì 6-8mg/kg/phút.
- Hạ calci máu: calcium gluconate10% 1-2mL/kg tiêm mạch chậm trong 5 phút.
- Các nguyên nhân khác: điều trị theo phác đồ tương ứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em,* ban hành kèm theo Quyết định 3312/QĐ-BYT.

NHIỄM TRÙNG HUYẾT SƠ SINH

MÃ ICD 10: A41.8; A41.9

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 từ cộng đồng 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 ephidermidis, Staphylococcus areus, Klebsiella, E. Coli, Pseudomonas, Acinobacter.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

1.1. Hỏi, khai thác tiền sử sản khoa

- Sinh non, sinh nhẹ cân.
- Vỡ ối sớm ≥ 18 giờ, nước ối đục, hôi.
- Sinh khó, sinh ngạt (Apgar 1 phút < 5đ, 5 phút < 7đ).
- Mẹ có sốt hay nhiễm trùng trước, trong và sau sinh.
- Có hồi sức lúc sinh hoặc dùng các thủ thuật xâm lấn.

1.2. Khám tìm các dấu hiệu nhiễm trùng

- Tổng quát: bú kém, sốt ≥ 38ºC, hoặc hạ thân nhiệt ≤ 36,5ºC.
- 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 hiệu thần kinh khu trú.

+ Tiêu hóa: nôn ói, tiêu chảy, chướng bụng, xuất huyết tiêu hóa, gan lách to.

+ Hô hấp: tím tái, cơn ngừng thở ≥ 20 giây hoặc ngừng 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, da mủ, 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 tiểu do đặt sonde tiểu.

1.3. Xét nghiệm

- Phết máu ngoại biên
- CRP

- Cấy máu

- Cấy nước tiểu

- Cấy dịch cơ thể: phân, mủ da, dịch khớp khi cần.

- Chọc dò tủy sống khi có triệu chứng thần kinh hoặc chưa loại trừ viêm màng não mủ.

- Ion đồ, đường huyết, bilirubin (nếu có vàng da).

- Khí máu động mạch (nhiễm trùng huyết nặng, suy hô hấp).

- Đông máu toàn bộ (nhiễm trùng huyết nặng, có biểu hiện xuất huyết).

2. 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 1 trong những tiêu chuẩn sau:

+ Bạch cầu $\leq 5.000/mm^3$ hoặc $\geq 20.000/mm^3$.

+ Tỷ lệ Band Neutrophil/Neutrophil: $\geq 0,2$.

+ Có không bào, hạt độc, thể Dohl.

+ Tiểu cầu đếm $< 150.000/mm^3$.

+ CRP > 10mg/L.

3. Chẩn đoán xác định

Lâm sàng gợi ý nhiễm trùng và cấy máu (+).

4. Chẩn đoán phân biệt

Các triệu chứng lâm sàng thường không đặc hiệu, do đó cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý gây suy hô hấp, bệnh lý tim mạch, bệnh hệ tiêu hóa, bệnh về máu, bệnh lý hệ thần kinh trung ương.

III. ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị

- Phát hiện và điều trị biến chứng: suy hô hấp, sốc.

- Điều trị kháng sinh.

- Phối hợp với điều trị nâng đỡ và điều trị các biến chứng.

1. Điều trị kháng sinh

Dùng kháng sinh ngay khi nghi ngờ nghiễm 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.

1.1. Kháng sinh ban đầu (bệnh nhi chưa được điều trị kháng sinh)

- Ampicillin + gentamycin.

- Hoặc ampicillin + cefotaxim.

- Hoặc ampicillin + cefotaxim + gentamycin: khi có một trong các dấu hiệu sau:

+ Nhiễm trùng huyết trước 7 ngày tuổi.

+ Bệnh có dấu hiệu nặng, nguy kịch ngay từ đầu.

+ Nhiễm trùng huyết + viêm màng não mủ.

Nếu nghi ngờ tụ cầu (nhiễm trùng da hoặc rốn): oxacillin + gentamycin ± cefotaxim.

1.2. Kháng sinh tiếp theo: khi không đáp ứng với kháng sinh ban đầu hoặc nghi ngờ nhiễm trùng bệnh viện

- Nếu có kết quả kháng sinh đồ, đổi kháng sinh theo kháng sinh đồ.

- Nếu chưa có kết quả kháng sinh đồ:

+ Ciprofloxacin/pefloxacin/ticarcillin/cefepim; amikacin nếu nghi nhiễm trùng huyết gram âm. Nếu thất bại với các kháng sinh trên, dùng imipenem.

+ Vancomycin, amikacin nếu nghi nhiễm trùng huyết tụ cầu.

+ Phối hợp tiêm metronidazol (TM) nếu nghi ngờ vi khuẩn kỵ khí (viêm phúc mạc).

Lưu ý: ưu tiên chọn kháng sinh đầu, nếu kháng sinh đầu đã dùng thì chọn kháng sinh kế tiếp. Ví dụ ciprofloxacin/cefepim: chọn ciprofloxacin nếu đã dùng cefepim).

1.3. Thời gian điều trị kháng sinh: dựa vào kết quả cấy máu và diễn tiến lâm sàng

- Trung bình: 10-14 ngày.

- Khi có viêm màng não mủ đi kèm: có thể kéo dài hơn (21-28 ngày).

- Thời gian sử dụng aminoglycosid không quá 7 ngày.

2. Điều trị nâng đỡ và điều trị các biến chứng

- Điều trị suy hô hấp: xem bài Suy hô hấp.

- Sốc nhiễm trùng: xem bài Sốc nhiễm trùng sơ sinh.

- Điều chỉnh toan kiềm nếu có.

- Điều chỉnh rối loạn đông máu.

- Dinh dưỡng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em,* ban hành kèm theo Quyết định 3312/QĐ-BYT.

NHIỄM TRÙNG RỐN SƠ SINH

MÃ ICD 10: P38

I. ĐỊNH NGHĨA

Nhiễm trùng rốn là nhiễm trùng cuống rốn sau khi sinh, có thể khu trú hoặc lan rộng, không còn ranh giới bình thường giữa da và niêm mạc rốn chỗ thắt hẹp và vùng sung huyết sẽ lan rộng ra thành bụng kèm phù nề, rỉ dịch hôi, đôi khi có mủ.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

- Hỏi những yếu tố nguy cơ làm cho trẻ dễ bị nhiễm trùng rốn: cân nặng lúc sinh thấp, sinh không vô trùng, có đặt catheter vào tĩnh mạch rốn, vỡ ối sớm, mẹ sốt khi sinh, …

- Tìm các dấu hiệu của nhiễm trùng rốn: rốn ướt hôi, rỉ dịch mủ, rốn tấy đỏ. Viêm tấy mô mềm, viêm mạch bạch huyết da thành bụng chung quanh rốn. Viêm tấy cân cơ sâu lan rộng.

- Dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân: sốt, lừ đừ, bỏ bú.

- Xét nghiệm:

+ Phết máu ngoại biên.

+ Cấy dịch rốn: tìm vi trùng và làm kháng sinh đồ.

+ Cấy máu khi tình trạng nhiễm trùng rốn nặng.

2. Chẩn đoán xác định

Rốn có mủ, quầng đỏ nề quanh rốn + cấy dịch rốn (+).

3. Chẩn đoán có thể

Rốn có mủ, quầng đỏ nề quanh rốn.

4. Phân độ

- Nhiễm trùng rốn khu trú: mất ranh giới bình thường giữa da và dây rốn, dây rốn viêm đỏ có mủ, đôi khi có rỉ máu.

- Nhiễm trùng rốn nặng: nhiễm trùng lan ra mô liên kết xung quanh, gây viêm đỏ cứng quanh rốn, tạo quầng rốn đường kính ≥ 2cm.

5. Tiêu chuẩn nhập viện

- Nhiễm trùng rốn nặng.

- Hoặc trẻ có kèm biểu hiện nhiễm trùng toàn thân (sốt cao, lừ đừ, bỏ bú).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Kháng sinh

- Trường hợp chân rốn có mủ tại chỗ: oxacillin uống x 5-7 ngày.

- Trường hợp rốn mủ và nề đỏ cứng quanh rốn: oxacillin TM + gentamycin TB. Nếu không đáp ứng hoặc nhiễm trùng rốn nặng thêm cefotaxim.

2. Chăm sóc rốn

Đây là một việc rất quan trọng cần làm mỗi ngày nhằm mục đích: làm giảm tình trạng nhiễm trùng, rốn mau khô và rụng.

3. Săn sóc tại nhà và phòng ngừa

3.1. Hướng dẫn chăm sóc tại nhà

- Cần hướng dẫn người nuôi trẻ cách chăm sóc rốn cho trẻ tại nhà mỗi ngày 1-2 lần và dặn dò đem trẻ trở lại tái khám nếu rốn còn chảy mủ hay dịch sau 2 ngày hoặc khi tình trạng nhiễm trùng nặng hơn.

3.2. Phòng ngừa

- Bảo đảm 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 và khô, tránh đắp hóa chất hay vật lạ vào rốn.
- Người nuôi trẻ cần phải quan sát rốn và chân rốn mỗi ngày để phát hiện sớm nhiễm trùng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em,* ban hành kèm theo Quyết định 3312/QĐ-BYT.

VÀNG DA SƠ SINH

MÃ ICD 10: P59.9

I. ĐỊNH NGHĨA

Vàng da ở trẻ sơ sinh là hiện tượng sinh lý do tăng phá hủy hồng cầu phôi thai, giảm chức năng của các men chuyển hóa do gan sản xuất và tăng chu trình gan ruột. Trong một số trường hợp, khi bilirubin gián tiếp trong máu tăng quá cao có thể diễn tiến nặng đến vàng da nhân, biến chứng này còn tùy thuộc vào nhiều yếu tố: non tháng hay đủ tháng, trẻ khỏe hay bệnh lý, bất đồng nhóm máu.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

- Thời gian xuất hiện vàng da:

+ Sớm (1-2 ngày): huyết tán (bất đồng nhóm máu ABO, nhóm máu khác).

+ Từ 3-10 ngày (phổ biến): có biến chứng hoặc không có biến chứng.

+ Muộn (14 ngày trở đi): vàng da sữa mẹ, vàng da tăng bilirubin trực tiếp.

- Triệu chứng đi kèm: bỏ bú, co giật.

- Đánh giá mức độ vàng da: nguyên tắc Kramer.

Vùng	1	2	3	4	5
Bilirubin/máu (mg/dL)	5-7	8-10	11-13	13-15	> 15
Bilirubin/máu (mmol/L)	85-119	136-170	187-221	221-255	> 255

- Tìm biến chứng vàng da nhân: li bì, mất phản xạ bú, gồng ưỡn người.

- Tìm các yếu tố góp phần vàng da nặng hơn:

+ Non tháng

+ Máu tụ, bướu huyết thanh

+ Da ửng đỏ do đa hồng cầu

+ Nhiễm trùng

+ Chướng bụng do chậm tiêu phân su, tắc ruột.

- Xét nghiệm:

+ Vàng da nhẹ (vùng 1-2) xuất hiện ngay từ ngày 3-10, không có biểu hiện thần kinh: không cần xét nghiệm.

+ Vàng da sớm vào ngày 1-2 hoặc vàng da nặng (vùng 4-5), cần làm các xét nghiệm giúp đánh giá độ nặng và nguyên nhân: bilirubin máu, phết máu ngoại biên, nhóm máu ABO, Rh mẹ - con, test Coombs trực tiếp.

2. Chẩn đoán độ nặng

- Vàng da nhẹ: vàng da nhẹ từ ngày 3-10, bú tốt, không kèm các yếu tố nguy cơ, mức bilirubin máu chưa đến ngưỡng phải can thiệp.

- Vàng da bệnh lý: vàng da sớm, mức độ vàng da nặng, kèm các yếu tố nguy cơ, mức bilirubin vượt ngưỡng phải can thiệp.

- Vàng da nhân: vàng da sậm + bilirubin gián tiếp cao > 20mg% và biểu hiện thần kinh.

3. Chẩn đoán nguyên nhân (thường gặp)

- Bất đồng nhóm máu ABO:

+ Nghĩ đến khi: mẹ nhóm máu O, con nhóm máu A hoặc B.

+ Chẩn đoán xác định: mẹ O, con A hoặc B + test Coombs trực tiếp (+).

- Nhiễm trùng: vàng da + ổ nhiễm trùng/biểu hiện nhiễm trùng lâm sàng + xét nghiệm.

- Máu tụ: vàng da + bướu huyết thanh/bướu huyết xương sọ/máu tụ nơi khác.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Chiếu đèn

1.1. Chỉ định

- Lâm sàng: vàng da sớm, vàng da lan rộng đến tay, chân (vùng 3, 4, 5), hoặc

- Mức bilirubin máu:

<table>
<tr><th rowspan="2">Cân nặng (g)</th><th colspan="6">Bilirubin gián tiếp (mg%)</th></tr>
<tr><th>5-6</th><th>7-9</th><th>10-12</th><th>12-15</th><th>15-20</th><th>> 20</th></tr>
<tr><td>< 1.000</td><td colspan="2">Chiếu đèn</td><td colspan="4">Thay máu</td></tr>
<tr><td>1.000-1.500</td><td></td><td colspan="2">Chiếu đèn</td><td colspan="3">Thay máu</td></tr>
<tr><td>1.000-2.000</td><td></td><td></td><td colspan="2">Chiếu đèn</td><td colspan="2">Thay máu</td></tr>
<tr><td>> 2.000</td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2">Chiếu đèn</td><td>Thay máu</td></tr>
</table>

1.2. Nguyên t c

- Chiếu đèn liên tục, chỉ ngừng khi cho bú.

- Vàng da nặng: nên chiếu ánh sáng xanh, nếu không có ánh sáng xanh thì sử dụng ánh sáng trắng với hệ thống đèn hai mặt.

- Tăng lượng dịch nhập 10-20% nhu cầu.

2. Thay máu

2.1. Chỉ định

- Lâm sàng: vàng da sậm đến lòng bàn tay, bàn chân (< 1 tuần) + bắt đầu có biểu hiện thần kinh.

- Mức bilirubin gián tiếp máu cao > 20mg% + bắt đầu có biểu hiện thần kinh (bú kém, li bì).

2.2. Nếu không thể thay máu vì

- Quá chỉ định: đang suy hô hấp nặng hoặc sốc.
- Không đặt được catheter tĩnh mạch rốn.
- Không có máu thích hợp và máu tươi (< 7 ngày).

→ Biện pháp điều trị thay thế: chiếu đèn 2 mặt liên tục.

3. Điều trị hỗ trợ

- Cung cấp đủ dịch (tăng 10-20% nhu cầu).
- Chống co giật bằng phenobarbital.
- Cho bú mẹ hoặc cho ăn qua ống thông dạ dày sớm.
- Trẻ non tháng có chậm tiêu phân su: thụt tháo nhẹ bằng natriclorua 0,9%.
- Nếu do nguyên nhân nhiễm trùng: kháng sinh thích hợp (xem nhiễm trùng sơ sinh).
- Vật lý trị liệu khi vàng da nhân qua giai đoạn nguy hiểm.

4. Theo dõi

- Trong thời gian nằm viện:

+ Mức độ vàng da, biểu hiện thần kinh mỗi 4-6 giờ nếu vàng da nặng, mỗi 24 giờ trong trường hợp vàng da nhẹ.

+ Lượng dịch xuất - nhập, cân nặng mỗi ngày.

+ Trường hợp vàng da đáp ứng kém với điều trị (mức độ vàng da không giảm, có biểu hiện thần kinh), phải xét nghiệm bilirubin máu mỗi ngày.

- Tái khám mỗi tháng để đánh giá phát triển tâm thần vận động và có kế hoạch phục hồi chức năng kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em,* ban hành kèm theo Quyết định 3312/QĐ-BYT.

SƠ SINH NON THÁNG

MÃ ICD 10: P07.3

I. ĐỊNH NGHĨA

Sơ sinh non tháng khi tuổi thai dưới 37 tuần.

Đặc điểm và các yếu tố nguy cơ của trẻ sơ sinh non tháng:

Đặc điểm	Các yếu tố nguy cơ
Khả năng dự trữ và điều hòa hệ nội môi chưa hoàn chỉnh	Hạ thân nhiệt, hạ đường huyết Hạ calci huyết
Hệ hô hấp chưa trưởng thành: + Trung khu hô hấp + Phổi	Ngạt chu sinh Cơn ngừng thở Bệnh màng trong, bệnh phổi mạn
Thần kinh	Ngạt chu sinh, xuất huyết nội sọ, bệnh chất trắng quanh não thất, não non tháng
Hệ tiêu hóa: + Phản xạ bú, nuốt yếu + Chậm hấp thu, dễ tổn thương + Gan chưa trưởng thành	Hít sặc, trào ngược dạ dày - thực quản, viêm ruột hoại tử, liệt ruột cơ năng, vàng da sớm, có nguy cơ vàng da nhân, khó nuôi dưỡng, chậm tăng cân.
Thận: + Tốc độ lộc cầu thận thấp + Không khả năng điều hòa nước, điện giải, kiềm toan	Dễ ngộ độc thuốc Mất nước, dư dịch, rối loạn điện giải kiềm toan
Hệ tim mạch: + Rối loạn chức năng tim mạch, dãn mạch do nhiễm trùng, giảm thể tích	Hạ huyết áp, tồn tại ống động mạch
Huyết học	Xuất huyết não, nhũn não, thiếu máu…
Hệ miễn dịch còn khiếm khuyết	Nhiễm trùng huyết, viêm phổi, viêm màng não, viêm khớp…
Nội tiết: + Thiếu hormone thượng thận đáp ứng tiết catecholamine	Hạ huyết áp
Mắt, Tai	Bệnh lý võng mạc, điếc……

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Ngày kinh cuối của mẹ.

- Tiền sử khám và siêu âm thai (độ chính xác cao trước 20 tuần tuổi).

1.2. Khám lâm sàng

- Đánh giá tuổi thai.

- Đánh giá cân nặng - tuổi thai.

- Đánh giá biểu hiện của các yếu tố nguy cơ:

+ Hạ thân nhiệt.

+ Hạ đường huyết.

+ Suy hô hấp.

+ Vàng da.

+ Nhiễm trùng.

+ Viêm ruột hoại tử.

1.3. Chỉ định xét nghiệm

- Phết máu ngoại biên, CRP nếu lâm sàng nghi ngờ nhiễm trùng.

- Dextrostix.

- Ion đồ máu nên kiểm tra đối với trẻ có triệu chứng thần kinh hoặc trẻ dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch.

- Bilirubin, nhóm máu mẹ con nếu trẻ có vàng da.

- X-quang phổi nếu có suy hô hấp.

- Siêu âm não nên thực hiện cho tất cả trẻ non tháng.

2. Chẩn đoán

Chẩn đoán trẻ non tháng cần dựa vào 3 yếu tố:

- Tuổi thai < 37 tuần.

- Cân nặng: phù hợp với tuổi thai, nhẹ cân so với tuổi thai.

- Bệnh kèm theo: suy hô hấp bệnh màng trong, hạ đường huyết, hạ huyết áp, nhiễm trùng, vàng da, hạ thân nhiệt, viêm ruột hoại tử, dị tật bẩm sinh.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Ổn định các yếu tố nguy cơ: ổn định thân nhiệt, hạn chế nguy cơ nhiễm trùng, cung cấp đủ dinh dưỡng.

- Điều trị bệnh kèm: suy hô hấp, hạ huyết áp, vàng da, nhiễm trùng.

- Tầm soát các vấn đề của trẻ non tháng. Mốc thời gian tầm soát các vấn đề của trẻ sinh non:

+ Lần khám đầu ngay sau sinh vài giờ: dấu hiệu cấp cứu, suy hô hấp, ngạt, dị tật bẩm sinh nặng.

+ Đến sau N4: còn ống động mạch, vàng da.

+ Đến N7-10: chức năng thận, viêm ruột hoại tử, xuất huyết não màng não, còn ống động mạch.

+ Đến N14-21: đánh giá tăng cân.

+ Xuyên suốt thời gian nằm viện: nhiễm trùng bệnh viện.

2. Ổn định các yếu tố nguy cơ

2.1. Kiểm soát thân nhiệt

- Giúp duy trì nhiệt độ môi trường, độ ẩm thích hợp: lồng ấp/giường sưởi ấm (radiant warmer), phương pháp Kangaroo cho trẻ ổn định.

- Chỉ định nằm lồng ấp:

+ Trẻ non tháng có cân nặng < 1700g.

+ Trẻ bệnh lý có thân nhiệt không ổn định.

- Chỉ định nằm giường sưởi ấm: giống chỉ định nằm lồng ấp + cần nhiều can thiệp (giúp thở, hút đờm nhớt thường xuyên, thay máu).

2.2. Hạn chế nhiễm trùng

- Bảo đảm vô trùng các kỹ thuật chăm sóc trẻ, rửa tay, thường xuyên thay đổi, sát trùng lồng ấp, máy giúp thở (mỗi 48-72 giờ). Hạn chế tiếp xúc trẻ, hạn chế thủ thuật xâm lấn.

- Cần chú ý các tác nhân gây bệnh trong môi trường bệnh viện như S. aures, Pseudomonas, Klebsiella, … để có hướng lựa chọn kháng sinh thích hợp.

2.3. Dinh dưỡng

- Nhu cầu năng lượng: 130-150Kcal/kg/ngày giúp tốc độ tăng cân đạt 15-20g/kg/ngày (đủ tháng 15-30g/ngày). Trong tuần lễ đầu sau sinh, trẻ non tháng có thể sụt cân sinh lý 5-15%, đủ tháng 5-10%).

- Chọn phương pháp dinh dưỡng:

+ Dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch: rất nhẹ cân 1250g, các bệnh lý nội khoa giai đoạn nặng chưa thể nuôi ăn qua đường miệng (suy hô hấp nặng, xuất huyết tiêu hóa, …); hoặc bệnh lý đường tiêu hóa mắc phải hoặc bẩm sinh (viêm ruột hoại tử, thủng dạ dày - ruột, tắc tá tràng, teo ruột non, teo thực quản, …).

+ Dinh dưỡng qua tiêu hóa: là phương pháp sinh lý nhất, trong trường hợp phải dinh dưỡng tĩnh mạch cần sớm chuyển qua đường miệng ngay khi có thể.

+ Sữa mẹ giảm nguy cơ viêm ruột hoại tử ở trẻ non tháng, khi không có sữa mẹ nên chọn các loại sữa thích hợp dành cho trẻ non tháng cho đến khi trẻ đạt 37 tuần tuổi.

Cách cho sữa/dịch truyền dựa theo cân nặng:

Bảng tham khảo 1.

Lượng sữa/dịch truyền cho trẻ non tháng/nhẹ cân không bị bệnh nặng (WHO)

Cân nặng (kg)	**Lượng sữa/dung dịch**	**Ngày tuổi**						
		1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7+**
> 1,75	Lượng sữa và/hoặc dung dịch (mL/Kg/ngày)	60	80	100	120	140	150	160+
1,5-1,75	Lượng sữa mỗi 3 giờ (mL)	12	18	22	26	30	33	35+
1,25-1,5	Lượng sữa mỗi 3 giờ qua thông dạ dày (mL)	10	15	16	22	26	28	30+
< 1,25	*Dịch truyền (mL/giờ hoặc giọt/phút)*	4	4	3	3	2	2	0
	Lượng sữa mỗi 2 giờ qua thông dạ dày (mL)	0	0	3	5	8	11	15+

Bảng tham khảo 2.

Lượng sữa/dịch truyền cho trẻ non tháng/nhẹ cân bệnh lý (WHO)

Cân nặng (kg)	**Lượng sữa/dung dịch**	**Ngày tuổi**						
		1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7+**
> 1,75	*Dịch truyền (mL/giờ hoặc giọt/phút)*	5	4	3	2	0	0	0
	Lượng sữa mỗi 3 giờ (mL)	0	6	14	22	30	35	38+
1,5-1,75	*Dịch truyền (mL/giờ hoặc giọt/phút)*	4	4	3	2	2	0	0
	Lượng sữa mỗi 3 giờ qua thông dạ dày (mL)	0	6	13	20	24	33	35+
1,25-1,5	*Dịch truyền (mL/giờ hoặc giọt/phút)*	3	3	3	2	2	0	0
	Lượng sữa mỗi 3 giờ qua thông dạ dày (mL)	0	8	9	16	20	28	30+
< 1,25	*Dịch truyền (mL/giờ hoặc giọt/phút)*	4	4	3	3	2	2	0

	Lượng sữa mỗi 2 giờ qua thông dạ dày (mL)	0	0	3	5	8	11	15+

. Các cữ ăn đầu tiên cho sữa non.

. Các cữ sau (sau 12-24 giờ kể từ lúc bắt đầu cho ăn): sữa mẹ (không bao giờ pha loãng). Nếu không có sữa mẹ có thể cho sữa dành cho trẻ non tháng.

. Nuôi ăn qua ống thông dạ dày.

Chỉ định: trẻ non tháng dưới 32-34 tuần tuổi (giai đoạn chuyển tiếp sau nuôi ăn tĩnh mạch toàn phần); suy hô hấp; li bì, bú phải gắng sức, bú không đủ lượng sữa/mỗi cữ.

Lưu ý: dịch dạ dày trước mỗi cữ cho ăn, nếu ứ đọng thể tích > 50%: nhịn ăn. Tìm nguyên nhân tình trạng kém dung nạp: liệt ruột, viêm ruột hoại tử hoặc nhiễm trùng; điều trị trào ngược dạ dày - thực quản.

2.4. Cung cấp vitamin và khoáng chất

- Chỉ định: trẻ < 2000g hoặc < 35 tuần tuổi thai. Bổ sung cho trẻ bú mẹ đến khi ăn dặm hoặc khi dung nạp được 1000mL sữa công thức/ngày.

- Vitamin E: 5-25 đv/ngày cho trẻ non tháng < 1500g trong 4-6 tuần đầu.

- Sắt: 2-6 mg/kg sắt cơ bản/ngày cho trẻ có cân nặng < 1800g, bắt đầu lúc 2-6 tuần tuổi.

Lưu ý: khi dùng sữa cao năng lượng và protein: không cần bổ sung vitamin. Tùy theo hàm lượng s t trong sản phẩm mà bổ sung khi chưa đủ.

3. Điều trị bệnh lý

3.1. Suy hô hấp

* Cơn ngừng thở:

- Đặc điểm:

+ Thường gặp ở trẻ non tháng < 34 tuần tuổi, trong tuần đầu sau sinh.

+ Cơn ngừng thở nặng: cơn ngừng thở kéo dài hơn 20 giây, hoặc kèm tím tái, xanh xao, giảm trương lực cơ, chậm nhịp tim (< 100 lần/phút).

- Xử trí:

+ Thở CPAP với áp lực thấp 3-4cmH_2O để duy trì PaO_2 60-80mmHg (SaO_2 90-94%).

+ Nếu thất bại với CPAP hoặc không có hệ thống CPAP, dùng thuốc kích thích hô hấp nhóm methylxanthin: caffein citrate, liều tấn công 20mg/kg (hoặc 10mg/kg caffein cơ bản) uống hoặc tiêm tĩnh mạch, liều duy trì 5mg/kg/ngày (2,5mg/kg caffein cơ bản), bắt đầu cho 24 giờ sau liều tấn công. Hoặc theophylin hoặc doxapram cho cơn ngừng thở nặng kháng trị nhưng có thể có tác dụng phụ nguy hiểm như ngộ độc hoặc ảnh hưởng trên tim mạch gây QT kéo dài. Liều theophylin: 3-5mg/kg/mỗi 8-12 giờ (duy trì nồng độ theophylin trong máu ở mức: 8-12µg/mL nếu có điều kiện xét nghiệm).

+ Giúp thở khi không đáp ứng với các biện pháp trên.

+ Tránh các động tác gây khởi phát cơn ngừng thở như: hút vùng hầu họng, cho ăn qua đường miệng, đặt bệnh nhân ở tư thế gập cổ hoặc ngửa quá mức, nhiệt độ môi trường không thích hợp.

* Bệnh màng trong:

- Đặc điểm:

+ Suy hô hấp do bệnh màng trong thường gặp ở trẻ non tháng < 28 tuần.

+ Biểu hiện suy hô hấp muộn 48-72 giờ sau sanh: thở nhanh, co kéo lồng ngực, cánh mũi phập phồng, tiếng rên thì thở ra, tím tái.

- X-quang phổi: thể tích phổi giảm, hình ảnh mờ lan tỏa có dạng lưới, hạt, air bronchogram.

- Xử trí:

+ Hỗ trợ hô hấp: thở CPAP 4-6cm nước, nếu thất bại với CPAP ($PaCO_2$ > 55mmHg hoặc PaO_2 < 50mmHg với FiO_2 > 60%) có chỉ định thở máy. Các trường hợp thất bại với CPAP, thường cũng không hiệu quả với thở máy nếu không có surfactant.

+ Sử dụng surfactant: chỉ định, tiêu chuẩn loại trừ và liều lượng xem bài suy hô hấp sơ sinh.

3.2. Hạ huyết áp

- Đặc điểm:

+ Trị số huyết áp trung bình của N1 = số tuần tuổi thai của trẻ non tháng, N2-3: tăng thêm 5-7mmHg.

+ Trẻ non tháng rất nhẹ cân dễ bị hạ huyết áp trong 24-48 giờ đầu sau sinh, sau khi sử dụng surfactant thay thế.

- Các yếu tố ảnh hưởng: ngạt, bệnh màng trong, toan hóa, hạ thân nhiệt, nhiễm khuẩn, mất máu, thiếu dịch.

- Xử trí:

+ Bù thể tích: khi có biểu hiện thiếu dịch, dùng dung dịch normal saline là tốt nhất. Nếu thiếu máu hoặc mất máu, truyền hồng cầu lắng liều 10-20mL/kg trong 15-30 phút. Bù dịch nhiều sẽ làm ống động mạch không đóng hoặc mở ống động mạch thứ phát và làm nặng nề hơn tình trạng suy hô hấp.

+ Vận mạch: thường dùng cho trẻ sanh non có hạ huyết áp hơn là bù dịch.

Dopamin liều 5-20µg/kg/phút.

Dobutamin liều 5-20µg/kg/phút (nếu có vấn đề về sức co bóp).

Epinephrin liều 0,05-1µg/kg/phút (nếu không đáp ứng).

+ Steroids: dùng cho trẻ hạ huyết áp kháng trị nặng (tính an toàn dài hạn chưa biết rõ). Cho corticoid khi dùng vận mạch đến liều 20µg/kg/phút mà HA trung bình vẫn giảm nặng < 23mmHg. Liều hydrocortison 0,5-1mg/kg (TM)/6-12 giờ x 2-6 liều, giảm liều dần và ngừng thuốc.

3.3. Vàng da

- Chiếu đèn có chỉ định sớm hơn đối với trẻ non tháng (xem bài vàng da sơ sinh).

- Chiếu đèn phòng ngừa ngay sau sinh đối với tất cả các trường hợp non tháng < 1500g.

3.4. Bệnh lý võng mạc trẻ đẻ non tháng (ROP)

- Đặc điểm:

+ Do sự rối loạn phát triển của mạch máu võng mạc do ngừng tiến trình tạo mới mạch máu võng mạc, gây bong võng mạc, gây mù.

+ Yếu tố ảnh hưởng: non tháng, cung cấp oxy quá dư.

- Xử trí:

+ Chỉ định tầm soát: trẻ < 1500g/sanh non < 29 tuần hoặc trẻ 1500-2000g có yếu tố nguy cơ hoặc lâm sàng không ổn định; lúc 4-6 tuần tuổi hoặc khi tuổi hiệu chỉnh được 31-33 tuần.

+ Điều trị trong vòng 72 giờ sau khi có xác định và có chỉ định điều trị: dùng laser quang đông trên các điểm tăng sinh mạch máu và võng mạc, để dừng sự phát triển mạch máu quá mức.

3.5. K m tăng cân và chậm phát triển thể chất

- Đánh giá:

+ Chậm tăng cân khi: tăng < 15g/kg/ngày (cho đến 40 tuần tuổi hiệu chỉnh) và tăng < 25g/kg/ngày (từ 0-3 tháng tuổi hiệu chỉnh).

+ Chậm phát triển thể chất nếu các chỉ số cân năng, chiều dài, vòng đầu dưới bách phân vị 10^{th} (dựa vào biểu đồ tăng trưởng cho trẻ non tháng).

+ Mốc đánh giá trẻ chậm tăng cân sau sinh: sau sinh 2 tuần cho trẻ rất nhẹ cân, sau sinh 3 tuần cho trẻ cực nhẹ cân.

- Xử trí:

+ Tìm và điều trị nguyên nhân khác làm chậm tăng cân.

+ Dinh dưỡng:

Trẻ đang ăn sữa mẹ hoàn toàn: tăng thể tích sữa mẹ lên đến 180-200mL/kg/ngày.

Nếu trẻ không có sữa mẹ hoặc không đủ sữa: dùng kèm sữa non tháng có năng lượng và protein cao

- Theo dõi:

+ Cân nặng, chiều cao, vòng đầu/mỗi tuần.

+ BUN (dị hóa protein), albumin máu, calci máu khi đang dùng sữa cao năng lượng và protein.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em,* ban hành kèm theo Quyết định 3312/QĐ-BYT.

HẠ ĐƯỜNG HUYẾT SƠ SINH

Hạ đường huyết sơ sinh khi glucose máu < 2,2mmol/L (40mg%).

MÃ ICD 10: P70.4

I. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

1.1. Tìm các dấu hiệu

- Bú kém, bỏ bú.
- Khóc thét hoặc khóc yếu.
- Co giật.
- Tình trạng dinh dưỡng từ sau sinh đến lúc mắc bệnh.
- Tiền sử sinh ngạt, non hoặc già tháng
- Mẹ có truyền dịch glucose ưu trương trong thời gian chuyển dạ.
- Tiền căn mẹ có đái tháo đường.

1.2. Thăm khám

Có thể có hoặc không có triệu chứng

- Tìm các triệu chứng:

+ Thần kinh: li bì, run giật chi, giảm trương lực cơ, phản xạ bú yếu hoặc mất, thóp không phồng.

+ Các triệu chứng khác: cơn ngừng thở, hạ thân nhiệt.

- Tìm các nguy cơ gây hạ đường huyết:

+ Già tháng, non tháng, nhẹ cân/lớn cân so với tuổi thai.

+ Triệu chứng của đa hồng cầu: da niêm ửng đỏ.

- Tìm các bệnh lý khác đi kèm.

1.3. Xét nghiệm

- Dextrostix: cho kết quả đường huyết nhanh, có chỉ định thử Dextrotix khi bệnh nhân có một trong các triệu chứng kể trên hoặc có yếu tố nguy cơ.

- Khi Dextrostix < 2,2mmmol/L (40mg%), cần làm thêm những xét nghiệm sau:

+ Đường huyết: xác định chẩn đoán hạ đường huyết.

+ Phết máu ngoại biên: tìm nguyên nhân nhiễm trùng và đa hồng cầu.

2. Chẩn đoán xác định: đường huyết < 2,2mmol/L (40mg%).

3. Chẩn đoán có thể: có triệu chứng thần kinh + Dextrostix < 2,2mmol/L (40mg%).

II. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Truyền glucose nâng đường huyết về bình thường.

- Dinh dưỡng qua đường miệng càng sớm càng tốt.

2. Điều trị hạ đường huyết

Xử trí hạ đường huyết dựa vào hai yếu tố: có hay không triệu chứng lâm sàng và mức độ đường huyết đo được.

- Lấy máu tĩnh mạch thử đường huyết.

- Glucose 10% 2mg/kg TMC 2-3 phút, duy trì: 6-8mg/kg/phút (glucose 10% 3mg/kg/giờ).

- Thử lại Dextrostix sau 1 giờ:

+ Nếu < 2,2mmol/L: tăng liều glucose 10-15mg/kg/phút.

+ Nếu ≥ 2,2mmol/L: tiếp tục truyền glucose duy trì. Cho ăn sớm.

- Theo dõi Dextrostix mỗi 1-2 giờ cho đến khi Dextrostix > 2,2mmol/L, sau đó theo dõi mỗi 4 giờ.

3. Một số điểm lưu ý

- Loại dung dịch glucose được chọn trong điều trị hạ đường huyết là dextrose 10%. Không dùng dextrose 30% vì có nguy cơ gây hoại tử da, xuất huyết não do nồng độ thẩm thấu cao (1515mOsm/L).

- Liều truyền khởi đầu là 6mg/kg/phút, tăng liều glucose truyền nếu đường huyết vẫn thấp cho đến khi đạt tối thiểu là 40mg%. Nồng độ glucose không vượt quá 12,5% nếu truyền tĩnh mạch ngoại biên, không vượt qua 25% nếu truyền tĩnh mạch trung ương.

- Glucagon chỉ dùng trong trường hợp chưa thể truyền glucose ngay được và kho dự trữ glycogen bình thường, do đó hiếm khi có chỉ định.

- Hạ đường huyết kéo dài: (xem bài hạ đường huyết kéo dài).

+ Tăng dần tốc độ truyền glucose đến 16-20mg/kg/phút, không được quá 20mg/kg/phút.

+ Hydrocortison 5mg/kg/ngày (chia làm 4 liều TM), hoặc prednison 2mg/kg/ngày (uống).

+ Nếu hạ đường huyết vẫn tiếp tục, trường hợp này thường ít gặp, cần phải làm xét nghiệm tìm nguyên nhân do rối loạn nội tiết để điều trị đặc hiệu.

+ Nếu insulin máu tăng (bình thường 2-25µUI/mL) cần nghĩ đến cường insulin và điều trị diazoxid 8-15mg/kg/ngày chia 3 lần uống.

+ Nếu thất bại: octreotid (sandostatin): 2-5µg/kg/ngày chia 3 lần TDD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em,* ban hành kèm theo Quyết định 3312/QĐ-BYT.

XUẤT HUYẾT NÃO - MÀNG NÃO SỚM

MÃ ICD 10:

+ *Xuất huyết dưới màng nhện*: **I60**

+ *Xuất huyết nội sọ:* **I61**

I. ĐẠI CƯƠNG

Xuất huyết não - màng não sớm xảy ra ở trẻ dưới 15 ngày tuổi. Nguy cơ mắc bệnh càng cao nếu càng non tháng.

II. CHẨN ĐOÁN

50% không có triệu chứng lâm sàng.

1. Công việc chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Bỏ bú/bú kém.
- Co giật.
- Tiền sử sanh non/nhẹ cân.

1.2. Thăm khám

- Kích thích, li bì, hôn mê.
- Xanh xao.
- Thóp phồng.
- Giảm trương lực cơ.
- Mất phản xạ nguyên phát.
- Dấu thần kinh khu trú.

1.3. Đề nghị xét nghiệm

- Hct
- PT, aPTT
- Siêu âm não
- Chọc dịch não tuỷ: chỉ nên chọc khi siêu âm não bình thường.

2. Chẩn đoán xác định

Triệu chứng thần kinh + siêu âm não có xuất huyết hoặc chọc dò não tuỷ ra máu không đông.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Vitamin K.
- Nâng đỡ tổng trạng.
- Hạn chế sự lan rộng nơi xuất huyết.

2. Vitamin K

Vitamin K_1 5mg TB

3. Điều trị hỗ trợ

- Truyền máu tươi 10-20mL/kg nếu Hct thấp.

- Phenobarbital nếu co giật. Liều đầu 20mg/kg TM. Nếu nửa giờ sau còn co giật cho thêm phenobarbital 10mg/kg TM. Có thể tiếp tục nếu còn co giật.

- Vitamin E 25 đơn vị/ngày đến khi trẻ cân nặng trên 2500g.

- Chăm sóc:

+ Nằm nghỉ tuyệt đối.

+ Nằm đầu cao 30^o

+ Cho ăn qua ống thông dạ dày: sữa mẹ hoặc sữa công nghiệp.

- Tránh thăm khám không cần thiết.

IV. CHỈ ĐỊNH CHUYỂN TUYẾN

Khi quá khả năng chẩn đoán và điều trị, cần hội chẩn xem xét chỉ định chuyển tuyến.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em,* ban hành kèm theo Quyết định 3312/QĐ-BYT.

XUẤT HUYẾT NÃO - MÀNG NÃO MUỘN DO THIẾU VITAMIN K

MÃ ICD 10:

+ *Xuất huyết dưới màng nhện*: **I60**

+ *Xuất huyết nội sọ:* **I61**

I. ĐẠI CƯƠNG

Xuất huyết não - màng não muộn xảy ra ở trẻ từ 15 ngày tuổi đến 6 tháng tuổi và nhiều nhất ở trong khoảng từ 1 đến 2 tháng tuổi. Các triệu chứng xuất huyết đột ngột và nhanh nên bệnh nhân thường nhập 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

1. Lâm sàng

- Bú kém hoặc bỏ bú, khóc thét, co giật, lơ mơ hoặc hôn mê, xanh xao, vàng da, thóp phồng.

- Dấu thần kinh khu trú: sụp mí mắt, liệt mặt.

2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm: Công thức máu, PT, aPTT, hoặc TQ, TCK, đường huyết.

- 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.

3. Chẩn đoán xác định

Bú kém/ bỏ bú, thóp phồng, xanh xao + siêu âm não xuất huyết (hoặc có chọc dò dịch não tủy ra máu không đông) và TQ, TCK kéo dài.

4. Chẩn đoán có thể

Bú kém/bỏ bú + thóp phồng + xanh xao.

5. Chẩn đoán phân biệt

Viêm màng não: khi có biểu hiện nghi ngờ nhiễm trùng (sốt cao và/hoặc có ổ nhiễm trùng) cần chọc dò dịch não tủy để loại trừ viêm màng não mủ.

III. ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị

- Điều trị đặc hiệu: vitamin K.

- Nâng đỡ tổng trạng.

- Làm chỗ chảy máu không lan rộng và thành lập sang thương mới.

1. Điều trị đặc hiệu

Vitamin K_1 5mg TB

2. Điều trị triệu chứng

- Hỗ trợ hô hấp nếu có suy hô hấp.

- Truyền máu tươi cùng nhóm máu và lượng máu truyền được tính theo công thức:

V = cân nặng (kg) x 80 x (Hct muốn đạt – Hct đo được)/Hct chai máu.

- Huyết tương đông lạnh: 10-20mL/kg trong trường hợp:

+ Xuất huyết não nhưng Hct không giảm.

+ Xuất huyết nặng: truyền đồng thời huyết tương đông lạnh và hồng cầu lắng.

- Nếu co giật: phenobarbital liều đầu = 20mg/kg TM và sau nửa giờ còn co giật 10mg/kg TM, có thể tiếp tục khi còn co giật.

- Nếu không co giật: phenobarbital 5mg/kg TB. Nếu không có phenobarbital, có thể dùng diazepam 0,3-0,5mg/kg TM chậm và chú ý vấn đề suy hô hấp.

- Kháng sinh như viêm màng não nếu chưa loại trừ được viêm màng não.

- Vitamin E: 50 đơn vị/ngày (uống) đến khi xuất viện (ít nhất 7 ngày).

- Các lưu ý trong chăm sóc:

+ Nằm nghỉ tuyệt đối, tránh kích thích.

+ Nằm đầu cao 30º.

+ Cho ăn qua ống thông: sữa mẹ hoặc sữa công thức

+ Tránh thăm khám không bắt buộc.

IV. CHỈ ĐỊNH CHUYỂN TUYẾN

Khi quá khả năng chẩn đoán và điều trị, cần hội chẩn xem xét chỉ định chuyển tuyến.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em,* ban hành kèm theo Quyết định 3312/QĐ-BYT.

NHIỄM TRÙNG HUYẾT

MÃ ICD 10: A41.9

I. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm trùng huyết là tình trạng có sự hiện diện của vi khuẩn trong dòng máu kèm theo biểu hiện lâm sàng của nhiễm trùng. Biến chứng thường gặp và nguy hiểm là sốc nhiễm trùng. Tác nhân thường gặp thay đổi tùy theo tuổi và ổ nhiễm trùng nguyên phát.

- Tác nhân nhiễm khuẩn cộng đồng thường gặp:

+ Cocci Gram dương: Group B Streptococcus, Streptococcus pneuminiae, Staphylococcus aureus.

+ Gram âm: Hemophilus influenzae.

- Vi khuẩn thường gặp theo nhóm tuổi:

+ Sơ sinh: Group B Streptococcus, E. coli, Listeria monocytogene, Staphylococcus aureus.

+ Nhũ nhi: Hemophilus influenzae, Streptococcus pneuminiae, Staphylococcus aureus, Meningococcus.

+ Trẻ lớn: Streptococcus pneuminiae, Meningococcus, Staphylococcus aureus, Enierobacteriacae

- Tác nhân nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp:

+ Vi khuẩn E. coli, Klebsiella, Pseudomonas, Acinetobater.

+ Nấm: Canidida albican.

- Yếu tố nguy cơ: sơ sinh, suy dinh dưỡng, giảm bạch cầu, điều trị corticoid, nằm viện, thủ thuật xâm lấn.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Triệu chứng khởi phát: giúp xác định ổ nhiễm trùng nguyên phát và định hướng tác nhân.

+ Tiểu gắt buốt, xón tiểu, tiểu nhiều lần (nhiễm trùng tiểu).

+ Tiêu chảy, tiêu máu (nhiễm trùng tiêu hóa).

+ Nhọt da, áp xe (tụ cầu).

+ Sốt, ho (viêm phổi).

- Tình trạng chủng ngừa: Hemophilus, não mô cầu.

- Tiền căn yếu tố nguy cơ: sơ sinh thiếu tháng, suy dinh dưỡng, suy giảm miễn dịch đang điều trị corticoid, bệnh mạn tính (đái tháo đường, bệnh tim, gan, thận).

1.2. Khám lâm sàng

- Dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, nước tiểu.
- Mức độ tri giác.
- Ổ nhiễm trùng: da, vết mổ, phổi.
- Ban máu, bầm máu, hồng ban.

1.3. Cận lâm sàng

- Công thức bạch cầu, dạng huyết cầu.
- CRP hoặc Procalcitonin nếu có điều kiện.
- Lactat máu.
- Cấy máu: trước khi tiêm kháng sinh.
- Ion đồ, Dextrostix.
- Chức năng đông máu, chức năng gan, thận.
- X-quang phổi.
- Cấy mẫu bệnh phẩm ổ nhiễm trùng nghi ngờ: mủ, nước tiểu, phân.
- Siêu âm bụng tìm ổ nhiễm trùng, áp xe sâu.

2. Chẩn đoán có thể

Nghi ngờ nhiễm trùng huyết khi có trên hai dấu hiệu sau:

- Sốt cao hoặc hạ thân nhiệt.
- Tim nhanh.
- Thở nhanh.
- Bạch cầu > 12.000/mm³ hay < 4.000/mm³ hay Band neutrophile > 10%.

3. Chẩn đoán xác định

Có các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng kể trên kèm cấy máu dương tính.

4. Chẩn đoán phân biệt

- Sốt rét: sống hoặc đến vùng dịch tễ sốt rét, sốt cao kèm theo rét run vã mồ hôi, tìm thấy ký sinh trùng trong máu.
- Lao toàn thể: tiếp xúc hoặc lao trước đó, sốt kèm ho, khó thở, X-quang phổi có tổn thương lao, đờm có vi khuẩn lao.

III. ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị

- Điều trị sốc nếu có.
- Điều trị kháng sinh ban đầu sớm và phù hợp.
- Cấy máu trước khi cho kháng sinh.
- Điều trị kháng sinh tiếp theo tùy đáp ứng lâm sàng và kết quả vi sinh.
- Điều trị biến chứng.

1. Bù dịch điều trị sốc nhiễm trùng nếu có (xem phác đồ điều trị sốc)

- Đưa bệnh nhân ra sốc trong giờ đầu.

- Nhanh chóng khôi phục thể tích tuần hoàn bằng dung dịch điện giải, đại phân tử, liều 20mL/kg truyền TM nhanh. Trong trường hợp sốc nặng có thể tối đa 60mL/kg/giờ và xem xét chỉ định đo áp lực trung ương (CVP).

- Cần duy trì CVP ở mức 5-10cmH_2O.

- Nếu không đáp ứng và CVP bình thường hoặc cao thì dùng thuốc vận mạch:

+ Dopamin và dobutamin. Liều dopamin 5-10µg/kg/phút tối đa 10µg/kg/phút. Dobutamin 5-15µg/kg/phút.

+ Trong trường hợp thất bại với dopamin, dobutamin có thể phối hợp dobutamin với noradrenalin 0,02-0,05µg/kg/phút tối đa 1µg/kg/phút.

2. Kháng sinh ban đầu trước khi có kết quả phân lập vi khuẩn

- Cần dùng kháng sinh đường tĩnh mạch sớm ngay sau khi cấy máu. Chọn lựa kháng sinh tốt nhất là tùy theo tác nhân. Nhưng kết quả cấy máu cho kết quả chậm, do đó trên thực tế chọn kháng sinh ban đầu dựa vào kinh nghiệm. Các yếu tố để lựa chọn kháng sinh ban đầu:

+ Ổ nhiễm khuẩn hoặc nghi ngờ.

+ Nhiễm khuẩn cộng đồng hay bệnh viện (nhiễm khuẩn bệnh viện thường do vi khuẩn đa kháng).

+ Kết quả soi và nhuộm gram mẫu bệnh phẩm.

+ Mức độ đề kháng kháng sinh tại bệnh viện.

- Dựa vào ổ nhiễm khuẩn tìm thấy hoặc nghi ngờ:

Ổ nhiễm khuẩn	Tác nhân	Kháng sinh ban đầu
Nhiễm trùng tiểu	Vi khuẩn gram (-), Enterococcus	Cefotaxim Hoặc ceftriaxon hoặc Quinolon
Nhiễm trùng tiêu hóa, gan mật	Vi khuẩn gram (-), Enterbacteriacea	Ceftriaxon/cefotaxim Hoặc Fluoroquinolon (ciprofloxacin hoặc pefloxacin) Hoặc carbepenem (imipenem/meropenem) Khi có sốc nhiễm khuẩn: - Cần phối hợp aminoglycosid (gentamycin/amikacin). - Có thể thêm metronidazol nếu nghi ngờ vi khuẩn kỵ khí
Nhọt, áp xe, viêm phổi có bóng khí	Tụ cầu	Oxacillin hoặc clindamcin hoặc Cephalosporin thế hệ I + gentamycin - Dùng vancomycin nếu nghi ngờ MRSA

		hoặc đang sốc.
Viêm phổi cộng đồng	H. influenzae. S. pneumoniae	Cefotaxim/ceftriaxon + aminoglycosid
Nhiễm trùng huyết não mô cầu	N. meningitides	Cefotaxim/ceftriaxon
Nhiễm trùng ổ bụng sau phẫu thuật	Vi khuẩn gram (-), kỵ khí Thường là nhiễm đa vi khuẩn	Cefotaxim/ceftriaxon hoặc Fluoroquinolon hoặc eriapenem khi có sốc nhiễm khuẩn phối hợp với aminoglycosid thêm metronidazol khi nghi ngờ vi khuẩn kỵ khí.

- Nhiễm khuẩn bệnh viện:

+ Thường do vi khuẩn đa kháng.

+ Áp dụng liệu pháp xuống thang bắt đầu với kháng sinh phổ rộng. Sau 48-72 giờ tùy đáp ứng lâm sàng và kết quả vi sinh sẽ chọn lựa kháng sinh phổ hẹp phù hợp.

+ Thường kết hợp với kháng sinh để tăng mức độ diệt khuẩn.

+ Kháng sinh: imipenem/meropenem hoặc quinolon hoặc ticarcillin – clavulanic acid hoặc cefoperazon – sulbactam ± amikacin.

+ Phối hợp thêm vancomycin nếu nghi do tụ cầu.

- Nhiễm khuẩn cộng đồng không tìm thấy ổ nhiễm khuẩn:

+ Trẻ trước đó bình thường:

Trẻ < 2 tháng tuổi:

Ampicillin + gentamycin + cefotaxim.

Nếu có kèm sốc: quinolon hoặc ceftazidim hoặc cefepim hoặc imipenem/meropenem.

Nếu nghi tụ cầu: cefotaxim + oxacillin ± gentamycin. Nếu có sốc thay oxacillin bằng vancomycin.

Trẻ > 2 tháng tuổi:

Cefotaxim hoặc ceftriaxon hoặc quinolon ± gentamycin.

Nếu có kèm sốc: quinolon hoặc ceftazidim hoặc cefepim hoặc imipenem/meropenem.

Nếu nghi tụ cầu: thêm oxacillin hoặc vancomycin khi có sốc.

+ Trên cơ địa suy giảm miễn dịch hoặc giảm bạch cầu hạt:

Cefotaxim hoặc ceftriaxon hoặc ceftazidim hoặc fluoroquinolons ± amikacin.

Nếu có kèm sốc: dùng imipenem/meropenem ± amikacin.

Nghi tụ cầu: thêm oxacillin hoặc vancomycin khi có sốc.

3. Kháng sinh tiếp theo sau khi có kết quả vi sinh

- Sau 48-72 giờ, đánh giá lại đáp ứng kháng sinh dựa vào lâm sàng và kết quả vi sinh.

Phần lớn kết hợp kháng sinh chỉ cần thiết ở 3-5 ngày đầu điều trị để tăng khả năng diệt khuẩn, giảm đề kháng.

- Thời gian điều trị kháng sinh trung bình 10-14 ngày hoặc kéo dài hơn tùy ổ nhiễm khuẩn, tác nhân gây bệnh hoặc đáp ứng lâm sàng.

- Ngừng kháng sinh ngay sau khi đủ ngày điều trị kèm bệnh nhân hết sốt, tổng trạng tốt, chỉ số xét nghiệm nhiễm khuẩn trở về bình thường**.**

- Cấy máu dương tính: việc tiếp tục kháng sinh đang dùng hay thay đổi kháng sinh tùy thuộc vào đáp ứng lâm sàng và kết quả kháng sinh đồ, trong đó đáp ứng lâm sàng là quan trọng nhất.

+ Đáp ứng lâm sàng tốt: tiếp tục kháng sinh đang dùng đủ 10-14 ngày.

+ Lâm sàng không cải thiện: đổi kháng sinh theo kháng sinh đồ.

Tác nhân	Kháng sinh ban đầu	Kháng sinh thay thế
Nhiễm khuẩn cộng đồng		
Hemophilus influenzae	Cefotaxim/ceftriaxon	
N. meningitidis	Cefotaxim/ceftriaxon	
S.pneumoniae	Cefotaxim/ceftriaxon	Vancomycin
Salmonella	Cefotaxim/ceftriaxon	Chloramphenicol hoặc ciprofloxacin
Shigella	Ciprofloxacin	
Staphylococcus aureus	Oxacillin	Vancomycin
Nhiễm khuẩn bệnh viện		
Enterbacter Pseudomonas	Cefotaxim/ceftazidim/ ciprofloxacin/pefloxacin/ticarcillin-clavulanic acid/cefoperazon-subactam phối hợp với amikacin	Imipenem/meropenem hoặc ticarcillin - clavulanic acid phối hợp với amikacin
Enterococcus	Ampicillin hoặc penicillin phối hợp với amikacin	Vancomycin + amikacin
Escherichia coli	Cefotaxim hoặc ceftazidim hoặc ticarcillin-clavulanic acid	Imipenem/meropenem/

	hoặc cefoperazon-subactam hoặc ciprofloxacin phối hợp với amikacin	ertapenem ± amikacin Phối hợp với ciprofloxacin
Klebsiella	Cefotaxim hoặc ceftazidim hoặc ticarcillin-clavulanic acid hoặc cefoperazon-subactam hoặc ciprofloxacin	Imipenem/meropenem/ ertapenem ± amikacin
Enterbacter	Imipenem/meropenem/ertapenem hoặc ticarcillin-clavulanic acid/cefoperazon-subactam kèm amikacin	Imipenem/meropenem/ Ertapenem kèm ciprofloxacin Hoặc ciprofloxacin kèm amikcacin
Acinetobacter	Imipenem/meropenem/ertapenem hoặc hoặc cefoperazon-subactam/ ticarcillin-clavulanic acid	Imipenem/meropenem hoặc cefoperazon-subactam/ Ticarcillin-clavulanic acid phối hợp với colistin
Vi khuẩn gram (-) tiết ESBL	Eriapenem/imipenem/meropenem hoặc ciprofloxacin	Imipenem/meropenem/ ertapenem phối hợp với ciprofloxacin
Staphylococcus aureus - Nhạy Methicillin (MSSA) - Kháng Methicillin (MRSA)	 Oxacillin Vancomycin	 Cefazolin/clindamycin Vancomycin + rifampicin Hoặc clindamycin
Staphylococcus coagulase negative	Vancomycin	

Lưu ý: ertapenem không hiệu quả với Pseudomonas

- Cấy máu âm tính:

+ Đáp ứng lâm sàng tốt: tiếp tục kháng sinh đang dùng đủ 10-14 ngày.

+ Lâm sàng không tốt: đổi kháng sinh tùy theo ổ nhiễm trùng nguyên phát nghi ngờ.

Ổ nhiễm trùng	Kháng sinh
Nhiễm trùng tiểu	Ciprofloxacin/pefloxacin + amikacin
Viêm phổi	Ceftazidim/pefloxacin/ciprofloxacin + amikacin. Nếu không đáp ứng: cefedim/imipenem/meropenem +

	amikacin. Nếu nghi tụ cầu kháng thuốc: thêm vancomycin.
Nhiễm trùng da	Vancomycin.
Nếu có ban xuất huyết	Ciprofloxacin/pefloxacin.
Liên quan đặt catheter tĩnh mạch	Vancomycin.
Nghi nấm	Fluconazol hoặc Amphotericin B.

4. Điều trị biến chứng

- Rối loạn đông máu: truyền tiểu cầu và huyết tương đông lạnh, kết tủa lạnh.

- Toan chuyển hóa: thường là hậu quả của sốc nên cần điều trị tích cực sốc nhiễm trùng tránh để sốc kéo dài. Trong trường hợp toan hóa máu nặng cần điều chỉnh bằng bicarbonate.

- Suy thận cấp.

- Suy đa cơ quan.

5. Lọc máu liên tục

- Lọc máu liên tục: ngoài điều trị suy thận cấp lọc máu còn giúp loại bỏ cytokine và các hóa chất trung gian.

- Chỉ định:

+ Suy thận cấp kèm theo huyết động học không ổn định (suy thận cấp: thiểu niệu ≥ 24 giờ hoặc creatinin > 0,4mmol/L hoặc tăng > 0,1mmol/L/ngày).

+ Suy đa cơ quan.

6. Phẫu thuật

Cần có chỉ định sớm phẫu thuật loại bỏ ổ mủ. Trong trường hợp nặng vừa hồi sức vừa can thiệp ngoại khoa.

IV. CHỈ ĐỊNH CHUYỂN TUYẾN

Cần hội chẩn xem xét chỉ định chuyển tuyến trong trường hợp: không có kháng sinh thích hợp; các trường hợp có biến chứng; các trường hợp quá khả năng phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em,* ban hành kèm theo Quyết định 3312/QĐ-BYT.

SỐC NHIỄM TRÙNG

MÃ ICD 10: R57.2

I. ĐẠI CƯƠNG

Là tình trạng sốc xảy ra như một biến chứng nặng của nhiễm trùng huyết, nếu không điều trị thích hợp, kịp thời sẽ diễn tiến tổn thương tế bào, suy đa cơ quan đưa đến tử vong.

Các định nghĩa:

- Nhiễm trùng: đáp ứng viêm đối với tác nhân vi sinh vật.

- Du khuẩn huyết: hiện diện vi khuẩn trong máu.

- Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân: hiện diện ít nhất 2 trong 4 tiêu chuẩn sau, trong đó ít nhất có một tiêu chuẩn về nhiệt độ hay số lượng bạch cầu:

+ Sốt > 38,5ºC hoặc hạ thân nhiệt < 36ºC.

+ Tim nhanh theo tuổi, hoặc tim chậm ở trẻ < 1 tuổi.

+ Thở nhanh theo tuổi.

+ Bạch cầu tăng hoặc giảm theo tuổi (người lớn > 12.000mm^3 hay < 4.000/mm^3 hay band neutrophile > 10%).

- Nhiễm trùng huyết: hội chứng đáp ứng viêm toàn thân nguyên do nhiễm trùng.

- Nhiễm trùng nặng: nhiễm trùng huyết kèm rối loạn chức năng cơ quan tim mạch, hoặc hội chứng nguy kịch hô hấp cấp hoặc rối loạn chứng năng nặng ít nhất hai cơ quan còn lại.

- Sốc nhiễm trùng: nhiễm trùng huyết kèm rối loạn chức năng cơ quan tim mạch.

- Hội chứng rối loạn chức năng đa cơ quan: rối loạn chức năng 2 cơ quan trở lên.

Nhóm tuổi	**Nhịp tim**		**Nhịp thở**	**HA tâm thu (mmHg)**	**Số lượng BC (x10^3)**
< 1 tuần	> 180	< 100	> 50	< 65	> 34
1 tuần - < 1tháng	> 180	< 100	> 40	< 75	> 19.5 < 5
1 tháng - < 1 năm	> 180	< 90	> 34	< 100	> 17.5 < 5
2-5 tuổi	> 140	< 80	> 22	< 94	> 15.5 < 6
6-12 tuổi	> 130	< 70	> 18	< 105	> 13.5 < 4.5
13 - < 18 tuổi	> 110	< 60	> 14	< 117	> 11 < 4.5

- Rối loạn chức năng cơ quan tim mạch:

+ Tụt HA không đáp ứng với bù dịch ≥ 40mL/kg/giờ.

+ HA vẫn tụt hoặc cần vận mạch để duy trì HA bình thường (dopamin > 5µg/kg/phút hoặc dobutamin, epinephrin) hoặc

+ Có 2 tiêu chuẩn sau (giảm tưới máu):

Toan chuyển hoá (BE < - 5mEq/L) không giải thích được.

Lactate máu động mạch > 2 lần trị số trung bình (> 4mmol/L).

Thiểu niệu < 0,5mL/kg/giờ.

CRT > 5 giây.

Chênh lệch nhiệt độ ngoại biên và nhiệt độ trung tâm > 3ºC.

- Rối loạn chức năng cơ quan hô hấp:

+ PaO_2/FiO_2 < 300 (không có bệnh tim bẩm sinh hoặc bệnh phổi trước đó).

+ $PaCO_2$ > 65 hoặc baseline + 20mmHg.

+ Cần FiO2 > 50% để duy trì SaO_2 > 92%

+ Cần thông khí cơ học

- Rối loạn chức năng thần kinh:

+ Glasgow < 11 điểm

+ Glasgow giảm < 3 điểm

- Huyết học:

+ Tiểu cầu < 80.000/mm^3

+ INR > 2

- Thận: creatinin ≥ 2 lần bình thường.

- Gan:

+ Bilirubin > 4mg/dL (không áp dụng cho sơ sinh).

+ ALT > 2 lần trị số bình thường.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Triệu chứng khởi phát: giúp xác định ổ nhiễm trùng nguyên phát.

+ Tiểu buốt, tiểu gắt, xón tiểu, tiểu nhiều lần (nhiễm trùng tiểu).

+ Tiêu chảy, tiêu máu (nhiễm trùng đường tiêu hoá).

+ Nhọt da, áp xe (tụ cầu).

+ Sốt ho, viêm phổi.

- Tình trạng chủng ngừa: Hemophilus, não mô cầu.

- Tiền căn yếu tố nguy cơ: suy dinh dưỡng, sinh thiếu tháng, suy giảm miễn dịch, bệnh mạn tính.

1.2. Khám lâm sàng

- Dấu hiệu sốc: li bì, lừ đừ, bứt rứt, mạch nhanh nhẹ, chi mát, da nổi bông, HA kẹp, tụt, CRT > 2 giây, thiểu niệu.
- Nhiệt độ tăng hoặc giảm, nhịp thở nhanh.
- Ổ nhiễm trùng: da, vết mổ, phổi.
- Ban máu, bầm máu, hồng ban.

1.3. Cận lâm sàng

- Công thức bạch cầu, dạng huyết cầu.
- CRP.
- Lactat máu.
- Cấy máu trước khi tiêm kháng sinh.
- Ion đồ.
- Chức năng đông máu, chức năng gan, thận.
- Khí máu động mạch.
- X-quang phổi.
- Cấy máu bệnh phẩm ổ nhiễm trùng nghi ngờ.
- Siêu âm bụng tìm ổ nhiễm trùng sâu.

2. Chẩn đoán xác định

Dấu hiệu sốc + hội chứng đáp ứng viêm toàn thân + cấy máu dương tính.

3. Chẩn đoán có thể

Dấu hiệu sốc + hội chứng đáp ứng viêm toàn thân + dấu hiệu gợi ý nhiễm trùng.

III. ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị

- Điều trị sốc
- Kháng sinh
- Điều trị biến chứng

1. Chống sốc

Mục tiêu cần đạt: CVP 12-16cmH_2O, HATB ≥ 50-60mmHg**,** Lactate < 2mmol/L.

* 0-5 phút: hỗ trợ hô hấp, thiết lập đường truyền tĩnh mạch hoặc chích tuỷ xương nếu chích tĩnh mạch thất bại, xét nghiệm máu.

* 5-60 phút: lactate ringer hoặc normal saline 20mL/kg/15 phút có lặp lại dung dịch điện giải hoặc đại phân tử đến 60mL/kg. Do khả năng đáp ứng dịch truyền ở mỗi bệnh nhân khác nhau nên cần theo dõi mỗi 5 phút nhịp tim, ran phổi, tĩnh mạch cổ, kích thước gan, sắc môi, sử dụng cơ hô hấp phụ để thở tránh nguy cơ quá tải dịch. Điều trị hạ đường huyết, hạ calci huyết nếu có. Đánh giá đáp ứng sốc với liệu pháp truyền dịch.

- Đáp ứng tốt: cải thiện M, HA, CRT < 2 giây, tiểu khá hơn: truyền dịch duy trì.

- Không đáp ứng: sử dụng dopamin truyền tĩnh mạch liều khởi đầu 3µg/kg/phút, tăng nhanh đến 10µg/kg/phút trong vòng 5-10 phút. Đo áp lực tĩnh mạch trung tâm, đặt thông tiểu để kiểm tra lượng nước tiểu. Truyền duy trì CVP 12-16cmH_2O, HATB 50-60mmHg, Lactate < 2mmol/L.

Nếu không đáp ứng (mạch nhẹ, da nổi bông, CRT > 2 giây): truyền adrenalin liều thấp 0,05-0,1µg/kg/phút.

Nếu vẫn không đáp ứng: truyền dobutamin 5-10µg/kg/phút.

Nếu HA tâm thu vẫn tụt hoặc HATB < 50mmHg: tăng liều adrenalin (0,4-1µg/kg/phút)

Hydrocortison 1mg/kg TMC mỗi 6 giờ nếu tình trạng sốc vẫn không cải thiện.

2. Kháng sinh (như nhiễm trùng huyết)

3. Điều trị biến chứng

- Rối loạn đông máu: truyền tiểu cầu và huyết tương đông lạnh, kết tủa lạnh.

- Toan chuyển hóa: thường là hậu quả của sốc nên cần điều trị tích cực sốc nhiễm trùng tránh để sốc kéo dài. Trong trường hợp toan hóa máu nặng cần điều chỉnh bằng bicarbonate.

- Suy thận cấp.

- Suy đa cơ quan.

4. Lọc máu liên tục

- Lọc máu liên tục: ngoài điều trị suy thận cấp lọc máu còn giúp loại bỏ cytokine và các hóa chất trung gian.

- Chỉ định:

+ Suy thận cấp kèm theo huyết động học không ổn định (suy thận cấp: thiểu niệu ≥ 24 giờ hoặc creatinin > 0,4mmol/L hoặc tăng > 0,1mmol/L/ngày).

+ Suy đa cơ quan.

5. Phẫu thuật

Cần có chỉ định sớm phẫu thuật loại bỏ ổ mủ. Trong trường hợp nặng vừa hồi sức vừa can thiệp ngoại khoa.

IV. CHỈ ĐỊNH CHUYỂN TUYẾN

Cần hội chẩn xem xét chỉ định chuyển tuyến trong trường hợp: không có kháng sinh thích hợp; các trường hợp có biến chứng; các trường hợp quá khả năng phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em,* ban hành kèm theo Quyết định 3312/QĐ-BYT.

BỆNH TAY CHÂN MIỆNG

MÃ ICD 10: A88.0

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh tay chân miệng là bệnh truyền nhiễm do siêu vi trùng đường ruột thuộc nhóm Coxsackie viruses và Enterovirus 71 (EV71) gây ra. Biểu hiện chính là sang thương da niêm dưới dạng bóng nước ở các vị trí như miệng, lòng bàn tay, lòng bàn chân, gối, mông. Bệnh có thể gây nhiều biến chứng nguy hiểm như viêm não, viêm cơ tim, phù phổi cấp dẫn đến tử vong nếu không được phát hiện sớm và xử trí kịp thời, bệnh thường gặp ở trẻ em < 5 tuổi, nhất là < 3 tuổi.

Bệnh xảy ra quanh năm, tăng cao vào tháng 2 đến tháng 4 và từ tháng 9 đến tháng 12 hàng năm**.**

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh sử

- Sốt, đau họng, biếng ăn.
- Thời gian nổi bóng nước.
- Khó ngủ, quấy khóc, run chi, giật mình.
- Tiêu chảy, nôn ói.
- Dịch tễ: có tiếp xúc với trẻ mắc bệnh tương tự, đi nhà trẻ, mẫu giáo.

1.2. Thăm khám

- Đánh giá dấu hiệu sinh tồn: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, tri giác (điểm Glasgow).
- Tìm sang thương miệng và da:

+ Sang thương ở miệng: vết loét đỏ hay bóng nước d = 2-3mm ở vòm khẩu cái, niêm mạc má, nướu, lưỡi.

+ Bóng nước ở da: vị trí ở lòng bàn tay, lòng bàn chân, gối, mông; kích thước 2-10mm; hình bầu dục, nổi cộm hay ẩn dưới da, trên nền hồng ban, không đau. Khi bóng nước khô để lại vết thâm da, không loét.

+ Chú ý thể không điển hình: chỉ có vết loét miệng, sang thương da rất ít hay không rõ dạng bóng nước mà là dạng chấm, hồng ban.

- Tìm dấu hiệu biến chứng:

+ Dấu hiệu thần kinh: bứt rứt, lừ đừ, chới với, run chi, trợn mắt, đi loạng choạng, giật mình chới với; yếu chi, liệt thần kinh sọ, co giật, hôn mê, thường đi kèm với suy hô hấp, tuần hoàn.

+ Dấu hiệu hô hấp, tim mạch: mạch nhanh, nhịp tim > 150 lần/phút, da nổi bông, thời gian phục hồi da > 2 giây; huyết áp có thể bình thường hoặc tăng, diễn tiến nặng

mạch huyết áp không đo được; thở không đều, thở nhanh, rút lõm ngực, sùi bọt hồng, nghe phổi nhiều ran ẩm.

1.3. Cận lâm sàng

- Công thức máu.
- KSTSR.
- Trường hợp nghi ngờ biến chứng: đường huyết, CRP, ion đồ, X-quang phổi.
- Khí máu khi có suy hô hấp: thở nhanh, rút lõm lồng ngực hay SpO_2 < 92%.
- Troponin I khi nhịp tim > 160 lần/phút.
- Chọc dò tủy sống: khi có biến chứng thần kinh (từ độ 2b).
- Xét nghiệm tìm các nguyên nhân gây bệnh:

+ Phết họng, phết trực tràng thực hiện PCR (EV71, Coxsackievirus): ở bệnh nhân từ độ 2b.

+ Cấy phân lập virus từ phân, bóng nước, phết họng.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán có thể

Lâm sàng + dịch tễ

2.2. Chẩn đoán xác định

Lâm sàng + dịch tễ + bằng chứng tác nhân (PCR hoặc phân lập vi rút).

2.3. Phân độ

Độ 1		Chỉ loét miệng và/hoặc tổn thương da.
Độ 2	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 39^0C, nôn nhiều, lừ đừ, khó ngủ, quấy khóc vô cớ.
	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 khoảng 2 lần/30 phút. - Bệnh sử có giật mình kèm theo một dấu hiệu sau: •Ngủ gà. •Mạch nhanh 130-150 lần/phút (khi trẻ nằm yên, không sốt). ***Nhóm 2: có một trong các biểu hiện sau*** - Sốt cao khoảng $39,5^0$C (đo nhiệt độ hậu môn) không đáp ứng với thuốc hạ sốt tích cực. - Mạch nhanh 150-170 lần/phút (khi trẻ nằm yên, không sốt). - 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…
Độ 3		**Có một trong các biểu hiện sau:** - Mạch chậm hoặc mạch nhanh > 170 lần/phút (khi trẻ nằm yên, không sốt). - Vã mồ hôi, lạnh toàn thân hoặc khu trú. - HA tâm thu tăng: • Trẻ dưới 12 tháng: > 100 mmHg. • Trẻ 12 tháng đến dưới 24 tháng: > 110 mmHg. • Trẻ trên 24 tháng: > 115 mmHg. - Thở nhanh, thở bất thường: Cơn ngừng thở, thở bụng, thở nông, rút lõm ngực, khò khè, thở rít hít vào. - Rối loạn tri giác. - Tăng trương lực cơ.
Độ 4		**Có một trong các dấu hiệu sau** - Sốc. - Phù phổi cấp. - Suy hô hấp: tím tái, SpO_2 < 92%, ngừng thở, thở nấc

3. Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh lý có sang thương da:

+ Sốt phát ban: sang thương da chủ yếu là hồng ban xen kẽ ít dạng sẩn, thường có hạch sau tai.

+ Dị ứng da: sang thương da dạng hồng ban đa dạng nhiều hơn bóng nước.

+ Viêm da mủ: sang thương đau, đỏ, có mủ.

+ Thủy đậu: sang thương bóng nước nhiều lứa tuổi, rải rác toàn thân, không chỉ tập trung ở tay chân miệng.

- Bệnh lý nhiễm trùng:

+ Nhiễm trùng huyết: sang thương da không điển hình, bầm máu vết chích, xuất huyết dưới da, CRP máu tăng.

+ Viêm màng não vi trùng: sang thương da không điển hình, thóp phồng, CRP máu tăng, dịch não tủy đạm tăng, đường giảm.

III. ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị

- Điều trị triệu chứng.

- Theo dõi sát, phát hiện sớm và điều trị tích cực biến chứng.

- Sử dụng thuốc an thần sớm nhằm giảm kích thích tránh gây tăng áp lực nội sọ.

1. Độ 1: có thể điều trị ngoại trú.

- Dinh dưỡng đầy đủ theo tuổi. Trẻ còn bú tiếp tục cho ăn sữa mẹ.

- Hạ sốt khi sốt cao bằng paracetamol liều 10-15mg/kg/lần (uống hay tọa dược 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.

- Cần tái khám ngay khi có dấu hiệu từ độ 2a trở lên như:

+ Sốt cao $\geq 39^0$C.

+ Thở nhanh, khó thở.

+ Giật mình, lừ đừ, run chi, quấy khóc, bứt rứt khó ngủ, nôn nhiều.

+ Đi loạng choạng.

+ Da nổi vân tím, vã mồ hôi, tay chân lạnh.

+ Co giật, hôn mê.

2. Độ 2: điều trị nội trú tại bệnh viện.

2.1. Độ 2a:

- Điều trị như độ 1. Trong trường hợp trẻ sốt cao không đáp ứng tốt với paracetamol có thể phối hợp với ibuprofen 5-10mg/kg/lần lặp lại mỗi 6-8 giờ nếu cần (dùng xen kẽ với các lần sử dụng paracetamol, không dùng thuốc hạ sốt nhóm aspirin). Tổng liều tối đa của ibuprofen là 40mg/kg/ngày.

- Phenobarbital 5-7mg/kg/ngày, uống khi trẻ quấy khóc vô cớ.

- Theo dõi sát để phát hiện dấu hiệu chuyển độ.

2.2. Độ 2b: điều trị tại phòng cấp cứu hoặc hồi sức.

- Nằm đầu cao 30^o.

- Thở oxy qua mũi 3-6 lít/phút.

- Hạ sốt tích cực nếu trẻ có sốt.

- Thuốc: phenobarbital 10-20mg/kg truyền tĩnh mạch. Lặp lại sau 8-12 giờ khi cần.

- Immunoglobulin:

+ Nhóm 2: 1g/kg/ngày truyền tĩnh mạch chậm trong 6-8 giờ. Sau 24 giờ nếu còn dấu hiệu độ 2b: dùng liều thứ 2.

+ Nhóm 1: không chỉ định immunoglobulin thường qui. Nếu triệu chứng không giảm sau 6 giờ diều trị bằng phenobarbital thì cần chỉ định immunoglobulin. Sau 24 giờ đánh giá lại để quyết định liều thứ 2 như nhóm 2.

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp 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 SpO_2 và theo dõi mạch liên tục.

3. Độ 3: điều trị tại đơn vị hồi sức tích cực.

- Thở oxy qua mũi 3-6 lít/phút, sau 30-60 phút nếu đáp ứng kém nên đặt nội khí quản giúp thở sớm.

- Chống phù não: nằm đầu cao 30^o, hạn chế dịch (tổng dịch bằng ½ - ¾ nhu cầu bình thường), thở máy tăng thông khí giữ $PaCO_2$ từ 30-35mmHg và duy trì PaO_2 từ 90-100mmHg.

- Phenobarbital 10-20mg/kg truyền tĩnh mạch. Lặp lại sau 8-12 giờ khi cần. Liều tối đa 30mg/kg/24 giờ.

- Immunoglobulin (Gammaglobulin): 1g/kg/ngày truyền tĩnh mạch chậm trong 6-8 giờ, dùng trong 2 ngày liên tục.

- 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 (không dùng dopamin).

- Milrinon truyền tĩnh mạch 0,4-0,75µg/kg/phút. Chỉ dùng khi HA cao, trong 24 - 72 giờ. Nếu huyết áp ổn định trong 12-24 giờ, giảm dần liều milrinon 0,1µg/kg/phút mỗi 30-60 phút cho đến liều tối thiểu 0,25µg/kg/phút. Nếu huyết áp ổn định ở liều tối thiểu này trong ít nhất 6 giờ thì xem xét ngừng milrinon.

- 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 0,15mg/kg/lần hoặc diazepam 0,2-0,3mg/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, SpO_2, nước tiểu mỗi 1-2 giờ. Nếu có điều kiện nên theo dõi huyết áp động mạch xâm lấn.

4. Độ 4: điều trị tại đơn vị hồi sức tích cực.

- Đặt nội khí quản thở máy: tăng thông khí, giữ $PaCO_2$ từ 30-35mmHg và duy trì PaO_2 từ 90-100mmHg.

- 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 natriclorua 0,9% hoặc ringer lactate 5mL/kg/15 phút, điều chỉnh tốc độ theo hướng dẫn CVP và đáp ứng lâm sàng. Trong 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 20µg/kg/phút.

- Phù phổi cấp:

+ Ngừng ngay dịch truyền nếu đang truyền.

+ Dùng dobutamin liều 5-20µg/kg/phút.

+ Furosemid 1-2mg/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.

- Lọc máu liên tục hay ECMO (nếu có điều kiện).

- Immunoglobulin: chỉ định khi HA trung bình # 50mmHg.

- Kháng sinh: chỉ dùng kháng sinh khi có bội nhiễm hoặc chưa loại trừ các bệnh nhiễm khuẩn nặng khác.

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, tri giác, ran phổi, SpO_2, nước tiểu mỗi 30 phút trong 6 giờ đầu, sau đó điều chỉnh theo đáp ứng lâm sàng; áp lực tĩnh mạch trung tâm mỗi giờ, nếu có điều kiện nên theo dõi huyết áp động mạch xâm lấn.

- Kháng sinh: khi không loại trừ nhiễm trùng huyết, viêm màng não mủ hoặc có bội nhiễm.

IV. CHỈ ĐỊNH CHUYỂN TUYẾN

Cần hội chẩn xem xét chỉ định chuyển tuyến trong trường hợp: độ 2b không đáp ứng phenobarbital, độ 3, độ 4.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em,* ban hành kèm theo Quyết định 3312/QĐ-BYT.

TIÊU CHẢY CẤP

MÃ ICD 10: K59.1

I. ĐỊNH NGHĨA

Tiêu chảy: tiêu phân lỏng hay tóe nước > 2 lần trong 24 giờ.

Tiêu chảy cấp: tiêu chảy < 14 ngày.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh sử

- Tiêu chảy:

+ Thời gian tiêu chảy.

+ Đặc tính phân: có máu trong phân.

+ Ói.

- Dinh dưỡng.

- Thuốc đã dùng.

- Khóc cơn kèm tím tái ở trẻ nhỏ gợi ý lồng ruột.

- Ở vùng dịch tễ tả.

- Có sốt kèm theo không.

1.2. Thăm khám

- Dấu hiệu mất nước: tri giác, mắt có trũng không, khát nước, dấu véo da.

- Dấu hiệu biến chứng: rối loạn điện giải, rối loạn kiềm toan, hạ đường huyết, suy thận cấp.

- Dấu hiệu góp phần: suy dinh dưỡng, bệnh đi kèm.

1.3. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm công thức máu, ion đồ.

- CRP (khi mất nước nặng hoặc nghi ngờ có bệnh lý nhiễm trùng kèm theo).

- Các xét nghiệm khác: đường huyết, khí máu, chức năng gan, thận, siêu âm bụng, ... theo tình trạng bệnh.

- Soi phân: khi phân có đàm, nghi ngờ lỵ, nghi ngờ tả, hoặc nhiễm trùng nặng.

- Cấy phân khi điều trị thất bại.

III. ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị

- Điều trị đặc hiệu: bù nước, điện giải; kháng sinh.

- Xử trí kịp thời các biến chứng.

- Bù dinh dưỡng.

1. Bù dịch

1.1. Điều trị mất nước nặng

- Truyền TM ngay lập tức. Trong khi thành thành lập đường truyền, cho trẻ uống dung dịch oresol nếu trẻ uống được, dịch truyền được lựa chọn lactate ringer. Cho 100mL/kg dung dịch được lựa chọn chia như sau

	Bước đầu truyền 30mL/kg trong	Sau đó truyền 70mL/kg trong
< 12 tháng	1 giờ	5 giờ
≥ 12 tháng	30 phút	2 giờ 30 phút

- Lặp lại lần nữa nếu mạch quay vẫn yếu hoặc không bắt được rõ.

- Nếu cải thiện nhưng còn dấu hiệu mất nước: ngưng truyền dịch và cho uống oresol trong 4 giờ (phác đồ B). Nếu trẻ bú mẹ khuyến khích cho bú thường xuyên.

- Nếu không có dấu mất nước: điều trị theo phác đồ A, khuyến khích cho bú thường xuyên.

1.2. Điều trị có mất nước

- Bù bằng dung dịch oresol 75mL/kg uống trong 4-5 giờ.

- Trẻ dưới 6 tháng tuổi không bú sữa mẹ được, cho uống thêm 100-200mL nước sạch trong khi bù nước.

- Nếu uống kém hơn 20mL/kg/giờ, đặt sond dạ dày nhỏ giọt.

- Nếu có chướng bụng hoặc nôn ói trên 4 lần trong 2-4 giờ hoặc tốc độ thải phân cao (> 10mL/kg/giờ) hoặc > 10 lần, TTM lactate ringer 75mL/kg trong 4 giờ.

1.3. Điều trị duy trì (phòng ngừa mất nước)

Cho bệnh nhi uống nhiều nước hơn bình thường: nước chín, nước dừa, nước cháo muối, dung dịch oresol.

2. Kháng sinh

Không chỉ định sử dụng kháng sinh cho tất cả các trường hợp tiêu chảy cấp.

Chỉ định kháng sinh cho các trường hợp tiêu chảy cấp sau:

- Tiêu chảy phân máu.

- Tiêu chảy phân nước mất nước nặng nghi ngờ tả.

- Tiêu chảy do Giardia.

- Trẻ mắc tiêu chảy kèm theo các nhiễm trùng khác: viêm phổi, nhiễm khuẩn huyết, nhiễm khuẩn tiết niệu…

Kháng sinh sử dụng trong điều trị các nguyên nhân gây tiêu chảy

(Theo khuyến cáo của tổ chức Y tế thế giới)

Nguyên nhân	Kháng sinh lựa chọn	Kháng sinh thay thế
Tả	Erythromycin 12,5mg/kg	Tetracyclin 12,5mg/kg x 4 lần/ngày

	x 4 lần/ngày x 3 ngày	x 3 ngày
		Azithromycin 6-20mg/kg x 1 lần/ngày x 1-5 ngày
Lỵ trực trùng	Ciprofloxacin 15mg/kg/lần x 2 lần/ngày x 3 ngày	Pimvecillinam 20mg/kg/lần x 4 lần/ngày x 5 ngày
		Ceftriaxone tiêm bắp hoặc tĩnh mạch 50-100mg/kg/ngày x 2-5 ngày
Campylorbacter	Azithromycin 6-20mg/kg x 1 lần/ngày x 1-5 ngày	
Lỵ amip	Metronidazole 10 mg/kg/lần x 3 lần/ngày x 5-10 ngày (10 ngày với trường hợp bệnh nặng), dùng đường uống	
Giardia	Metronidazole 5 mg/kg/lần x 3 lần/ngày x 5 ngày, dùng đường uống	

3. Điều trị hỗ trợ

- Bổ sung kẽm: theo khuyến cáo của tổ chức Y tế thế giới, trẻ cần được bổ sung kẽm ngay khi tiêu chảy mới bắt đầu. Bổ sung kẽm có tác dụng nhanh chóng hồi phục niêm mạc ruột, rút ngắn thời gian bị bệnh và mức độ nặng của tiêu chảy, hạn chế các đợt tiêu chảy mới trong 2-3 tháng sau điều trị, cải thiện sự ngon miệng và tăng trưởng cho trẻ

Trẻ < 6 tháng tuổi: 10mg/ngày x 10-14 ngày.

Trẻ ≥ 6 tháng tuổi: 20mg/ngày x 10-14 ngày.

- Probiotics: S. boulardii với liều 200-250mg/ngày x 5-6 ngày.

- Racecadotril liều 1,5mg/kg/lần x 3 lần/ngày có thể lựa chọn ngay từ khi mới bắt đầu tiêu chảy và không dùng quá 7 ngày.

- Diosmectite.

- Không sử dụng thuốc cầm tiêu chảy như kaolin, attapulgit, than hoạt, cholestyramin.

4. Dinh dưỡng

- Cho trẻ ăn sớm khẩu phần ăn hàng ngày 4-6 giờ sau bù nước và điện giải với lượng tăng dần.

- Nếu trẻ bú mẹ: tiếp tục cho bú nhiều lần hơn và lâu hơn.

- Nếu trẻ không bú sữa mẹ:

+ Cho trẻ loại sữa mà trẻ ăn trước đó.

+ Không pha loãng sữa.

+ Không sử dụng sữa không có lactose thường quy trong dinh dưỡng trẻ tiêu chảy cấp.

+ Tránh thức ăn có năng lượng, protein và điện giải thấp và nhiều carbonhydrate.

- Sau khi khỏi tiêu chảy, cho ăn thêm ngày 1 bữa ngoài những bữa ăn bình thường trong 2-4 tuần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em,* ban hành kèm theo Quyết định 3312/QĐ-BYT.

2. Báo cáo hội nghị đồng thuận khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tiêu cháy cấp ở trẻ em năm 2014.

LỴ TRỰC TRÙNG

MÃ ICD 10: A03

I. ĐẠI CƯƠNG

- Lỵ là tất cả các trường hợp tiêu chảy phân có máu. Nguyên nhân đa phần là do Shigella (50%) ngoài ra còn có thể do vi trùng khác hoặc ký sinh trùng.

- Lỵ Shigella thường ở lứa tuổi 6 tháng đến 3 tuổi, ít khi ở trẻ dưới 6 tháng tuổi. Có thể bệnh nhẹ tự hết cho đến dạng rất nặng với nhiễm độc nặng, co giật, tăng thân nhiệt, phù não và tử vong nhanh chóng mà không có nhiễm trùng huyết hay mất nước đáng kể.

- Shigella gây triệu chứng nhiễm độc toàn thân nặng nhưng ít khi nhiễm trùng huyết. Biến chứng nhiễm trùng huyết và DIC thường chỉ gặp ở trẻ nhỏ, trẻ suy dinh dưỡng, tỷ lệ tử vong cao.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

+ Thời gian bệnh
+ Có sốt
+ Đau bụng, mót rặn
+ Tính chất phân: đàm lẫn máu
+ Điều trị trước
+ Co giật
+ Sa trực tràng
+ Sởi trong 6 tuần qua

1.2. Thăm khám

+ Dấu hiệu sinh tồn.

+ Dấu hiệu mất nước.

+ Phát hiện các biến chứng: triệu chứng thần kinh, triệu chứng nhiễm trùng nhiễm độc, rối loạn điện giải, toan chuyển hóa, hạ đường huyết, sa trực tràng, chướng bụng, suy thận, suy dinh dưỡng.

1.3. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm công thức máu, ion đồ, CRP.

- Các cận lâm sàng khác: đường huyết, chức năng gan, thận, siêu âm bụng, X-quang bụng, … phù hợp với tình trạng bệnh cần đánh giá.

- Soi phân: khi không rõ máu đại thể.

- Cấy máu, cấy phân trong những trường hợp nặng.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

Hội chứng lỵ + cấy phân Shigella (+).

2.2. Chẩn đoán có thể

- Sốt, tiêu chảy kèm triệu chứng thần kinh: co giật, li bì, hôn mê, hội chứng màng não.

- Sốt, tiêu chảy, soi phân có bạch cầu, hồng cầu.

2.3. Chẩn đoán phân biệt

+ Lồng ruột.

+ Tiêu máu do polyp trực tràng: tiêu phân đặc lẫn đàm máu, bệnh lâu ngày, không sốt. Xác định bằng nội soi.

+ Lỵ amibe: ít gặp ở trẻ nhỏ hơn 5 tuổi, soi phân có dưỡng bào ăn hồng cầu.

+ Tiêu máu do thiếu vitamin K ở trẻ sơ sinh: thường kèm xuất huyết ở những vị trí khác.

III. ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị: bù nước, điện giải; điều trị căn nguyên; điều trị hỗ trợ.

1. Bù nước, điện giải

Theo phác đồ tiêu chảy cấp.

2. Kháng sinh

Kháng sinh có vai trò rút ngắn thời gian bệnh và thời gian thải vi khuẩn ra phân.

- Nalidixic acid: 55mg/kg/ngày uống 5 ngày (không dùng cho trẻ dưới 3 tháng tuổi). Hoặc:

- Ciprofloxacin 30mg/kg/ngày x 5 ngày.

Nếu trẻ không uống được thuốc hoặc đáp ứng kém sau 48 giờ điều trị kháng sinh trên hoặc tình trạng nhiễm trùng nặng: ceftriaxon 50-100mg/kg TM một lần/ngày x 3-5 ngày.

- Theo dõi các dấu hiệu sau để đánh giá có đáp ứng hay không

+ Hết sốt + Bớt máu trong phân

+ Bớt số lần đi tiêu + Thèm ăn

+ Hoạt động trở lại bình thường

3. Điều trị hỗ trợ

- Hạ sốt.

- Giảm đau bụng.

4. Dinh dưỡng

Theo phác đồ tiêu chảy cấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em,* ban hành kèm theo Quyết định 3312/QĐ-BYT.

VIÊM NÃO

MÃ ICD 10: A85

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm não là bệnh nhiễm khuẩn cấp tính hệ thần kinh trung ương chủ yếu do virus. Các virus thường gây viêm não ở trẻ em là: viêm não Nhật Bản, Enterovirus, Herpes simplex. Tùy loại virus, bệnh có thể lây qua đường muỗi đốt (VNNB), đường hô hấp (Herpes), đường tiêu hóa (Enterovirus).

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

1.1. Khởi phát

- Sốt cao đột ngột 39-40^{o}C, thường sốt liên tục.
- Đau đầu (trẻ còn bú thường có những cơn khóc thét).
- Buồn nôn, nôn.
- Các triệu chứng khác:

+ Tiêu chảy thường phân lỏng không đờm máu.

+ Ho, chảy mũi.

+ Phát ban.

+ Hội chứng tay chân miệng (mẩn đỏ, bóng nước hoặc ban máu ở lòng bàn tay, bàn chân kèm loét miệng) ở trẻ em viêm não do Enterovirus.

1.2. Toàn phát

Xuất hiện các triệu chứng thần kinh:

- Rối loạn tri giác từ nhẹ đến nặng: ngủ gà, li bì, hôn mê.
- Thường có co giật.
- Có thể có dấu hiệu thần kinh khác: hội chứng màng não, liệt chi, dấu thần kinh khu trú, tăng trương lực cơ.
- Có thể suy hô hấp hoặc sốc.

2. 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 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.

3. Cận lâm sàng

3.1. Xét nghiệm dịch não tủy

- Dịch trong, áp lực bình thường hoặc tăng.

- Protein bình thường hoặc tăng nhẹ dưới 1g/L.

- Glucose bình thường.

- Tế bào bình thường hoặc tăng từ vài chục đến vài trăm, đa số bạch cầu đơn nhân, trong giai đoạn sớm có thể đa số là bạch cầu đa nhân.

Không chọc dò dịch não tủy trong trường hợp tăng áp lực nội sọ, đang sốc, suy hô hấp nặng.

3.2. Xét nghiệm máu ngoại biên

- Số lượng bạch cầu bình thường hay tăng nhẹ.

- Ion đồ, đường huyết: thường trong giới hạn bình thường.

- KST sốt rét (-).

3.3. Xét nghiệm xác định nguyên nhân

- Thử nghiệm ELISA huyết thanh hoặc dịch não tủy tìm kháng thể IgM.

- PCR dịch não tủy.

- Phân lập siêu vi từ máu, dịch não tủy, bọng nước da, dịch mũi họng, phân. Tỷ lệ dương tính thấp.

3.4. Các cận lâm sàng khác khi cần:

Chức năng gan, thận, điện não đồ, CT Scan não, MRI não, …

III. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Co giật do sốt cao

- Viêm màng não mủ

- Sốt rét thể não

- Động kinh

- Hạ đường huyết

- Rối loạn điện giải

- Ngộ độc cấp

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Chống suy hô hấp

- Làm thông thoáng đường thở: hút sạch đờm rãi.

- Cho bệnh nhân thở oxy nếu khó thở hoặc co giật nhiều và luôn giữ $SaO_2 > 92\%$.

- Hô hấp hỗ trợ: nên đặt nội khí quản sớm và cho thở máy khi bệnh nhân có cơn ngừng thở hoặc thất bại khi thở oxy ($SaO_2 < 91\%$) để tránh tình trạng thiếu oxy máu kéo dài làm nặng thêm tình trạng phù não, tổn thương đa cơ quan dẫn đến tử vong.

2. Chống sốc

Phần lớn các trường hợp sốc trong viêm não khi hôn mê sâu là sốc thần kinh. Tuy nhiên cần loại trừ sốc giảm thể tích, sốc nhiễm trùng do nhiễm trùng bệnh viện. Nếu do sốc thần kinh: truyền tĩnh mạch dopamin bắt đầu 3-5µg/kg/phút và tăng dần mỗi 15 phút tối đa 10µg/kg/phút.

3. Chống co giật

Diazepam 0,2-0,3mg/kg, tiêm mạch chậm (lưu ý có thể gây ngừng thở). Hoặc diazepam 0,5mg/kg, bơm hậu môn bằng ống tiêm 1mL bỏ kim khi không có đường tiêm tĩnh mạch.

Nếu sau 10 phút không cắt được cơn giật, cho diazepam tiêm tĩnh mạch liều thứ 2.

Sau đó, nếu còn co giật cho phenobarbital (Gardenal) 15-20mg/kg truyền tĩnh mạch chậm trong 1 giờ, tốt nhất qua bơm tiêm điện, sau đó có thể dùng liều duy trì 5-8mg/kg/24 giờ chia 3 lần, tiêm bắp.

4. Chống phù não

4.1. Chỉ định khi có dấu hiệu phù não như

- Nhức đầu nhiều kèm kích thích vật vã.
- Hôn mê.
- Phù gai thị
- Dấu hiệu thần kinh khu trú, đồng tử không đều.
- Gồng cứng.
- Thở không đều, mạch chậm, huyết áp tăng.

4.2. Xử trí

- Nằm đầu cao 30^{o}.
- Thở oxy, nếu thở không hiệu quả nên đặt nội khí quản sớm và thở máy.
- Hạn chế dịch: tổng dịch bằng ½ - ¾ nhu cầu bình thường.
- Dung dịch mannitol 20% (5mL có 1g mannitol) cho 0,5g/kg/lần, truyền tĩnh mạch trong 30 phút. Có thể cho truyền nhắc lại sau 8 giờ nếu còn biểu hiện phù não, nhưng không quá 3 lần trong 24 giờ và không quá 3 ngày. Khi truyền mannitol cần theo sát phát hiện dấu hiệu quá tải và rối loạn điện giải. Không dùng mannitol trong trường hợp sốc, phù phổi.

5. Thuốc kháng vi rút acyclovir

5.1. Chỉ định

- Nghĩ đến viêm não do Herpes simplex: khi viêm não trẻ lớn > 2 tuổi, có rối loạn tâm thần, có dấu hiệu thần kinh khu trú kèm tổn thương thùy thái dương trên điện não hoặc có kết quả IgM hoặc PCR dương tính trong dịch não tủy.
- Có sang thương thủy đậu.

5.2. Liều lượng

Acyclovir: 30mg/kg/ngày chia 3 lần, truyền tĩnh mạch trong 1 giờ. Hiệu quả của Acyclovir dạng uống còn bàn cãi. Thời gian điều trị ít nhất 14 ngày.

6. Liệu pháp kháng sinh

Khi chưa loại trừ được viêm màng não mủ, nhiễm trùng huyết.

7. Gammaglobulin

Chỉ định trong bệnh viêm não do bệnh tay chân miệng.

8. Điều trị hỗ trợ

8.1. Hạ nhiệt khi sốt cao trên 38,5ºC

- Paracetamol 15mg/kg/lần uống hoặc đặt hậu môn, có thể nhắc lại sau 6 giờ.
- Uống đủ nước nếu trẻ tỉnh táo.
- Lau mát, đặt trẻ ở nơi thoáng khí.

8.2. Điều chỉnh rối loạn nước điện giải, kiềm - toan, đường huyết:

- Lượng dịch truyền: trong trường hợp hôn mê, cung cấp ¾ nhu cầu cơ bản.
- Dung dịch: dextrose 5% trong normal saline hoặc dextrose 5% trong 0,45% saline (dextrose 10% 250mL + normal saline 0,9% 250mL).
- Điều chỉnh điện giải, đường máu, kiềm - toan theo kết quả xét nghiệm.

8.3. Dinh dưỡng

Cung cấp thức ăn dễ tiêu, năng lượng cao, đủ muối khoáng và vitamin trong ngày. Nếu bệnh nhân không tự ăn được thì cho ăn qua ống thông dạ dày. Năng lượng đảm bảo cung cấp 50-60Kcal/kg/ngày.

Nếu suy hô hấp hoặc co giật liên tục cần nuôi ăn tĩnh mạch.

9. Chăm sóc

- Hút đờm dãi, vỗ rung, không để ứ đọng đường thở, tránh tắc đường thở, xẹp phổi.
- Chống loét: thay đổi tư thế mỗi 2 giờ, có thể nằm đệm chống loét.
- Vệ sinh thân thể, răng, miệng, mắt, da.
- Kết hợp với điều trị phục hồi chức năng khi bệnh ổn định hô hấp, tuần hoàn hoặc khi có biểu hiện di chứng.

10. Theo dõi

- Dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, SaO_2.
- Mức độ tri giác: thang điểm Glasgow.
- Dấu hiệu tăng áp lực nội sọ.
- Ion đồ, hạ đường huyết.

V. CHỈ ĐỊNH CHUYỂN TUYẾN

Cần hội chẩn xem xét chỉ định chuyển tuyến trong các trường hợp:

- Khó chẩn đoán xác định.
- Thể cấp tính, tối cấp có các biến chứng suy hô hấp, sốc, … có tiên lượng nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em,* ban hành kèm theo Quyết định 3312/QĐ-BYT.

VIÊM MÀNG NÃO DO VI TRÙNG

MÃ ICD 10: A85

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm màng não do vi trùng là tình trạng viêm các màng nhện, màng nuôi, dịch trong khoang dưới nhện do vi trùng gây ra. Ở trẻ trên 3 tháng tuổi nguyên nhân thường gặp là: Hemophillus Influenzea type B (HiB), Streptococcus Pneumoniae, Nesseria Meningitidis.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Các triệu chứng: sốt, nôn ói, co giật, biếng ăn, bú kém hoặc bỏ bú, đau đầu (trẻ lớn).

- Tiền căn: chảy mủ tai, viêm xoang.

1.2. Thăm khám

- Tìm dấu viêm màng não: thóp phồng ở trẻ nhỏ, cổ cứng, Kernig, Brudzinski dương tính ở trẻ lớn.

- Tìm dấu hiệu gợi ý chẩn đoán nguyên nhân: dấu tử ban đi kèm (não mô cầu), dấu hiệu chảy mủ tai, viêm phổi, thiếu máu (HIB).

- Tìm dấu hiệu bệnh nặng hay biến chứng:

+ Tăng áp lực sọ não: thay đổi tri giác, tăng hay giảm trương lực cơ, mạch chậm, huyết áp tăng, thay đổi nhịp thở.

+ Trụy mạch, dấu thần kinh định vị.

1.3. Cận lâm sàng

- Chọc dò tủy sống: tất cả các trường hợp nghi ngờ viêm màng não. Dịch não tủy: đạm, đường, lactate, tế bào, nhuộm gram, kháng nguyên hòa tan, cấy.

- Cấy máu, công thức máu, đường máu cùng lúc chọc dò.

- CRP chỉ thực hiện để phân biệt với viêm màng não do siêu vi.

- Các xét nghiệm khác để đánh giá chức năng gan, thận, ion đồ, khí máu động mạch, …

- X quang phổi khi nghi ngờ có viêm phổi kèm theo.

- Siêu âm xuyên thóp khi có nghi ngờ áp xe não hay biến chứng tràn dịch dưới màng cứng.

- CT Scanner: khi có nghi ngờ áp xe hay cần phân biệt khối choán chỗ hay siêu âm có nghi ngờ khối choán chỗ.

2. Chẩn đoán xác định

- Sốt kèm theo dấu màng não.

- Dịch não tủy: mờ hay đục như nước vo gạo; đạm tăng > 0,4g/L (sơ sinh > 1,7g/L), đường giảm (< ½ đường máu, thử cùng lúc), lactate > 3mmol/L, tế bào tăng, đa số là bạch cầu đa nhân (50%).

3. Chẩn đoán có thể

- Sốt, dấu màng não + dịch não tủy: tế bào tăng, đa số đơn nhân + công thức máu: bạch cầu tăng, đa số đa nhân, CRP > 20mg/L.

- Sốt, dấu màng não + dịch não tủy tế bào tăng, đa số đơn nhân + bệnh nhân đã điều trị kháng sinh tuyến trước**.**

4. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm màng não siêu vi: tổng trạng bệnh nhân tốt, dịch não tủy đa số tế bào đơn nhân, CRP bình thường. Cần theo dõi sát lâm sàng, không điều trị kháng sinh, nếu cần chọc dò tủy sống kiểm tra.

- Lao màng não: tiền căn tiếp xúc lao, chưa chủng ngừa BCG, bệnh sử kéo dài (> 7 ngày), dịch não tủy đa số đơn nhân, đường dịch não tủy giảm, X-quang phổi gợi ý lao, IDR dương tính.

- Xuất huyết não - màng não: hình ảnh xuất huyết não trên siêu âm, chọc dò dịch não tủy hồng không đông, CT Scan giúp chẩn đoán xác định.

- U não, áp xe não: khi có dấu thần kinh định vị, siêu âm nghi ngờ có khối choán chỗ, CT Scan giúp chẩn đoán xác định.

III. ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị

- Điều trị suy hô hấp, sốc, chống co giật, chống phù não nếu có.

- Kháng sinh phù hợp: nhạy cảm với vi trùng, thấm qua màng não tốt, đường tĩnh mạch.

- Xử trí kịp thời các biến chứng khác: rối loạn điện giải, hạ đường huyết.

- Đảm bảo dinh dưỡng đầy đủ.

1. Xử trí cấp cứu

1.1. Xử trí suy hô hấp, sốc, co giật, chống phù não (xem bài Viêm não)

1.2. Liệu pháp kháng sinh

- Chọn lựa kháng sinh ban đầu: khi có chống chỉ định chọc dò tủy sống và không loại được viêm màng não cần điều trị như viêm màng não.

+ Trẻ dưới 3 tháng: phối hợp 3 kháng sinh: cephalosporin III + ampicillin + gentamycin.

+ Trẻ trên 3 tháng: cephalosporin III. Nếu dị ứng cephalosporin: chloramphenicol.

- Trường hợp đã dùng kháng sinh ở tuyến trước:

+ Nếu lâm sàng và dịch não tủy cải thiện thì tiếp tục kháng sinh đã dùng.

+ Nếu lâm sàng, dịch não tủy chưa cải thiện và kháng sinh không giống phác đồ thì đổi kháng sinh theo phác đồ.

2. Xử trí tiếp theo

2.1. Nếu nhuộm Gram và/hoặc kháng nguyên hòa tan trong dịch não tủy dương tính và lâm sàng không cải thiện:

- H. influenzea B: cephalosporin thế hệ III (cefotaxim, ceftriaxon).

- N. meningitidis: cephalosporin thế hệ III.

- Streptococus pneumoniae: cephalosporin thế hệ III liều cao hơn đơn thuần.

- E. coli: cephalosporin thế hệ III. Khi có thay đổi tri giác hoặc/và đã điều trị tuyến trước: meropenem.

- Staphylococus aureus: oxacillin.

* Nếu lâm sàng diễn tiến tốt: tiếp tục kháng sinh cho đủ thời gian. Không cần chọc dò kiểm tra ngoại trừ Streptococus pneuminiae, tụ cầu hoặc trẻ dưới 3 tháng tuổi.

Thời gian dùng kháng sinh:

- N. meningitidis: 5-7 ngày

- H. influenzea B: 7-10 ngày

- Phế cầu: 10-14 ngày

- Trẻ < 3 tháng hay do S. aureus: 14-21 ngày

- Các trường hợp khác ít nhất 10 ngày.

* Nếu lâm sàng diễn tiến không tốt sau 36-48 giờ cần có quyết định đổi kháng sinh dựa vào kháng sinh đồ.

2.2. Nếu cấy DNT âm tính, kháng nguyên hòa tan dương tính dựa vào khả năng nhạy cảm của vi trùng, dựa vào lứa tuổi.

- Streptococus pneumoniae: phối hợp thêm vancomycin và rifapicin uống.

- H. influenzea: phối hợp thêm pefloxacin.

- E. coli: meropenem.

- Nghi ngờ vi trùng gram âm kháng thuốc: meropenem.

2.3. Liều lượng kháng sinh

- Ampicillin: 200mg/kg/ngày TM chia 4 lần.

- Chloramphenicol: 75-100mg/kg/ ngày TM chia 4 lần.

- Cefotaxim: 200mg/kg/ngày TM chia 4 lần (nếu S. pneumoniae 300mg/kg/ngày).

- Ceftriaxon: 100 mg/kg/ngày TM chia 1-2 lần. Nếu dùng 2 lần/ngày, liều đầu tiên là 75mg/kg/liều).

- Ceftazidim: 150mg/kg/ngày TM chia 3 lần.

- Cefepim: 150mg/kg/ngày TM chia 3 lần.

- Gentamycin: 5-7mg/kg/ngày TB.

- Oxacillin: 200mg/kg/ngày TM chia 6 lần.

- Vancomycin: 60mg/kg/ngày chia 4 lần TTM trong 60 phút.

- Pefloxacin: 20-30mg/kg/ngày chia 2-3 lần pha trong glucose 5% trong 30 phút.

- Meropenem: 120mg/kg/ngày TM chia 3 lần (liều tối đa 3g/ngày).

3. Dexamethason

Chỉ định: viêm màng não mủ kết quả Latex dương tính với HiB.

Hiện nay có bằng chứng cho thấy dexamethason có thể phòng ngừa được di chứng ở các trường hợp viêm màng não do HiB. Dùng trước 15 phút hay cùng lúc với liều đầu kháng sinh: 0,6mg/kg/ngày chia làm 4 lần trong 3-4 ngày. Chỉ dùng khi bệnh nhân chưa sử dụng kháng sinh đường tiêm.

4. Dinh dưỡng

- Bệnh nhân tỉnh: ăn uống bằng đường miệng theo nhu cầu.

- Bệnh nhân mê hoặc ăn không đủ theo nhu cầu: nuôi ăn qua sonde dạ dày, chú ý năng lượng và lượng dịch nhập.

- Bệnh nhân co giật liên tục hoặc có xuất huyết tiêu hóa nặng: nuôi ăn tĩnh mạch chú ý nước, điện giải.

5. Theo dõi

- Theo dõi lâm sàng: sinh hiệu, tri giác, dấu thần kinh định vị để phát hiện kịp thời dấu hiệu tăng áp lực sọ não và các biến chứng khác.

- Chọc dò tủy sống khi nghi ngờ kháng thuốc

- Ion đồ, đường huyết mỗi ngày khi bệnh nhân mê.

V. CHỈ ĐỊNH CHUYỂN TUYẾN

Cần hội chẩn xem xét chỉ định chuyển tuyến trong các trường hợp:

- Khó chẩn đoán xác định.

- Thể cấp tính, tối cấp có các biến chứng suy hô hấp, sốc, … có tiên lượng nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em,* ban hành kèm theo Quyết định 3312/QĐ-BYT.

VIÊM PHỔI

MÃ ICD 10: J16

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm phổi là nguyên nhân chủ yếu đưa đến nhập viện và tử vong ở trẻ bị nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính. Trẻ dưới 5 tuổi, đặc biệt là trẻ dưới 2 tháng, là nhóm tuổi có nguy cơ mắc bệnh và tử vong do viêm phổi cao nhất.

Trên thực tế trong hầu hết các trường hợp viêm phổi không tìm được tác nhân gây bệnh. Yếu tố quan trọng nhất để dự đoán tác nhân gây bệnh là dựa trên tuổi của bệnh nhi.

Nguyên nhân viêm phổi cộng đồng đối với những nước đang phát triển:

M Trẻ dưới 5 tuổi: viêm phổi được xem như viêm phổi do vi khuẩn, thường gặp là: Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae (là 2 nguyên nhân hàng đầu), Branhamella catarrhalis, Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes …

- Trẻ dưới 2 tháng ngoài những nguyên nhân kể trên, còn có thể gặp vi khuẩn gram âm đường ruột: E. coli, Kliebsiella, Proteus, …

- Trẻ từ 5-15 tuổi: M. pneumoniae, S. pneumoniae, C. pneumoniae, Non typable H. influenzae, siêu vi (influenza A hay B, Adenovirus, các loại siêu vi hô hấp khác).

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh sử

Hỏi tìm các dấu hiệu: ho, thời gian ho, dấu hiệu khó thở, sốt và các triệu chứng khác đi kèm; các biện pháp xử lý trước nhập viện.

1.2. Khám 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 cũng như các dấu hiệu co kéo các cơ hô hấp phụ khác.

- Đếm nhịp thở trong một phút:

Ngưỡng thở nhanh ở trẻ em thay đổi theo tuổi, gọi là thở nhanh khi:

+ Nhịp thở ≥ 60 lần/phút ở trẻ < 2 tháng tuổi

+ Nhịp thở ≥ 50 lần/phút ở trẻ từ 2 tháng đến < 12 tháng tuổi.

+ Nhịp thở ≥ 40 lần/phút ở trẻ ≥ 12 tháng đến < 5 tuổi.

+ Nhịp thở ≥ 30 lần/phút ở trẻ ≥ 5 tuổi.

- Khám phổi: ran phổi, rì rào phế nang, âm thổi ống gõ, rung thanh.

1.3. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm chỉ định thường quy khi nhập viện:

+ X-quang tim phổi thẳng.

+ Công thức máu.

- Xét nghiệm khác nếu cần thiết :

+ CRP, cấy máu: nếu nghi ngờ nhiễm trùng huyết

+ VS, IDR, BK đàm/dịch dạ dày: nếu nghi ngờ lao.

+ Khí máu động mạch: khi có suy hô hấp

+ Xét nghiệm đàm, hút dịch khí quản, các huyết thanh chẩn đoán (phế cầu, Hemophilus, Mycoplasma, RSV, ...): trong viêm phổi kéo dài, cần xác định tác nhân.

2. Chẩn đoán xác định: khi có đủ 3 yếu tố sau

- Bệnh sử.

- Lâm sàng: ho hoặc khó thở, thở nhanh hoặc rút lõm ngực.

- X-quang.

3. 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.

4. Chẩn đoán phân biệt

- Hen.

- Dị vật đường thở bỏ quên.

- Các bệnh lý phổi bẩm sinh.

- Các nguyên nhân gây suy hô hấp khác: bệnh lý tim mạch (suy tim, tim bẩm sinh, bệnh lý cơ tim, …), chuyển hóa, ngộ độc, …

5. Phân loại viêm phổi ở trẻ dưới 5 tuổi

5.1. Viêm phổi rất nặng

Ho hoặc khó thở kèm theo ít nhất một trong các dấu hiệu sau:

- Tím tái trung ương,

- Bỏ bú hoặc bú kém (trẻ < 2 tháng), không uống được,

- Co giật, li bì, khó đánh thức,

- Suy hô hấp thất bại với oxy qua canula.

5.2. Viêm phổi nặng

Ho hoặc khó thở kèm theo ít nhất một trong các dấu hiệu sau:

- Thở co lõm lồng ngực,

- Cánh mũi phập phồng,

- Rên rỉ (ở trẻ < 2 tháng)

Và không có các dấu hiệu nguy hiểm.

5.3. Viêm phổi

Khi ho hoặc khó thở kèm theo thở nhanh và không có dấu hiệu của viêm phổi nặng hay rất nặng.

Lưu ý:

- Mọi trường hợp viêm phổi ở trẻ dưới 2 tháng đều được đánh giá là nặng.

- Những dấu hiệu nghi ngờ viêm phổi tụ cầu:

+ Lâm sàng: có ngõ vào (nhọt da, viêm mô tế bào, …).

+ X-quang phổi: có hình ảnh nghi ngờ viêm phổi tụ cầu.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Viêm phổi ở trẻ từ 2 tháng đến dưới 5 tuổi

1.1. Viêm phổi rất nặng: nhập viện

1.1.1. Hỗ trợ hô hấp nếu có suy hô hấp (xem phác đồ suy hô hấp).

1.1.2. Kháng sinh:

Bước 1:

- Cephalosporin thế hệ thứ III: cefotaxime: 150-200mg/kg/ngày chia 3-4 lần TMC; hoặc ceftriaxone 80-100mg/kg/ngày chia 1-2 lần TB/TMC.

- Kết hợp gentamycin 7,5mg/kg/ngày, tối đa 5 ngày.

- Nếu dị ứng cephalosporin thế hệ thứ III có thể thay thế bằng chloramphenicol (25 mg/kg IM hay IV mỗi 8 giờ) cho đến khi cải thiện. Sau đó duy trì bằng đường uống, tổng thời gian điều trị ít nhất 10 ngày.

- Nếu nghi ngờ tụ cầu:

+ Oxacilline (50mg/kg IM hay IV mỗi 6-8 giờ).

+ Khi trẻ cải thiện, chuyển sang oxacilline uống trong tổng thời gian 3 tuần.

Bước 2: Đánh giá đáp ứng kháng sinh sau 24 giờ.

- Nếu đáp ứng tốt: tiếp tục điều trị như bước 1.

- Nếu không đáp ứng: ceftazidime, ciprofloxacin.

- Nghi ngờ tụ cầu kháng oxacilin, chuyển sang dùng vancomycin 60mg/kg/ngày, chia 4 lần/ngày.

Bước 3: đánh giá đáp ứng kháng sinh sau 48-72 giờ

- Nếu đáp ứng tốt: tiếp tục điều trị như bước 2.

- Nếu không đáp ứng:

+ Bilan nhiễm trùng

+ X-quang phổi, NTA soi cấy, PCR dịch hút phế quản.

+ Dùng kháng sinh: cefepim, levofloxacin (cần loại trừ lao trước khi dùng levofloxacin).

1.1.3. Các điều trị hỗ trợ khác:

- Thông thoáng đường thở.

- Hạ sốt: paracetamol.

- Điều trị khò khè với thuốc dãn phế quản tác dụng nhanh.

- Cung cấp đủ nhu cầu nước - điện giải, dinh dưỡng theo lứa tuổi, chú ý hội chứng tăng tiết ADH không thích hợp khi truyền dịch.

- Đặt ống thông dạ dày nuôi ăn. Cho ăn uống đường miệng khi tình trạng suy hô hấp cải thiện.

1.1.4. Theo dõi các dấu hiệu thở nhanh, co lõm ngực, sốt mỗi 3 giờ trong vòng 48 giờ đầu.

1.2. Viêm phổi nặng: nhập viện

1.2.1. Hỗ trợ hô hấp nếu có suy hô hấp (xem phác đồ suy hô hấp).

1.2.2. Kháng sinh:

- Cephalosporin thế hệ thứ III: cefotaxime: 150-200mg/kg/ngày chia 3-4 lần TMC; hoặc ceftriaxone 80-100mg/kg/ngày chia 1-2 lần TB/TMC.

- Khi trẻ cải thiện chuyển sang amoxicilline uống (80mg/kg/ngày). Tổng số thời gian điều trị ít nhất 5 ngày (thường 7-10 ngày).

- Nếu trẻ không cải thiện sau 48 giờ, hoặc khi trẻ có dấu hiệu xấu đi: hội chẩn đổi kháng sinh, cho đến khi cải thiện. Sau đó duy trì bằng đường uống cho đủ 10 ngày.

1.2.3. Điều trị nâng đỡ.

1.2.4. Theo dõi các dấu hiệu thở nhanh, co lõm ngực, sốt mỗi 6 giờ trong vòng 48 giờ đầu.

1.3. Viêm phổi: điều trị ngoại trú

1.3.1. Kháng sinh: amoxicilline 80mg/kg/ngày chia 2-3 lần, uống ít nhất 5 ngày.

1.3.2. Theo dõi: khuyên bà mẹ mang trẻ đến khám lại sau 2 ngày hoặc khi trẻ có dấu hiệu nặng hơn.

- Nếu cải thiện (hết thở nhanh, bớt sốt, ăn uống khá hơn): tiếp tục uống kháng sinh đủ 5 ngày.

- Nếu trẻ không cải thiện (còn thở nhanh, sốt, ăn kém): đổi sang kháng sinh uống thứ hai (cefpodoxim, cefdinir hoặc cefuroxime) và hẹn tái khám sau 2 ngày.

- Nếu trẻ có dấu hiệu của viêm phổi nặng hoặc rất nặng: cho nhập viện và điều trị như khuyến cáo.

2. Viêm phổi ở trẻ dưới 2 tháng: điều trị nội trú

2.1. Kháng sinh

- Kháng sinh ban đầu: ampicilline (50mg/kg mỗi 6-8 giờ) và gentamycin (7,5mg/kg × 1 lần/ngày).

- Điều trị thay thế: cephalosporin thế hệ thứ III: cefotaxime 50mg/kg mỗi 6-8 giờ.

- Nếu nghi ngờ S. aureus: oxacillin (50mg/kg mỗi 6-8 giờ) + gentamycin.

2.2. Thời gian điều trị

Tùy thuộc vi khuẩn gây bệnh và mức độ nặng của bệnh:

- Streptococcus group B, trực khuẩn gram âm đường ruột: 7-10 ngày.
- S. aureus: 3-6 tuần.

3. Viêm phổi ở trẻ từ 5 tuổi trở lên

3.1. Viêm phổi không điển hình như Mycoplasma và Chlamydia pneumonia

Là nguyên nhân quan trọng ở lứa tuổi này. Tuy nhiên S. pneumoniae vẫn là nguyên nhân phổ biến nhất của viêm phổi do vi trùng nhưng H. influenzae ít gặp hơn.

3.2. Kháng sinh ban đầu

Trong trường hợp viêm phổi mức độ từ nhẹ đến vừa phải nhằm vào cả S. pneumoniae và Mycoplasma:

- Erythromycin 40-50mg/kg/ngày chia 4 lần, hoặc
- Azithromycin: 10mg/kg ngày đầu, 5mg/kg 4 ngày tiếp theo, hoặc:
- Clarithromycin 15mg/kg/ngày chia 2 lần.

3.3. Trường hợp viêm phổi

Có thể dùng amoxcillin hoặc nhóm macrolides uống trong 7-10 ngày.

Nếu có dấu hiệu nghi ngờ vi khuẩn không đặc hiệu, nhóm macrolides là thuốc lựa chọn đầu tiên.

Cần đánh giá đáp ứng sau 48-72 giờ điều trị. Nếu không đáp ứng có thể chuyển sang amoxicillin - clavulanic acid (uống) hoặc cephalosporin thế hệ 2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em,* ban hành kèm theo Quyết định 3312/QĐ-BYT.

HEN PHẾ QUẢN

MÃ ICD 10: J45

I. ĐỊNH NGHĨA

Hen phế quản là tình trạng viêm mạn tính của đường thở kết hợp với tăng phản ứng của đường dẫn khí, lâm sàng đặc trưng bởi khó thở kèm khò khè tái phát, có thể phục hồi tự nhiên hay do điều trị.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng lâm sàng

- Tiền sử có cơn hen hoặc đã chẩn đoán suyễn hoặc khó thở giảm khi dùng salbutamol.

- Lâm sàng:

+ Ho, khò kè, khó thở.

+ Khám: phổi ran ngáy, ran rít.

- Loại trừ các nguyên nhân gây khò khè khác: dị vật đường thở, viêm tiểu phế quản, …

2. Yếu tố tiên lượng nặng

- Tiền sử có cơn nặng nhập hồi sức hoặc đặt nội khí quản.

- Ngừng đột ngột corticoid uống hoặc không tuân thủ chế độ điều trị phòng ngừa.

- Bệnh lý tim mạch.

3. Phân độ

	Nhẹ	**Trung bình**	**Nặng**	**Nguy kịch, dọa ngừng thở**
Tri giác	Tỉnh	Kích thích		Vật vã, hôn mê
Nói	Nói trọn câu	Nói trọn câu	Nói từng từ	Không nói được
Khò khè	Có hoặc không khò khè	Khò khè rõ	Khò khè có thể mất	Khò khè, ngồi cúi người ra trước để thở
Nhịp thở	Nhịp thở bình thường hoặc nhanh	Thở nhanh	Thở nhanh	
Khó thở Rút lõm ngực	Không khó thở khi nằm yên	Rút lõm ngực	Khó thở Rút lõm ngực Co kéo cơ đòn chũm	
SpO_2	> 95%	91-95%	< 91%	< 91%

III. ĐIỀU TRỊ

1. Hen nhẹ và trung bình

- Thở oxy giữ $SpO_2 \geq 95\%$.

- Khí dung β_2 tác dụng nhanh salbutamol: 0,15mg/kg/lần, phun lặp lại tối đa 3 lần mỗi 20 phút nếu cần (tối thiểu 2,5mg/lần, tối đa 5mg/lần).

Hoặc MDI salbutamol 2 nhát xịt (cơn hen nhẹ) lặp lại tối đa 3 lần mỗi lần 20 phút nếu cần.

Hoặc MID với buồng đệm kèm mặt nạ (trẻ < 6 tuổi hoặc cơn hen trung bình) 4-8 nhát, lặp lại tối đa 3 lần mỗi lần 20 phút nếu cần.

Điều trị tiếp theo sau 1 giờ đầu:

- Đáp ứng tốt: hết khò khè, hết khó thở, không cần oxy, $SpO_2 \geq 95\%$.

+ Tiếp tục khí dung hoặc MID salbutamol mỗi 4-6 giờ trong 1-2 ngày.

+ Xem xét điều trị ngoại trú nếu diễn tiến tốt.

- Đáp ứng không hoàn toàn hoặc không đáp ứng:

+ Nhập viện

+ Tiếp tục khí dung sabutamol mỗi 1-3 giờ.

+ Prednisolon uống sớm, nếu không đáp ứng sau liều khí dung sabutamol đầu tiên, liều 1-2mg/kg/ngày mỗi 6-8 giờ (tối đa 60mg/ngày).

Trẻ < 20kg: liều 2,5mg/lần, ngày 3 lần.

Trẻ > 20kg: liều 5mg/lần, ngày 3 lần.

Lưu ý: corticoid tĩnh mạch khi nôn ói nhiều, không uống được.

+ Xem xét phối hợp khí dung budesonid: liều 1-2mg/lần, phun ngày 2 lần khi trẻ không thể uống hoặc có chống chỉ định dùng corticoid đường toàn thân như đang bị thủy đậu, lao, xuất huyết tiêu hóa, viêm loét dạ dày - tá tràng.

+ Phối hợp khí dung ipratropium mỗi 1-3 giờ:

Trẻ < 2 tuổi: 250µg.

Trẻ > 2 tuổi: 500µg.

- Diễn tiến nặng hơn: *xem phần xử trí cơn hen nặng.*

Xét nghiệm:

- Tổng phân tích tế bào máu.

- CRP nếu nghi ngờ bội nhiễm.

- Đường huyết, điện giải đồ.

Theo dõi:

- Trong giờ đầu: dấu hiệu sinh tồn, lâm sàng, SpO_2.

- Sau đó diễn tiến tốt: mỗi 1-2 giờ.

+ Dấu hiệu sinh tồn.

+ Lâm sàng: hồng hào, khò khè, khó thở, ran rít.

+ SpO_2

Điều trị ngoại trú:

- Tiêu chuẩn điều trị ngoại trú:

+ Sinh hoạt, chơi bình thường

+ $SpO_2 \geq 95\%$ với khí trời.

+ Ăn uống bình thường.

- Điều trị:

+ Tiếp tục MID salbutamol mỗi 4-6 giờ trong 24-48 giờ.

+ Tiếp tục prednisolon uống nếu đã dùng 0,5mg/kg mỗi 12 giờ trong 3 ngày.

+ Tiếp tục thuốc phòng ngừa nếu có.

+ Dặn dò dấu hiệu nặng cần tái khám ngay.

+ Hẹn tái khám sau 1-3 ngày.

+ Phòng ngừa hen theo phân độ bệnh hen.

2. Điều trị cơn hen nặng

2.1. Điều trị ban đầu: tại khoa Hồi sức cấp cứu

- Thở oxy giữ $SpO_2 \geq 95\%$.

- Khí dung phối hợp β_2 tác dụng nhanh salbutamol và ipratropium, liều đầu 3 lần mỗi 20 phút.

- Methylprednisolone TTM 1mg/kg (hoặc hydrocortisone 5mg/kg TTM) mỗi 6 giờ.

- Budesonid 1mg mỗi 6-12 giờ.

2.2. Điều trị tiếp theo sau 1 giờ đầu

- Đáp ứng tốt, bớt khó thở:

+ Thở oxy giữ $SpO_2 \geq 95\%$.

+ Khí dung phối hợp β_2 tác dụng nhanh salbutamol và ipratropium mỗi 4-6 giờ trong 24 giờ.

+ Tiếp tục methylprednisolone TTM 1mg/kg (hoặc hydrocortisone 5mg/kg TTM) mỗi 6 giờ trong 24 giờ.

+ Budesonid 1mg mỗi 12 giờ trong 24 giờ.

Sau 24 giờ đánh giá lại độ nặng để có hướng xử lý thích hợp.

- Đáp ứng không hoàn toàn hoặc xấu hơn:

+ Thở oxy giữ $SpO_2 \geq 95\%$.

+ Tiếp tục khí dung phối hợp salbutamol và ipratropium mỗi giờ, có thể tới 3 liều, sau đó mỗi 6-8 giờ trong 24 giờ. Xen kẽ khí dung salbutamol đơn thuần mỗi 1-2 giờ.

+ Tiếp tục methylprednisolone TTM 1mg/kg (hoặc hydrocortisone 5mg/kg TTM) mỗi 6 giờ trong 24 giờ.

+ Budesonid 1mg mỗi 6 giờ trong 24 giờ.

+ Truyền tĩnh mạch: magnesium sulfate trẻ > 1 tuổi, aminophylline cho trẻ ≤ 1 tuổi.

Cách sử dụng như sau:

Magnesium sulfate 15%: liều: 25-75mg/kg, trung bình 50mg/kg TTM trong 20-30 phút. Cách pha: pha với glucose 5% ít nhất 2 lần thể tích để đạt nồng độ $MgSO_4$ không quá 5%.

Trẻ đáp ứng không hoàn toàn có thể lặp lại 1 liều sau 8-12 giờ.

Nếu thất bại chỉ định aminophylline truyền tĩnh mạch: liều tấn công 5-7mg/kg TTM trong 20 phút (nếu có dùng Theophyllin trước đó thì dùng liều 3mg/kg).

Liều duy trì theo tuổi:

• < 6 tháng tuổi: 0,5mg/kg/giờ

• 6-12 tháng tuổi: 0,6-0,7mg/kg/giờ

• 1-9 tuổi: 1mg/kg/giờ

• 9-16 tuổi: 0,8mg/kg/giờ

Cách pha nhanh aminophylline:

• Liều tấn công: số mL aminophylline (ống 4,8%/5ml) = cân nặng/10, pha dextrose 5% đủ 15mL TTM 30mL/giờ # 5mg/kg.

• Liều duy trì: lấy số mL của liều tấn công × 2, pha dextrose 5% đủ 50mL, TTM 5mL/giờ # 1mg/kg/giờ, 4mL/giờ # 0,8mg/kg/giờ, 3mL/giờ # 0,6mg/kg/giờ.

Nếu thất bại với aminophylline liều tấn công: chỉ định salbutamol TTM liều tấn công 10-15µg/kg trong 10 phút, sau đó duy trì 1µg/kg/phút. Cần kiểm tra kali máu mỗi 6-12 giờ, xét nghiệm khí máu.

- Diễn tiến không cải thiện hoặc xấu hơn:

+ Thở NCPAP áp lực 5cmH_2O, FiO_2: 60-100%, BiPAP IP 12cmH_2O, EP 5cmH_2O hay thở máy.

+ Khí dung salbutamol đơn thuần (pha $MgSO_4$ 5% nếu có) mỗi 2-4 giờ cho đến khi cắt cơn.

+ Khí dung itratropium mỗi giờ trong 3 giờ, sau đó mỗi 6-8 giờ cho đến khi cắt cơn.

+ Tiếp tục corticoide tĩnh mạch.

+ Tiếp tục beta2 giao cảm và aminophyline truyền tĩnh mạch.

+ Kháng sinh nếu có bội nhiễm.

+ Bù nước điện giải theo nhu cầu và dựa vào kết quả điện giải đồ.

2.3. Xét nghiệm

- Tổng phân tích tế bào máu.

- CRP nếu nghi ngờ bội nhiễm.

- Khí máu động mạch.

- Đường huyết, điện giải đồ, chức năng gan, thận.

- Xquang ngực: ứ khí, biến chứng tràn khí trung thất, tràn khí màng phổi, viêm phổi bội nhiễm.

3. Điều trị cơn hen đe dọa tính mạng

3.1. Điều trị ban đầu

- Oxy qua mặt nạ có túi dự trữ để cung cấp FiO_2 cao và tránh gián đoạn cung cấp oxy mỗi khi chuẩn bị phun khí dung, giữ $SpO_2 \geq 95\%$.

- Adrenaline 1‰ 0,01mL/kg tiêm dưới da, tối đa 0,3mL/lần hoặc terbutaline 1‰ 0,01mL/kg tiêm dưới da, tối đa 0,3mL/lần: mỗi 20 phút, tối đa 3 lần.

- Khí dung salbutamol và itratropium với nguồn oxy như điều trị cơn hen phế quản nặng.

- Methylprednisolone 1mg/kg/lần TM mỗi 6 giờ.

- Budesonide: 1mg mỗi 6-12 giờ.

3.2. Điều trị tiếp theo sau 1 giờ đầu

- Đáp ứng tốt: bớt khó thở, $SpO_2 \geq 95\%$.

+ Tiếp tục thở oxy giữ $SpO_2 \geq 95\%$.

+ Tiếp tục khí dung salbutamol và itratropium mỗi 4-6 giờ trong 24 giờ.

+ Methylprednisolone tiêm tĩnh mạch trong 24 giờ.

+ Budesonide: 1mg mỗi 12 giờ trong 24 giờ.

- Đáp ứng không hoàn toàn hoặc xấu hơn

+ Tiếp tục oxy giữ SpO_2 95%.

+ Tiếp tục liều khí dung salbutamol và itratropium mỗi giờ, có thể tới 3 liều, sau đó mỗi 6-8 giờ trong 24 giờ. Xen kẽ khí dung salbutamol đơn thuần mỗi 1-2 giờ, có thể pha với dung dịch $MgSO_4$ 5% đủ 3mL hoặc phun riêng khí dung $MgSO_4$ 5% 3mL mỗi 1-2 giờ.

+ Tiếp tục methyl prednisolone tiêm tĩnh mạch mỗi 6 giờ trong 24 giờ.

+ Budesonide: 1mg mỗi 6 giờ trong 24 giờ.

+ Magnesium sulfate TTM ở trẻ ≥ 1 tuổi. Aminophylline TTM ở trẻ < 1 tuổi.

+ Xét nghiệm khí máu.

- Diễn tiến không cải thiện hoặc xấu hơn

+ Thở NCPAP hoặc BiPAP hoặc thở máy.

+Tiếp tục khí dung salbutamol đơn thuần (pha với $MgSO_4$ 5%) mỗi giờ trong 3 giờ sau đó mỗi 2-4 giờ cho đến khi cắt cơn.

+ Phối hợp khí dung ipratropium mỗi giờ trong 3 giờ, sau đó mỗi 6-8 giờ cho đến khi cắt cơn. Thường ngưng ipratropium sau 48 giờ để hạn chế tác dụng phụ tương tự atropine.

+ Tiếp tục corticoide tĩnh mạch.

+ $Beta_2$ giao cảm truyền tĩnh mạch. Salbutamol: liều tấn công 15µg/kg TTM trong 10 phút, sau đó duy trì 1µg/kg/phút. Cần kiểm tra khí máu và kali máu mỗi 6-12 giờ.

+ Aminophyline truyền tĩnh mạch: khi thất bại với khí dung và $MgSO_4$ TTM.

+ Kháng sinh nếu có viêm phổi bội nhiễm.

+ Bù nước điện giải theo nhu cầu và dựa vào kết quả điện giải đồ.

Xét nghiệm:

+ Tổng phân tích tế bào máu, khí máu động mạch, đường huyết, điện giải đồ.

+ CRP nếu nghi ngờ bội nhiễm.

+ X-quang ngực.

- Diễn tiến xấu:

+ NCAP hoặc BiPAP hoặc thở máy.

+ Tiếp tục khí dung salbutamol mỗi 1-2 giờ phối hợp với khí dung itratropium mỗi 4-6 giờ.

+ Tiếp tục corticoide tĩnh mạch, $MgSO_4$ TTM và theohphyline truyền tĩnh mạch.

+ Bù dịch và điều trị rối loạn điện giải.

+ Kháng sinh khi có bội nhiễm.

+ Đặt nội khí quản, thở máy: khi ngưng thở hay thất bại tất cả các điều trị trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em,* ban hành kèm theo Quyết định 3312/QĐ-BYT.

SUY TIM

MÃ ICD 10: I50

I. ĐẠI CƯƠNG

Suy tim là một hội chứng lâm sàng phức tạp, là hậu quả của tổn thương thực thể hay rối loạn chức năng của tim, dẫn đến tình trạng tim không bơm máu đủ để đáp ứng nhu cầu chuyển hóa của các mô.

Nguyên nhân:

- Ở trẻ nhũ nhi: bệnh tim bẩm sinh, viêm cơ tim, bệnh cơ tim, rối loạn nhịp tim, ngạt ở trẻ sơ sinh, suy hoặc cường giáp bẩm sinh.

- Ở trẻ lớn: bệnh tim do thấp, bệnh tim do dãn nở, bệnh cơ tim phì đại, bệnh cơ tim hạn chế, viêm nội tâm mạc, rối loạn nhịp, viêm cơ tim quá tải thể tích, thiếu máu nặng, cao huyết áp, cao áp phổi, cường giáp.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng lâm sàng

- Không có triệu chứng đơn độc nào giúp xác định suy tim ở trẻ em.

- Triệu chứng suy tim trái: khó thở co lõm, da tái, tiếng gallop ở mỏm ran ở phổi.

- Triệu chứng suy tim phải: gan to phù ngoại biên, tĩnh mạch cổ nổi và dấu hiệu phản hồi gan tĩnh mạch cổ.

- Suy dinh dưỡng, chậm tăng cân, nhiễm trùng hô hấp dưới tái phát.

- Biến chứng suy tim: giảm oxy máu, sốc tim phù phổi, suy đa cơ quan nhất là chức năng hô hấp.

2. Triệu chứng cận lâm sàng

- Xét nghiệm cơ bản: X-quang tim phổi, ECG, siêu âm tim, công thức máu, khí máu động mạch, ion đồ.

- Suy tim nặng: chức năng gan, thận.

- Nếu có sốc tim: lactate máu.

- Trong viêm cơ tim cấp do siêu vi: men tim.

3. Chẩn đoán xác định: dựa vào các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng tóm tắt các triệu chứng suy tim ở trẻ em

Triệu chứng lâm sàng	
Triệu chứng cơ năng	**Triệu chứng thực thể**
- Bú kém (<75Kcal/kg/ngày, bú lâu (30-60 phút), chán ăn, buồn nôn, nôn. - Sụt cân, chậm phát triển - Khó thở khi bú, khi nằm (luôn đòi bế),	- Da xanh, lạnh, ẩm mồ hôi, phục hồi tuần hoàn da, đầu chi chậm. - Phù. - Mạch, nhịp tim nhanh hay chậm

thở nhanh, ho kéo dài, nhiễm trùng hô hấp dưới nhiều lần. - Bứt rứt, quấy khóc. - Vã mồ hôi - Tiểu ít, phù	hơn bình thường so với tuổi. - Gallop T_3 - Huyết áp thấp. -Thở nhanh, phổi ran ẩm, ngáy, rít - Gan to
Triệu chứng cận lâm sàng	
- X-quang lồng ngực: bóng tim to, sung huyết phổi - ECG: thay đổi ST-T, dầy nhĩ, dầy thất, rối loạn nhịp tim - Siêu âm tim : EF giảm, SF giảm	

Bảng phân độ suy tim mạn ở trẻ em của Ross

Độ	Mô tả triệu chứng
I	Không giới hạn hoặc không triệu chứng.
II	Khó thở hoặc đổ mồ hôi khi bú ở trẻ nhũ nhi. Khó thở khi gắng sức ở trẻ lớn - không ảnh hưởng đến sự phát triển.
III	Khó thở nhiều hoặc đổ mồ hôi nhiều khi bú hoặc khi gắng sức. Kéo dài thời gian bữa ăn kèm theo với chậm phát triển do suy tim.
IV	Có các triệu chứng ngay cả khi nghỉ ngơi với thở nhanh, thở co kéo, thở rên hay vã mồ hôi.

4. Tiêu chuẩn nhập viện (khi có triệu chứng suy tim mất bù)

- Triệu chứng cơ năng: khó thở, mệt, tím tái, tiểu ít, bỏ bú.
- Triệu chứng thực thể: mạch nhanh, huyết áp thấp, thở nhanh, phổi có ran, tim to, tim nhanh, gallop, gan to, …

III. ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị

- Điều trị nguyên nhân.
- Phát hiện và điều trị yếu tố thúc đẩy.
- Kiểm soát tình trạng suy tim.

1. Điều trị nguyên nhân

- Phẫu thuật tim trong trường hợp tim bẩm sinh hay bệnh van tim hậu thấp.
- Điều trị loạn nhịp trong trường hợp suy tim do loạn nhịp.

2. Phát hiện và điều trị yếu tố thúc đẩy

- Không tuân thủ chế độ ăn và sinh hoạt, không theo đúng y lệnh dùng thuốc.
- Cao huyết áp.

- Loạn nhịp tim
- Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn bán cấp.
- Thấp tim cấp
- Viêm phổi
- Thuyên tắc phổi
- Nhiễm trùng huyết
- Thiếu máu
- Xúc động tâm lý

3. Kiểm soát tình trạng suy tim

Giảm tiền tải, giảm hậu tải, tăng sức co bóp cơ tim.

3.1. Điều trị tổng quát

- Nghỉ ngơi, nằm đầu cao (ở trẻ nhũ nhi nên có ghế nằm riêng).
- Hạn chế muối.
- Cung cấp đầy đủ năng lượng, hạn chế nước 50mL/kg/24 giờ đầu, nếu suy tim nặng.
- Ngưng bú, ngưng bơm sữa qua ống thông dạ dày và nuôi ăn tạm thời qua đường tĩnh mạch nếu suy hô hấp nặng hoặc ói nhiều.
- Tránh kích thích đau không cần thiết
- Điều trị thiếu máu với hồng cầu lắng 5mL/kg mỗi lần, nâng Hb lên > 12g/dL.
- Điều trị viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn.

3.2. Điều trị suy tim cấp và nặng

- Nếu có sốc tim do suy tim nặng: dùng thuốc vận mạch dobutamin hoặc có thể dùng dopamine.
- Nếu không có sốc tim

+ Digoxin: uống hoặc TTM 20µg/kg/24 giờ đầu, uống cách 12 giờ.

+ Furosemide 1-3mg/kg/24 giờ tiêm tĩnh mạch chậm cách 4-6 giờ.

+ Captopril 1,5mg/kg/24 giờ uống chia 3 lần nếu không có chống chỉ định.

3.3. Điều trị suy tim mạn

- Nhẹ, không triệu chứng: ở trẻ lớn hạn chế muối, nước và thêm lợi tiểu.
- Trung bình, khó thở khi khóc hoặc bú hoặc gắng sức.

+ Hạn chế muối, nước ở trẻ lớn.

+ Lợi tiểu quai như furosemide: 1-6mg/kg/ngày uống.

+ Captopril 1,5mg/kg/24 giờ uống chia 3 lần. Cần theo dõi chức năng thận.

+ Digoxin 8-10µg/kg/24 giờ.

- Nặng:

+ Hạn chế muối, nước tích cực hơn.

+ Dobutamine 5-10µg/kg/phút và/hoặc dopamine 4-5µg/kg/phút nếu mạch nhẹ, huyết áp hạ.

+ Captopril 1,5mg/kg/24 giờ uống chia 3 lần. Cần theo dõi chức năng thận.

+ Trong 3 ngày đầu: furosemide 1-2mg/kg/liều 3-4 lần/ngày tiêm tĩnh mạch. Ở trẻ lớn điều chỉnh liều tùy theo lượng nước tiểu, tình trạng phù ngoại biên và tình trạng ứ huyết phổi (liều tối đa 6mg/kg mỗi lần tiêm ở trẻ lớn).

+ Có thể phối hợp thêm lợi tiểu giữ kali như spironolactone 1-3mg/kg/ngày uống chia 1-2 lần /ngày.

+ Khi dấu hiệu ứ huyết phổi và ứ huyết ngoại biên giảm: giảm liều furosemide 1mg/kg/24 giờ.

+ Khi huyết động học ổn định, digoxin uống 20µg/kg/24 giờ chia 2 lần trong ngày đầu, sau đó 10µg/kg/24 giờ 1 lần/ngày duy trì lâu dài. Nếu suy tim không cải thiện sau 24 giờ, đo nồng độ digoxin máu 8 giờ sau lần sử dụng digoxin gần nhất và điều chỉnh liều cho phù hợp. Theo dõi để phát hiện các dấu hiệu ngộ độc digoxin. Tăng nhẹ liều digoxin nếu nhịp xoang còn nhanh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em,* ban hành kèm theo Quyết định 3312/QĐ-BYT.

HỘI CHỨNG THẬN HƯ NGUYÊN PHÁT

MÃ ICD 10: N04

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Hội chứng thận hư (HCTH) là tình trạng:

- Tiểu đạm:

+ Đạm niệu/24 giờ > 50mg/kg/ngày.

+ Protein (mg)/creatinine (mg) > 2 (bt: < 0,2) trên 1 mẫu nước tiểu.

- Giảm albuminmáu: < 25g/L.

2. Một số khái niệm

- HCTH đơn thuần: khi không có tiểu máu, cao huyết áp, suy thận.

- Hội chứng viêm thận cấp: khi có tiểu máu đại thể, cao huyết áp, suy thận cấp.

- HCTH có thể gặp trong nhiều bệnh cầu thận khác nhau, bài này chỉ đề cập phần HCTH nguyên phát.

II. HỘI CHỨNG THẬN HƯ NGUYÊN PHÁT

1. Lâm sàng

- HCTH nguyên phát chiếm 90% các HCTH ở trẻ em < 15 tuổi, 1-5 tuổi (70%), thường ở trẻ trai nhiều hơn trẻ gái (trai/gái: 3/1).

- Bệnh khởi phát với triệu chứng:

+ Phù (do giữ muối - nước) ở mi mắt, chân, mắt cá, ở hông khi nằm. Phù trắng, mềm, không đau, ấn không mất.

+ Báng bụng, khó thở, tràn dịch màng phổi, tim, phù bìu.

+ Có thể khởi phát bằng triệu chứng nhiễm trùng.

2. Cận lâm sàng

- Sinh học:

+ Tiểu đạm > 50mg/kg/ngày, albumin máu < 25g/L.

+ Protid máu <50g/L, tăng triglycerid máu.

+ Natri máu bình thường hoặc giảm. Tăng kali máu nếu suy thận.

+ Tăng Hct, tăng tiểu cầu, tăng fibrinogen, yếu tố V, VII, VIII, X, XIII, giảm anti-thrombine III.

+ Tiểu máu vi thể: 20% các trường hợp.

- Sinh thiết thận: trong một số trường hợp.

3. Chẩn đoán

Kết hợp lâm sàng và cận lâm sàng

4. Biến chứng

- Rối loạn thăng bằng nước, điện giải.

- Suy thận cấp.

- Nhiễm trùng: viêm phúc mạc do phế cầu, nhiễm trùng gram âm (Hemophilus), viêm màng não, viêm phổi, viêm mô tế bào do tụ cầu.

- Tắc mạch: do tăng đông.

- Giảm cung lượng tuần hoàn: do yếu tố thúc đẩy như bệnh tái phát nặng, nhiễm trùng, dùng lợi tiểu, chọc dò màng bụng, tiêu chảy.

- Rối loạn tăng trưởng.

5. Điều trị

Chẩn đoán bệnh dễ dàng nên không cần sinh thiết thận và điều trị ngay bằng corticoid.

* HCTH lần đầu:

- Tấn công: prednison 2mg/kg /ngày, tối đa 60mg/ngày, trong 4 tuần.

Nếu đạm niệu vẫn (+): methylprednisolone 1000mg/1,73m^2 (10-15mg/kg/ngày) TTM x 3 lần cách ngày. Nếu sau 3 liều vẫn không đáp ứng trong 2 tuần xem như kháng corticoides.

Nếu đạm niệu trở về (-): nhạy corticoid.

+ Củng cố (8 tuần kế) prednison: 2mg/kg /ngày cách ngày.

+ Duy trì (6 tuần kế) giảm liều prednison 0,5mg/kg/ngày/2 tuần.

+ Tuần 13-14: 1,5mg/kg/cách ngày.

+ Tuần 15-16: 1mg/kg/cách ngày.

+ Tuần 17-18: 0,5mg/kg/cách ngày rồi ngưng thuốc.

+ Tổng thời gian điều trị HCTH lần đầu, nhạy corticoide là 4,5 tháng.

* HCTH tái phát:

- Đạm niệu ≥ 50mg/kg/24 giờ hay (++) với que thử 3 ngày liên tiếp ở 1 trường hợp hội chứng thận hư đã điều trị khỏi trước đó:

+ Chờ vài ngày, kiểm tra đạm niệu 24 giờ.

+ Điều trị tích cực các ổ nhiễm trùng.

+ Nếu chắc chắn tái phát: tấn công lại bằng phác đồ:

◦ Hội chứng thận hư tái phát xa: > 3 tháng sau ngưng thuốc-điều trị lại.

◦ Hội chứng thận hư tái phát thường xuyên (< 3 tháng sau ngưng thuốc) hoặc HCTH phụ thuộc corticoid (tái phát khi giảm liều).

♦ Prednisone 2mg/kg/ngày đến ngày 3-4 sau khi đạm niệu (-).

♦ Prednisone 2mg/kg/cách ngày x 8 tuần.

♦ Sau đó giảm liều và dừng lại ở liều cơ bản bằng liều đang dùng khi bệnh nhân bị tái phát cộng thêm 0,25mg/kg/cách ngày và duy trì liều này trong 12-18 tháng.

* Điều trị hỗ trợ, triệu chứng và biến chứng:

- Chế độ ăn: chỉ hạn chế muối, nước trong giai đoạn phù nhiều và natri máu giảm.

- Nhiễm trùng;

+ Viêm phúc mạc nguyên phát: cephalosporin thế hệ 3 và aminoglycoside trong 48 giờ

+ Viêm mô tế bào: oxacillin hoặc vancomycine và Aminoglycoside trong 48 giờ.

- Giảm thể tích: albumin 20% 0,5-1g/kg (không quá 1g/kg), TTM trong 2 giờ.

Khi phù nhiều và kèm triệu chứng nặng, hoặc tổn thương da nặng: albumin 0,5-1g/kg TTM trong 4 giờ + furosemide 1-2mg/kg TM, giữa lúc truyền albumin.

- Ngừa tắc mạch: điều trị giảm thể tích, nhiễm trùng, cho bệnh nhân đi lại, vận động nhẹ, tránh đặt catheter. Dự phòng bằng anti-Vit K, apsirine, dipyridamole khi albumin/máu < 20g/L và fibrinogen > 6g/L hoặc anti thrombine III < 70%.

- Hỗ trợ khi dùng corticoid:

+ Canxi 250-500mg/ngày.

+ Vitamin D (Sterogyl): 400-800 đơn vị/ngày.

+ ± Thuốc bảo vệ niêm mạc dạ dày.

+ Không cần bổ sung kali nếu kali máu bình thường.

* Theo dõi:

Cân nặng, chiều cao, đạm niệu. Cần chủng ngừa đầy đủ. Cần giảm số lần nhập viện và giải thích rõ nguy cơ tái phát. Không cho trẻ ngưng đi học. Cho trẻ vận động thể lực.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em,* ban hành kèm theo Quyết định 3312/QĐ-BYT.

VIÊM CẦU THẬN CẤP HẬU NHIỄM LIÊN CẦU TRÙNG

MÃ ICD 10: N00

I. ĐẠI CƯƠNG

Là tình trạng viêm cầu thận do cơ chế tự miễn, thường khởi phát bởi liên cầu tan huyết β nhóm A ở họng và da. Trong một số trường hợp, có thể có vai trò siêu vi, ký sinh trùng, Mycoplasma pneumoniae… Thường gặp ở lứa tuổi từ 2-12. Nam/nữ = 2/1.

II. LÂM SÀNG

1. Bệnh sử

- Phù lần mấy? ngày thứ mấy?
- Có kèm tiểu ít, tiểu đỏ không.
- Có viêm họng trước đó 1-2 tuần không.

2. Triệu chứng thực thể

- Phù: 90%
- Tiểu máu đại thể: 24-40%
- Tăng huyết áp: 80%
- Tiểu máu vi thể: 80%
- Tiểu đạm ở mức thận hư: 4%
- Tiểu đạm thoáng qua: 25%
- Thiểu niệu: 50%
- Vô niệu: hiếm
- 30% nhập viện trong cảnh biến chứng của cao huyết áp như suy tim, phù phổi cấp, co giật.

III. CẬN LÂM SÀNG

- Máu:

+ Urê, creatinine, ion đồ, đạm máu.

+ C3 giảm, C4 không giảm hoặc giảm ít.

+ ASO tăng

- Nước tiểu

+ Tổng phân tích nước tiểu

+ Soi nước tiểu thấy trụ hồng cầu, trụ hạt.

+ Đạm niệu/creatinin niệu

- Hình ảnh học

+ X quang phổi

+ Siêu âm hệ niệu: không cần làm thường quy.

IV. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

Kết hợp lâm sàng và cận lâm sàng

2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm thận lupus, dựa vào:
▪ Tuổi >10 tuổi, trẻ gái
▪ Tổn thương ngoài thận đi kèm.
▪ Diễn tiến không thuận lợi
▪ C3 và C4 giảm
▪ Kháng thể lupus
- Bệnh Berger, dựa vào:
▪ Viêm họng xảy ra cùng lúc viêm thận.
▪ Viêm thận tái phát.
▪ Diễn tiến bất thường.
▪ Sinh thiết thận có lắng đọng.

V. ĐIỀU TRỊ

1. Kháng sinh

- Không thường quy. Chỉ định khi có viêm họng hoặc viêm da tiến triển.
- Penicilline V 100.000 đv/kg hoặc Erythromycine 50-75 mg/kg/ngày x 10 ngày.

2. Chế độ ăn

- Hạn chế muối, nước.
- Khi có suy thận: chế độ ăn giảm đạm, kali.
- Nghỉ ngơi tuyệt đối khi có tăng huyết áp

3. Kiểm soát huyết áp

- Ức chế calci phối hợp lợi tiểu furosemid (xem bài cao huyết áp).
- Không nên sử dụng ức chế men chuyển, chống chỉ định ức chế beta.
- Có thể phối hợp labetalol hoặc dihydralazine khi tăng huyết áp nặng.

4. Lợi tiểu

- Chỉ định: phù, tăng huyết áp.
- Furosemid 2mg/kg ngày uống đến khi hết phù, cân nặng trở về cân nặng trước lúc bệnh (2-3 ngày).

5. Điều trị biến chứng

Suy tim, phù phổi cấp, suy thận cấp, tăng kali máu…: *xem bài riêng.*

6. Thuốc ức chế miễn dịch

Có 25-40% viêm cầu thận cấp hậu nhiễm trùng có tiến triển suy thận nặng. Trong những trường hợp này, cần điều trị phối hợp methylprednisolone và/hoặc cyclophosphamide, cần có hội chẩn xem xét chỉ định chuyển tuyến tùy trường hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em,* ban hành kèm theo Quyết định 3312/QĐ-BYT.

NHIỄM TRÙNG TIỂU

MÃ ICD 10: A41

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Nhiễm trùng tiểu (NTT) là sự hiện diện của vi khuẩn và bạch cầu với số lượng bất thường trong nước tiểu. Nhiễm trùng tiểu được xác định dựa vào cấy nước tiểu dương tính. Cấy nước tiểu dương tính khi:

- Hiện diện ≥ 100.000 khúm vi trùng/1mL nước tiểu bằng phương pháp lấy nước tiểu qua sonde.

- Hiện diện ≥ 1000 khúm vi trùng/1mL nước tiểu bằng phương pháp chọc dò trên xương mu.

Cần lưu ý: sự hiện diện của bạch cầu niệu ≥ 10^4 bạch cầu/1mL nước tiểu đồng thời với cấy nước tiểu dương tính đã nêu trên càng củng cố vững chắc cho chẩn đoán nhiễm trùng tiểu.

Nhiễm trùng tiểu có thể ở đường tiểu dưới hoặc có thể thể có tổn thương nhu mô thận còn gọi là nhiễm trùng đường tiểu trên (viêm bể thận cấp). Cần nghĩ đến nguyên nhân do dị dạng đường tiểu, trước bệnh cảnh viêm bể thận cấp.

2. Tác nhân

- 80-90% do E. coli nhạy với đa số các kháng sinh.

- Nhiễm trùng tiểu tái phát nhiều lần: E. coli kháng với nhiều loại kháng sinh, hoặc Proteus, Klebsiella.

- Nhiễm trùng tiểu trong bệnh lý đường niệu sau phẫu thuật: Staphylocoque, Pseudomonas, Enterocoque.

II. LÂM SÀNG

- Rất đa dạng: từ không triệu chứng đến bệnh cảnh nhiễm trùng huyết.

- Trẻ nhũ nhi:

+ Sốt không rõ nguyên nhân, không có dấu hiệu khác đi kèm.

+ Rối loạn tiêu hóa: biếng ăn, nôn ói, tiêu chảy.

+ Giảm cân.

- Trẻ em lớn: tiểu nhiều, tiểu khó, tiểu nóng rát và đôi khi kèm đau bụng.

- Đối với tất cả các lứa tuổi, nhiễm trùng tiểu có thể không có triệu chứng, đặc biệt trong những lần tái phát sau điều trị.

III. CẬN LÂM SÀNG

- Xét nghiệm máu:

+ Huyết đồ: bạch cầu máu tăng, đa nhân trung tính tăng.

+ CRP: tăng trong viêm bể thận cấp.

+ Cấy máu.

- Xét nghiệm nước tiểu:

+ Tổng phân tích nước tiểu (TPTNT)

+ Cấy nước tiểu

- Chẩn đoán hình ảnh:

+ Siêu âm đường tiết niệu: được chỉ định cho tất cả các trẻ bị NTT nhằm phát hiện dị tật bẩm sinh, tắc nghẽn, kích thước thận.

+ Chụp bàng quang ngược dòng: được chỉ định cho các trẻ bị NTT trên, nhằm phát hiện trào ngược bàng quang niệu quản.

+ MRI: xác định dị dạng, khối u, … trong những trường hợp khó.

IV. CHẨN ĐOÁN

- Gợi ý chẩn đoán dựa vào lâm sàng và TPTNT có bạch cầu và/hoặc nitrit dương tính.

- Chẩn đoán xác định khi:

+ Cấy nước tiểu ≥ 10^5 khúm vi trùng/1mL nước tiểu.

+ Và ≥ 10^4 bạch cầu/1mL nước tiểu.

- Chẩn đoán vị trí:

+ NTT trên:

▪ Lâm sàng: sốt trên 38,5^{o}C, đôi khi sốt dao động với lạnh run, đau bụng và/hoặc đau thắt lưng, sờ có dấu hiệu chạm thận.

▪ Xét nghiệm: tăng CRP, tăng bạch cầu đa nhân trung tính, cấy máu có thể dương, đạm niệu > 0,05g/24g.

+ NTT dưới:

▪ Không sốt, hoặc sốt nhẹ, rối loạn đi tiểu, không tăng CRP, bạch cầu đa nhân trung tính bình thường.

▪ Trong trường hợp nghi ngờ và số lượng vi khuẩn trong nước tiểu ít (10^2-10^4/mL), cần hỏi bệnh sử về việc có dùng kháng sinh trước đó hay không.

V. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Trẻ < 3-6 tháng.

- Tình trạng nhiễm trùng nặng hay biến chứng (nhiễm trùng nặng, abces thận, tái đi tái lại, bất thường hệ niệu, …)

VI. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị chung

- Điều trị triệu chứng: đau, sốt.

- Bù nước, điện giải nếu cần.

2. Nhiễm trùng đường tiểu dưới

- Chỉ cần một loại kháng sinh, thời gian 5-7 ngày.

- Amoxicilline: 50-100mg/kg/ngày chia 3 lần, Augmentin liều 50mg/kg/ngày chia 3 lần.

- Cephalosporine thế hệ 3 (cefixime) 8mg/kg/ngày chia 2 lần.

- Kiểm tra lại nước tiểu sau điều trị 48 giờ. Không nên lặp lại nhiều lần các xét nghiệm nước tiểu gây tốn kém và lo lắng cho gia đình.

- Cho uống nhiều nước, giữ vệ sinh tại chỗ. Điều trị táo bón, giun kim.

3. Viêm bể thận cấp

Kháng sinh đường TM (các trường hợp từ trung bình đến nặng): ceftriaxone 50mg/kg/24 giờ, 1 liều tiêm tĩnh mạch x 4 ngày. Sau đó chuyển sang đường uống (theo kháng sinh đồ hoặc với cefixime), tổng thời gian: 10 ngày.

Kiểm tra sau 48-72 giờ: bạch cầu máu, CRP, cấy nước tiểu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em,* ban hành kèm theo Quyết định 3312/QĐ-BYT.

ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TRẺ EM

MÃ ICD 10: E10

I. ĐẠI CƯƠNG

Đái tháo đường bao gồm: type 1 - phụ thuộc Insulin, type 2 - không phụ thuộc insulin. Trẻ em thường là đái tháo đường type 1. Căn nguyên là bệnh tự miễn do phá hủy tế bào beta của tụy. Đặc trưng bởi: tăng đường huyết, giảm insuline máu.

Triệu chứng lâm sàng bao gồm: uống nhiều, tiểu nhiều và sụt cân.

II. XÉT NGHIỆM CẬN LÂM SÀNG

- Đường huyết.
- $HbA_{1C.}$
- Thể ceton trong máu và nước tiểu.
- Urê, creatinine, ion đồ máu.
- Đạm máu, bilan lipid.
- Khí máu động mạch.
- Định lượng insuline máu.
- Kháng thể kháng đảo tụy (ICA), kháng thể kháng insuline, peptide C.

III. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

- Một mẫu đường huyết bất kỳ ≥ 200mg/dL kết hợp triệu chứng lâm sàng (tiểu nhiều, uống nhiều, sụt cân).
- Đường huyết lúc đói (sau 8 giờ không ăn) ≥ 126mg/dL
- Đường huyết 2 giờ sau ăn uống 1,75g glucose/kg ≥ 200mg/dL.

IV. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Đái tháo nhạt: uống nhiều, tiểu nhiều, sụt cân, ăn kém, đường huyết bình thường.
- Cường giáp: ăn nhiều uống nhiều, sụt cân, tiểu bình thường, T3 tăng, T4 tăng, TSH giảm.

V. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Những trường hợp mới khởi phát: để điều trị và hướng dẫn chăm sóc.
- Nhiễm toan.
- Bệnh lý cấp tính đi kèm (sốt, tiêu chảy cấp, …).

VI. ĐIỀU TRỊ

Mục tiêu điều trị

- Duy trì đường huyết gần giá trị bình thường.
- Tránh hạ đường huyết nặng.
- Đảm bảo phát triển thể chất và tâm thần vận động bình thường.

1. Liệu pháp insulin

- Liều bắt đầu 0,5-1UI/kg/ngày (trẻ dậy thì liều có thể 1-1,5 đơn vị/kg/ngày)

+ < 3 tuổi: 0,3-0,4UI/kg/ngày

+ 3-6 tuổi: 0,5UI/kg/ngày

+ 7-10 tuổi: 0,6-0,8UI/kg/ngày

+ 11-14 tuổi: 0,8-1UI/kg/ngày

+ 14 tuổi: 1-1,5UI/kg/ngày

- Chia 2-4 cữ tiêm dưới da 20-30 phút trước bữa ăn.

+ Sáng: 2/3 tổng liều (1/3 nhanh, 2/3 trung gian).

+ Chiều: 1/3 tổng liều (1/2 nhanh, 1/2 trung gian).

- Thử đường máu 4 lần ngày để chỉnh liều.

- Tăng/giảm liều mỗi lần 10-15% liều, chờ ít nhất 2 ngày trước khi đánh giá kết quả, đồng thời kiểm soát chế độ ăn và vận động.

Bảng 1: Mục tiêu đường huyết và HbA_{1C} theo tuổi

Tuổi	HbA_{1C} (%)	Đường huyết trước khi đi ngủ (mg/dL)	Đường huyết trước bữa ăn chính (mg/dL)
< 6 tuổi	7,5-8,5	110-200	100-180
6-12 tuổi	≤ 8	100-180	90-180
13-19 tuổi	≤ 7,5	90-150	90-130

2. Dinh dưỡng: khám chuyên khoa dinh dưỡng

- Năng lượng

+ Trẻ đến 10 tuổi: E = 1000 + (100 x tuổi).

+ Sau 10 tuổi: nữ = 45 Kcal/kg/ngày, nam = 55 Kcal/kg/ngày

- Glucose 50-55%, lipid 30%, protid 15%.

- Tránh đường hấp thụ nhanh, nhất là thức uống ngọt.

- Ít chất béo bão hòa < 10% E

- Phân bố các bữa ăn theo dược động học của insulin.

VII. TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN

- Kiểm soát tốt đường huyết theo tuổi.

- Không còn biến chứng cấp tính.

VIII. GIÁO DỤC BỆNH NHÂN

- Triệu chứng tăng, hạ đường huyết, nhiễm toan cetone.

- Insulin: tác dụng, phân loại, thời gian tác dụng, cách lấy và tiêm.

- Theo dõi đường huyết.

- Xử trí hạ đường huyết.

- Chế độ ăn, vận động.

IX. THEO DÕI, TÁI KHÁM: mỗi 2-3 tháng

- Đánh giá: tăng trưởng, tăng cân, phát triển dậy thì.
- Mỗi 3 tháng: HbA_{1C}, tim mạch, thận, lipid máu.
- Mỗi 6 tháng: khám đáy mắt.
- Mỗi năm: cấy nước tiểu, protein niệu 24 giờ.
- Thay đổi liều insulin, chế độ ăn nếu cần.
- Giáo dục bệnh nhân.
- Kiểm soát tốt khi.

+ $HbA_{1C} < 7,5\%$.
+ Đường niệu (-).
+ Đường huyết 120-160mg/dL.
+ Lipide máu bình thường.
+ Lâm sàng tốt, phát triển bình thường, không có hạ đường huyết thường xuyên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em,* ban hành kèm theo Quyết định 3312/QĐ-BYT.

XUẤT HUYẾT GIẢM TIỂU CẦU MIỄN DỊCH

MÃ ICD 10: D69.3

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

- Xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch (XHGTCMD) là tình trạng giảm tiểu cầu ở ngoại biên < 100.000mm^3 do có sự hiện diện của tự kháng thể chống tiểu cầu. Bệnh phục hồi hoàn toàn 70-80% trong 6 tháng cho dù có hay không can thiệp điều trị, 50% khỏi sau 4-6 tuần, 20% diễn tiến mạn tính.

- Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, đỉnh cao là 2-6 tuổi. Hai phần ba các trường hợp nhiễm trùng hô hấp trên trước đó và một số ít sau nhiễm rubella, sởi, quai bị, … hoặc chủng ngừa virus sống.

- Thể mạn tính: nữ nhiều hơn nam, thường > 7 tuổi và có bệnh lý miễn dịch kèm.

2. Phân loại: Theo phân loại mới của International Working Group (IWG)

- XHGTCMD mới chẩn đoán: dưới 3 tháng.

- XHGTCMD kéo dài: từ 3-12 tháng.

- XHGTCMD mạn tính: trên 12 tháng.

3. Đánh giá đáp ứng

- Đáp ứng hoàn toàn: TC > 100.000mm^3 hoặc gấp đôi so với ngưỡng ban đầu.

- Không đáp ứng: TC < 30.000/mm^3 hoặc < 2 lần so với ngưỡng ban đầu hay còn xuất huyết.

- Phụ thuộc corticoid: dùng corticoid kéo dài hay lặp đi lặp lại để giữ TC > 30.000/mm^3 và/hay tránh xuất huyết

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Xuất huyết thường xảy ra tự nhiên, đột ngột trên mọi trẻ khỏe mạnh, mức độ từ nhẹ đến nặng, không có gan lách to, không có dị tật bẩm sinh hay các dấu hiệu nghi ngờ bệnh lý ác tính, miễn dịch khác.

- Đánh giá mức độ xuất huyết: xuất huyết chỉ phụ thuộc tương đối vào TC:

+ Nhẹ: xuất huyết da, có thể kèm niêm nhẹ, TC > 50.000/mm^3.

+ Trung bình: xuất huyết da nhiều và niêm mạc, TC = 20.000-50.000/mm^3

+ Nặng: xuất huyết niêm nhiều nơi, nội tạng (tiểu máu, tiêu máu, rong kinh kéo dài gây thiếu máu), TC < 20.000/mm$^{3.}$

+ Rất nặng: xuất huyết nội tạng nặng, xuất huyết não (nôn ói, nhức đầu, bỏ ăn uống quấy khóc…), TC thường < 10.000mm.^{3}

2. Cận lâm sàng

- Huyết đồ: TC < 100.000/mm^3, hồng cầu bình thường hoặc giảm tương ứng với xuất huyết, bạch cầu bình thường hoặc tăng nhẹ. Phết máu: cả 3 dòng bình thường, không có tế bào lạ.

- Tủy đồ: dòng hồng cầu và bạch cầu bình thường, mẫu tiểu cầu bình thường hoặc tăng cao.

- Chỉ định tủy đồ: sau 3 tuần điều trị tấn công mà lâm sàng không cải thiện hoặc nghi ngờ bệnh lý ác tính

- Làm các xét nghiệm chẩn đoán nguyên nhân thứ phát khi cần thiết.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch tiên phát cấp tính

- Các thuốc điều trị hiện nay:

+ Corticoid: giảm tạo kháng thể bởi lympho bào B; giảm hiện tượng thực bào tiểu cầu; tăng tính bền thành mạch.

+ Immunoglobuline: có tác dụng lắp vào các thụ thể Fc trên bề mặt tế bào hệ võng nội mô, các tế bào thực bào làm giảm bắt giữ tiểu cầu có gắn kháng thể; giảm sinh kháng thể.

+ Truyền TC: khi TC < 50.000/mm^3 kèm xuất huyết nặng hoặc can thiệp thủ thuật, phẫu thuật. Liều 5-7 đơn vị TC đậm đặc/10kg. Đếm tiểu cầu sau 1 giờ, 24 giờ, 3 ngày.

+ Truyền máu: khi có thiếu máu cấp Hct < 25%, lượng máu 10-15mL/kg.

+ Cắt lách: XHGTCMD mạn không đáp ứng với thuốc, hai phần ba bệnh nhân có đáp ứng.

+ Các điều trị khác Cyclophosphamid, Azathioprine, Cyclosporin A, Danazol, Rutiximab thay thế cho cắt lách hoặc những trường hợp tái phát sau cắt lách.

- Thể nhẹ:

+ Prednisone 2mg/kg/ngày (≤ 60mg/kg/ngày) cho tới khi TC > 50.000-100.000/mm^3 thì giảm liều, ngưng thuốc trong 4 tuần.

+ Nghỉ ngơi tại chỗ, tránh va chạm, không dùng aspirin, không tiêm bắp.

- Thể trung bình:

Methylprednisolone đường tĩnh mạch liều 30mg/kg/ngày trong 3 ngày. Khi có đáp ứng: lâm sàng không xuất huyết thêm chuyển sang prednisolone uống.

- Thể nặng:

+ Methylprednisolone đường tĩnh mạch liều 30mg/kg/ngày trong 3 ngày.

+ Truyền tiểu cầu.

- Thể rất nặng:

+ Phối hợp ngay từ đầu methylprednisolone đường tĩnh mạch liều 30mg/kg/ngày với IVIG 0,8-1g/kg/ngày x 1-2 liều.

+ Truyền tiểu cầu cầm máu.

- XHGTCMD liên quan chủng ngừa:

Nguy cơ XHGTCMD sau mắc sởi, rubella tự nhiên cao hơn nhiều so với XHGTCMD sau chích ngừa sởi - quai bị - rubella. Trẻ bị XHGTCMD nếu chưa chủng ngừa vẫn được chủng ngừa sởi - quai bị - rubella. Những trẻ XHGTCMD có hay không liên quan đến vacxin đã chủng ngừa một mũi thì kiểm tra lại nồng độ kháng thể trước tiêm:

+ Miễn dịch đầy đủ: không cần tiêm nữa.

+ Miễn dịch chưa đầy đủ: tiêm nhắc lại theo lịch chủng ngừa sởi - quai bị - rubella.

2. Xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch tiên phát mạn tính

Điều trị thuốc: khi xuất huyết đáng kể hoặc cần can thiệp phẫu thuật, nhổ răng.

Corticoid sử dụng từng đợt ngắn hoặc tấn công liều cao. Khi không đáp ứng corticoid, xem xét chỉ định dùng IVIG, anti-D. Xem xét cắt lách khi xuất huyết kéo dài không đáp ứng hay với các điều trị nội khoa. Rutiximab thay thế cho cắt lách hoặc những trường hợp tái phát sau cắt lách.

IV. TÁI KHÁM

Tái khám định kỳ đánh giá mức độ xuất huyết, số lượng tiểu cầu, mức độ tuân thủ điều trị, tác dụng phụ của thuốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em,* ban hành kèm theo Quyết định 3312/QĐ-BYT.

THALASSEMIA

MÃ ICD 10: D56

I. ĐỊNH NGHĨA

Thalassemia hay còn có tên gọi là bệnh tan máu bẩm sinh, hay huyết tán bẩm sinh là bệnh thiếu máu do tan máu, bệnh kéo dài suốt đời, thuộc nhóm bệnh bẩm sinh - di truyền, nên gây thiếu máu và gây ứ đọng sắt trong cơ thể. Tủy xương phải làm việc nhiều hơn để sản xuất hồng cầu. Chính sự hoạt động quá sức này càng làm cho xương biến dạng nhiều hơn, do đó, những người bệnh thường có vẻ mặt có đặc điểm giống nhau như trán dồ lên, xương sọ u ra, mũi tẹt, xương hàm trên nhô ra.

II. LÂM SÀNG

Có 3 mức độ biểu hiện bệnh: Nặng - Trung bình - Nhẹ.

1. Mức độ nặng

Biểu hiện thiếu máu ngay sau khi mới sinh ra đời, thường rõ ràng nhất khi trẻ được 4-6 tháng tuổi và ngày càng nặng hơn với các triệu chứng như:

- Trẻ xanh xao.
- Da và củng mạc mắt vàng.
- Chậm phát triển thể chất.
- Sốt tiêu chảy và rối loạn tiêu hóa.
- Đối với trẻ em 10 tuổi có biểu hiện do tăng sinh hồng cầu, ứ đọng sắt như:

+ Biến dạng xương: mũi tẹt, xương hàm trên nhô ra, hộp sọ to, 2 gò má cao.

+ Lách to, gan to

+ Dậy thì muộn đối với nữ.

+ Đối với bệnh nhân trên 20 tuổi thường có thêm các biến chứng suy tim, rối loạn nhịp tim, đái tháo đường,

2. Mức độ trung bình

Biểu hiện thiếu máu xuất hiện muộn hơn so với mức độ nặng, khoảng 4-6 tuổi trẻ mới cần truyền máu. Tuy nhiên nếu không điều trị đầy đủ và kịp thời cũng dẫn đến biến chứng như lách to, gan to, sỏi mật, sạm da. Đến độ tuổi trung niên thì mắc các bệnh như đái tháo đường, suy tim, xơ gan. Nếu người bệnh được truyền máu và thải sắt đầy đủ thì phát triển bình thương và không có biến chứng

3. Mức độ nhẹ

Chỉ mang gen bệnh, giống như người bình thường.

III. CẬN LÂM SÀNG

- Huyết đồ: hồng cầu nhỏ, nhược sắc.
- Sắt huyết thanh và ferritine: bình thường hoặc tăng, bilirubin gián tiếp tăng.
- Điện di Hb (trước khi truyền máu).

IV. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

Dựa vào kết quả điện di Hb: HbA↓, HbF↑, HbA2↑, hiện diện HbE hay HbH.

- α Thalassemia (thể HbH): HbA < 96%, hiện diện HbH và có thể có Hb Constant Spring.

- β Thalassemia (thể trung bình, nặng, đồng hợp tử): thiếu máu nặng, sớm, gan lách to. Điện di Hb có HbA < 80%, HbF 20-100%.

- β Thalassemia (thể nhẹ, dị hợp tử): không thiếu máu hay thiếu máu nhẹ, không có gan lách to. Điện di: HbA2 > 3,5%, HbF 5%-15%.

Thể bệnh	Lâm sàng	Cận lâm sàng	Xử trí
α Thalassemia	Thiếu máu trung bình/ nhẹ Gan lách to Biến dạng xương ít	HC nhỏ nhược sắc HbH 5-30%	Tùy diễn tiến
β Thalassemia (thể nhẹ, dị hợp tử)	Không triệu chứng Thiếu máu vừa	Hb > 10g/dL HC nhỏ nhược sắc HbA2 > 3,5% HbF >5%	Không cần truyền máu
β Thalassemia (thể trung gian)	Thiếu máu nhẹ đến trung bình	Hb 7-10g/dL	Tùy diễn tiến
β Thalassemia (thể trung bình, nặng, đồng hợp tử)	Thiếu máu sớm, nặng Gan lách to nhiều Biến dạng xương nặng	Hb < 7g/dL HC nhỏ nhược sắc, HC đa sắc, HC bia, HC nhân HbF > 20-80%	Cần truyền máu
βThalassemia/ HbE	Thiếu máu trung bình đến nặng Gan lách to Biến dạng xương trung bình	Hb < 10g/dL HC nhỏ nhược sắc, HC đa sắc, HC bia, HC nhân HbA1 < 80% HbF > 20- 80% HbA2/E > 8%	Cần truyền máu

V. ĐIỀU TRỊ

Nguyên t c: truyền máu; thải s t; điều trị hỗ trợ, c t lách khi có chỉ định, chủng ngừa.

1. Truyền máu

- Chỉ định khi Hb < 7g/dL.

- Duy trì Hb 9-10g/dL.

- Truyền 10-15mL/kg hồng cầu lắng/lần trong 3-4 giờ (5mL/kg/giờ).

- Thiếu máu nặng (Hb < 5g/dL) hoặc suy tim: truyền 2mL/kg/giờ, furosemide 1-2mg/kg.

- Khoảng cách giữa các lần truyền máu # 4-6 tuần tùy theo mức độ tán huyết.

- Tán huyết miễn dịch thứ phát do cơ thể tạo kháng thể chống hồng cầu cho: xử trí truyền hồng cầu phenotype.

2. Thải sắt

Chỉ định khi ferritine > 1.000ng/mL hay sau truyền máu 10-12 lần (ở trẻ > 3 tuổi).

- Viên uống Desferiprone: 75mg/kg/ngày chia 3-4 lần.

▪ Theo dõi huyết đồ mỗi 3-4 tuần, ferritine mỗi 3-4 tháng.

▪ Ngưng thuốc khi:

+ Ferrintine < 1.000ng/mL.

+ Bạch cầu < 3.000/mm^3, neutrophile < 1.000/mm^3, tiểu cầu < 100.000/mm^3.

+ Giảm chức năng gan thận, đau khớp.

- Truyền dưới da - Desferrioxamine: Desferal liều 25-35mg/kg truyền dưới da 8-12 giờ/đêm x 5-6 đêm/tuần.

3. Điều trị hỗ trợ

- Acid folic 5mg/ngày.

- Calci D.

- Vitamin E.

4. Cắt lách

Chỉ định:

- Truyền HCL quá 225-250mL/kg/năm, khoảng cách giữa 2 lần truyền máu < 3 tuần, hay khối lượng truyền tăng gấp đôi.

- Lách to quá rốn (độ IV).

5. Chủng ngừa

Chủng ngừa viêm gan siêu vi B, Streptococcus pneumonia, Hemophilus influenza type B, Neisseria meningitides trước cắt lách 2-4 tuần, lặp lại sau mỗi 5 năm.

6. Ghép tủy phù hợp HLA: biện pháp hiệu quả trong điều trị.

7. Tái khám

- 4-6 tuần sau truyền máu.

- Cân nặng, chiều cao, ferritine mỗi 6 tháng.

- Tổng kết truyền máu, ferritine sau mỗi 12 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em,* ban hành kèm theo Quyết định 3312/QĐ-BYT.

SUY DINH DƯỠNG

MÃ ICD 10: E46

I. ĐẠI CƯƠNG

Suy dinh dưỡng là tình trạng thiếu hụt các chất dinh dưỡng cần thiết làm ảnh huởng đến quá trình sống, hoạt động và tăng trưởng bình thường của cơ thể.

Trong đa số trường hợp, suy dinh dưỡng xảy ra do sự kết hợp của cả 2 cơ chế, vừa giảm năng lượng ăn vào vừa tăng năng lượng tiêu hao (ví dụ trẻ bệnh nhưng mẹ lại cho ăn kiêng).

- Giảm cung cấp:

Không cung cấp đủ lương thực, thực phẩm

Trẻ biếng ăn, ăn không đủ nhu cầu.

Thức ăn chế biến không phù hợp, năng lượng thấp.

- Tăng tiêu thụ:

Trẻ bệnh, nhất là bệnh kéo dài.

Nhiễm ký sinh trùng đường ruột.

Thất thoát chất dinh dưỡng do bệnh lý.

- Nguy cơ của suy dinh dưỡng:

+ Tăng tỷ lệ tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi.

+ Tăng các nguy cơ bệnh lý: nhiễm trùng hô hấp, tiêu chảy, ...

+ Chậm phát triển thể chất.

+ Chậm phát triển tâm thần.

II. PHÂN LOẠI

Hiện nay, người ta nhận định tình trạng dinh dưỡng ở trẻ em chủ yếu dựa vào 3 chỉ tiêu sau:

- Cân nặng theo tuổi.
- Chiều cao theo tuổi.
- Cân nặng theo chiều cao.

Tổ chức Y tế thế giới (WHO) đề nghị lấy điểm ngưỡng ở dưới 2 độ lệch chuẩn (-2SD) so với quần thể tham chiếu NCHS (National Center for Health Statistics) để coi là nhẹ cân. Từ đó có thể chia thêm các mức độ sau đây:

- Từ dưới - 2SD đến -3SD: suy dinh dưỡng độ I.
- Từ dưới - 3SD đến -4SD: suy dinh dưỡng độ II.
- Dưới - 4SD: suy dinh dưỡng độ III.

III. CẬN LÂM SÀNG

Thiếu máu nhược sắc: hồng cầu giảm về số lượng, kích thước và nồng độ huyết cầu tố, Hct giảm, dự trữ sắt, vitamine B_{12}, axit folic, ... giảm.

Đạm máu giảm, nhất là albumine trong thể phù.

Giảm các men chuyển hoá.

Giảm các chất điện giải nhất là trong thể phù.

Rối loạn lipide máu.

Suy giảm chức năng gan.

Xét nghiệm phân tìm ký sinh trùng.

IV. ĐIỀU TRỊ

- Điều trị các tình trạng cấp: mất nước hay phù toàn thân, rối loạn điện giải, suy tim cấp, nhiễm trùng, nhiễm ký sinh trùng...

- Bổ sung các dưỡng chất quan trọng với liều điều trị: vitamin A, sắt, axit folic, đa sinh tố.

- Dinh dưỡng điều trị tích cực: cho ăn càng sớm càng tốt và nhanh chóng nâng khẩu phần dinh dưỡng lên mức tối đa phù hợp với khả năng tiêu hoá hấp thu của trẻ, sử dụng các thực phẩm giàu năng lượng, các chế phẩm dinh dưỡng đặc biệt, nếu cần phải sử dụng thêm các loại men hỗ trợ tiêu hoá. Trong trường hợp rất nặng cần đặt vấn đề nuôi ăn bằng các phương tiện hỗ trợ như nuôi ăn qua sonde dạ dày, nuôi ăn bằng đường tĩnh mạch một phần, …

- Phục hồi suy dinh dưỡng tại gia đình: hướng dẫn bà mẹ cách lựa chọn thực phẩm, số lượng thực phẩm cần thiết cho trẻ trong ngày, cách nấu thức ăn cho trẻ và khuyến khích trẻ ăn đủ cho nhu cầu phục hồi dinh dưỡng và phát triển cơ thể. Tăng năng lượng khẩu phần cho bữa ăn hàng ngày nếu trẻ không thể ăn đủ theo nhu cầu bằng cách:

+ Cho ăn nhiều món trong cùng một bữa để trẻ ăn đến no căng dạ dày.

+ Tăng số lần ăn trong ngày nếu trẻ không thể ăn nhiều trong một lần.

+ Cho ăn càng đặc càng tốt, sử dụng các loại bột mộng để làm lỏng thức ăn đặc nhưng vẫn đảm bảo độ đậm đặc của thức ăn.

+ Tăng thức ăn giàu năng lượng: thêm dầu mỡ vào thức ăn của trẻ, dùng các loại thực phẩm cao năng lượng.

+ Cho ăn tăng cường sau bệnh: tăng bữa, tăng thức ăn, cho trẻ ăn bất cứ thứ gì trẻ lựa chọn.

+ Cho trẻ bú mẹ ngay sau sinh và kéo dài 18-24 tháng: sữa mẹ luôn là thức ăn đầu đời hoàn hảo nhất cho trẻ sơ sinh và là thức ăn tốt. Sữa mẹ, ngoài cung cấp chất dinh dưỡng còn cung cấp các yếu tố chống lại bệnh tật, bảo vệ trẻ khỏi các bệnh lý nhiễm trùng.

+ Chăm sóc dinh dưỡng cho trẻ bằng bữa ăn hợp lý: tập cho trẻ ăn dặm khi bắt đầu 4-6 tháng tuổi. Cho trẻ ăn đầy đủ 4 nhóm chất dinh dưỡng (bột đường, đạm, béo), không

kiêng khem và duy trì sữa mẹ trong thời gian dưới 2 tuổi. Nếu không có đủ sữa mẹ, lựa chọn loại sữa thay thế phù hợp.

+ Theo dõi biểu đồ tăng trưởng cho trẻ hàng tháng: nhằm phát hiện sớm tình trạng suy dinh dưỡng hoặc các nguy cơ nếu có và can thiệp sớm.

+ Ngừa và trị bệnh: điều trị triệt để các bệnh lý nhiễm trùng hô hấp, tiêu chảy, ... không lạm dụng kháng sinh mà chỉ dùng kháng sinh đủ liều, đủ thời gian, chăm sóc dinh dưỡng tích cực trong thời gian bệnh và phục hồi dinh dưỡng sau thời gian bệnh.

+ Xổ giun định kỳ mỗi 6 tháng cho trẻ trên 2 tuổi.

Tái khám thường xuyên để theo dõi sức khoẻ và mức độ phục hồi dinh dưỡng của trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em,* ban hành kèm theo Quyết định 3312/QĐ-BYT.

VIÊM MŨI XOANG TRẺ EM

MÃ ICD 10: J01

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm mũi xoang (VMX) là tình trạng viêm niêm mạc mũi và các xoang cạnh mũi, gây ra do nhiều nguyên nhân khác nhau như nhiễm khuẩn (*Hemophillus influenzae, Streptococcus pneumoniae*, trực khuẩn mủ xanh (*P. aeruginosa*), E. coli, cầu khuẩn (tụ cầu và liên cầu), Klebsiella…), siêu vi, dị ứng... bệnh thường hay gặp ở trẻ em dưới 6 tuổi. Viêm mũi xoang được chia làm ba thể: viêm mũi xoang cấp tính kéo dài dưới 4 tuần, viêm mũi xoang bán cấp kéo dài từ 4-8 tuần và viêm mũi xoang mạn tính kéo dài ít nhất từ 8-12 tuần bất chấp việc điều trị.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Lâm sàng

- Sốt nhẹ kéo dài, sổ mũi, nước mũi có màu vàng - xanh, chảy mũi xuống họng gây đau họng, ho, hơi thở hôi, nôn ọe.

- Trẻ trên 6 tuổi thì luôn luôn có triệu chứng nhức đầu, mệt mỏi khó chịu, phù nề quanh mắt.

- Ở trẻ dưới 2 tuổi, viêm mũi xoang thường đi kèm với viêm tai giữa và nguyên nhân là do nhiễm siêu vi và dị ứng và đặc biệt là bệnh trào ngược acid dạ dày thực quản.

1.2. Cận lâm sàng

- Khám nội soi mũi: các khe mũi hai bên hốc mũi nhiều dịch nhầy, đặc, chảy từ cửa mũi sau xuống họng, niêm mạc cuốn mũi giữa, cuốn mũi dưới phù nề. Vòm mũi họng VA quá phát che kín cửa mũi sau, có khi chèn ép vào lỗ vòi Eustache.

- Chụp X-quang thông thường tư thế Blondeau và Hirtz có thể thấy hình ảnh các xoang bị mờ, dày niêm mạc xoang, mức khí - dịch trong xoang.

- Xét nghiệm công thức máu cơ bản.

- Nuôi cấy vi khuẩn trong dịch mũi xoang, lấy từ vòm mũi họng, để phân lập vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm đường hô hấp trên.

- Viêm mũi dị ứng.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Làm giảm các triệu chứng lâm sàng.

- Kiểm soát nguyên nhân nhiễm trùng: siêu vi, vi khuẩn, nấm…

- Phòng tránh các yếu tố gây dị ứng: khói thuốc lá, bụi nhà, lông vũ, phấn hoa…

- Điều trị các bệnh nền nếu có như: trào ngược dạ dày thực quản, suy giảm miễn dịch…

- Điều trị các bất thường về giải phẫu mũi xoang nếu có.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Viêm mũi xoang cấp tính

Điều trị nội khoa là chính, bao gồm:

- Thuốc kháng sinh nhóm betalactam, cephalosporin, thế hệ 1, 2, macrolide… dài từ 7 đến 14 ngày.

- Thuốc chống sung huyết mũi giúp thông thoáng mũi và các lỗ thông xoang như Oxymethazolone 0,05%, Xylomethazoline 0,05%...

- Xịt corticoid tại chỗ để giảm phù nề niêm mạc mũi xoang.

- Các loại thuốc làm ẩm mũi, loãng dịch tiết mũi như nước muối sinh lý…

- Điều trị hỗ trợ như rửa mũi, hút mũi để đỡ nghẹt mũi.

Lưu ý những loại thuốc chống sung huyết mũi và các loại kháng histamin thận trọng dùng cho trẻ dưới 2 tuổi.

2.2. Viêm mũi xoang mạn tính

Chỉ định phẫu thuật trong các trường hợp sau:

- Viêm mũi xoang tái phát hơn 6 lần/1 năm.

- Chảy máu mũi, nghẹt mũi, không ngửi được mùi.

- Mũi ứ đọng mủ nhầy, mủ hoặc chảy xuống thành sau họng.

- Nhức đầu, ù tai, chảy mủ tai.

- Khám mũi thấy có những biến dạng về cấu trúc giải phẫu, có polyp, VA phì đại,…

- Hình ảnh trên phim CT Scan có dấu hiệu viêm xoang mạn tính.

Chú ý: Trong quá trình phẫu thuật, nếu phát hiện thấy VA viêm, quá phát thì nên xử lý luôn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng*, ban hành kèm theo Quyết định số 5643/QĐ-BYT.

VIÊM V.A CẤP VÀ MẠN TÍNH

MÃ ICD 10: J35.8

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm V.A cấp tính là viêm nhiễm cấp tính, xuất tiết hoặc có mủ ở amiđan Lushka ngay từ nhỏ, cũng có thể gặp ở trẻ lớn và người lớn (nhưng rất hiếm).

Viêm V.A mạn tính là tình trạng V.A quá phát hoặc xơ hóa sau viêm nhiễm cấp tính nhiều lần.

Tác nhân: virus (*Adenovirus, Myxovirus, Rhinovirus...),* vi khuẩn (tụ cầu vàng, liên cầu khuẩn tan huyết bêta nhóm A, *Haemophilus Influenzae...)*

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Lâm sàng

1.1.1 Viêm V.A cấp tính

- Toàn thân: trẻ nhỏ sốt cao 40-41^{o}C, thường kèm theo những hiện tượng phản ứng dữ dội như: co thắt thanh môn, co giật. Ở trẻ lớn hơn cũng có thể bắt đầu đột ngột sốt cao, kèm theo co thắt thanh quản, đau tai và có khi có phản ứng màng não nhưng diễn biến nhẹ hơn ở trẻ sơ sinh.

- Cơ năng: trẻ ngạt mũi, trẻ sơ sinh có thể ngạt mũi hoàn toàn phải thở bằng miệng, thở nhanh, nhịp không đều, bỏ ăn, bỏ bú. Trẻ lớn hơn không bị ngạt mũi hoàn toàn nhưng thở ngáy, nhất là về đêm, tiếng nói có giọng mũi kín. Ở người lớn nếu có còn bị viêm họng sau lưỡi gà, ù tai, nghe kém.

- Thực thể:

+ Hốc mũi đầy mủ nhầy, không thể hoặc khó khám vòm họng qua mũi trước. Ở trẻ lớn, sau khi hút sạch mũi nhầy trong hốc mũi, đặt thuốc làm co niêm mạc mũi có thể nhìn thấy tổ chức V.A ở nóc vòm phủ bởi lớp mủ nhầy.

+ Khám họng thấy niêm mạc đỏ, một lớp nhầy trắng, vàng phủ trên niêm mạc thành sau họng từ trên vòm chảy xuống.

+ Khám tai: màng nhĩ mất bóng, trở nên xám đục, hơi lõm vào do tắc vòi nhĩ, triệu chứng rất có giá trị để chẩn đoán V.A.

+ Có thể sờ thấy hạch nhỏ ở góc hàm, rãnh cảnh, có khi cả ở sau cơ ức - đòn - chũm, hơi đau, không có hiện tượng viêm quanh hạch.

+ Nội soi mũi sau hoặc soi cửa mũi sau gián tiếp bằng gương nhỏ ở trẻ lớn và người lớn sẽ thấy được tổ chức V.A ở vòm mũi - họng sưng đỏ, to, có mủ nhầy phủ lên trên.

1.1.2. Viêm V.A mạn tính

Triệu chứng viêm V.A xuất hiện từ 18 tháng đến 6-7 tuổi.

- Toàn thân: thường hay sốt vặt, em bé phát triển chậm so với lứa tuổi, kém nhanh nhẹn, ăn uống kém, người gầy, da xanh. Trẻ đãng trí, kém tập trung tư tưởng thường do tai hơi nghễnh ngãng và não thiếu oxy do thiếu thở mạn tính, thường học kém.

- Cơ năng:

+ Ngạt tắc mũi: lúc đầu ngạt ít sau ngạt nhiều tăng dần. Trẻ thường xuyên há miệng để thở, nói giọng mũi kín.

+ Mũi thường bị viêm, tiết nhầy và chảy mũi thò lò ra cửa mũi trước.

+ Ho khan.

+ Ngủ không yên giấc, ngáy to, giật mình.

+ Tai nghe kém hay bị viêm.

- Thực thể:

+ Soi mũi trước: thấy hốc mũi đầy mủ nhầy, niêm mạc mũi phù nề, cuốn mũi dưới phù nề. Hút hết dịch mủ nhầy, làm co niêm mạc mũi có thể nhìn thấy khối sùi bóng, đỏ mấp mé ở cửa mũi sau.

+ Nội soi mũi - vòm họng.

+ Khám họng: thành sau họng có nhiều khối lympho to bằng hạt đậu xanh và mũi nhầy chảy từ vòm xuống họng.

+ Khám tai: thấy màng nhĩ sẹo hoặc lõm vào, màu hồng do Sung huyết toàn bộ ở màng nhĩ hoặc góc sau trên.

+ Em bé có bộ mặt V.A (sùi vòm): da xanh, miệng há, răng vẩu, răng mọc lệch, môi trên bị kéo xếch lên, môi dưới dài thõng, hai mắt mở to, người ngây ngô.

1.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm: công thức máu cơ bản, CRP nếu nghi ngờ nhiễm trùng.

- Cấy bệnh phẩm xác định vi trùng và làm kháng sinh đồ cho những trường hợp nặng.

2. Chẩn đoán phân biệt

- V.A to ở trẻ khỏe mạnh: không có triệu chứng bệnh lý.

- Ngạt mũi do viêm xoang, bệnh lý vách ngăn: khám thực thể để loại trừ.

- Khối u, polyp cửa mũi sau: khám thực thể, sinh thiết để loại trừ.

- Áp xe thành sau họng: khối phồng thường nằm ở thấp dưới vòm họng.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Đối với viêm V.A cấp tính, chủ yếu điều trị triệu chứng, nâng cao thể trạng, chỉ dùng kháng sinh khi nghi ngờ nhiễm khuẩn hoặc đe dọa biến chứng.

- Đối với viêm V.A mạn tính chủ yếu là cân nhắc chỉ định phẫu thuật nạo V.A.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị viêm V.A cấp tính

- Hút mũi, rỏ mũi để bệnh nhân dễ thở và thuốc sát trùng nhẹ (ephedrin 1%, argyron 1%) dùng cho trẻ nhỏ.

- Khí dung mũi: corticoid và kháng sinh.

- Kháng sinh toàn thân: dùng cho những trường hợp nghi ngờ nhiễm khuẩn hoặc đe dọa biến chứng.

- Nâng đỡ cơ thể.

2.2. Điều trị viêm V.A mạn tính

Chỉ định nạo V.A:

- V.A bị nhiều đợt viêm cấp tính, tái đi tái lại (5-6 lần/năm).

- V.A gây các biến chứng gần: viêm tai, viêm đường hô hấp, viêm hạch.

- V.A gây biến chứng xa: viêm khớp cấp tính, viêm cầu thận cấp tính…

- V.A quá phát, ảnh hưởng đến đường thở.

- Thường tiến hành nạo V.A cho trẻ từ 6 tháng tuổi trở lên, thời gian hợp lý nhất là từ 18-36 tháng tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng*, ban hành kèm theo Quyết định số 5643/QĐ-BYT.

VIÊM TAI GIỮA CẤP TÍNH TRẺ EM

MÃ ICD 10: H66.0

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm tai giữa (VTG) cấp tính là tình trạng viêm nhiễm trong khoang tai giữa. Bệnh cảnh của viêm tai giữa cấp tính thay đổi tùy theo tuổi tác của bệnh nhân, tùy theo vi trùng gây bệnh, tùy theo thể địa... thời gian kéo dài dưới 3 tháng. Tình trạng viêm nhiễm này có thể lan đến xương chũm, các tế bào quanh mê đạo và đỉnh xương đá.

Nguyên nhân chính của viêm tai giữa cấp tính là viêm vòm mũi họng, quá trình viêm vào tai bằng con đường vòi Eustache là chủ yếu, ít khi viêm nhiễm xâm nhập bằng đường máu hoặc đường bạch huyết. Sự viêm nhiễm này có thể gây ra bởi các bệnh nhiễm trùng toàn thân như cúm, sởi... hoặc những bệnh cục bộ như viêm mũi, viêm xoang, viêm V.A, u vòm mũi họng, hoặc nút mũi sau để quá lâu. Rách màng nhĩ do chấn thương cũng là một nguyên nhân gây viêm tai giữa cấp tính.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Lâm sàng điển hình

- Giai đoạn đầu: thường là em bé đang bị sổ mũi, ngạt mũi, đột nhiên bị đau tai nhiều kèm theo sốt cao 40^{o}C. Khám màng nhĩ thấy một vùng sung huyết đỏ ở góc sau hoặc ở dọc theo cán búa, hoặc ở màng Shrapnell.

- Giai đoạn toàn phát: mủ bắt đầu xuất hiện trong hòm nhĩ, có hai trường hợp:

+ *Màng nhĩ chưa vỡ*: đau tai rất nhiều, đau sâu trong tai; nghe kém là triệu chứng quan trọng; ngoài ra chúng ta còn thấy những triệu chứng phụ như ù tai, cảm giác đầy tai, tự thính, chóng mặt...; trẻ nhỏ sốt cao có thể vật vã, co giật hoặc ở trạng thái lả. Khám thấy toàn bộ màng nhĩ bị nề và đỏ, không nhìn thấy tam giác sáng, không thấy cán búa, không thấy mỏm ngắn. Màu sắc của màng nhĩ hòa lẫn với màu sắc của da ống tai.

+*Màng nhĩ vỡ*: khi màng nhĩ đã vỡ và mủ chảy ra ngoài thì các triệu chứng sẽ thay đổi. Các triệu chứng cơ năng bớt hẳn, bệnh nhân không đau tai nữa, nhiệt độ trở lại bình thường, bệnh nhân ăn được ngủ được. Triệu chứng thực thể: ống tai ngoài đầy mủ, không có mùi, lúc đầu chỉ là mủ loãng vàng nhạt sau biến thành mủ vàng đặc, phải lau sạch mủ mới thấy được màng nhĩ.

1.2. Cận lâm sàng

- Nội soi tai: tùy theo giai đoạn sẽ ghi nhận hình ảnh màng nhĩ và các dấu hiệu bên trong hòm nhĩ như mức dịch, bóng khí…

- Xét nghiệm: công thức máu cơ bản, CRP; nuôi cấy mủ định danh vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.

- X-quang kinh điển tư thế Schuller: dùng chủ yếu để chẩn đoán phân biệt.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm màng nhĩ đơn thuần.

- Nhọt ống tai ngoài.

- Zona tai.

- Viêm ống tai ngoài đơn thuần hoặc viêm tai giữa kèm theo viêm ống tai ngoài.

- Viêm tai giữa mạn tính hồi viêm.

II. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

Đây là bệnh lý cấp tính ảnh hưởng đến toàn thân và đe dọa nhiều biến chứng nguy hiểm nên cần phối hợp điều trị kháng sinh, kháng viêm phối hợp dẫn lưu tại chỗ.

2. Sơ đồ điều trị

- Điều trị toàn thân + Màng nhĩ chưa thủng → Chích rạch màng nhĩ.

- Điều trị toàn thân + Màng nhĩ đã thủng → Làm thuốc tai.

- Điều trị bệnh lý mũi họng kèm theo.

- Điều trị phòng ngừa biến chứng.

3. Điều trị cụ thể

3.1. Màng nhĩ chưa thủng

- Điều trị bằng thuốc tại chỗ: dùng một số thuốc nhỏ tai có tác dụng giảm sung huyết tại chỗ: Polymycin…

- Chích rạch màng nhĩ trong những trường hợp sau đây:

+ Triệu chứng toàn thân xấu: nhiệt độ cao, mất ngủ, bộ mặt nhiễm trùng.

+ Ở trẻ nhỏ bị viêm tai, khi có triệu chứng sốt, nôn, tiêu chảy.

+ Triệu chứng chức năng quá rõ rệt: đau tai, nhức nửa bên đầu và nghe kém.

+ Triệu chứng thực thể nói lên có mủ trong hòm nhĩ: màng nhĩ căng phồng như mặt kính đồng hồ đeo tay.

+ Có những phản ứng đáng ngại như triệu chứng màng não, triệu chứng mê nhĩ, triệu chứng viêm xương chũm.

+ Viêm tai giữa cấp tính đã kéo dài trên bốn ngày và không tự vỡ.

Nói chung trong trường hợp nghi ngờ có mủ cũng nên chích rạch màng nhĩ, thà chích rạch không có mủ còn hơn là để cho viêm mủ tiến vào xương chũm.

3.2. Màng nhĩ đã thủng

- Sau khi màng nhĩ đã thủng tự nhiên hoặc thủng do chích rạch cần phải làm thuốc tai hàng ngày: hút rửa tai và nhỏ tai các loại thuốc có kháng sinh, kháng viêm như hydrocortisol và chloramphenicol.

- Phải theo dõi tình hình của lỗ thủng và các triệu chứng toàn thân. Nếu thấy lỗ thủng đóng lại nhưng bệnh nhân sốt và đau tai thì phải chích rạch lại để dẫn lưu.

- Nếu sau bốn tuần mà mủ vẫn tiếp tục chảy, phải nghĩ đến các nguyên nhân sau đây và tìm cách giải quyết: viêm mũi xoang, viêm vòm mũi họng (V.A), viêm xương chũm, thể trạng suy nhược.

3.3. Điều trị toàn thân

- Kháng sinh phổ rộng thuộc nhóm beta lactam, cephalosporin, macrolid… tốt nhất vẫn theo kháng sinh đồ. Trong khi dùng kháng sinh, nên chụp X-quang xương chũm để phát hiện viêm xương chũm tiềm tàng.

- Thuốc kháng viêm corticoid, kháng viêm dạng men.

- Hạ sốt, giảm đau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng*, ban hành kèm theo Quyết định số 5643/QĐ-BYT.

VIÊM TAI GIỮA MẠN TRẺ EM

MA ICD 10: H66.3

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm tai giữa (VTG) mạn tính là tình trạng viêm nhiễm mạn tính không chỉ trong khoang tai giữa mà còn lan đến sào bào, thượng nhĩ và xương chũm, thời gian chảy mủ tai đã kéo dài trên 3 tháng.

Viêm tai giữa mạn tính ở trẻ em thường có hai loại chính là viêm tai giữa tiết nhầy mủ và viêm tai giữa mủ.

II. VIÊM TAI GIỮA TIẾT NHẦY MỦ

1. Chẩn đoán

1.1. Chẩn đoán xác định

1.1.1. Lâm sàng

- Các triệu chứng chức năng rất nghèo nàn: không đau tai, không ù tai, không chóng mặt, thính lực gần như bình thường. Bệnh nhân chỉ có chảy tai: dịch chảy khá nhiều, và tăng lên mỗi khi bệnh nhân bị viêm mũi, sổ mũi. Chất dịch chảy ra màu vàng nhạt hoặc trong, đặc quánh, kéo dài thành sợi, không tan trong nước, không thối, giống như tiết nhầy ở mũi.

- Lỗ thủng ở góc tư dưới trước của màng nhĩ, hình quả trứng, có khi lên đến rốn cán búa. Bờ của lỗ thủng nhẵn, thành sẹo hoặc có một viền đỏ bao quanh. Lỗ thủng bao giờ cũng dừng lại cách khung nhĩ độ 1mm. Phần còn lại của màng nhĩ màu xám nhạt, mỏng, không bị viêm.

1.1.2. Cận lâm sàng

Đo thính lực cho thấy tai bị điếc nhẹ theo kiểu dẫn truyền. Mức độ điếc thay đổi tùy theo tình trạng của vòi Eustache; khi nào vòi không viêm thì bệnh nhân nghe rõ, khi nào vòi xuất tiết và tắc thì bệnh nhân nghe kém. X-quang cho thấy xương chũm kém thông bào nhưng không có hình ảnh viêm xương.

1.2. Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh viêm tai khô do thể tạng.

- Sẹo xơ do viêm tai mủ.

2. Điều trị

2.1. Nguyên t c điều trị

Cần điều trị phối hợp săn sóc tại chỗ và điều trị nguyên nhân. Trong trường hợp cần thiết phẫu thuật mở thượng nhĩ để dẫn lưu.

2.2. Điều trị cụ thể

- Điều trị tại chỗ: làm thuốc tai.

- Điều trị bệnh lý mũi họng kèm theo.

- Phẫu thuật khi bệnh lý kéo dài, đối với trẻ em nên mổ sớm phòng ngừa giảm thính lực.

III. VIÊM TAI GIỮA MẠN TÍNH MỦ

1. Chẩn đoán

1.1. Chẩn đoán xác định: dựa vào

1.1.1. Lâm sàng

* Triệu chứng cơ năng:

- Chảy mủ: là triệu chứng quan trọng nhất. Mủ có đặc điểm:

+ Mủ đặc sánh hoặc loãng có vón cục.

+ Màu vàng hoặc xám san, có khi lẫn máu.

+ Thối khẳm, chùi hết mủ vẫn còn mùi thối (bệnh tích xương).

+ Khối lượng có thể nhiều hoặc ít và thay đổi tùy từng thời gian, khối lượng mủ không nói lên mức độ nặng nhẹ của bệnh.

+ Trong mủ có nhiều loại vi trùng sinh mủ cùng chung sống với nhau, có khi người ta thấy cả vi trùng yếm khí.

- Nghe kém.

- Đau nếu mủ tích lại hoặc viêm trở thành bộc phát hồi viêm.

* Triệu chứng thực thể:

- Mủ có hai đặc điểm đáng lưu ý:

+ Mủ tan trong nước và lắng xuống đáy cốc sau vài ba phút, khác hẳn với tiết nhầy, chất này không tan trong nước.

+ Trong mủ thường có những mảnh óng ánh giống như xà cừ, nổi trên mặt nước, đây là đặc điểm của cholesteatoma.

- Lỗ thủng:

+ Nếu là lỗ thủng rộng thì có thể thấy dễ dàng sau khi rửa tai, những lỗ thủng nhỏ có vảy khô che phủ thường khó thấy, nhất là lỗ thủng ở vùng Shrapnell hoặc ở góc sau trên, chúng ta phải rửa sạch vảy và nhìn bằng kính hiển vi mới thấy được.

+ Lỗ thủng thật rộng cũng có khi rất khó nhìn thấy vì niêm mạc của thành trong (đáy hòm nhĩ) quá sản và thoát vị qua lỗ thủng, che kín lỗ thủng. Những lỗ thủng ở màng Shrapnell, ở giữa, ở sau cũng không hiếm. Lỗ thủng có thể nhỏ bằng đầu kim hoặc chiếm toàn bộ màng nhĩ.

+ Bờ của lỗ thủng rõ rệt, có khi đã thành sẹo và hay ngoạm vào khung nhĩ, qua lỗ thủng đôi khi có thể thấy cholesteatoma trắng mấp mé trong hòm nhĩ. Có khi polyp to che lấp cả ống tai và làm cho mủ không thoát ra được, phải cắt polyp mới đánh giá được màng nhĩ.

1.1.2. Cận lâm sàng

- X-quang tư thế Schuller.

- Nội soi tai.

- Thính lực đồ

- CT Scan: khi nghi ngờ có biến chứng.

1.2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm tai do lao.

- Viêm tai cấp tính.

- Viêm xương chũm.

2. Điều trị

2.1. Nguyên t c điều trị

Tùy thuộc bệnh tích và tùy thuộc các giai đoạn mà có hướng điều trị bảo tồn hay điều trị phẫu thuật.

2.2. Phác đồ điều trị

- Điều trị tại chỗ: làm thuốc tai.

- Điều trị bệnh lý mũi xoang, họng kèm theo.

- Phẫu thuật khi bệnh lý kéo dài, đối với trẻ em nên mổ sớm phòng ngừa giảm thính lực, hay khi nghi ngờ biến chứng.

2.3. Điều trị cụ thể

* Điều trị bảo tồn: được áp dụng trong trường hợp viêm tai giữa mạn tính không kèm viêm xương chũm, không có cholesteatoma, không có biến chứng.

- Dẫn lưu*:* bảo đảm ống tai thoáng sạch, cắt polyp ống tai nếu có, rửa bằng nước muối hoặc oxy già, sau đó dùng thuốc nhỏ tai.

- Kháng sinh: nói chung các thuốc kháng sinh uống hoặc tiêm đều ít tác dụng đối với viêm tai giữa mủ mạn tính. Điều trị viêm tai giữa mạn tính bằng thuốc thường ít có kết quả vì nó đòi hỏi sự săn sóc hằng ngày do thầy thuốc làm và phải chẩn đoán chính xác bằng X-quang (loại ra viêm xương chũm, loại ra cholesteatoma).

* Điều trị bằng phẫu thuật: chỉ định phẫu thuật khi viêm tai giữa có kèm theo viêm xương chũm mạn tính, kèm theo cholesteatoma hoặc có biến chứng, có hồi viêm. Ngoài những chỉ định kinh điển nói trên, hiện nay cũng phẫu thuật viêm tai giữa mạn tính trẻ em không có biến chứng để bảo tồn thính lực.

3. Tiên lượng và biến chứng

3.1. Tiên lượng

Tiên lượng xấu hơn viêm tai giữa mạn tính tiết nhầy mủ: giảm thính lực nặng; có thể đưa đến tử vong do những biến chứng.

3.2. Biến chứng

- Biến chứng cục bộ: viêm xương tường dây thần kinh mặt, tường thượng nhĩ, viêm xương tiểu cốt; cholesteatoma xuất phát từ thượng nhĩ và lan rộng vào sào bào, vào xương chum; viêm xương chũm cấp tính hoặc mạn tính.

- Biến chứng ở xương*:* cốt tủy viêm xương chung quanh tai, cụ thể là ở xương chẩm, hoặc xương đá.

- Biến chứng nội sọ: áp xe não, …

- Biến chứng thần kinh: liệt dây thần kinh mặt; hội chứng Gradenigo (chảy mủ tai, đau nhức nửa bên đầu, liệt dây thần kinh số VI).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng*, ban hành kèm theo Quyết định số 5643/QĐ-BYT.

VIÊM TAI Ứ DỊCH Ở TRẺ EM

MÃ ICD 10: H66

I. ĐẠI CƯƠNG

Đây là bệnh viêm niêm mạc tai giữa kèm theo sự có mặt của tiết dịch trong hòm tai, màng nhĩ đóng kín, thường gặp ở trẻ em từ 1-3 tuổi. Bệnh tiến triển âm thầm, ít triệu chứng nên thường không được phát hiện kịp thời, để lại hậu quả xấu về nghe, từ đó ảnh hưởng tới sự phát triển ngôn ngữ cũng như khả năng học tập và phát triển trí tuệ ở trẻ.

Nguyên nhân: tắc vòi nhĩ; viêm do vi khuẩn; viêm do virus; viêm do dị ứng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Lâm sàng

- Dấu hiệu lâm sàng chủ yếu là giảm thính lực tùy theo lứa tuổi mà có biểu hiện khác nhau.

+ Trẻ nhỏ không quay đầu về phía có âm thanh.

+ Trẻ đáp ứng chậm hoặc giảm với việc học và phát triển ngôn ngữ.

+ Trẻ lớn: nghe ở lớp không rõ hoặc có khó chịu trong tai.

- Khám soi tai: (phóng đại) điển hình là màng tai có màu hổ phách, có các vân mạch, thường co lõm nhưng đôi khi màng tai lồi phồng. Hình ảnh màng tai rất đa dạng, có thể thấy:

+ Màng tai như bình thường hoặc mất bóng.

+ Hình ảnh mức nước hoặc có bóng khí nước phía sau màng tai.

+ Màng tai co lõm nhẹ, mất bóng.

- Khám vòm họng: kiểm tra VA viêm, quá phát.

- Khám mũi xoang: kiểm tra thấy tồn tại một ổ viêm tiềm tàng.

1.2. Cận lâm sàng

- Đo nhĩ lượng: (tiêu chuẩn chính để chẩn đoán) nhĩ đồ có dạng C hoặc B (theo phân loại của Jerger).

- Đo thính lực: điếc dẫn truyền thường tới 20-40dB.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Các bệnh viêm tai màng nhĩ đóng kín khác.

- Dị dạng, không phát triển ở tai.

III. ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị

Điều trị toàn diện, kết hợp: toàn thân, tại chỗ.

Điều trị nội khoa ưu tiên trước, nếu thất bại mới điều trị ngoại khoa.

1. Điều trị toàn thân

- Kháng sinh 7-10 ngày như ampicillin, cephalosporin, macrolide. Tránh các kháng sinh độc với tai.

- Kháng viêm: corticoid 5mg/kg/ngày trong 2-5 ngày.

- Chống phù nề, tiêu dịch nhầy: Maxilase, Rhinathiol, Mucomys, …

- Điều trị cơ địa: giảm mẫn cảm đặc hiệu, kháng histamin.

2. Điều trị tại chỗ

- Làm thông thoáng đường thở trên: vệ sinh mũi hàng ngày bằng rửa mũi, xịt nước muối biển (Sterimar), thuốc co mạch (Otrivil, Coldi B).

- Làm các nghiệm pháp Valsalva mỗi ngày hoặc thông vòi nhĩ mỗi tuần có hiệu quả trong trường hợp viêm tai giữa tiết dịch ít.

- Điều trị phẫu thuật.

- Chích rạch màng nhĩ.

- Đặt thông khí qua màng nhĩ.

- Nạo VA.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng*, ban hành kèm theo Quyết định số 5643/QĐ-BYT.

VIÊM XƯƠNG CHŨM CẤP TÍNH TRẺ EM

MÃ ICD 10: H70.0

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm xương chũm cấp tính là tình trạng viêm các thông bào xương chũm trong xương thái dương. Tình trạng này luôn kèm theo một viêm tai giữa cấp tính và có thể là một bước tiến triển nặng hơn của một viêm tai giữa mạn tính.

Nguyên nhân thường do các loại vi trùng: *Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae* và *Streptococci* nhóm A (GAS). Ngoài ra có thể còn do: *Pseudomonas aeruginosa,* vi khuẩn gram âm và kị khí.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Lâm sàng

- Triệu chứng toàn thân: sốt, có thể sốt cao hoặc không cao; ăn kém; mệt mỏi; bứt rứt hoặc quấy khóc.

- Triệu chứng cơ năng: chảy mủ tai; nghe kém; đau tai, sưng nề, viêm tấy đỏ sau tai, đẩy vành tai ra trước, có dấu phập phều sau tai.

- Triệu chứng thực thể: màng nhĩ viêm đỏ, phồng, có hình ảnh vú bò.

1.2. Cận lâm sàng

- Soi tai kính hiển vi: tình trạng viêm tai giữa.

- X-quang Schuller: vách thông bào dày không rõ + có chỗ thành những hốc rỗng do mất vách ngăn giữa các thông bào.

- CT scan xương thái dương: hình ảnh đọng dịch và mất các thông bào.

- Công thức máu: bạch cầu/máu tăng do tình trạng nhiễm trùng, tăng tỉ lệ trung tính.

- CRP tăng.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm tai cấp tính có mủ

- Viêm tai xương chũm mạn tính hồi viêm

- Viêm hạch sau tai

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị nội: kháng sinh phổ rộng, liều cao ngay từ đầu.

- Phẫu thuật kịp thời nếu cần để tránh biến chứng.

2. Sơ đồ điều trị

- Bệnh nhân được khám, soi tai, chụp X-quang/CT scan để chẩn đoán chính xác bệnh viêm xương chũm cấp tính.

- Điều trị nội khoa tích cực với kháng sinh phổ rộng, kháng viêm, giảm đau.

- Phẫu thuật khi túi mủ đã hình thành, hoặc bệnh tích xương đã nặng (mất vách ngăn tế bào), khi các triệu chứng toàn thân và chức năng kéo dài: sốt, mệt nhọc, mất ngủ, đau đầu, điếc...

3. Điều trị cụ thể

Điều trị nội hay ngoại khoa tùy vào triệu chứng, diễn tiến bệnh.

3.1. Điều trị nội khoa

- Kháng sinh mạnh, phổ rộng: cephalosporin thế hệ 2, 3.

- Kháng viêm.

Steroid: có thể sử dụng tiêm trong 3-5 ngày đầu sau đó chuyển sang dạng uống và giảm liều dần:

+ Methylprednisolone (Solumedrol 40mg)

Trẻ em: 1-2mg /kg/ngày

+ Medrol 4-16mg, Prednisolone 5mg

- Giảm đau hạ sốt: paracetamol

3.2. Điều trị ngoại khoa

Bệnh nhân cần được chuyển tuyến trên để phẫu thuật mở sào bào dẫn lưu mủ và làm sạch mô viêm, tạo sự thông thương giữa tai giữa và các tế bào chũm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng*, ban hành kèm theo Quyết định số 5643/QĐ-BYT.

PHẦN VI: BỆNH TRUYỀN NHIỄM

VIÊM NÃO DO VIRUS HERPES SIMPLEX

.

MÃ ICD 10: B00.4

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm não do virus *Herpes* là bệnh nhiễm trùng thần kinh cấp tính, xuất hiện tản phát không mang tính chất mùa. Virus *Herpes* xâm nhập vào hệ thần kinh trung ương, gây hoại tử nhu mô não kèm xuất huyết. Bệnh thường khởi phát cấp tính. Biểu hiện bằng sốt, rối loạn ý thức, diễn biến nặng và có nguy cơ gây tử vong cao. Tuy nhiên, nếu được chẩn đoán sớm, điều trị đặc hiệu bằng Acyclovir tĩnh mạch và chăm sóc tích cực, người bệnh có tiên lượng tốt. Căn nguyên gây bệnh là virus *Herpes simplex* (HSV) typ 1 (> 95% số ca bệnh) và typ 2 (< 5% số ca bệnh).

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Khởi phát đột ngột;

- Sốt, đau đầu; dấu hiệu thần kinh khu trú gợi ý tổn thương thùy thái dương và thùy trán não như thay đổi cảm nhận mùi hoặc mất cảm giác mùi, thay đổi tính cách, mất trí nhớ; các biểu hiện tổn thương não khác như: co giật, hôn mê, v.v…

- Viêm não có thể đi kèm với viêm màng não và người bệnh có các biểu hiện cứng gáy, dấu Kernig dương tính.

2. Cận lâm sàng

- Công thức máu: không có biến đổi đặc hiệu.

- Dịch não tủy: protein thường tăng nhẹ < 1g/L; bạch cầu tăng (10-200 tế bào/mm^3, hiếm khi > 500/mm^3), đa số là lymphocyte. DNT có thể bình thường trong một số trường hợp.

- Chẩn đoán hình ảnh: (MRI) có độ nhạy cao hơn chụp cắt lớp vi tính trong việc phát hiện sớm những tổn thương trên não do HSV.

- Điện não đồ (EEG).

3. Chẩn đoán xác định

Cần nghĩ tới viêm não do HSV ở bất cứ người bệnh có biểu hiện viêm não cấp tính nào, nhất là trong những trường hợp bệnh lẻ tẻ không mang tính chất mùa có các biểu hiện gợi ý tổn thương thùy thái dương hoặc thùy trán não ở một bên.

Chẩn đoán xác định viêm não do HSV: xét nghiệm PCR ADN HSV dịch não tủy.

4. Chẩn đoán phân biệt

Viêm não do HSV cần được chẩn đoán phân biệt với viêm màng não mủ, viêm não - màng não do các căn nguyên virus khác.

- Viêm màng não mủ: viêm màng não mủ cũng diễn biến cấp tính, có sốt, và có thể đi kèm với rối loạn ý thức, tương tự như viêm não do HSV. DNT trong VMN mủ có tăng protein (thường > 1g/L), đường giảm, tế bào tăng cao (vài trăm đến hàng chục nghìn tế bào/mm^3), chủ yếu là bạch cầu đa nhân trung tính. Soi và cấy DNT cho phép xác định vi khuẩn gây bệnh.

- Viêm não do các virus khác (viêm não Nhật Bản, các loại Enterovirus, v.v...)

III. ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị: điều trị đặc hiệu sớm bằng thuốc kháng virus acyclovir tĩnh mạch và điều trị hỗ trợ.

1. Điều trị thuốc kháng virus acyclovir

- Liều dùng: acyclovir 10mg/kg truyền tĩnh mạch 8 giờ một lần. Acyclovir phải được pha tới nồng độ ≤ 7mg/mL (tối thiểu 50mL dung môi cho 250mg thuốc hoặc 100 mL cho 500 mg) và truyền trong thời gian trên 1 giờ để hạn chế ảnh hưởng lên chức năng thận. Bù đủ nước trước và sau khi truyền acyclovir (dịch vào 2-3 lít/ngày), thay đổi vị trí truyền để tránh viêm mạch; thận trọng khi dùng phối hợp với các thuốc gây độc cho thận và giảm liều khi người bệnh có suy thận.

- Thời gian điều trị trong 10-14 ngày đối với người bệnh viêm não do HSV không suy giảm miễn dịch. Trong những trường hợp viêm não do HSV nặng hoặc người bệnh suy giảm miễn dịch, thời gian điều trị acyclovir có thể kéo dài đến 21 ngày.

2. Điều trị hỗ trợ

- Hạ nhiệt bằng paracetamol uống hoặc truyền tĩnh mạch.

- Điều trị tăng áp lực nội sọ.

- Điều chỉnh rối loạn nước và điện giải.

- Điều trị chống co giật nếu xảy ra.

- Điều trị corticoid đồng thời với acyclovir được thấy là có hiệu quả trong viêm não do HSV do có tác dụng làm giảm phù não và giảm phản ứng viêm trong nhu mô não.

- Kháng sinh chống bội nhiễm nếu có chỉ định.

IV. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

Người bệnh viêm não do HSV được điều trị sớm acyclovir tĩnh mạch thường tiến triển tốt dần, sốt giảm dần và nhiệt độ trở về bình thường trong 3-5 ngày, ý thức cải thiện dần. Các yếu tố tiên lượng tốt bao gồm điều trị đặc hiệu acyclovir sớm, người bệnh trẻ tuổi, tình trạng tinh thần theo thang điểm Glasgow lúc bắt đầu điều trị không quá thấp. Một số người bệnh vẫn có di chứng về thần kinh sau điều trị, nhất là người > 50 tuổi. Các di chứng có thể gặp bao gồm động kinh, sa sút trí tuệ, giảm trí nhớ, v.v... người bệnh cần được làm điện não đồ để đánh giá động kinh, điều trị phục hồi chức năng nếu có chỉ định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh truyền nhiễm,* ban hành kèm theo Quyết định 5642/QĐ-BYT.

VIÊM MÀNG NÃO NHIỄM KHUẨN

MÃ ICD 10: G00

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm màng não nhiễm khuẩn (VMNNK) là tình trạng nhiễm khuẩn cấp tính của màng não do một số loại vi khuẩn gây nên. Trên lâm sàng, bệnh biểu hiện bằng triệu chứng sốt và có hội chứng màng não, đôi khi có biểu hiện của ổ nhiễm trùng khởi điểm (đường vào). Hiện nay, việc điều trị VMNNK vẫn còn phức tạp và tiên lượng dè dặt.

Có ít nhất 14 căn nguyên gây VMNNK. Hiện nay tại Việt Nam, căn nguyên hay gặp ở trẻ em là *Hemophilus influenza typ B (Hib)*, phế cầu và não mô cầu, ở người trưởng thành là liên cầu (đặc biệt là *Streptococcus suis*), phế cầu và não mô cầu. Ngoài ra, cần chú ý căn nguyên *Listeria monocytogenes* có thể gặp ở trẻ sơ sinh, phụ nữ có thai và người già.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Bệnh khởi phát và diễn biến từ vài giờ đến vài ngày, với biểu hiện:

- Sốt.

- Hội chứng màng não:

+ Cơ năng: nhức đầu, nôn vọt, táo bón (trẻ em thường tiêu chảy).

+ Thực thể: có một hoặc nhiều các dấu hiệu gáy cứng, Kernig (hoặc brudzinski), tăng cảm giác (sợ ánh sáng - nằm tư thế cò súng), thay đổi ý thức (kích thích, ngủ gà, lú lẫn, ...).

Các dấu hiệu ít gặp hơn: liệt khu trú, co giật, phù gai thị, tăng huyết áp, nhịp tim chậm (liên quan với phù não nặng).

- Dấu hiệu gợi ý căn nguyên: ban hoại tử, chấn thương hoặc phẫu thuật sọ não, khuyết tật tai - mũi - họng.

Các cơ địa đặc biệt như trẻ sơ sinh, suy giảm miễn dịch, giảm bạch cầu, có bệnh kèm theo, thường có bệnh cảnh lâm sàng nặng hơn.

2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu: các chỉ số viêm tăng (bạch cầu, procalcitonin và CRP).

- Dịch não tủy (DNT):

+ Màu sắc đục hoặc ám khói và áp lực tăng.

+ Số lượng bạch cầu và tỷ lệ bạch cầu trung tính tăng, có thể có bạch cầu đa nhân thoái hóa.

+ Protein thường tăng cao (> 1g/L), glucose giảm; tỷ lệ glucose DNT/máu thường < 0,5.

+ Xác định vi khuẩn: dựa vào kết quả nhuộm gram, nuôi cấy tìm vi khuẩn hoặc PCR từ bệnh phẩm DNT.

- Xét nghiệm để hỗ trợ chẩn đoán: X-quang phổi, cấy máu, sinh hóa máu và các xét nghiệm khác tùy thuộc vào cơ địa người bệnh và các bệnh kèm theo....

3. Chẩn đoán xác định: khi có các biểu hiện sau:

- Có hội chứng nhiễm trùng: sốt, có các dấu hiệu nhiễm trùng không đặc hiệu, các chỉ số viêm tăng.

- Có biểu hiện của hội chứng màng não.

- Dịch não tủy: thay đổi như mô tả ở phần trên.

- Kết quả nuôi cấy hoặc PCR xác định được các căn nguyên vi khuẩn.

4. Chẩn đoán phân biệt: khi không có kết quả vi sinh cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh sau:

- Viêm màng não do vi khuẩn lao: thường bệnh diễn biến kéo dài, các chỉ số viêm không tăng, dịch não tủy có màu vàng chanh hoặc ánh vàng, protein tăng cao > 1g/L, bạch cầu tăng cao, bạch cầu lympho thường chiếm ưu thế.

- Viêm não - màng não do virus: chỉ số viêm không tăng, DNT trong, protein tăng nhẹ < 1g/L, bạch cầu tăng, bạch cầu lympho thường chiếm ưu thế.

III. ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị

- Điều trị kháng sinh kịp thời theo phác đồ kinh nghiệm và đổi kháng sinh thích hợp khi có kết quả kháng sinh đồ.

- Điều trị hỗ trợ tích cực.

- Phát hiện và xử trí sớm các biến chứng.

1. Điều trị kháng sinh ban đầu

Dùng theo phác đồ kinh nghiệm khi chưa có kết quả vi sinh.

Lứa tuổi	Căn nguyên thường gặp	Kháng sinh ưu tiên	Kháng sinh thay thế
0 - 4 tuần tuổi	Vi khuẩn đường ruột, *S. agalactiae, Listeria.*	Cefotaxime + ampicilin	Ampicilin + aminoglycoside
1 tháng - 3 tháng	*HI*, phế cầu, não mô cầu, *S.agalactiae, E.coli, Listeria.*	Ampicilin + ceftriaxone (hoặc cefotaxime)	Vancomycin + ceftriaxone (hoặc cefotaxime)
3 tháng - 18 tuổi	*HI*, phế cầu, não mô cầu.	Ceftriaxone (hoặc cefotaxime)	Vancomycin + ceftriaxone (hoặc cefotaxime)

18 - 50 tuổi	Phế cầu, liên cầu, não mô cầu	Ceftriaxone (hoặc cefotaxime)	Vancomycin + ceftriaxone (hoặc cefotaxime)
Trên 50 tuổi	Phế cầu, não mô cầu, *Listeria*, kị khí gram âm	Ceftriaxone (hoặc cefotaxime)	Ampicillin + ceftriaxone (hoặc cefotaxime)
Suy giảm miễn dịch	Phế cầu, não mô cầu, Listeria, kị khí gram âm	Ampicilin + ceftazidime	Vancomycin + ampicilin* + ceftazidime
Chấn thương, phẫu thuật, dò DNT	Phế cầu, tụ cầu, kị khí gram âm	Ceftazidim + vancomycin	Ceftazidim + vancomycin meropenem

Liều kháng sinh khi chức năng gan, thận bình thường (liều thấp áp dụng ở trẻ dưới 7 ngày tuổi).

Kháng sinh	Tổng liều/kg/ngày	Chia theo giờ/lần
Amikacin	20 - 30mg/kg	12
Gentamicin	5mg/kg	12
Ampicilin	150 - 300mg/kg	6
Cefotaxim	100 - 200mg/kg	8
Ceftazidim	60 - 150mg/kg	8
Ceftriazon	80 - 100mg/kg	12
Penicillin G	150.000 - 250.000 đv/kg	6
Vancomycin	20 - 60mg/kg	6

2. Điều trị hỗ trợ

- Hạ nhiệt: bằng paracetamol 15mg/kg/lần, không quá 60 mg/kg/ngày.
- Dexamethason 0,4mg/kg/ngày, tiêm tĩnh mạch châm, dùng 4 ngày (cùng hoặc trước kháng sinh 15 phút).
- Chống phù não (mannitol 1g/kg/6 giờ, nằm đầu cao 30^{o}).
- Bù nước và điện giải.
- Phòng co giật bằng barbituric 5-20mg/kg/ngày, uống. Cắt cơn giật bằng seduxen 0,1mg/kg (pha với 2mL NaCl 0,9%) tiêm TM đến khi ngừng giật.

3. Theo dõi điều trị

Khi có kết quả nhuộm gram cần điều chỉnh ngay kháng sinh phù hợp:

Cầu khuẩn gram dương: ceftriazon hoặc cefotaxim + vancomycin.

Song cầu khuẩn gram âm: penicillin G hoặc ceftriaxon.

Trực khuẩn gram dương: ampicillin + aminoglycosid.

Trực khuẩn gram âm: ceftriaxon + aminoglycosid.

Khi có kết quả cấy: thay đổi kháng sinh theo kháng sinh đồ.

Nếu không có kết quả cấy, hoặc lâm sàng không cải thiện cần xét nghiệm lại DNT sau 48 giờ điều trị. DNT không cải thiện cần đổi sang phác đồ thay thế.

IV. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

1. Thời gian điều trị

Não mô cầu là 7 ngày, *Hib* là 10 ngày, phế cầu là 14 ngày, các trực khuẩn và vi khuẩn kị khí gram âm, liên cầu, tụ cầu là 3 tuần.

Hoặc trung bình: đủ 10-14 ngày và đã hết sốt 3 ngày.

2. Biến chứng

- Tử vong.
- Tràn dịch dưới màng cứng, vách hóa dẫn đến tắc nghẽn lưu thông DNT.
- Áp xe não.
- Viêm não thất.

V. PHÒNG BỆNH

Tiêm phòng:

- Vắc xin *Hib*: trẻ < 1 tuổi: tiêm 2 liều cách 2 tháng; 1-5 tuổi: tiêm 1 liều.
- Não mô cầu nhóm A và C: tiêm trong vùng đang có dịch xảy ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh truyền nhiễm,* ban hành kèm theo Quyết định 5642/QĐ-BYT.

THỦY ĐẬU

MÃ ICD 10: B01

I. ĐẠI CƯƠNG

Thủy đậu là một bệnh truyền nhiễm cấp tính do virus *Herpes zoster* gây nên, lây từ người sang người qua đường hô hấp hoặc tiếp xúc gần. Thủy đậu xảy ra chủ yếu ở trẻ em, biểu hiện bằng sốt và phát ban dạng nốt phỏng, thường diễn biến lành tính. Ở người có suy giảm miễn dịch, phụ nữ mang thai và trẻ sơ sinh, thủy đậu có thể tiến triển nặng dẫn đến các biến chứng nội tạng như viêm phổi, viêm cơ tim và có thể dẫn tới tử vong.

II. 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 37,8-39,4°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.

+ Ban lúc đầu có dạng dát sẩn, tiến triển đến phỏng nước trong vòng vài giờ đến một vài ngày; phần lớn các nốt phỏng có kích thước nhỏ 5-10mm, có vùng viền đỏ xung quanh. Các tổn thương da có dạng tròn hoặc bầu dục; vùng giữa vết phỏng dần trở nên lõm khi quá trình thoái triển của tổn thương bắt đầu.

+ Các nốt phỏng ban đầu có dịch trong, dạng giọt sương, sau đó dịch trở nên đục; nốt phỏng bị vỡ hoặc thoái triển, đóng vảy; vảy rụng sau 1 đến 2 tuần, để lại một sẹo lõm nông.

+ Ban xuất hiện từng đợt liên tiếp trong 2-4 ngày; trên mỗi vùng da có thể có mặt tất cả các giai đoạn của ban - dát sẩn, phỏng nước và vảy.

+ Tổn thương thủy đậu có thể gặp cả ở niêm mạc hầu họng và/hoặc âm đạo.

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.

4. Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh tay chân miệng do *Enterovirus*

- Ban do *Herpes simplex.*

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

Điều trị hỗ trợ, bao gồm hạ nhiệt và chăm sóc tổn thương da.

Điều trị kháng virus *Herpes.*

2. Điều trị kháng virus

- Acyclovir uống 800mg 5 lần/ngày trong 5-7 ngày; trẻ dưới 12 tuổi có thể dùng liều 20mg/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.

- Người bệnh suy giảm miễn dịch nặng, thủy đậu biến chứng viêm não: ưu tiên acyclovir tĩnh mạch, ít nhất trong giai đoạn đầu, liều 10-12,5mg/kg, 8 giờ một lần, để làm giảm các biến chứng nội tạng. Thời gian điều trị là 7 ngày. Đối với người bệnh suy giảm miễn dịch nguy cơ thấp có thể chỉ cần điều trị bằng thuốc kháng virus uống.

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.

- 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.

IV. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiến triển

Phần lớn thủy đậu thường tiến triển lành tính ở trẻ em.

2. Biến chứng

- Bội nhiễm vi khuẩn các nốt ban.

- Biến chứng hệ thần kinh trung ương:

+ Rối loạn tiểu não và viêm màng não.

+ Viêm não, viêm tủy cắt ngang, hội chứng Guillain-Barré, và hội chứng Reye.

- Viêm phổi: là biến chứng nguy hiểm nhất của thủy đậu, thường gặp ở người lớn, đặc biệt là phụ nữ mang thai.

- Viêm cơ tim, tổn thương giác mạc, viêm thận, viêm khớp, tình trạng xuất huyết, viêm cầu thận cấp, và viêm gan.

V. DỰ PHÒNG

- Tiêm phòng vaccine thủy đậu sống giảm độc lực, được chỉ định cho tất cả trẻ em trên 1 tuổi (cho tới 12 tuổi) chưa mắc thủy đậu và người lớn chưa có kháng thể với *Herpes zoster*. Vaccin thủy đậu có tính an toàn và hiệu quả cao.

- Huyết thanh kháng thủy đậu (*varicella-zoster* immune globulin - VZIG) được chỉ định cho những người có nguy cơ bị biến chứng nặng do thủy đậu trong vòng 72 giờ sau khi tiếp xúc với nguồn bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh truyền nhiễm,* ban hành kèm theo Quyết định 5642/QĐ-BYT.

BẠCH HẦU

MÃ ICD 10: A36

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh bạch hầu là bệnh nhiễm trùng - nhiễm độc, lây theo đường hô hấp và có khả năng gây dịch, do trực khuẩn *Corynebacterium diphtheriae* (còn gọi là trực khuẩn *Klebs-Leoffler*) gây nên. Bệnh thường gặp ở trẻ em < 15 tuổi và ở đối tượng chưa có miễn dịch với bệnh bạch hầu do chưa được tiêm vắc-xin đầy đủ. Vi khuẩn thường khu trú và làm thương tổn đường hô hấp trên (mũi, họng, thanh quản) tạo giả mạc dai dính, khó bóc tách và sinh ra ngoại độc tố gây nhiễm độc toàn thân (tim, thận, thần kinh), nguy cơ tử vong cao do tắc đường thở và viêm cơ tim. Bệnh có thuốc điều trị đặc hiệu bằng kháng sinh và kháng độc tố bạch hầu (SAD) và có thể dự phòng bệnh bằng vắc-xin.

II. LÂM SÀNG

Hay gặp nhất là bạch hầu họng (70%), bạch hầu thanh quản (20-30%), bạch hầu mũi (4%), bạch hầu mắt (3-8%), bạch hầu da, ...

1. Bạch hầu họng

1.1. Thời gian ủ bệnh

Từ 2-5 ngày, không có triệu chứng lâm sàng.

1.2. Thời kỳ khởi phát

- Người bệnh thường sốt 37,5-38^{o}C, đau họng, khó chịu, mệt, ăn kém, da hơi xanh, sổ mũi một bên hoặc 2 bên có thể lẫn máu.

- Khám họng: họng hơi đỏ, a-my-dan có điểm trắng mờ dạng giả mạc ở một bên. Sờ thấy hạch cổ nhỏ, di động, không đau.

1.3. Thời kỳ toàn phát

Vào ngày thứ 2-3 của bệnh.

- Toàn thân: người bệnh sốt 38-38,5C^{o}, nuốt đau, da xanh tái, mệt nhiều, chán ăn, mạch nhanh, huyết áp hơi hạ.

- Khám họng: có giả mạc lan tràn ở một bên hoặc 2 bên a-my-dan; trường hợp nặng giả mạc lan trùm lưỡi gà và màn hầu. Giả mạc lúc đầu trắng ngà, sau ngả màu hơi vàng nhạt, dính chặt vào niêm mạc, bóc tách gây chảy máu, nếu bóc tách thì vài giờ sau mọc lại rất nhanh; giả mạc dai, không tan trong nước, niêm mạc quanh giả mạc bình thường.

- Hạch góc hàm sưng đau. Bệnh nhân sổ mũi nhiều, nước mũi trắng hoặc lẫn mủ.

2. Bạch hầu ác tính

Có thể xuất hiện sớm ngày 3-7 ngày đầu của bệnh. Bệnh cảnh nhiễm trùng nhiễm độc nặng sốt cao 39-40^{o}C, giả mạc lan rộng, khắp hầu họng và môi. Hạch cổ sưng to biến dạng dẫn đến hình cổ bạnh, có nhiều biến chứng sớm viêm cơ tim, suy thận và tổn thương thần kinh.

3. Bạch hầu thanh quản

- Ít gặp bạch hầu thanh quản đơn thuần, thường là bạch hầu họng-thanh quản.

- Bệnh cảnh lâm sàng bao gồm: viêm thanh quản cấp (ho ông ổng, khàn tiếng, khó thở chậm thì hít vào, có tiếng rít thanh quản) giai đoạn muộn sẽ dẫn đến ngạt thở.

III. CẬN LÂM SÀNG

1. Xác định căn nguyên

+ Bệnh phẩm: lấy dịch hầu họng ngoáy ở vùng rìa xung quanh giả mạc (tăm bông lấy bệnh phẩm được bảo quản trong môi trường Amies hoặc môi trường Stuart, vận chuyển ngay đến phòng xét nghiệm càng sớm càng tốt).

+ Nhuộm soi tìm vi khuẩn hình thái bạch hầu: trực khuẩn gram (+), hình chuỳ.

+ Nuôi cấy trên môi trường thạch máu, môi trường chọn lọc Loeffle (Tellurite kali) (hoặc môi trường Cystine tellurite blood agar - CTBA) tìm vi khuẩn bạch hầu, xác định độc tố bạch hầu (Toxigenicity testing bằng VD: Elek test).

+ Dùng kĩ thuật PCR xác định gen độc tố bạch hầu ở cơ sở có điều kiện thực hiện.

2. Các xét nghiệm thường quy và theo dõi, phát hiện các biến chứng

Công thức máu, men gan, men tim, ure, creatinine, điện giải, glucose máu, khí máu nếu cần, điện tâm đồ, tổng phân tích nước tiểu, X-quang ngực, …

IV. CHẨN ĐOÁN

1. Ca bệnh nghi ngờ

- Lâm sàng: có bệnh cảnh lâm sàng của bệnh bạch hầu, giả mạc vùng hầu họng ở vùng tổn thương.

- Dịch tễ học: người bệnh có đi và đến từ vùng đang có dịch bạch hầu hoặc ở vùng từng có ổ dịch bạch hầu trong 5 năm gần đây.

2. Chẩn đoán xác định

Ca bệnh nghi ngờ kèm theo xét nghiệm tìm vi khuẩn bạch hầu dương tính.

3. Chẩn đoán phân biệt

3.1. Các viêm a-my-dan hốc mủ có giả mạc mủn do các nguyên nhân khác như:

- Liên cầu nhóm A
- Bệnh viêm họng Vincent
- Epstein-Barr vi rút (EBV)
- Nấm họng candida

3.2. Các viêm thanh quản do nguyên nhân khác

- Viêm thanh quản do vi rút
- Áp xe thành sau họng
- Phản vệ

3.3. Biến chứng bạch hầu với các căn nguyên khác gây

- Viêm cơ tim
- Viêm thận
- Liệt thần kinh

V. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Phát hiện sớm, cách ly khi phát hiện ca bệnh
- Sử dụng kháng độc tố bạch hầu (SAD) và kháng sinh ngay (penicillin G, erythromycin, azithromycin) để ngăn chặn các biến chứng để giảm tử vong
- Theo dõi, phát hiện sớm và xử lý kịp thời các biến chứng
- Chăm sóc toàn diện cho người bệnh

2. Điều trị cụ thể

2.1. Huyết thanh kháng độc tố bạch hầu (SAD)

Sử dụng ngay khi nghi ngờ mắc bệnh. Liều lượng phụ thuộc vào mức độ nặng của bệnh, không phụ thuộc vào lứa tuổi và cân nặng. Cần test trước khi tiêm, nếu dương tính thì áp dụng phương pháp giải mẫn cảm (Besredka)

- Bạch hầu hầu họng hoặc thanh quản trong 2 ngày đầu: 20.000-40.000UI
- Bạch hầu mũi họng: 40.000-60.000UI
- Bạch hầu ác tính: 80.000-100.000UI

Trong thể nặng, có thể xem xét truyền tĩnh mạch SAD (cần theo dõi sát các dấu hiệu phản vệ và chuẩn bị sẵn sàng để cấp cứu phản vệ nếu xảy ra). Cách thức truyền: pha toàn bộ SAD trong 250-500ml natriclorua 0,9% truyền tĩnh mạch chậm 2-4 giờ.

** Phương pháp Besredka*

a) Tiêm 0,1mL huyết thanh bạch hầu và đợi 15 phút. Nếu không có phản ứng thì tiêm thêm 0,25mL huyết thanh bạch hầu. Nếu không có phản ứng sau 15 phút thì tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch phần còn lại.

b) Nếu người bệnh có biểu hiện sự nhạy cảm khi thử phản ứng, thì không nên dùng toàn bộ liều. Tiến hành giải mẫn cảm theo hướng dẫn của Bộ Y tế.

2.2. Kháng sinh

- Penicillin G: 50.000-100.000 đơn vị/kg/ngày chia 2 lần, tiêm bắp 14 ngày cho đến khi hết giả mạc.
- Hoặc erythromycin uống: trẻ em 30-50mg/kg/ngày; người lớn 500mg x 4 lần/ngày dùng 14 ngày cho đến khi hết giả mạc.
- Hoặc azithromycin: trẻ em: 10-12mg/kg/ngày, người lớn: 500mg/ngày x 14 ngày.

2.3. Các điều trị khác

- Hỗ trợ hô hấp: thông thoáng đường thở (nếu khó thở thanh quản độ II cần chỉ định mở khí quản giúp thông thoáng đường thở). Sử dụng oxy liệu pháp sớm nếu có suy

hô hấp, nếu không đáp ứng với oxy có thể thở máy không xâm nhập/xâm nhập tùy mức độ với trường hợp có suy hô hấp.

- Hỗ trợ tuần hoàn: đảm bảo cung cấp đầy đủ nước điện giải theo nhu cầu có tính đến bù trừ nếu sốt cao, khó thở, nôn… Trong những trường hợp có sốc (da lạnh, dấu hiệu làm đầy mao mạch ≥ 3 giây, HA tâm thu < 90mmHg ở người lớn, nước tiểu < 0,5mL/kg/giờ) sau bù dịch đủ (áp lực tĩnh mạch trung tâm 12-14cmH_2O, hoặc đo đường kính tĩnh mạch chủ dưới, ... không hiệu quả) nên sử dụng thuốc vận mạch để đảm bảo huyết áp trung bình ≥ 65mmHg và lactat máu < 2mmol/L. Chú ý đánh giá quá tải dịch.

- Cân bằng nước điện giải.

- Nếu bệnh nhân có rối loạn nhịp tim (block nhĩ thất cấp 2 Mobitz II có thể dùng máy tạo nhịp tạm thời Pacemaker ngoài da hoặc qua tĩnh mạch cảnh.

- Với trường hợp viêm cơ tim điều trị theo phác đồ viêm cơ tim, nếu viêm cơ tim nặng hoặc có sốc tim không đáp ứng với trợ tim có thể dùng ECMO V-A cho bệnh nhân nếu có điều kiện.

- Bệnh nhân có suy đa tạng, suy thận có thể lọc máu liên tục (CVVH) nếu có chỉ định.

- Có thể sử dụng corticoid trong trường hợp bạch hầu ác tính, và bạch hầu thanh quản có phù nề nhiều.

- Đảm bảo dinh dưỡng: tĩnh mạch hoàn toàn hay kết hợp qua đường tiêu hóa tùy thuộc tình trạng người bệnh.

2.4. Tiêu chuẩn xuất viện và theo dõi điều trị

- Bệnh nhân ổn định sau 2-3 tuần điều trị.

- Soi cấy kiểm tra 2 lần âm tính và không biến chứng.

- Phải tiêm phòng bạch hầu sau khi xuất viện.

- Theo dõi tiếp ngoại trú đủ 60-70 ngày.

VI. PHÒNG BỆNH

- Tất cả người bệnh nghi bạch hầu phải được vào viện để cách ly cho đến khi có kết quả xét nghiệm vi khuẩn hai lần âm tính. Mỗi mẫu bệnh phẩm được lấy cách nhau 24 giờ và không quá 24 giờ sau khi điều trị kháng sinh. Nếu không có điều kiện làm xét nghiệm thì phải cách ly bệnh nhân sau 14 ngày điều trị kháng sinh.

- Rửa tay đúng quy cách bằng xà phòng hoặc dung dịch sát khuẩn.

- Nhà ở của người bệnh, dụng cụ trong phòng, đồ dùng, quần áo của người bệnh phải tẩy uế và sát khuẩn.

- Phòng bệnh bằng vắc-xin bạch hầu: trong chương trình tiêm chủng mở rộng quốc gia, dùng vắc-xin đa giá: bạch hầu - ho gà - uốn ván cho trẻ. Bắt đầu tiêm từ 2-3 tháng tuổi, tiêm 2 lần, mỗi lần 1mL cách nhau 1 tháng. Một năm sau nhắc lại mỗi một năm 1 lần cho đến 5 tuổi.

- Với người tiếp xúc: xét nghiệm vi khuẩn và theo dõi trong vòng 7 ngày.

+ Tiêm 1 liều đơn benzathine penicillin (trẻ ≤ 5 tuổi 600.000 đơn vị; trẻ > 5 tuổi 1.200.000 đơn vị).

+ Hoặc uống erythromycin (trẻ em 40mg/kg/ngày, 10mg/lần cách 6 giờ) trong 7 ngày. Người lớn 1g/ngày, 250mg/lần mỗi 6 giờ.

+ Hoặc azithromycin: trẻ em 10-12mg/kg 1 lần/ngày, tối đa 500mg/ngày. Điều trị trong 7 ngày. Người lớn: 500mg/ngày, trong 7 ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh truyền nhiễm,* ban hành kèm theo Quyết định 5642/QĐ-BYT.

2. Bộ Y tế (2020), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh bạch hầu,* ban hành kèm theo Quyết định 2957/QĐ-BYT.

UỐN VÁN

MÃ ICD 10: A35

I. ĐẠI CƯƠNG

Uốn ván là một bệnh cấp tính nặng, có khả năng gây tử vong do độc tố của vi khuẩn uốn ván *(Clostridium tetani)* gây ra đặc trưng bởi các cơn co giật trên nền tăng trương lực cơ.

Vi khuẩn uốn ván *(Clostridium tetani)* là trực khuẩn gram (+) kỵ khí bắt buộc, sinh nha bào và gây bệnh bằng ngoại độc tố.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán uốn ván chủ yếu dựa trên các biểu hiện lâm sàng bao gồm:

- Khít hàm: tăng dần và tăng lên khi kích thích, là dấu hiệu sớm nhất và gặp ở hầu hết các người bệnh.

- Co cứng cơ toàn thân, liên tục, đau: co cứng các cơ theo trình tự mặt, gáy, cổ, lưng, bụng, chi và ngực, đặc biệt là cơ bụng, co cứng tăng khi kích thích. Người bệnh có "vẻ mặt uốn ván" (+).

- Cơn co giật toàn thân: xuất hiện trên nền co cứng cơ. Cơn giật tăng lên khi kích thích, trong cơn giật người bệnh vẫn tỉnh.

- Có thể có cơn thắt hầu họng - thanh quản.

- Thường có vết thương trước khi xuất hiện triệu chứng uốn ván.

- Người bệnh không có chủng ngừa hay chủng ngừa không đầy đủ đối với bệnh uốn ván.

2. Phân loại thể bệnh

- Uốn ván toàn thể: có các biểu hiện lâm sàng điển hình qua 4 giai đoạn như mô tả ở trên.

- Uốn ván cục bộ: hiếm gặp, biểu hiện bằng co cứng cơ, tăng trương lực và co giật cơ ở một chi hoặc một vùng cơ thể, thường tiến triển thành uốn ván toàn thể.

- Uốn ván thể đầu: người bệnh có vết thương ở vùng đầu mặt cổ, cứng hàm, nói khó, nuốt vướng, co cứng cơ mặt, liệt dây thần kinh sọ số VII. Giai đoạn bệnh sau đó thường tiến triển thành uốn ván toàn thể.

- Uốn ván sơ sinh: điển hình xảy ra ở trẻ 3-28 ngày tuổi (trung bình 8 ngày), thời gian ủ bệnh có thể từ 2 ngày đến hơn một tháng. Triệu chứng đầu tiên là bỏ bú, khóc nhỏ tiếng, sau đó, khít hàm, không bú được, cứng cơ toàn thân, và co giật.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Tăng trương lực cơ do thuốc.

- Khít hàm do nhiễm trùng răng, áp xe hầu họng, viêm khớp thái dương hàm.

- Ngộ độc strychnine.

- Hội chứng người cứng là một rối loạn thần kinh hiếm gặp đặc trưng bởi cứng cơ nghiêm trọng. Người bệnh không có khít hàm hoặc giật cơ mặt và đáp ứng nhanh chóng với diazepam là dấu hiệu giúp phân biệt hội chứng này với uốn ván thực sự.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Ngăn chặn sản xuất độc tố
- Trung hòa độc tố
- Kiểm soát co giật và co cứng cơ
- Điều chỉnh rối loạn thần kinh thực vật
- Điều trị hồi sức tích cực và các biện pháp hỗ trợ khác

2. Điều trị cụ thể

2.1. Ngăn chặn tạo độc tố uốn ván

Xử lý vết thương: mở rộng vết thương, cắt bỏ triệt để tổ chức hoại tử tại vết thương để loại bỏ nha bào uốn ván.

Kháng sinh diệt vi khuẩn uốn ván: metronidazol 500mg, truyền TM cách 6-8 giờ/lần; hoặc penicillin G: 1-2 triệu đơn vị, tiêm TM cách 4-6 giờ/lần; erythromycin, penicillin V hoặc clindamycin là những thay thế của metronidazol và penicillin G; thời gian điều trị 7-10 ngày.

2.2. Trung hòa độc tố uốn ván

Globulin miễn dịch uốn ván từ người (HTIG) liều 3000-6000 đơn vị tiêm bắp, hoặc huyết thanh kháng độc tố uốn ván từ ngựa (SAT) 1.500 đơn vị/01 ống, liều 400-500 đơn vị/kg cân nặng, liều duy nhất (người lớn thường dùng 14 ống) tiêm bắp. Dùng SAT phải thử phản ứng trước tiêm, test SAT với 75 đơn vị, với HTIG không cần thử test. Uốn ván sơ sinh dùng SAT 1.000 đơn vị/kg cân nặng.

2.3. Kiểm soát co giật và co cứng cơ

Nguyên t c:

- Để người bệnh nơi yên tĩnh, kiểm soát ánh sáng, tiếng ồn và tránh kích thích gây co giật.

- Dùng liều lượng thuốc ít nhất mà khống chế được cơn giật, không ức chế hô hấp và tuần hoàn.

- Ưu tiên dùng loại thuốc ít độc, ít gây nghiện, thải trừ nhanh, dung nạp tốt khi tiêm hay truyền tĩnh mạch.

- Điều chỉnh hàng ngày, hàng giờ cho phù hợp.

- Chia rải đều liều thuốc cho trong cả ngày theo giờ để làm nền và chỉ định tiêm thêm nếu cần thiết.

Điều trị cụ thể:

- Diazepam: 2-7mg/kg/24 giờ, chia đều mỗi 1 giờ, 2 giờ hoặc 4 giờ. Dùng đường uống qua sonde dạ dày hoặc tiêm tĩnh mạch, mỗi lần 1-2 ống (10-20mg), hoặc kết hợp cả uống và cả tiêm. Không nên dùng quá 240mg diazepam/ngày. Khi dùng liều cao phải hỗ trợ thông khí cho bệnh nhân. Diazepam đường tiêm có thể gây toan lactic máu.

- Midazolam thường được ưa dùng do không gây toan lactic. Midazolam truyền TM liên tục, liều 0,05-0,3mg/kg/giờ (khoảng 5-15mg/giờ).

- Hỗn hợp cocktailytique: 1 ống aminazin 25mg + 1 ống pipolphen 50mg (hoặc dimedrol 10mg) + 1 ống dolargan 100mg. Trộn lẫn, tiêm bắp, mỗi lần tiêm từ nửa liều đến cả liều. Không quá 3 liều/ngày và không dùng kéo dài quá 1 tuần. Không dùng cho trẻ em và phụ nữ có thai.

- Thiopental: dùng khi đã dùng benzodiazepin liều tối đa. Pha 1-2g vào 250-500mL NaCl 0,9% hoặc glucose 5%. Truyền nhanh qua catheter tĩnh mạch trung tâm khi có cơn co giật, ngừng truyền ngay khi hết co giật. Có thể truyền thiopental TM liên tục đến liều 3,75mg/kg/giờ. Khi đã dùng thiopental phải cho người bệnh thở máy và nên mở khí quản. Thận trọng khi dùng quá 4 g thiopental/ngày.

- Truyền propofol TM có thể kiểm soát được co giật và co cứng cơ. Liều propofol có thể đến 6,4mg/kg/giờ tùy theo đáp ứng lâm sàng.

- Thuốc ức chế thần kinh cơ: chỉ định khi dùng thuốc an thần không đủ để kiểm soát co giật, co cứng cơ. Pancuronium có thể làm rối loạn thần kinh thực vật nặng hơn do ức chế tái hấp thu catecholamine. Vecuronium ít gây các vấn đề về thần kinh thực vật hơn. Có thể dùng pipercuronium 0,02-0,08mg/kg/giờ truyền TM (giãn cơ mạnh, tác dụng kéo dài từ 1,5-3 giờ, ổn định về tim mạch).

2.4. Điều chỉnh rối loạn thần kinh thực vật

Magnesium sulfate: liều khởi đầu 40mg/kg trong 30 phút rồi duy trì 20-80mg/kg/giờ truyền TM, duy trì nồng độ Mg trong máu từ 2-4mmol/L.

Thuốc ức chế beta giao cảm: labetalol liều 0,25-1mg/phút thường được dùng, không nên dùng propranolol do nguy cơ đột tử.

Morphine sulfate được dùng để giảm đau và kiểm soát rối loạn thần kinh thực vật, truyền TM liên tục liều có thể đến 0,5-1mg/kg/giờ trong trường hợp để kiểm soát rối loạn thần kinh thực vật.

Atropine và clonidine để điều chỉnh nhịp tim và huyết áp nhưng hiệu quả hạn chế.

Gây mê sâu: phối hợp liều cao midazolam, thiopental, propofol và fentanyl (truyền TM liên tục liều 0,7-10µg/kg/giờ) hoặc sufentanil (thuộc họ morphin có tác dụng giảm đau gấp 10-50 lần fentanyl, truyền TM liên tục liều 0,9-1,6µg/kg/giờ).

2.5. Điều trị hồi sức tích cực và các biện pháp hỗ trợ khác

Hồi sức hô hấp.

Đảm bảo thông thoáng đường thở:

- Hút đờm dãi, không ăn uống đường miệng để tránh sặc và co thắt thanh môn.

- Mở khí quản: bảo vệ đường thở, hút đờm dãi và thông khí nhân tạo. Chỉ định:

+ Những trường hợp có tiên lượng nặng nên chỉ định mở khí quản sớm.

+ Khi người bệnh có dấu hiệu chẹn ngực, co giật toàn thân khó kiểm soát với thuốc chống co giật, co thắt hầu họng - thanh quản.

+ Ứ đọng đờm rãi.

- Thở oxy: khi $SpO_2 < 92\%$.

- Thở máy, chỉ định:

+ Giảm oxy máu với $SpO_2 < 92\%$ mặc dù đã thở oxy.

+ Người bệnh thở yếu không đảm bảo thông khí.

+ Người bệnh đang dùng liều cao các thuốc an thần, gây mê, giãn cơ hoặc ở người cao tuổi nên theo dõi sát để cho thở máy kịp thời.

Hồi sức tuần hoàn: đảm bảo thể tích tuần hoàn bằng truyền dịch, dùng thuốc vận mạch và gây mê khi có rối loạn thần kinh thực vật gây huyết áp dao động.

Pyridoxin (vitamin B6): có tác dụng làm tăng tiết GABA, đối kháng gián tiếp với độc tố uốn ván (làm giảm tiết GABA), dùng 10mg/kg/ngày uống 10-14 ngày, sơ sinh dùng 100mg/ngày.

Dự phòng loét do sang chấn tâm lý (stress): bằng thuốc giảm tiết acid dịch vị.

Các điều trị khác: đảm bảo cân bằng nước và điện giải, dinh dưỡng nhu cầu năng lượng cao 70Kcal/kg/ngày, tránh táo bón (thuốc nhuận tràng). Người bệnh bí đái nên đặt thông tiểu sớm. Vệ sinh cơ thể và các hốc tự nhiên, thay đổi tư thế chống loét. Rửa, nhỏ thuốc tra mắt thường xuyên. Phòng huyết khối tĩnh mạch. Vật lý trị liệu bắt đầu sớm sau khi hết co giật. Dùng thêm thuốc làm mềm cơ.

IV. PHÒNG BỆNH

Tiêm ngừa uốn ván.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh truyền nhiễm,* ban hành kèm theo Quyết định 5642/QĐ-BYT.

THƯƠNG HÀN

MÃ ICD 10: A01.0

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh thương hàn (Typhoid fever) là một bệnh cấp tính toàn thân do vi khuẩn *Salmonella enterica* typ huyết thanh Typhi gây nên với bệnh cảnh sốt kéo dài, có nhiều biến chứng nặng như xuất huyết tiêu hóa, thủng ruột, viêm cơ tim, viêm não dễ dẫn đến tử vong. Bệnh lây qua đường tiêu hóa qua đồ ăn, thức uống bị nhiễm mầm bệnh hoặc qua đường phân - tay - miệng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

1.1. Thời kỳ ủ bệnh

Thường từ 7 đến 14 ngày, có thể từ 3 tới 60 ngày. Không có triệu chứng.

1.2. Thời kỳ khởi phát (tuần thứ nhất): từ từ, tăng dần.

Sốt nhẹ sau tăng dần tới 40^0C trong vòng 1 tuần. Đau đầu, suy nhược, mất ngủ, chóng mặt. Buồn nôn, táo bón. Có thể chảy máu mũi. Mạch nhiệt độ thường phân ly.

Khám lâm sàng: lưỡi bẩn, bụng chướng, lách to có thể to, nghe phổi có thể thấy rale phế quản và gõ đục đáy phổi phải (dấu hiệu Lesieur).

1.3. Thời kỳ toàn phát (tuần thứ hai): thường kéo dài 2-3 tuần trừ những trường hợp có biến chứng

Sốt hình cao nguyên 40^0C. Mạch nhiệt độ phân ly. Lưỡi khô, rêu lưỡi trắng dày, rìa lưỡi đỏ (hình ảnh lưỡi quay). Tiêu chảy phân màu vàng bí ngô hoặc đỏ nâu, mùi khắm. Bụng chướng, lách to, dấu hiệu ùng ục hố chậu phải.

Đào ban: ban màu hồng nhạt kích thước 2-4mm ở ngực bụng, hết sau vài ngày, thường gặp vào cuối tuần thứ nhất, đầu tuần thứ 2.

Loét Duguet: loét hình bầu dục ở nếp a-mi-đan trước, dài 6-8mm, rộng 4-6mm, thường chỉ ở 1 bên.

Li bì, thờ ơ với ngoại cảnh, có thể mê sảng, hôn mê.

1.4. Thời kỳ lui bệnh và hồi phục (tuần thứ ba)

Sốt giảm dần rồi hết. Đỡ mệt, tỉnh táo dần trở lại. Hết tiêu chảy, bụng đỡ chướng dần. Ăn ngon miệng

2. Cận lâm sàng

Số lượng bạch cầu thường giảm, hiếm khi tăng.

Giảm natri và kali máu.

Có thể tăng nhẹ men gan AST và ALT.

Protein niệu thoáng qua.

Hình ảnh tổn thương viêm phổi trên phim X-quang (Pneumotyphus).

Cấy máu, cấy phân, cấy tủy xương, đào ban, nước tiểu tìm vi khuẩn thương hàn

Chọc dò dịch não tủy (nếu có dấu hiệu màng não): dịch đục, tăng protein và tế bào, nuôi cấy có thể phân lập được trực khuẩn thương hàn.

Phản ứng Widal: làm 2 lần để đánh giá hiệu giá kháng thể.

3. Chẩn đoán xác định

3.1. Lâm sàng

Sống hoặc đến vùng có bệnh lưu hành, ăn uống không đảm bảo vệ sinh, tiếp xúc hoặc chăm sóc người bệnh thương hàn mà không đảm bảo vệ sinh tay.

Sốt từ từ tăng dần, nhiệt độ hình cao nguyên.

Tiêu hóa: bụng chướng, ùng ục hố chậu phải, lưỡi quay, lách to, phân lỏng màu vàng bí ngô.

Tâm thần kinh: có thể có li bì, thờ ơ, mê sảng hoặc hôn mê.

Tim mạch: mạch chậm.

Hô hấp: ralе phế quản, gõ đục đáy phổi phải.

Đào ban ở bụng, ngực.

3.2. Xét nghiệm

Phân lập được trực khuẩn thương hàn từ các bệnh phẩm: máu, tủy xương, dịch não tủy, phân, đào ban, nước tiểu.

Phản ứng Widal: hiệu giá kháng thể trên 1:160 trong một mẫu lần 1 hoặc hoặc hiệu giá kháng thể lần 2 tăng gấp 4 lần so với lần 1.

4. Thể bệnh

- Thể thông thường điển hình.
- Thể không điển hình: chỉ sốt kéo dài đơn thuần, không có các biểu hiện nhiễm độc, rối loạn tiêu hóa thoáng qua.
- Thể khởi phát bất thường: viêm màng não, viêm phổi hoặc thủng ruột.

5. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm nội tâm mạc, nhiễm khuẩn huyết, bệnh do *Brucella*, lao và các áp xe.
- Bệnh do *Rickettsia.*
- Bệnh do đơn bào như sốt rét, bệnh *Leshmania* nội tạng, áp xe gan amip.
- Bệnh do virus như cúm, Dengue.
- Bệnh không do nhiễm trùng như bệnh mô liên kết và các rối loạn tăng sinh lympho bào.

III. ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị

- Dùng kháng sinh thích hợp.
- Điều trị hỗ trợ và chăm sóc tốt.

- Phát hiện sớm và điều trị các biến chứng như thủng ruột, xuất huyết tiêu hóa và các biến chứng khác.

- Dùng corticoid liều cao cho những người bệnh có biểu hiện viêm não hoặc nhiễm độc nội độc tố nặng.

1. Điều trị đặc hiệu

Các kháng sinh vi khuẩn thương hàn đã kháng lại: ampicillin, amoxicillin, chloramphenicol, co-trimoxazol.

Các kháng sinh còn hiệu lực: fluoroquinolon (ciprofloxacin, ofloxacin và pefloxacin) hoặc cephalosporin thế hệ III (cefotaxime, ceftriaxone).

Có thể sử dụng azithromycin.

Liều lượng thuốc:

- Ciprofloxacin hoặc ofloxacin: 15mg/kg/ngày, có thể lên tới 20mg/kg/ngày.

- Cephalosporin thế hệ III: 2-3g/ngày.

- Azithromycin: 1g/ngày.

Thời gian: 5-7 ngày hoặc 10-14 ngày đối với trường hợp có biến chứng.

2. Điều trị hỗ trợ

Ăn thức ăn mềm, ít xơ, dễ tiêu, giàu dinh dưỡng.

Bù đủ dịch và điều chỉnh rối loạn điện giải.

Sử dụng corticoid cho những thể nặng (viêm não, viêm cơ tim và sốc): dexamethason liều 3mg/kg truyền tĩnh mạch chậm trong vòng 30 phút. Sau đó cứ mỗi 6 giờ lại dùng một liều dexamethason 1mg/kg cho đến hết 8 liều.

3. Điều trị các biến chứng

Trụy mạch, xuất huyết tiêu hóa, thủng ruột, ...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh truyền nhiễm,* ban hành kèm theo Quyết định 5642/QĐ-BYT.

LỴ TRỰC KHUẨN

MÃ ICD 10: A03

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh do *Shigella* là tình trạng viêm nhiễm cấp tính ở đường tiêu hóa do trực khuẩn *Shigella* gây nên với hội chứng lỵ điển hình là đau quặn bụng, mót rặn và đi ngoài phân lỏng như nước rửa thịt.

Biểu hiện lâm sàng của bệnh do *Shigella* có thể thay đổi từ thể tiêu chảy nhẹ phân lỏng nước cho đến các thể nặng nề với đau bụng quặn, mót rặn, tiêu phân nhày máu, sốt và dấu hiệu nhiễm trùng nhiễm độc.

Biểu hiện ở đường tiêu hóa thường tự khỏi trong vài ngày. Dùng kháng sinh sớm có tác dụng giúp hồi phục sớm và rút ngắn thời gian thải vi khuẩn ra phân.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

1.1. Thời kỳ ủ bệnh

Thường kéo dài 12-72 giờ (trung bình 1-5 ngày), không có biểu hiện lâm sàng.

1.2. Thời kỳ khởi phát

Khởi phát đột ngột với các triệu chứng:

- Hội chứng nhiễm trùng: sốt cao 39-40^{o}C, thường kèm theo ớn lạnh, đau nhức cơ toàn thân, mệt mỏi, chán ăn, buồn nôn hoặc nôn, trẻ nhỏ có thể bị co giật do sốt cao.

- Triệu chứng tiêu hóa: tiêu chảy phân lỏng, toàn nước, kèm theo đau bụng.

1.3. Thời kỳ toàn phát

Bệnh diễn tiến thành bệnh cảnh lỵ đầy đủ:

- Đau bụng quặn từng cơn. Thể trạng suy sụp nhanh chóng, người mệt mỏi, hốc hác, môi khô, lưỡi vàng bẩn.

- Mót rặn, đau vùng trực tràng, có thể dẫn đến sa trực tràng do rặn nhiều.

- Đi ngoài phân nhầy máu mũi, nhiều lần (có thể 20-40 lần/ngày), số lượng phân ít dần theo thời gian bị bệnh. Điển hình phân như nước rửa thịt.

- Khám bụng: đau, chướng nhất là phần dưới bên trái, vùng đại tràng sigma, có thể đau toàn bộ khung đại tràng.

1.4. Thời kỳ lui bệnh và hồi phục

- Sốt giảm dần rồi hết, người đỡ mệt, cảm giác thèm ăn dần trở lại.

- Các cơn đau bụng thưa và nhẹ dần rồi hết.

- Giảm rồi hết cảm giác mót rặn.

- Số lần đi ngoài giảm dần, nhày máu mũi giảm dần rồi hết, đi ngoài phân sệt rồi thành khuôn trở lại.

- Đi tiểu nhiều, bụng hết đầy chướng.

2. Cận lâm sàng

2.1. Công thức máu

Bạch cầu thường tăng, tăng tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính. Hồng cầu bình thường hoặc giảm nhẹ.

2.2. Xét nghiệm phân

Soi tươi: có hồng cầu, bạch cầu đa nhân.

Cấy phân: phân lập trực khuẩn *Shigella*.

2.3. Soi trực tràng

Hình ảnh viêm lan tỏa cấp tính niêm mạc, có nhiều vết loét nông đường kính 3-7 mm, có thể xuất huyết chỗ loét.

3. Chẩn đoán xác định

3.1. Lâm sàng

Sốt và triệu chứng toàn thân.

Hội chứng lỵ: đau quặn bụng, mót rặn, phân nhày máu mũi.

3.2. Cận lâm sàng

Phân lập được trực khuẩn Shigella từ phân người bệnh.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Dùng kháng sinh sớm và thích hợp.
- Bồi phụ nước và điện giải sớm và kịp thời.
- Điều trị các triệu chứng khác.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Bồi phụ nước điện giải

- Cần đánh giá mức độ mất nước, điện giải của người bệnh để bù dịch phù hợp và kịp thời.

+ Mất nước nhẹ, không nôn: bù dịch bằng đường uống với oresol.

+ Mất nước từ trung bình tới nặng, kèm theo nôn: bù dịch đường tĩnh mạch với các loại dung dịch: mặn ngọt, lactate ringer hoặc acetate ringer. Cần phải dựa vào xét nghiệm điện giải đồ để lựa chọn chủng loại dịch cho phù hợp nhằm bồi phụ natri và kali cho đầy đủ.

- Theo dõi mạch, huyết áp, số lượng nước tiểu để điều chỉnh lượng dịch cũng như tốc độ truyền dịch.

2.2. Kháng sinh

Các thuốc được khuyến cáo sử dụng điều trị trực khuẩn lỵ Shigella hiện nay là:

- Ciprofloxacin 500mg x 2 lần/ngày hoặc

- Pefloxacin 40mg x 2 lần/ngày hoặc

- Ofloxacin 200mg x 2 lần/ngày hoặc

- Levofloxacin 500mg x 1 lần/ngày

Thời gian điều trị: 5 ngày.

2.3. Điều trị triệu chứng

- Sốt cao: sử dụng thuốc hạ nhiệt paracetamol 60mg/kg/ngày, mỗi lần 10mg/kg/ngày hoặc các biện pháp hạ nhiệt không dùng thuốc.

- Giảm đau:

+ Atropin 1/4mg x 2 ống/1 lần (tiêm dưới da hoặc tiêm bắp) khi đau.

+ Buscopan viên 10mg x 2 viên/1 lần, 2-4 lần/ngày.

- Điều hòa nhu động ruột, chống nôn: primperan 10mg (ống hoặc viên): tiêm bắp hoặc tĩnh mạch chậm, hoặc cho uống 10-20mg/1 lần, 2-3 lần/ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh truyền nhiễm,* ban hành kèm theo Quyết định 5642/QĐ-BYT.

CÚM MÙA

MÃ ICD 10: J09

I. ĐẠI CƯƠNG

Cúm mùa là một bệnh nhiễm trùng hô hấp cấp tính do virus cúm *Myxovirus influenzae*, thuộc họ *Orthomyxoviridae* gây nên. Bệnh xảy ra hàng năm, thường vào mùa đông xuân. Bệnh lây nhiễm trực tiếp từ người bệnh sang người lành thông qua các giọt bắn nhỏ khi nói chuyện, khi ho, hắt hơi. Tại Việt Nam, các virus gây bệnh cúm mùa thường gặp là cúm A/H3N2, A/H1N1 và cúm B.

Bệnh cúm mùa tiến triển thường lành tính, nhưng cũng có thể biến chứng nặng và nguy hiểm hơn ở những người có bệnh lý mạn tính về tim mạch và hô hấp, người bị suy giảm miễn dịch, người già (> 65 tuổi), trẻ em (< 5 tuổi) và phụ nữ có thai.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Sốt (thường trên 38^0C), đau nhức cơ toàn thân và có một trong số các biểu hiện về hô hấp như đau họng, hắt hơi, ngạt mũi, chảy nước mũi, ho, khó thở.

- Hình ảnh chụp X-quang phổi bình thường hoặc có tổn thương thâm nhiễm lan tỏa ở phổi.

2. Xét nghiệm: công thức máu bạch cầu bình thường hoặc giảm.

3. Chẩn đoán xác định

- Có yếu tố dịch tễ: sống hoặc đến từ khu vực có bệnh cúm lưu hành hoặc có tiếp xúc trực tiếp với người bệnh cúm.

- Lâm sàng: có các triệu chứng như nêu trên.

- Xét nghiệm dương tính với virus cúm bằng kỹ thuật RT-PCR hoặc real time RT-PCR hoặc nuôi cấy virus đối với các bệnh phẩm là dịch ngoáy họng, dịch tỵ hầu, dịch phế quản.

4. Chẩn đoán mức độ bệnh

- *Cúm chưa có biến chứng (cúm nhẹ)*: lâm sàng có biểu hiện hội chứng cúm đơn thuần.

- *Cúm có biến chứng (cúm nặng)*: tổn thương ở phổi với biểu hiện suy hô hấp trên lâm sàng; sốc nhiễm khuẩn, suy đa phủ tạng; có các dấu hiệu nặng lên của các bệnh lý nền mạn tính.

5. Chẩn đoán phân biệt

- Nhiễm các loại virus khác (như *Parainfluenza, Adenovirus,* virus hợp bào hô hấp, *Coronavirus, Enterovirus*).

- Nhiễm các vi khuẩn nội bào (như *Mycoplasma, Chlamydiae, Coxiella*).

Bệnh cảnh lâm sàng đều giống như cúm (hội chứng cúm). Chỉ có xét nghiệm sinh học mới có giá trị chẩn đoán tác nhân gây bệnh.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc chung

Người bệnh nghi ngờ nhiễm cúm hoặc đã xác định nhiễm cúm phải được cách ly y tế và thông báo kịp thời cho cơ quan y tế dự phòng.

Nhanh chóng đánh giá tình trạng người bệnh và phân loại mức độ bệnh. Các trường hợp bệnh nặng hoặc có biến chứng nặng cần kết hợp các biện pháp hồi sức tích cực và điều trị căn nguyên.

Thuốc kháng virus được dùng càng sớm càng tốt khi có chỉ định.

Ưu tiên điều trị tại chỗ, nếu điều kiện cơ sở điều trị cho phép nên hạn chế chuyển tuyến.

2. Xử trí theo mức độ bệnh

Cần nhập viện để điều trị và dùng thuốc kháng virus càng sớm càng tốt đối với các trường hợp cúm có biến chứng và/hoặc có kèm theo các yếu tố nguy cơ.

3. Điều trị thuốc kháng virus

Chỉ định: các trường hợp nhiễm cúm A hoặc B (nghi ngờ hoặc xác định) có biến chứng hoặc có yếu tố nguy cơ.

Thuốc được sử dụng hiện nay là oseltamivir hoặc/và zanamivir.

Liều lượng oseltamivir được tính theo lứa tuổi và cân nặng. Thời gian điều trị là 5 ngày.

- Người lớn và trẻ em > 13 tuổi: 75mg x 2 lần/ngày.
- Trẻ em ≥ 12 tháng đến ≤ 13 tuổi:

+ Cân nặng ≤ 15kg: 30mg x 2 lần/ngày.

+ Cân nặng > 15kg đến 23kg: 45mg x 2 lần/ngày.

+ Cân nặng > 23kg đến 40kg: 60mg x 2 lần/ngày.

+ Cân nặng > 40kg: 75mg x 2 lần/ngày.

- Trẻ < 12 tháng tuổi:

+ 0-1 tháng 2mg/kg x 2 lần/ngày.

+ > 1-3 tháng 2,5mg/kg x 2 lần/ngày.

+ > 3-12 tháng 3mg/kg x 2 lần/ngày.

Zanamivir: dạng hít định liều, sử dụng trong các trường hợp không có oseltamivir, chậm đáp ứng hoặc kháng với oseltamivir. Liều lượng zanamivir được tính như sau:

Người lớn và trẻ em > 7 tuổi: 10mg (2 lần hít 5-mg) x 2 lần/ngày.

Trẻ em từ 5-7 tuổi: 10mg (2 lần hít 5-mg) x 1 lần/ngày.

4. Điều trị cúm biến chứng

Hỗ trợ hô hấp khi có suy hô hấp: thở oxy, thở CPAP hoặc thông khí nhân tạo tùy từng trường hợp.

Phát hiện và điều trị sớm các trường hợp bội nhiễm vi khuẩn với kháng sinh thích hợp.

Phát hiện và điều trị suy đa phủ tạng.

5. Điều trị hỗ trợ

Hạ sốt: chỉ dùng paracetamol khi sốt trên $38,5^0$C, không dùng thuốc nhóm salicylate như aspirin để hạ sốt.

Đảm bảo cân bằng nước điện giải.

Đảm bảo chế độ dinh dưỡng hợp lý.

6. Tiêu chuẩn ra viện

Hết sốt và hết các triệu chứng hô hấp trên 48 giờ (trừ ho).

Tình trạng lâm sàng ổn định.

Sau khi ra viện phải cách ly y tế tại nhà cho đến hết 7 ngày tính từ khi khởi phát triệu chứng.

IV. DỰ PHÒNG

1. Các biện pháp phòng bệnh chung

Phải đeo khẩu trang khi tiếp xúc với người bệnh nghi nhiễm cúm.

Tăng cường rửa tay.

Vệ sinh hô hấp khi ho khạc.

Tránh tập trung đông người khi có dịch xảy ra.

2. Phòng lây nhiễm từ người bệnh

Cách ly người bệnh ở buồng riêng.

Người bệnh phải đeo khẩu trang trong thời gian điều trị.

Thường xuyên làm sạch và khử khuẩn buồng bệnh và quần áo, dụng cụ của người bệnh.

3. Phòng cho nhân viên y tế

Rửa tay thường quy trước và sau khi thăm khám người bệnh bằng xà phòng hoặc dung dịch sát khuẩn nhanh.

Phương tiện phòng hộ gồm khẩu trang, găng tay, mũ, bao giầy hoặc ủng, mặt nạ che mặt... phải luôn có sẵn ở khu vực cách ly, được sử dụng đúng cách và khi cần thiết. Sau khi dùng được xử lý theo quy định của Bộ Y tế.

Giám sát: lập danh sách nhân viên y tế trực tiếp chăm sóc, điều trị cho người bệnh, nhân viên làm việc tại khoa có người bệnh và nhân viên phòng xét nghiệm xử lý bệnh phẩm. Những nhân viên này cần được theo dõi thân nhiệt và các biểu hiện lâm sàng hàng ngày.

Nhân viên mang thai, mắc bệnh tim phổi mạn tính nên tránh tiếp xúc với người bệnh.

4. Tiêm phòng vaccin cúm

Nên tiêm phòng vaccin cúm hằng năm.

Các nhóm có nguy cơ lây nhiễm cúm nên được tiêm phòng cúm là:

- Nhân viên y tế;

- Trẻ từ 6 tháng đến 8 tuổi;

- Người có bệnh mạn tính (bệnh phổi mạn tính, bệnh tim bẩm sinh, suy tim, đái tháo đường, suy giảm miễn dịch…).

- Người trên 65 tuổi.

5. Dự phòng bằng thuốc

Có thể điều trị dự phòng bằng thuốc kháng virus oseltamivir (Tamiflu) cho những người thuộc nhóm nguy cơ cao mắc cúm biến chứng có tiếp xúc với người bệnh được chẩn đoán xác định cúm.

Thời gian điều trị dự phòng là 10 ngày.

Liều lượng như sau:

- Người lớn và trẻ em > 13 tuổi: 75mg x 1 lần/ngày.

- Trẻ em ≥ 12 tháng đến ≤ 13 tuổi:

+ Cân nặng ≤ 15kg: 30mg x 1 lần/ngày.

+ Cân nặng > 15kg đến 23kg: 45mg x 1 lần/ngày.

+ Cân nặng > 23kg đến 40kg: 60mg x 1 lần/ngày.

+ Cân nặng > 40kg: 75mg x 1 lần/ngày.

- Trẻ em < 12 tháng

+ < 3 tháng Không khuyến cáo trừ trường hợp được cân nhắc kỹ.

+ 3-5 tháng 20mg x 1 lần/ngày.

+ 6-11 tháng 25mg x 1 lần/ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh truyền nhiễm,* ban hành kèm theo Quyết định 5642/QĐ-BYT.

2. Bộ Y tế (2008), *Hướng dẫn chẩn đoán, xử trí và phòng lây nhiễm cúm A (H5N1) ở người*, ban hành kèm theo Quyết định số: 30/2008/QĐ-BYT.

VIÊM MÀNG NÃO TĂNG BẠCH CẦU ÁI TOAN

MÃ ICD 10: G02.8

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm màng não (VMN) tăng bạch cầu (BC) ái toan được xác định khi dịch não tủy có trên 10 bạch cầu ái toan/mm^3 và/hoặc số BC ái toan chiếm trên 10% số bạch cầu trong dịch não tủy.

VMN tăng BC ái toan nhiễm trùng thường liên quan đến nhiễm ấu trùng của các loài giun sán như giun phổi chuột *Angiostrongilus cantonensis*, giun đũa chó *Toxocara canis,* giun gai *Gnathostoma spinigerum* và một số loài giun khác, bệnh nấm Coccidioido.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Giai đoạn ủ bệnh có thể kéo dài từ 6 ngày đến 30 ngày, trung bình 1 đến 2 tuần đối với *A. cantonensis.*

- Khởi phát có thể đột ngột hoặc bán cấp: đau đầu nặng, buồn nôn, nôn, rối loạn cảm giác; sốt có thể có hoặc không; dấu hiệu màng não từ kín đáo đến rõ ràng; rối loạn tinh thần và tổn thương thần kinh khu trú có thể gặp ở một số người bệnh nặng.

- Nhiễm ấu trùng giun gai có thể đi kèm biểu hiện phù ở mặt và chi, đau dọc các dây thần kinh, rối loạn cảm giác và vận động tại những nơi ấu trùng giun di trú; sự xâm nhập của ấu trùng vào mắt có thể gây phản ứng viêm mãnh liệt, có thể dẫn đến mù.

- Tổn thương mắt có thể gặp trong nhiễm ấu trùng giun đũa chó, nhiễm ấu trùng sán lợn.

- Nhiễm ấu trùng sán lợn thường đi kèm với nang sán dưới da, trong cơ và các cơ quan nội tạng khác ngoài não và màng não.

- Nhiễm giun xoắn T. spiralis đi kèm với đau cứng cơ toàn thân, phù.

2. Cận lâm sàng

- Dịch não tủy (DNT): dịch não tủy thường trong, áp lực tăng, có thể lẫn máu trong nhiễm ấu trùng giun gai.

+ Sinh hóa DNT: protein tăng, đường bình thường, có thể tăng trong một số ít trường hợp;

+ Tăng bạch cầu ái toan trong DNT là dấu hiệu có giá trị chẩn đoán; tỷ lệ BC ái toan thường tăng trên 10%, có thể cao hơn, nhưng có thể hoàn toàn bình thường.

Bạch cầu ái toan trong máu ngoại vi có thể tăng đơn độc, thoáng qua, có thể đi kèm với tăng bạch cầu ái toan trong dịch não tủy.

III. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Viêm màng não mủ do vi khuẩn.

- Viêm màng não do virus.

- Lao màng não

- Viêm màng não do nấm *Cryptococcus neoformans.*

- Một số bệnh nội khoa (lupus ban đỏ hệ thống, leukemia, dị ứng thuốc, sử dụng thuốc cản quang trong chẩn đoán hình ảnh hệ thần kinh trung ương, v.v...).

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Mục tiêu và nguyên tắc điều trị

Điều trị VMN tăng BC ái toan chủ yếu là chống viêm và điều trị triệu chứng; điều trị căn nguyên ít có tác dụng.

2. Điều trị hỗ trợ

- Điều trị triệu chứng: điều trị các thuốc giảm đau, chống nôn, hạ sốt, an thần, v.v... tương tự như các viêm màng não và bệnh nhiễm trùng khác. Chọc dò và dẫn lưu DNT để giảm áp lực nội sọ có tác dụng cải thiện tình trạng lâm sàng.

- Điều trị các thuốc steroid: được chỉ định cho các trường hợp VMN nặng.

3. Điều trị căn nguyên

Các thuốc chống giun sán có thể sử dụng trong điều trị VMN tăng BC ái toan bao gồm albendazol, thiabendazol, mebendazol, levamizol, diethylcarbamazin, và một số thuốc khác. Albendazol thường được sử dụng ở liều 400mg, uống 2 lần/ngày x 10-14 ngày. Tuy nhiên, các thuốc này ít có tác dụng với các ấu trùng đã xâm nhập vào tổ chức não. Nhiễm ấu trùng giun gai có thể điều trị bằng albendazol 400mg, 2 lần một ngày trong 21 ngày hoặc ivermectin uống 200mcg/kg/ngày trong 2 ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh truyền nhiễm,* ban hành kèm theo Quyết định 5642/QĐ-BYT.

NHIỄM TRÙNG Ở DA VÀ MÔ MỀM

MÃ ICD 10: L30.3

I. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm trùng da và mô mềm là nhiễm trùng thường gặp với biểu hiện lâm sàng đa dạng ở các mức độ khác nhau.

Những yếu tố thuận lợi dẫn tới nhiễm trùng da và mô mềm bao gồm: các tổn thương hàng rào da niêm mạc: như vết thương, bỏng. Các bệnh lý mạn tính: đái tháo đường, xơ gan, các bệnh lý gây suy giảm miễn dịch khác.

Các vi khuẩn thường gặp gây nhiễm trùng da và mô mềm: *Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa, c*ác chủng *Enterococcus, Escherichia coli, c*ác chủng *Enterobacter, c*ác chủng *Klebsiella, Beta-hemolytic Streptococcus, Staphylococcus* không sinh Coagulase, ác vi khuẩn nhóm *Clostridium* như *Clostridium perfringens*.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Chốc (impetigo): thường xuất hiện ở những vị trí tiếp xúc, thường gặp nhất là ở mặt và các chi. Tổn thương có ranh giới rõ ràng nhưng thường nhiều và có thể có hoặc không có bọng nước. Các tổn thương bọng nước ban đầu là các bóng nước ở bề mặt, lớn dần lên thành các bọng nước vàng, sau đó sẫm mầu hơn và đôi khi có mủ. Các tổn thương chốc không có bọng nước khởi phát là các nhú, sau đó tiến triển thành các bóng nước xung quanh là hồng ban và có sẩn, lớn đần lên và vỡ sau 4-6 ngày hình thành lớp vỏ dày.

- Áp xe: là các tổn thương mủ trong hạ bì và mô da sâu hơn. Các tổn thương này thường đau, các nốt đỏ và thường nổi lên các mụn mủ và bao quanh bởi tổn thương phù nề hồng ban.

- Nhọt: là các nhiễm trùng nang lông thường do S. aureus lan rộng qua hạ bì xuống mô dưới da.

- Viêm mô tế bào: là tình trạng nhiễm trùng da cấp tính lan tỏa, gây tổn thương lớp sâu của hạ bì cùng mô mỡ dưới da. Biểu hiện lâm sàng là tình trạng tiến triển nhanh sưng nóng, đỏ. Trên vùng da viêm có thể xuất hiện bọng nước và có thể xuất huyết da hay có các chấm xuất huyết.

- Viêm cân hoại tử là tình trạng nhiễm trùng dưới da, bao gồm cả mô da và cơ bên dưới. Bệnh biển hiện ban đầu có thể là các vết xước nhẹ hoặc các vết cắn, sau đó tiến triển thành tình trạng nhiễm độc toàn thân và sốt cao.

- Viêm cơ mủ: là tình trạng nhiễm trùng trong một nhóm cơ, thường gặp do S. aureus. Biểu hiện là tình trạng đau tại chỗ nhóm cơ, cơ co rút cơ và sốt cao.

- Hoại thư Fournier: là tình trạng nhiễm trùng mô mềm hoại tử ở vùng bìu, dương vật hoặc môi âm đạo. Nhiễm trùng có thể khởi phát thầm lặng nhưng tiến triển nhanh sau 1-2 ngày.

- Hoại thư sinh hơi do *Clostridium*: đau rất nhiều ở vị trí tổn thương trong vòng 24 giờ tiếp sau khi nhiễm khuẩn, vùng da nhanh chóng chuyển sang mầu đồng và tím đỏ. Vùng nhiễm trùng mềm hơn và xuất hiện các bọng nước lấp đầy bởi dung dịch hơi đỏ, có khí trong mô và kèm theo các triệu chứng toàn thân như nhiễm độc, nhịp tim nhanh, sốt.

2. Cận lâm sàng

- Các dấu ấn nhiễm khuẩn:

+ Xét nghiệm tế bào máu ngoại vi: số lượng bạch cầu thường tăng cao (> 12 G/l), trường hợp nhiễm trùng nặng bạch cầu có thể giảm < 4000.

+ Tăng protein phản ứng C (CRP), tăng procalcitonin.

- Các xét nghiệm đánh giá tổn thương cơ quan tùy theo vị trí nhiễm trùng khởi điểm như X-quang xương, siêu âm, xét nghiệm sinh hóa máu khác…

- Đối với các trường hợp nhiễm trùng da và mô mềm nặng, có biến chứng:

+ Cấy máu xác định có nhiễm khuẩn huyết kèm theo.

+ Cấy các bệnh phẩm lấy từ ổ nhiễm trùng da và mô mềm (được lấy vô khuẩn).

3. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán xác định nhiễm trùng da và mô mềm dựa vào biểu hiện lâm sàng và kết quả nuôi cấy và định danh vi khuẩn gây bệnh từ mẫu bệnh phẩm lấy từ ổ nhiễm trùng.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị kháng sinh kết hợp với xử trí các ổ nhiễm trùng.

- Đối với các trường hợp nặng, cần phối hợp với các biện pháp hồi sức phù hợp.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Lựa chọn kháng sinh theo kinh nghiệm và theo kháng sinh đồ

** Chốc và các nhiễm trùng da nhẹ: có thể dùng một trong các kháng sinh sau:*	
Cephalexin	250mg x 4 lần/ngày, uống
Azithromycin	500mg ngày đầu, 250mg 4 ngày tiếp theo
Clindamycin	300-400mg x 3 lần/ngày, uống
Amoxicillin/clavulanate	875/125mg x 2 lần/ngày, uống
Kem mỡ Mupirocin	Bôi tổn thương 3 lần/ngày
** Nhiễm trùng hoại tử da do nhiều vi khuẩn* - Phối hợp một kháng sinh nhóm 1 với 1 kháng sinh nhóm 2	

Nhóm 1	*Nhóm 2*
Ampicillin-sulbactam (1,5-3g mỗi 6-8 giờ, tiêm tĩnh mạch) HOẶC piperacillin-tazobactam (3,37g mỗi 6-8 giờ, truyền tĩnh mạch)	Clindamycin (600-900mg/kg mỗi 8 giờ, truyền tĩnh mạch) HOẶC Ciprofloxacin (400mg mỗi 12 giờ, truyền tĩnh mạch)
Cefotaxim (2g mỗi 6 giờ, tiêm tĩnh mạch) HOẶC ceftriaxone (2g mỗi 24 giờ tiêm tĩnh mạch)	Metronidazol (500mg mỗi 6 giờ, truyền tĩnh mạch) HOẶC Clindamycin (600-900mg/kg mỗi 8 giờ, truyền tĩnh mạch)
Nhiễm S. aureus	
Oxacillin	1-2g mỗi 4 giờ, tiêm tĩnh mạch
Cefazolin	1g mỗi 8 giờ, tiêm tĩnh mạch
Clindamycin	600-900mg/kg mỗi 8 giờ, tiêm tĩnh mạch
Vancomycin	30mg/kg chia 2 lần, tiêm tĩnh mạch
Nhiễm Clostridium	
Clindamycin	600-900mg/kg mỗi 8 giờ, tiêm tĩnh mạch
Penicillin	2-4MU mỗi 4-6 giờ, tiêm tĩnh mạch

2.2. Xử trí ổ nhiễm trùng

- Chỉ định phẫu thuật trong các trường hợp sau:

+ Các ổ áp xe quanh hậu môn lan rộng hoặc áp xe nhiều ổ cần dẫn lưu và cắt lọc.

+ Nhiễm trùng vị trí phẫu thuật: cân nhắc chuyển ngoại khoa để mở rộng vết mổ và dẫn lưu.

+ Nhiễm trùng hoại tử: cần nhanh chóng phẫu thuật cắt lọc.

2.3. Điều trị hỗ trợ và hồi sức

- Đề phòng và điều trị sốc nhiễm khuẩn.
- Điều chỉnh cân bằng nước, điện giải và thăng bằng kiềm toan.
- Hạ sốt, dinh dưỡng nâng cao thể trạng.
- Chăm sóc vệ sinh vết thương, chống loét.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh truyền nhiễm,* ban hành kèm theo Quyết định 5642/QĐ-BYT.

TIÊU CHẢY DO VI KHUẨN (TIÊU CHẢY NHIỄM TRÙNG)

.

MÃ ICD 10:

+ *Tiêu chảy rối loạn chức năng:* **K59.1**

+ Nhiễm trùng đường ruột do vi khuẩn: **A04**

I. ĐẠI CƯƠNG

Tiêu chảy do vi khuẩn là bệnh thường gặp ở mọi lứa tuổi, liên quan mật thiết đến vệ sinh an toàn thực phẩm. Biểu hiện lâm sàng chung thường thấy là: sốt, nôn, đau bụng, và tiêu chảy nhiều lần. Trường hợp tiêu chảy nặng có thể gây mất nước hoặc nhiễm trùng nhiễm độc toàn thân dẫn tới tử vong do, đặc biệt ở trẻ em và người già.

Căn nguyên thường gặp:

- Tiêu chảy do độc tố vi khuẩn: *Vibrio cholerae, E. coli,* tụ cầu.

- Tiêu chảy do bản thân vi khuẩn (tiêu chảy xâm nhập): *Shigella, Salmonella, E. coli, Campylobacter, Yersinia, Clostridium difficile…*

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Nôn và buồn nôn.

- Tiêu chảy nhiều lần, tính chất phân phụ thuộc vào căn nguyên gây bệnh:

+ Tiêu chảy do độc tố vi khuẩn: phân có nhiều nước, không có bạch cầu hoặc hồng cầu trong phân.

+ Tiêu chảy do vi khuẩn xâm nhập: phân thường có nhầy, đôi khi có máu.

- Biểu hiện toàn thân:

+ Có thể sốt hoặc không sốt.

+ Tình trạng nhiễm độc: mệt mỏi, nhức đầu, có thể có hạ huyết áp.

+ Tình trạng mất nước.

Các mức độ mất nước:

Các dấu hiệu	Mất nước độ 1	Mất nước độ 2	Mất nước độ 3
Khát nước	Ít	Vừa	Nhiều
Tình trạng da	Bình thường	Khô	Nhăn nheo, mất đàn hồi da, mắt trũng
Mạch	< 100 lần/phút	Nhanh nhỏ (100-120 lần/phút)	Rất nhanh, khó bắt (> 120 lần/phút)
Huyết áp	Bình thường	< 90 mmHg	Rất thấp, có khi không đo được
Nước tiểu	Ít	Thiểu niệu	Vô niệu

Tay chân lạnh	Bình thường	Tay chân lạnh	Lạnh toàn thân
Lượng nước mất	5-6% trọng lượng cơ thể	7-9% trọng lượng cơ thể	Từ 10% trọng lượng cơ thể trở lên

2. Lâm sàng một số tiêu chảy thường gặp

- Tiêu chảy do lỵ trực khuẩn: hội chứng lỵ: sốt cao, đau bụng quặn từng cơn, mót rặn, đi ngoài phân lỏng lẫn nhày máu.

- Tiêu chảy do tả: khởi phát rất nhanh trong vòng 24 giờ, tiêu chảy dữ dội và liên tục 20-50 lần/ngày, phân toàn nước như nước vo gạo. Không sốt, không mót rặn, không đau quặn bụng.

- Tiêu chảy do độc tố tụ cầu: thời gian ủ bệnh ngắn 1-6 giờ, buồn nôn, nôn, tiêu chảy nhiều nước nhưng không sốt.

- Tiêu chảy do *E. coli.*

+ Tiêu chảy do *E. coli* sinh đôc tố ruột (ETEC): đi ngoài phân lỏng không nhày máu, không sốt. Bệnh thường tự khỏi.

+ Tiêu chảy do *E. coli* (EIEC, EPEC, EHEC): sốt, đau quặn bụng, mót rặn, phân lỏng có thể lẫn nhày máu (giống hội chứng lỵ).

- Tiêu chảy do *Salmonella:* tiêu chảy, sốt cao, nôn và đau bụng.

3. Xét nghiệm

- Công thức máu: số lượng bạch cầu tăng hay giảm tùy thuộc từng loại căn nguyên.

- Xét nghiệm sinh hóa máu: có thể có rối loạn điện giải, suy thận kèm theo.

- Xét nghiệm phân:

+ Soi phân: tìm xem có hồng cầu, bạch cầu, các đơn bào ký sinh, nấm, trứng ký sinh trùng...

+ Cấy phân tìm vi khuẩn gây bệnh.

- Siêu âm bụng.

4. Chẩn đoán xác định

- Dịch tễ: nguồn lây (thức ăn, nước uống).

- Lâm sàng: tiêu chảy, buồn nôn, nôn, sốt.

- Xét nghiệm: cấy phân tìm vi khuẩn gây bệnh.

5. Chẩn đoán phân biệt

- Ngộ độc hóa chất.

- Tiêu chảy do virus, do ký sinh trùng.

- Bệnh lý đại tràng khác: viêm đại tràng mạn, ung thư đại tràng, …

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Đánh giá tình trạng mất nước và bồi phụ nước điện giải.

- Điều trị kháng sinh tùy căn nguyên. Cần dự đoán căn nguyên và điều trị ngay. Điều chỉnh lại kháng sinh nếu cần sau khi có kết quả cấy phân.

- Điều trị triệu chứng.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm: trong trường hợp chưa có kết quả vi sinh

Cần cân nhắc dùng kháng sinh trong những trường hợp sau:

- Cơ địa: suy giảm miễn dịch, trẻ nhỏ, người già, phụ nữ có thai.

- Toàn trạng: người bệnh có sốt, tình trạng nhiễm trùng.

- Phân: nhày máu, mũi.

- Xét nghiệm:

+ Công thức máu có bạch cầu và/hoặc bạch cầu trung tính tăng.

+ Soi phân trực tiếp có hồng cầu, bạch cầu hoặc nghi ngờ có phẩy khuẩn tả.

2.2. Sử dụng kháng sinh trong tiêu chảy nhiễm khuẩn do một số căn nguyên thường gặp

Kháng sinh thường hiệu quả trong trường hợp tiêu chảy xâm nhập.

Thường dùng kháng sinh đường uống. Kháng sinh đường truyền chỉ dùng trong trường hợp nặng có nhiễm khuẩn toàn thân.

a. Tiêu chảy do E. coli (ETEC, EHEC), Campylobacter, Yersinia, Salmonella, Vibrio sp.

Thuốc ưu tiên: kháng sinh nhóm Quinolon (uống hoặc truyền) x 5 ngày

- Ciprofloxacin 0,5g x 2 lần/ngày.

- Quinolon khác: levofloxacin 0,5g x 1 lần/ngày (lưu ý không lạm dụng).

Thuốc thay thế: ceftriaxon (TM) 50-100mg/kg/ngày x 5 ngày.

hoặc: azithromycin 0,5g/ngày x 5 ngày.

hoặc: doxycyclin 100mg x 2/ngày x 5 ngày.

b. Tiêu chảy do Clostridium difficile

Metronidazol 250mg (uống) mỗi 6 giờ x 7-10 ngày. Hoặc:

Vancomycin 250mg (uống) mỗi 6 giờ x 7-10 ngày.

c. Tiêu chảy do Shigella (lỵ trực khuẩn)

Thuốc ưu tiên: Quinolon (uống hoặc truyền) x 5 ngày.

- Ciprofloxacin 0,5g x 2 lần/ngày.

- Levofloxacin 0,5g x 1 lần/ngày.

Thuốc thay thế: ceftriaxon (TM) 50-100mg/kg/ngày x 5 ngày.

Hoặc azithromycin 0,5g/ngày x 3 ngày.

d. Tiêu chảy do thương hàn (Salmonella typhi, S. paratyphi)

Thuốc ưu tiên: Quinolon (uống hoặc truyền) x 10-14 ngày.

- Ciprofloxacin 0,5g x 2 lần/ngày.

Thuốc thay thế: ceftriaxon (TM) 50-100mg/kg/ngày x 10-14 ngày.

e. Tiêu chảy do vi khuẩn tả (Vibrio cholera)

Hiện nay, vi khuẩn tả đã kháng lại các kháng sinh thông thường, thuốc được lựa chọn hiện nay là:

- Nhóm Quinolon (uống) x 3 ngày: ciprofloxacin 0,5g x 2 lần/ngày; hoặc norfloxacin 0,4g x 2 lần/ngày.

- Azithromycin 10mg/kg/ngày x 3 ngày (dùng cho trẻ em < 12 tuổi và phụ nữ có thai).

2.3. Điều trị triệu chứng

a. Đánh giá và xử trí tình trạng mất nước

- Mất nước độ I, uống được: bù dịch bằng đường uống, dùng dung dịch oresol.

- Mất nước từ độ II trở lên, không uống được: bù dịch bằng đường tĩnh mạch. Dung dịch được lựa chọn: ringer lactat. Ngoài ra: NaCl 0,9%, glucose 5% với tỷ lệ 1:1.

b. Điều trị hỗ trợ

- Giảm co thắt: spasmaverin.

- Làm săn niêm mạc ruột: diosmectit.

- Không lạm dụng các thuốc cầm tiêu chảy như loperamide.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh truyền nhiễm,* ban hành kèm theo Quyết định 5642/QĐ-BYT.

NHIỄM KHUẨN HUYẾT

Nhiễm khuẩn huyết là một tình trạng nhiễm trùng cấp tính nặng, do vi khuẩn lưu hành trong máu gây ra, biểu hiện bằng các triệu chứng toàn thân, có thể dẫn đến sốc nhiễm khuẩn và suy đa tạng với tỷ lệ tử vong rất cao (từ 20-50%).

Các yếu tố nguy cơ:

- Người già, trẻ sơ sinh/đẻ non.

- Người sử dụng thuốc ức chế miễn dịch, như sử dụng corticoid kéo dài, các thuốc chống thải ghép, hoặc đang điều trị hóa chất và tia xạ.

- Người bệnh có bệnh lý mạn tính, như tiểu đường, HIV/AIDS, xơ gan, bệnh van tim và tim bẩm sinh, bệnh phổi mạn tính, suy thận mạn.

- Người bệnh cắt lách, nghiện rượu, có bệnh máu ác tính, giảm bạch cầu hạt.

- Người bệnh có đặt các thiết bị hoặc dụng cụ xâm nhập như đinh nội tủy, catheter, đặt ống nội khí quản…

- Nhiễm các vi khuẩn độc tính cao: *N. meningitidis, S. suis.*

MÃ ICD 10: A41.8

I. NGUYÊN NHÂN

- Một số vi khuẩn gram âm gây nhiễm trùng huyết thường gặp.

+ Vi khuẩn gram âm đường ruột họ *Enterobacteriacae*: bao gồm *Salmonella, Escherichia coli, Klebsiella, Serratia,* và các vi khuẩn *Enterobacter…*

+ Pseudomonas aeruginosa.

+ Burkholderia pseudomallei.

- Một số vi khuẩn gram dương gây bệnh thường gặp: *Streptococcus pneumoniae, Staphylococcus aureus, Streptococcus suis…*

- Các khuẩn vi khuẩn kị khí thường gặp: *Clostridium perfringens và Bacteroides fragilis.*

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Sốt và các triệu chứng toàn thân:

+ Sốt, có thể kèm theo rét run hoặc không. Trong những trường hợp nặng, người bệnh có thể hạ thân nhiệt. Nhịp tim nhanh, thở nhanh, có thể thay đổi tình trạng ý thức. Phù, gan lách to.

- Vị trí ổ nhiễm trùng khởi điểm:

+ Nhiễm trùng tiêu hóa: áp xe gan, viêm túi mật, viêm ruột, viêm đại tràng, thủng ruột hay các ổ áp xe khác.

+ Nhiễm trùng sinh dục - tiết niệu: viêm đài bể thận, áp xe thận, sỏi thận có biến chứng, áp xe tuyến tiền liệt.

+ Nhiễm trùng vùng tiểu khung: viêm phúc mạc vùng tiểu khung, áp xe buồng trứng - vòi trứng.

+ Nhiễm trùng hô hấp dưới: viêm phổi, viêm mủ màng phổi, áp xe phổi…

+ Nhiễm trùng mạch máu do các đường truyền tĩnh mạch, các catheter mạch máu, thiết bị nhân tạo nhiễm trùng.

+ Nhiễm trùng tim mạch: viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn, áp xe cơ tim, áp xe cạnh van tim.

+ Các nhiễm trùng da và niêm mạc.

- Triệu chứng rối loạn chức năng cơ quan: suy gan, suy thận, …

- Biến chứng:

+ Sốc nhiễm khuẩn: huyết áp tâm thu < 90mmHg, hoặc huyết áp tâm thu giảm > 40mmHg so với huyết áp nền, hoặc huyết áp trung bình < 70mmHg.

+ Suy đa tạng: thường biểu hiện bằng một hay nhiều biểu hiện sau:

Giảm oxy máu động mạch (PaO_2 /FiO_2 < 300).

Thiểu niệu cấp (nước tiểu < 0,5mL/kg/giờ ít nhất trong 2 giờ, mặc dù được bù đủ dịch).

Tăng creatinin > 0,5mg/dL hoặc 44,2µmol/L.

Rối loạn đông máu (INR > 1,5 hoặc aPTT > 60 giây).

Giảm tiểu cầu (số lượng < 100.000/µL).

Bụng chướng (không nghe thấy tiếng nhu động ruột).

Tăng bilirubin máu (bilirubin toàn phần > 4mg/dL hoặc 70µmol/L).

2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm huyết học: số lượng bạch cầu máu ngoại vi > 12 G/l hoặc < 4 G/l hoặc tỷ lệ bạch cầu non > 10%, giảm tiểu cầu (< 100 G/L), rối loạn đông máu (INR > 1,5 hoặc aPTT > 60 giây).

- Xét nghiệm sinh hóa: giảm oxy máu động mạch: PaO_2/FiO_2 < 300, creatinin tăng, tăng bilirubin máu, tăng men gan, protein phản ứng C (CRP) thường > 150mg/L, tăng procalcitonin > 1,5ng/mL.

- Các xét nghiệm khác đánh giá tổn thương cơ quan theo vị trí nhiễm trùng khởi điểm như xét nghiệm dịch não tủy, xét nghiệm nước tiểu, X-quang ngực, siêu âm, …

3. Chẩn đoán xác định

- Lâm sàng: có tính chất gợi ý đến nhiễm khuẩn huyết, gồm: sốt cao, gan lách to, có triệu chứng ổ nhiễm khuẩn khởi điểm, hoặc có tình trạng nhiễm khuẩn nặng có hoặc không kèm theo sốc.

- Cấy máu dương tính là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết. Nên cấy ít nhất 02 mẫu máu ở hai vị trí khác nhau, với thể tích máu cấy ≥ 10mL. Tuy nhiên, cần lưu ý là kết quả cấy máu âm tính cũng không loại trừ được nhiễm khuẩn huyết.

- Cấy các bệnh phẩm khác của ổ nhiễm khuẩn khởi điểm hoặc ổ nhiễm khuẩn thứ phát (ví dụ như mủ ổ áp xe…).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị ngay khi nghĩ đến nhiễm khuẩn huyết sau khi đã cấy máu.
- Sử dụng kháng sinh liều cao, đủ thời gian và nếu cần nên phối hợp kháng sinh.
- Ưu tiên sử dụng kháng sinh đường tĩnh mạch.
- Điều chỉnh kháng sinh theo kết quả điều trị và kháng sinh đồ.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Lựa chọn kháng sinh theo kinh nghiệm

* Chưa xác định được ổ nhiễm khuẩn trước đó trên lâm sàng và không có nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện.

- Nếu có đáp ứng miễn dịch bình thường:

+ Sử dụng kháng sinh phổ rộng đường tĩnh mạch sớm ngay trong giờ đầu: phối hợp một kháng sinh nhóm penicillin phổ rộng (piperacillin/tazobactam) hoặc cephalosporin thế hệ ba (ceftriaxone, cefotaxime, ceftazidime, cefoperazol...) phối hợp với một kháng sinh nhóm quinolon (ciprofloxacin, levofloxacin hoặc moxifloxacin) hoặc với một kháng sinh nhóm aminoglycoside (amikacine, neltimicin...)

+ Nếu nghi ngờ tác nhân gây bệnh là *S. aureus* (tụ cầu vàng): oxacilin, cloxacillin (tụ cầu vàng nhạy methicillin, MSSA) hoặc vancomycin (tụ cầu kháng methicillin, MRSA).

+ Nếu nghi ngờ tác nhân gây bệnh là vi khuẩn kỵ khí, cân nhắc phối hợp thêm metronidazol.

- Nếu người bệnh có giảm bạch cầu hạt, suy giảm miễn dịch số lượng bạch cầu hạt $< 0,5 \times 10^9$/L.

+ Phối hợp một kháng sinh nhóm carbapenem hoặc kháng sinh nhóm penicillin phổ rộng (piperacillin + tazobactam) với một kháng sinh nhóm quinolone (ciprofloxacin, levofloxacin hoặc moxifloxacin) hoặc với một kháng sinh nhóm aminoglycoside (amikacin, neltimicin).

+ Tùy theo điều kiện của cơ sở điều trị, có thể sử dụng liệu pháp kháng sinh theo kinh nghiệm như trên.

+ Nếu bệnh nhân vẫn sốt kéo dài tới 96 giờ khi đã dùng liệu pháp kháng sinh kinh nghiệm ban đầu, cần tìm kiếm các nguyên nhân nhiễm trùng bệnh viện và cân nhắc bổ sung thuốc kháng nấm phù hợp.

* Chưa xác định được ổ nhiễm khuẩn khởi điểm nhưng có yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện.

Cần dựa vào thông tin vi khuẩn học và nhạy cảm kháng sinh của từng bệnh viện để lựa chọn kháng sinh kinh nghiệm cho phù hợp:

- Có thể phối hợp một kháng sinh có tác dụng chống *P. aeruginosa* nhóm carbapenem (imipenem + cilastatin, doripenem, meropenem) hoặc kháng sinh nhóm penicillin phổ rộng như piperacillin + tazobactam với một kháng sinh nhóm quinolon (ciprofloxacin, levofloxacin hoặc moxifloxacin) hoặc với một kháng sinh nhóm aminoglycoside (amikacin, neltimicin) hoặc với fosfomycin. Chú ý cần chỉnh liều các kháng sinh theo độ thanh thải creatinin.

- Nếu nghi ngờ tác nhân gây bệnh là *S. aureus* (tụ cầu vàng) kháng methicillin (MRSA), cần cân nhắc sử dụng thêm vancomycin.

- Nếu nghi ngờ tác nhân vi khuẩn gram âm đa kháng (kháng carbapenem): phối hợp kháng sinh nhóm carbapenem có tác dụng chống *P. aeruginosa* và/hoặc kháng sinh nhóm penicillin phổ rộng + các chất ức chế betalactamase (piperacillin + tazobactam hoặc ampicillin + sulbactam) với colimycin để tăng tác dụng hiệp đồng.

* Khi xác định có ổ nhiễm khuẩn khởi điểm:

- Nhiễm khuẩn đường mật hay tiêu hóa:

+ Nhiễm trùng gan mật: nhóm cepalosporin thế hệ 3 hoặc 4, hoặc carbapenem (nếu người bệnh có nguy cơ nhiễm vi khuẩn sinh betalactamase phổ rộng - ESBL) phối hợp với một kháng sinh nhóm aminoglycoside (amikacin, gentamycin) hoặc metronidazol (khi nghi ngờ vi khuẩn kỵ khí).

+ Nhiễm trùng ống tiêu hóa: sử dụng kháng sinh nhóm cepalosporin thế hệ 3 hoặc 4, hoặc carbapenem hoặc quinolon (ciprofloxacin) phối hợp với metronidazol (khi nghi ngờ vi khuẩn kỵ khí).

- Nhiễm khuẩn đường hô hấp: tham khảo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải tại cộng đồng và viêm phổi bệnh viện.

- Nhiễm khuẩn da: nếu nghi ngờ tác nhân gây bệnh là S. aureus (tụ cầu vàng), cân nhắc sử dụng các kháng sinh có tác dụng chống tụ cầu như oxacilin, cloxacillin (đối với t ụ cầu vàng nhạy methicillin, MSSA) hoặc vancomycin (đối với trường hợp tụ cầu kháng methicillin, MRSA). Đối những người bệnh tổn thương da (ví dụ do bỏng), cần cân nhắc nguy cơ nhiễm trùng bệnh viện và sử dụng các kháng sinh có tác dụng chống P. aeruginosa.

2.2. Xử trí ổ nhiễm trùng khởi điểm

- Dẫn lưu ổ áp xe, dẫn lưu màng phổi, màng tim, dẫn lưu túi mật, lấy sỏi đường mật khi có tắc mật…

- Rút các dụng cụ/thiết bị y khoa là đường vào của nhiễm trùng nếu có chỉ định.

2.3. Điều trị hỗ trợ và hồi sức

- Đề phòng và điều trị sốc nhiễm khuẩn.

- Đảm bảo hô hấp: đảm bảo thông khí, thở oxy, đặt ống nội khí quản và thông khí nhân tạo khi cần thiết.

- Điều chỉnh cân bằng nước, điện giải và thăng bằng kiềm toan.

- Điều trị suy thận: truyền đủ dịch, lợi tiểu.
- Lọc máu liên tục khi có chỉ định.
- Điều trị xuất huyết và đông máu rải rác trong lòng mạch.
- Hạ sốt, dinh dưỡng nâng cao thể trạng.
- Chăm sóc vệ sinh, chống loét.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh truyền nhiễm,* ban hành kèm theo Quyết định 5642/QĐ-BYT.

BỆNH COVID-19 DO CHỦNG VI RÚT CORONA MỚI (SARS-COV-2)

.

MÃ ICD: B34.2

I. ĐẠI CƯƠNG

Vi rút Corona (CoV) là một họ virút lây truyền từ động vật sang người và gây bệnh cho người từ cảm lạnh thông thường đến các tình trạng bệnh nặng, đe dọa tính mạng của người bệnh. Chủng SARS- CoV-2 ngoài lây truyền từ động vật sang người, còn lây trực tiếp từ người sang người chủ yếu qua giọt bắn đường hô hấp và qua đường tiếp xúc. Vi rút cũng có khả năng lây truyền qua đường không khí qua khí dung (aerosol), đặc biệt tại các cơ sở y tế và những nơi đông người và ở không gian kín.

Người bệnh COVID-19 có biểu hiện lâm sàng đa dạng: từ nhiễm không có triệu chứng, tới những biểu hiện bệnh lý nặng như viêm phổi nặng, suy hô hấp, sốc nhiễm trùng, suy chức năng đa cơ quan và tử vong, đặc biệt ở những người cao tuổi, người có bệnh mạn tính hay suy giảm miễn dịch hoặc có đồng nhiễm hay bội nhiễm các căn nguyên khác như vi khuẩn, nấm.

Hiện nay chưa có thuốc đặc hiệu và chưa có vắc xin phòng COVID-19 nên chủ yếu là điều trị hỗ trợ và điều trị triệu chứng. Các biện pháp phòng bệnh chính là phát hiện sớm và cách ly ca bệnh.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Trường hợp bệnh nghi ngờ

Bao gồm các trường hợp:

1.1. Người bệnh có sốt và/hoặc viêm đường hô hấp cấp tính không lý giải được bằng các nguyên nhân khác.

1.2. Người bệnh có bất kỳ triệu chứng hô hấp nào **VÀ** có tiền sử đến/qua/ở/về từ *vùng dịch tễ** có bệnh COVID-19 trong khoảng 14 ngày trước khi khởi phát các triệu chứng ***HOẶC*** *tiếp xúc gần* (**) với trường hợp bệnh nghi ngờ hoặc xác định COVID-19 trong khoảng 14 ngày trước khi khởi phát các triệu chứng.

* *Vùng dịch tễ:* được xác định là những quốc gia, vùng lãnh thổ có ghi nhận ca mắc COVID-19 lây truyền nội địa, hoặc nơi có ổ dịch đang hoạt động tại Việt Nam theo "Hướng dẫn tạm thời giám sát và phòng, chống COVID-19" của Bộ Y tế và được cập nhật bởi Cục Y tế dự phòng.

** *Tiếp xúc gần: bao gồm*

- Tiếp xúc tại các cơ sở y tế, bao gồm: trực tiếp chăm sóc người bệnh COVID-19; làm việc cùng với nhân viên y tế mắc COVID-19; tới thăm người bệnh hoặc ở cùng phòng bệnh có người bệnh mắc COVID-19.

- Tiếp xúc trực tiếp trong khoảng cách ≤ 2 mét với trường hợp bệnh nghi ngờ hoặc xác định mắc COVID-19 trong thời kỳ mắc bệnh.

- Sống cùng nhà với trường hợp bệnh nghi ngờ hoặc xác định mắc COVID-19 trong thời kỳ mắc bệnh.

- Cùng nhóm làm việc hoặc cùng phòng làm việc với ca bệnh xác định hoặc ca bệnh nghi ngờ trong thời kỳ mắc bệnh.

- Cùng nhóm: du lịch, công tác, vui chơi, buổi liên hoan, cuộc họp ... với ca bệnh xác định hoặc ca bệnh nghi ngờ trong thời kỳ mắc bệnh.

- Di chuyển trên cùng phương tiện (ngồi cùng hàng, trước hoặc sau hai hàng ghế) với trường hợp bệnh nghi ngờ hoặc xác định mắc COVID-19 trong thời kỳ mắc bệnh.

2. Trường hợp bệnh xác định

Là trường hợp bệnh nghi ngờ hoặc bất cứ người nào có xét nghiệm dương tính với vi rút SARS-CoV-2 được thực hiện bởi các cơ sở xét nghiệm do Bộ Y tế cho phép khẳng định.

III. TRIỆU CHỨNG

1. Lâm sàng

- Thời gian ủ bệnh: từ 2-14 ngày, trung bình từ 5-7 ngày.

- Khởi phát: triệu chứng hay gặp là sốt, ho khan, mệt mỏi và đau cơ. Một số trường hợp đau họng, nghẹt mũi, chảy nước mũi, đau đầu, ho có đờm, nôn và tiêu chảy.

- Diễn biến:

+ Hầu hết người bệnh (khoảng hơn 80%) chỉ sốt nhẹ, ho, mệt mỏi, không bị viêm phổi và thường tự hồi phục sau khoảng 1 tuần. Tuy nhiên một số trường hợp không có biểu hiện triệu chứng lâm sàng nào.

+ Khoảng 14% số bệnh nhân diễn biến nặng như viêm phổi, viêm phổi nặng cần nhập viện, khoảng 5% cần điều trị tại các đơn vị hồi sức tích cực với các biểu hiện hô hấp cấp (thở nhanh, khó thở, tím tái, …), hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS), sốc nhiễm trùng, suy chức năng các cơ quan bao gồm tổn thương thận và tổn thương cơ tim, dẫn đến tử vong.

+ Thời gian trung bình từ khi có triệu chứng ban đầu tới khi diễn biến nặng thường khoảng 7-8 ngày.

- Thời kỳ hồi phục: sau giai đoạn toàn phát 7-10 ngày, nếu không có ARDS bệnh nhân sẽ hết sốt các dấu hiệu lâm sàng dần trở lại bình thường và khỏi bệnh.

- Ở trẻ em, các biểu hiện lâm sàng nhẹ hơn người lớn, hoặc không có triệu chứng. Các dấu hiệu thường gặp ở trẻ em là sốt và ho, hoặc các biểu hiện viêm phổi. Tuy nhiên một số trẻ mắc COVID-19 có tổn thương viêm đa cơ quan tương tự bệnh Kawasaski: sốt; ban đỏ hoặc xung huyết giác mạc, hoặc phù nề niêm mạc miệng, bàn tay, chân; suy tuần hoàn; các biểu hiện tổn thương chức năng tim và tăng men tim; rối loạn tiêu hóa; rối loạn đông máu và tăng các chỉ số viêm cấp.

2. Xét nghiệm cận lâm sàng

Các xét nghiệm huyết học, sinh hóa máu thay đổi không đặc hiệu:

- Số lượng bạch cầu trong máu có thể bình thường hoặc giảm; số lượng bạch cầu lympho thường giảm, đặc biệt nhóm diễn biến nặng.

- Protein C phản ứng (CRP) bình thường hoặc tăng, procalcitonin (PCT) thường bình thường hoặc tăng nhẹ. Một số trường hợp có thể tăng nhẹ ALT, AST, CK, LDH.

- Trong các trường hợp diễn biến nặng có các biểu hiện suy chức năng các cơ quan, rối loạn đông máu, tăng D-dimer, rối loạn điện giải và toan kiềm.

3. X-quang và chụp cắt lớp (CT) phổi

- Ở giai đoạn sớm hoặc chỉ viêm đường hô hấp trên, hình ảnh X-quang bình thường.

- Khi có viêm phổi, tổn thương thường ở hai bên với dấu hiệu viêm phổi kẽ hoặc đám mờ (hoặc kính mờ) lan tỏa, ở ngoại vi hay thùy dưới. Tổn thương có thể tiến triển nhanh trong ARDS. Ít khi gặp dấu hiệu tạo hang hay tràn dịch, tràn khí màng phổi.

4. Xét nghiệm khẳng định căn nguyên

Phát hiện SARS-CoV-2 bằng kỹ thuật real-time RT-PCR hoặc giải trình tự gene từ các mẫu bệnh phẩm.

IV. PHÂN LOẠI CÁC THỂ LÂM SÀNG

Bệnh COVID-19 có các thể bệnh trên lâm sàng như sau:

1. Thể không triệu chứng: là người nhiễm SARS-CoV-2 được khẳng định bằng xét nghiệm realtime RT-PCR dương tính, nhưng không có triệu chứng lâm sàng.

2. Mức độ nhẹ: viêm đường hô hấp trên cấp tính

- Người bệnh nhiễm SARS-CoV-2 có các triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu như sốt, ho khan, đau họng, nghẹt mũi, mệt mỏi, đau đầu, đau mỏi cơ.

- Không có các dấu hiệu của viêm phổi hoặc thiếu ô xy.

3. Mức độ vừa: viêm phổi

- *Người lớn và trẻ lớn*: bị viêm phổi (sốt, ho, khó thở, thở nhanh) và không có dấu hiệu viêm phổi nặng, $SpO_2 \geq 90\%$ khi thở khí trời.

- *Trẻ nhỏ*: trẻ có ho hoặc khó thở và thở nhanh. Thở nhanh được xác định khi nhịp thở ≥ 60 lần/phút ở trẻ dưới 2 tháng; ≥ 50 lần/phút ở trẻ từ 2-11 tháng; ≥ 40 lần/phút ở trẻ từ 1-5 tuổi) và không có các dấu hiệu của viêm phổi nặng.

- Chẩn đoán dựa vào lâm sàng, tuy nhiên, hình ảnh X-quang, siêu âm hoặc CT phổi thấy hình ảnh viêm phổi kẽ hoặc phát hiện các biến chứng.

4. Mức độ nặng- viêm phổi nặng

- *Người lớn và trẻ lớn:* sốt hoặc nghi ngờ nhiễm trùng hô hấp, kèm theo bất kỳ một dấu hiệu sau: nhịp thở > 30 lần/phút, khó thở nặng, hoặc $SpO_2 \leq 93\%$ khi thở khí phòng.

- *Trẻ nhỏ:* ho hoặc khó thở và có ít nhất một trong các dấu hiệu sau đây: Tím tái hoặc $SpO_2 < 90\%$; suy hô hấp nặng (thở rên, rút lõm lồng ngực);

+ Hoặc trẻ được chẩn đoán viêm phổi và có bất kỳ dấu hiệu nặng sau: không thể uống/bú được; rối loạn ý thức (li bì hoặc hôn mê); co giật. Có thể có các dấu hiệu khác của viêm phổi như rút lõm lồng ngực, thở nhanh (tần số thở/phút như trên).

- Chẩn đoán dựa vào lâm sàng, chụp X-quang phổi để xác định các biến chứng.

5. Mức độ nguy kịch

5.1. Hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS)

- *Khởi phát:* các triệu chứng hô hấp mới hoặc xấu đi trong vòng một tuần kể từ khi có các triệu chứng lâm sàng.

- *X-quang, CT scan hoặc siêu âm phổi*: hình ảnh mờ hai phế trường mà không phải do tràn dịch màng phổi, xẹp thùy phổi hoặc các nốt ở phổi.

- *Nguồn gốc của phù phổi* không phải do suy tim hoặc quá tải dịch. Cần đánh giá khách quan (siêu âm tim) để loại trừ phù phổi do áp lực thủy tĩnh nếu không thấy các yếu tố nguy cơ.

- *Thiếu ô xy máu:* ở người lớn, phân loại dựa vào chỉ số PaO_2/FiO_2 (P/F) và SpO_2/FiO_2 (S/F) khi không có kết quả PaO_2.

5.2. Nhiễm trùng huyết (sepsis)

- *Người lớn*: có dấu hiệu rối loạn chức năng các cơ quan:

+ Thay đổi ý thức: ngủ gà, lơ mơ, hôn mê

+ Khó thở hoặc thở nhanh, độ bão hòa oxy thấp

+ Nhịp tim nhanh, mạch bắt yếu, chi lạnh, hoặc hạ huyết áp, da nổi vân tím

+ Thiểu niệu hoặc vô niệu

+ Xét nghiệm có rối loạn đông máu, giảm tiểu cầu, nhiễm toan, tăng lactate, tăng bilirubine…

- *Trẻ em:* khi nghi ngờ hoặc khẳng định do nhiễm trùng và có ít nhất 2 tiêu chuẩn của hội chứng đáp ứng viêm hệ thống (SIRS) và một trong số đó phải là thay đổi thân nhiệt hoặc số lượng bạch cầu bất thường.

5.3. Sốc nhiễm trùng

- *Người lớn*: hạ huyết áp kéo dài mặc dù đã hồi sức dịch, phải sử dụng thuốc vận mạch để duy trì huyết áp động mạch trung bình (MAP) ≥65mmHg và nồng độ lactate huyết thanh > 2mmol/L.

- *Trẻ em*: sốc nhiễm trùng xác định khi có:

+ Bất kỳ tình trạng hạ huyết áp nào: khi huyết áp tâm thu < 5 bách phân vị hoặc > 2SD dưới ngưỡng bình thường theo lứa tuổi, hoặc (trẻ < 1 tuổi: < 70mmHg; trẻ từ 1-10 tuổi: < 70 + 2 x tuổi; trẻ > 10 tuổi: <90mmHg).

+ Hoặc có bất kỳ 2-3 dấu hiệu sau: thay đổi ý thức, nhịp tim nhanh hoặc chậm (< 90 nhịp/phút hoặc > 160 nhịp/phút ở trẻ nhũ nhi, và < 70 nhịp/phút hoặc > 150 nhịp/phút ở trẻ nhỏ); thời gian làm đầy mao mạch kéo dài (> 2 giây); hoặc giãn mạch ấm/mạch nẩy;

thở nhanh; da nổi vân tím hoặc có chấm xuất huyết hoặc ban xuất huyết; tăng nồng độ lactate; thiểu niệu; tăng hoặc hạ thân nhiệt.

5.4. Các biến chứng nặng- nguy kịch khác: nhồi máu phổi, đột quỵ, sảng. Cần theo dõi sát và áp dụng các biện pháp chẩn đoán xác định khi nghi ngờ và có biện pháp điều trị phù hợp.

V. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Vi rút cúm mùa (A/H3N2, A/H1N1, B), vi rút á cúm, vi rút hợp bào hô hấp (RSV), *rhinovirus, myxovirrus, adenovirus.*

- Hội chứng cảm cúm do các chủng *coronavirus* thông thường.

- Các căn nguyên khuẩn vi khuẩn hay gặp, bao gồm các các vi khuẩn không điển hình như Mycoplasma *pneumonia* etc.

- Các căn nguyên khác có thể gây viêm đường hô hấp cấp tính nặng như cúm gia cầm A/H5N1, A/H7N9, A/H5N6, SARS-CoV, và MERS-CoV.

- Các tình trạng nặng của người bệnh (suy hô hấp, suy chức năng các cơ quan…) do các căn nguyên khác hoặc do tình trạng nặng của các bệnh lý mãn tính kèm theo.

VI. XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN, GIÁM SÁT VÀ BÁO CÁO CA BỆNH

- Các trường hợp bệnh nghi ngờ, cần làm xét nghiệm khẳng định nhiễm SARS-CoV-2.

+ Lấy dịch đường hô hấp trên (dịch hầu họng & mũi họng) để xét nghiệm xác định vi rút bằng kỹ thuật realtime RT- PCR.

+ Khi mẫu bệnh phẩm dịch đường hô hấp trên âm tính nhưng vẫn nghi ngờ về lâm sàng, cần lấy dịch đường hô hấp dưới (đờm, dịch hút phế quản, dịch rửa phế nang).

+ Nếu người bệnh thở máy có thể chỉ cần lấy dịch đường hô hấp dưới.

- Những trường hợp bệnh nghi ngờ, kể cả ở những trường hợp đã xác định được tác nhân thông thường khác, cần làm xét nghiệm khẳng định để xác định SARS-CoV-2 ít nhất một lần.

- Cấy máu nếu nghi ngờ hoặc có nhiễm trùng huyết. Cần xét nghiệm các căn nguyên vi khuẩn, vi rút khác nếu có các dấu hiệu lâm sàng nghi ngờ.

- Cần thực hiện đầy đủ các xét nghiệm cận lâm sàng và thăm dò thường quy tùy từng tình trạng người bệnh để chẩn đoán, tiên lượng và theo dõi người bệnh.

- Trường hợp xác định mắc COVID-19, cần lấy mẫu bệnh phẩm dịch hô hấp và xét nghiệm nhắc lại với khoảng cách mỗi 2-4 ngày hoặc ngắn hơn nếu cần thiết cho tới khi kết quả âm tính.

- Những trường hợp dương tính với SARS-CoV-2 cần báo cáo Bộ Y tế hoặc CDC địa phương.

- Xác định về mặt dịch tễ học liên quan đến các trường hợp dương tính với SARS-CoV-2 như: nơi sinh sống, nơi làm việc, đi lại, lập danh sách những người đã tiếp xúc trực tiếp, tuân thủ theo hướng dẫn giám sát và phòng, chống COVID-19 của Bộ Y tế.

VII. CÁC BIỆN PHÁP DỰ PHÒNG LÂY NHIỄM TỨC THÌ

Các biện pháp dự phòng chuẩn phải được áp dụng ở tất cả các khu vực trong cơ sở y tế.

1. Tại khu vực sàng lọc & phân loại bệnh nhân (khoa Khám bệnh)

- Cho người bệnh nghi ngờ đeo khẩu trang và hướng dẫn tới khu vực cách ly.
- Bảo đảm khoảng cách giữa các người bệnh ≥ 2 mét.
- Hướng dẫn người bệnh che mũi miệng khi ho, hắt hơi và rửa tay ngay sau khi tiếp xúc dịch hô hấp.

2. Áp dụng các biện pháp dự phòng giọt bắn

- Cần đeo khẩu trang y tế nếu làm việc trong khoảng cách 2 mét với người bệnh.
- Ưu tiên cách ly người bệnh nghi ngờ ở phòng riêng, hoặc sắp xếp nhóm người bệnh cùng căn nguyên trong một phòng. Nếu không xác định được căn nguyên, xếp người bệnh có chung các triệu chứng lâm sàng và yếu tố dịch tễ. Phòng bệnh cần được bảo đảm thông thoáng.
- Khi chăm sóc gần người bệnh có triệu chứng hô hấp (ho, hắt hơi) cần sử dụng dụng cụ bảo vệ mắt.
- Hạn chế người bệnh di chuyển trong cơ sở y tế và người bệnh phải đeo khẩu trang khi ra khỏi phòng.

3. Áp dụng các biện pháp dự phòng tiếp xúc

- Nhân viên y tế phải sử dụng các trang thiết bị bảo vệ cá nhân (khẩu trang y tế, kính bảo vệ mắt, găng tay, áo choàng) khi vào phòng bệnh và cởi bỏ khi ra khỏi phòng và tránh đưa tay bẩn lên mắt, mũi, miệng.
- Vệ sinh và sát trùng các dụng cụ (ống nghe, nhiệt kế) trước khi sử dụng cho mỗi người bệnh.
- Tránh làm nhiễm bẩn các bề mặt môi trường xung quanh như cửa phòng, công tắc đèn, quạt…
- Đảm bảo phòng bệnh thoáng khí, mở các cửa sổ phòng bệnh (nếu có).
- Hạn chế di chuyển người bệnh
- Vệ sinh tay

4. Áp dụng các biện pháp dự phòng lây truyền qua đường không khí

- Các nhân viên y tế khi khám, chăm sóc người bệnh đã xác định chẩn đoán, hoặc/và làm các thủ thuật như đặt ống nội khí quản, hút đường hô hấp, soi phế quản, cấp cứu tim phổi… phải sử dụng các thiết bị bảo vệ cá nhân bao gồm đeo găng tay, áo choàng, bảo vệ mắt, khẩu trang N95 hoặc tương đương.
- Nếu có thể, thực hiện thủ thuật ở phòng riêng, hoặc phòng áp lực âm.
- Hạn chế người không liên quan ở trong phòng khi làm thủ thuật

VIII. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị chung

- Phân loại người bệnh và xác định nơi điều trị theo các mức độ nghiêm trọng của bệnh:

+ Các trường hợp bệnh nghi ngờ (có thể xem như tình trạng cấp cứu): cần được khám, theo dõi và cách ly ở khu riêng, lấy bệnh phẩm đúng cách để làm xét nghiệm đặc hiệu chẩn đoán xác định.

+ Trường hợp bệnh xác định cần được theo dõi và điều trị cách ly hoàn toàn.

+ Ca bệnh nhẹ *(viêm đường hô hấp trên, viêm phổi nhẹ)* điều trị tại các khoa phòng thông thường.

+ Ca bệnh nặng *(viêm phổi nặng, nhiễm trùng huyết)* cần được điều trị tại các phòng cấp cứu của các khoa phòng hoặc hồi sức tích cực.

+ Ca bệnh nặng - nguy kịch: (*suy hô hấp nặng, ARDS, sốc nhiễm trùng, suy đa cơ quan*) cần được điều trị hồi sức tích cực.

- Do chưa có thuốc đặc hiệu, điều trị hỗ trợ và điều trị triệu chứng là chủ yếu.

- Cá thể hóa các biện pháp điều trị cho từng trường hợp, đặc biệt là các ca bệnh nặng - nguy kịch.

- Theo dõi, phát hiện và xử trí kịp thời các tình trạng nặng, biến chứng của bệnh.

2. Các biện pháp theo dõi và điều trị chung

- Nghỉ ngơi tại giường, phòng bệnh cần được đảm bảo thông thoáng, có thể sử dụng hệ thống lọc không khí hoặc các biện pháp khử trùng phòng bệnh khác như đèn cực tím (nếu có).

- Vệ sinh mũi họng, có thể giữ ẩm mũi bằng nhỏ dung dịch nước muối sinh lý, xúc miệng họng bằng các dung dịch vệ sinh miệng họng thông thường.

- Giữ ấm

- Uống đủ nước, đảm bảo cân bằng dịch, điện giải.

- Thận trọng khi truyền dịch cho người bệnh viêm phổi nhưng không có dấu hiệu của sốc.

- Đảm bảo dinh dưỡng và nâng cao thể trạng, bổ sung vitamin nếu cần thiết.

- Hạ sốt nếu sốt cao, có thể dùng paracetamol liều 10-15mg/kg/lần, không quá 60mg/kg/ngày cho trẻ em và không quá 2g/ngày với người lớn.

- Giảm ho bằng các thuốc giảm ho thông thường nếu cần thiết.

- Đánh giá, điều trị, tiên lượng các tình trạng bệnh lý mãn tính kèm theo (nếu có).

- Tư vấn, hỗ trợ tâm lý, động viên người bệnh.

- Theo dõi chặt chẽ các dấu hiệu lâm sàng, tiến triển của tổn thương phổi trên phim X-quang và/hoặc CT phổi, đặc biệt trong khoảng ngày thứ 7-10 của bệnh, phát hiện

các dấu hiệu tiến triển nặng của bệnh như suy hô hấp, suy tuần hoàn để có các biện pháp can thiệp kịp thời.

3. Điều trị suy hô hấp

3.1. Liệu pháp oxy và theo dõi

- Cần cho thở oxy ngay với bệnh nhân viêm đường hô hấp cấp nặng có suy hô hấp, thiếu ô xy máu, sốc để đạt đích SpO_2 > 94%.

- Theo dõi sát tình trạng người bệnh để phát hiện các dấu hiệu nặng, thất bại với liệu pháp thở oxy để có can thiệp kịp thời.

3.2. Điều trị suy hô hấp nguy kịch & ARDS

- Khi tình trạng giảm oxy máu không được cải thiện bằng các biện pháp thở oxy, $SpO_2 \leq 92\%$, hoặc/và gắng sức hô hấp: có thể cân nhắc chỉ định thở thở oxy dòng cao qua gọng mũi (High Flow Nasal Oxygen), CPAP, hoặc thở máy không xâm nhập BiPAP.

- Không áp dụng biện pháp thở máy không xâm nhập ở người bệnh có rối loạn huyết động, suy chức năng đa cơ quan, và rối loạn ý thức.

- Nếu tình trạng thiếu oxy không cải thiện với các biện pháp hỗ trợ hô hấp không xâm nhập, cần đặt ống nội khí quản và thở máy xâm nhập (áp dụng các biện pháp dự phòng lây nhiễm qua không khí khi đặt ống nội khí quản).

- Hỗ trợ hô hấp: áp dụng phác đồ hỗ trợ hô hấp trong ARDS cho người lớn và trẻ em.

- Kiểm soát cân bằng dịch chặt chẽ, tránh quá tải dịch, đặc biệt ngoài giai đoạn bù dịch hồi sức tuần hoàn.

- Trường hợp thiếu oxy nặng, dai dẳng, thất bại với các biện pháp điều trị thông thường, cân nhắc chỉ định và sử dụng các kỹ thuật trao đổi oxy qua màng ngoài cơ thể (ECMO) cho từng trường hợp cụ thể và thực hiện ở những nơi có đủ điều kiện triển khai kỹ thuật này.

- Do ECMO chỉ có thể thực hiện được ở một số cơ sở y tế lớn, nên trong trường hợp cân nhắc chỉ định ECMO, các cơ sở cần liên hệ, vận chuyển người bệnh sớm và tuân thủ quy trình vận chuyển người bệnh do Bộ Y tế quy định.

4. Điều trị sốc nhiễm trùng

Áp dụng phác đồ điều trị sốc nhiễm trùng cho người lớn và trẻ em. Chú ý một số điểm sau:

4.1. Hồi sức dịch

- Sử dụng dịch tinh thể đẳng trương như nước muối sinh lý hay Ringer lactat. Tránh dùng các dung dịch tinh thể nhược trương, dung dịch Haes-steril, Gelatin để hồi sức dịch.

- Liều lượng:

+ Người lớn: truyền nhanh 250-500mL, trong 15-30 phút đầu, đánh giá các dấu hiệu quá tải dịch sau mỗi lần bù dịch nhanh.

+ Trẻ em: 10-20mL/kg, truyền tĩnh mạch nhanh trong 30-60 phút đầu, nhắc lại nếu cần thiết, đánh giá các dấu hiệu quá tải dịch sau mỗi lần bù dịch nhanh.

- Theo dõi các dấu hiệu cải thiện tưới máu: huyết áp trung bình > 65mgHg cho người lớn và theo lứa tuổi ở trẻ em; lượng nước tiểu (> 0,5mL/kg/giờ cho người lớn và > 1mL/kg/giờ cho trẻ em), cải thiện thời gian làm đầy mao mạch, màu sắc da, tình trạng ý thức, và nồng độ lactat trong máu; đồng thời theo dõi các dấu hiệu quá tải dịch.

4.2. Thuốc vận mạch

Nếu tình trạng huyết động, tưới máu không cải thiện, cần cho thuốc vận mạch sớm.

- *Người lớn*: nor-adrenaline là lựa chọn ban đầu, điều chỉnh liều để đạt đích huyết áp động mạch trung bình (MAP) ≥ 65mmHg và cải thiện tưới máu. Nếu tình trạng huyết áp và tưới máu không cải thiện hoặc có rối loạn chức năng tim dù đã đạt được đích MAP với dịch truyền và thuốc co mạch, có thể cho thêm dobutamine.

- *Trẻ em*: adrenaline là lựa chọn ban đầu, có thể cho dopamin, hoặc dobutamine. Trong trường hợp sốc giãn mạch (áp lực mạch hay chênh lệch huyết áp tối đa và tối thiểu > 40mmHg), cân nhắc cho thêm nor-adrenaline. Điều chỉnh liều thuốc vận mạch để đạt đích MAP > 50th bách phân vị theo lứa tuổi.

- Tốt nhất nên sử dụng đường truyền tĩnh mạch trung tâm để truyền các thuốc vận mạch.

- Đánh giá và theo dõi tình trạng huyết động để điều chỉnh dịch và các thuốc vận mạch theo tình trạng người bệnh.

4.3. Cấy máu và thuốc kháng sinh phổ rộng theo kinh nghiệm sớm trong vòng một giờ xác định sốc nhiễm trùng.

4.4. Kiểm soát đường máu, (giữ nồng độ đường máu từ 8-10mmol/L), canxi máu, albumin máu, (truyền albumin khi nồng độ albumin < 30g/L, giữ albumin máu ≥ 35g/L).

4.5. Trường hợp có các yếu tố nguy cơ suy thượng thận cấp, hoặc sốc phụ thuộc catecholamine: có thể cho hydrocorticone liều thấp: người lớn hydrocortisone 50mg tiêm tĩnh mạch mỗi 6 giờ; trẻ em 2mg/kg/liều đầu tiên, sau đó 0,5-1mg/kg mỗi 6 giờ.

4.6. Truyền khối hồng cầu khi cần, giữ nồng độ huyết sắc tố ≥ 10g/dL.

5. Điều trị hỗ trợ chức năng các cơ quan

Tùy từng tình trạng cụ thể của mỗi người bệnh để có các biện pháp hỗ trợ thích hợp.

- Hỗ trợ chức năng thận:

+ Đảm bảo huyết động, cân bằng nước và điện giải, thuốc lợi tiểu khi cần thiết.

+ Nếu tình trạng suy thận nặng, suy chức năng đa cơ quan và/hoặc có quá tải dịch, chỉ định áp dụng các biện pháp thận thay thế như lọc máu liên tục, lọc máu ngắt quãng, hoặc thẩm phân phúc mạc.

- Hỗ trợ chức năng gan: nếu có suy gan.

- Điều chỉnh rối loạn đông máu.

6. Các biện pháp điều trị khác

6.1. Thuốc kháng sinh

- Với các trường hợp viêm phổi, cấy máu và cấy đờm tìm vi khuẩn và cân nhắc sử dụng kháng sinh thích hợp theo kinh nghiệm có tác dụng với các tác nhân vi khuẩn có thể đồng nhiễm gây viêm phổi, (tùy theo lứa tuổi, dịch tễ, để gợi ý căn nguyên).

- Nếu có tình trạng nhiễm trùng huyết, cần cho kháng sinh phổ rộng theo kinh nghiệm sớm, trong vòng một giờ từ khi xác định nhiễm trùng huyết.

- Các trường hợp nhiễm trùng thứ phát, tùy theo căn nguyên, đặc điểm dịch tễ, kháng kháng sinh để lựa chọn kháng sinh thích hợp.

Với tất cả các trường hợp, điều chỉnh kháng sinh thích hợp khi có kết quả vi khuẩn và kháng sinh đồ.

6.2. Thuốc kháng vi rút

Hiện nay chưa có thuốc điều trị đặc hiệu cho SARS-CoV-2 và bằng chứng về hiệu quả, tính an toàn của các thuốc kháng vi rút ức chế sao chép ngược (Antiretroviral hay ARV) và các thuốc kháng vi rút khác (như Chloroquine/Hydroxychloroquine, Remdesivir, Ribavirin).

6.3. Corticosteroids toàn thân

- Không sử dụng các thuốc corticosteroids toàn thân thường quy cho viêm đường hô hấp trên hoặc viêm phổi do vi rút trừ khi có những chỉ định khác.

- Các trường hợp sốc nhiễm trùng, sử dụng hydrocortisone liều thấp nếu có chỉ định (xem phần điều trị sốc nhiễm trùng).

- Tùy theo tiến triển lâm sàng và hình ảnh X-quang phổi của từng trường hợp viêm phổi nặng, có thể sử dụng dexamethasone trong thời gian 5-10 ngày.

6.4. Lọc máu ngoài cơ thể

Các trường hợp ARDS nặng và/hoặc sốc nhiễm trùng nặng không đáp ứng hoặc đáp ứng kém với các biện pháp điều trị thường. Cân nhắc sử dụng các biện pháp lọc máu liên tục ngoài cơ thể bằng các loại quả lọc có khả năng hấp phụ cytokines.

6.5. Immunoglobuline truyền tĩnh mạch (IVIG)

Tùy từng trường hợp cụ thể, có thể cân nhắc sử dụng IVIG cho những trường hợp bệnh nặng, và/hoặc hội chứng viêm hệ thống ở trẻ em.

6.6. Interferon

Có thể cân nhắc sử dụng interferon cho từng trường hợp cụ thể (nếu có) hoặc các thuốc kích thích sinh interferon nội sinh.

6.7. Phục hồi chức năng hô hấp

Cân nhắc điều trị phục hồi chức năng hô hấp sớm cho các người bệnh có suy hô hấp.

6.8. Phát hiện và xử trí các biểu hiện thần kinh và tâm thần.

7. Dự phòng biến chứng

- Viêm phổi liên quan tới thở máy.
- Huyết khối tĩnh mạch.
- Nhiễm trùng máu liên quan tới đường truyền trung tâm.
- Loét do tỳ đè.
- Viêm loét dạ dày do stress và xuất huyết tiêu hóa.

IX. TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN

1. Người bệnh được xuất viện khi có đủ các tiêu chuẩn sau

- Hết sốt ít nhất 3 ngày.
- Các triệu chứng lâm sàng cải thiện, toàn trạng tốt, các dấu hiệu sinh tồn ổn định, chức năng các cơ quan bình thường, xét nghiệm máu trở về bình thường, X-quang phổi cải thiện.
- Ba mẫu bệnh phẩm (các mẫu lấy cách nhau ít nhất 1 ngày) xét nghiệm âm tính với SARS-CoV-2 bằng phương pháp realtime RT-PCR.

2. Theo dõi sau xuất viện

Người bệnh cần tiếp tục được cách ly phù hợp tại nhà dưới sự giám sát giám sát của y tế cơ sở và CDC địa phương thêm 14 ngày nữa và theo dõi thân nhiệt tại nhà 2 lần/ngày, nếu thân nhiệt cao hơn 38^{o}C ở hai lần đo liên tiếp hoặc có các dấu hiệu bất thường khác, phải đến khám lại ngay tại các cơ sở y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2020), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19 do chủng vi rút corona mới (SARS-COV-2)*, ban hành kèm theo Quyết định số 3351/QĐ-BYT.

2. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh truyền nhiễm,* ban hành kèm theo Quyết định 5642/QĐ-BYT.

BỆNH SỞI

MÃ ICD 10: B05

I. ĐẠI CƯƠNG

Sởi là bệnh truyền nhiễm có thể gây dịch, lây qua đường hô hấp do virus sởi gây ra, thời gian ủ bệnh trung bình 10 ngày. Virus sởi thuộc họ *Paramyxoviridae*, chủng *Morbillivirus*. Bệnh chủ yếu gặp ở trẻ dưới 5 tuổi, có thể xuất hiện ở người lớn do chưa được tiêm phòng hoặc đã tiêm phòng nhưng chưa được tiêm đầy đủ. Bệnh có thể gây tử vong do biến chứng viêm phổi hoặc viêm não.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Triệu chứng: sốt, ho, tiêu chảy, tiêu đàm máu, đau tai, đỏ mắt.
- Tiếp xúc với người mắc sởi trước đó, tiền căn tiêm ngừa sởi.
- Thuốc đã dùng và tiền sử dị ứng thuốc.

1.2. Khám lâm sàng

- Sốt cao.
- Viêm long đường hô hấp trên và viêm kết mạc.
- Dấu Koplik (+): là các hạt nhỏ 0,5-1mm màu trắng có quầng ban đỏ nổi gồ trên niêm mạc má, thường ngang cung răng hàm trên. Xuất hiện sớm và biến mất trong vòng 24-48 giờ sau phát ban.
- Hồng ban toàn thân, xuất hiện từ sau tai, sau gáy, trán, mặt, cổ lan đến thân mình và tứ chi, cả ở lòng bàn tay và gan bàn chân, ban hồng dát sẩn. thường khi ban xuất hiện toàn thân thì thân nhiệt giảm dần.
- Vết thâm da sau khi ban biến mất (vết vằn da hổ).
- Tìm biến chứng: viêm phổi, viêm tai giữa, viêm ruột, viêm não, viêm loét giác mạc, suy dinh dưỡng nặng, …
- Sởi không điển hình:

+ Sốt nhẹ thoáng qua, viêm long nhẹ, phát ban ít, tổng trạng tốt, dễ bỏ qua dẫn đến lây lan.

+ Sốt cao liên tục, phát ban không điển hình, phù nề tứ chi, đau mỏi toàn thân, thường có viêm phổi nặng kèm theo.

1.3. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm thường quy: tổng phân tích tế bào máu, X-quang ngực thẳng.
- Huyết thanh chẩn đoán: IgM bằng phương pháp Elisa ngày thứ 3 sau khi ban xuất hiện.
- Phân lập virus hoặc PCR chất tiết mũi họng: từ ngày 1-3.

2. Chẩn đoán xác định

Dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng để xác định bệnh sởi: sốt, phát ban, IgM anti virus sởi dương tính

3. Chẩn đoán phân biệt

- Rubella, bệnh do *Enterovirus*, sốt tinh hồng nhiệt.
- Bệnh Kawasaki.
- Phát ban dạng sởi do dị ứng thuốc.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị đặc hiệu.
- Điều trị biến chứng.

2. Điều trị đặc hiệu

- Vệ sinh da, mắt, miệng họng: không sử dụng các chế phẩm có corticoid.
- Tăng cường dinh dưỡng.
- Hạ sốt: lau nước ấm, chườm mát, paracetamol khi sốt cao.
- Bù nước, điện giải qua đường uống. Truyền dịch duy trì khi nôn nhiều, có nguy cơ mất nước và rối loạn điện giải.
- Bổ sung vitamin A:

+ Trẻ dưới 6 tháng: uống 50.000 đơn vị/ngày × 2 ngày liên tiếp.

+ Trẻ 6-12 tháng: uống 100.000 đơn vị/ngày × 2 ngày liên tiếp.

+ Trẻ trên 12 tháng và người lớn: uống 200.000 đơn vị/ngày × 2 ngày liên tiếp. Trường hợp có biểu hiện thiếu vitamin A: lặp lại liều trên sau 4-6 tuần

3. Điều trị biến chứng

- Viêm phổi, viêm tai giữa: kháng sinh theo phác đồ viêm phổi, vệ sinh tai nếu có chảy mủ tai.
- Tiêu chảy: bù dịch, kháng sinh nếu có tiêu đàm máu hoặc tiêu chảy kéo dài.
- Viêm thanh quản: theo phác đồ điều trị viêm thanh quản.
- Viêm kết mạc, tổn thương giác mạc, võng mạc: do nhiễm trùng hoặc thiếu vitamin A

+ Điều trị vitamin A.

+ Vệ sinh mắt, băng mắt phòng ngừa bội nhiễm khi có chảy mủ.

+ Pommade tetracyclin tra mắt 3 lần mỗi ngày trong 7 ngày.

+ Không dùng nhỏ mắt có steroid.

- Loét miệng: vệ sinh súc miệng bằng nước muối sinh lý ít nhất 4 lần/ngày, kháng sinh nếu có nhiễm trùng, nếu trẻ không ăn được nên nuôi qua sonde dạ dày.

- Biến chứng thần kinh: co giật, li bì, ngủ gà, hôn mê có thể do viêm não hoặc mất nước nặng, cần đánh giá dấu mất nước để có hướng xử trí phù hợp.

- Suy dinh dưỡng nặng: hội chẩn dinh dưỡng tìm chế độ ăn phù hợp.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Đo nhiệt độ 2 lần/ngày và tìm các biến chứng, nếu không có biến chứng thường nhiệt độ trở về bình thường khoảng 4 ngày sau phát ban.

- Nếu nhiệt độ không giảm hoặc tăng trở lại cần tìm nguyên nhân nhiễm trùng thứ phát.

- Đánh giá cân nặng mỗi ngày: tình trạng dinh dưỡng và mất nước.

- Tất cả trẻ sởi có biến chứng nên nhập viện.

V. PHÒNG NGỪA

1. Phòng bệnh chủ động bằng vắc xin

- Theo chương trình tiêm chủng quốc gia: tiêm 2 mũi, mũi 1 bắt đầu tiêm cho trẻ em từ 9 tháng tuổi, mũi hai tiêm nhắc lại một lần khi trẻ đủ 18 tháng.

- Vaccin MMR (thuốc chủng ngừa 3 loại bệnh: sởi, Rubella, quai bị). Chỉ định tiêm cho trẻ từ 12 tháng, tiêm 1 liều sau đó nhắc lại lúc 4-5 tuổi. Nếu bỏ sót liều nhắc lại lúc 4-6 tuổi thì nên tiêm nhắc lại trước 12 tuổi.

2. Cách ly người bệnh và vệ sinh cá nhân

- Người bệnh được cách ly tại nhà hoặc tại cơ sở điều trị theo nguyên tắc cách ly đối với bệnh lây truyền qua đường hô hấp.

- Thời gian cách ly từ lúc nghi mắc sởi cho đến ít nhất 4 ngày sau khi bắt đầu phát ban.

- Tăng cường vệ sinh cá nhân, sát trùng mũi họng, giữ ấm cơ thể, nâng cao thể trạng để tăng sức đề kháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh truyền nhiễm,* ban hành kèm theo Quyết định 5642/QĐ-BYT.

2. Bộ Y tế (2014), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh sởi*, ban hành kèm theo Quyết định 1327/QĐ-BYT.

QUAI BỊ

MÃ ICD 10: B26

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh quai bị là một bệnh truyền nhiễm cấp tính, có thể gây dịch, do virus quai bị, thuộc nhóm *Paramyxovirus* gây nên.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Bệnh sử: sốt + sưng vùng tuyến mang tai một hoặc hai bên (lưu ý trường hợp chỉ đau tuyến mang tai khi nhai hoặc sử dụng các chất có tính chua).

- Yếu tố dịch tễ: tiếp xúc với người bị quai bị hoặc dịch bệnh tại địa phương.

- Tiền căn: quai bị hoặc chủng ngừa quai bị.

1.2. Khám lâm sàng

- Sốt 38-39^{0}C, không kèm lạnh run.

- Khám tuyến mang tai:

+ Sưng to lan ra mỏm chũm, vùng trước tai ra tận cung gò má -> mất rãnh trước và sau tai, đẩy bình tai lên trên và ra ngoài, lan xuống dưới hàm -> mất rãnh dưới hàm.

+ Da vùng tuyến bị sưng có màu sắc bình thường, không đỏ, sờ ấm hơn da xung quanh, ấn vào gây đau nhẹ, có tính đàn hồi (cảm giác ấn vào nệm cao su) và không để lại dấu ấn ngón tay.

+ Khoảng 10% viêm tuyến mang tai kết hợp tuyến dưới hàm và/hoặc tuyến dưới lưỡi (tam giác Rillet – Barthez) làm biến dạng mặt: cổ bạnh, cằm xệ xuống, nước bọt quánh và ít dần, đôi khi lưỡi gà sưng to làm khó thở.

- Khám họng: lỗ Sténon sưng đỏ (dấu hiệu Mourson), có khi có giả mạc màu trắng, nhưng ấn vào không bao giờ có mủ chảy ra.

- Có thể có *dấu hiệu cứng hàm phản ứng* (do phản ứng co cơ nhai), há miệng khó khăn vì gây đau nơi tuyến mang tai.

- Hạch trước tai, góc hàm thường cũng sưng to và đau.

- Khám toàn thân phát hiện bệnh đi kèm hoặc biến chứng.

- Biến chứng:

+ Thường gặp: viêm não, màng não; viêm tinh hoàn, viêm buồng trứng; viêm tụy.

+ Ít gặp: viêm khớp, giảm thính lực, viêm cơ tim, liệt mặt, hội chứng Guillain Barre…

1.3. Cận lâm sàng

- Cơ bản:

+ Tổng phân tích tế bào máu: số lượng bạch cầu bình thường/giảm (tỷ lệ Lympho tăng)

+ Sinh hóa máu: CRP, amylase máu.

+ Siêu âm phần mềm vùng tuyến mang tai.

- Tìm tác nhân:

+ PCR huyết thanh, dịch phết niêm mạc má.

+ Phân lập siêu vi trong máu/phết họng/dịch tiết Stenon/dịch não tủy/nước tiểu: chỉ thực hiện trong các trường hợp nghi ngờ quai bị không điển hình (bệnh nhân có biểu hiện ngoài tuyến mang tai nổi bật hoặc là dấu hiệu duy nhất, kết hợp với yếu tố dịch tễ gợi ý phơi nhiễm quai bị kèm tăng amylase máu hoặc amylase niệu)

- Chọc dịch não tủy: khi có dấu hiệu màng não.

2. Chẩn đoán xác định

Dịch tễ + lâm sàng + tác nhân (+).

3. Chẩn đoán có thể

Dịch tễ + lâm sàng.

4. Chẩn đoán phân biệt

4.1. Viêm tuyến mang tai do tác nhân khác:

- Vi trùng: thường gặp là tụ cầu.

- Siêu vi: EBV, CMV, Adenovirus, Coxsackievirus, HIV.

- Không nhiễm trùng: sỏi, u, hội chứng Sjogren, Sarcoidosis.

4.2. Thể có viêm tinh hoàn

- Siêu vi khác: rubella, coxsackievirus, echovirus.

- Vi trùng: chlamydia, lậu cầu khuẩn, lao.

- Xoắn tinh hoàn.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị triệu chứng.

- Điều trị biến chứng.

2. Điều trị triệu chứng

- Acetaminophen 10-15mg/kg × 3-4 lần/ngày khi sốt trên 38^0C hoặc đau.

- Chế độ ăn dễ tiêu, tránh thực phẩm chua, cay.

- Chăm sóc răng miệng.

3. Điều trị biến chứng

3.1. Viêm tinh hoàn/viêm buồng trứng

- Nghỉ ngơi, hạn chế vận động, mặc quần lót nâng đỡ tinh hoàn để giảm xệ bìu, giảm đau.

- Corticoid: prednisolon 1mg/kg/ngày × 5-7 ngày.

3.2. Viêm màng não

- Không cần điều trị kháng sinh.
- Cần theo dõi để phát hiện viêm màng não do vi trùng.

3.3. Viêm tụy cấp: xem bài viêm tụy cấp

Lưu ý:

- Dùng thuốc giảm đau tốt.
- Dùng thuốc giảm tiết men tụy.
- Nhịn ăn hoàn toàn, nuôi ăn đường tĩnh mạch.
- Đặt sonde dạ dày (đặc biệt ở bệnh nhân có ói).

IV. PHÒNG BỆNH

1. Phòng bệnh không đặc hiệu

- Truyền thông giáo dục sức khỏe.
- Cách ly người bị quai bị.

2. Tạo miễn dịch chủ động

- Vaccine virus quai bị sống giảm độc lực: an toàn, không gây sốt, tạo kháng thể cao, bảo vệ hơn 95% trường hợp tiêm vaccin, miễn dịch kéo dài (ít nhất 17 năm).
- Chỉ định: trẻ >12 tháng, có thể tiêm ở bất kỳ thời điểm nào.
- Chống chỉ định: cơ địa đang bị suy giảm miễn dịch.

3. Tạo miễn dịch thụ động

Globuline miễn dịch chống quai bị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh truyền nhiễm,* ban hành kèm theo Quyết định 5642/QĐ-BYT.

HO GÀ

MÃ ICD 10: A37

I. ĐẠI CƯƠNG

Ho gà là bệnh truyền nhiễm cấp tính do trực khuẩn thuộc họ Pavrobacteriaceae gây nên. Bệnh lây theo đường hô hấp, biểu hiện lâm sàng bằng những cơn ho dữ dội, đặc biệt và có nhiều biến chứng. Bệnh thường gặp ở trẻ em 1-6 tuổi. Trẻ càng ít tuổi bệnh càng nặng. Sau khi bị bệnh ho gà bệnh nhân có miễn dịch bền vững suốt đời, rất hiếm khi mắc lại. Bệnh thường xảy ra quanh năm, mang tính lưu hành địa phương.

II. LÂM SÀNG

1. Thời kỳ ủ bệnh

2-30 ngày (trung bình 5-12 ngày).

2. Thời kỳ khởi phát (hay còn gọi giai đoạn xuất tiết, giai đoạn viêm long)

Thường từ 3-14 ngày với các biểu hiện: sốt nhẹ, từ từ tăng dần; các triệu chứng viêm long đường hô hấp: ho khan, hắt hơi, chảy nước mũi, đau rát họng, dần dần chuyển thành ho cơn.

3. Thời kỳ toàn phát (hay giai đoạn co thắt, giai đoạn ho cơn)

Kéo dài 1-2 tuần. Xuất hiện những cơn ho gà điển hình, xảy ra bất chợt, vô cớ, cả ngày và đêm, ho nhiều về đêm. Cơn ho diễn biến qua 3 giai đoạn: ho, thở rít vào và khạc đờm.

Ho: ho rũ rượi, thành cơn, mỗi cơn từ 15-20 tiếng ho liên tiếp, càng về sau càng yếu và giảm dần. Ho nhiều làm trẻ thở yếu dần có lúc như ngừng thở, mặt tím tái, mắt đỏ, tĩnh mạch cổ nổi, chảy nước mắt nước mũi.

Thở rít vào: xuất hiện cuối cơn ho hoặc xen kẽ sau mỗi tiếng ho, trẻ thở rít vào nghe như tiếng gà rít.

Khạc đờm: Khi trẻ khạc đờm trắng, màu trong, dính như lòng trắng trứng là lúc kết thúc một cơn ho. Trong đờm có trực khuẩn ho gà.

Sau mỗi cơn ho trẻ bơ phờ mệt mỏi, có thể nôn, vã mồ hôi, mạch nhanh, thở nhanh. Kèm theo có thể thấy một số triệu chứng sau: sốt nhẹ hoặc hoặc không sốt, mặt và mi mắt nặng, loét hãm lưỡi, nghe phổi trong cơn ho có thể thấy một số ran phế quản (ran rít, ngáy).

4. Thời kỳ lui bệnh và hồi phục

Kéo dài khoảng 2-4 tuần. Số cơn ho giảm dần, thời gian mỗi cơn ngắn lại, cường độ ho giảm, khạc đờm ít, sau đó hết hẳn. Tình trạng toàn thân tốt dần lên, trẻ ăn được và vui chơi bình thường.

Một số trẻ xuất hiện những cơn ho phản xạ kéo dài, thậm chí tới 1-2 tháng.

III. CẬN LÂM SÀNG

1. Xét nghiệm

- Công thức máu: bạch cầu tăng cao tới 20.000-30.000/mm^3, trong đó chủ yếu là bạch cầu lympho (chiếm 60-80%).

- Cấy nhầy mũi, họng tìm trực khuẩn (kết quả muộn, 7-14 ngày).

- Quicker test DFA (direct immunoflourescent assay) của nhầy mũi họng.

- Dùng phương pháp miễn dịch huỳnh quang cho kết quả nhanh nhưng tỷ lệ dương tính giả tới 40%.

- PCR (polymerase chain reaction test).

2. X-quang phổi

Có các bóng mờ đi từ rốn phổi tới cơ hoành. Ngoài ra có thể thấy phản ứng mờ góc sườn hoành, hình mờ đáy phổi hoặc hình ảnh xẹp phổi.

IV. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

- Lâm sàng: tuổi dễ mắc (1-6 tuổi), có cơn ho điển hình.

- Xét nghiệm bạch cầu máu ngoại vi tăng cao, chủ yếu là bạch cầu lympho.

- Cấy nhầy họng trong tuần đầu tìm vi khuẩn gây bệnh.

- Dịch tễ: nhiều trẻ cùng bị trong một tập thể.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Trong giai đoạn viêm long cần phân biệt với

+ Viêm khí phế quản co thắt: thường khó thở về đêm, ho ít khạc đờm, hay có tiền sử dị ứng, bệnh hay tái phát.

+ Viêm khí phế quản, viêm phổi do virut: ho không thành cơn, bạch cầu không tăng ở máu ngoại vi, bệnh diễn biến nhanh sau 7-10 ngày.

- Trong giai đoạn ho cơn cần phân biệt với

+ Các nhiễm khuẩn đường hô hấp do vi khuẩn như viêm phế quản, viêm phổi, viêm phổi - phế quản.

+ Lao hạch khí - phế quản trẻ em: phát hiện qua chụp phổi, xét nghiệm đờm và làm phản ứng Mantoux.

3. Biến chứng

- Biến chứng hô hấp: viêm phế quản, dãn phế quản, viêm phổi.

- Biến chứng thần kinh: viêm não.

- Biến chứng cơ học: lồng ruột, thoát vị, sa trực tràng. Trường hợp nặng có thể gặp vỡ phế nang, tràn khí trung thất hoặc tràn khí màng phổi.

- Biến chứng khác: xuất huyết võng mạc, kết mạc mắt, rối loạn nước điện giải, bội nhiễm các vi khuẩn khác

V. ĐIỀU TRỊ

1. Kháng sinh đặc hiệu

Dùng một trong các loại sau:

Ampicilin 75-100mg/kg/ngày x 7-10 ngày.

Erythromycin 30-50mg/kg/ngày x 7-10 ngày.

2. Điều trị triệu chứng

- Giảm và cắt cơn ho:

+ Thuốc kháng histamin tổng hợp: dung dịch dimedron 0,1% uống 5-10 mL/lần x 2-3 lần/ngày hoặc siro phenergan 10-20mL/ngày.

+ Seduxen 1-2mg/kg/ngày hoặc gacdenal 2-3mg/kg/ngày.

+ Một số thuốc ho được sử dụng cho người lớn như codein không dùng cho trẻ em.

+ Có thể dùng siro ho gà đông y hoặc một trong các biệt dược sau: Antitus, antussin, solmux broncho hoặc theralen 10-20mL/ngày.

- Khi có nôn nhiều: primperan 0,5-1mL/ngày.

- Khi có khó thở: móc, hút đờm dãi, cho thở oxy.

3. Điều trị biến chứng

- Bội nhiễm đường hô hấp: dùng kháng sinh đường tiêm theo kháng sinh đồ hoặc phác đồ thường được chọn là lincocin + gentamycin, cephalosporin + gentamycin.

- Sốt cao co giật dùng gardenal hoặc aminazin.

- Viêm não: tích cực chống phù não, đề phòng và cắt cơn co giật. Việc sử dụng corticoid trong điều trị viêm não vẫn còn nhiều ý kiến chưa thống nhất.

4. Nuôi dưỡng - săn sóc

- Cho trẻ ăn nhiều bữa. Nếu nôn nhiều có thể phải cho ăn quan sonde hoặc nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch.

- Đặt trẻ ở nơi thoáng mát, tránh gió lùa.

- Dùng thêm các vitamin A, D, C, B_1, B_6.

- Theo dõi sát tình trạng mạch, hô hấp.

5. Dùng Gamma globulin đặc hiệu

Trong thời kỳ đầu của bệnh, tiêm dưới da 2-3mL/lần mỗi lần cách nhau 48 giờ (tổng liều 2-4 lần).

VI. PHÒNG BỆNH

1. Phòng bệnh chung

Để phòng bệnh cho tập thể, cần phải cách ly những trẻ bị ho gà trong thời gian ít nhất 4 tuần kể từ khi có cơn ho điển hình. Những trẻ tiếp xúc phải được tiêm Gamma globulin đặc hiệu 0,3 mL/kg/lần, tiêm 2 lần cách nhau 48-72 giờ (tác dụng bảo vệ chống ho gà đạt 60% theo Combe và Fauchier), trong đó đặc biệt chú ý những trẻ sơ sinh và trẻ suy dinh dưỡng. Ngoài ra, có thể dùng erythromyxin để phòng ho gà cho những trẻ em tiếp xúc với bệnh nhân.

2. Đặc hiệu

Tiêm cacxin ho gà. Hiện nay thường dùng là vacxin kết hợp ho gà, bạch hầu, uốn ván (DTaP). Trẻ sơ sinh tiêm vacxin vào 3 thời điểm: 2-4-6 tháng tuổi. Tiêm nhắc lại sau 1 năm, 3 năm và 5 năm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh truyền nhiễm,* ban hành kèm theo Quyết định 5642/QĐ-BYT.

SỐT RÉT

MÃ ICD 10:

+ Sốt rét do Plasmodium falciparum: **B50**

+ Sốt rét do Plasmodium vivax: **B51**

+ Sốt rét do Plasmodium falciparum: **B52**

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh sốt rét là bệnh truyền nhiễm do ký sinh trùng *Plasmodium* ở người gây nên. Bệnh lây theo đường máu, chủ yếu là do muỗi *Anopheles* truyền. Bệnh lưu hành địa phương, trong những điều kiện thuận lợi có thể gây thành dịch, hiện chưa có vắc xin phòng bệnh, có thuốc điều trị đặc hiệu và có thể phòng chống được.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Trường hợp sốt rét lâm sàng

Trường hợp sốt rét lâm sàng phải có đủ 4 tiêu chuẩn (khi chưa được xét nghiệm máu hoặc xét nghiệm chưa tìm thấy ký sinh trùng hoặc chưa có kết quả xét nghiệm):

- Sốt:

+ Có triệu chứng điển hình của cơn sốt rét: rét run, sốt và vã mồ hôi.

+ Hoặc có triệu chứng không điển hình của cơn sốt rét: sốt không thành cơn (người bệnh thấy ớn lạnh, gai rét) hoặc sốt cao liên tục, sốt dao động.

+ Hoặc có sốt trong 3 ngày gần đây.

- Không tìm thấy các nguyên nhân gây sốt khác.

- Đang ở hoặc đã đến vùng sốt rét lưu hành hoặc có tiền sử mắc sốt rét gần đây.

- Trong vòng 3 ngày đầu điều trị bằng thuốc sốt rét có đáp ứng tốt.

2. Trường hợp xác định mắc sốt rét

Trường hợp xác định mắc sốt rét là trường hợp có ký sinh trùng sốt rét trong máu được xác định bằng xét nghiệm lam máu nhuộm giêm sa, xét nghiệm chẩn đoán nhanh phát hiện kháng nguyên hoặc kỹ thuật PCR.

3. Các thể lâm sàng

Các thể lâm sàng bệnh sốt rét bao gồm: sốt rét thể thông thường và sốt rét ác tính.

3.1. Sốt rét thể thông thường

Là trường hợp bệnh sốt rét mà không có dấu hiệu đe dọa tính mạng người bệnh.

Chẩn đoán dựa vào 3 yếu tố: dịch tễ, triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm.

- Dịch tễ: đang ở hoặc đã đến vùng sốt rét lưu hành hoặc có tiền sử sốt rét gần đây.

- Triệu chứng lâm sàng:

+ Cơn sốt điển hình có 3 giai đoạn: rét run - sốt - vã mồ hôi.

+ Cơn sốt không điển hình như: sốt không thành cơn, ớn lạnh, gai rét (hay gặp ở người sống lâu trong vùng sốt rét lưu hành), sốt liên tục hoặc dao động (hay gặp ở trẻ em, người bệnh bị sốt rét lần đầu).

+ Những dấu hiệu khác: thiếu máu, lách to, gan to...

- Xét nghiệm: xét nghiệm máu có ký sinh trùng sốt rét thể vô tính, hoặc xét nghiệm chẩn đoán nhanh phát hiện kháng nguyên sốt rét hoặc kỹ thuật PCR dương tính. Nơi không có kính hiển vi phải lấy lam máu gửi đến điểm kính gần nhất.

3.2. Sốt rét ác tính

Sốt rét ác tính là sốt rét có biến chứng đe dọa tính mạng người bệnh. Sốt rét ác tính thường xảy ra trên những người bệnh nhiễm *P. falciparum* hoặc nhiễm phối hợp có *P. falciparum*. Các trường hợp nhiễm *P. vivax* và *P. knowlesi* cũng có thể gây sốt rét ác tính, đặc biệt ở các vùng kháng với chloroquin.

3.2.1. Các dấu hiệu dự báo sốt rét ác tính

- Rối loạn ý thức nhẹ, thoáng qua (li bì, cuồng sảng, vật vã ...).
- Sốt cao liên tục.
- Rối loạn tiêu hóa: nôn, tiêu chảy nhiều lần trong ngày, đau bụng cấp.
- Đau đầu dữ dội.
- Mật độ ký sinh trùng cao (*P. falciparum* ++++ hoặc ≥ 100.000 KST/μL máu).
- Thiếu máu nặng: da xanh, niêm mạc nhợt.

3.2.2. Các biểu hiện lâm sàng và xét nghiệm của sốt rét ác tính

a. Lâm sàng:

- Rối loạn ý thức (Glasgow ≤ 15 điểm đối với người lớn, Blantyre ≤ 5 điểm đối với trẻ em);
- Hôn mê (Glasgow ≤ 10 điểm đối với người lớn, Blantyre ≤ 3 điểm đối với trẻ em);
- Mệt lả (người bệnh không có khả năng tự ngồi, đứng và đi lại mà không có sự hỗ trợ);
- Co giật trên 2 cơn/24 giờ;
- Thở sâu (> 20 lần/phút) và rối loạn nhịp thở;
- Phù phổi cấp, có ran ẩm ở 2 đáy phổi;
- Hoặc có hội chứng suy hô hấp cấp; khó thở (tím tái, co kéo cơ hô hấp) và SpO_2 < 92%;
- Suy tuần hoàn hoặc sốc (huyết áp tâm thu < 80mmHg ở người lớn và < 50mmHg ở trẻ em);
- Suy thận cấp: nước tiểu < 0,5mL/kg/giờ (ở cả người lớn và trẻ em);
- Vàng da niêm mạc;
- Chảy máu tự nhiên (dưới da, trong cơ, chảy máu tiêu hóa) hoặc tại chỗ tiêm.

b. Xét nghiệm:

- Hạ đường huyết (đường huyết < 70mg/dL hoặc < 4mmol/L, nếu < 50mg/dL hoặc < 2,7mmol/L thì gọi là hạ đường huyết nặng);

- Toan chuyển hóa pH < 7,35 (bicacbonate huyết tương < 15mmol/L);

- Thiếu máu nặng (người lớn hemoglobin < 7g/dL, hematocrit < 20%; trẻ em Hb < 5g/dL hay Hct < 15mg%); (WHO 2012)

- Nước tiểu có màu đỏ nâu sau đó chuyển màu đen do có hemoglobin (đái huyết cầu tố);

- Tăng lactat máu: lactat > 5mmol/L;

- Suy thận: creatinine huyết thanh > 3mg% (> 265µmol/L) ở cả người lớn và trẻ em;

- Phù phổi cấp: chụp X-quang phổi có hình mờ 2 rốn phổi và đáy phổi;

- Thiếu máu thể vàng da (bilirubin toàn phần > 3mg%)

3.2.3. Một số biểu hiện thường gặp trong sốt rét ác tính ở trẻ em và phụ nữ có thai

- Trẻ em: thiếu máu nặng, hôn mê, co giật, hạ đường huyết, suy hô hấp, toan chuyển hóa.

- Phụ nữ có thai: hạ đường huyết (thường sau điều trị Quinin), thiếu máu, sảy thai, đẻ non, nhiễm trùng hậu sản sau sảy thai hoặc đẻ non.

4. Chẩn đoán phân biệt

4.1. Chẩn đoán phân biệt sốt r t thường

Trường hợp kết quả xét nghiệm tìm ký sinh trùng sốt rét âm tính cần phân biệt với sốt do các nguyên nhân khác như: sốt xuất huyết Dengue, sốt thương hàn, sốt mò, cảm cúm, viêm họng, viêm amidan, viêm màng não ...

4.2. Chẩn đoán phân biệt sốt rét ác tính

Trường hợp xét nghiệm ký sinh trùng sốt rét âm tính cần làm thêm các xét nghiệm khác, khai thác kỹ yếu tố dịch tễ liên quan để tìm các nguyên nhân:

- Hôn mê do viêm não, viêm màng não, nhiễm khuẩn nặng...

- Vàng da, vàng mắt do xoắn khuẩn, nhiễm khuẩn đường mật, viêm gan vi rút, tan huyết.

- Sốc nhiễm khuẩn, nhiễm khuẩn huyết, sốt mò.

- Suy hô hấp cấp do các nguyên nhân khác.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị sớm, đúng và đủ liều.

- Điều trị cắt cơn sốt kết hợp với chống lây lan (sốt rét do *P. falciparum*) và điều trị tiệt căn (sốt rét do *P. vivax, P. ovale*).

- Các trường hợp sốt rét do *P. falciparum* không được dùng một thuốc sốt rét đơn thuần, phải điều trị thuốc sốt rét phối hợp để hạn chế kháng thuốc và tăng hiệu lực điều trị.

- Điều trị thuốc sốt rét đặc hiệu kết hợp với điều trị hỗ trợ và nâng cao thể trạng.

- Các trường hợp sốt rét ác tính cần chuyển về đơn vị hồi sức cấp cứu của bệnh viện tỉnh, theo dõi chặt chẽ và hồi sức tích cực.

2. Điều trị cụ thể

Bảng 1: thuốc sốt rét theo nhóm người bệnh và chủng loại ký sinh trùng sốt rét

Nhóm người bệnh	**Sốt rét lâm sàng**	**Sốt rét do *P. falciparum***	**Sốt rét do *P. vivax/ P. ovale***	**Sốt rét do *P.malariae/ P.knowlesi***	**Sốt rét nhiễm phối hợp có *P. falciparum***
Dưới 3 tuổi	DHA-PPQ(1)	DHA-PPQ(1)	Chloroquin	Chloroquin	DHA-PPQ(1)
Từ 3 tuổi trở lên	DHA-PPQ(1)	DHA-PPQ(1) +Primaquin	Chloroquin +Primaquin	Chloroquin	DHA-PPQ(1) +Primaquin
Phụ nữ có thai trong 3 tháng	Quinin + Clindamycin	Quinin + Clindamycin	Chloroquin	Chloroquin	Quinin + Clindamycin
Phụ nữ có thai trên 3 tháng	DHA-PPQ(1)	DHA-PPQ(1)	Chloroquin	Chloroquin	DHA-PPQ(1)

Chú thích: (1) DHA (Dihydroartemisinin)-PPQ (Piperaquin phosphat): biệt dược là CV Artecan, Arterakine.

2.1. Điều trị sốt rét thể thông thường

Dựa vào chẩn đoán để chọn thuốc điều trị phù hợp, liều lượng xem ở các Bảng 2, 3, 4, 5:

2.1.1. Thuốc điều trị ưu tiên:

- Sốt rét do *P. falciparum*: dihydroartemisinin - piperaquin phosphat uống 3 ngày (Bảng 3) và primaquin 0,5mg base/kg liều duy nhất (Bảng 5).

- Sốt rét phối hợp có *P. falciparum*: dihydroartemisinin - diperaquin phosphat uống 3 ngày (Bảng 3) và primaquin 0,2 mg base/kg x 14 ngày (Bảng 5).

- Sốt rét do *P. vivax*: chloroquin uống 3 ngày (Bảng 2) và primaquin 0,25mg base/kg/ngày x 14 ngày (Bảng 5).

2.1.2. Thuốc điều trị thay thế:

- Quinine điều trị 7 ngày (Bảng 4, 7, 8) + doxycyclin điều trị 7 ngày (Bảng 9).

- Hoặc quinin điều trị 7 ngày (Bảng 4, 7, 8) + clindamycin điều trị 7 ngày (Bảng 10) cho phụ nữ có thai và trẻ em dưới 8 tuổi.

2.2. Điều trị sốt r t thông thường ở phụ nữ có thai

Phụ nữ có thai mắc sốt rét hay bị thiếu máu, hạ đường huyết, phù phổi cấp, dễ chuyển thành sốt rét ác tính, vì vậy việc điều trị phải nhanh chóng và hiệu quả.

2.2.1. Phụ nữ có thai trong 3 tháng đầu:

- Điều trị sốt rét *do P. falciparum:* thuốc điều trị là quinin sulfat 7 ngày (Bảng 4) + clindamycin 7 ngày (Bảng 10).

- Điều trị sốt rét do *P. vivax:* thuốc điều trị là chloroquin x 3 ngày (Bảng 2)

2.2.3. Phụ nữ có thai trên 3 tháng:

- Điều trị sốt rét do *P. falciparum:* thuốc điều trị là dihydroartemisinin - piperaquin phosphat uống 3 ngày (Bảng 3).

- Điều trị sốt rét do *P. vivax:* thuốc điều trị là chloroquin tổng trong 3 ngày (Bảng 2)

Chú ý: Không điều trị primaquin cho phụ nữ có thai, trẻ em dưới 3 tuổi và người thiếu men G6PD. Không điều trị dihydroartemisinin - diperaquin phosphat cho phụ nữ có thai trong 3 tháng đầu

2.3. Điều trị sốt rét ác tính

2.3.1. Điều trị đặc hiệu

Sử dụng artesunat tiêm hoặc quinin (liều lượng thuốc xem Bảng 6, 7, 8) theo thứ tự ưu tiên như sau:

- Artesunat tiêm: liều giờ đầu 2,4mg/kg, tiêm nhắc lại 2,4mg/kg vào giờ thứ 12 (ngày đầu). Sau đó mỗi ngày tiêm 1 liều 2,4mg/kg cho đến khi người bệnh tỉnh, có thể uống được, chuyển sang thuốc dihydroartemisinin - piperaquin phosphat 3 ngày (Bảng 6)

- Quinin dihydrochloride: tiêm hoặc truyền tĩnh mạch với liều 20mg/kg cho 8 giờ đầu, sau đó 10mg/kg cho mỗi 8 giờ tiếp theo (Bảng 8), cho đến khi tỉnh thì chuyển uống quinin sunfat (Bảng 4) + doxycyclin (Bảng 9) cho đủ 7 ngày hoặc dihydroartemisinin - piperaquin phosphat liều 3 ngày (Bảng 3).

Chú ý:

- Trong trường hợp không có thuốc quinin tiêm thì sử dụng thuốc viên qua sonde dạ dày.

- Khi dùng quinin đề phòng hạ đường huyết và trụy tim mạch do truyền nhanh.

2.3.2. Điều trị sốt rét ác tính ở phụ nữ có thai

Phụ nữ có thai khi bị sốt rét ác tính có thể dẫn đến sẩy thai, đẻ non, thai chết lưu và dẫn đến tử vong. Do vậy phải tích cực điều trị diệt ký sinh trùng sốt rét kết hợp điều trị triệu chứng, biến chứng.

- Điều trị sốt rét ác tính ở phụ nữ có thai trong 3 tháng đầu: dùng quinin dihydrochloride (Bảng 8) + clindamycin (Bảng 10).

- Điều trị sốt rét ác tính ở phụ nữ có thai trên 3 tháng: dùng artesunat tiêm như với người bệnh sốt rét ác tính, khi tỉnh có thể chuyển sang uống dihydroartemisinin - piperaquin phosphat (3 ngày)

Chú ý:

- Phụ nữ có thai hay bị hạ đường huyết, nhất là khi điều trị quinin, nên truyền glucose 10% và theo dõi glucose máu.

- Khi bị sảy thai hoặc đẻ non cần phải điều trị chống nhiễm khuẩn tử cung.

2.4. Điều trị hỗ trợ

2.4.1. Sốt cao hạ nhiệt bằng cách:

- Chườm mát.

- Thuốc hạ nhiệt: nếu nhiệt độ ≥ 38°5C với trẻ em hoặc ≥ 39°C với người lớn. Thuốc hạ nhiệt chỉ dùng paracetamol 10mg/kg/lần với trẻ em, không quá 4 lần trong 24 giờ.

2.4.2. C t cơn co giật:

- Dùng diazepam, liều 0,1-0,2mg/kg tiêm tĩnh mạch chậm hoặc bơm vào hậu môn (liều 0,5-1,0mg/kg). Tiêm nhắc lại liều trên nếu còn cơn co giật, thận trọng khi dùng cho trẻ em dưới 1 tuổi.

- Ngoài ra có thể dùng phenobarbital (15 mg/kg sau đó duy trì liều 5 mg/kg/ngày trong 48 giờ). Khi sử dụng phenobarbital phải theo dõi sát tình trạng nhịp thở của người bệnh và SpO_2.

4.2.3. Xử trí sốc: xem phác đồ điều trị sốc

4.2.4. Xử trí suy hô hấp: xem phác đồ điều trị suy hô hấp

4.2.5. Xử trí suy thận cấp: xem phác đồ điều trị suy thận cấp.

4.2.6. Xử trí thiếu máu do huyết tán hoặc xuất huyết: xem phác đồ điều trị thiếu máu

4.2.7. Xử trí hạ đường huyết: xem phác đồ điều trị hạ đường huyết.

4.2.8. Xử trí đái huyết cầu tố

- Dấu hiệu và triệu chứng thường gặp của sốt rét đái huyết cầu tố là cơn sốt rét điển hình có vàng da-niêm mạc và nước tiểu màu như nước vối hay cà phê đen. Cần hỏi kỹ bệnh sử đái huyết cầu tố, các loại thuốc mới dùng gần đây, xét nghiệm máu tìm ký sinh trùng sốt rét và thử nước tiểu tìm hemoglobin, số lượng hồng cầu nhiều lần (trong đái huyết cầu tố số lượng hồng cầu giảm rất nhanh) và xét nghiệm G6PD nếu có điều kiện.

- Xử trí:

+ Truyền natri clorua 0,9% và các dịch khác duy trì lượng nước tiểu ≥ 2500mL/24 giờ, 10-12mL/kg/24 giờ với trẻ em.

+ Truyền khối hồng cầu khi hematocrit < 25% hoặc hemoglobin < 7g/dL.

+ Nếu đang dùng primaquin hoặc quinin mà xuất hiện đái huyết cầu tố thì ngừng ngay thuốc và thay bằng thuốc sốt rét khác.

+ Nếu người bệnh bị suy thận thì xử trí như suy thận do sốt rét ác tính.

4.2.9. Điều chỉnh rối loạn nước điện giải, kiềm toan

4.2.10. Chăm sóc, nuôi dưỡng:

- Để người bệnh nằm nơi sạch sẽ, khô, thoáng mát, tránh gió lùa, xoay trở 2-3 giờ một lần tránh loét tư thế (nên nằm đệm chống loét).

- Theo dõi người bệnh chặt chẽ: bằng monitor.

- Theo dõi: huyết áp, mạch, SpO_2, nước tiểu, ý thức, nhịp thở 1 giờ/lần nếu người bệnh có tụt huyết áp, đo nhiệt độ 3 giờ/lần.

- Mạch, huyết áp, nhịp thở, nước tiểu, ý thức 3 giờ/lần nếu người bệnh ổn định.

- Dinh dưỡng: chế độ ăn đảm bảo đủ dinh dưỡng (khoảng 1500-2000 calo/ngày). Cho người bệnh ăn lỏng qua ống thông dạ dày nhiều bữa nhỏ hoặc nhỏ giọt liên tục nếu người bệnh hôn mê. Nếu người bệnh nôn nhiều, không thể ăn qua đường tiêu hóa thì nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch.

2.5. Liều lượng thuốc

Bảng 2: bảng tính liều chloroquin phosphat viên 250mg (chứa 150mg base) theo tuổi và cân nặng

- Liều tính theo cân nặng: tổng liều 25mg base/kg, chia 3 ngày điều trị như sau:

+ Ngày 1: 10mg base/kg cân nặng.

+ Ngày 2: 10mg base/kg cân nặng.

+ Ngày 3: 5mg base/kg cân nặng.

- Liều tính theo nhóm tuổi (nếu không có cân) như sau:

Nhóm tuổi	Ngày 1 (viên)	Ngày 2 (viên)	Ngày 3 (viên)
Dưới 1 tuổi	½	½	¼
1 - dưới 5 tuổi	1	1	½
5 - dưới 12 tuổi	2	2	1
12 - dưới 15 tuổi	3	3	1 ½
Từ 15 tuổi trở lên	4	4	2

Bảng 3: Viên thuốc phối hợp dihydroartemisinin-piperaquin

Mỗi viên có hàm lượng dihydroartemisinin 40mg, piperaquin phosphate 320mg, (biệt dược là Arterakine, CV Artecan). Điều trị 3 ngày tính theo nhóm tuổi như sau:

Nhóm tuổi	Cân nặng tương ứng	Ngày 1		Ngày 2 (Sau 24 giờ)	Ngày 3 (Sau 48 giờ)
		Giờ đầu	Sau 8 giờ		
Dưới 3 tuổi	< 15kg	½ viên	½ viên	½ viên	½ viên
3 - dưới 8 tuổi	15 - < 25kg	1 viên	1 viên	1 viên	1 viên
8 - dưới 15 tuổi	25 - 40kg	1 ½ viên	1 ½ viên	1 ½ viên	1 ½ viên

Từ 15 tuổi trở lên	> 40kg	2 viên	2 viên	2 viên	2 viên

Chú ý: Không dùng cho phụ nữ có thai 3 tháng đầu.

Bảng 4: Bảng tính liều quinin sulfat viên 250mg theo tuổi và cân nặng

Liều tính theo cân nặng: 30mg/kg/24 giờ (chia đều 3 lần mỗi ngày) điều trị 7 ngày. Liều tính theo nhóm tuổi (nếu không có cân) như sau:

Nhóm tuổi	Số viên/ngày x số ngày	Ghi chú
Dưới 1 tuổi	1 viên/ngày x 7 ngày	Chia đều 3 lần mỗi ngày
1 - dưới 5 tuổi	1½ viên/ngày x 7 ngày	
5 - dưới 12 tuổi	3 viên/ngày x 7 ngày	
12 - dưới 15 tuổi	5 viên/ngày x 7 ngày	
Từ 15 tuổi trở lên	6 viên/ngày x 7 ngày	

Bảng 5: Bảng tính liều primaquin viên 13,2mg (7,5mg primaquin base) **theo tuổi và cân nặng**

- Liều tính theo cân nặng:

+ Điều trị giao bào *P. falciparum/P. malariae/P. knowlesi* liều duy nhất 0,5mg bazơ/kg vào ngày cuối cùng của đợt điều trị.

+ Điều trị *P. vivax/P ovale* liều 0,25mg base/kg/ngày x 14 ngày, điều trị vào ngày đầu tiên cùng chloroquin để diệt thể ngủ trong gan chống tái phát xa.

- Liều tính theo nhóm tuổi (nếu không có cân) như sau:

Nhóm tuổi	***P. falciparum/ P. knowles/P. malariae*** **điều trị 1 lần**	***P. vivax/P. ovale*** **điều trị 14 ngày**
3 - dưới 5 tuổi	1 viên uống 1 lần	1/2 viên/ngày x 14 ngày
5 - dưới 12 tuổi	2 viên uống 1 lần	1 viên/ngày x 14 ngày
12 - dưới 15 tuổi	3 viên uống 1 lần	1½ viên/ngày x 14 ngày
Từ 15 tuổi trở lên	4 viên uống 1 lần	2 viên/ngày x 14 ngày

Chú ý:

- Không dùng primaquin cho trẻ em dưới 3 tuổi và phụ nữ có thai, người có bệnh gan và người thiếu men G6PD. Nếu không có điều kiện xét nghiệm G6PD thì cần theo dõi biến động khối lượng hồng cầu, màu s c da và màu s c nước tiểu (nước tiểu chuyển mầu sẫm như nước vối hoặc mầu nước cà phê đen) để dừng thuốc kịp thời.

- Uống primaquin sau khi ăn.

Bảng 6: Bảng tính liều artesunat tiêm, lọ 60mg theo tuổi và cân nặng

Liều tính theo cân nặng:

- Liều giờ đầu 2,4mg/kg, tiêm nhắc lại 2,4mg/kg vào giờ thứ 12 (ngày đầu). Sau đó mỗi ngày tiêm 1 liều 2,4mg/kg (tối đa là 7 ngày) cho đến khi người bệnh tỉnh, có thể uống được, chuyển sang thuốc dihydroartemisinin - piperaquin x 3 ngày.

- Liều tính theo lứa tuổi (nếu không có cân) như sau:

Nhóm tuổi	**Liều ngày thứ nhất**		**Liều những ngày sau** (dung dịch sau khi pha thuốc)
	Liều giờ thứ nhất (dung dịch sau khi pha thuốc)	**Liều giờ thứ 12** (dung dịch sau khi pha thuốc)	
Dưới 1 tuổi	2mL	2mL	2mL
1 - dưới 5 tuổi	4mL	4mL	4mL
5 - dưới 12 tuổi	8mL	8mL	8mL
12 - dưới 15 tuổi	10mL	10mL	10mL
Từ 15 tuổi trở lên	12mL (2 lọ)	12mL (2 lọ)	12mL (2 lọ)

Chú ý:

- Không dùng artesunat cho phụ nữ có thai trong 3 tháng đầu trừ trường hợp sốt rét ác tính mà không có quinin.

- Việc pha thêm 5mL natriclorua 0,9% là để chia liều lượng chính xác cho người bệnh là trẻ em.

- Trường hợp không tiêm được tĩnh mạch thì có thể tiêm b p. Chỉ cần pha bột thuốc với 1mL natri bicarbonat 5%, l c kỹ cho bột artesunat tan hoàn toàn, rồi tiêm b p.

Bảng 7: Bảng tính liều quinin hydrochloride, ống 500mg theo tuổi và cân nặng

- Liều theo cân nặng: tiêm bắp: 30mg/kg/24 giờ. Mỗi đợt điều trị 7 ngày.

- Liều tính theo nhóm tuổi (nếu không có cân) như sau:

Nhóm tuổi	**Số ống x số lần/ngày**
Dưới 1 tuổi	$\frac{1}{10}$ ống x 3 lần/ngày
1 - dưới 5 tuổi	$\frac{1}{6}$ - $\frac{1}{3}$ ống x 3 lần/ngày
5 - dưới 12 tuổi	$\frac{1}{2}$ ống x 3 lần/ngày
12 - dưới 15 tuổi	$\frac{2}{3}$ ống x 3 lần/ngày
Từ 15 tuổi trở lên	1 ống x 3 lần/ngày

Chú ý: tiêm quinin dễ gây áp xe, cần tiêm b p sâu và bảo đảm vô trùng.

Bảng 8: Bảng tính liều quinin dihydrochloride, ống 500mg theo tuổi và cân nặng

Thời gian	Liều 8 giờ đầu (0 - 8h)	Liều 8 giờ tiếp theo (9 - 16h)	Liều 8 giờ tiếp theo (17 - 24h)	Liều mỗi ngày từ ngày 2-7
Quinin dihydrochlodride	20mg/kg	10mg/kg	10mg/kg	30mg/kg chia 3 lần cách nhau 8 giờ. Khi uống được chuyển sang thuốc uống theo hướng dẫn

Thuốc được pha trong natri clorua 0,9% hoặc glucose 5% để truyền tĩnh mạch. Nếu trước đó người bệnh chưa điều trị quinin thì truyền tĩnh mạch với liều 20mg/kg 8 giờ đầu, sau đó 10mg/kg 8 giờ một lần cho đến khi người bệnh uống được chuyển sang dùng quinin sulfat liều 30mg/kg chia 3 lần trong ngày, cho đủ 7 ngày điều trị, nên phối hợp với doxycyclin liều 3mg/kg x 7 ngày (không dùng cho trẻ em dưới 8 tuổi và phụ nữ có thai) hoặc clindamycin liều 15mg/kg/24 giờ x 7 ngày.

Ví dụ: 1 người nặng 50kg, liều truyền đầu tiên 1000mg quinin dihydrochloride (8 giờ đầu), sau đó cứ 8 giờ truyền 500mg, pha trong 500mL natri clorua 0,9% hoặc glucose 5%, với tốc độ 40 giọt/phút.

Chú ý: Trường hợp người bệnh suy thận cần tính toán tổng lượng dịch truyền thích hợp, nếu cần chuyển sang tiêm b p.

Bảng 9: Bảng tính liều doxycyclin theo tuổi và cân nặng

- Mỗi viên chứa 100mg doxycyclin
- Liều lượng tính theo cân nặng: 3mg/kg/ngày uống 1 lần x 7 ngày
- Liều tính theo nhóm tuổi nếu không có cân như sau:

Nhóm tuổi	Số viên/ngày x số ngày
8 - dưới 12 tuổi	1/2 viên/ngày x 7 ngày
12 - dưới 15 tuổi	3/4 viên/ngày x 7 ngày
Từ 15 tuổi trở lên	1 viên/ngày x 7 ngày

Chú ý: Chỉ dùng phối hợp với quinin viên (quinin sulfat) hoặc quinin tiêm (quinin hydrochloride/dihydrochloride) ở người lớn và trẻ em trên 8 tuổi

Bảng 10: Bảng tính liều clindamycin theo tuổi và cân nặng

- Clindamycin viên có 2 loại hàm lượng (150mg và 300mg)
- Liều tính theo cân nặng 15mg/kg/24 giờ chia 2 lần x 7 ngày
- Liều tính theo nhóm tuổi, nếu không có cân như sau:

Nhóm tuổi	Số viên/ngày x số ngày	
	Viên 150mg	**Viên 300mg**
Dưới 3 tuổi	1 viên/ngày x 7 ngày	1/2 viên/ngày x 7 ngày
Từ 3 - dưới 8 tuổi	1½ viên/ngày x 7 ngày	3/4 viên/ngày x 7 ngày
Từ 8 - dưới 12 tuổi	2 viên/ngày x 7 ngày	1 viên/ngày x 7 ngày
Từ 12 - dưới 15 tuổi	3 viên/ngày x 7 ngày	1½ viên/ngày x 7 ngày
Từ 15 tuổi trở lên	4 viên/ngày x 7 ngày	2 viên/ngày x 7 ngày

Chú ý: Chỉ dùng phối hợp với quinin viên (quinin sulfat) hoặc quinin tiêm (quinin hydrochlodride/dihydrochlodride) ở phụ nữ có thai dưới 3 tháng và trẻ em dưới 8 tuổi.

2.6. Theo dõi trong quá trình điều trị

2.6.1. Theo dõi lâm sàng:

- Nếu bệnh diễn biến nặng hơn hoặc trong 3 ngày điều trị mà người bệnh vẫn sốt hoặc tình trạng bệnh xấu đi và còn ký sinh trùng sốt rét (KSTSR) thì dùng thuốc điều trị thay thế.

- Nếu bệnh diễn biến nặng hơn hoặc trong 3 ngày điều trị mà người bệnh vẫn sốt hoặc tình trạng bệnh xấu đi và không còn ký sinh trùng sốt rét thì tìm nguyên nhân khác.

- Nếu người bệnh bị nôn trong vòng 30 phút sau khi uống thuốc, thì phải uống liều khác thay thế hoặc dùng thuốc dạng tiêm.

2.6.2. Theo dõi ký sinh trùng:

- Lấy lam máu kiểm tra KSTSR hàng ngày.

- Chỉ cho người bệnh ra viện khi kết quả soi lam âm tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh sốt rét*, ban hành kèm theo Quyết định 4845/QĐ-BYT.

2. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh truyền nhiễm,* ban hành kèm theo Quyết định 5642/QĐ-BYT.

BỆNH GIUN TOXOCARA

(Toxocariasis)

MÃ ICD 10: B58

I. ĐẶC ĐIỂM CỦA BỆNH

1. Định nghĩa ca bệnh

- Ca bệnh lâm sàng: không có triệu chứng lâm sàng đặc hiệu, gặp ở trẻ em nhiều hơn người lớn. Một số bệnh nhân có biểu hiện gan to; sốt; có các triệu chứng của phổi như ho, đau ngực; đau bụng, khó tiêu; tăng globulin máu; tăng bạch cầu ưa a xít không thường xuyên. Trường hợp nặng, các triệu chứng có thể kéo dài hàng năm, các hội chứng viêm phổi, viêm nội nhãn, đau bụng mãn tính, rối loạn thần kinh khu trú có thể xảy ra do sự di trú của ấu trùng giun toxocara, bạch cầu tăng và bạch cầu ái toan tăng có thể chiếm tới 80-90%.

- Ca bệnh xác định: thử nghiệm ELISA dùng kháng nguyên ấu trùng dương tính.

2. Chẩn đoán phân biệt

Các tổn thương ở phổi có thể nhầm với tổn thương ung thư. Các tổn thương ở võng mạc có thể nhầm với u nguyên bào võng mạc.

3. Xét nghiệm

Thử nghiệm huyết thanh học ELISA dùng kháng nguyên ấu trùng giun toxocara, độ nhạy từ 75-90%.

II. TÁC NHÂN GÂY BỆNH

Giun đũa chó (*Toxocara canis)* và giun đũa mèo *(Toxocara cati)*. Hay gặp *Toxocara canis* hơn *Toxocara cati*.

III. ĐIỀU TRỊ

Điều trị đặc hiệu bằng albendazole 500mg/ngày hoặc mebendazole 400mg/ngày, điều trị từ 3-4 tuần liền.

Chú ý: albendazole và mebendazole chống chỉ định với trẻ dưới 2 tuổi, phụ nữ có thai 3 tháng đầu hoặc cho con bú, người có tiền sử mẫn cảm với Benzimidazol, người có tiền sử nhiễm độc tuỷ xương. Thận trọng khi điều trị cho người suy gan, suy thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh truyền nhiễm,* ban hành kèm theo Quyết định 5642/QĐ-BYT.
2. Viện Pasteur TP. Hồ Chí Minh, *Cẩm nang phòng chống bệnh truyền nhiễm.*

VIÊM GAN VI RÚT B

MÃ ICD 10: B16

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm gan vi rút B (VGVR B) là bệnh truyền nhiễm do HBV lây qua đường máu, quan hệ tình dục và từ mẹ sang con. HBV có thể gây viêm gan tối cấp, viêm gan cấp và viêm gan mạn, tiến triển thành xơ gan, HCC.

HBV thuộc họ *Hepadnaviridae*, có cấu trúc di truyền DNA, được chia thành 10 kiểu gen ký hiệu từ A đến J. HBV có 3 loại kháng nguyên chính: HBsAg, HBeAg và HBcAg, tương ứng với 3 loại kháng thể, lần lượt là: Anti-HBs, Anti-HBe và Anti-HBc.

II. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN VI RÚT B CẤP

1. Chẩn đoán viêm gan vi rút B cấp

- Tiền sử: người bệnh có truyền máu hay các chế phẩm của máu, tiêm chích, quan hệ tình dục không an toàn trong khoảng 4-24 tuần trước khởi bệnh.

- Lâm sàng:

+ Đa số không có biểu hiện lâm sàng rõ ràng.

+ Trong thể điển hình, có thể xuất hiện các triệu chứng như: sốt (khi chưa vàng da), mệt mỏi, chán ăn, buồn nôn, nôn, vàng da, vàng mắt, tiểu sậm màu, đau tức vùng gan...

+ VGVR B cấp có thể diễn tiến nặng sang suy gan cấp dẫn đến bệnh não gan, tỷ lệ tử vong cao.

- Cận lâm sàng:

+ AST, ALT tăng, thường trên 5 lần giới hạn trên của mức bình thường (ULN, ULN: 35 U/L đối với nam, 25 U/L đối với nữ).

+ Bilirubin có thể tăng.

+ Anti-HBc IgM dương tính, HBsAg dương tính (hoặc âm tính trong giai đoạn cửa sổ).

2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm gan cấp do vi rút khác (HAV, HCV, HDV, HEV, CMV, EBV, Dengue, ...)

- Viêm gan do các nguyên nhân khác: rượu, nhiễm độc (do thuốc, hóa chất...), tự miễn, bệnh Wilson...

- Đợt bùng phát của viêm gan vi rút B mạn.

- Một số bệnh có biểu hiện vàng da.

+ Các bệnh nhiễm khuẩn: bệnh nhiễm *Leptospira,* sốt rét...

+ Tắc mật sau gan: u đầu tụy, u đường mật, sỏi đường mật...

3. Điều trị

Hơn 95% người lớn bị VGVR B cấp sẽ hồi phục một cách tự nhiên mà không cần điều trị thuốc kháng vi rút. Điều trị VGVR B cấp chủ yếu là điều trị hỗ trợ.

3.1. Điều trị hỗ trợ

- Nghỉ ngơi, tránh làm việc nặng hoặc gắng sức trong thời kỳ có triệu chứng lâm sàng.

- Chế độ ăn: giảm bớt chất béo, kiêng rượu bia. Chỉ nuôi dưỡng tạm thời bằng đường tĩnh mạch khi bị nôn nhiều hoặc không ăn uống được.

- Tránh sử dụng các thuốc chuyển hóa qua gan.

- Điều trị hồi sức nội khoa tích cực các trường hợp diễn tiến nặng.

+ Đảm bảo duy trì hô hấp, tuần hoàn ổn định.

+ Vitamin K_1: 10mg/ngày tiêm bắp hoặc pha loãng tiêm mạch chậm trong 3 ngày khi tỷ lệ prothrombin giảm < 60%.

+ Điều chỉnh các rối loạn đông máu, chống phù não, lọc huyết tương, ... dựa trên việc đánh giá các bất thường cụ thể trên lâm sàng.

3.2. Chỉ định dùng thuốc kháng vi rút

Entecavir hoặc tenofovir (TDF: tenofovir disoproxil fumarate, TAF: tenofovir alafenamide) cho đến khi mất HBsAg trong các trường hợp sau:

- VGVRB thể tối cấp.

- VGVR B cấp kèm theo ít nhất 2 tiêu chí sau:

+ Bệnh não gan.

+ Bilirubin toàn phần huyết thanh > 3mg/dL hay > 51µmol/L (hoặc bilirubin trực tiếp > 1,5mg/dL hay > 25µmol/L).

+ INR > 1,5

- Bệnh kéo dài > 4 tuần với bilirubin có xu hướng tăng.

4. Theo dõi

4.1. Lâm sàng

Theo dõi các triệu chứng: vàng da, vàng mắt, rối loạn tiêu hóa, xuất huyết, phù, cổ trướng, rối loạn tri giác, ...

4.2. Cận lâm sàng

- AST và ALT mỗi 1-2 tuần cho đến khi ALT < 2 lần ULN, sau đó định kỳ mỗi 4-12 tuần, ít nhất trong 24 tuần.

- INR, bilirubin toàn phần và trực tiếp mỗi 1-2 tuần cho đến khi về trị số bình thường.

- Xét nghiệm HBsAg, anti-HBs tại thời điểm tuần thứ 12 và tuần thứ 24.

- VGVR B cấp hồi phục nếu mất HBsAg sau 6 tháng, tư vấn người bệnh tiêm phòng nếu anti-HBs < 10 IU/L.

- Nếu HBsAg vẫn dương tính sau 6 tháng, bệnh đã chuyển sang giai đoạn mạn.

III. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN VI RÚT B MẠN

1. Chẩn đoán

1.1. Chẩn đoán nhiễm HBV mạn

- HBsAg và/hoặc HBV DNA dương tính ≥ 6 tháng, hoặc
- HBsAg dương tính và anti-HBc IgM âm tính.

1.2. Chẩn đoán các giai đoạn của nhiễm HBV mạn

Giai đoạn	Tiêu chuẩn
VGVR B mạn	- HBsAg (+) ≥ 6 tháng - Tải lượng HBV DNA thay đổi: từ không phát hiện cho đến vài tỷ IU/mL - Chia làm 2 thể HBeAg (+) và HBeAg (-) - Nồng độ ALT/AST bình thường hoặc tăng - Sinh thiết gan có hình ảnh viêm gan man với nhiều mức độ hoại tử hoặc/và xơ hóa gan
Nhiễm HBV mạn giai đoạn dung nạp miễn dịch	- HBsAg (+) ≥ 6 tháng - HBeAg (+) - Tải lượng HBV cao (điển hình > 1 triệu IU/mL) - ALT hoặc/và AST bình thường hoặc hơi tăng - Không xơ hóa và tình trạng viêm nhẹ trên sinh thiết gan
VGVR B mạn giai đoạn hoạt động	- HBsAg (+) ≥ 6 tháng - Tải lượng HBV DNA > 20.000 IU/mL với HBeAg (+) và > 2.000 IU/mL với HBeAg (-) - Nồng độ ALT hoặc/và AST tăng dai dẳng hoặc tăng từng đợt - Sinh thiết gan có hình ảnh viêm gan mạn với mức độ viêm từ vừa đến nặng kèm theo có xơ hóa gan hoặc không xơ hóa gan
VGVR B mạn giai đoạn không hoạt động	- HBsAg (+) ≥ 6 tháng. - HBeAg (-), anti-HBe (+) - HBV DNA < 2.000 IU/mL - Nồng độ ALT hoặc/và AST luôn bình thường - Sinh thiết gan không có tình trạng viêm đáng kể, tuy nhiên, sinh thiết hoặc đánh giá xơ hóa gan bằng các phương pháp không xâm lấn cho thấy có thể có xơ hóa gan ở nhiều mức độ.

2. Điều trị

2.1. Mục tiêu điều trị

- Ức chế lâu dài sự sao chép của HBV.

- Cải thiện chất lượng sống, ngăn ngừa diễn tiến xơ gan, HCC.

- Dự phòng lây truyền HBV cho cộng đồng bao gồm dự phòng lây truyền mẹ con.

- Dự phòng đợt bùng phát VGVR B.

2.2. Nguyên t c điều trị

- Lựa chọn ban đầu là các thuốc uống nucleot(s)ide analogues (NAs). Chỉ nên dùng các phác đồ có Peg-IFN đối với một số trường hợp đặc biệt.

- Điều trị VGVR B mạn với NAs là điều trị lâu dài, có thể kéo dài suốt đời.

- Tuân thủ điều trị.

2.3. Chuẩn bị điều trị

- Tư vấn cho người bệnh về các vấn đề sau: mục tiêu và hiệu quả điều trị, tuân thủ điều trị, thời gian điều trị lâu dài, tác dụng không mong muốn của thuốc, biến chứng, …

- Các xét nghiệm cần làm trước khi điều trị:

+ Tổng phân tích tế bào máu (công thức máu).

+ AST, ALT, creatinine huyết thanh.

+ Các xét nghiệm đánh giá chức năng gan khi cần thiết như bilirubin, albumin, tỷ lệ prothrombin, INR, ...

+ Siêu âm bụng, AFP, ...

+ HBeAg, tải lượng HBV DNA.

+ Anti-HCV.

+ Đánh giá giai đoạn xơ hóa gan bằng chỉ số APRI hoặc một trong các kỹ thuật: FibroScan, ARFI, sinh thiết gan, ... (nếu có điều kiện).

+ Nếu người bệnh điều trị Peg-IFN cần làm thêm các xét nghiệm đánh giá chức năng tuyến giáp (TSH, FT3, FT4), điện tâm đồ, ...

+ Các xét nghiệm khác theo chỉ định lâm sàng.

2.4. Chỉ định điều trị thuốc kháng vi rút

Dựa vào sự kết hợp 3 yếu tố: nồng độ ALT, tải lượng HBV DNA và mức độ xơ hóa gan.

2.4.1. Đối với trường hợp xơ gan còn bù hoặc mất bù

Điều trị khi tải lượng HBV DNA trên ngưỡng bất kể nồng độ ALT và tình trạng HBeAg.

2.4.2. Đối với trường hợp không xơ gan

- Điều trị VGVR B mạn cho người bệnh khi đáp ứng cả 2 tiêu chuẩn:

(1) Tổn thương tế bào gan

- AST, ALT > 2 lần ULN và/hoặc

- Xơ hóa gan F ≥ 2 (Phụ lục 2)

(2) Vi rút đang tăng sinh

- HBV DNA ≥ 20.000 IU/mL (≥ 10^5 copies/mL) nếu HBeAg dương tính

- HBV DNA > 2.000 IU/mL (≥ 10^4 copies/mL) nếu HBeAg âm tính

- Đối với các trường hợp chưa đáp ứng hai tiêu chuẩn trên, chỉ định điều trị khi có một trong các tiêu chuẩn sau:

+ Trên 30 tuổi với mức ALT cao hơn ULN kéo dài (ghi nhận ít nhất 3 lần trong khoảng 24 - 48 tuần) và HBV DNA > 20.000 IU/mL, bất kể tình trạng HBeAg.

+ Tiền sử gia đình có HCC hoặc xơ gan.

+ Có các biểu hiện ngoài gan như viêm cầu thận, viêm đa khớp, cryoglobulin máu, viêm đa nút động mạch...

+ Tái phát sau khi ngưng điều trị thuốc kháng HBV.

2.5. Thuốc điều trị

Bảng 1. Thuốc kháng vi rút

Tên thuốc	Liều người lớn	Liều trẻ em	Tác dụng phụ
Tenofovir disoproxil fumarate* (TDF)	- 300 mg/ngày - Đối với người có suy thận: điều chỉnh liều theo mức lọc cầu thận (Phụ lục 4)	≥ 12 tuổi và cân nặng ≥ 35 kg: liều lượng như người lớn	Bệnh thận, hội chứng Fanconi, hội chứng loãng xương, nhiễm toan lactic
Entecavir (ETV)	- 0,5 mg/ngày (1 mg/ngày nếu người bệnh từng sử dụng lamivudine hoặc có xơ gan mất bù) - Đối với người có suy thận: điều chỉnh liều theo mức lọc cầu thận (Phụ lục 4)	Trẻ ≥ 2 tuổi: tính liều theo cân nặng: - 10-11 kg: 0,15mg (3mL) - > 11-14 kg: 0,2mg (4mL) - > 14-17 kg: 0,25mg (5mL) - > 17-20 kg: 0,3mg (6mL) - > 20-23 kg: 0,35mg (7mL) - > 23-26 kg: 0,4mg (8mL) - > 26-30 kg: 0,45mg (9mL) - > 30kg: 0,5mg (10mL dung dịch uống hoặc 1 viên 0,5mg)	Nhiễm toan lactic
Tenofovir alafenamide** (TAF)	- 25 mg/ngày - Không cần giảm liều đối với các trường hợp suy thận nhẹ, vừa và nặng, hoặc chạy thận.	Trẻ ≥ 12 tuổi: liều như người lớn*	Nhiễm toan lactic, không chỉ định cho trường hợp xơ gan mất bù

Peg-IFN-α-2a (người lớn)*** IFN-α-2b (trẻ em)	180µg/tuần	Trẻ ≥ 1 tuổi: 6 triệu đơn vị/m^2 x 3 lần/tuần	Các triệu chứng giả cúm, mệt mỏi, rối loạn tâm thần, giảm bạch cầu, rối loạn miễn dịch ở người lớn, chán ăn và sụt cân

** TDF có thể được chỉ định điều trị cho phụ nữ có thai, trẻ ≥ 3 tuổi và đồng nhiễm HBV/HIV, liều dùng theo liều lượng khuyến cáo dành cho trẻ nhiễm HIV.*

** * TAF chưa khuyến cáo cho phụ nữ mang thai, được lựa chọn ưu tiên trong các trường hợp: người bệnh > 60 tuổi, loãng xương, suy thận với creatinin crearence (CrCl) ≥ 15ml/phút, chạy thận nhân tạo với CrCl < 15ml/phút.*

**** Có thể xem xét chỉ định cho người bệnh muốn điều trị trong thời gian ng n hạn; người bệnh đồng nhiễm HDV; hoặc người bệnh có tải lượng vi rút thấp và ALT tăng cao, không muốn điều trị dài hạn bằng NAs.*

2.6. Thời gian điều trị

2.6.1. Thời gian điều trị với thuốc NAs kéo dài, có thể suốt đời

- Người bệnh xơ gan phải điều trị suốt đời.

- Người bệnh chưa xơ gan: điều trị lâu dài, có thể xem xét ngưng điều trị trong các trường hợp sau đây:

+ VGVR B mạn với HBeAg dương tính: có thể ngưng điều trị sau khi đã điều trị thêm 12 tháng kể từ khi có chuyển đổi huyết thanh HBeAg (HBeAg âm tính, anti-HBe dương tính và tải lượng HBV DNA dưới ngưỡng) hoặc mất HBsAg

+ VGVR B mạn với HBeAg âm tính: có thể ngưng điều trị khi tải lượng HBV DNA dưới ngưỡng và mất HBsAg

+ Nếu không thể đo tải lượng HBV DNA, có thể cân nhắc ngưng thuốc kháng vi rút khi mất HBsAg kéo dài ít nhất 12 tháng trước khi ngưng điều trị (bất kể tình trạng HBeAg)

+ HBcrAg âm tính.

- Chỉ ngưng điều trị khi người bệnh có điều kiện theo dõi định kỳ trong thời gian dài để đánh giá khả năng tái hoạt HBV sau khi ngưng thuốc. Giải thích và tư vấn cho người bệnh nguy cơ bùng phát VGVR B, bệnh gan mất bù và ung thư gan sau khi ngưng điều trị.

2.6.2. Đối với Peg-IFN, thời gian điều trị là 48 tuần

2.7. Điều trị cho một số trường hợp đặc biệt

2.7.1. Đợt bùng phát của viêm gan vi rút B mạn

- Điều trị thuốc kháng vi rút ngay đối với đợt bùng phát VGVR B mạn do có thể dẫn đến bệnh gan mất bù và tử vong. Tư vấn cho người bệnh có thể ghép gan.

- Biểu hiện lâm sàng của đợt bùng phát VGVR B mạn rất thay đổi, có thể từ không triệu chứng cho đến có triệu chứng tương tự viêm gan cấp.

- Chẩn đoán đợt bùng phát VGVR B mạn khi đột ngột tăng ALT > 3 lần mức tăng ban đầu hoặc > 5 lần ULN không do các nguyên nhân khác như rượu, thuốc… ở người bệnh có HBsAg dương tính. Lưu ý tải lượng HBV DNA có thể không tăng thậm chí có thể giảm so với trước.

2.7.2. Các trường hợp chưa đề cập trong phác đồ này

Xin xem hướng dẫn của Bộ Y tế.

3. Theo dõi điều trị

3.1. Chưa có chỉ định điều trị thuốc kháng vi rút

Khám lâm sàng, xét nghiệm công thức máu, AST, ALT mỗi 12-24 tuần; HBeAg và đánh giá xơ hóa gan mỗi 24-48 tuần; xem xét đo tải lượng HBV DNA mỗi 24-48 tuần và xét nghiệm phát hiện sớm HCC mỗi 12-24 tuần (mục 3.3).

3.2. Điều trị thuốc kháng vi rút

3.2.1. Đang điều trị thuốc kháng vi rút

- Sau tháng điều trị đầu tiên, theo dõi lâm sàng, AST, ALT, creatinin huyết thanh mỗi 2-4 tuần tùy theo diễn tiến bệnh

- Khi bệnh đã ổn định (không có triệu chứng lâm sàng, AST, ALT < 2 lần ULN và có đáp ứng vi rút ban đầu): tái khám mỗi 12 tuần và làm các xét nghiệm công thức máu, AST, ALT, creatinin huyết thanh, HBeAg (nếu HBeAg còn dương tính), anti-HBe (khi đã mất HBeAg); đánh giá xơ hóa gan mỗi 24-48 tuần.

- Tải lượng HBV DNA thực hiện ở tuần điều trị thứ 12, 24 và 48, sau đó thực hiện mỗi 24-48 tuần hoặc khi ALT tăng không rõ nguyên nhân để đánh giá đáp ứng điều trị và khả năng tái phát HBV hoặc khi người bệnh không tuân thủ điều trị.

- Định lượng HBsAg (hoặc định tính nếu không làm được định lượng) mỗi 24-48 tuần để đánh giá khả năng mất HBsAg khi tải lượng HBV DNA dưới ngưỡng và HBeAg âm tính.

- Nếu điều trị bằng IFN hoặc Peg-IFN: theo dõi công thức máu, glucose máu, ure máu, creatinin máu, chức năng tuyến giáp mỗi 42 tuần đế phát hiện các tác dụng không mong muốn của thuốc

- Các xét nghiệm khác theo chỉ định lâm sàng.

3.2.2. Đã ngưng điều trị thuốc kháng vi rút

- Khám định kỳ để theo dõi các triệu chứng lâm sàng

- Xét nghiệm mỗi 12 tuần trong ít nhất 1 năm đầu sau khi ngưng thuốc để đánh giá tái phát bao gồm AST, ALT, công thức máu, tải lượng HBV DNA. Sau đó, tiếp tục theo dõi AST, ALT mỗi 12-24 tuần và tải lượng HBV DNA mỗi 24-48 tuần. Xét nghiệm sàng lọc HCC sớm mỗi 12-24 tuần.

- Trường hợp sau khi ngừng điều trị Peg-IFN: theo dõi đáp ứng vi rút muộn bằng HBeAg nếu trước đó HBeAg dương tính, định lượng (hoặc định tính) HBsAg và tải lượng HBV DNA mỗi 12 tuần trong thời gian ít nhất 48 tuần sau khi ngưng thuốc, sau đó mỗi 12-24 tuần trong 5 năm tiếp theo.

3.3. Sàng lọc xơ gan và ung thư gan

- Sàng lọc xơ gan và ung thư gan cho tất cả người bệnh nhiễm HBV mạn chưa điều trị, đang điều trị và đã ngưng điều trị thuốc kháng vi rút, đặc biệt ở người có xơ hóa gan F ≥ 3.

- Thực hiện các xét nghiệm công thức máu, AST, ALT và các xét nghiệm đánh giá chức năng gan, xơ hóa gan nếu cần.

- Xét nghiệm phát hiện sớm ung thư gan: AFP và/hoặc AFP-L3, PIVKA-II (DCP) và siêu âm bụng mỗi 12-24 tuần.

3.4. Các trường hợp thất bại điều trị với thuốc kháng vi rút

Tiêu chuẩn thất bại điều trị

- Không đáp ứng vi rút ban đầu *(Primary non-response)*: tải lượng HBV DNA giảm < 10 lần sau 12 tuần điều trị kháng vi rút, thường liên quan đến không tuân thủ điều trị.

- Đáp ứng vi rút một phần *(Partial virological response)*: tải lượng HBV DNA giảm > 10 lần nhưng trên ngưỡng phát hiện sau ít nhất 48 tuần điều trị thuốc kháng vi rút ở người bệnh tuân thủ điều trị.

- Bùng phát vi rút *(Virological breakthrough)*: tăng HBV DNA >10 lần so với trị số thấp nhất trong quá trình điều trị hoặc HBV DNA ≥ 100 IU/mL sau khi đáp ứng vi rút đạt mức dưới ngưỡng phát hiện.

** Lưu ý:*

- Cần đánh giá tuân thủ điều trị và xem xét các phương pháp đo tải lượng HBV DNA để kiểm tra lại trước khi kết luận thất bại điều trị.

- Việc đánh giá thất bại điều trị để thay đổi hoặc phối hợp thuốc không nên kéo dài quá 4 tuần.

- Nếu có điều kiện nên xác định vi rút đột biến kháng thuốc bằng giải trình tự gen để có hướng xử trí phù hợp.

+ Nếu HBsAg âm tính và anti-HBs <10IU/mL: tiêm phòng theo lịch;

+ Nếu HBsAg âm tính và anti-HBs ≥ 10IU/mL: không tiêm phòng theo lịch, không cần thiết xét nghiệm lập lại định kỳ.

IV. PHÒNG BỆNH

1. Phòng lây truyền từ mẹ sang con

- Tiêm vắc xin VGVR B liều sau sinh cho tất cả trẻ em theo chương trình tiêm chủng mở rộng.

- Trẻ sinh ra từ mẹ có HBsAg dương tính: tiêm kháng huyết thanh VGVR B và vắc xin VGVR B trong vòng 24 giờ sau sinh. Nên tiêm cùng thời điểm nhưng ở hai vị trí khác nhau. Sau đó tiêm đầy đủ các liều vắc xin VGVR B cho trẻ theo quy định của chương trình tiêm chủng mở rộng.

- Đối với các trường hợp thai phụ có tải lượng HBV DNA > 200.000IU/mL (> 10^6 copies/mL) hoặc HBsAg định lượng > 10^4 IU/mL, tư vấn điều trị dự phòng lây truyền HBV từ mẹ sang con

+ Dùng TDF từ tuần 24-28 của thai kỳ, nếu muộn hơn thì nên bắt đầu ít nhất 4 tuần trước sinh và liên tục đến 4-12 tuần sau sinh

+ Theo dõi tình trạng của mẹ gồm triệu chứng lâm sàng, AST, ALT mỗi 4-12 tuần, tải lượng HBV DNA trong vòng 24 tuần sau sinh để phát hiện VGVR B bùng phát.

+ Xét nghiệm HBsAg và anti-HBs cho trẻ > 12 tháng tuổi để đánh giá tình trạng nhiễm HBV.

- Không chống chỉ định nuôi con bằng sữa mẹ ở những người mẹ có HBsAg dương tính và mẹ đang sử dụng TDF để điều trị bệnh hoặc điều trị dự phòng

2. Phòng bệnh không đặc hiệu

- Đảm bảo an toàn truyền máu và các chế phẩm của máu.

- Không dùng chung kim tiêm và các dụng cụ xuyên chích qua da.

- Thực hiện an toàn tình dục.

- Tránh tiếp xúc với máu và các dịch tiết của người bệnh nhiễm HBV.

- Thực hiện các biện pháp phòng ngừa chuẩn dự phòng các bệnh lây truyền qua đường máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (năm 2019), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm gan vi rút B mạn tính,* ban hành kèm theo Quyết định số 3310/QĐ-BYT ngày 29 tháng 7 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

LAO PHỔI

MÃ ICD 10:

+ *Lao phổi, xác nhận bằng soi đờm có cấy hoặc không cấy đờm:* **A15.0**

+ Lao phổi, chỉ xác nhận bằng nuôi cấy: **A15.1**

+ *Lao phổi, xác nhận về mô học:* **A15.2**

I. ĐẠI CƯƠNG

Lao phổi là một bệnh truyền nhiễm do vi khuẩn lao *(Mycobacterium tuberculosis)* gây nên. Nhóm nguy cơ cao mắc bệnh: người nhiễm HIV; người tiếp xúc trực tiếp với nguồn lây, đặc biệt trẻ em; người mắc các bệnh mạn tính: loét dạ dày-tá tràng, đái tháo đường, suy thận mạn; người nghiện ma tuý, rượu, thuốc lá, thuốc lào; người sử dụng các thuốc ức chế miễn dịch kéo dài như corticoid, hoá chất điều trị ung thư, …

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- *Toàn thân*: sốt nhẹ về chiều, ra mồ hôi đêm, chán ăn, mệt mỏi, gầy sút cân.
- *Cơ năng*: ho, khạc đờm, ho ra máu, đau ngực, khó thở.
- *Thực thể*: nghe phổi có thể có tiếng bệnh lý (ran ẩm, ran nổ,.....).

2. Cận lâm sàng

- Nhuộm soi đờm trực tiếp tìm AFB
- Xét nghiệm Xpert MTB/RIF: các trường hợp AFB (+) cần được làm xét nghiệm Xpert để biết tình trạng kháng thuốc Rifampicin trước khi cho phác đồ thuốc chống lao hàng 1.
- Nuôi cấy tìm vi khuẩn lao
- Xquang phổi thường quy: hình ảnh trên phim X-quang gợi ý lao phổi tiến triển là thâm nhiễm, nốt, hang, có thể thấy hình ảnh co kéo ở 1/2 trên của phế trường, có thể 1 bên hoặc 2 bên.
- Các xét nghiệm đánh giá chức năng gan, thận trước khi điều trị và các xét nghiệm khác theo tình trạng lâm sàng.

3. Chẩn đoán xác định

3.1. Chẩn đoán xác định lao phổi khi có tổn thương trên X-quang phổi nghi lao và một trong 2 tiêu chuẩn sau:

- Có bằng chứng về sự có mặt của vi khuẩn lao trong bệnh phẩm lâm sàng như đờm, dịch phế quản, dịch dạ dày và các bệnh phẩm khác.
- Khi có các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng nhưng không xác định được vi khuẩn lao, chẩn đoán lao vẫn có thể xác định bằng tổng hợp các dấu hiệu lâm sàng cận lâm sàng của thầy thuốc được đào tạo chuyên khoa lao quyết định.

3.2. Phân loại chẩn đoán dựa theo xét nghiệm soi đờm trực tiếp tìm AFB

- ***Lao phổi AFB (+)***: có ít nhất 1 mẫu đờm hoặc dịch phế quản, dịch dạ dày có kết quả soi trực tiếp AFB (+) tại các phòng xét nghiệm được kiểm chuẩn bởi Chương trình chống lao Quốc gia.

- ***Lao phổi AFB (-)***: khi có ít nhất 2 mẫu đờm AFB (-), người bệnh cần được thực hiện quy trình chẩn đoán lao phổi AFB (-) (xem phụ lục 2).

Người bệnh được chẩn đoán lao phổi AFB (-) cần thoả mãn 1 trong 2 điều kiện sau:

+ Có bằng chứng vi khuẩn lao trong đờm, dịch phế quản, dịch dạ dày bằng phương pháp nuôi cấy hoặc các kỹ thuật mới như Xpert MTB/RIF.

+ Được thầy thuốc chuyên khoa chẩn đoán và chỉ định một phác đồ điều trị lao đầy đủ dựa trên (1) lâm sàng, (2) bất thường nghi lao trên X-quang phổi và (3) thêm 1 trong 2 tiêu chuẩn sau: HIV (+) hoặc không đáp ứng với điều trị kháng sinh phổ rộng.

3.3. Lao kê: là một trong các thể lao phổi.

Là thể lao lan toả toàn thân, biểu hiện rõ nhất ở phổi, có thể có tổn thương màng não, gan, tuỷ xương hay nhiều bộ phận quan trọng khác. Hay xảy ra ở trẻ em, người nhiễm HIV hay bị suy giảm miễn dịch.

Lâm sàng: triệu chứng cơ năng thường rầm rộ: sốt cao, khó thở, tím tái. Triệu chứng thực thể tại phổi nghèo nàn (có thể chỉ nghe thấy tiếng thở thô). Ở những người bệnh suy kiệt triệu chứng lâm sàng có thể không rầm rộ.

Chẩn đoán xác định: lâm sàng: cấp tính với các triệu chứng ho, sốt cao, khó thở, có thể tím tái. X-quang phổi có nhiều nốt mờ, kích thước đều, đậm độ đều và phân bố khắp 2 phổi (3 đều: kích thước, mật độ và đậm độ cản quang các hạt kê trên phim X-quang phổi). Xét nghiệm đờm thường âm tính. Ngoài ra xét nghiệm vi khuẩn trong các mẫu bệnh phẩm (dịch phế quản, dịch não tủy, máu) có thể dương tính.

4. Chẩn đoán phân biệt

Giãn phế quản, ung thư phổi, viêm phổi, áp xe phổi, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, bệnh phổi ký sinh trùng. Ở người có HIV cần phân biệt với viêm phổi, nhất là viêm phổi do *Pneumocystis jiroveci* hay còn gọi là *Pneumocystis carinii* (PCP). Trong quá trình quản lý các bệnh mạn tính ở phổi như hen, COPD, … cần lưu ý sàng lọc lao phổi phối hợp.

5. Chẩn đoán lao kháng thuốc

5.1. Lâm sàng

- Người bệnh khi đang điều trị lao nhưng các triệu chứng sốt, ho, khạc đờm không thuyên giảm hoặc thuyên giảm một thời gian rồi lại xuất hiện trở lại với các triệu chứng tăng lên, bệnh nhân tiếp tục sút cân.

- Tuy nhiên bệnh lao kháng thuốc có thể được chẩn đoán ở người chưa bao giờ mắc lao và triệu chứng lâm sàng của lao đa kháng có thể không khác biệt so với bệnh lao thông thường.

5.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm AFB, nuôi cấy dương tính liên tục hoặc âm tính một thời gian rồi dương tính trở lại hoặc âm tính, dương tính xen kẽ ở người đang điều trị lao.

- Xét nghiệm kháng sinh đồ cho kết quả kháng với các thuốc chống lao hàng 1, hàng 2.

- Các kỹ thuật sinh học phân tử có thể chẩn đoán nhanh lao đa kháng, tiền/siêu kháng thuốc và để phân biệt với trực khuẩn lao không điển hình: LPA với thuốc lao hàng 1, thuốc lao hàng 2 (Hain test), Xpert MTB/RIF.

- Hình ảnh tổn thương trên phim X-quang phổi không thay đổi hoặc xuất hiện thêm tổn thương mới trong quá trình điều trị đúng phác đồ có kiểm soát. Trường hợp lao kháng thuốc phát hiện ở người chưa bao giờ mắc lao, hình ảnh tổn thương trên phim X-quang có thể không khác biệt so với bệnh lao thông thường.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Phối hợp các thuốc chống lao.

- Phải dùng thuốc đúng liều.

- Phải dùng thuốc đều đặn.

- Phải dùng thuốc đủ thời gian và theo 2 giai đoạn tấn công và duy trì.

2. Các thuốc chống lao

- *Thuốc chống lao thiết yếu (hàng 1)*

+ Các thuốc chống lao thiết yếu (hàng 1) là: isoniazid (H), rifampicin (R), pyrazinamid (Z), streptomycin (S), ethambutol (E). Ngoài ra,

+ Hiện nay TCYTTG đã khuyến cáo bổ sung 2 loại thuốc chống lao hàng 1 là rifabutin (Rfb) và rifapentine (Rpt).

+ Thuốc chống lao hàng 2:

Các thuốc chống lao hàng 2 chủ yếu có thể phân ra thành các nhóm như sau:

Bảng 1. Phân loại các nhóm thuốc điều trị lao kháng thuốc (TCYTTG 2016)

A. Fluoroquinolones (FQs)	Levofloxacin Moxifloxacin Gatifloxacin	Lfx Mfx Gfx
B.Thuốc tiêm hàng hai	Amikacin Capreomycin Kanamycin Streptomycin(*)	Am Cm Km S
C. Các thuốc hàng hai chủ đạo khác	Ethionamide / Prothionamide	Eto / Pto

		Cycloserine / Terizidone Linezolid Clofazimine	Cs / Trd Lzd Cfz
D. Các thuốc bổ sung (không thuộc nhóm chủ đạo)	D1	Pyrazinamide Ethambutol H liều cao	Z E Hh
	D2	Bedaquiline Delamanid	Bdq Dlm
	D3	p-aminosalicylic acid Imipenem-cilastatin Meropenem Amoxicillin-clavulanate Thioacetazone	PAS Ipm Mpm Amx-Clv T

S: được xem là thuốc tiêm có thể chỉ định cho MDR-TB nếu BN đã kháng với các thuốc tiêm hàng hai hoặc không thể dùng được các thuốc tiêm hàng hai mà còn nhạy với S.

3. Chỉ định và phác đồ điều trị lao

3.1. ***Phác đồ điều trị lao vi khuẩn nhạy cảm với thuốc***

Phác đồ A1: **2RHZE/4RHE**

- Hướng dẫn:

+ Giai đoạn tấn công kéo dài 2 tháng, gồm 4 loại thuốc dùng hàng ngày.

+ Giai đoạn duy trì kéo dài 4 tháng, gồm 3 loại thuốc là R, H và E dùng hàng ngày.

- Chỉ định: cho các trường hợp bệnh lao người lớn không có bằng chứng kháng thuốc.

Phác đồ A2: 2RHZE/4RH

- Hướng dẫn:

+ Giai đoạn tấn công kéo dài 2 tháng, gồm 4 loại thuốc dùng hàng ngày.

+ Giai đoạn duy trì kéo dài 4 tháng, gồm 2 loại thuốc là R và H dùng hàng ngày.

- **Chỉ định:** cho các trường hợp bệnh lao trẻ em không có bằng chứng kháng thuốc.

3.2. ***Phác đồ điều trị lao kháng thuốc***

Nguyên t c xây dựng phác đồ:

- "Phác đồ cần có ***ít nhất*** 5 thuốc có hiệu lực, bao gồm 4 thuốc lao hàng hai chủ đạo (1 thuốc nhóm A, 1 thuốc nhóm B, ít nhất 2 thuốc nhóm C) và Pyrazinamid. Trường hợp không có đủ các thuốc có hiệu lực để xây dựng phác đồ như trên, có thể sử dụng các

thuốc nhóm D2, D3 để đảm bảo đủ 5 loại thuốc"

- Khi bệnh nhân có kháng với thuốc FQs (nhóm A) hoặc thuốc tiêm hàng hai (nhóm B), cần thay thế thuốc khác, tuy nhiên vẫn theo nguyên tắc như đối với bệnh nhân kháng R/MDR-TB

- Sử dụng thuốc tiêm còn nhạy cảm và có thể sử dụng trong thời gian dài (12 tháng hoặc trong suốt liệu trình). Nếu có kháng với tất cả các thuốc tiêm thì khuyến cáo sử dụng loại thuốc mà bệnh nhân chưa từng sử dụng hoặc không sử dụng thuốc tiêm.

- Sử dụng Fluoroquinolone thế hệ mới

Phác đồ chuẩn ngắn hạn điều trị lao đa kháng

4-6 Km Lfx Pto Cfz Z H liều cao E / 5 Lfx Cfz Z E

• Tiêu chuẩn thu nhận: lao phổi kháng R, chưa có tiền sử dùng thuốc lao hàng hai có trong phác đồ hoặc dùng dưới 1 tháng.

• Tiêu chuẩn loại trừ:

o Có bằng chứng kháng hoặc không có hiệu lực với 1 thuốc trong phác đồ (trừ H)

o Có thai hoặc cho con bú

o Người mẫn cảm với bất kỳ thuốc nào trong phác đồ, không dung nạp thuốc hoặc có nguy cơ ngộ độc thuốc (tương tác thuốc).

o Lao ngoài phổi

o Bệnh nhân có khoảng QTc >=500 ms trên điện tâm đồ

o Bệnh nhân có men gan cao gấp 3-4 lần mức bình thường

(SGOT, SGPT: 120-160U/L, AST/ALT: 60-120UI/L)

o Bệnh nhân bị viêm dây thần kinh thị giác và thần kinh ngoại vi

Phác đồ chuẩn 20 tháng: **8 Km (Cm) Lfx Pto Cs Z/12 Lfx Pto Cs Z**

- Cm được sử dụng thay thế cho trường hợp không dung nạp Km, dùng hàng ngày.

- Trường hợp NB không dung nạp với Cs, có thể dùng PAS thay thế, đồng thời bổ sung E:

8 Km (Cm) Lfx Pto PAS Z E /12 Lfx Pto PAS Z E

Đối tượng thu nhận: người bệnh lao kháng R nhưng không đủ tiêu chuẩn thu nhận 9 tháng, không thuộc nhóm người bệnh cần có phác đồ cá nhân:

- Lao phổi kháng R đã có tiền sử dùng thuốc lao hàng hai (trừ phụ nữ có thai)

- Lao ngoài phổi (trừ lao màng não) kháng R/MDR-TB.

IV. THEO DÕI ĐIỀU TRỊ BỆNH LAO

1. Theo dõi điều trị bệnh lao

Trong quá trình điều trị người bệnh cần được theo dõi như sau:

- Người bệnh cần được theo dõi kiểm soát việc dùng thuốc.

- Theo dõi đánh giá đáp ứng lâm sàng, X-quang và tác dụng phụ của thuốc. Đối

với trẻ em phải cân hàng tháng để điều chỉnh liều thuốc theo cân nặng.

- Xét nghiệm đờm theo dõi: người bệnh lao phổi cần phải xét nghiệm đờm theo dõi 3 lần

+ Phác đồ 6 tháng: xét nghiệm đờm vào cuối tháng thứ 2, 5 và 6.

+ Phác đồ 8 tháng: xét nghiệm đờm vào cuối tháng thứ 3, 5,7 (hoặc 8).

Xử trí kết quả xét nghiệm đờm theo dõi

- Với PĐ A (bao gồm cả PĐ A1 và PĐ A2), đờm còn AFB (+) ở cuối tháng thứ 2, chuyển điều trị duy trì, làm xét nghiệm nhuộm soi trực tiếp ở cuối tháng thứ 3. Nếu cuối tháng thứ 3 còn AFB (+), cần chuyển đờm làm Hain test, Xpert MTB/RIF (hoặc nuôi cấy và KSĐ).

- Lưu ý: ở bất kỳ thời điểm điều trị nào với thuốc chống lao hàng 1, khi xác định được chủng vi khuẩn lao kháng đa thuốc thì người bệnh cần được chỉ định PĐ lao đa kháng.

2. Theo dõi điều trị bệnh lao đa kháng thuốc

Trong quá trình điều trị người bệnh lao đa kháng cần được theo dõi chặt chẽ như sau:

- Người bệnh lao đa kháng cần được kiểm soát chặt chẽ việc dùng thuốc hàng ngày (DOT) trong cả liệu trình điều trị.

- Giai đoạn điều trị nội trú: thăm khám lâm sàng hàng ngày tại giường bệnh; giai đoạn điều trị ngoại trú - Tái khám hàng tháng tại trung tâm: khám lâm sàng, theo dõi đáp ứng điều trị, theo dõi biến chứng bệnh và tác dụng phụ của thuốc, kiểm tra cân nặng hàng tháng, theo dõi về các xét nghiệm, chụp X-quang và một số thăm khám khác.

Theo dõi xét nghiệm cụ thể như sau:

+ Xét nghiệm nhuộm soi đờm trực tiếp làm hằng tháng.

+ Nuôi cấy: giai đoạn tấn công nuôi cấy hằng tháng, giai đoạn củng cố nuôi cấy hằng quý.

+ Kháng sinh đồ: trước điều trị và làm kháng sinh đồ nếu người bệnh có kết quả nuôi cấy vẫn dương tính sau 4 tháng điều trị.

+ Công thức máu.

+ Chức năng gan.

+ Creatinin, ure.

+ Điện giải đồ: natri, kali, canxi.

+ Chụp X-quang phổi.

+ Đo thính lực đồ trước điều trị và khi có chỉ định (có thể thực hiện hằng tháng trong giai đoạn điều trị tấn công).

+ Soi đáy mắt: trước điều trị và khi có chỉ định.

+ Điện tâm đồ (ECG).

+ Hormone tuyến giáp (TSH): 6 tháng/lần và khi có chỉ định.

+ Xét nghiệm HIV: trước điều trị và khi cần thiết.

+ Thử thai: trước điều trị và bất cứ khi nào có nghi ngờ.

Thời gian biểu theo dõi điều trị

Thời gian biểu cho phác đồ 9 tháng

Tên xét nghiệm	**Tháng từ thời điểm bắt đầu điều trị**									
	Giai đoạn tấn công 4 tháng (có thể kéo dài thêm 2 tháng)					**Giai đoạn duy trì củng cố 5 tháng**				
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9 (11)
Khám lâm sàng và cân nặng	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Soi đờm	X	X	X	X	XX*	X	X	X	X	XX*
Nuôi cấy	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
KSĐ	X**				X					
Điện tâm đồ	X	X	X	X	X		X			X
Đo thính lực cơ bản	X	X	X	X	X		X			X
Soi đáy mắt ***	X									
X-quang phổi	X	X			X		X			X
Công thức máu toàn phần	X	X			X		X			X
Creatinin, ure máu	X	X	X	X	X		X			X
Điện giải đồ: K, Na, Ca	X	X	X	X	X		X			X
ASAT, ALAT, bilirubin (tp/tt)	X	X	X	X	X		X			X
TSH	X				X		X			X
Thử thai	X									
HIV test	X									

*) trong tháng thứ 4 và thứ 9 (và hằng tháng trong giai đoạn kéo dài của thuốc tiêm) 2 mẫu đờm buổi sáng sẽ được làm xét nghiệm. Quyết định thay đổi điều trị sẽ phụ thuộc vào kết quả soi đờm này

**) nếu nuôi cấy dương tính trở lại tại tháng thứ 4 hoặc dương tính sau khi đã âm hóa. KSĐ sẽ được thực hiện lại và bệnh nhân sẽ không được tiếp tục tham gia điều trị phác đồ chuẩn ngắn hạn.

***) Thực hiện soi đáy mắt tại bất cứ thời điểm nào khi có dấu hiệu nghi ngờ

Thời gian biểu cho phác đồ 20 tháng

Tháng	XQ	Soi trực tiếp	Cấy	KSĐ	SGOT SGPT billirubin	Creatinin, ure Điện giải đồ	HIV	TSH	Thị lực	Thính lực	Thử thai	CTM	ECG (*)
0	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1		X	X		X	X							
2		X	X		X	X						X	X
3		X	X		X	X							
4	X	X	X	± Nếu cấy đàm còn (+)	X	X						X	X
5		X	X		X	X							
6		X	X		X	X						X	X
7		X	X		X	X							
8	**X**	**X**	**X**		**X**	**X**		**X**				**X**	**X**
9		X					*Kiểm tra lại nếu thấy cần thiết		*Khi có chỉ định	*Theo dõi sát Khi có chỉ định	*Khi có chỉ định		
10		X											
11		X	X		X	X						X	X
12		X											
13		X											
14	X	X	X		X	X		X				X	X
15		X											
16		X											
17		X	X		X	X						X	X
18		X											
19		X											
20	X	X	X		X	X		X				X	X

(*) Tần suất theo dõi điện tâm đồ có thể thay đổi tùy thuộc vào việc có hay không sử dụng các loại thuốc có nguy cơ gây ảnh hưởng tới tim mạch (kéo dài khoảng QT) trong phác đồ

V. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ

1. Đánh giá kết quả điều trị bệnh lao

Đánh giá kết quả điều trị theo khuyến cáo của WHO:

• **Khỏi:** người bệnh lao phổi có bằng chứng vi khuẩn học tại thời điểm bắt đầu điều trị, có kết quả xét nghiệm đờm trực tiếp hoặc nuôi cấy âm tính tháng cuối của quá

trình điều trị và ít nhất 1 lần trước đó.

• **Hoàn thành điều trị:** người bệnh lao hoàn thành liệu trình điều trị, không có bằng chứng thất bại, nhưng cũng không có xét nghiệm đờm trực tiếp hoặc nuôi cấy âm tính vào tháng cuối của quá trình điều trị và ít nhất 1 lần trước đó, bất kể không làm xét nghiệm hay không có kết quả xét nghiệm.

• **Thất bại:** người bệnh lao có kết quả xét nghiệm đờm trực tiếp hoặc nuôi cấy dương tính từ tháng thứ 5 trở đi của quá trình điều trị.

• **Chết:** người bệnh lao chết do bất cứ nguyên nhân gì trước hoặc trong quá trình điều trị lao.

• **Không theo dõi được (bỏ):** người bệnh lao ngừng điều trị liên tục từ 2 tháng trở lên.

• **Không đánh giá:** người bệnh lao không được đánh giá kết quả điều trị. Bao gồm các trường hợp chuyển tới đơn vị điều trị khác và không có phản hồi kết quả điều trị, cũng như các trường hợp đơn vị báo cáo không biết kết quả điều trị của bệnh nhân.

• **Điều trị thành công:** tổng số khỏi và hoàn thành điều trị.

2. Đánh giá kết quả điều trị lao đa kháng

Đối với phác đồ chuẩn ngắn hạn điều trị lao đa kháng

Khỏi: Hoàn thành liệu trình điều trị và không có bằng chứng thất bại, đồng thời có ít nhất 2 mẫu nuôi cấy âm tính liên tiếp cách nhau ít nhất 30 ngày ở cuối giai đoạn duy trì.

Hoàn thành điều trị: hoàn thành liệu trình điều trị và không có bằng chứng thất bại, tuy nhiên không ghi nhận đủ thông tin có ít nhất 2 mẫu nuôi cấy âm tính liên tiếp cách nhau ít nhất 30 ngày ở cuối giai đoạn duy trì.

Thất bại:

• Không âm hóa cuối giai đoạn tấn công kéo dài, hoặc

• Dương tính trở lại trong giai đoạn duy trì sau khi đã âm hóa, hoặc

• Ngừng điều trị ít nhất 2 trong các thuốc bổ sung (E, Z, H), hoặc ít nhất 1 trong các thuốc chủ đạo (FQ, SLI, Pto/Eto, Cfz) vì lý do phản ứng bất lợi hoặc phát hiện kháng thuốc

Đối với các kết quả khác (chết, không theo dõi, không đánh giá), tiêu chuẩn đánh giá cho phác đồ 9-11 tháng tương tự đối với phác đồ 20 tháng.

Đối với phác đồ chuẩn 20 tháng

• **Khỏi:** hoàn thành liệu trình theo hướng dẫn của CTCLQG và không có dấu hiệu thất bại, đồng thời có 3 mẫu nuôi cấy âm tính liên tiếp cách nhau ít nhất 30 ngày trong giai đoạn duy trì.

• **Hoàn thành điều trị:** hoàn thành liệu trình theo hướng dẫn của CTCLQG và không có dấu hiệu thất bại, tuy nhiên không đầy đủ bằng chứng về 3 mẫu nuôi cấy âm tính liên tiếp cách nhau ít nhất 30 ngày trong giai đoạn duy trì.

• **Thất bại**: ngừng điều trị hoặc thay đổi vĩnh viễn ít nhất 2 thuốc chống lao trong

công thức điều trị vì các lý do:

o Không âm hóa vào cuối giai đoạn tấn công (*) hoặc,

o Dương tính trở lại trong giai đoạn duy trì sau khi đã âm hóa (**) hoặc,

o Có bằng chứng kháng thêm với fluoroquinolon hoặc thuốc tiêm hàng hai, hoặc,

o Có phản ứng bất lợi của thuốc (ADRs).

• **Chết:** người bệnh chết do bất cứ nguyên nhân nào trong quá trình điều trị lao kháng thuốc.

• **Không theo dõi được:** người bệnh ngừng điều trị liên tục từ 2 tháng trở lên do bất cứ lý do gì.

• **Không đánh giá**: người bệnh không được đánh giá kết quả điều trị (bao gồm cả các trường hợp chuyển đến đơn vị điều trị khác và các trường hợp không biết kết quả điều trị)

• **Điều trị thành công**: tổng cộng của khỏi và hoàn thành điều trị

(*) Âm hóa nuôi cấy: có ít nhất 2 mẫu nuôi cấy âm tính liên tiếp (cách nhau ít nhất 30 ngày).

(**) Dương tính trở lại: có ít nhất 2 mẫu nuôi cấy dương tính liên tiếp (cách nhau ít nhất 30 ngày) sau khi đã âm hóa. Chỉ sử dụng để kết luận là thất bại nếu dương tính trở lại trong giai đoạn duy trì.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2018), *Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao*, ban hành kèm theo Quyết định 3126/QĐ-BYT.

PHẦN VII: MẮT

VIÊM TỔ CHỨC HỐC MẮT

Viêm tổ chức hốc mắt là viêm của phần mô mềm trong hốc mắt.

MÃ ICD 10: H05

I. NGUYÊN NHÂN

- Do vi khuẩn, nấm, virus và ký sinh trùng.

- Các yếu tố thuận lợi như:

+ Ở trẻ em hay gặp do viêm đường hô hấp trên, viêm xoang.

+ Ở người lớn hay gặp ở những người đái tháo đường, suy giảm miễn dịch.

- Có thể gặp do những nguyên nhân lan truyền trực tiếp từ những cấu trúc như nhãn cầu, mi và phần phụ cận của nhãn cầu cũng như các xoang lân cận.

- Do chấn thương xuyên làm tổn thương vách hốc mắt, đặc biệt những chấn thương có dị vật hốc mắt.

- Những phẫu thuật như phẫu thuật giảm áp hốc mắt, phẫu thuật mi, phẫu thuật lác, nội nhãn… viêm tổ chức hốc mắt cũng có thể gặp sau viêm nội nhãn sau phẫu thuật.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Cơ năng: đau ở vùng hốc mắt xuất hiện đau đột ngột, đau khi vận động nhãn cầu, liếc mắt; đau đầu.

- Thực thể: mi phù; xung huyết kết mạc; phù kết mạc; lồi mắt: lồi mắt; song thị; sụp mi; hạn chế vận nhãn hoặc liệt vận nhãn; giảm thị lực nhiều mức độ khác nhau; nếu viêm gần đỉnh hốc mắt có thể có giảm thị lực trầm trọng; có thể có viêm hắc mạc hoặc viêm thị thần kinh; có thể tăng nhãn áp do chèn ép

- Triệu chứng toàn thân: mệt mỏi, sốt; những triệu chứng hô hấp hay xoang.

2. Cận lâm sàng

- Chụp X-quang hoặc chụp CT: hình ảnh viêm tổ chức hốc mắt, hình ảnh viêm xoang.

+ Có thể thấy hình ảnh viêm xoang với những xương và màng xương đẩy về phía hốc mắt.

+ Hình ảnh ổ áp xe cạnh màng xương: điển hình trên CT là hình ảnh tổn thương cạnh xoang mờ, có bờ xung quanh mềm mại và có thể có khí bên trong.

+ Trong trường hợp chấn thương có thể xác định được dị vật hốc mắt.

- Siêu âm: có giá trị trong một số trường hợp chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt như có viền dịch quanh nhãn cầu.

- Công thức máu: bạch cầu đa nhân trung tính tăng cao, CRP tăng trong nhiễm khuẩn.

- Lấy bệnh phẩm ở hốc mắt hoặc mủ ở ổ áp xe làm xét nghiệm soi tươi, soi trực tiếp, nuôi cấy vi khuẩn để chẩn đoán nguyên nhân và để điều trị.

- Lấy bệnh phẩm ở xoang hay vùng mũi họng.

- Cấy máu nếu nghi ngờ hoặc có nhiễm trùng huyết

3. Chẩn đoán xác định

- Dựa vào triệu chứng lâm sàng: đau đầu, đau quanh mắt, đau khi liếc mắt; lồi mắt; phù mi và kết mạc; hạn chế vận nhãn; viêm hắc mạc hoặc viêm thị thần kinh, phù gai; tăng nhãn áp do chèn ép

- Dựa vào triệu chứng cận lâm sàng

+ CT thấy hình ảnh viêm xoang, hình ảnh ổ áp xe hay dị vật

+ Siêu âm có hình ảnh viền dịch quanh nhãn cầu

+ Công thức máu: bạch cầu đa nhân trung tính cao.

4. Chẩn đoán phân biệt

- Các bệnh gây lồi mắt như: Basedow, lồi mắt viêm giả u, viêm tuyến lệ, …

- Khối u hốc mắt.

- Bị côn trùng đốt: chỉ ảnh hưởng đến tổ chức ở trước vách hốc mắt.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc chung

- Phải điều trị cấp cứu viêm tổ chức hốc mắt cấp tính để phòng biến chứng viêm màng não, tắc xoang hang và nhiễm khuẩn huyết.

- Người bệnh phải được điều trị nội trú.

- Điều trị theo kháng sinh đồ.

- Tìm các ổ viêm phối hợp như viêm xoang, viêm đường hô hấp trên để điều trị.

- Điều trị ngoại khoa khi cần thiết.

2. Điều trị cụ thể

- Kháng sinh đường tĩnh mạch liều cao, phổ rộng trong giai đoạn sớm và kháng sinh đặc hiệu sau khi đã nuôi cấy phân lập được vi khuẩn.

- Trong thời gian chờ đợi nuôi cấy vi khuẩn có thể dùng kháng sinh nhóm Cephalosporin thế hệ 3: 15mg/kg cân nặng uống hoặc truyền tĩnh mạch.

- Chống viêm: steroid đường uống và đường tĩnh mạch (methyl prednisolon 1mg/kg cân nặng).

- Nâng cao thể trạng: vitamin nhóm B, C.

- Điều trị phối hợp những trường hợp viêm xoang, viêm đường hô hấp, đái tháo đường.

IV. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

- Viêm tổ chức hốc mắt là bệnh nặng, diễn biến phức tạp và có thể gây biến chứng

nặng. Tuy nhiên nếu điều trị tốt bệnh cũng có thể khỏi không để lại di chứng gì.

- Những biến chứng có thể xảy ra là: nhiễm trùng huyết có thể gây tử vong hoặc tắc xoang hang; áp xe hốc mắt; viêm màng não; viêm thị thần kinh giảm thị lực.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về m t*, ban hành kèm theo Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12/01/2015.

VIÊM TÚI LỆ

MÃ ICD 10: H04.0

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm túi lệ là tình trạng viêm mạn tính hoặc cấp tính tại túi lệ. Bệnh thường xảy ra thứ phát sau tắc ống lệ mũi bẩm sinh hoặc mắc phải.

Tác nhân vi sinh vật thường gặp bao gồm vi khuẩn gram dương như *Staphylococus epidermidis, Staphylococus aureus, Streptococus pneumoniae;* vi khuẩn gram âm như: *Pseudomonas aeruginosa, Hemophilus influenza, Proteus,* kể cả vi khuẩn kị khí như *Propionibacterium acnes*.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

1.1. Viêm túi lệ mạn tính

- Chảy nước mắt thường xuyên, có thể kèm chảy mủ nhầy.
- Dính mi mắt do các chất tiết nhầy.
- Vùng túi lệ có khối nề, căng, ấn vào có mủ nhầy trào ra ở góc trong mắt.
- Viêm kết mạc góc trong.
- Bơm lệ đạo: nước trào qua lỗ lệ đối diện có nhầy mủ kèm theo.

1.2. Viêm túi lệ cấp tính

- Có tiền sử chảy nước mắt, hoặc chảy nước mắt kèm nhầy mủ.
- Đau nhức vùng túi lệ, có thể đau tăng lên khi liếc mắt vì phản ứng viêm có thể tác động đến cơ chéo dưới. Đau có thể lan ra nửa đầu cùng bên, đau tai hoặc đau răng.
- Vùng túi lệ sưng, nóng, đỏ.
- Túi lệ giãn rộng, lan ra phía dưới ngoài hoặc một phần ở phía trên.
- Nếu quá trình nhiễm trùng nặng hơn, gây áp xe túi lệ.
- Giai đoạn muộn hơn, có thể gây dò mủ ra ngoài da. Mủ nhầy thoát từ túi lệ ra ngoài qua lỗ dò này.
- Toàn thân: mệt mỏi, sốt, đặc biệt các triệu chứng toàn thân thể hiện rõ hơn ở người già. Có thể có hạch trước tai.

2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm: công thức máu cơ bản, CRP và các xét nghiệm đánh giá chức năng gan, thận, … tùy tình trạng lâm sàng.
- Nhuộm soi, nuôi cấy mủ nhầy từ túi lệ để xác định loại vi sinh vật.
- Trong một số trường hợp có thể cần chụp phim cắt lớp.

3. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán xác định căn cứ vào các triệu chứng lâm sàng:

- Viêm túi lệ mãn: chảy nước mắt tự nhiên liên tục, bớm lệ quản có nhầy mủ trào ra ở điểm lệ đối diện.

- Viêm túi lệ cấp: trước đó thường xuyên chảy nước mắt. Vùng túi lệ sưng nóng đỏ, đau nhức, có thể có dò mủ túi lệ.

4. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm kết mạc mạn tính.

- U túi lệ.

- U vùng túi lệ.

- Áp xe vùng túi lệ.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc chung

- Điều trị nội khoa được áp dụng cho các trường hợp viêm túi lệ cấp. Sau khi hết viêm cấp tính, bệnh nhân cần được điều trị phẫu thuật để loại trừ ổ viêm mãn tính tại túi lệ.

- Phẫu thuật nối thông túi lệ mũi để giải phóng tình trạng tắc nghẽn và viêm mãn tính tại túi lệ. Nếu không mổ nối thông túi lệ mũi được, bệnh nhân cần được điều trị bằng phẫu thuật cắt túi lệ.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Viêm túi lệ mạn tính

- Thông lệ đạo: được chỉ định cho các trường hợp viêm túi lệ do tắc lệ đạo bẩm sinh.

- Phẫu thuật nối thông túi lệ mũi.

- Nếu không phẫu thuật nối thông túi lệ-mũi được, hoặc mổ nối thông túi lệ mũi thất bại, cần mổ cắt bỏ túi lệ để loại trừ ổ viêm và tránh các biến chứng như viêm túi lệ cấp hoặc nhiễm trùng tại bề mặt nhãn cầu.

2.2. Viêm túi lệ cấp tính

Điều trị viêm túi lệ cấp được chia làm 2 giai đoạn: điều trị viêm cấp tính và điều trị dự phòng tái phát, bao gồm cả việc điều trị nguyên nhân.

- Điều trị viêm túi lệ cấp tính:

+ Dùng kháng sinh chống nhiễm trùng: dùng kháng sinh toàn thân đường tiêm hoặc uống tùy theo mức độ nặng nhẹ của viêm túi lệ. Nên dùng các kháng sinh có phổ rộng. Có thể phối hợp kháng sinh. Sau khi tìm được tác nhân gây bệnh, nên dùng kháng sinh theo kết quả kết quả kháng sinh đồ.

o Cefuroxime: liều 250-500mg/ngày x 2 lần/ngày x 5-7 ngày. Với trẻ em có thể dùng liều 10mg/kg x 2 lần/ngày x 5-7 ngày.

o Kháng sinh nhóm quinolon: ciprofloxacin: liều 250-500mg/ngày x 2 lần/ngày x 5-7 ngày. Không dùng thuốc nhóm này cho trẻ em dưới 12 tuổi.

+ Kháng sinh nhỏ mắt: có thể dùng: levofloxacin: nhỏ mắt 4-6 lần/ngày x 1-2 tuần hoặc moxifloxacin: nhỏ mắt 4-6 lần/ngày x 1-2 tuần.

+ Giảm phù nề: dùng các thuốc giảm phù nề: alphachymotrypsin: uống 4-8mg/ngày x 1-2 lần/ngày x 5-7 ngày.

+ Giảm đau: paracetamol uống 10mg/kg x 2-3 lần/ngày.

+ Chích rạch áp xe: tháo bớt mủ ở ổ áp xe giúp cho bệnh nhân đỡ đau và lấy bệnh phẩm để nuôi cấy tìm tác nhân gây bệnh và làm kháng sinh đồ. Có thể hút mủ qua đường lệ quản hoặc rạch trực tiếp vào túi lệ qua đường rạch ở da.

Điều trị dự phòng tái phát: điều trị nội khoa sẽ làm viêm túi lệ cấp ổn định rồi chuyển sang giai đoạn viêm túi lệ mãn tính trong vòng 1-2 tuần. Để tránh viêm túi lệ cấp tái phát, bệnh nhân cần được tiếp tục điều trị bằng phẫu thuật nối thông túi lệ mũi hoặc cắt bỏ túi lệ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về m t,* ban hành kèm theo Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12/01/2015.

VIÊM KẾT MẠC CẤP

MÃ ICD 10: H10.2

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm kết mạc cấp là tình trạng viêm cấp tính của kết mạc, thường do nhiễm trùng (do virus, vi khuẩn) hoặc dị ứng.

Viêm kết mạc cấp có nhiều hình thái:

- Viêm kết mạc cấp tiết tố mủ do vi khuẩn: Đây là hình thái viêm kết mạc dạng nhú tối cấp.

- Viêm kết mạc cấp tiết tố màng do vi khuẩn: là loại viêm kết mạc cấp tiết tố có màng phủ trên diện kết mạc, có màu trắng xám hoặc trắng ngà.

- Viêm kết mạc do virus: là viêm kết mạc có kèm nhú, nhiều tiết tố và hoặc có giả mạc, bệnh thường kèm sốt nhẹ và các biểu hiện cảm cúm, có hạch trước tai, thường phát triển thành dịch.

II. NGUYÊN NHÂN

- Viêm kết mạc cấp tiết tố mủ do vi khuẩn: thường gặp do lậu cầu (*Neisseria Gonorrhoeae*), hiếm gặp do não cầu (*Neisseria Menigitidis*).

- Viêm kết mạc cấp tiết tố màng do vi khuẩn: thường gặp do vi khuẩn bạch hầu (*C. Dipptheria*) và liên cầu (*Streptococcus Pyogene*), phế cầu, ...

- Viêm kết mạc do virus: do Adeno virus, Entero virus...

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Tại mắt: bệnh xuất hiện lúc đầu ở một mắt, sau đó lan sang hai mắt. Thời gian ủ bệnh từ vài giờ đến vài ngày, thường mủ nhiều nhất vào ngày thứ 5. Bệnh diễn biến rất nhanh:

+ Mi phù nề

+ Kết mạc cương tụ, phù nề mạnh. Có nhiều tiết tố mủ bẩn, hình thành rất nhanh sau khi lau sạch.

+ Có thể có xuất tiết hoặc màng giả.

+ Nếu không điều trị kịp thời giác mạc bị thâm nhiễm rộng, tiến triển thành áp xe giác mạc và có thể hoại tử thủng giác mạc.

- Toàn thân:

+ Có thể có hạch trước tai, sốt nhẹ.

2. Cận lâm sàng

- Nhuộm soi: nhuộm gram.

- Nuôi cấy trên môi trường thạch máu: phân lập vi khuẩn.

3. Chẩn đoán xác định

- Tại mắt: mi phù nề; kết mạc cương tụ, phù nề mạnh, có nhiều tiết tố bẩn.

- Toàn thân: có thể có sốt, có hạch trước tai.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị tích cực và khẩn trương

- Điều trị tại chỗ và toàn thân

- Điều trị theo nguyên nhân

- Phát hiện nguồn lây để điều trị và phòng lây lan

2. Điều trị cụ thể

- Tại mắt:

+ Bóc màng hằng ngày.

+ Rửa mắt liên tục bằng nước muối sinh lý 0,9% để loại trừ mủ và tiết tố.

+ Trong những ngày đầu bệnh diễn biến nhanh, tra nhiều lần thuốc dưới dạng dung dịch (15-30 phút/lần) một trong các nhóm sau:

● Aminoglycosid: tobramycin...

● Fluoroquinolon: ofloxacin, ciprofloxacin, levofloxacin, moxifloxacin, gatifloxacin...

● Thận trọng khi dùng corticoid: prednisolon acetat, fluorometholon.

Khi bệnh thuyên giảm có thể giảm số lần tra mắt.

Phối hợp tra thuốc mỡ một trong các nhóm trên trưa và tối.

+ Dinh dưỡng giác mạc và nước mắt nhân tạo.

- Toàn thân: chỉ dùng trong viêm kết mạc do lậu cầu, bạch hầu. Có thể dùng một trong các loại kháng sinh sau khi bệnh tiến triển nặng, kèm theo triệu chứng toàn thân.

+ Cephalosprin thế hệ 3:

Người lớn:

▪ Nếu giác mạc chưa loét: liều duy nhất 1g tiêm bắp

▪ Nếu giác mạc bị loét: 1g x 3 lần/ngày tiêm tĩnh mạch

Trẻ em: liều duy nhất 125mg tiêm bắp hoặc 25mg/kg cân nặng 2-3 lần/ngày x 7 ngày tiêm bắp.

+ Fluoroquinolon: chống chỉ định dùng cho trẻ em dưới 16 tuổi.

+ Thuốc nâng cao thể trạng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về m t*, ban hành kèm theo Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12/01/2015.

VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO VI KHUẨN

MÃ ICD 10: H16.0

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm loét giác mạc do vi khuẩn (bacterial keratitis) là hiện tượng mất tổ chức giác mạc do hoại tử gây ra bởi một quá trình viêm trên giác mạc do vi khuẩn, là một nguyên nhân thường gặp gây mù loà.

Các loại vi khuẩn thường gặp gây viêm loét giác mạc:

Gram (+): *Staphylococcus aureus, Steptococcus pneumonia, Staphylococcus epidermidis, Mycobacterium, Nocardia…*

Gram (-): *Pseudomonas aeruginosa, Moraxella, Hemophilus influenza,…*

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng: đau nhức mắt, cộm chói, sợ ánh sáng, chảy nước mắt; nhìn mờ hơn, có thể chỉ cảm nhận được ánh sáng.

- Triệu chứng thực thể

+ Kết mạc cương tụ rìa.

+ Trên giác mạc có một ổ loét ranh giới không rõ, đáy ổ loét thường phủ một lớp hoại tử bẩn. Khi nhuộm giác mạc bằng fluorescein 2% ổ loét sẽ bắt màu xanh, nếu ổ loét hoại tử nhiều sẽ có màu vàng xanh.

+ Giác mạc xung quanh ổ loét bị thấm lậu.

+ Mống mắt cũng có thể bị phù nề, mất sắc bóng. Đồng tử thường co nhỏ, có thể dính vào mặt trước thể thủy tinh, tuy nhiên khó quan sát.

2. Cận lâm sàng

- Bệnh phẩm: là chất nạo ổ loét.

- Soi tươi: thấy có vi khuẩn.

- Soi trực tiếp: xác định vi khuẩn gram (+) hay gram (-).

- Nuôi cấy vi khuẩn: xác định được các loại vi khuẩn gây bệnh: tụ cầu, liên cầu, trực khuẩn mủ xanh, ... kết hợp làm kháng sinh đồ để xác định kháng sinh điều trị phù hợp.

- Xét nghiệm: công thức máu cơ bản và các xét nghiệm khác tùy tình trạng lâm sàng.

3. Chẩn đoán xác định

- Ổ loét giác mạc có đặc điểm: bờ nham nhở, ranh giới không rõ, đáy thường phủ lớp hoại tử bẩn, giác mạc xung quanh thấm lậu nhiều.

- Xét nghiệm vi sinh chất nạo ổ loét sẽ tìm thấy vi khuẩn.

4. Chẩn đoán phân biệt

- Loét giác mạc do nấm.

- Loét giác mạc do virus herpes.

- Loét giác mạc do amip (acanthamoeba).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Cần phải tìm được vi khuẩn gây bệnh và điều trị bằng kháng sinh nhạy cảm với loại vi khuẩn đó (dựa vào kháng sinh đồ), nếu không xác định được loại vi khuẩn gây bệnh cần phải dùng kháng sinh phổ rộng.

- Điều trị bằng thuốc tra mắt là chính, có thể kết hợp với dùng đường toàn thân.

- Phối hợp điều trị triệu chứng và biến chứng.

- Điều trị ngoại khoa khi cần thiết.

2. Điều trị cụ thể

Kháng sinh chống vi khuẩn (theo kháng sinh đồ). Nếu không có kết quả kháng sinh đồ thì điều trị như sau:

- Thuốc tra mắt:

+ Nếu do vi khuẩn gram (-): tobramycin 0,3% hoặc levofloxacin 0,5%

+ Nếu do vi khuẩn gram (+): ofloxacin 0,3% hoặc moxifloxacin 0,5% hoặc gatifloxacin 0,5%. Hai thuốc sau có phổ kháng khuẩn rộng nên có thể dùng điều trị cả vi khuẩn gram (-). Cách dùng: Ngày đầu có thể tra mắt liên tục cách nhau 30 phút, những ngày sau tra mắt 10 lần/ ngày.

- Thuốc uống: có thể dùng một trong các loại kháng sinh sau

+ Cefuroxime axetil 250mg ngày uống 2-3 viên chia 2 lần, trong 5-7 ngày.

+ Ofloxacin 0,2g ngày uống 2 viên chia 2 lần, trong 5-7 ngày

+ Truyền rửa mắt liên tục trong những trường hợp nặng bằng kháng sinh (gentamycin 80mg x 1 ống) và nước nuối sinh lý (NaCl 0,9%) x 200mL.

- Điều trị phối hợp

+ Chống viêm non-steroid: tra mắt: dung dịch indomethacine 0,1% tra mắt 4 lần/ngày.

+ Giãn đồng tử, liệt cơ mi: dùng atropin 1-4% tra mắt 2 lần mỗi ngày. Nếu đồng tử không giãn phải tiêm tách dính mống mắt (tiêm dưới kết mạc bốn điểm cạnh rìa) hỗn hợp: atropin 1% và adrenalin 0,1%.

- Tăng cường dinh dưỡng tại chỗ và toàn thân.

- Hạ nhãn áp: khi loét giác mạc gây tăng nhãn áp, loét dọa thủng hoặc thủng. Uống acetazolamide 250mg 2 viên mỗi ngày chia 2 lần. Cần phối hợp với uống kali chloride 0,6g uống 2 viên mỗi ngày chia 2 lần tránh mất kali.

- Tiêm huyết thanh tự thân dưới kết mạc: có tác dụng tăng cường dinh dưỡng cho giác mạc và hạn chế hoại tử giác mạc. Dùng trong những trường hợp loét hoại tử nhiều

(đặc biệt do trực khuẩn mủ xanh).

- Chống chỉ định tuyệt đối dùng corticoid trong giai đoạn ổ loét đang tiến triển.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về m t*, ban hành kèm theo Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12/01/2015.

VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO NẤM

MÃ ICD 10: H16.0

I. ĐẠI CƯƠNG

Loét giác mạc do nấm là hiện tượng mất tổ chức giác mạc do hoại tử, gây ra bởi một quá trình viêm trên giác mạc do nấm, là một nguyên nhân gây mù lòa. Có nhiều loại nấm có thể gây viêm loét giác mạc: Aspergillus Fumigatus, Fusarium Solant, Candida Albicans, Histoblasma, Cephalosporum, …

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng: đau nhức mắt, cộm chói, sợ ánh sáng, chảy nước mắt; nhìn mờ hơn, có thể chỉ cảm nhận được ánh sáng.

- Triệu chứng thực thể:

+ Kết mạc cương tụ rìa.

+ Trên giác mạc có một ổ loét ranh giới rõ, bờ gọn thường có hình tròn hoặc hình bầu dục. Đáy ổ loét thường phủ một lớp hoại tử dày, đóng thành vảy gồ cao, bề mặt vảy khô ráp và khó bóc.

+ Xung quanh ổ loét có thẩm lậu, mặt sau giác mạc ở vị trí ổ loét có thể có màng xuất tiết bám.

+ Tiền phòng có thể có ngấn mủ. Mủ thường xuất hiện rồi mất đi, xuất hiện nhiều lần như vậy.

+ Mống mắt cũng có thể phù nề, mất sắc bóng. Đồng tử thường co nhỏ, có thể dính vào mặt trước thể thủy tinh, tuy nhiên khó quan sát.

2. Cận lâm sàng

Bệnh phẩm: là chất nạo ổ loét.

- Soi tươi, soi trực tiếp: thấy có nấm.

- Nuôi cấy trên trường Sabouraud có đường: xác định được loại nấm gây bệnh.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Loét giác mạc do vi khuẩn.

- Loét giác mạc do virus herpes.

- Loét giác mạc do Amip (Acanthamoeba).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc chung

- Điều trị bằng phối hợp các loại thuốc kháng nấm đặc hiệu, phối hợp với thuốc kháng sinh tra tại mắt để phòng bội nhiễm.

- Thuốc chống viêm non-steroid tra tại mắt, uống.

- Dinh dưỡng: tăng cường hàn gắn tổn thương: tra tại mắt, uống.

- Phối hợp điều trị triệu chứng và biến chứng.

- Phối hợp điều trị ngoại khoa khi cần thiết.

2. Điều trị cụ thể

- Tại mắt:

+ Natamycin: tra mắt 10-15 lần mỗi ngày tùy mức độ nặng của bệnh.

+ Ketoconazole: tra mắt 10-15 lần mỗi ngày.

+ Ngoài ra có thể phối hợp dùng amphotericin B pha với glucose 5% để nhỏ mắt với nồng độ 0,15% hoặc truyền rửa mắt liên tục với nồng độ 0,02%.

+ Nếu ổ loét nặng kèm theo mủ tiền phòng có thể tiêm tiền phòng amphotericin B (mỗi lần tiêm 5µg/0,1mL), có thể tiêm 2 hoặc 3 lần cách nhau 1 tuần. Nếu ổ thẩm lậu đặc có thể tiêm nhu mô giác mạc (với liều lượng như tiêm tiền phòng).

+ Chấm lugol 5% vào ổ loét hàng ngày.

+ Điện di IK 2% hàng ngày.

+ Chống viêm non - steroid: tra mắt indomethacin.

+ Giãn đồng tử, liệt cơ thể mi: atropin 1-4% tra mắt 4 lần mỗi ngày. Nếu đồng tử không giãn phải tiêm tách dính mống mắt (tiêm dưới kết mạc bốn điểm cạnh rìa) hỗn hợp: atropin 1% và adrenalin 0,1%.

+ Tăng cường dinh dưỡng.

- Toàn thân: intraconazole 0,1g ngày uống 2 viên uống một lần sau ăn trong 20 đến 30 ngày.

Lưu ý: các thuốc uống chống nấm chống chỉ định dùng cho phụ nữ có thai và cho con bú. Có thể dùng thuốc kéo dài tùy theo tiến triển của bệnh nhưng phải kiểm tra chức năng gan định kỳ cho bệnh nhân.

+ Uống: các vitamin.

+ Hạ nhãn áp: khi loét giác mạc gây tăng nhãn áp. Uống acetazolamide 250mg ngày 2 viên chia 2 lần. Cần phối hợp với uống Kaldium 0,6g, 2 viên mỗi ngày chia 2 lần để tránh mất kali.

+ Chống chỉ định tuyệt đối dùng corticoid.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về m t,* ban hành kèm theo Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12/01/2015.

VIÊM GIÁC MẠC DO HERPES

MÃ ICD 10: B00.5

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm giác mạc do herpes là hiện tượng thâm nhiễm tế bào viêm và hoại tử gây tổn thương mất tổ chức giác mạc do herpes simplex virus (HSV) thuộc họ herpes viridae.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng: đau nhức mắt; kích thích: cộm chói, chảy nước mắt, sợ ánh sang; thị lực: giảm nhiều hay ít tùy mức độ tổn thương.

- Triệu chứng thực thể: tổn thương của giác mạc do herpes có đặc điểm: đa dạng, hay tái phát, gây giảm hoặc mất cảm giác giác mạc.

+ Loét giác mạc hình cành cây: là triệu chứng đặc trưng và điển hình.

+ Loét giác mạc hình địa đồ.

+ Viêm giác mạc hình đĩa: nhu mô giác mạc trung tâm thẩm lậu làm cho giác mạc phù dày lên về phía nội mô, có thể có nếp gấp màng Descemet, tủa sau giác mạc.

+ Viêm nhu mô kẽ: là hình thái nặng ngay từ đầu. Trong nhu mô có những đám thẩm lậu màu trắng vàng, ranh giới không rõ (hình pho mát). Có thể có vành phản ứng miễn dịch cạnh tổn thương.

+ Viêm màng bồ đào: tổn thương giác mạc do herpes có thể kèm theo viêm màng bồ đào hoặc viêm bán phần trước. Khám lâm sàng sẽ thấy: có tủa mặt sau giác mạc, tế bào viêm trong thủy dịch (Tyndall tiền phòng), đồng tử co nhỏ, có thể dính vào mặt trước thể thủy tinh. Đây là hình thái nặng, khó điều trị.

+ Cảm giác giác mạc: bị giảm hoặc mất.

Ngoài ra bệnh nhân có thể bị sốt, nổi hạch trước tai. Xuất hiện mụn nước ở mép, mặt, …

2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm tế bào học: bệnh phẩm là chất nạo bờ ổ loét, sẽ thấy các tổn thương:

+ Tế bào biểu mô nhiều nhân.

+ Hiện tượng đông đặc nhiễm sắc chất quanh rìa nhân (nhiễm sắc chất áp ven): là dấu hiệu điển hình.

+ Có tiểu thể Lipschutz: là dấu hiệu đặc hiệu.

+ Tế bào biểu mô thoái hóa trương.

- Xét nghiệm PCR: tìm gen của virus herpes, bệnh phẩm là chất nạo bờ ổ loét hoặc thủy dịch. Xét nghiệm có tính đặc hiệu cao.

3. Chẩn đoán xác định

- Loét giác mạc hình cành cây, hình địa đồ hoặc viêm giác mạc hình đĩa.

- Cảm giác giác mạc giảm.

- Xét nghiệm tế bào học chất nạo bờ ổ loét thấy một hay nhiều dấu hiệu: tế bào nhiều nhân, hiện tượng đông đặc nhiễm sắc chất quanh rìa nhân, tế bào biểu mô thoái hóa nhân trương, hoặc tìm thấy tiểu thể Lipschutz.

- Xét nghiệm PCR: tìm được gen của virus herpes.

4. Chẩn đoán phân biệt

- Loét giác mạc do vi khuẩn.

- Loét giác mạc do nấm.

- Loét giác mạc do acanthamoeba.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc chung

- Dùng thuốc ức chế tổng hợp axit nhân (AND) của virus đường tra và uống.

- Phối hợp điều trị thuốc chống viêm, tăng cường dinh dưỡng và kháng sinh chống bội nhiễm khi cần thiết.

- Điều trị biến chứng.

2. Điều trị cụ thể

- Điều trị đặc hiệu:

+ Thuốc tra mắt: dùng một trong các loại thuốc sau:

● Acyclovir 3%: tra mắt 5 lần mỗi ngày.

● IDU (5 Iodo 2 Dezoxyuridin): thuốc có dạng nước hoặc mỡ. Thuốc không ngấm sâu vào giác mạc được nên dùng trong trường hợp có tổn thương nông. Tra thuốc 5 lần/ngày (không nên dùng quá 15 ngày do có thể gây độc biểu mô giác mạc).

● TFT (Trifluoro Thymidin): dạng nước hoặc mỡ. Thuốc có thể ngấm sâu, nhanh vào giác mạc. Tra mắt 5 lần mỗi ngày.

+ Thuốc uống: acyclovir viên 200mg, 800mg. Thường dùng viên acyclovir 200mg, uống ngày 5 viên chia 5 lần trong 7-10 ngày. Trẻ em dưới 2 tuổi liều dùng bằng nửa liều của người lớn, trẻ em trên 2 tuổi dùng bằng liều người lớn.

- Điều trị bổ sung:

+ Chống bội nhiễm vi khuẩn: dùng kháng sinh phổ rộng tra mắt, một trong các loại sau: tobramycin, ofloxacin: tra mắt 5 lần mỗi ngày.

+ Thuốc giãn đồng tử, liệt cơ thể mi: tra atropin 1-4% khi có phản ứng màng bồ đào.

+ Thuốc chống viêm steroid: dùng trong các trường hợp sau

● Viêm giác mạc hình đĩa.

● Viêm nhu mô kẽ khi có phản ứng màng bồ đào.

Dùng corticoid dạng tra mắt. Tuy nhiên, cần hết sức thận trọng và bao giờ cũng

phải dùng kèm với thuốc chống virus. Khi bệnh thoái triển phải dùng liều giảm dần.

+ Điện di dionin: giúp làm giảm thẩm lậu và hạn chế hình thành sẹo giác mạc.

+ Tăng cường dinh dưỡng tại chỗ và toàn thân.

+ Ghép màng ối: với những trường hợp bệnh kéo dài, ổ loét khó hàn gắn, có thể phẫu thuật gọt giác mạc ghép màng ối sẽ cho kết quả tốt.

- Điều trị chống tái phát: có thể dùng liều acyclovir 200mg ngày uống 4 viên chia 2 lần trong 1 đến 2 năm để phòng tái phát. Ngoài ra bệnh nhân cần có cuộc sống lành mạnh để tăng cường sức đề kháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về m t,* ban hành kèm theo Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12/01/2015.

VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO TRƯỚC CẤP TÍNH

MÃ ICD 10: H21

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm màng bồ đào trước cấp tính là viêm cấp tính của mống mắt và thể mi. Bệnh khá phổ biến, nếu không được điều trị kịp thời có thể gây biến chứng nặng và dẫn đến mù loà.

Nguyên nhân:

- Nhiễm trùng: vi khuẩn (*tụ cầu, liên cầu, phế cầu...*). Virus (*Herpes, Zona, cúm...*). Nấm (*Candida, Aspergilus...*). Ký sinh trùng (*Toxoplasma, giun, ấu trùng sán...*)

- Miễn dịch: Yếu tố kháng nguyên HLA. Hội chứng Behçet. Hội chứng Vogt-Koyanagi-Harada...

- Dị ứng: chất nhân protein của thủy tinh thể.

- Nhiễm độc: hóa chất, độc tố tác nhân nhiễm khuẩn, u ác trong nhãn cầu...

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng: nhìn mờ: do đục các môi trường trong suốt…; đau do co thắt thể mi và đầu thần kinh bị kích thích bởi độc tố; sợ ánh sáng và chảy nước mắt: do kích thích dây V; đỏ mắt: do cương tụ rìa.

- Triệu chứng thực thể:

+ Cương tụ rìa: do ứ đọng và giãn mạch máu sâu quanh rìa, càng xa vùng rìa cương tụ càng giảm dần, có khi mầu tím sẫm.

+ Tủa sau giác mạc: dạng bụi

+ Trong giai đoạn cấp của viêm màng bồ đào mãn tính có thể có hạt trên mống mắt:

● Hạt Koeppe: nhỏ và nằm trên bờ đồng tử.

● Hạt Busacca: lớn hơn ít gặp. Nằm trên bề mặt mống mắt, trong các đợt cấp viêm màng bồ đào mãn tính.

+ Tyndall (+): tế bào trong tiền phòng là dấu hiệu của viêm hoạt tính.

+ Xuất tiết: do tổn thương mạch máu mống mắt, dò rỉ protein ra thủy dịch.

+ Mủ tiền phòng: có thể có.

+ Dính mống mắt vào mặt trước thủy tinh thể

+ Tế bào ở dịch kính trước

+ Nhãn áp: giai đoạn đầu nhãn áp hạ do thể mi giảm tiết thủy dịch. Giai đoạn cuối nhãn áp thấp vĩnh viễn do thể mi bị hủy hoại gây teo nhãn cầu. Trong đợt viêm cấp có thể tăng nhãn áp do nghẽn đồng tử hoặc góc tiền phòng.

2. Cận lâm sàng

- Siêu âm để phát hiện tình trạng vẩn đục của dịch kính do viêm màng bồ đào sau hoặc tổ chức hóa dịch kính hoặc bong võng mạc là biến chứng của viêm màng bồ đào.

- Chụp mạch huỳnh quang đáy mắt để phát hiện tình trạng viêm mạch máu, ổ viêm hắc - võng mạc, tình trạng thiếu máu võng mạc hoặc phù võng mạc do viêm …

- Chụp OCT đáy mắt để phát hiện tình trạng phù võng mạc, tân mạch võng mạc… do viêm.

- Các xét nghiệm cận lâm sàng để tìm nguyên nhân:

+ Xét nghiệm sinh hóa

+ Xét nghiệm huyết học

+ Xét nghiệm miễn dịch

+ Chẩn đoán hình ảnh: X-quang, CT scanner, chụp cộng hưởng từ...

3. Chẩn đoán xác định

- Lâm sàng: cương tụ rìa; tủa sau giác mạc; Tyndall; xuất tiết; ính mống mắt vào mặt trước thủy tinh thể.

- Cận lâm sàng: để hỗ trợ chẩn đoán nguyên nhân

4. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm màng bồ đào trước tăng nhãn áp và glôcôm góc đóng.

- Viêm kết mạc cấp.

- Viêm loét giác mạc.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc chung

- Chống viêm

- Chống dính

- Điều trị ngoại khoa khi cần thiết

2. Điều trị cụ thể

- Thuốc giãn đồng tử và liệt thể mi

+ Dùng dung dịch atropin 1-4% tra ngày 2-3 lần, nếu đồng tử giãn được cần duy trì ngày 1 lần.

+ Nếu đồng tử không giãn với thuốc tra, cần tiêm dưới kết mạc quanh rìa dung dịch adrenalin 1mg + atropin 1/4mg, vị trí tiêm 4 điểm: 3-9-6-12 giờ nếu đồng tử dính toàn bộ. Nếu không dính toàn bộ, tiêm dưới kết mạc tương ứng với chỗ dính đồng tử.

- Dùng kháng sinh và các thuốc đặc hiệu theo nguyên nhân

+ Kháng sinh:

● Dùng theo kháng sinh đồ nếu có lấy bệnh phẩm nuôi cấy và làm kháng sinh đồ.

● Dùng các kháng sinh phổ rộng (cefalosporin thế hệ 2, 3, nhóm new quinolon, nhóm macrolid) đường uống hoặc tiêm truyền.

+ Thuốc chống virus, chống lao, chống nấm.

+ Thuốc chống viêm

● Corticoid là thuốc chủ lực trong điều trị viêm màng bồ đào

Corticoid đường tra tại m t

▪ Là phương pháp điều trị chủ yếu của viêm màng bồ đào trước cấp

▪ Số lần dùng tùy thuộc mức độ của viêm màng bồ đào.

▪ Nên dùng liều cao từ đầu để khống chế được phản ứng viêm, sau đó giảm dần liều trong nhiều ngày hoặc nhiều tuần, mỗi lần giảm khoảng 50% liều khi triệu chứng lâm sàng đã cải thiện.

Tiêm cạnh nhãn cầu:

▪ Dùng điều trị bổ trợ cho các trường hợp viêm màng bồ đào trước nặng

▪ Thường tiêm 1mL chứa 40mg methyl-prednisolon hoặc triamcinolon.

Đường toàn thân

▪ Được chỉ định trong các trường hợp viêm màng bồ đào trước nặng.

▪ Có thể dùng prednisolon uống với liều khởi đầu 1mg/kg trong 1 tuần sau đó giảm liều dần hoặc dùng đường truyền tĩnh mạch methyl prednisolon trong các trường hợp nặng.

Các thuốc chống viêm không steroid, được sử dụng trong những trường hợp chống chỉ định corticoid hoặc để giảm bớt liều corticoid, như: indomethacin, diclofenac...

+ Thuốc ức chế miễn dịch

IV. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG:

Đa số các trường hợp viêm màng bồ đào trước đáp ứng tốt với điều trị nội khoa. Tuy nhiên, nếu không phát hiện và điều trị kịp thời, bệnh có thể gây ra các biến chứng nặng như glôcôm, đục thủy tinh thể, phù hoàng điểm, bong võng mạc, teo nhãn cầu…

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về m t,* ban hành kèm theo Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12/01/2015.

VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO SAU CHẤN THƯƠNG

MÃ ICD 10: H21

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phản ứng của màng bồ đào đáp ứng với tác nhân sau chấn thương hay nhiễm trùng. Nguyên nhân do nhiễm trùng, dị ứng với thành phần của tổ chức hốc mắt, phản ứng viêm, …

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng xảy ra sau chấn thương mắt. Tại mắt, người bệnh thấy các triệu chứng: đau nhức, nhìn mờ, cảm giác ruồi bay. Toàn thân: đau nhức đầu, người mệt mỏi.

- Triệu chứng thực thể: khám mắt bị thương thấy các dấu hiệu:

+ Phản ứng thể mi (+).

+ Có thể có tụ máu, rách mi.

+ Kết mạc cương tụ phù nề: cương tụ rìa giác mạc hoặc cương tụ toàn bộ. Có thể có rách kết mạc kèm theo.

+ Giác mạc có thể phù hoặc rách.

+ Tủa sau giác mạc, tiền phòng có Tyndall (+) hoặc ngấn mủ, ngấn máu.

+ Mống mắt cương tụ, phù nề. Có thể dính mống mắt vào mặt trước thể thủy tinh làm đồng tử méo. Trước diện đồng tử có thể có màng xuất tiết.

+ Thể thủy tinh có thể bình thường, đục, đục vỡ hoặc lệch.

+ Dịch kính vẩn đục hoặc có xuất huyết.

+ Đáy mắt (nếu soi được): có thể thấy phù gai thị, phù võng mạc hoặc xuất huyết võng mạc, …

2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu:

+ Bạch cầu tăng.

+ Tốc độ lắng máu tăng nếu bệnh tiến triển đã lâu, kéo dài. Tốc độ máu lắng bình thường nếu viêm màng bồ cấp tính sau chấn thương.

- Xét nghiệm vi sinh: soi tươi và nuôi cấy chất mủ được lấy ra từ tiền phòng hoặc dịch kính để phát hiện tác nhân gây viêm màng bồ đào (vi khuẩn, nấm...).

- X-quang: chụp phim để phát hiện dị vật nội nhãn.

- Siêu âm: phát hiện dị vật nội nhãn và đánh giá tình trạng dịch kính võng mạc.

3. Chẩn đoán xác định

Dựa vào các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng đã nêu trên.

4. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm mủ nội nhãn.
- Tăng nhãn áp sau chấn thương.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc chung

- Chống nhiễm trùng
- Chống chống viêm, dị ứng
- Chống dính mống mắt
- Giảm đau
- Nâng cao thể trạng

2. Điều trị cụ thể

2.1. Kháng sinh

- Tại chỗ:

+ Nhỏ dung dịch kháng sinh

+ Tra mỡ kháng sinh.

Chú ý: Sử dụng các loại thuốc này sau khi khâu vết thương nhãn cầu.

+ Tiêm kháng sinh cạnh nhãn cầu hoặc dưới kết mạc.

- Toàn thân: tùy theo mức độ viêm màng bồ đào, kháng sinh đồ, bệnh nhân là người lớn hay trẻ em mà dùng các loại kháng sinh uống hoặc tiêm, truyền thích hợp.

2.2. Thuốc chống nấm

Khi xác định được tác nhân là nấm thì nhất thiết phải sử dụng thuốc chống nấm.

2.3. Chống dị ứng, chống viêm

Gồm các thuốc chống viêm steroid và không steroid tại chỗ (tra mắt, tiêm cạnh nhãn cầu hoặc dưới kết mạc, tiêm nội nhãn) và/hoặc toàn thân (uống hoặc tiêm bắp, tiêm tĩnh mạch).

- Các thuốc chống viêm steroid: không dùng trong trường hợp nghi ngờ có nhiễm nấm hoặc có nhiễm nấm. Tuy nhiên, có thể sử dụng ở giai đoạn khi xét nghiệm nấm trở về âm tính để hạn chế phản ứng viêm. Thuốc có thể được sử dụng đường toàn thân, tra tại mắt, tiêm cạnh nhãn cầu, tiêm dưới kết mạc hay tiêm nội nhãn.

- Các thuốc chống viêm không steroid: thường được chỉ định trong trường hợp hợp nhiễm nấm hoặc nghi ngờ nhiễm nấm hay dùng phối hợp với các thuốc chống viêm steroid.

2.4. Chống dính mống m t

- Nhỏ dung dịch atropin 0,5%, 1%, 4% (tùy từng trường hợp): 2-3 lần/ngày.
- Tra mỡ atropin 1% 1 lần buổi tối trước khi ngủ.
- Tiêm 4 điểm quanh rìa giác mạc: atropin 1% + adrenalin 0,1% trong trường hợp

đồng tử không giãn được bằng các thuốc tra.

- Giảm đau và an thần.
- Nâng cao thể trạng.
- Điều trị phối hợp:

+ Khâu vết thương giác mạc, củng mạc hoặc vết thương giác củng mạc.

+ Điều trị xuất huyết nội nhãn.

+ Điều trị đục, đục vỡ, lệch thủy tinh thể.

+ Điều trị tăng nhãn áp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về m t,* ban hành kèm theo Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12/01/2015.

GLÔCÔM GÓC ĐÓNG NGUYÊN PHÁT

MÃ ICD 10: H40.2

I. ĐẠI CƯƠNG

Glôcôm góc đóng nguyên phát là một tình trạng rối loạn về giải phẫu do mống mắt ngoại vi áp ra trước che lấp vùng bè và gây nghẽn góc tiền phòng. Những tổn thương thần kinh thị giác do bệnh glôcôm gây ra là không có khả năng hồi phục. Vì vậy việc phát hiện sớm và điều trị kịp thời là rất quan trọng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Glôcôm góc đóng nguyên phát có nghẽn đồng tử

1.1. Glôcôm góc đóng nguyên phát cơn cấp

Xảy ra khi nhãn áp tăng cao một cách nhanh chóng do mống mắt chu biên đột ngột áp ra trước làm tắc nghẽn vùng bè.

Lâm sàng

Triệu chứng cơ năng:

Bệnh khởi phát đột ngột, diễn biến rầm rộ, thường xảy ra vào chiều tối, sau một xúc động mạnh bệnh nhân đột ngột đau nhức mắt, nhức xung quanh hố mắt, nhức lan lên nửa đầu cùng bên, nhìn mờ như qua màn sương, nhìn đèn có quầng xanh đỏ, sợ ánh sáng, chói chảy nước mắt kèm theo, bệnh nhân có thể buồn nôn hoặc nôn, đau bụng, vã mồ hôi, sốt, ...

Dấu hiệu thực thể

+ Thị lực giảm sút nhiều.

+ Nhãn áp tăng rất cao.

+ Thị trường thường không đo được do phù nề các môi trường trong suốt. Trong trường hợp cơn glôcôm đã từng xuất hiện trước đó thì thị trường có thể đã có tổn thương ở các mức độ khác nhau tùy theo giai đoạn bệnh.

+ Khám: mi mắt sưng nề, mắt cương tụ đỏ, giác mạc phù mờ có thể có bọng biểu mô, đồng tử giãn méo, giảm hoặc mất phản xạ với ánh sáng, tiền phòng nông, góc tiền phòng đóng, thể thủy tinh phù có thể có các vết rạn của bao trước. Đáy mắt rất khó soi do phù các môi trường trong suốt nhưng nếu soi được có thể thấy đĩa thị sung huyết, hệ mạch máu giãn và đôi khi có xuất huyết cạnh đĩa thị. Nếu thị trường đã bị thu hẹp và có lõm đĩa thì có thể cơn glôcôm góc đóng đã phát triển từ glôcôm góc đóng bán cấp hoặc mạn tính.

Mắt còn lại thường có biểu hiện tiền phòng nông và góc tiền phòng hẹp.

Chẩn đoán xác định

+ Triệu chứng cơ năng điển hình.

+ Thị lực giảm nhiều.

+ Nhãn áp tăng cao.

+ Đồng tử giãn, méo.

+ Các góc tiền phòng đóng.

Chẩn đoán phân biệt: viêm màng bồ đào tăng nhãn áp: có tủa viêm sau giác mạc, đồng tử dính, co nhỏ.

Lưu ý: trong cơn glôcôm góc đóng cấp diễn cũng có thể có phản ứng viêm màng bồ đào. Trong trường hợp này cần quan sát triệu chứng đồng tử giãn của mắt bệnh và khám mắt thứ 2 thấy tiền phòng nông và góc tiền phòng hẹp.

1.2. Glôcôm góc đóng bán cấp

Lâm sàng

Glôcôm góc đóng bán cấp là những đợt tăng nhãn áp (ở mức vừa phải) do đóng góc được biểu hiện bằng những đợt giảm thị lực, nhìn đèn có quầng, đau nhức nhẹ trong mắt và đầu. Không điều trị gì, các triệu chứng này cũng tự qua đi và nhãn áp thường giữ ở mức bình thường giữa các cơn. Soi góc tiền phòng có những đám dính chân mống mắt. Mức độ tổn thương thị trường và đĩa thị tùy thuộc vào giai đoạn bệnh.

Chẩn đoán xác định

+ Bệnh sử điển hình.

+ Góc tiền phòng hẹp hoặc đóng dính từng phần.

+ Tổn thương đĩa thị và thị trường đặc hiệu của glôcôm

- Glôcôm góc đóng mạn tính

Lâm sàng

+ Bệnh biểu hiện âm thầm hầu như không có triệu chứng chủ quan đau nhức hoặc đôi khi chỉ có cảm giác căng tức nhẹ thoảng qua ở trong mắt hoặc đầu.

+ Nhãn áp thường tăng ở mức độ vừa phải.

+ Làm nghiệm pháp Herrick và soi góc tiền phòng là những khám nghiệm quan trọng để chẩn đoán phân biệt với glôcôm góc mở.

Chẩn đoán xác định

+ Hầu như không có dấu hiệu cơ năng.

+ Tổn thương đĩa thị và thị trường đặc hiệu của glôcôm.

+ Các góc tiền phòng hẹp hoặc đóng.

Chẩn đoán phân biệt: glôcôm góc mở: soi góc tiền phòng sẽ thấy các góc mở.

2. Glôcôm góc đóng nguyên phát không có nghẽn đồng tử

- Lâm sàng:

+ Ít hoặc hầu như không có triệu chứng chủ quan đau nhức.

+ Người bệnh thường đến khám khi bệnh đã ở giai đoạn muộn với tổn thương nặng của đĩa thị và tổn hại thị trường đặc hiệu của glôcôm.

+ Nhãn áp tăng cao.

+ Độ sâu tiền phòng ở trung tâm không nông như những trường hợp glôcôm góc đóng có nghẽn đồng tử.

+ Soi góc tiền phòng thấy các góc đóng.

- Cận lâm sàng:

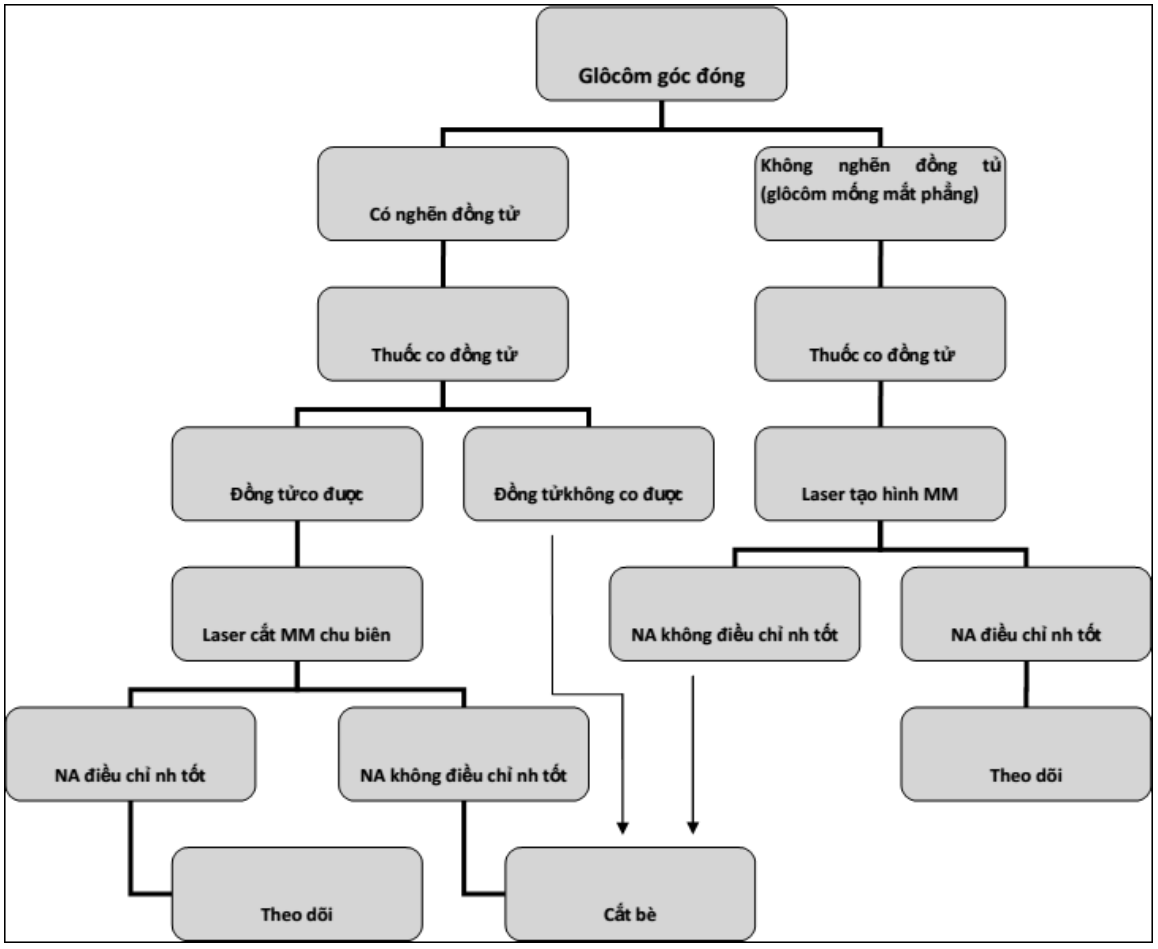
Khám nghiệm trên máy UBM: thể mi to và xoay ra trước áp vào mống mắt, không thấy rãnh thể mi.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc chung

Tích cực, khẩn trương làm hạ nhãn áp bằng thuốc để chống tổn hại thêm cho thị thần kinh

SƠ ĐỒ ĐIỀU TRỊ GLÔCÔM GÓC ĐÓNG NGUYÊN PHÁT



2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị glôcôm góc đóng cơn cấp

Tại m t

+ Tra thuốc co đồng tử cứ 15-20 phút/1 lần cho đến khi đồng tử co lại được và nhãn áp hạ. Sau đó có thể tra 1 giờ/1 lần và dùng liều duy trì 3-4 lần/ngày.

+ Tra phối hợp nhóm thuốc chẹn bêta giao cảm 2 lần/ngày (thận trọng nếu bệnh

nhân có bệnh phổi, tim, mạch) hoặc nhóm thuốc ức chế men Anhydraza cacbonic 2-3 lần/ngày.

+ Để đề phòng xuất hiện cơn tăng nhãn áp ở mắt thứ 2: nên tra 1-2 giọt pilocacpin 1% cho mắt thứ 2

Toàn thân

+ Uống acetazolamide 0,25g x 2-4 viên/ngày hoặc tiêm tĩnh mạch acetazolamide 500g x 1 ống nếu bệnh nhân nôn nhiều, thuốc uống không có tác dụng. (trong trường hợp nhãn áp tăng quá cao có thể phối hợp tiêm tĩnh mạch 500mg và uống 500mg).

Chú ý: thuốc có nhiều tác dụng phụ toàn thân nên chỉ dùng trong thời gian chờ phẫu thuật, không dùng kéo dài và cần bổ sung thêm kali.

+ Trong trường hợp nhãn áp tăng rất cao có thể bổ sung các loại thuốc thẩm thấu như truyền tĩnh mạch nhanh mannitol 20% x 200mL hoặc uống glycerol 50% (1mL/kg).

+ Thuốc giảm đau, an thần.

+ Điều trị bằng phẫu thuật: là bắt buộc đối với hình thái glôcôm góc đóng.

2.2. Điều trị glôcôm góc đóng mạn tính

+ Cắt mống mắt chu biên để giải phóng nghẽn đồng tử, ngăn chặn góc đóng tiếp tục và giải quyết mối đe doạ xuất hiện cơn glôcôm góc đóng cấp.

+ Thuốc hạ nhãn áp bổ sung (nếu cần): có thể dùng các nhóm thuốc giống như trong điều trị glôcôm góc mở.

+ Laser tạo hình mống mắt, phẫu thuật cắt bè nếu thuốc không đủ hiệu quả.

IV. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiến triển

- Glôcôm góc đóng cơn cấp nếu không được điều trị, nhãn áp tiếp tục tăng cao kéo dài sẽ dẫn đến mù.

- Glôcôm góc đóng thể bán cấp có thể tiến triển xuất hiện dưới dạng cơn glôcôm cấp hoặc chuyển sang thể mạn tính.

2. Biến chứng

Biến chứng nặng thường gặp sau điều trị bằng phẫu thuật là:

- *Tăng nhãn áp tái phát.*

- *Sẹo bọng thấm quá mỏng hoặc rò, vỡ bọng thấm.*

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về m t,* ban hành kèm theo Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12/01/2015.

GLÔCÔM GÓC MỞ NGUYÊN PHÁT

MÃ ICD 10: H40.1

I. ĐẠI CƯƠNG

Glôcôm góc mở nguyên phát là một tình trạng bệnh lý của thị thần kinh, tiến triển mãn tính, đặc trưng bởi sự tổn hại của tế bào hạch võng mạc và lớp sợi thần kinh, teo lõm đĩa thị giác, tổn thương thị trường điển hình, thường có liên quan với nhãn áp cao.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

- Bệnh sử điển hình: xuất hiện âm thầm, tiến triển chậm, dấu hiệu chủ quan kín đáo, cảm giác căng tức trong mắt, vùng nhìn bị thu hẹp.

- Góc tiền phòng mở.

- Tổn thương đĩa thị và thị trường đặc hiệu của glôcôm.

2. Chẩn đoán phân biệt

Các bệnh lý khác của thị thần kinh như viêm thị thần kinh, tổn thương thị thần kinh hậu nhãn cầu, thiếu máu thị thần kinh, tổn thương thần kinh sọ não, lõm đĩa sinh lý rộng.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

Mục đích điều trị là làm dừng hoặc chậm lại quá trình tiến triển tiếp của bệnh glôcôm, duy trì chất lượng nhìn, chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

- Điều trị hạ nhãn áp

- Điều trị toàn diện: phối hợp bảo vệ, tăng cường dinh dưỡng cho thị thần kinh, điều trị bệnh toàn thân.

- Theo dõi định kỳ: tình trạng nhãn áp, đĩa thị giác và thị trường.

- Có thể phối hợp điều trị laser hoặc phẫu thuật.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị nội khoa bằng thuốc hạ nhãn áp

- Thuốc ức chế men Carbonic Anhydrase

Brinzolamide 1%; Dorzolamide 2% - tra mắt ngày 2-3 lần

Acetazolamid 250mg uống 2-4 viên/ngày. Chỉ định trước mổ và khi cần cấp cứu hạ nhãn áp.

Acetazolamid 500mg/5mL - tiêm tĩnh mạch 1 ống khi nhãn áp rất cao, không hạ được bằng thuốc tra mắt và uống.

- Thuốc ức chế β-giao cảm

- Thuốc toàn thân: *glycerol 50%, mannitol 10%, 20%* - Chỉ định trước mổ và khi

nhãn áp không hạ được bằng thuốc tra mắt và uống.

2.2. Điều trị laser

2.3. Điều trị phẫu thuật

2.4. Phối hợp điều trị chuyên khoa và các bệnh toàn thân

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về m t,* ban hành kèm theo Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12/01/2015.

XUẤT HUYẾT NỘI NHÃN SAU CHẤN THƯƠNG

MÃ ICD 10: H21.0

I. ĐẠI CƯƠNG

Xuất huyết nội nhãn là tình trạng chảy máu vào tiền phòng và/hoặc dịch kính xảy ra sau chấn thương. Tùy theo mức độ xuất huyết và nguồn gốc xuất huyết sẽ ảnh hưởng đến thị lực và tình trạng biến chứng kèm theo.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

1.1. Xuất huyết tiền phòng

- Triệu chứng cơ năng: nhìn mờ sau chấn thương, đỏ mắt, đau nhức.
- Triệu chứng thực thể:

+ Khám mắt thấy có máu trong tiền phòng.

Độ I: láng máu tiền phòng hoặc ngấn máu dưới 1/3 tiền phòng

Độ II: máu chiếm 1/3 đến ½ tiền phòng

Độ III: máu chiếm trên ½ tiền phòng

+ Các tổn thương khác kèm theo có thể có trên mắt xuất huyết tiền phòng.

1.2. Xuất huyết dịch kính

- Triệu chứng cơ năng: nhìn mờ sau chấn thương.
- Triệu chứng thực thể:

+ Có máu trong buồng dịch kính quan sát trên sinh hiển vi, chia thành các mức độ:

Nhẹ: có hồng cầu trong buồng dịch kính, vẩn đục dịch kính.

Vừa: vẩn đục dịch kính nhiều, quan sát được đáy mắt nhưng không rõ chi tiết.

Nặng: đục dịch kính toàn bộ không quan sát được đáy mắt.

+ Các tổn thương khác kèm theo có thể có trên mắt xuất huyết dịch kính.

2. Cận lâm sàng

Siêu âm B có thể giúp đánh giá mức độ xuất huyết dịch kính và phát hiện các tổn thương dịch kính - võng mạc kèm theo trong trường hợp không quan sát được chi tiết đáy mắt qua khám lâm sàng. Ngoài ra, qua theo dõi siêu âm có thể phát hiện các biến chứng trên đĩa thị- võng mạc xuất hiện trong quá trình điều trị, từ đó có thể thay đổi phác đồ điều trị.

3. Chẩn đoán xác định

Trên các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng để chẩn đoán xác định vị trí và mức độ xuất huyết nội nhãn sau chấn thương.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc chung

- Dừng chảy máu

- Tiêu máu

- Điều trị biến chứng.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Dừng chảy máu:

Có thể cân nhắc sử dụng một trong các thuốc chống chảy máu:

- Transamin (viên nang 250mg, viên nén 500mg, ống tiêm 500mg/5mL)

Liều dùng: uống 750-2000mg mỗi ngày, chia làm 3-4 lần.

- Adrenoxin (viên 10mg)

Liều dùng: uống 1-3 viên mỗi ngày, trước các bữa ăn 1 giờ. Trẻ em từ 1-2 viên mỗi ngày.

2.2. Tiêu máu:

Có thể dùng các thuốc tiêu máu như: Hyasa tiêm cạnh nhãn cầu 180 đơn vị/0,5mL cạnh nhãn cầu

2.3. Điều trị xuất huyết tiền phòng:

- Nghỉ ngơi tại giường, hạn chế vận động, nằm đầu cao.

- Tra mắt: chống viêm: nhóm steroid; giãn đồng tử, liệt thể mi.

- Thuốc uống:

+ Liệu pháp corticoid: liều lượng trung bình 0,75mg/kg, có thể dùng đường uống hoặc dùng đường tiêm.

+ Điều trị thuốc hạ nhãn áp khi có tăng nhãn áp: bằng các thuốc uống và/hoặc tra tại mắt.

- Cân nhắc phẫu thuật tháo máu tiền phòng khi có một trong các dấu hiệu sau:

+ Biến chứng tăng nhãn áp đe dọa ngấm máu giác mạc, không đáp ứng với điều trị nội khoa, thường tiến hành sau 5 ngày nếu điều trị nội khoa không kết quả.

+ Ngấm máu giác mạc.

+ Xuất huyết mức độ nặng, máu không tiêu sau thời gian điều trị nội khoa.

2.4. Điều trị xuất huyết dịch kính:

- Mức độ nhẹ: điều trị như với xuất huyết tiền phòng, cần theo dõi sát tiến triển xuất huyết và tình trạng dịch kính võng mạc kèm theo.

- Mức độ vừa: theo dõi tiến triển xuất huyết và tình trạng võng mạc bằng siêu âm B, theo dõi biến chứng võng mạc do tăng sinh dịch kính.

- Mức độ nặng: cân nhắc phẫu thuật khi tiên lượng điều trị nội khoa không tiêu hết máu.

2.5. Điều trị các tổn thương kèm theo trên m t xuất huyết nội nhãn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về m t,* ban hành kèm theo Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12/01/2015.

PHẦN VIII: TAI MŨI HỌNG

DỊ VẬT TAI

MÃ ICD 10: T16

I. ĐỊNH NGHĨA

Dị vật tai là vật lạ ở trong ống tai hay hòm nhĩ, thường gặp ở trẻ em hơn người lớn.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Phân loại dị vật

- Dị vật bất động: hạt lúa, cục bông, hòn bi, …
- Dị vật cử động: côn trùng

2. Lâm sàng

- Tùy thuộc vào bản chất dị vật và thời gian nhập viện.
- Đau tai, ù tai, nghe kém, chảy máu tai.
- Ống tai ngoài phù nề, đỏ, chảy dịch hôi (nếu nhập viện trễ).
- Màng nhĩ trầy xướt hay thủng (nếu do côn trùng).

3. Nội soi: chẩn đoán và điều trị.

4. Xét nghiệm: công thức máu cơ bản.

III. XỬ TRÍ

1. Dị vật bất động

- Bơm nước lấy ra.
- Lấy dị vật bằng curette phù hợp.
- Lấy dị vật qua nội soi.

2. Dị vật sống:

- Nhỏ thuốc tê tại chỗ lidocain 2% hay glycerine borate, để 10 phút cho côn trùng chết, sau đó lấy ra bằng kẹp hoặc qua nội soi khi dị vật nằm sâu.
- Nếu bệnh nhân không hợp tác thì phải gây mê.
- Nếu dị vật trong hòm nhĩ hay ống tai ngoài phù nề không thể lấy qua đường tự nhiên thì có thể lấy qua đường sau tai.
- Nếu sau khi lấy dị vật không làm tổn thương ống tai, màng nhĩ, không có nguy cơ nhiễm trùng thì không cần dùng thuốc.
- Nếu có dấu hiệu hay nguy cơ nhiễm trùng:

+ Kháng sinh: uống amoxicilline 500-1000 mg x 3 lần/ngày hoặc cefuroxim 500mg x 2 lần/ngày hoặc TM cefotaxime 1g x 3 lần/ngày nếu nhiễm trùng nặng.

+ Giảm đau: paracetamol 500-650mg x 3 lần/ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng*, ban hành kèm theo Quyết định số 5643/QĐ-BYT.

DỊ VẬT MŨI

MÃ ICD 10: T17.0

I. ĐẠI CƯƠNG

Mũi là một khoang sâu, mở trực tiếp ra phía sau mặt. Một phần nhỏ liên quan của khoang mũi có thể nhìn thấy được khi nhìn vào đỉnh mũi. Phần sau của mũi hướng xuống dưới, nối tiếp với thành sau họng miệng.

Các dị vật thường gặp là thức ăn, giấy, các loại hạt, đồ chơi, sỏi đá,… hay xảy ra ở trẻ nhỏ và trẻ em từ 1 đến 8 tuổi. Ở người lớn khi làm phẫu thuật bỏ sót những mảnh bông, mảnh gạc.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Điển hình là dị vật trong mũi gây ra đau hoặc tắc, nghẹt mũi bên có dị vật.
- Chảy máu mũi.
- Mùi hôi, hơi thở hôi hay mùi hôi từ mũi, chảy nước mũi.
- Đôi khi, dị vật có thể được phát hiện một cách vô tình khi chụp X-quang vì một lý do nào đó khác. Lưu ý là một vài loại dị vật như thức ăn, gỗ, nhựa không thấy được trên phim X-

quang thường quy.

- Thăm khám tổng thể vùng đầu và cổ trong những trường hợp có khả năng cao có nhiều dị vật trong cả lỗ mũi và tai, đặc biệt là ở trẻ em.

2. Nội soi: chẩn đoán và điều trị

3. Cận lâm sàng khác

X-quang, công thức máu cơ bản.

III. XỬ TRÍ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

2. Phương tiện

- Bộ khám mũi và lấy dị vật.
- Bông, bấc để có thể phải nhét bấc hoặc merocel.
- Thuốc co mạch, thuốc tê tại chỗ.
- Máy hút.

3. Người bệnh: được giải thích kỹ.

4. Tiến hành

Tư thế người bệnh:

- Người lớn: ngồi trên ghế.

- Trẻ em: phải có người lớn bế ngồi trên ghế.

Kỹ thuật lấy dị vật:

- Dị vật mới, dễ lấy: lấy bằng móc, kéo từ sau ra trước hoặc lấy qua nội soi.

- Dị vật để lâu, khó lấy:

+ Hút sạch mũi, mủ, chất xuất tiết ở hốc mũi.

+ Đặt vào mũi bấc có thấm thuốc co mạch làm cho hốc mũi rộng ra.

+ Nhỏ 1-2 giọt thuốc tê niêm mạc (Xylocain 3%) làm tê tại chỗ.

+ Banh mũi, dùng móc luồn ra phía sau của dị vật rồi kéo dị vật từ từ ra ngoài.

+ Trong trường hợp khó khăn hoặc dị vật để lâu calci hoá, cần phải gây mê rồi lấy dị vật qua nội soi hoặc kính hiển vi.

5. Theo dõi và chăm sóc

- Chảy máu: tùy theo mức độ nặng nhẹ mà quyết định nhét meche mũi trước hoặc sau.

- Sau khi lấy dị vật xong, nhỏ mũi bằng Argyrol 1-3% để sát khuẩn, ngày 2 lần, trong 3 ngày.

- Nếu phải phẫu thuật: chăm sóc như một ca phẫu thuật mũi.

6. Tai biến và xử trí

- Làm xay xát niêm mạc gây chảy máu mũi: cầm máu, kháng sinh, giảm đau.

-Trẻ em sợ có thể gây choáng ngất do đau: chống choáng, giảm đau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng*, ban hành kèm theo Quyết định số 5643/QĐ-BYT.

DỊ VẬT ĐƯỜNG THỞ

MÃ ICD 10:

+ *Vật lạ trong thanh quản:* **T17.3**

+ *Vật lạ trong khí quản:* **T17.4**

+ *Vật lạ trong phế quản:* **T17.5**

I. ĐẠI CƯƠNG

Là một cấp cứu tai mũi họng thường xâm nhập vào đường hô hấp ở thanh - khí - phế quản. Đây là một tai nạn nguy hiểm có thể chết người nếu không được phát hiện và xử trí kịp thời. Dị vật đường thở gặp ở trẻ em nhiều hơn người lớn.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Điển hình là hội chứng xâm nhập (có khoảng 75%). Cần lưu ý đôi khi dị vật đã được tống ra trong khi ho sặc sụa lúc hội chứng xâm nhập.

- Dựa vào triệu chứng lâm sàng đặc trưng từng vị trí sau khi xảy ra hội chứng xâm nhập:

+ Dị vật thanh quản: khó thở thanh quản, khàn tiếng, ho kích thích…

+ Dị vật khí quản: khó thở từng cơn, dùng ống nghe nghe trước khí quản có dấu hiệu lật phật cờ bay (tiếng phất cờ - cờ bay trước gió).

+ Dị vật phế quản: sau vài ba ngày mới xuất hiện phế quản phế viêm, xẹp phổi, áp xe phổi…

2. X-quang

Có thể thấy được vị trí, kích thước, bản chất của dị vật.

3. Nội soi

Nội soi thanh, khí, phế quản phổi là động tác chẩn đoán và điều trị chắc chắn nhất.

4. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm thanh quản co thắt: đột ngột xảy ra khi đang ngủ vào ban đêm, có VA mạn.

- U nhú hay u thanh quản.

- Bạch hầu thanh quản: có thể thành dịch, đặc điểm giả mạc bạch hầu, soi tươi, nuôi cấy.

III. XỬ TRÍ

1. Sơ cứu dị vật đường thở

Khi trẻ có dấu hiệu lâm sàng nghi ngờ hóc dị vật phải đánh giá được mức độ khó thở để có thể cho thở oxy, nếu ngạt thở phải mở khí quản tối cấp (chọc Troca vào màng nhẫn giáp).

Khi bị ngạt thở có thể làm thử nghiệm pháp Heimlick (thầy thuốc đứng sau lưng nạn nhân hơi cúi người về phía trước, 2 tay ôm vào vùng bụng đột ngột kéo mạnh ra sau gây một áp lực lên cơ hoành cho nạn nhân thở ra mạnh để tống dị vật ra ngoài). Tuyệt đối không được làm nghiệm pháp này cho dị vật đã đứng yên một vị trí nào đó trong thanh khí phế quản vì có thể gây chết ngạt khi dị vật di chuyển lên mắc kẹt ở buồng thanh thất Morgagnie).

2. Nội soi

Dù dị vật mắc ở đâu cũng phải nội soi thanh - khí - phế quản gắp dị vật.

3. Điều trị nội khoa sau lấy dị vật

Kháng sinh, giảm đau, kháng viêm chống xuất tiết, nâng cao thể trạng, chống trụy tim mạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng*, ban hành kèm theo Quyết định số 5643/QĐ-BYT.

DỊ VẬT ĐƯỜNG ĂN

MÃ ICD 10: T18.1

I. ĐẠI CƯƠNG

Dị vật đường ăn là những vật mắc lại trên đường ăn từ họng tới tâm vị. Gặp ở người lớn nhiều hơn trẻ em, nam nhiều hơn nữ. Các loại dị vật hữu cơ và có hình thái sắc nhọn như; xương cá, gà, vịt… dễ gây viêm nhiễm và biến chứng hơn dị vật vô cơ, hình thái tròn tù như: đồng xu, hạt vải…

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Lâm sàng

Dị vật thực quản chia làm hai giai đoạn:

1.1.1. Giai đoạn đầu

Các triệu chứng xuất hiện ngay sau bị hóc, bệnh nhân thường mô tả đang ăn đột nhiên thấy nuốt đau, nuốt vướng vùng cổ. Bệnh nhân phải bỏ dở bữa ăn, không ăn uống tiếp được nữa.

Bệnh nhân thường làm các động tác có hại như: thò tay vào móc họng, cố nuốt miếng thức ăn khác để dị vật trôi đi, hoặc dùng que đũa chọc vào họng. Điều này rất nguy hiểm vì rất dễ thủng niêm mạc họng.

Nuốt đau ngày càng tăng, nuốt nước bọt rất đau, sau đó không nuốt cũng đau.

Tăng tiết nước bọt.

1.1.2. Giai đoạn viêm nhiễm

Triệu chứng viêm nhiễm xuất hiện sớm hay muộn tùy bản chất dị vật, thường sau 24-48 giờ.

- Toàn thân: sốt; hội chứng nhiễm trùng rõ: môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi. Mặt hốc hác, mất nước do không ăn uống được gì.

- Cơ năng: nuốt đau, không ăn uống được, đau vùng cổ, quay cổ đau, tăng tiết đờm dãi.

- Khám thực thể:

+ Vùng cổ: máng cảnh một bên dày, sưng phồng, thường là bên trái; da cổ đỏ; ấn vùng trước cơ ức đòn chũm bệnh nhân đau; tiếng lọc cọc thanh quản cột sống mất; có thể tràn khí dưới da.

+ Khám họng và soi thanh quản gián tiếp: thấy nước bọt ứ đọng nhiều ở miệng và xoang lê hai bên.

1.2. Cận lâm sàng

- X-quang cổ nghiêng:

+ Có thể thấy dị vật nếu dị vật cản quang.

+ Mất chiều cong sinh lý cột sống cổ.

+ Dày phần mềm trước cột sống cổ.

+ Giai đoạn muộn hơn có thể thấy hình mức nước mức hơi của ổ áp xe.

- Xét nghiệm máu: bạch cầu tăng cao, CRP tăng cao.

- Các xét nghiệm khác tùy theo bệnh cảnh lâm sàng.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Hóc giả.

- Dị vật đã trôi đi.

- Khối u thực quản.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Bệnh nhân đến sớm, chưa có biến chứng: tiến hành nội soi gắp dị vật cấp cứu để ngăn chặn biến chứng.

- Khi có biến chứng phải chuyển tuyến trên xử trí tùy theo từng loại biến chứng.

2. Điều trị cụ thể (nội khoa, ngoại khoa)

2.1. Giai đoạn đầu:

- Nội soi thực quản gắp dị vật.

- Chống nhiễm trùng bằng kháng sinh, chống viêm.

- Theo dõi biến chứng.

2.2. Giai đoạn biến chứng:

- Viêm tấy hoặc áp xe thành thực quản.

+ Nội soi thực quản gắp dị vật đồng thời hút mủ ổ viêm trong lòng thực quản.

+ Đặt sonde mũi dạ dày để nuôi dưỡng bệnh nhân.

+ Chống viêm bằng các loại kháng sinh chống vi khuẩn gram âm, gram dương và vi khuẩn kỵ khí.

+ Theo dõi bệnh nhân, nếu ổ nhiễm trùng không giảm phải tiến hành mở dẫn lưu ổ áp xe.

+ Phòng các biến chứng.

- Viêm tấy hoặc áp xe quanh thực quản:

+ Đối với viêm tấy hoặc áp xe vùng thực quản cổ: mở cạnh cổ dẫn lưu ổ áp xe, lấy dị vật qua đường mổ hoặc đường nội soi.

+ Mở lồng ngực dẫn lưu trung thất và lấy dị vật qua nội soi. Mở thông dạ dày để nuôi dưỡng bệnh nhân.

+ Hồi sức tốt, chống choáng, bồi phụ nước điện giải.

+ Chống nhiễm trùng bằng kháng sinh đường tiêm truyền, đồng thời với các thuốc giảm viêm, giảm phù nề.

+ Nâng cao thể trạng, nuôi dưỡng bằng ống thông mũi - thực quản dạ dày đối với áp xe quanh thực quản cổ hoặc ống thông mở thông dạ dày đối với áp xe trung thất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng*, ban hành kèm theo Quyết định số 5643/QĐ-BYT.

LIỆT DÂY THẦN KINH VII NGOẠI BIÊN

MÃ ICD 10: G51

I. ĐẠI CƯƠNG

Liệt dây thần kinh VII ngoại biên hay còn gọi là liệt mặt ngoại biên là mất vận động hoàn toàn hay một phần các cơ của nửa mặt, nguyên nhân là do tổn thương dây thần kinh mặt, trái ngược với liệt mặt trung ương là tổn thương liên quan đến não.

Nguyên nhân có thể liên quan đến sự tấn công của virus lên dây thần kinh mặt làm cho dây mặt bị viêm. Đa số các liệt mặt đều phục hồi hoàn toàn trong khoảng 6 tháng. Ngoài ra còn có các nguyên nhân khác (viêm hay nhiễm khuẩn dây mặt, chấn thương, khối u ở đầu hay cổ, đột quỵ…)

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

Chủ yếu dựa vào lâm sàng. Dù nguyên nhân nào, trước một trường hợp liệt mặt ngoại biên, cần hỏi bệnh và thăm khám tỉ mỉ để xác định mức độ liệt mặt và định khu tổn thương.

1.1. Lâm sàng

Có dấu hiệu đặc trưng của tổn thương ngoại biên, đó là dấu hiệu Charles bell, người bệnh không thể nhắm kín mắt. Mặt không cân xứng, bị kéo lệch về bên lành. Nếp nhăn trán bị xóa so với bên đối diện và cung mày bị rơi xuống. Mép bên liệt bị hạ thấp, má bị nhẽo và phồng lên khi thở ra.

1.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm khác: công thức máu, đường máu, …
- Các cận lâm sàng khác tùy thuộc bệnh cảnh lâm sàng.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Liệt mặt có nguồn gốc trung ương.
- Thiếu hụt vận động, nói chung là cân xứng, có thể thứ phát sau: bệnh lý cơ, nghẽn thần kinh - cơ của nhược cơ, bệnh collagen như xơ cứng bì, viêm da cơ có thể cho vẻ mặt bất động với thay đổi màu sắc da và tổ chức dưới da.
- Mất cân xứng mặt bẩm sinh.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

Hướng xử trí liệt mặt tùy thuộc vào bệnh nguyên. Trước tiên, phải đảm bảo bệnh nhân liệt mặt không liên quan đến tai biến mạch máu não. Tiếp theo, cần tiến hành khám nội soi tai để phát hiện các bệnh lý tai gây liệt mặt. Liệt mặt vô căn (liệt mặt Bell) là chẩn đoán loại trừ.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Nội khoa:

- Corticoid sớm, liều cao (1mg prednisolon/kg) sau khi đã loại trừ các chống chỉ định (đái tháo đường, lao, loét dạ dày - tá tràng, rối loạn tâm thần…)

- Ngoài ra có thể dùng các thuốc chống virus đặc biệt cho những trường hợp có bệnh cảnh nhiễm virus hay đau vùng sau tai, rối loạn cảm giác vùng mặt.

2.2. Ngoại khoa:

Phẫu thuật phục hồi dây thần kinh như giảm áp, khâu và ghép đoạn được chỉ định cho các trường hợp liệt mặt do các nguyên nhân khác nhau.

2.3. Y học cổ truyền - phục hồi chức năng:

Châm cứu, tập các cơ của mặt tạo điều kiện giữ trương lực cơ và phân bố mạch để chống teo cơ.

2.4. Theo dõi và chăm sóc m t:

Rất quan trọng, đảm bảo cho giác mạc được phủ kín, tránh viêm giác mạc bằng cách nhỏ thường xuyên nước mắt nhân tạo và băng mắt khi ngủ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng*, ban hành kèm theo Quyết định số 5643/QĐ-BYT.

VIÊM TAI GIỮA MẠN TÍNH

MÃ ICD 10:

+ *Viêm tai giữa tiết nhày mạn:* **H65.3**

+ Viêm tai giữa vòi nhĩ mủ mạn: **H66.1**

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm tai giữa (VTG) mạn tính được định nghĩa là tình trạng viêm niêm mạc tai giữa kéo dài trên 12 tuần, không đáp ứng với điều trị nội khoa, màng nhĩ bị thủng, chảy tai, phù nề niêm mạc trong tai giữa và xương chũm (sào đạo, sào bào, thông bào).

Các tác nhân gây bệnh là virus, vi khuẩn hay nấm. Vi khuẩn gây bệnh thường gặp nhất là *Streptococcus pneumonia, Pseudomonas aeruginosa, Haemophilus influenza,*

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Lâm sàng

- Viêm tai giữa mạn tính nhầy: chảy mủ tai từng đợt, phụ thuộc vào những đợt viêm V.A, mủ chảy ra nhầy, dính, không thối, chưa ảnh hưởng nhiều đến sức nghe.

- Viêm tai giữa mạn tính mủ: thường chảy mủ tai kéo dài, mủ đặc xanh thối, có thể có cholesteatoma, nghe kém truyền âm ngày càng tăng, có thể đau âm ỉ trong đầu hay nặng đầu phía bên tai bị bệnh.

- Viêm tai giữa mạn tính hồi viêm: sốt cao và kéo dài, thể trạng nhiễm trùng rõ rệt: ăn ngủ kém, gầy, hốc hác, suy nhược. Đối với trẻ nhỏ có thể có sốt cao, co giật, rối loạn tiêu hóa… Nghe kém tăng lên vì tổn thương cả đường khí và đường xương. Đau tai rất dữ dội, đau thành từng đợt, đau sâu trong tai và lan ra phía sau vùng xương chũm hay lan ra cả vùng thái dương gây nên tình trạng nhức đầu, ù tai và chóng mặt. Trong một vài trường hợp có thể thấy dấu hiệu xuất ngoại mặt trong xương chũm, mặt ngoài xương chũm, sau tai, vùng thái dương - gò má, trong bao cơ ức đòn chũm (thể Bezold), …

1.2. Cận lâm sàng

- Khám tai: mủ tai chảy kéo dài, đặc, thối, có thể có tổ chức cholesteatoma (có váng óng ánh như mỡ, thả vào nước không tan). Màng nhĩ có thể bị phồng, xẹp lõm vào trong, bị thủng, bờ lỗ thủng nham nhở, đáy hòm nhĩ bẩn, có thể có polyp ở hòm nhĩ.

- Cấy dịch tai để xác định vi khuẩn gây bệnh và làm kháng sinh đồ.

- Chụp CT Scan đầu hoặc xương chũm khi cần xác định sự nhiễm trùng lan tỏa ra bên ngoài tai giữa.

- Đo thính lực để đánh giá sức nghe.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Nhọt hay viêm ống tai ngoài.

- Viêm tấy hạch hoặc tổ chức liên kết sau tai

- Phản ứng xương chũm do viêm tai giữa cấp tính (mủ không thối, không nghe kém nhiều, X-quang tai bình thường).

- Viêm tai giữa sau lao phổi (hỏi tiền sử và chụp X-quang phổi…).

- Viêm tai giữa do xoắn khuẩn bệnh giang mai (hỏi tiền sử bệnh và làm các xét nghiệm chuyên biệt, …).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Mục đích là để kiểm soát sự nhiễm trùng và loại bỏ dịch tiết ứ đọng trong tai giữa (nhầy, mủ…) và phẫu thuật để phục hồi chức năng nghe.

- Không nên dùng kháng sinh không đúng vì sẽ làm lu mờ triệu chứng, khó chẩn đoán, hoặc chuyển thể cấp tính thành mạn tính, làm bệnh kéo dài khó phát hiện và dễ gây biến chứng.

- Bệnh nhân cần được điều trị bởi bác sỹ chuyên khoa tai mũi họng.

2. Điều trị nội khoa

- Làm thuốc tai để loại bỏ dịch tiết nhiễm trùng trong tai. Có thể dùng nước muối sinh lý hoặc nước oxy già 6-10 đơn vị nhỏ vào tai, hút rửa và sau đó lau khô.

- Nhỏ tai bằng dung dịch kháng sinh như: neomycin, polymyxin, chloromycetin hoặc gentamycin. Có thể phối hợp với steroids để có tác dụng kháng viêm. Nhỏ tai 2-4 lần/ngày. Dung dịch acid acetic 1,5% có thể được dùng nếu nhiễm vi khuẩn *Pseudomonas.*

- Kháng sinh đường toàn thân được sử dụng trong các đợt cấp của VTG mạn tính nhưng phải rất hạn chế.

- Điều trị các bệnh ở mũi, họng đi kèm với bệnh VTG.

- Trong thời gian điều trị khuyên bệnh nhân cố gắng tránh nước vào tai như: bơi lội, gội đầu v. v…

3. Điều trị ngoại khoa

- Khi phát hiện bệnh nhân có polyp hòm nhĩ thò ra ở ống tai, hoặc mô hạt thì phải được phẫu thuật cắt bỏ thì việc nhỏ thuốc vào tai mới có hiệu quả. Tuy nhiên phải cẩn thận khi cắt bỏ vì những khối polyp này có thể mọc ra từ niêm mạc xương bàn đạp, dây thần kinh số VII, hoặc ống bán khuyên ngang, và như vậy có thể dẫn tới tai biến liệt mặt hoặc viêm mê nhĩ sau mổ.

- Phẫu thuật phục hồi: vá màng nhĩ đơn thuần và mở sào bào thượng nhĩ, có hoặc không có vá màng nhĩ.

- Phẫu thuật tiệt căn xương chũm với hai phương pháp: giữ nguyên thành sau ống tai (canal wall up) và hạ thấp thành sau ống tai (canal wall down).

IV. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

- VTG mạn tính nhầy mủ tiên lượng thường tốt, ít gây các biến chứng nguy hiểm.

- VTG mạn tính mủ ít khi bệnh tự khỏi, thường kéo dài gây giảm sức nghe và có thể gây các biến chứng nặng và nguy hiểm tính mạng.

2. Biến chứng

- Viêm xương chũm.
- Lỗ thủng màng nhĩ không lành.
- Tạo nên khối cholesteatoma trong tai giữa.
- Xơ hóa màng nhĩ và niêm mạc tai giữa (tympanoslerosis).
- Chuỗi xương con bị phá hủy và dẫn đến điếc truyền âm.
- Liệt mặt do tổn thương dây thần kinh số VII.
- Áp xe ngoài màng cứng hoặc áp xe não.
- Tổn thương hệ thống tiền đình gây chóng mặt.
- Ở trẻ em, chậm phát triển ngôn ngữ và tiếng nói nếu bị cả hai tai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng*, ban hành kèm theo Quyết định số 5643/QĐ-BYT.

BỆNH MÉNIÈRE

MÃ ICD 10: H81.0

I. ĐẠI CƯƠNG

Hội chứng Ménière hay bệnh Ménière bao gồm ba triệu chứng chính: chóng mặt, điếc và ù tai có nguyên nhân từ sự rối loạn tai trong. Bệnh thường gặp ở người trên 40 tuổi, nữ nhiều hơn nam.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Lâm sàng

Bệnh nhân mô tả cơn điển hình với tai, điếc hoặc ù đặc một tai. Thông thường cơn chóng mặt kéo dài từ 15 phút đến vài giờ và giảm từ từ. Buồn nôn thường xảy ra khi chóng mặt đến mức cao nhất và nó làm giảm chóng mặt. Những triệu chứng này thường gây nhầm lẫn với chứng ăn không tiêu.

1.2. Cận lâm sàng

- Thính lực đồ bộc lộ điếc do thần kinh cảm giác tần số thấp ở tai phải, điển hình trong bệnh Ménière bên phải.

- CT hoặc MRI xương đá để loại trừ u dây thần kinh thính giác vì bệnh lý này có những triệu chứng tương tự như bệnh Méniere.

1.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán

Theo Hiệp hội tai mũi họng và đầu mặt cổ Hoa Kỳ:

- Điếc tiếp nhận tiến triển hoặc dao động.

- Chóng mặt từng cơn kéo dài từ 20 phút đến 24 giờ nhưng không mất ý thức và có xuất hiện động mắt.

- Ù tai thường ở một bên.

- Cơn chóng mặt có lúc thoái triển, có lúc bùng phát.

2. Chẩn đoán phân biệt

- U dây thần kinh VIII.

- Migraine.

- Viêm dây thần kinh tiền đình.

- Cơn chóng mặt kịch phát lành tính (BPPV).

- Suy động mạch thân nền.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị căn bản

- Chế độ ăn ít muối và dùng thuốc lợi tiểu.

- Các thuốc:

+ Lợi tiểu: acetazolamide 250mg/ngày (chia làm 3 lần).

+ Chống chóng mặt: acetyl leucine 500mg 3-6 viên/ngày.

+ Điều hòa tiền đình: bétahistine 16mg x 3 lần/ngày.

+ Dãn mạch: trimétazidine 20mg 1 viên x3 lần/ngày.

- Tiêm gentamicin xuyên màng nhĩ.

- Tiêm corticoid xuyên màng nhĩ:

- Đeo máy chống tiếng ù tai.

2. Điều trị ngoại khoa

- Mở túi nội dịch.

- Cắt dây thần kinh tiền đình chọn lọc).

- Hủy tiền đình và cắt dây VIII.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng*, ban hành kèm theo Quyết định số 5643/QĐ-BYT.

VIÊM TAI NGOÀI

MÃ ICD 10: H60

I. NHỌT ỐNG TAI NGOÀI

1. Đại cương

Là tình trạng viêm nhiễm khu trú ở một vị trí của ống tai ngoài, thường gặp một bên, hay gặp vào mùa hè và do tụ cầu khuẩn.

Nguyên nhân: do ngoáy tai bằng vật cứng, bẩn, gây xước da ống tai; do viêm ở nang lông hay tuyến bã.

2. Chẩn đoán

- Triệu chứng cơ năng:

+ Đau tai là triệu chứng nổi bật, đau ngày càng tăng dữ dội, đau tăng khi nhai, ngáp, đau nhiều về đêm.

+ Nghe kém tiếng trầm, thường kèm theo ù tai.

+ Có thể sưng tấy ở nắp tai hoặc sau tai.

+ Sốt nhẹ hoặc sốt cao khi viêm tấy lan tỏa.

- Triệu chứng thực thể:

+ Ấn nắp tai hoặc kéo vành tai gây đau rõ rệt.

+ Ống tai mới đầu thấy gờ đỏ, chạm vào rất đau. Sau đó to dần và che lấp một phần ống tai, xung quanh tấy đỏ, ở giữa mọng mủ trắng. Nhọt ống tai ngoài có thể tự khỏi nhưng hay tái phát.

3. Điều trị

- Tại chỗ: chườm nóng giảm đau. Nếu mới tấy đỏ thì chấm Betadin ở đầu nhọt. Khi đã nung mủ trắng thì dùng dao nhọn hay que nhọn chích nhọt, tháo mủ và sát khuẩn.

- Toàn thân: kháng sinh, giảm đau.

II. VIÊM TẤY LAN TỎA ỐNG TAI NGOÀI

1. Đại cương

Là tình trạng viêm nhiễm lan tỏa khắp ống tai ngoài. Nguyên nhân: do sang chấn nhỏ ở ống tai ngoài: ngoáy tay, vật cứng khi có nước hay cát vào tai; do dịch hay mủ ở tai giữa bị bít, đọng trong ống tai.

2. Chẩn đoán

- Lúc đầu ngứa trong ống tai sau trở nên nóng, rát như bỏng, vài ngày sau đau dữ dội.

- Nghe kém và ù tai.

- Kéo vành tai, ấn nắp tai gây đau tăng rõ rệt.

- Da ống tai nề đỏ, sau đó ống tai bị chít hẹp lại do sưng nề và ứ dịch vàng, có thể bong từng đám biểu bì trắng.

- Nếu không được điều trị sẽ thành mủ, da bị hoại tử gây sẹo chít hẹp hay sùi lấp ống tai ngoài.

3. Điều trị

- Chườm nóng ngoài tai hoặc chiếu tia hồng ngoại, làm giảm đau tại chỗ, đặt bấc thấm glycerin borate 2% hoặc thuốc mỡ kháng sinh vào ống tai ngoài.

- Kháng sinh toàn thân.

- Chống viêm, giảm đau.

III. VIÊM SỤN VÀNH TAI

1. Đại cương

Là tình trạng ứ thanh dịch giữa sụn và màng sụn hoặc viêm sụn hoại tử. Nguyên nhân có thể do tụ máu, dịch vành tai, nhưng thường do nhiễm tụ cầu, sau sang chấn (gãi gây xước) hay sau chấn thương (đụng, dập).

2. Chẩn đoán

- Ban đầu chỉ thấy ngứa rát, hơi đau nơi bị xây xát (thường ở phần trên vành tai) sau đó có biểu hiện nóng, sưng, đỏ.

- Khi viêm tấy thành mủ đau tăng rõ, sưng ngày càng tăng, sờ nóng, làm mất các nếp sụn ở vành tai.

- Viêm sụn hoại tử: đau dữ dội, sưng tấy căng mọng lan rộng cả một phần của vành tai làm mất các hố và nếp của vành tai, cả mặt trước lẫn mặt sau vành tai.

3. Điều trị

- Toàn thân: tùy theo mức độ và toàn trạng của bệnh nhân để sử dụng kháng sinh. Đối với viêm sụn hoại tử cần dùng kháng sinh phối hợp và liều cao, lưu ý cho kháng sinh chống vi khuẩn kỵ khí.

- Tại chỗ:

+ Khi mới viêm tấy da vành tai, chiếu tia hồng ngoại, chườm nóng, sát khuẩn vết xước bằng Betadin.

+ Để chống viêm, hoại tử sụn có thể chấm nitrat bạc, acid boric, đặt bấc tẩm betadin hay kháng sinh tại chỗ.

+ Khi đã viêm mủ, hoại tử sụn: phải trích rạch rộng tháo mủ, nạo bỏ hết các mảnh sụn hoại tử và tạo hình da vành tai.

IV. CHÀM ỐNG TAI

1. Đại cương

Thường gặp ở trẻ nhỏ. Nguyên nhân do mủ, thường mủ nhầy, chảy thường xuyên hay ứ đọng mủ lâu. Chàm từ ống tai lan ra vành tai; do thể địa dị ứng, chàm có thể từ đầu, cổ lan đến vành tai và ống tai ngoài.

2. Chẩn đoán

- Da vùng tai ngoài ngứa, mẩn đỏ, mọc các mụn phỏng nhỏ chứa dịch nhầy trong. Các mụn phỏng vỡ thành các vẩy màu nâu, mỏng phủ lên trên.

- Nếu chàm khô: da ngứa, mẩm đỏ, dày lên, cũng có những mảnh biểu bì nhỏ đục hoặc xám nổi thành vảy dễ bong ra.

- Do ngứa nên trẻ thường hay gãi gây xây xước dễ bị nhiễm khuẩn tạo thành chàm nhiễm khuẩn với những mụn loét nhỏ, nóng, có mủ, trên bề mặt có vẩy nâu cứng có thể gây viêm tấy rộng cả tổ chức dưới da vùng sau tai, thái dương.

3. Điều trị

- Tại chỗ:

+ Lau sạch mủ ở ống tai nếu có.

+ Rắc bột oxyt kẽm hoặc bôi thuốc mỡ oxyt kẽm.

+ Nếu nhiều dịch ướt, bôi bằng dung dịch nitrat bạc 5%.

+ Nếu có nhiễm khuẩn thành mủ bôi xanh methylen.

+ Bôi mỡ corticoid.

- Toàn thân: tăng cường sức đề kháng, dinh dưỡng tốt, chống dị ứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng*, ban hành kèm theo Quyết định số 5643/QĐ-BYT.

VIÊM MŨI XOANG DỊ ỨNG

MÃ ICD 10: J01

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm mũi xoang dị ứng là tình trạng viêm niêm mạc mũi - xoang biểu hiện bằng các triệu chứng hắt hơi, ngạt, ngứa và chảy mũi, qua trung gian kháng thể và xảy ra do tiếp xúc với dị nguyên trong không khí

Viêm mũi xoang dị ứng có hai loại: viêm mũi xoang dị ứng theo mùa và viêm mũi xoang dị ứng quanh năm.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Khai thác tiền sử dị ứng

- Khai thác tiền sử dị ứng bản thân như dị ứng thuốc, mày đay, chàm, hen phế quản, …

- Khai thác tiền sử dị ứng gia đình.

1.2. Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng: ngứa mũi, hắt hơi từng tràng, ngạt tắc mũi, chảy nước mũi trong.

- Triệu chứng thực thể: soi mũi thấy niêm mạc mũi nhợt màu, cuốn mũi phù nề, nhất là cuốn dưới, hiều dịch xuất tiết: dịch nhày, trong.

1.3. Cận lâm sàng

Các test xác định dị nguyên gây dị ứng mũi xoang.

2. Chẩn đoán phân biệt

Viêm mũi vận mạch: ít hắt hơi, ít chảy mũi, ít ngứa mũi, ngạt mũi là chủ yếu, cuốn mũi luôn phù nề.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Các phương pháp điều trị đặc hiệu

- Tránh tiếp xúc dị nguyên.

- Phương pháp giảm mẫn cảm đặc hiệu: liệu pháp miễn dịch.

2. Các phương pháp điều trị không đặc hiệu

- Thuốc kháng histamin đường uống.

- Thuốc xịt mũi chứa corticosteroid.

- Các biện pháp kết hợp đông y và tây y.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng*, ban hành kèm theo Quyết định số 5643/QĐ-BYT.

VIÊM MŨI XOANG MẠN TÍNH

MÃ ICD 10: J32

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm mũi xoang mạn tính là viêm niêm mạc mũi xoang với các triệu chứng: đau nhức âm ỉ vùng mặt, ngạt mũi, giảm ngửi, ho, khịt khạc đờm, soi mũi thấy khe giữa, đôi khi cả khe trên có mủ. Người bệnh có thể bị sốt, kém tập trung, người mệt mỏi. Các triệu chứng này kéo dài trên 12 tuần.

Nguyên nhân: viêm mũi xoang cấp không được điều trị đúng mức; viêm mũi xoang dị ứng, do cấu trúc giải phẫu bất thường (vẹo lệch vách ngăn, bóng hơi cuốn giữa, V.A quá phát, …); do hội chứng trào ngược.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng: ngạt tắc mũi thường xuyên; xì mũi hoặc khịt khạc mủ nhày hay mủ đặc thường xuyên; đau nhức vùng mặt; mất ngửi hoặc giảm ngửi; kèm theo bệnh nhân có thể bị đau đầu, ho, mệt mỏi, hơi thở hôi.

- Triệu chứng thực thể: soi mũi thấy:

+ Dịch mủ nhầy hoặc mủ đặc ở khe giữa, đôi khi khe trên.

+ Niêm mạc hốc mũi viêm phù nề hoặc thoái hoái thành polyp.

+ Có thể thấy các cấu trúc giải phẫu bất thường như: vẹo lệch vách ngăn, bóng hơi cuốn giữa, V.A quá phát, …

- Các triệu chứng trên kéo dài trên 12 tuần.

1.2. Cận lâm sàng

- Phim X-quang thông thường (Blondeau, Hirtz) cho hình ảnh không rõ, ít sử dụng.

+ Hình mờ đều hoặc không đều các xoang.

+ Vách ngăn giữa các xoang sàng không rõ.

+ Hình ảnh dày niêm mạc xoang.

- Phim CT Scan: cho hình ảnh:

+ Hình ảnh mờ các xoang, có thể mờ đều hoặc không đều.

+ Dày niêm mạc các xoang, mức dịch trong xoang, polyp mũi xoang.

+ Bệnh tích bịt lấp vùng phức hợp lỗ ngách.

+ Các cấu trúc giải phẫu bất thường như: vẹo lệch vách ngăn, bóng hơi cuốn giữa, cuốn giữa đảo chiều, …

2. Chẩn đoán phân biệt

Viêm mũi xoang dị ứng.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Nghỉ ngơi, phòng tránh các tác nhân, nguyên nhân gây viêm mũi xoang.
- Đảm bảo dẫn lưu tốt mũi xoang, chống phù nề niêm mạc.
- Kết hợp điều trị tại chỗ và toàn thân.

2. Điều trị nội khoa

- Điều trị toàn thân:

+ Thuốc kháng sinh: thường từ 2 đến 3 tuần.

+ Thuốc corticosteroid uống.

+ Chế độ dinh dưỡng hợp lý, nâng cao thể trạng.

- Điều trị tại chỗ:

+ Dùng thuốc co mạch.

+ Rửa mũi bằng nước mũi sinh lý.

+ Làm thuốc mũi, rửa mũi xoang.

+ Thuốc corticosteroid dạng xịt.

3. Chỉ định phẫu thuật

- Viêm mũi xoang mạn tính điều trị nội khoa tối đa mà không kết quả.
- Viêm mũi xoang mạn tính có cản trở dẫn lưu phức hợp lỗ ngách do dị hình giải phẫu như: lệch vẹo vách ngăn, bóng hơi cuốn giữa, cuốn giữa đảo chiều, …
- Viêm mũi xoang mạn tính có thoái hóa polyp mũi xoang.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng*, ban hành kèm theo Quyết định số 5643/QĐ-BYT.

VIÊM MŨI XOANG CẤP TÍNH

MÃ ICD 10 : J01

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm mũi xoang được hiểu theo nghĩa rộng là viêm mũi và các xoang cạnh mũi, gây ra một nhóm các rối loạn.

Phân loại viêm mũi xoang theo thời gian bị viêm gồm có: cấp tính (từ 4 tuần trở lại), bán cấp tính (4-12 tuần) và mạn tính (trên 12 tuần). Có thể phân chia thành viêm mũi xoang cấp tính tái phát (lớn hơn hoặc bằng 4 đợt trong một năm mà không có triệu chứng của viêm mũi xoang mạn tính) và viêm mũi xoang cấp tính kịch phát.

Viêm mũi xoang do các nhóm nguyên nhân chính như sau:

- Sau cảm cúm (viêm nhiễm virus đường hô hấp trên): các tác nhân phổ biến nhất gây ra viêm xoang cấp tính bao gồm *Streptococcus Pneumonia, Haemophilus Influenza, và Moraxella Catarrahalis.*

- Các nguyên nhân khác: dị ứng; trào ngược dạ dày - thực quản ; bất thường về giải phẫu mũi xoang; VA quá phát, …

II. CHẨN ĐOÁN VIÊM MŨI XOANG CẤP TÍNH DO VI KHUẨN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Triệu chứng lâm sàng

Cần phải nghĩ tới viêm mũi xoang cấp tính do vi khuẩn khi viêm nhiễm đường hô hấp trên do virus sau 5-7 ngày triệu chứng ngày càng xấu đi hoặc kéo dài hơn 10 ngày chưa khỏi bệnh.

Các triệu chứng giúp chẩn đoán viêm mũi xoang cấp tính gồm có:

- Các triệu chứng chính: cảm giác đau và nhức ở vùng mặt; sưng và nề vùng mặt; tắc ngạt mũi; chảy mũi, dịch đổi màu hoặc mủ ra mũi sau; ngửi kém hoặc mất ngửi; có mủ trong hốc mũi; sốt

- Các triệu chứng phụ: đau đầu, thở hôi, mệt mỏi, đau răng, ho, đau nhức ở tai.

- Soi mũi trước: phát hiện chất nhầy mủ, sung huyết, dị hình vách ngăn…

- Nội soi mũi: mủ nhầy tại phức hợp lỗ ngách và ngách sàng bướm, sự phù nề, sung huyết… niêm mạc mũi. Đối với viêm mũi xoang cấp tính do nhiễm khuẩn, nội soi rất hữu ích cho chẩn đoán và lấy bệnh phẩm từ khe giữa.

1.2. Triệu chứng cận lâm sàng

- Chẩn đoán hình ảnh:

+ Chụp cắt lớp vi tính (CT Scanner)

+ Chụp cộng hưởng từ (MRI)

- Xét nghiệm: công thức máu cơ bản, CRP, cấy bệnh phẩm định danh vi khuẩn và làm kháng sinh đồ, các xét nghiệm khác tùy theo tình trạng lâm sàng.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm mũi do virus (cảm cúm)
- Đau nhức khớp thái dương hàm
- Đau đầu và đau nửa đầu
- Đau răng và đau dây thần kinh số V
- U xoang

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

Đối với viêm mũi xoang cấp tính chủ yếu là điều trị nội khoa.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Thuốc kháng sinh

Đối với thể nặng thời gian điều trị từ 10-14 ngày.

Tùy theo mức độ nặng của bệnh và tác nhân gây bệnh, lựa chọn các kháng sinh được thể hiện trong bảng dưới đây:

Kháng sinh đường uống		**Tác nhân gây bệnh**		
		S. Pneumonia	*Haemophilus* SPP	*Moraxella Catarrahalis*
Penicillin/Amoxicillin		+	0	0
Cephalosporins	Thế hệ thứ nhất	±	0	0
	Thế hệ thứ 2	+	+	+
	Thế hệ thứ 3	±	+	+
Amoxicillin/Clavulanate		+	+	+
Macrolides		±	±	±
Clindamycin		+	0	0
Imipenem/Meropenem		+	+	+
Trimethoprim/Sulfamethoxazole		-	+	+
Quiniolones (cũ) hoặc Aminoglycosides		±	+	+
Quinolones (mới)		+	+	+

0: Không hoặc rất ít tác dụng (<30%)

±: Tương đối tác dụng (30 - 80%)

+ Tác dụng tốt (>80%)

2.2. Điều trị tại chỗ (rửa mũi và xịt mũi)

- Rửa mũi thường xuyên bằng nước muối sinh lý hoặc nước muối ưu trương.

- Xịt trực tiếp corticoid vào mũi có thể làm giảm tiết dịch (ít gây ảnh hưởng đến toàn thân).

- Xịt oxymetazoline hydrochloride thời gian ngắn (ví dụ 3 ngày) để giảm các triệu chứng của viêm mũi xoang cấp hoặc tránh viêm mũi xoang cấp chuyển thành mạn tính. Ngược lại nếu xịt kéo dài có thể làm bệnh nặng hơn.

2.3. Liệu pháp corticoid toàn thân, thuốc làm thông mũi và những liệu pháp điều trị khác

Sử dụng corticoid toàn thân có hiệu quả chống viêm cao tuy nhiên chỉ sử dụng giới hạn và cần được kiểm soát cẩn thận.

Các thuốc làm thông mũi và tan nhầy theo đường toàn thân như là guaifenesin có thể giúp giảm các triệu chứng.

Các thuốc đối kháng thụ thể Leukotriene (montelukast, zafirlukast) và thuốc kháng sinh macrolide có hiệu quả chống viêm, có thể chữa trị có hiệu quả.

2.4. Thuốc điều trị dị ứng

2.5. Phẫu thuật xoang

Tối đa sau 4-6 tuần điều trị bằng thuốc kháng sinh phù hợp, corticoid tại chỗ và liệu pháp corticoid toàn thân không kết quả nên cân nhắc phẫu thuật.

Chỉ định:

- Lỗ thông mũi xoang không bình thường có thể sẽ không đảm bảo cho dẫn lưu xoang trực tiếp của dòng niêm dịch.

- Chít hẹp giải phẫu phức hợp lỗ ngách.

- Niêm mạc mũi xoang bị tổn thương khó hồi phục và làm mất chức năng hệ thống lông chuyển ảnh hưởng đến sự dẫn lưu dịch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng*, ban hành kèm theo Quyết định số 5643/QĐ-BYT.

NGẠT MŨI

Ngạt mũi là một trong những triệu chứng thường gặp nhất, không chỉ trong các bệnh mũi xoang mà trong nhiều trường hợp, đây chỉ là rối loạn cơ năng thông thường.

MÃ ICD 10: R09.0

I. NGUYÊN NHÂN

1. Trẻ sơ sinh

- Dị tật bẩm sinh: tịt lỗ mũi sau cả hai bên, ngạt mũi xuất hiện ngay sau khi sinh.
- Viêm mũi do lậu cầu (mẹ gây nhiễm cho con), thường xuất hiện sau khi sinh 24 - 48 giờ.

2. Nhũ nhi

- Dị tật bẩm sinh: tịt lỗ mũi sau một hoặc hai bên không hoàn toàn.
- V.A quá phát: gây ngạt mũi thường xuyên, tăng lên trong những đợt viêm nhiễm cấp tính.
- Viêm mũi họng cấp tính.

3. Trẻ em

- V.A quá phát rất thường gặp, ngạt mũi tăng rõ khi có tình trạng viêm nhiễm cấp tính.
- Viêm mũi xoang cấp và mạn tính, thường kèm theo chảy mũi dịch nhầy hay dịch mủ.
- Dị vật: thường ngạt mũi đột ngột một bên, sau đó xuất hiện chảy mũi, dịch mủ thối một bên.

4. Trẻ lớn và người lớn

4.1. Viêm mũi cấp và mạn tính

- Viêm mũi quá phát gây ngạt mũi liên tục.
- Viêm mũi dị ứng: từng đợt theo mùa, có yếu tố dị nguyên.
- Viêm mũi vận mạch: từng lúc, thay đổi từng bên mũi.

4.2. Viêm xoang cấp và mạn tính

Ngạt mũi liên tục khi có thoái cuốn mũi, đặc biệt là cuốn mũi giữa.

4.3. Dị hình vách ngăn mũi

Lệch vẹo, gai, mào vách ngăn mũi.

4.4. Chấn thương mũi

Sập, lệch sống mũi, di chứng sẹo dính giữa cuốn mũi giữa và vách ngăn…

4.5. Khối u

- U lành tính: u xơ vòm mũi họng, polyp mũi.

- U ác tính: ung thư sàng hàm, ung thư vòm mũi họng…

II. CHẨN ĐOÁN

1. Hỏi bệnh

- Thời gian xuất hiện: mới bị hay đã lâu, xuất hiện từng lúc hay liên tục.

- Vị trí: một bên hay cả hai bên mũi.

- Mức độ: nhẹ, vừa hay nặng, ngạt hoàn toàn hay không hoàn toàn? Có tăng hay giảm theo tư thế, thời gian, thời tiết, … hay không?

- Các triệu chứng kèm theo: đau vùng mặt, chảy mũi, giảm ngửi, hắt hơi, …?

- Tình trạng ngạt mũi có giảm khi được rỏ bởi các thuốc co mạch hay không?

2. Khám bệnh

2.1. Nhìn

Đối với nhũ nhi hay trẻ nhỏ thì quan sát khi bú hay ngủ:

- Không bú được lâu hay sặc, tím tái khi bú.

- Luôn há miệng khi thở, khi ngủ ngáy to.

- Ứ đọng chất xuất tiết ở mũi.

- Trẻ nhỏ nếu ngạt mũi kéo dài sẽ dẫn tới biến dạng khuôn mặt như: răng vẩu, cằm lẹm, mũi hếch, cánh mũi bè ra, …

2.2. Nghe

Nếu ngạt mũi hai bên liên tục làm thay đổi giọng nói: không vang, giọng mũi kín, …

2.3. Khám mũi

- Sử dụng gương soi thường hoặc gương Glatzel đặt trước mũi để xem mức độ mờ gương do hơi thở gây ra. Có thể sử dụng miếng bông hoặc sợi chỉ để trước mũi để xem có di động khi thở không?

- Soi mũi: có thể khám bằng mở mũi thông thường hoặc nội soi hốc mũi nhằm đánh giá:

+ Tình trạng cuốn mũi: phù nề, sung huyết, thoái hóa, … có đáp ứng với thuốc co mạch hay không?

+ Hốc mũi, ngánh mũi (đặc biệt là ngánh mũi giữa): xem có dịch mủ, nhầy ứ đọng không? có polyp không? cuốn mũi có thoái hóa không?...

+ Cửa mũi sau và vòm mũi họng: có dịch mủ, nhầy không? có polyp không? đuôi cuốn mũi có thoái hóa không? có khối u vòm không…?

III. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị chung

- Làm thông thoáng hốc mũi: rửa mũi bằng natriclorid 0,9%, hút dịch mũi, xì nhẹ từng bên mũi.

- Rỏ mũi bằng các thuốc gây co mạch: ephedrin1-3%, naphtazolin 0,5-1% (không dùng cho trẻ sơ sinh), trong trường hợp này có thể thay thế bằng adrenalin 0,1% pha loãng.

- Xông hơi: hơi nước ấm có pha tinh dầu.

- Khí dung: kháng sinh, corticoid, thuốc co mạch.

2. Điều trị nguyên nhân

- Nội khoa: điều trị các nguyên nhân do viêm nhiễm mũi xoang, mũi họng:

+ Thuốc hạ nhiệt sử dụng khi có sốt cao, kéo dài.

+ Sử dụng kháng sinh chống nhiễm khuẩn và phòng bội nhiễm.

+ Thuốc chống dị ứng trong trường hợp viêm mũi dị ứng.

+ Chống viêm, giảm phù nề: dùng corticoid giảm liều dần hoặc alphachymotrypsin…

+ Nâng cao sức đề kháng của cơ thể: vitamin C, các thuốc tăng sức đề kháng…

- Ngoại khoa:

+ Tiêm các thuốc gây xơ vào cuốn mũi như: tiêm corticoid…

+ Nạo V.A: trong trường hợp viêm quá phát che kín cửa mũi sau.

+ Tạo hình lại các dị hình: sẹo hẹp, tịt lỗ mũi sau, dị hình vách ngăn…

+ Cuốn mũi thoái hóa: có thể đốt bằng điện nhiệt, nitơ lỏng hoặc laser… Khi cần thiết có thể cắt cuốn mũi hoặc đốt cuốn mũi qua nội soi mũi.

+ Lấy bỏ dị vật hốc mũi và phẫu thuật lấy bỏ các khối u và polyp (bằng phẫu thuật kinh điển hoặc nội soi).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng*, ban hành kèm theo Quyết định số 5643/QĐ-BYT.

VIÊM MŨI HỌNG CẤP TÍNH

MÃ ICD 10: J00

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm mũi họng cấp tính là viêm cấp tính niêm mạc vùng mũi và họng, thường kết hợp với viêm amidan, VA, ... Bệnh thường gặp vào mùa lạnh, khi thời tiết thay đổi, khởi đầu là một viêm nhiễm virus, dưới tác dụng của độc tố sức đề kháng giảm sút, là điều kiện cho bội nhiễm vi trùng, thường là vi trùng nằm vùng có sẵn trong mũi họng như liên cầu, phế cầu đặc biệt là liên cầu bê-ta tan huyết nhóm A, có thể lây lan trong cộng đồng từ nước bọt, nước mũi do khi nói, khi ho hay hắt hơi…

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Lâm sàng

- Triệu chứng toàn thân: có thể chỉ sốt vừa 38-39^{o}C nhưng cũng có khi sốt cao 40^{o}C ở trẻ em, ớn lạnh, nhức đầu, đau mình mẩy, mệt mỏi, chán ăn, không làm việc được…

- Triệu chứng cơ năng: nuốt đau, đau nhói lan lên tai, ho kích thích, lúc đầu ho khan, sau ho có đờm, thường có ngạt mũi, chảy mũi nước, lúc đầu trong nhầy, sau đục. Tiếng nói mất trong hay khàn nhẹ…

- Triệu chứng thực thể: niêm mạc họng đỏ rực, xuất tiết, trẻ em, hay bệnh nhân trẻ tuổi hai amiđan sưng to, sung huyết, hay có những chấm mủ trắng, bựa trắng phủ trên bề mặt amiđan. Niêm mạc mũi sung huyết, xuất tiết nhầy, có thể có sưng hạch góc hàm, ấn đau nhẹ…

1.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm: công thức máu cơ bản, CRP nếu nghi ngờ nhiễm trùng.

- Làm phản ứng ASLO tìm kháng thể trong nhiễm liên cầu bê-ta.

- Cấy bệnh phẩm xác định vi trùng và làm kháng sinh đồ cho những trường hợp nặng.

2. Chẩn đoán phân biệt

Cần xác định nguyên nhân chính gây nên viêm mũi họng:

- Dị vật gây viêm mũi cấp.

- Do vi rút như sởi, thủy đậu, cảm cúm.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Kháng sinh.

- Hạ sốt giảm đau.

- Giảm viêm.

- Điều trị kháng sinh theo đúng kháng sinh đồ.

- Chế độ ăn uống và sinh tố nâng cao thể trạng.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Kháng sinh

- Peniciline V uống 50-100 UI/kg cho trẻ, 3 triệu UI cho người lớn, chia 3 lần trong ngày kéo dài trong 10 ngày.

- Peniciline chậm loại Benzathin-Peniciline G liều 600.000UI cho trẻ < 30kg 1,2 triệu UI cho trẻ > 30kg và 2,4 triệu UI cho người lớn.

- Cephalosporine thế hệ 1, hoặc Peniciline A (amoxicilline) trong 10 ngày.

- Trường hợp bệnh nhân dị ứng với Peniciline thì có thể thay thế nhóm Macrolide trong 5-7 ngày.

- Tốt nhất là điều trị theo kháng sinh đồ nếu có kết quả xét nghiệm sớm, phải thay đổi thuốc kịp thời.

2.2. Hạ sốt, giảm đau, kháng viêm

Paracetamol, alphachymotrypsine, …

2.3. Chế độ dinh dưỡng, sinh tố

Chế độ dinh dưỡng tốt, nhiều chất, dễ tiêu hóa, giàu năng lượng, đặc biệt cung cấp các loại trái cây, nhiều vitamine C, B1.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng*, ban hành kèm theo Quyết định số 5643/QĐ-BYT.

VIÊM AMIDAN CẤP VÀ MẠN TÍNH

MÃ ICD 10: B00.2

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm amiđan cấp tính là viêm sung huyết và xuất tiết của amiđan khẩu cái, thường gặp ở trẻ ở lứa tuổi học đường 5-15 tuổi, do vi khuẩn hoặc virus gây nên.

Viêm amiđan mạn tính là hiện tượng viêm thường xuyên, viêm đi viêm lại nhiều lần của amiđan khẩu cái. Tùy theo mức độ viêm nhiễm và phản ứng của cơ thể, amiđan viêm có thể phát triển to lên (viêm quá phát) thường gặp ở trẻ em hay người trẻ tuổi, hoặc amiđan có thể nhỏ lại (viêm xơ teo).

II. NGUYÊN NHÂN

- Các tác nhân gây viêm amiđan:

+ Vi khuẩn: liên cầu β tan huyết nhóm A, *S. pneu hemophilus*, tụ cầu, liên cầu, xoắn khuẩn, các chủng ái khí và yếm khí;

+ Virus: cúm, sởi, ho gà...

- Có nhiều nguyên nhân thuận lợi gây viêm amiđan:

+ Thời tiết thay đổi đột ngột (bị lạnh đột ngột khi mưa, độ ẩm cao...).

+ Ô nhiễm môi trường do bụi, khí, điều kiện sinh hoạt thấp, vệ sinh kém.

+ Sức đề kháng kém, cơ địa dị ứng.

- Có các ổ viêm nhiễm ở họng, miệng: như sâu răng, viêm lợi, viêm V.A, viêm xoang.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Lâm sàng

1.1.1. Viêm amiđan cấp tính

- Toàn thân: sốt 38-39^{o}, mệt mỏi, đau đầu, chán ăn, …

- Cơ năng: khô, rát, nóng ở trong họng, đau họng, đau nhói lên tai, đau tăng lên rõ rệt khi nuốt, khi ho.

- Thực thể:

+ Lưỡi trắng, miệng khô, niêm mạc họng đỏ.

+ Amiđan sưng to và đỏ, có khi mưng mủ.

+ Tổ chức lympho ở thành sau họng có khi to và đỏ.

1.1.2. Viêm amiđan mạn tính

- Toàn thân: triệu chứng nghèo nàn.

- Cơ năng: nuốt vướng, nuốt đau ở họng, thỉnh thoảng có ho và khàn tiếng, trẻ em có thở khò khè, ngủ ngáy to.

- Thực thể:

+ Trên bề mặt amiđan có nhiều khe và hốc chứa đầy chất bã đậu và thường có mủ màu trắng.

+ Thể quá phát*:* amiđan to như hai hạt hạnh nhân ở hai bên thành họng lấn vào làm hẹp khoang họng, trụ trước đỏ, thường gặp ở trẻ em.

+ Thể xơ teo: thường gặp ở người lớn, amiđan nhỏ, mặt gồ ghề, lỗ chỗ hoặc chằng chịt xơ trắng biểu hiện bị viêm nhiễm nhiều lần. Màu đỏ sẫm, trụ trước đỏ, trụ sau dầy. Amiđan mất vẻ mềm mại bình thường, ấn vào amiđan có thể thấy phòi mủ hôi ở các hốc.

1.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm:

+ Công thức máu: số lượng bạch cầu tăng cao trên 10G/L, nhiều bạch cầu đa nhân trung tính trong thể viêm do vi khuẩn.

+ CRP tăng trong thể viêm cấp do vi khuẩn.

+ Cấy bệnh phẩm xác định vi khuẩn và làm kháng sinh đồ trong những trường hợp nặng hoặc có biến chứng.

+ Các xét nghiệm khác theo tình trạng lâm sàng.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Lao amiđan: có hội chứng nhiễm độc lao, xét nghiệm lao loại trừ.

- Giang mai thời kỳ hai: niêm mạc họng đỏ, với những vết trợt niêm mạc ở amiđan, màn hầu, xét nghiệm giang mai loại trừ.

- Ung thư amiđan: thường một bên amiđan to, xù xì, có thể loét hoặc không, mật độ cứng chắc, hay có hạch cổ to cùng bên. Cần sinh thiết để loại trừ.

- Thể lâm sàng: viêm A do liên cầu β tan huyết nhóm A.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Đối với viêm amiđan cấp tính chủ yếu là điều trị triệu chứng, nâng cao thể trạng, chỉ dùng kháng sinh khi nghi ngờ nhiễm khuẩn hoặc đe dọa biến chứng.

- Viêm amiđan mạn tính, vấn đề điều trị chủ yếu là cân nhắc chỉ định phẫu thuật cắt amiđan.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Viêm amiđan cấp tính

- Nghỉ ngơi, ăn nhẹ, uống nước nhiều.

- Giảm đau, hạ sốt: paracetamol…

- Kháng sinh: trong trường hợp nhiễm khuẩn dùng nhóm β lactam, nếu dị ứng thì dùng nhóm macrolid.

- Nhỏ mũi bằng thuốc sát trùng nhẹ.

- Súc miệng bằng các dung dịch kiềm ấm: bicarbonat natri, borat natri… (nửa thìa cà phê trong một cốc nước ấm).

- Nâng đỡ cơ thể: yếu tố vi lượng, sinh tố, calci...

2.2. Viêm amiđan mạn tính

Phẫu thuật cắt amiđan.

Chỉ định:

- Amiđan viêm mạn tính nhiều lần (thường là 5-6 lần trong một năm).

- Amiđan viêm mạn tính gây biến chứng viêm tấy, áp xe quanh amiđan.

- Amiđan viêm mạn tính gây biến chứng viêm mũi, viêm xoang, viêm tai giữa, viêm phế quản, viêm phổi, viêm tấy hạch dưới hàm hoặc thành bên họng…

- Amiđan viêm mạn tính gây biến chứng xa: viêm màng trong tim, viêm cầu thận, viêm khớp, rối loạn tiêu hóa kéo dài, nhiễm khuẩn huyết.

- Amiđan viêm mạn tính quá phát gây khó thở (hội chứng ngạt thở khi ngủ - hội chứng Pickwick sleep), khó nuốt, giọng nói như miệng ngậm một vật gì (khó nói).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng*, ban hành kèm theo Quyết định số 5643/QĐ-BYT.

VIÊM HỌNG CẤP TÍNH

MÃ ICD 10: J02

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm họng cấp tính là viêm cấp tính của niêm mạc họng miệng kết hợp chủ yếu với viêm amiđan (A) khẩu cái, một số ít trường hợp kết hợp với viêm amiđan đáy lưỡi.

Là bệnh rất thường gặp ở cả người lớn lẫn trẻ em, nhất là vào mùa đông khi thời tiết thay đổi. Bệnh có thể xuất hiện riêng biệt hoặc đồng thời với viêm VA, viêm amiđan, viêm mũi, viêm xoang v.v... hoặc trong các bệnh nhiễm khuẩn lây của đường hô hấp trên như cúm, sởi...

Tác nhân: virus là chủ yếu (*Adénovirus,* virus cúm, virus *para- influenzae, virus Coxsakie, virus Herpès*, virus *Zona, EBV...)*, do vi khuẩn (liên cầu tan huyết nhóm A, *Haemophilus influenzae*, tụ cầu vàng, *Moraxella catarrhalis,* vi khuẩn kỵ khí).

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Triệu chứng toàn thân

Sốt vừa 38-39^{o}C hoặc sốt cao, ớn lạnh, nhức đầu, đau mình mẩy, mệt mỏi, kém ăn. Phản ứng hạch góc hàm di động, ấn đau.

1.2. Triệu chứng cơ năng

- Đau họng nhất là khi nuốt, kể cả khi nuốt chất lỏng. Khi nuốt, ho, nói thì đau nhói lên tai.

- Có thể ho từng cơn, ho khan hoặc ho có đờm nhầy.

1.3. Triệu chứng thực thể

- Toàn bộ niêm mạc họng đỏ, xuất tiết. Tổ chức bạch huyết ở thành sau họng đỏ mọng và có những mao mạch nổi rõ.

- Hai amiđan khẩu cái cũng sưng to đỏ, có khi có những chấm mủ trắng hoặc lớp bựa trắng (như bựa cháo trắng) phủ trên bề mặt amiđan.

- Trụ trước và trụ sau đỏ.

- Có hạch góc hàm sưng nhẹ và hơi đau.

1.4. Cận lâm sàng

Xét nghiệm công thức máu: Giai đoạn đầu bạch cầu trong máu không tăng, nhưng nếu có bội nhiễm thì bạch cầu đa nhân trung tính tăng cao.

Phết dịch họng nuôi cấy vi khuẩn: để định loại được nguyên nhân gây bệnh.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Dị vật đường ăn: đau nhói họng đột ngột trong khi ăn, soi họng thấy dị vật.

- Viêm niêm mạc miệng: niêm mạc miệng đỏ, có thể thấy vết trợt, loét ở bên má, lưỡi.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

Mọi trường hợp viêm họng đỏ cấp đơn thuần ở bệnh nhân trên 3 tuổi đều phải được điều trị như một viêm họng đỏ cấp do liên cầu khi không có xét nghiệm định loại virus hoặc vi khuẩn.

- Kháng sinh nhóm beta lactam hoặc các nhóm khác.
- Điều trị triệu chứng: giảm viêm, giảm đau, hạ sốt.
- Điều trị tại chỗ: bôi họng, xúc họng, khí dung họng.
- Xác định nguyên nhân để điều trị.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị toàn thân

- Hạ sốt, giảm đau: paracetamol, aspirin...
- Kháng sinh: amoxicilin, cephalexin, erythromycin, clarithromycin, azithromycin, …
- Kháng viêm: alpha chymotrypsin, prednisolon 5mg.

2.2. Điều trị tại chỗ

- Xông họng: kháng sinh + giảm viêm
- Xúc họng: BBM ngày 3-4 lần.

2.3. Nâng đỡ cơ thể

Bổ sung các yếu tố vi lượng, sinh tố, vitamin...

Chú ý: Khi viêm họng đỏ cấp thể nặng hoặc đã có biến chứng cần nhập viện điều trị kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng*, ban hành kèm theo Quyết định số 5643/QĐ-BYT.

VIÊM THANH QUẢN CẤP TÍNH

MÃ ICD 10: J04.0

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm thanh quản cấp tính (VTQ cấp) là tình trạng viêm niêm mạc của thanh quản kéo dài dưới 3 tuần. VTQ cấp có rất nhiều nguyên nhân và biểu hiện lâm sàng cũng rất khác nhau, tùy theo nguyên nhân, và lứa tuổi bệnh được phân loại: VTQ cấp ở trẻ em, VTQ cấp ở người lớn nhưng thường hay gặp ở trẻ em nhiều hơn.

Tác nhân gây bệnh: virus (*Influenzae* (cúm), APC...), vi khuẩn (*S. pneumoniae* (phế cầu), *Hemophilus influenza*, trực khuẩn bạch hầu).

Điều kiện thuận lợi: sau một viêm đường hô hấp (bệnh mũi xoang, bệnh phổi, bệnh họng amiđan, VA ở trẻ em); sử dụng giọng gắng sức (nói nhiều, hét, hát to…); sặc các chất kích thích: bia, rượu…; trào ngược họng, thanh quản; dị ứng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Triệu chứng toàn thân: có thể sốt hoặc chỉ gai sốt hoặc ớn lạnh, mệt mỏi …

- Triệu chứng cơ năng: khàn tiếng, khóc khàn ở trẻ em, ho khan có thể có đờm nhày, ở người lớn không có khó thở, ở trẻ em có thể có khó thở thanh quản nhất là trong viêm thanh quản phù nề hạ thanh môn.

- Triệu chứng thực thể:

+ Khám họng: niêm mạc họng đỏ, amiđan có thể sưng.

+ Khám thanh quản bằng gương soi gián tiếp hoặc nội soi thanh quản thấy:

• Niêm mạc phù nề, đỏ ở vùng thanh môn, tiền đình thanh quản.

• Dây thanh sung huyết đỏ, phù nề, khép không kín khi phát âm, có xuất tiết nhày ở mép trước dây thanh.

2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm: công thức máu (có thể bạch cầu tăng), CRP tăng nếu nhiễm khuẩn.

- Chụp X-quang tim phổi để loại trừ bệnh phế quản phổi kèm theo.

3. Chẩn đoán xác định

- Tiền sử phơi nhiễm với các nguyên nhân.

- Khàn tiếng hoặc khóc khàn, ho khan đột ngột.

- Khám họng thanh quản: niêm mạc họng, thanh quản và dây thanh sung huyết đỏ.

4. Chẩn đoán phân biệt

Dị vật thanh quản: tiền sử hội chứng xâm nhập. Soi thanh khí phế quản để chẩn đoán xác định và lấy dị vật.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

1.1. Viêm thanh quản không có khó thở

- Quan trọng nhất là kiêng nói, tránh lạnh.
- Nội khoa: thuốc kháng sinh, giảm viêm, kháng histamin H_1, tiêu đờm, giảm ho…
- Điều trị tại chỗ bằng các thuốc giảm viêm nhóm corticoid, men tiêu viêm, tinh dầu…
- Nâng cao sức đề kháng, bổ sung dinh dưỡng, điện giải.

1.2. Viêm thanh quản có khó thở

- Khó thở thanh quản độ I: điều trị nội khoa.
- Khó thở thanh quản độ II: mở khí quản cấp cứu.
- Khó thở thanh quản độ III: mở khí quản cấp cứu kết hợp hồi sức tích cực.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Kháng sinh

- Nhóm beta lactam: amoxicilin, cephalexin, các cephalosporin thế hệ 1,2 như: cefadroxyl, cefaclor, cefuroxime, các thuốc kháng men betalactamse: acid clavulanic, sulbactam…
- Nhóm macrolide: azithromycin, roxithromycin, clarithromycin…

2.2. Kháng viêm

- Chống viêm steroid: prednisolon, methylprednisolon, dexamethasone…
- Chống viêm dạng men: alpha chymotrypsin, lysozym…

2.3. Điều trị tại chỗ

- Khí dung, bơm thuốc thanh quản bằng các hỗn dịch kháng viêm corticoid (hydrococtison, dexamethason…), kháng viêm dạng men (alpha chymotrypsin…), kháng sinh (gentamycin…).
- Xúc họng bằng các dung dịch sát khuẩn, giảm viêm tại chỗ: BBM…

2.4. Hạ sốt, giảm đau

Truyền dịch, paracetamol, aspirin...

2.5. Nâng đỡ cơ thể

Bổ sung yếu tố vi lượng, sinh tố, vitamin, dinh dưỡng...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng*, ban hành kèm theo Quyết định số 5643/QĐ-BYT.

PHẦN IX: RĂNG HÀM MẶT

RĂNG KHÔN MỌC LỆCH

MÃ ICD 10: K01

I. ĐẠI CƯƠNG

Là tình trạng mọc bất thường về trục, hướng và vị trí của răng khôn, làm cho răng không có chức năng ăn nhai và có thể gây biến chứng.

Nguyên nhân: thiếu khoảng trên xương hàm do sự bất tương xứng về kích thước giữa răng và xương hàm; có yếu tố cản trở răng mọc ở vị trí đúng: lợi xơ, u xương hàm….

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Răng lệch trục

+ Răng khôn hàm dưới thường có trục lệch gần hoặc lệch má ở các mức độ khác nhau.

+ Răng khôn hàm trên thường lệch phía ngoài.

- Răng có thể bị kẹt bởi cổ răng hàm lớn thứ hai, mặt nhai răng khôn có thể không chạm mặt phẳng cắn.

- Các dấu hiệu tổn thương răng kế cận: thường có tổn thương sâu cổ răng ở mặt xa răng hàm lớn thứ hai.

- Khi có biến chứng viêm quanh thân răng hoặc các viêm nhiễm khác thì có các biểu hiện:

+ Đau tự nhiên, khá dữ dội vùng góc hàm.

+ Có thể có sốt.

+ Bệnh nhân khó há miệng nhẹ, ăn nhai đau….

+ Vùng sau răng 7 lợi nề đỏ có thể lan ra trụ trước amidan và ngách tiền đình, có thể có viêm loét ở niêm mạc vùng lân cận.

+ Lợi ấn đau, chảy mủ.

+ Có thể thấy một hoặc hai núm răng lộ ra khỏi lợi, bờ lợi có thể loét nhẹ.

+ Có hạch dưới hàm.

2. Cận lâm sàng

Phim X-quang:

- Có hình ảnh răng mọc lệch trục, hướng và vị trí.

- Có thể có hình ảnh tổn thương mất mô cứng mặt xa răng hàm lớn thứ hai.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Khi đã xác định được răng khôn hàm dưới mọc lệch thì nên nhổ bỏ càng sớm càng tốt để không làm mất xương phía xa răng hàm lớn thứ hai.

- Lấy được răng khôn ra khỏi huyệt ổ răng mà không làm tổn thương răng kế cận. Trường hợp cần thiết, phải cắt thân răng hoặc phối hợp với chia tách chân răng.

- Trong một số trường hợp phải tạo vạt niêm mạc và mở xương để lấy răng.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Răng khôn lệch không có biến chứng

- Vô cảm.

- Tạo vạt nếu cần.

- Mở xương bộc lộ răng nếu cần.

- Cắt thân răng, và chia cắt chân răng nếu cần.

- Lấy răng ra khỏi huyệt ổ răng bằng dụng cụ thích hợp.

- Kiểm soát huyệt ổ răng.

- Khâu phục hồi niêm mạc hoặc cắn gạc cầm máu.

- Cho thuốc kháng sinh, chống viêm, giảm đau.

2.2. Răng khôn lệch đã có biến chứng

- Điều trị biến chứng viêm quanh thân răng cấp hoặc nhiễm trùng khác:

+ Kháng sinh toàn thân.

+ Bơm rửa túi quanh răng và chăm sóc tại chỗ khác….

- Sau khi hết giai đoạn nhiễm trùng cấp tính thì điều trị nhổ răng khôn lệch theo các bước đã trình bày ở mục 2.1.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về răng hàm mặt,* ban hành kèm theo Quyết định số 3108/QĐ-BYT.

NANG THÂN RĂNG

MÃ ICD 10: K09.2

I. ĐẠI CƯƠNG

Nang thân răng là nang trong xương hàm, liên quan tới thân răng của răng ngầm hoặc răng thừa ngầm, nang bao bọc một phần hay toàn bộ thân răng. Lòng nang chứa dịch màu vàng chanh hoặc trắng đục do nhiễm khuẩn.

Nguyên nhân có thể do rối loạn trong quá trình phát triển và hình thành răng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Lâm sàng

Khi nang có kích thước nhỏ thường không có biểu hiện lâm sàng, được phát hiện tình cờ khi bệnh nhân được chụp X-quang vì thiếu răng vĩnh viễn, răng sữa không rụng, răng kế cận nghiêng, xoay trục hoặc khi tiến hành các nhu cầu điều trị khác như phục hình, chỉnh nha.

Khi nang có kích thước lớn hơn có thể có các biểu hiện dưới đây:

- Phồng xương gây biến dạng mặt mà không đau nhức.
- Lung lay răng kế cận với vị trí răng chưa mọc.
- Răng sữa tương ứng vẫn còn trên cung răng.
- Trong trường hợp nang thân răng ở xương hàm dưới có thể gây tê môi dưới do nang to chèn vào ống răng dưới.
- Niêm mạc trên chỗ phồng xương hoàn toàn bình thường, trường hợp nang to gây phồng xương nhiều, niêm mạc có thể bị loét do sang chấn khi ăn nhai.
- Nang to phá hủy xương rộng gây xô lệch và lung lay các răng lân cận.
- Trường hợp nang bội nhiễm thì có biểu hiện sưng đau chỗ phồng xương.

1.2. Cận lâm sàng

X-quang

- Có hình ảnh nang trong xương hàm liên quan tới răng ngầm. Thân răng ngầm nằm trong lòng nang.
- Có biểu hiện thiếu răng trên cung răng.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Nang chân răng: phân biệt dựa vào các dấu hiệu dưới đây:

+ Có răng nguyên nhân tủy chết.

+ Nang liên quan tới cuống răng.

+ Không có biểu hiện thiếu răng trên cung răng.

- U men thể nang: phân biệt dựa vào các biểu hiện dưới đây:

+ Có biểu hiện tiêu chân răng các răng liên quan.

+ Kết quả giải phẫu bệnh lý.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Phẫu thuật lấy bỏ toàn bộ nang và răng ngầm.

2. Điều trị cụ thể

2.1 Phẫu thuật lấy bỏ nang và răng ngầm

- Chỉ định: nang có kích thước từ nhỏ đến trung bình.

- Kỹ thuật

+ Vô cảm.

+ Rạch niêm mạc, bóc tách bộc lộ xương.

+ Mở xương, bộc lộ nang.

+ Lấy nang và răng ngầm.

+ Kiểm soát vùng phẫu thuật.

+ Khâu đóng niêm mạc.

2.2. Phẫu thuật mở thông nang

- Chỉ định: Nang kích thước lớn phá hủy xương nhiều.

- Kỹ thuật

+ Vô cảm.

+ Rạch niêm mạc, bóc tách bộc lộ xương.

+ Mở xương, bộc lộ nang.

+ Cắt bỏ một phần vỏ nang.

+ Khâu lộn niêm mạc vỏ nang và mở thông lòng nang ra khoang miệng.

+ Kháng sinh.

+ Sau 1 tuần, làm máng bịt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về răng hàm mặt,* ban hành kèm theo Quyết định số 3108/QĐ-BYT.

NANG NHÁI SÀN MIỆNG

MÃ ICD 10: K11.6

I. ĐẠI CƯƠNG

Nang nhái sàn miệng là nang nhầy, khu trú ở sàn miệng. Lòng nang chứa dịch nhầy có nguồn gốc từ tuyến nước bọt dưới lưỡi, hoặc tuyến dưới hàm, hoặc tuyến nước bọt phụ ở sàn miệng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Có khối phồng ở sàn miệng, kích thước thường khoảng 1-3cm hoặc lớn hơn.
- Bề mặt khối phồng có màu tím nhạt giống bụng nhái, ranh giới rõ.
- Niêm mạc mỏng căng, có thể tự vỡ ra dịch nhày trong như lòng trắng trứng có albumin và mucin, dễ nhiễm khuẩn, hay tái phát.
- Nang phát triển từ từ, trường hợp to có thể lấn qua đường giữa, đẩy lệch lưỡi, ảnh hưởng chức năng.
- Thể lâm sàng hiếm gặp là nang nhái ở cổ, xảy ra khi nang xuyên qua cơ hàm móng và biểu hiện thành khối phồng ở vùng cổ.

2. Cận lâm sàng

- X-quang thường quy: không có dấu hiệu đặc trưng.
- Cộng hưởng từ (MRI): thấy khối giảm âm và giảm tỷ trọng ranh giới rõ.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Phẫu thuật cắt bỏ nang.

2. Điều trị cụ thể

Tùy từng trường hợp cụ thể mà có thể áp dụng một trong ba biện pháp điều trị dưới đây:

2.1. Phẫu thuật c t bỏ nang

- Chỉ định: nang có kích thước nhỏ, không liên quan tới tuyến nước bọt dưới lưỡi.
- Kỹ thuật:

+ Gây tê tại chỗ.

+ Rạch niêm mạc bộc lộ nang.

+ Tách bóc vỏ nang ra khỏi mô xung quanh và lấy toàn bộ nang.

+ Khâu đóng niêm mạc.

+ Kháng sinh.

2.2. Phẫu thuật c t bỏ nang và tuyến nước bọt dưới lưỡi

- Chỉ định: nang có kích thước vừa phải và liên quan với tuyến nước bọt dưới lưỡi.

- Kỹ thuật:

+ Phẫu thuật lấy bỏ nang.

+ Phẫu thuật lấy bỏ tuyến nước bọt dưới lưỡi.

+ Kháng sinh.

2.3. Phẫu thuật mở thông nang

- Chỉ định

+ Nang có kích thước lớn gây chèn ép và ảnh hưởng đến chức năng.

+ Nang có kích thước lớn và tình trạng toàn thân của bệnh nhân không cho phép phẫu thuật kéo dài.

- Kỹ thuật:

+ Gây tê tại chỗ.

+ Rạch niêm mạc trên nang theo hình múi cam.

+ Tách bóc lấy bỏ phần niêm mạc miệng hình múi cam giữa hai đường rạch.

+ Rạch vỏ nang.

+ Khâu nối từng bên mép vỏ nang với mép niêm mạc sàn miệng, để thông lòng nang ra khoang miệng.

+ Kháng sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về răng hàm mặt,* ban hành kèm theo Quyết định số 3108/QĐ-BYT.

ÁP XE VÙNG CƠ CẮN

MÃ ICD 10 : K12.2; K04.6; K04.7

I. ĐẠI CƯƠNG

Là áp xe khu trú ở vùng cơ cắn, nguyên nhân thường do răng. Nguyên nhân: do răng (viêm quanh cuống răng, viêm quanh răng, biến chứng răng khôn); do chấn thương; do nhiễm trùng các vùng lân cận; …

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Lâm sàng

1.1.1. Toàn thân

Có biểu hiện nhiễm trùng: sốt cao, mạch nhanh, hơi thở hôi….

1.1.2. Tại chỗ

- Ngoài miệng

+ Vùng cơ cắn có 1 khối sưng lớn, da trên khối sưng nóng đỏ hoặc tím, căng, nề, có thể thâm nhiễm lan rộng lên trên đến mi mắt dưới hoặc hố thái dương, ra sau tới vùng mang tai, xuống dưới tới vùng dưới hàm. Các rãnh tự nhiên trên mặt bị xóa.

+ Nếu khối áp xe ở vị trí nông, nằm trên cơ cắn có thể sờ thấy dấu hiệu chuyển sóng.

+ Bệnh nhân đau dữ dội khi sờ vào.

- Trong miệng

+ Bệnh nhân có khít hàm dữ dội, thường chỉ há được tối đa 0,5cm.

+ Niêm mạc ngách tiền đình nề, xung huyết dọc theo bờ trước cành lên xương hàm dưới.

+ Răng nguyên nhân: có biểu hiện bệnh lý của răng nguyên nhân.

1.2. Cận lâm sàng

- X-quang thường quy: có biểu hiện tổn thương răng nguyên nhân.

- CT Scanner: có khối thấu quanh ranh giới rõ ở vùng cơ cắn.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Áp xe vùng má.

- Áp xe vùng mang tai.

- Viêm xương vùng góc hàm hoặc cành lên xương hàm dưới.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Dẫn lưu mủ và điều trị răng nguyên nhân.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị toàn thân

Kháng sinh và nâng cao thể trạng.

2.2. Điều trị tại chỗ

Rạch dẫn lưu mủ có thể theo đường trong miệng hoặc ngoài mặt.

2.2.1. Đường trong miệng

- Chỉ định: khi áp xe tiến triển ra dưới niêm mạc bờ trước cành lên xương hàm dưới.

- Kỹ thuật

+ Vô cảm.

+ Rạch niêm mạc ở chỗ thấp nhất và phồng nhất của ổ áp xe.

+ Bộc lộ ổ áp xe và dẫn lưu mủ.

+ Bơm rửa.

+ Đặt dẫn lưu.

+ Điều trị răng nguyên nhân: thường là nhổ răng nguyên nhân.

2.2.2. Đường ngoài mặt

- Chỉ định: khi áp xe tiến triển ra phía da hoặc vào sâu phía trong cơ cắn (lan lên trên hoặc ra phía sau xương hàm dưới).

- Kỹ thuật

+ Vô cảm.

+ Rạch da vùng dưới hàm, cong theo đường bờ nền.

+ Bóc tách da và mô dưới da.

+ Dùng kẹp Kocher thâm nhập vào vùng áp xe để dẫn lưu mủ.

+ Bơm rửa.

+ Đặt dẫn lưu.

+ Điều trị răng nguyên nhân: thường là nhổ răng nguyên nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về răng hàm mặt,* ban hành kèm theo Quyết định số 3108/QĐ-BYT.

ÁP XE MÁ

MÃ ICD 10: K12.2

I. ĐẠI CƯƠNG

Là áp xe khu trú ở vùng má, nguyên nhân thường do răng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Lâm sàng

1.1.1. Toàn thân

Có biểu hiện nhiễm trùng: sốt cao, mạch nhanh, hơi thở hôi….

1.1.2. Tại chỗ

- Ngoài miệng:

+ Vùng má có 1 khối sưng lớn, da trên khối sưng nóng đỏ hoặc tím, căng, nề, có thể thâm nhiễm lan rộng lên trên đến mi mắt dưới hoặc hố thái dương, ra sau tới vùng cơ cắn hoặc mang tai, xuống dưới tới vùng dưới hàm. Các rãnh tự nhiên trên mặt bị xóa.

+ Giai đoạn đầu khối có mật độ cứng, về sau ấn lõm hoặc có dấu hiệu chuyển sóng. Bệnh nhân đau dữ dội khi sờ vào.

- Trong miệng:

+ Không có dấu hiệu khít hàm.

+ Niêm mạc má căng phồng, đầy ngách tiền đình, niêm mạc in dấu răng và có nhiều cặn tơ huyết hoặc giả mạc.

+ Khi ấn tay vào khối sưng trong miệng thấy mềm, lún, chuyển sóng.

+ Răng nguyên nhân: có biểu hiện bệnh lý của răng nguyên nhân.

1.2. Cận lâm sàng

- X-quang thường quy: có biểu hiện tổn thương răng nguyên nhân.

- CT Scanner: có khối thấu quanh ranh giới rõ ở vùng má.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Áp xe vùng cơ cắn.

- Áp xe vùng mang tai.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Dẫn lưu mủ và điều trị răng nguyên nhân.

2. Điều trị cụ thể

2.1 Điều trị toàn thân

Kháng sinh và nâng cao thể trạng.

2.2. Điều trị tại chỗ

2.2.1. Đường trong miệng

- Chỉ định: khi áp xe tiến triển về phía niêm mạc miệng.
- Kỹ thuật

+ Vô cảm.

+ Rạch niêm mạc ở chỗ thấp nhất và phồng nhất của ổ áp xe.

+ Bộc lộ ổ áp xe và dẫn lưu mủ.

+ Bơm rửa.

+ Đặt dẫn lưu.

+ Điều trị răng nguyên nhân.

2.2.2. Đường ngoài mặt

- Chỉ định: khi áp xe tiến triển về phía dưới da vùng má.
- Kỹ thuật

+ Vô cảm.

+ Rạch da vùng dưới hàm.

+ Bóc tách da và mô dưới da.

+ Dùng kẹp Korche thâm nhập vào vùng áp xe để dẫn lưu mủ.

+ Bơm rửa.

+ Đặt dẫn lưu.

+ Điều trị răng nguyên nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về răng hàm mặt,* ban hành kèm theo Quyết định số 3108/QĐ-BYT.

ÁP XE VÙNG DƯỚI HÀM

MÃ ICD 10: K12.2

I. ĐẠI CƯƠNG

Là áp xe khu trú ở vùng dưới hàm, nguyên nhân thường do răng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Lâm sàng

1.1.1. Toàn thân

Có biểu hiện nhiễm trùng: sốt cao, mạch nhanh, hơi thở hôi, ...

1.1.2. Tại chỗ

- Ngoài miệng

+ Vùng dưới hàm có 1 khối sưng lớn, da trên khối sưng nóng đỏ hoặc tím, căng, nề, có thể thâm nhiễm lan rộng lên trên phần thấp của má, phía trước lan đến vùng dưới cằm, phía sau lan đến vùng cổ bên, phía dưới lan xuống xương móng. Lồi bờ nền xương hàm dưới bị xóa.

+ Giai đoạn đầu khối có mật độ cứng, về sau ấn lõm hoặc có dấu hiệu chuyển sóng. Bệnh nhân đau dữ dội khi sờ vào.

- Trong miệng

+ Dấu hiệu khít hàm dữ dội.

+ Sung huyết, nề niêm mạc ngách tiền đình răng nguyên nhân.

+ Rãnh bên lưỡi, vùng xa của sàn miệng sưng nề, sung huyết.

+ Khi ấn tay vào khối sưng ở phía sau sàn miệng, mặt trong xương hàm thấy mềm, lún, chuyển sóng.

+ Trụ trước amidan sung huyết, phần trước của sàn miệng bình thường.

+ Răng nguyên nhân: có biểu hiện bệnh lý của răng nguyên nhân.

1.2. Cận lâm sàng

- X-quang thường quy: có thể có hình ảnh tổn thương răng nguyên nhân.

- CT Scanner: có khối thấu quang ranh giới rõ ở vùng dưới hàm.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Áp xe tuyến dưới hàm.

- Viêm hạch mủ dưới hàm.

- Áp xe tuyến dưới lưỡi.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Dẫn lưu mủ và điều trị răng nguyên nhân.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị toàn thân

Kháng sinh và nâng cao thể trạng.

2.2. Điều trị tại chỗ

- Rạch dẫn lưu mủ theo đường ngoài mặt.
- Kỹ thuật:

+ Vô cảm.

+ Rạch da vùng dưới hàm.

+ Bóc tách da và mô dưới da.

+ Dùng kẹp Kocher thâm nhập vào vùng áp xe để dẫn lưu mủ.

+ Bơm rửa.

+ Đặt dẫn lưu.

+ Điều trị răng nguyên nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về răng hàm mặt,* ban hành kèm theo Quyết định số 3108/QĐ-BYT.

ÁP XE VÙNG SÀN MIỆNG

MÃ ICD 10: K12.2

I. ĐẠI CƯƠNG

Là áp xe khu trú ở vùng sàn miệng, nguyên nhân thường do răng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Lâm sàng

1.1.1. Toàn thân

Có biểu hiện nhiễm trùng: sốt cao, mạch nhanh, hơi thở hôi, …

1.1.2. Tại chỗ

- Ngoài miệng: có thể sưng nề vùng dưới cằm, phần trước vùng dưới hàm, da trên khối sưng nóng đỏ hoặc tím, căng, nề.

- Trong miệng

+ Có biểu hiện há miệng hạn chế.

+ Sưng nề sàn miệng bên răng nguyên nhân, lưỡi bị đẩy lệch về bên đối diện.

+ Niêm mạc sàn miệng đỏ sung huyết, có phủ màng giả trắng, không dính.

+ Mào dưới lưỡi sưng gồ như "mào gà", sờ thấy có một gờ chắc, rất đau, dính vào mặt trong xương tương ứng với răng nguyên nhân.

+ Ấn có dấu hiệu mềm lún hay chuyển sóng, khó nuốt, khó nói, khó nhai. Cử động lưỡi khó và đau.

+ Răng nguyên nhân: có biểu hiện bệnh lý của răng nguyên nhân.

1.2. Cận lâm sàng

- X-quang thường quy:

+ Có biểu hiện tổn thương răng nguyên nhân.

+ Có thể thấy hình ảnh sỏi ống tuyến nước bọt dưới hàm.

- CT Scanner: có khối thấu quang ranh giới rõ ở vùng sàn miệng, và có thể thấy hình ảnh sỏi ống tuyến nước bọt dưới hàm.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Áp xe tuyến dưới hàm.

- Áp xe nông quanh hàm trong (dưới lưỡi, dưới niêm mạc).

- Phlegmon sàn miệng.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Dẫn lưu mủ và điều trị răng nguyên nhân.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị toàn thân

Kháng sinh và nâng cao thể trạng.

2.2. Điều trị tại chỗ

Rạch dẫn lưu mủ theo đường trong miệng hoặc ngoài mặt.

2.2.1. Đường trong miệng

- Chỉ định: khi áp xe tiến triển về phía niêm mạc miệng.
- Kỹ thuật

+ Vô cảm.

+ Rạch niêm mạc ở chỗ thấp nhất và phồng nhất của ổ áp xe.

+ Bộc lộ ổ áp xe và dẫn lưu mủ.

+ Bơm rửa.

+ Đặt dẫn lưu.

+ Điều trị răng nguyên nhân.

2.2.2. Đường ngoài mặt

- Kỹ thuật

+ Vô cảm.

+ Rạch da vùng dưới cằm.

+ Bóc tách da và mô dưới da.

+ Dùng kẹp Kocher thâm nhập vào vùng áp xe để dẫn lưu mủ.

+ Bơm rửa.

+ Đặt dẫn lưu.

+ Điều trị răng nguyên nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về răng hàm mặt,* ban hành kèm theo Quyết định số 3108/QĐ-BYT.

VIÊM TẤY LAN TỎA VÙNG HÀM MẶT

MÃ ICD 10: K12

I. ĐẠI CƯƠNG

Là tình trạng viêm mô tế bào hoại tử lan rộng không giới hạn, với các biểu hiện nhiễm trùng, nhiễm độc nặng, diễn biến nhanh, nguy cơ tử vong cao nếu không được điều trị kịp thời.

Nguyên nhân: thường do răng; các nguyên nhân khác như chấn thương, nhiễm trùng các vùng lân cận.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

1.1. Toàn thân

- Trong tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc nặng. Sốt cao hoặc nhiệt độ không tăng do tình trạng mạch nhiệt phân ly, mạch nhanh nhỏ, khó bắt.

- Người bệnh thường ở tình trạng lả, suy kiệt, vật vã.

1.2. Tại chỗ

Bệnh bắt đầu ở một vùng nhất định, sau đó lan nhanh sang tất cả các vùng khác của nửa mặt cùng bên, sàn miệng hoặc bên đối diện.

- Ngoài mặt:

+ Mặt biến dạng, sưng to lan rộng ra các vùng má, vùng cơ cắn, vùng mang tai, vùng dưới hàm, vùng thái dương, có thể lan tới vùng cổ và ngực.

+ Mi mắt sưng nề che kín nhãn cầu.

+ Mất các rãnh tự nhiên ở mặt.

+ Da căng bóng nề, không kẹp được bằng tay, màu trắng nhợt hoặc hơi tím.

+ Ấn thấy có mật độ cứng, không có dấu hiệu chuyển sóng, có thể thấy lạo xạo hơi.

- Trong miệng:

+ Khít hàm.

+ Sưng nề vùng sàn miệng, má, thành bên họng.

+ Niêm mạc má, tiền đình nề, mang dấu răng, có cặn tơ huyết bẩn.

+ Nước bọt quánh, miệng có mùi hôi thối.

+ Có biểu hiện tổn thương răng nguyên nhân.

2. Cận lâm sàng

- X-quang

+ X quang thường quy: có biểu hiện tổn thương răng nguyên nhân.

+ Phim MRI, CT scanner: xác định chính xác vị trí, kích thước tổ chức bị viêm hoại tử.

- Xét nghiệm: có albumin niệu, trụ niệu, bạch cầu cao, CRP tăng.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Chống nhiễm trùng, nhiễm độc và nâng cao thể trạng.
- Rạch rộng và dẫn lưu mủ.
- Xử trí răng nguyên nhân.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị toàn thân

Đồng thời với việc phẫu thuật, phải điều trị chống sốc nhiễm trùng, nhiễm độc và nâng cao thể trạng.

2.2. Phẫu thuật

- Vô cảm
- Rạch rộng, mở thông và dẫn lưu các ổ mủ.
- Bơm rửa.
- Đặt dẫn lưu tới tất cả các ổ mủ
- Xử trí răng nguyên nhân.

2.3. Chăm sóc sau phẫu thuật

- Bơm rửa qua dẫn lưu nhiều lần trong ngày.
- Thay những dẫn lưu bị tắc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về răng hàm mặt,* ban hành kèm theo Quyết định số 3108/QĐ-BYT.

ĐAU DÂY THẦN KINH V

MÃ ICD 10: G51

I. ĐẠI CƯƠNG

Đau dây thần kinh V hay dây tam thoa là chứng đau nửa mặt với đặc trưng là các cơn đau ngắn, dữ dội, xuất hiện tự nhiên hoặc do kích thích.

Thường không xác định rõ được nguyên nhân gây đau dây V. Trong một số trường hợp, có thể do: chèn ép dây thần kinh V, rối loạn khử myelin nguyên phát trong bệnh xơ cứng rải rác, dây thần kinh V bị xâm nhập vào vùng rễ thần kinh V hay hạch Gasser trong một số bệnh: Carcinoma, Sarcoidosis...

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Lâm sàng

1.1.1. Toàn thân

Không có biểu hiện gì đặc biệt.

1.1.2. Cơ năng

- Đau kịch phát kéo dài một vài giây đến vài phút, xảy ra chủ yếu vào buổi sáng, hiếm khi về đêm.

- Tính chất cơn đau

+ Thường khu trú một bên mặt.

+ Vùng đau là vùng chi phối một nhánh hoặc nhiều nhánh thần kinh V.

+ Đau khởi phát đột ngột, với tính chất đau buốt, như dao đâm, như cháy bỏng, hay như điện giật.

+ Cường độ đau dữ dội.

+ Đau khởi phát từ vùng bị kích thích như ăn nhai, đánh răng, rửa mặt...

+ Giữa các cơn đau là khoảng im lặng, hoàn toàn không có triệu chứng.

1.1.3. Thực thể

- Trong một số trường hợp, có thể xác định được các tổn thương là yếu tố kích thích.

- Trong cơn đau, khi sờ nắn vùng mặt bên đau làm cơn đau tăng lên dữ dội.

1.2. Cận lâm sàng

- X-quang thường quy: có thể thấy hình ảnh khối u chèn ép dây V.

- Chụp cộng hưởng từ: có thể phát hiện hình ảnh u thần kinh dây VIII hoặc hình ảnh các khối u chèn ép dây V.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Đau thần kinh sau Herpes.

- Đau đầu từng chuỗi.

- Đau co thắt nửa mặt.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Trong các trường hợp phát hiện được nguyên nhân thì phải điều trị loại bỏ nguyên nhân gây đau.

- Trong các trường hợp không xác định được nguyên nhân thì điều trị triệu chứng.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị nguyên nhân

- Chỉ định: trong các trường hợp xác định được nguyên nhân gây đau dây V.

- Kỹ thuật: trường hợp dây V bị chèn ép thì phải phẫu thuật cắt bỏ các khối u (phẫu thuật giải áp thần kinh V).

2.2. Điều trị triệu chứng

2.2.1. Nội khoa

- Chỉ định: trong các trường hợp không xác định được nguyên nhân thì điều trị nội khoa luôn là lựa chọn đầu tiên trước khi tiến hành điều trị ngoại khoa.

- Phác đồ điều trị

+ Carbamazepine thường là lựa chọn đầu tiên khi điều trị đau thần kinh V, có thể thay thế bằng Oxcarbazepine hoặc gabapentin để giảm tác dụng phụ.

+ Khởi đầu bằng một liều thấp, tăng dần đến liều đáp ứng. Sau khi đạt liều đáp ứng, duy trì trong 4-6 tuần, sau đó giảm dần về liều khởi đầu.

+ Trường hợp thuốc lựa chọn không đáp ứng thì lựa chọn giải pháp điều trị khác.

2.2.2. Ngoại khoa

- Chỉ định: khi không xác định được nguyên nhân và điều trị nội khoa thất bại.

- Kỹ thuật: tùy trường hợp có thể áp dụng một trong các phương pháp dưới đây:

+ Phương pháp phá hủy rễ thần kinh V.

+ Phương pháp phá hủy thần kinh ngoại vi: tiêm alcohol hoặc phẫu thuật cắt thần kinh V ngoại vi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về răng hàm mặt,* ban hành kèm theo Quyết định số 3108/QĐ-BYT.

CHẤN THƯƠNG PHẦN MỀM VÙNG HÀM MẶT

I. ĐẠI CƯƠNG

Là tình trạng tổn thương mô mềm vùng hàm mặt do chấn thương với một hoặc các biểu hiện như bầm tím, đụng giập, rách, chảy máu, thiếu hổng mô, … Nguyên nhân thường do tai nạn giao thông, tai nạn lao động, sinh hoạt.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

Chủ yếu dựa trên các triệu chứng lâm sàng, một số trường hợp có thể kết hợp cận lâm sàng.

1.1. Vết thương sây sát

- Tổn thương nông trên mặt da đến lớp thượng bì với biểu hiện có vết xước, rớm máu, sây sát.

- Có thể có dị vật, có thể làm thay đổi màu sắc da nếu không được làm sạch.

- Bệnh nhân cảm thấy rất đau, rát do bong lớp thượng bì, hở đầu mút thần kinh.

1.2. Vết thương đụng dập

- Da có biểu hiện xuất huyết, tụ máu tại chỗ, có biểu hiện bầm tím, phù nề và biến dạng mô mềm.

- Bề mặt vết thương đụng giập có thể màu tím hoặc vàng nếu bệnh nhân đến muộn.

1.3. Vết thương rách da

- Rách da với các kích thước khác nhau. Vết rách có thể gọn hoặc nham nhở. Hai mép vết rách có thể đóng kín hoặc hở. Có thể có dị vật.

- Rách mô mềm dưới da: có thể có tổn thương rách cơ, tổn thương thần kinh, mạch máu, tuyến nước bọt….

- Có thể có rách niêm mạc.

- Chảy máu: tùy vị trí và mức độ tổn thương mà có chảy máu ở các mức độ khác nhau.

1.4. Vết thương xuyên

- Có tổn thương xuyên thấu đi từ da, qua các mô mềm dưới da và niêm mạc thông với các hốc tự nhiên vùng hàm mặt như: khoang miệng, hốc mũi, xoang hàm…

- Tùy theo vết thương xuyên thông vào vùng nào mà có triệu chứng liên quan kèm theo như: rách niêm mạc miệng và chảy máu miệng, rách niêm mạc mũi và chảy máu qua ngách mũi…

- Có thể có dị vật ở vùng vết thương.

- Cận lâm sàng: X-quang: nếu tổn thương chảy máu xoang hàm thì có hình ảnh mờ xoang hàm…

1.5. Vết thương mất mô

- Mất da: với kích thước khác nhau tùy theo loại tổn thương.

- Mất mô dưới da: vết thương có thể gây mất cơ, để lại thiếu hổng mô.

- Tổn thương mạch máu: có thể có tổn thương mạch máu gây chảy máu với các mức độ khác nhau.

- Biểu hiện tổn thương thần kinh: có thể có dấu hiệu tê bì ở vùng da tương ứng nếu có tổn thương thần kinh.

- Rò nước bọt: nếu có tổn thương tuyến nước bọt hoặc ống tuyến.

- Dị vật vùng tổn thương: có thể có dị vật.

- Có biểu hiện co kéo làm biến dạng.

1.6. Vết thương hỏa khí

- Tổn thương mô mềm: tùy từng trường hợp mà có thể có các mức độ tổn thương khác nhau như tổn thương da, mô mềm dưới da, mất mô….

- Đặc điểm tổn thương: đường vào nhỏ, đường ra to, mô bị tổn thương rộng kèm theo dị vật….

- X-quang: có thể có hình ảnh các dị vật ở các vùng tổn thương.

1.7. Vết thương tuyến nước bọt

- Rách da vùng tuyến nước bọt.

- Tổn thương nhu mô tuyến nước bọt, có thể có dấu hiệu chảy nước bọt qua vùng tổn thương.

- Tổn thương niêm mạc miệng tương ứng ống tuyến và ống tuyến, có dấu hiệu chảy nước bọt qua vùng tổn thương ống tuyến.

1.8. Vết thương bỏng

- Da đỏ, có thể có vết trợt.

- Có phỏng nước vùng tổn thương.

- Có các biểu hiện nhiễm trùng nếu bệnh nhân đến muộn.

2. Chẩn đoán phân biệt

Các tổn thương mô mềm vùng hàm mặt luôn có các triệu chứng rõ rệt vì vậy không cần chẩn đoán phân biệt.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Đánh giá hết tổn thương, tránh bỏ sót.

- Xử lý vết thương càng sớm càng tốt.

- Làm sạch tổn thương và loại bỏ hết dị vật.

- Cắt lọc tiết kiệm da và mô mềm dưới da.

- Cầm máu kỹ.

- Khâu phục hồi

+ Khâu kín từ trong ra ngoài đặc biệt lớp niêm mạc.

+ Khâu đúng vị trí giải phẫu, tránh để khoang ảo, không căng.

+ Khâu đóng ngay nếu vết thương sạch.

- Kháng sinh, giảm đau, chống phù nề.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Vết thương sây sát

- Vết thương nhỏ

+ Làm sạch bằng nước muối sinh lý, lấy bỏ dị vật.

+ Băng bằng mỡ kháng sinh có phủ lidocaine.

- Vết thương lớn

+ Vô cảm: gây tê, trong một số trường hợp có thể gây mê.

+ Điều trị vết thương: lau rửa bằng gạc hoặc dùng bàn chải với xà phòng, thìa nạo…

+ Băng bằng mỡ kháng sinh có phủ lidocaine.

2.2. Vết thương đụng dập

- Nếu máu tụ đang hình thành: băng ép để cầm máu.

- Tụ máu đã cầm: nếu tụ máu nhỏ thì theo dõi để tự tiêu, nếu lớn thì phải phẫu thuật lấy máu tụ.

- Tụ máu chưa cầm: mở ra lấy máu tụ, cầm máu và băng ép.

- Tụ máu lâu, có xu hướng nhiễm trùng: rạch lấy bỏ máu tụ

2.3. Vết thương rách da

- Làm sạch

+ Rửa vết thương: rửa bằng nước muối sinh ly dưới áp lực. Trường hợp vết thương bẩn dùng nước oxy già hoặc nước muối pha betadin.

+ Lấy bỏ hết dị vật.

+ Tẩy rửa vết thương: vết thương có lẫn hóa chất, đặc biệt hóa chất có màu, cần tìm dung môi thích hợp để tẩy rửa.

+ Vết thương rộng lẫn nhiều dị vật hoặc bẩn: bệnh nhân được gây mê, dùng bàn chải phẫu thuật chải rửa để loại bỏ dị vật.

- Cắt lọc tiết kiệm

+ Da: cắt xén mép da. Bảo tồn vạt da còn cuống.

+ Cơ: cắt bỏ phần cơ dập nát hoại tử.

- Cầm máu: lựa chọn các phương pháp sau

+ Kẹp mạch.

+ Đốt điện.

+ Khâu cầm máu.

- Khâu phục hồi

+ Yêu cầu: khâu đúng vị trí giải phẫu, từ trong ra ngoài, tránh để khoang ảo, không được căng, lớp niêm mạc phải kín tuyệt đối.

+ Phương pháp khâu: lựa chọn kiểu khâu, mũi rời, khâu vắt, trong da, xa gần….

+ Thời gian được đóng kín da: tương đối, nếu vết thương sạch đóng kín, nếu vết thương bẩn đóng thì hai.

2.4. Vết thương xuyên

- Vết thương nhỏ, không chảy máu, không dị vật: không phẫu thuật, điều trị kháng sinh, chống phù nề, thay băng, theo dõi.

- Vết thương to, chảy máu nhiều, có dị vật: phẫu thuật làm sạch, cầm máu, đóng vết thương.

2.5. Vết thương mất mô

- Vết thương nhỏ: bóc tách, khâu phục hồi.

- Mất mô rộng: tạo hình, đóng kín vùng thiếu hổng mô.

2.6. Vết thương hỏa khí

Phẫu thuật cầm máu, loại bỏ dị vật, tạo hình đóng kín vết thương.

2.7. Vết thương tuyến nước bọt

Tổn thương có thể ở nhu mô hoặc ống tuyến.

- Dò nước bọt ở nhu mô: khâu phục hồi.

- Dò ở ống tuyến: nối, hoặc dẫn lưu vào trong miệng.

2.8. Vết thương bỏng

- Chườm lạnh, chống shock, bù nước, điện giải, dùng kháng sinh….

- Khi tổn thương đã ổn định tùy tình trạng mà có thể ghép da hoặc tạo hình phục hồi vết thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về răng hàm mặt,* ban hành kèm theo Quyết định số 3108/QĐ-BYT.

GÃY XƯƠNG HÀM DƯỚI

MÃ ICD 10: S02.6

I. ĐẠI CƯƠNG

Là tổn thương gãy, làm mất sự liên tục của xương hàm dưới. Nguyên nhân thường do tai nạn giao thông, tai nạn lao động, sinh hoạt.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Triệu chứng lâm sàng gãy xương hàm dưới

- Sưng nề và tụ máu: tùy theo vị trí, mức độ chấn thương mà dấu hiệu sưng nề và tụ máu có những mức độ nhiều ít khác nhau, có thể gặp ở ngoài hoặc trong miệng.
- Gián đoạn và đau chói bờ xương hàm dưới.
- Gián đoạn và di lệch cung răng.
- Sai khớp cắn.
- Lung lay răng và khối xương ổ răng.
- Có dấu hiệu di động của hai đầu xương gãy khi khám.
- Rối loạn vận động hàm dưới: há miệng hạn chế, lệch hàm sang bên khi há miệng.
- Dị cảm: thường biểu hiện tê môi dưới, da vùng cằm.
- Có thể có tràn khí dưới da: sờ nắn có cảm giác lép bép hơi.

1.2. Cận lâm sàng

X-quang: phim Panorama, phim mặt thẳng, phim hàm chếch, phim CT scanner… có hình ảnh đường gãy, di lệch xương hàm….

2. Chẩn đoán phân biệt

Gãy xương hàm dưới luôn có các triệu chứng lâm sàng và X-quang rõ rệt nên không cần chẩn đoán phân biệt.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Nắn chỉnh lại xương gãy.
- Cố định xương gãy.
- Ngăn ngừa các biến chứng xảy ra.
- Điều trị phải phục hồi chức năng và thẩm mỹ.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị không phẫu thuật bằng n n chỉnh và cố định

- Nắn chỉnh xương gãy

+ Nắn chỉnh bằng tay.

+ Nắn chỉnh bằng lực kéo.

- Cố định xương gãy

+ Cố định bằng phương pháp cố định ngoài miệng: băng cằm đầu, các khí cụ tựa trên sọ.

+ Cố định trong miệng: cố định hai hàm bằng cung Tiguersted hoặc nút Ivy trong thời gian từ 4-6 tuần

- Điều trị toàn thân: kháng sinh, chống viêm, giảm đau, dinh dưỡng.

2.2. Điều trị bằng phẫu thuật

- Kết hợp xương bằng chỉ thép

- Kết hợp xương bằng nẹp vít

- Điều trị toàn thân: kháng sinh, chống viêm, giảm đau, dinh dưỡng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về răng hàm mặt,* ban hành kèm theo Quyết định số 3108/QĐ-BYT.

GÃY XƯƠNG HÀM TRÊN

MÃ ICD 10: S02.6

I. ĐẠI CƯƠNG

Là tổn thương gãy, làm mất sự liên tục của xương hàm trên. Nguyên nhân thường do tai nạn giao thông, tai nạn lao động, sinh hoạt.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Gãy một phần

- Gãy cành lên xương hàm trên

+ Bầm tím góc trong mắt, sờ thấy có điểm đau chói hoặc hơi lõm nơi tổn thương.

+ Chảy máu mũi.

+ Có thể có chảy nước mắt do tắc ống lệ.

+ X-quang: CT Scanner, mặt nghiêng, Blondeau: thấy hình ảnh đường gãy vùng cành lên xương hàm trên.

- Gãy hoặc lún thành trước xoang hàm

+ Chảy máu mũi.

+ Bầm tím bờ dưới ổ mắt.

+ Có thể tê bì ở má bên tổn thương.

+ Ấn vào vùng hố nanh có điểm đau chói hoặc có thể thấy tiếng lạo xạo, dấu hiệu vỡ nhiều mảnh.

+ X quang: CT Scanner, Blondeau, Hirzt: thấy hình ảnh tổn thương thành trước xoang, mờ xoang hàm.

- Gãy bờ dưới ổ mắt và sàn ổ mắt

+ Chảy máu mũi.

+ Xuất huyết kết mạc mi dưới.

+ Tê bì vùng má, có thể có dấu hiệu nhìn song thị.

+ Mắt lõm.

+ Sờ bờ dưới hốc mắt thấy điểm đau chói hoặc có thể thấy khuyết bậc thang.

+ X-quang: CT Scanner, Blondeau: thấy hình ảnh tổn thương bờ dưới ổ mắt.

- Gãy mỏm khẩu cái và vòm khẩu cái

+ Chảy máu miệng, máu mũi, sặc khi ăn.

+ Bịt mũi khi bệnh nhân thở hơi thoát ra ở miệng.

+ X quang: CT Scanner: thấy hình ảnh tổn thương mỏm khẩu cái.

1.2. Gãy toàn bộ

Bệnh nhân có thể bị choáng, hoặc kèm chấn thương sọ não. Tùy đường gãy mà có các biểu hiện tại chỗ khác nhau.

1.2.1. Gãy dọc

- Lâm sàng

+ Chảy máu mũi, miệng.

+ Khớp cắn sai.

+ Khe giữa hai răng cửa giữa hoặc răng cửa bên rộng ra.

+ Dọc giữa vòm miệng thấy đường bầm tím hoặc rách niêm mạc.

+ Khám xương hàm trên thấy di động.

- X quang: CT Scanner, Blondeau, Belot hàm trên: có hình ảnh tổn thương dọc giữa hay dọc bên xương hàm trên.

1.2.2. Gãy ngang

Có 3 thể gãy

- Gãy Lefort I

+ Bầm tím môi trên và ngách lợi.

+ Khớp cắn sai, há miệng hạn chế.

+ Đau khi ấn dọc từ gai mũi trước đến lồi củ xương hàm trên.

+ Di động xương hàm trên khi khám.

+ X-quang: CT Scanner, phim mặt thẳng và nghiêng: có hình ảnh đường gãy ngang qua trên cuống răng. Gãy 1/3 dưới chân bướm.

- Gãy Lefort II

+ Mặt sưng nề, tụ máu màng tiếp hợp và ổ mắt hai bên.

+ Chảy máu tươi qua mũi.

+ Khớp cắn sai.

+ Có dấu hiệu di động xương hàm trên.

+ X quang: CT scanner, phim mặt thẳng và nghiêng, Blondeau: có hình ảnh đường gãy qua giữa xương chính mũi qua mỏm lên xương hàm trên, qua xương lệ ra ngoài cắt bờ dưới hốc mắt cạnh hoặc qua lỗ dưới ổ mắt, cắt qua 1/3 giữa xương chân bướm ngoài. Có hình ảnh mờ xoang hàm.

- Gãy Lefort III.

+ Mặt phù nề to, bầm tím quanh hốc mắt hai bên, tụ máu màng tiếp hợp, song thị.

+ Khớp cắn sai, tầng giữa mặt bị đẩy tụt và ra sau xuống dưới.

+ Có thể sờ thấy các đầu xương di lệch.

+ X quang: tư thế mặt thẳng, nghiêng, Blondeau, Hizt hoặc CT Scan: có hình ảnh đường gãy qua xương chính mũi sát chỗ nối trán - mũi đến mỏm lên xương hàm trên, cắt qua 1/3 trên xương chân bướm ngoài. Cắt rời xương tiếp gò má.

2. Chẩn đoán phân biệt

Gãy xương hàm trên luôn có các triệu chứng lâm sàng và X-quang rõ rệt nên không cần chẩn đoán phân biệt. Lưu ý: phát hiện các trường hợp có chấn thương sọ não kèm theo để xử trí thích hợp.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Nắn chỉnh lại xương gãy.
- Cố định xương gãy.
- Ngăn ngừa các biến chứng xảy ra.
- Điều trị phải phục hồi chức năng và thẩm mỹ.

2. Điều trị cụ thể

- Điều trị bằng phẫu thuật treo xương hàm trên.
- Điều trị bằng phẫu thuật kết hợp xương hàm trên bằng nẹp vít.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về răng hàm mặt,* ban hành kèm theo Quyết định số 3108/QĐ-BYT.

GÃY XƯƠNG GÒ MÁ CUNG TIẾP

MÃ ICD 10: S02.4

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy xương gò má cung tiếp là tình trạng tổn thương gãy, gián đoạn xương gò má cung tiếp. Nguyên nhân thường do tai nạn giao thông, tai nạn lao động, sinh hoạt.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Sưng nề, biến dạng mặt.
- Tụ máu quanh hốc mắt bên chấn thương.
- Ấn có điểm đau chói tương ứng điểm gãy.
- Sờ thấy dấu hiệu bậc thang, mất liên tục tại vị trí tương ứng điểm gãy.
- Há miệng hạn chế.
- Khớp cắn đúng.
- Có thể có dấu hiệu tê môi trên bên gãy.
- Có thể có dấu hiệu song thị.

2. Cận lâm sàng

X quang: phim Hirtz, Blondeau, CT Scanner: thấy có hình ảnh đường gãy và mức độ di lệch xương.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Nắn chỉnh lại xương gãy.
- Cố định xương gãy.
- Ngăn ngừa các biến chứng xảy ra.
- Điều trị phải phục hồi chức năng và thẩm mỹ.

2. Điều trị cụ thể

- Cố định tạm xương gãy.
- Điều trị kháng sinh toàn thân, chống viêm, giảm đau.
- Chuyển tuyến trên điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về răng hàm mặt,* ban hành kèm theo Quyết định số 3108/QĐ-BYT.

PHẦN X: DA LIỄU

VIÊM DA TIẾP XÚC

MÃ ICD 10:

+ *Viêm da tiếp xúc dị ứng*: **L23**

+ *Viêm da tiếp xúc kích ứng*: **L24**

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm da tiếp xúc (VDTX) là phản ứng của cơ thể đối với tác nhân bên ngoài, do hoạt tính của chất gây kích ứng không liên quan đến đáp ứng miễn dịch qua trung gian tế bào T, hoặc dị nguyên liên quan đến đáp ứng miễn dịch qua trung gian tế bào.

VDTX có thể phân thành những loại sau:

- Khó chịu chủ quan: cảm giác châm chích và đau nhức, xảy ra nhanh trong vòng vài phút sau khi tiếp xúc, thường gặp ở mặt nhưng không thấy thương tổn. Thường gặp ở mỹ phẩm hay kem chống nắng.

- VDTX kích ứng cấp tính: thường hậu quả của một lần tiếp xúc quá nhiều hoặc một vài lần tiếp xúc ngắn với chất kích ứng mạnh hoặc các chất ăn mòn.

- VDTX kích ứng mạn tính: xảy ra sau tiếp xúc lặp lại với chất kích ứng yếu hơn. Chất kích ứng yếu có thể "ẩm ướt" như chất tẩy rửa, dung môi hữu cơ, xà phòng, axit yếu và chất kiềm, hoặc "khô" như không khí có độ ẩm thấp, nhiệt, bột và bụi.

- VDTX dị ứng liên quan đến độ nhạy cảm của hệ thống miễn dịch với dị nguyên đặc hiệu hoặc dị nguyên dẫn đến viêm da hay làm nặng thêm tình trạng viêm da trước đó.

- VDTX nặng lên do ánh sáng, dị ứng ánh sáng và do ngộ độc ánh sáng: Một vài dị nguyên là dị nguyên ánh sáng. Luôn không dễ để phân biệt giữa phản ứng ngộ độc ánh sáng với dị ứng ánh sáng.

- VDTX toàn thân: gặp sau khi toàn thân tiếp xúc với chất đó, thường là thuốc mà chất này đã có quá mẫn tại chỗ trước đó.

Nguyên nhân

Nguyên nhân của VDTX do các chất trong môi trường. Các chất này đóng vai trò là chất kích ứng hay dị nguyên. Trên thực tế căn nguyên bệnh tồn tại đồng thời các yếu tố nội sinh, kích ứng và dị nguyên, đặc biệt trong chàm bàn tay và bàn chân. Quan trọng nhận biết đây là VDTX kích ứng hay dị ứng

Khác nhau giữa VDTX kích ứng và VDTX dị ứng

	VDTX kích ứng	**VDTX dị ứng**
Nguy cơ	Mọi người	Thiên về di truyền
Cơ chế đáp ứng	Không liên quan miễn dịch; yếu tố vật lý và hóa học làm thay đổi lớp thượng bì.	Phản ứng quá mẫn chậm

Số lần tiếp xúc	Ít đến nhiều; tùy thuộc vào khả năng của hàng rào bảo vệ da	Một hoặc nhiều lần để gây quá mẫn
Bản chất của các chất	Dung môi hữu cơ, xà phòng	Hapten trọng lượng phân tử thấp (kim loại, formalin, cầu nối oxy)
Nồng độ gây ra	Thường cao	Có thể rất thấp
Cách thức khởi phát	Thường từ từ, khi hàng rào bảo vệ da bị tổn thương	Một khi đã cảm ứng, thường nhanh; 12 - 48 giờ sau tiếp xúc
Cách thức điều tra	Thử tránh tiếp xúc	Thử tránh tiếp xúc, patch test hoặc cả hai
Kiểm soát	Bảo vệ và giảm tần suất tiếp xúc	Tránh hoàn toàn

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Chẩn đoán VDTX dựa bệnh sử, lâm sàng (thương tổn, vị trí, cách phân bố, ...). Mô học có thể giúp ích. Patch test giúp xác minh dị nguyên. Quan trọng chẩn đoán phân biệt VDTX kích ứng với VDTX dị ứng.

- VDTX kích ứng: cấp tính thương tổn da thay đổi từ hồng ban đến tạo mụn nước, ăn mòn da, phỏng với hoại tử. Hồng ban giới hạn rõ và phù nông tương ứng với nơi tiếp xúc chất kích ứng. Mạn tính thương tổn da là khô da, nứt nẻ, hồng ban, tăng sừng, tróc vảy, rãnh khe nứt và tạo mày. Phân bố đơn độc, tại chỗ rồi lan đến một vùng hoặc toàn thân tùy vào độc tính của tác nhân.

- VDTX dị ứng: thương tổn da phụ thuộc vào độ nặng, vị trí và thời gian. Cấp tính thương tổn là mụn nước trên nền hồng ban giới hạn rõ và phù và/hay sẩn; trường hợp nặng bong nước, chợt xuất tiết và tạo mày. Bán cấp mảng hồng ban nhỏ, vảy khô, đôi khi đi kèm sẩn đỏ nhỏ đầu nhọn hoặc sẩn chắc tròn. Mạn tính, mảng lichen hóa, tróc vảy, sẩn nhỏ, tròn cứng hoặc sẩn đầu dẹt, vết trầy sướt, hồng ban và tăng sắc tố. Xác định nơi tiếp xúc ban đầu. Phân bố đơn độc, tại chỗ rồi lan đến một vùng, toàn thân hoặc ngẫu nhiên hoặc vùng phơi bày.

Khác nhau giữa VDTX kích ứng và VDTX dị ứng

		VDTX kích ứng	**VDTX dị ứng**
Triệu chứng	Cấp	Châm chích, đau → ngứa	Ngứa → đau
	Mạn	→Ngứa/ đau	→ Ngứa/ đau
Thương	Cấp	Hồng ban → mụn nước → vết → chợt → đóng mày → vảy	Hồng ban → sẩn → mụn nước → vết chợt → đóng mày → vảy

tổn	Mạn	Sẩn, mảng, rãnh nứt, vảy, mày	→ Sẩn, mảng, vảy, mày
Bờ thương tổn	Cấp Mạn	Bờ rõ, thương tổn tiếp giáp hoàn toàn với nơi tiếp xúc. Giới hạn rõ.	Bờ rõ, thương tổn tiếp giáp hoàn toàn với nơi tiếp xúc nhưng lan ra ngoại biên; thường có những sẩn nhỏ; có thể bị toàn thân. Giới hạn rõ, lan rông
Tiến triển	Cấp	Nhanh (vài giờ sau khi tiếp xúc)	Không quá nhanh (12-72 giờ sau khi tiếp xúc)
	Mạn	Tiếp xúc lập lại sau nhiều tháng đến nhiều năm	Nhiều tháng hoặc lâu hơn; nặng lên sau mỗi lần tái tiếp xúc
Nguyên nhân		Phụ thuộc vào nồng độ của tác nhân và tình trạng của hàng rào bảo vệ da; chỉ xảy ra khi trên ngưỡng.	Phụ thuộc tương đối vào lượng tiếp xúc, thường nồng đô rất thấp nhưng phụ thuộc vào mức độ mẫn cảm
Tần suất		Xảy ra trên tất cả mọi người	Chỉ xảy ra trên người mẫn cảm

2. Cận lâm sàng

		VDTX kích ứng	**VDTX dị ứng**
Mô học	Cấp	Hoại tử tế bào thượng bì, tế bào neutrophil, tạo mụn nước và hoại tử.	Viêm với phù gian bào trong thượng bì (spongiosis), thâm nhiễm tế bào eosin, tế bào lympho trong thượng bì, tế bào đơn nhân và mô bào ở lớp bì.
	Mạn	Tăng gai, tăng sừng, thâm nhiễm tế bào lympho.	Phù lớp Malpighi kèm với tăng gai, mào thượng bì kéo dài, nhú bì kéo dài và rộng, tăng sừng, thâm nhiễm lympho
Patch test		Âm tính, trừ khi có VDTX dị ứng đi kèm.	Sự quá mẫn trong VDTX dị ứng có trên mỗi phần của da, do đó khi áp dị nguyên vào bất kỳ vùng da gây phản ứng chàm. Dương tính: hồng ban và sẩn, mụn nước tại nơi test

3. Chẩn đoán phân biệt

- VDTX phân biệt với Asteotic dermatitis, chàm thể tạng, chàm dạng đồng tiền, Mycosis fungoides, vẩy nến, viêm da tiết bã.

- VDTX dị ứng phân biệt với VDTX kích ứng.

III. ĐIỀU TRỊ

	VDTX kích ứng	**VDTX dị ứng**

Nguyên tắc điều trị	Bảo vệ da tránh những chất kích ứng, dùng các chất thay thế không kích ứng.	Phát hiện và tránh các dị nguyên (thực hiện khó). Thăm nơi làm việc giúp xác định nguồn dị nguyên tiếp xúc và cách thức để tránh. Hàng rào bảo vệ kem + Corticosteroids tại chỗ, xà phòng thay thế, chất làm ẩm. Tacrolimus
Điều trị thứ nhất	Bảo vệ da bằng phương pháp cơ học. Giữ ẩm Hàng rào bảo vệ kem corticosteroids tại chỗ, ức chế calcineurin tại chỗ	Ngăn ngừa tiếp xúc với dị nguyên Corticosteroids tại chỗ Giữ ẩm Hàng rào bảo vệ kem ức chế calcineurin tại chỗ Prednisolone Kháng sinh tại chỗ và toàn thân Dị ứng ánh sáng/VDTX dị ứng: tránh ánh sáng tử ngoại, kem chống nắng, tác nhân cơ học, Tacrolimus
Điều trị thứ hai	Ciclosporin	Azathioprine
	UVB liệu pháp	Ciclosporin
	PUVA liệu pháp	PUVA/UVB

Viêm da tiếp xúc kích ứng

- Tránh tiếp xúc với các chất gây kích ứng hoặc các hóa chất bằng các phương tiện bảo vệ, như găng tay, kính, tấm chắn...

- Chất làm ẩm dùng rộng rãi và thường xuyên tăng giữ nước cho da, thành phần lipid của chất làm ẩm cải thiện hàng rào bảo vệ da bị tổn thương. Chất làm ẩm giàu lipid vừa phòng ngừa và điều trị VDTX kích ứng.

* Cấp tính: xác định và lấy đi tác nhân gây VDTX kích ứng

- Đắp mát được dùng trong viêm cấp để ức chế tạo mụn nước và giảm viêm.

- Glucocorticoid tại chỗ loại I. Trong trường hợp nặng glucocorticoid toàn thân có thể được chỉ định. Prednisone dùng trong 2 tuần, khởi đầu dùng 60mg, giảm dần mỗi 10mg mỗi lần.

* Bán cấp và mạn: xác định và lấy đi tác nhân gây VDTX kích ứng

- Glucocorticoid tại chỗ nhóm mạnh betamethasone dipropionate hoặc clobetasol propionate và bôi chất giữ ẩm đủ.

- Khi lành tiếp tục bôi kem/ thuốc mỡ để giữ ẩm.

- Ngay cả khi da nhìn thấy bình thường, khoảng 4 tháng hoặc hơn thì chức năng hàng rào bảo vệ da mới bình thường

- Pimecrolimus, tacrolimus tại chỗ có hiệu quả với VDTX xúc dị ứng.

- Xác định và lấy đi tác nhân gây VDTX.

- Đắp ướt/nhúng vùng bị ảnh hưởng với dung dịch Burow (aluminum acetate), thuốc tím pha loãng 1/10.000.

- Glucocorticoid tại chỗ loại I đến III hiệu quả trong giai đoạn sớm.

- Ngoại trừ VDTX dị ứng theo đường không khí có thể cần điều trị toàn thân.

- Pimecrolimus, tacrolimus tại chỗ có hiệu quả.

- Glucocorticoid toàn thân dùng trong trường hợp nặng (bệnh nhân không thể thực hiện chức năng hằng ngày như thường lệ, không thể ngủ), sang thương rỉ dịch.

IV. ĐÁP ỨNG ĐIỀU TRỊ

Viêm da tiếp xúc kích ứng	**Viêm da tiếp xúc dị ứng**
- Cấp tính: tiên lượng tốt. Thường lành bệnh trong vòng 2 tuần khi tác nhân kích ứng bị loại bỏ. - Mạn tính: 6 tuần hoặc lâu hơn. - Tạng dị ứng, chẩn đoán và điều trị trễ thì tiên lượng kém hơn. - 1/3 VDTX kích ứng do nghề nghiệp lành bệnh và phải chuyển sang nghề khác.	- Khó đánh giá tiên lượng thật sự của VDTX dị ứng bởi vì không có dụng cụ nào chuẩn để lượng giá. - Nhiều bài báo gần đây cho thấy can thiệp sớm và quản lý thích hợp trên 75% bệnh nhân lành bệnh không có di chứng lâu dài. - Tiên lượng tốt liên quan đến xác định dị nguyên tốt hơn, cải thiện phương tiện chẩn đoán, gia tăng hiệu quả phòng ngừa và giáo dục bệnh nhân.

V. CHỈ ĐỊNH CHUYỂN TUYẾN

Nhiễm trùng huyết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu,* ban hành kèm theo Quyết định số 75/QĐ-BYT.

2. Nguyễn Văn Thường (2017), *"Bệnh viêm da tiếp xúc",* Bệnh học da liễu, NXB Y học, tr. 278-283.

VIÊM QUẦNG VÀ VIÊM MÔ TẾ BÀO

MÃ ICD 10: A46

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm quầng là nhiễm trùng của lớp bì nông và mạch bạch huyết nông.

Viêm mô tế bào là tình trạng nhiễm trùng ở lớp bì sâu và mô dưới da hầu hết do Streptococcus. pyogenes hay Staphylococcus. aureus.

Nguyên nhân

- Viêm quầng thường do Streptococcus nhóm A tan huyết β (rất hiếm gặp nhóm C và nhóm G) và ít khi có liên quan đến S. aureus.

- Viêm mô tế bào: Streptococcus nhóm A tan huyết β và S. aureus là những tác nhân thường gặp. Nhiễm trùng ở cân sâu và cơ do vi khuẩn kỵ khí kết hợp với các tác nhân Gram (+) và Gram (-), bao gồm cả Clostridia. Ở những cơ địa suy giảm miễn dịch, có thể gặp những tác nhân hội sinh, nấm, và ký sinh trùng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Dịch tễ học

Viêm mô tế bào thường gặp ở tuổi trung niên và người già, viêm quầng thường gặp ở trẻ em và người già.

2. Lâm sàng

- Viêm quầng: thường bị trên mặt hay ở chi dưới, có dấu hiệu đau báo trước, hồng ban trên bề mặt, mảng phù có ranh giới rõ với mô bình thường, và hồng ban có màu đỏ tươi. Những đặc điểm này được mô tả là hình ảnh vỏ cam. Nếu có phù trước hay những bất thường về giải phẫu, bờ có thể không rõ ràng.

- Sốt có thể báo trước các dấu hiệu tại chỗ, và thỉnh thoảng, trước khi xuất hiện tổn thương ở phần xa của chi dưới, bệnh nhân có đau bẹn do phì đại hạch vùng này. Viêm hạch và abcess rất hiếm. Thỉnh thoảng, khi tổn thương lan nhanh có thể hình thành bóng nước.

- Viêm mô tế bào: mặc dù cũng có những đặc điểm của viêm quầng nhưng bờ giữa vùng da bệnh và da bình thường không rõ ràng, thỉnh thoảng có mủ. Trong một số trường hợp, lớp thượng bì có thể hình thành bóng nước hay bị hoại tử. Có thể có triệu chứng toàn thân như sốt, lạnh run và mệt mỏi, viêm bạch mạch (±).

3. Cận lâm sàng

- Chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng

- Nhuộm gram và cấy vi khuẩn

- Cấy máu trong những trường hợp nghi ngờ nhiễm trùng huyết.

4. Chẩn đoán phân biệt

Viêm mô bào, viêm da tiếp xúc dị ứng, Hội chứng Sweet, u hạt vùng mặt, ...

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

Điều trị trong hầu hết trường hợp là tiêu diệt Streptococci và S. aureus. Những trường hợp nhẹ, điều trị 10 ngày kháng sinh bao phủ vi khuẩn Gram (+).

2. Điều trị cụ thể

Tại chỗ: bất động và nâng cao chi bị bệnh, cũng như đắp ướt có thể thực hiện.

3. Các chọn lựa điều trị

3.1. Viêm quầng

Trường hợp đơn giản, bệnh nhân ngoại trú penicillin V 500mg/6 giờ.

- Dicloxacillin 500mg 4 lần/ngày.
- Amoxicillin + clavulanic acid 25mg/kg 3 lần/ngày.
- Erythromycin 250-500mg 4 lần/ngày.

3.2. Viêm mô tế bào

3.2.1. Trường hợp nhẹ, bệnh nhân ngoại trú

+ Cephalexin 250-500mg 4 lần/ngày.

+ Dicloxacillin 500mg 4 lần/ngày.

Lựa chọn thay thế

+ Clindamycine 15mg/kg/ngày chia làm 3 lần.

+ Azithromycin 500mg ngày đầu, 250mg trong 4 ngày tiếp theo.

3.2.2. Trường hợp nặng, bệnh nhân nội trú

+ Imipenem/cilastatin (Primaxin) 500mg tĩnh mạch mỗi 6-8 giờ.

+ Meropenem 500mg tĩnh mạch mỗi 8 giờ.

+ Cephazolin tĩnh mạch 1g mỗi 8 giờ.

Các trường hợp kháng trị, nghi nhiễm tụ cầu kháng methicillin (MRSA).

+ Vancomycin 1g tĩnh mạch 2 lần/ngày.

+ Linezolid 600mg 2 lần/ngày.

IV. THEO DÕI ĐÁP ỨNG ĐIỀU TRỊ

- Viêm mô tế bào, có hay không có hình thành abcess, có khuynh hướng lan vào mạch bạch huyết và máu và làm cho tình trạng trầm trọng nếu không được điều trị. Ở những bệnh nhân phù mãn tính, tiến trình bệnh có thể lan nhanh và hồi phục chậm, mặc dù có dẫn lưu và sử dụng kháng sinh.

- Viêm quầng không biến chứng tự giới hạn ở hạch bạch huyết và mô dưới da. Ngay cả trước khi điều trị, bệnh cũng tự giảm trong 7-10 ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu,* ban hành kèm theo Quyết định số 75/QĐ-BYT.

2. Nguyễn Văn Thường (2017), *"Bệnh viêm quầng và viêm mô tế bào",* Bệnh học da liễu, NXB Y học, tr. 36-45.

BỆNH ZONA

MÃ ICD 10: B02

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh hay herpes zoster là bệnh nhiễm trùng da với biểu hiện là các ban đỏ, mụn nước, bọng nước tập trung thành đám, thành chùm dọc theo đường phân bố của thần kinh ngoại biên. Bệnh do sự tái hoạt của virút Varicella zoster (VZV) tiềm ẩn ở rễ thần kinh cảm giác cạnh cột sống.

Bệnh hay gặp ở những người già, những người suy giảm miễn dịch, đặc biệt ở người nhiễm HIV/AIDS.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Lâm sàng

- Tiền triệu: bệnh khởi đầu với các cảm giác bất thường trên một vùng da như bỏng, nóng rát, châm chích, tê, đau, nhất là về đêm, hiếm gặp hơn là dị cảm ở một vùng hoặc nhiều dây thần kinh chi phối từ 1-5 ngày. Kèm theo có thể nhức đầu, sợ ánh sáng và khó chịu. Thời kỳ này được cho là thời kỳ virút lan truyền dọc dây thần kinh.

- Khởi phát: khoảng nửa ngày đến một ngày sau, trên vùng da có dấu hiệu tiền triệu xuất hiện những mảng đỏ, hơi nề nhẹ, đường kính khoảng vài cm, gờ cao hơn mặt da, sắp xếp dọc theo đường phân bố thần kinh và dần dần nối với nhau thành dải, thành vệt.

- Toàn phát:

+ Triệu chứng da: vài ngày sau, trên những mảng đỏ da xuất hiện mụn nước, bóng nước tập trung thành đám giống như chùm nho, lúc đầu mụn nước căng, dịch trong, sau đục, hóa mủ, dần dần vỡ đóng vảy tiết. Thời gian trung bình từ khi phát tổn thương đến khi lành sẹo khoảng 2-4 tuần. Người cao tuổi tổn thương nhiều, diện rộng; mụn nước, bóng nước có thể xuất huyết, hoại tử da, nhiễm khuẩn, sẹo xấu và kéo dài. Ở trẻ em tổn thương ít, tiến triển nhanh.

+ Vị trí: thường chỉ ở một bên, không vượt quá đường giữa cơ thể và theo đường phân bố của một dây thần kinh ngoại biên; cá biệt bị cả hai bên hay lan toả.

+ Hạch bạch huyết vùng lân cận sưng to.

- Triệu chứng cơ năng: đau xuất hiện sớm, có thể trước cả tổn thương ngoài da và luôn thay đổi trong suốt thời gian bệnh tiến triển. Mức độ đau rất đa dạng từ nhẹ như cảm giác rát bỏng, âm ỉ tại chỗ hay nặng như kim châm, giật từng cơn.

- Triệu chứng đau thường phụ thuộc vào lứa tuổi. Ở trẻ em, người trẻ đau ít. Người nhiều tuổi đau thành từng cơn, kéo dài, thậm chí hàng năm khi tổn thương ngoài da đã lành sẹo, còn gọi là đau sau zona.

- Các rối loạn khác: có thể thấy rối loạn bài tiết mồ hôi, vận mạch, phản xạ dựng lông (nhưng hiếm gặp).

1.2. Cận lâm sàng

- Chẩn đoán tế bào Tzanck: thấy các tế bào gai lệch hình và tế bào đa nhân khổng lồ.

- Nuôi cấy virút: thường ít thực hiện.

- PCR với bệnh phẩm trong dịch và các mô.

- Sinh thiết da: được tiến hành nếu lâm sàng không điển hình.

- Xét nghiệm HIV.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Giai đoạn khởi phát: phân biệt với các loại đau như đau đầu, viêm mống mắt, viêm màng phổi, viêm thần kinh cánh tay, đau do bệnh tim, viêm ruột thừa hoặc viêm túi mật, sỏi mật, đau quặn thận, thoát vị đĩa đệm, đau thần kinh tọa...

- Giai đoạn mụn nước, bóng nước: phân biệt với herpes simpex, viêm da tiếp xúc dị ứng (với một số loại cây cỏ, côn trùng). Hiếm hơn là một số bệnh da bóng nước tự miễn như pemphigus, pemphigoid, Duhring - Brocq, bệnh tăng IgA thành dải.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Mục tiêu điều trị

Làm liền tổn thương; giảm đau; ngăn ngừa biến chứng.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Trường hợp không biến chứng và ở người có miễn dịch bình thường

- Tại chỗ

+ Bôi hồ nước

+ Dung dịch màu millian

+ Castellani

+ Mỡ acyclovir

+ Mỡ kháng sinh nếu có nhiễm khuẩn

- Toàn thân

+ Uống acyclovir: thuốc kháng virus có tác dụng nhanh lành vết thương, giảm số tổn thương mới và giảm đau sau zona. Thuốc nên được dùng sớm, tốt nhất trong vòng 72 giờ đầu. Liều 800mg x 5 lần/ngày trong 7-10 ngày.

+ Hoặc famciclovir 500mg mỗi 8 giờ (3 lần mỗi ngày) x 7 ngày

+ Hoặc valacyclovir 1000mg mỗi 8 giờ (3 lần mỗi ngày) x 7 ngày

+ Ngoài ra: kháng sinh chống bội nhiễm; giảm đau, kháng viêm, an thần, sinh tố nhóm B liều cao.

- Nếu đau dai dẳng: bôi kem chứa lidocain và prilocain, kem capsaicin, lidocain gel, uống thuốc chống trầm cảm ba vòng, phong bế thần kinh và vật lý trị liệu kết hợp.

- Corticoid: có tác dụng giảm đau trong thời kỳ cấp tính và nhiều tác giả cho rằng thuốc có tác dụng giảm đau sau zona.

2.2. Trường hợp suy giảm miễn dịch hay tổn thương lan rộng:

Tiêm tĩnh mạch acyclovir 30mg/kg/ngày, chia 3 lần x 7 ngày hoặc cho đến khi thương tổn đóng vảy tiết.

2.3. Trường hợp có tổn thương m t:

Kết hợp khám chuyên khoa mắt, điều trị acyclovir đường tĩnh mạch.

2.4. Đau sau zona:

Là hiện tượng đau dai dẳng trên 1 tháng, thậm chí hàng năm với biểu hiện đau nhạy cảm, rát bỏng, đau âm ỉ hay đau nhói như dao đâm ở vùng da tổn thương zona đã lành sẹo. Bệnh thường xuất hiện ở người già, người suy giảm miễn dịch, mắc bệnh ung thư. Nguyên nhân: do VZV gây viêm, hoại tử và xơ hóa các đầu mút thần kinh. Một số trường hợp có thể kèm đau cơ, đau khớp, ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống.

Điều trị và dự phòng đau sau zona:

- Điều trị bệnh zona bằng thuốc kháng virus sớm trong vòng 72 giờ đầu
- Amitripylin viên 25mg, liều 25-75mg/ngày
- Carbamazepin viên nén 200mg, liều 400-1.200mg/ngày
- Gabapentin viên 300mg, liều 900-2.000mg/ngày
- Pregabalin 150mg-300mg/ngày
- Bôi kem chứa lidocain và prilocain tại chỗ, ngày 3-4 lần

IV. THEO DÕI ĐÁP ỨNG

Đáp ứng tốt sau 7 ngày sang thương khô, giảm đau nhức.

V. CHỈ ĐỊNH CHUYỂN TUYẾN TRÊN

- Sang thương lan tỏa.
- Suy giảm miễn dịch.
- Phụ nữ có thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu,* ban hành kèm theo Quyết định số 75/QĐ-BYT.

2. Nguyễn Văn Thường (2017), *"Bệnh zona",* Bệnh học da liễu, NXB Y học, tr 94-98.

3. Nguyễn Duy Hưng (2008), "*Bệnh thủy đậu và zona"*, Bệnh học da liễu, NXB Y học, tr 109-112.

PHẦN XI: Y HỌC CỔ TRUYỀN

LIỆT NỬA NGƯỜI

(Chứng Bán thân bất toại)

MÃ ICD 10: G81

I. ĐẠI CƯƠNG

Chứng bán thân bất toại là di chứng của tai biến mạch máu não (chảy máu não, nhồi máu não) hoặc chấn thương sọ não.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Nửa thân không vận động được hoặc hạn chế vận động.
- Miệng méo, lưỡi lệch.
- Nói khó hoặc không nói được.

2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm: công thức máu, đường huyết, ure, creatinine, AST, ALT, bilan lipid, ion đồ, tổng phân tích nước tiểu.
- ECG.

3. Thể bệnh theo YHCT

Chia làm 4 thể gồm:

3.1. Thể can thận âm hư

- Sắc mặt đỏ và ửng hồng.
- Gân gồng cứng hoặc co rút lại.
- Dễ bực dọc, bứt rứt.
- Cảm giác nóng trong người nhất là về chiều và ban đêm, lòng bàn tay chân nóng.
- Đau đầu, cảm giác căng ở đầu nhất là vùng đỉnh.
- Đau nhức khớp, thắt lưng.
- Tiểu đêm nhiều lần, táo bón, ngủ kém.
- Mạch: trầm, tế, sác, vô lực.
- Lưỡi: chất bệu, hồng sậm hoặc đỏ, rêu lưỡi vàng.

3.2. Thể thận âm dương lưỡng hư

- Sắc mặt tái xanh hoặc xạm.
- Chóng mặt, ù tai, bụng chướng, tiêu hoá bị rối loạn.
- Gân gồng cứng hoặc co rút lại.
- Đau nhức lưng, tiểu đêm, ngủ kém.
- Ít uống nước, sợ lạnh.

- Mạch trầm nhược.
- Lưỡi chất bệu, màu hồng nhợt.

3.3. Thể đàm thấp

- Đau đầu, hoa mắt.
- Tê nặng toàn thân.
- Ăn được, chậm tiêu.
- Mạch huyền hoạt.
- Lưỡi chất bệu, hồng nhạt, rêu nhầy nhớt.

3.4. Thể khí hư huyết ứ

- Sắc mặt tối, hơi thở ngắn.
- Hồi hộp, chảy nước miếng, đổ mồ hôi.
- Tay chân phù, tiêu lỏng.
- Mạch trầm tế.
- Lưỡi chất bệu, có điểm ứ huyết đáy lưỡi, rêu trắng.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Thuốc thang

1.1. Thể can thận âm hư

Phép trị: tư âm, bổ can thận hoặc tư âm, ghìm dương.

- Bài 1: Lục vị quy thược (Y lược giải âm).
- Bài 2: Lục vị kỷ cúc (Cục phương).

1.2. Thể thận âm dương lưỡng hư

Phép trị: ôn bổ thận dương.

- Bài 1: Bát vị (Kim quỹ yếu lược).
- Bài 2: Hữu quy ẩm (Y lược giải âm).

1.3. Thể đàm thấp

Phép trị: hoá đàm - trừ thấp

- Bài 1: Nhị trần thang (Thiên gia diệu phương).
- Bài 2: Hoá đàm thông lạc thang.

1.4. Thể khí hư huyết ứ

Phép trị: bổ khí hoạt huyết, khử ứ thông lạc.

- Bài 1: Bổ dương hoàn ngũ thang.
- Bài 2: Tứ vật đào hồng gia giảm.

2. Thuốc thành phẩm

Chọn 1 loại thuốc cho từng nhóm triệu chứng.

- Tăng cường tuần hoàn não:

+ Hoạt huyết dưỡng não (cao khô rễ Đinh lăng, cao khô lá Bạch quả) uống 1 viên x 3 lần/ngày.

+ Bổ huyết ích não (Đương quy, Cao khô lá Bạch quả) uống 1 viên x 3 lần/ngày.

- Nâng tổng trạng (tuỳ từng thể bệnh - không trùng lấp với thuốc thang): Thập toàn đại bổ uống 8-10 viên x 2 lần/ngày.

- Khi có đau nhức khớp:

+ Độc hoạt tang ký sinh (Độc hoạt, Quế chi, Phòng phong, Đương quy, Tế tân, Xuyên khung, Tần giao, Bạch thược, Tang ký sinh, Thục địa, Đỗ trọng, Ngưu tất, Phục linh, Cam thảo) uống 2 viên x 3 lần/ngày.

+ Revmaton (Tế tân, Tang ký sinh, Độc hoạt, Phòng phong, Bạch Thược) uống 1 viên x 3 lần/ngày.

- Ngủ kém: viên an thần (Đăng tâm thảo, Táo nhân, Tâm sen, Thảo quyết minh) hoặc Dưỡng tâm an (Lá sen, Lá vông, Lạc tiên, Tâm sen, Bình vôi) 2 viên uống tối trước khi ngủ.

- Táo bón: sorbitol 5g 1 gói uống buổi sáng lúc đói hoặc bisacodyl 5mg 1-2 viên uống buổi tối.

3. Thuốc dùng ngoài

Xoa chi bên liệt bằng cồn xoa bóp.

4. Châm cứu

4.1. Điện châm

- Huyệt chung (châm bên liệt 15-20 phút)

+ Mặt bên liệt: Nghinh hương, Hạ quan, Địa thương, Giáp xa.

+ Chi bên liệt: Kiên ngung, Tý nhu, Khúc trì, Thủ tam lý, Hợp cốc, Bát tà, Huyết hải, Dương lăng tuyền, Huyền chung.

- Huyệt gia giảm (châm 2 bên 10-15 phút)

+ Thể can thận âm hư: (Bổ) Thái Khê - Phi dương, Phục lưu, Kinh cừ, Thái xung - Quang minh.

+ Thể Thận dương lưỡng hư: (Ôn châm) Thái khê - Phi dương, Quan nguyên, Khí hải, Tam âm giao.

+ Thể Đàm Thấp: (Tả) Âm lăng tuyền, (Bổ) Túc Tam lý.

- Nói khó: Á môn, Liêm tuyền.

- Gia thêm các huyệt tuỳ theo các triệu chứng xuất hiện.

4.2. Đầu châm

Châm vùng vận động đối bên liệt 10-15 phút

4.3. Thủy châm

- Thuốc:

+ Vitamin B12: 01 ống 1mL/ngày, có thể mỗi ngày hoặc cách ngày.

+ Neutrivit 5000: 2mL/ngày, có thể mỗi ngày hoặc cách ngày.

- Huyệt: huyệt ½ người bên liệt: Kiên ngung, Tý nhu, Khúc trì, Huyết hải, Dương lăng tuyền.

5. Vật lý trị liệu

- Tập vận động toàn thân (vận động thụ động, vận động chủ động).

- Các phương pháp vật lý trị liệu khác (khi bệnh nhân có đau nhức khớp, bán trật khớp vai): xoa bóp, chiếu đèn, siêu âm trị liệu, …

6. Thuốc tây y

Khi có các bệnh đi kèm cần sử dụng: tăng huyết áp, thiếu máu cơ tim, rối loạn nhịp tim, đái tháo đường, tăng lipid máu, …

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2008), *Quy trình kỹ thuật Y học cổ truyền,* ban hành kèm theo Quyết định số 26/QĐ-BYT.

LIỆT DÂY THẦN KINH VII NGOẠI BIÊN
(Chứng Khẩu nhãn oa tà)

MÃ ICD 10: G51

I. ĐỊNH NGHĨA

Theo YHCT khẩu nhãn oa tà là chứng mắt nhắm không kín và miệng méo, bệnh sinh do phong hàn, phong nhiệt và huyết ứ trệ kinh lạc.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Các cơ ở bên mặt bị liệt, nhìn thấy không cân xứng.
- Mất nếp nhăn trán và mũi má.
- Mắt nhắm không kín.
- Miệng méo về bên lành, góc miệng hạ thấp xuống.
- Có thể đau sau tai trước đó 1-2 ngày, kèm ù tai. Thường chảy nước mắt sống.

2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm: công thức máu, đường huyết, ure, creatinine, AST, ALT, bilan lipid, ion đồ, tổng phân tích nước tiểu.
- ECG.

3. Thể lâm sàng

Chứng khẩu nhãn oa tà có 3 thể:

3.1. Thể phong hàn

- Bệnh xuất hiện với miệng méo lệch, mắt nhắm không kín.
- Nhân trung lệch sang bên lành kèm theo người gai lạnh, sợ lạnh.
- Rêu lưỡi trắng mỏng. Mạch phù.
- Hoàn cảnh khởi phát bệnh ít nhiều có liên quan đến thời tiết lạnh như sau khi gặp mưa, mùa lạnh, …

3.2. Thể phong nhiệt

Tương ứng với trường hợp viêm nhiễm như: viêm tai giữa - viêm tai xương chũm, …)

- Bệnh xuất hiện với miệng méo lệch, mắt nhắm không kín.
- Nhân trung lệch sang bên lành kèm sợ gió, sợ nóng, người nóng.
- Rêu lưỡi trắng dày, mạch phù sác.

3.3. Thể huyết ứ trệ kinh lạc

Tương ứng với chấn thương vùng mặt, phẫu thuật vùng mặt, …

- Cùng với miệng méo và mắt nhắm không kín.

- Nhân trung lệch sang bên lành kèm theo dấu đau đầu hoặc đau sau tai, da có vết bầm tím.

- Lưỡi có điểm ứ huyết.

- Bệnh xuất hiện sau chấn thương hoặc sau mổ vùng hàm, mặt, xương chũm.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Thuốc thang

1.1. Thể phong hàn

Phép trị: "Khu phong - tán hàn - ôn kinh lạc - hành khí - hoạt huyết".

- Bài thuốc số 1: Quế chi thang gia giảm.

- Bài thuốc số 2: Hương tô tán: (hoà tễ cục phương).

1.2. Thể phong nhiệt

Phép trị: "Khu phong - thanh nhiệt - hoạt huyết" (khi có sốt); "Bổ huyết - hoạt lạc" (khi hết sốt).

- Bài thuốc số 1: Ma hoàng thang.

- Bài thuốc số 2: Ngân kiều thang (ôn bệnh điều kiện).

1.3. Thể huyết ứ trệ kinh lạc

Phép trị: "Hành khí - hoạt huyết".

- Bài thuốc số 1: Thân thống trục ứ thang (Y lâm cải thải).

- Bài thuốc số 2: Thông khiếu hoạt huyết thang (Y lâm cải thác).

2. Châm cứu

- Phần lớn là ôn châm (đa số trường hợp liệt mặt là do lạnh), phương pháp này cũng được chỉ định trong trường hợp huyết ứ (do sang chấn).

- Chọn huyệt tại chỗ theo kinh Đởm - kinh Vị và phối hợp huyệt như:

+ Ấn đường, Toán trúc, Dương bạch, Ngư yêu.

+ Thái dương, Nghinh hương, Địa thương, Giáp xa, Phong trì.

+ Hợp cốc đối bên.

3. Vật lý trị liệu

- Xoa bóp và chườm nóng cơ mặt bị liệt.

- Chiếu đèn hồng ngoại 15 phút (che mắt cẩn thận để bảo vệ mắt) hoặc dùng điếu ngải cứu

- Tập luyện cơ chủ động trợ giúp và tiến tới chủ động có đề kháng.

4. Điều trị y học hiện đại

Nếu có đau vùng mặt liệt sử dụng giảm đau đơn thuần uống paracetamol 500mg hoặc paracodein 1 viên x 3 lần/ngày.

Hỗ trợ tế bào thần kinh như:

- Nucleo Forte uống 1 viên x 2 lần/ngày.

- Vitamin 3B uống 1 viên x 2 lần/ngày.
- Puracal uống 1 viên x 2 lần/ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2008), *Quy trình kỹ thuật Y học cổ truyền,* ban hành kèm theo Quyết định số 26/QĐ-BYT.

ĐAU DÂY THẦN KINH TỌA
(Chứng Tọa cốt phong)

MÃ ICD 10: M54.3

I. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Đau dọc theo đường dây thần kinh tọa.

Đau khi ấn dọc dây thần kinh tọa.

Đau do căng thần kinh: dấu hiệu lasegue (+), Bonnet (+).

Giảm hoặc mất phản xạ gân gót.

2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm: công thức máu, đường huyết, ure, creatinine, AST, ALT, bilan lipid, ion đồ, tổng phân tích nước tiểu.

- ECG.

- Chụp X-quang cột sống thắt lưng.

3. Thể lâm sàng

3.1. Thể cấp (thể phong hàn phạm kinh lạc hoặc khí huyết ứ trệ)

- Đau lưng lan xuống chân hoặc theo dây thần kinh tọa, đau dữ dội, đau tăng khi ho hắt hơi, khi cúi gập cổ đột ngột, đau tăng về đêm, giảm khi nằm yên trên giường cứng.

- Rêu lưỡi trắng, mạch phù (nếu do phong hàn), lưỡi có điểm ứ huyết (nếu do khí huyết ứ trệ).

- Bệnh nhân có cảm giác như kiến bò, tê cóng như kim châm ở bờ ngoài bàn chân chéo qua mu bàn chân đến ngón cái (rễ L_5) hoặc ở gót chân đến ngón út (rễ S_1).

- Khám lâm sàng:

+ Triệu chứng ở cột sống: cơ lưng phản ứng co cứng, cột sống mất đường cong sinh lý.

+ Triệu chứng đau theo rễ: dấu hiệu lasegue (+).

3.2. Thể mạn (thể phong hàn thấp/can thận âm hư)

- Bệnh kéo dài, đau âm ỉ với những đợt đau tăng. Chườm nóng, nằm nghỉ dễ chịu. Thường đau 2 bên hoặc nhiều rễ.

- Triệu chứng toàn thân: ăn kém, mệt mỏi, ngủ ít. Mạch nhu hoãn, trầm nhược.

II. ĐIỀU TRỊ

1. Y học hiện đại

Giảm đau, kháng viêm, dãn cơ, vitamin nhóm B.

Trong trường hợp đau nhiều, đau mạn tính có thể kết hợp với giảm đau thần kinh như: Gabapentin 300mg 1 viên x 2 lần uống cách 12 giờ (nên bắt đầu bằng liều thấp), Sulpirid 50mg 1 viên x 3 lần uống cách 8 giờ.

2. Y học cổ truyền

2.1. Thể cấp hoặc đợt cấp của thể mạn tính (thể phong hàn phạm kinh lạc hoặc khí huyết ứ trệ)

- Bài thuốc: Bài thuốc trị thấp khớp.

- Điện châm:

Áp thống điểm thường là giáp tích L_4-L_5, L_5-S_1

Hoàn khiêu, Uỷ trung

Kinh cốt, Đại chung (nếu đau dọc rễ S_1)

Khâu khư, Lãi câu (nếu đau dọc rễ L_5)

Thời gian lưu kim cho một lần châm 20 phút.

- Thuỷ châm: vùng thắt lưng và chân đau: vitamin B_{12} 1mL/ngày hoặc Neutrivit 5000 2mL/ngày, có thể mỗi ngày hoặc cách ngày.

- Chiếu đèn hồng ngoại: vùng thắt lưng và chân đau thời gian 20 phút và khoảng cách 50cm.

- Nằm yên trên giường cứng kê một cái gối nhỏ dưới khoeo chân cho đầu gối hơi gập lại. Tránh và hạn chế mọi di chuyển.

2.2. Thể mãn (thể phong hàn thấp/can thận âm hư)

- Bài thuốc sử dụng: Độc hoạt tang ký sinh gia giảm.

- Điện châm:

Công thức huyệt như thể cấp, gia thêm: Thận du, Thái khê, Phi dương, Tam âm giao.

Thời gian lưu kim cho một lần châm là 25 phút.

- Thuỷ châm: vùng thắt lưng và chân đau: vitamin B_{12} 1mL/ngày hoặc Neutrivit 5000 2mL/ngày, có thể mỗi ngày hoặc cách ngày.

- Chiếu đèn hồng ngoại: vùng thắt lưng và chân đau 20-25 phút, khoảng cách 50cm.

- Xoa bóp vùng thắt lưng và chân bên đau bằng cồn xoa bóp.

- Tập vật lý trị liệu:

+ Người bệnh nằm ngửa: gồng cơ tứ đầu đùi, tập cổ chân, động tác ưỡn lưng, động tác tam giác và tam giác biến thể.

+ Người bệnh nằm sấp: gồng cơ mông, ngẩng đầu lên xoay đầu, nhấc từng chân lên hạ xuống, gập, duỗi gối cùng bên và hai bên cùng lúc, tay để sau gáy, nhấc đầu và vai lên

+ Người bệnh quỳ (chống hai tay và hai gối): đưa từng chân lên, hạ xuống; động tác chào mặt trời.

+ 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.

3. Thuốc thành phẩm

Dùng một trong số các thuốc sau:

- Độc hoạt tang ký sinh (Độc hoạt, Quế chi, Phòng phong, Đương quy, Tế tân, Xuyên khung, Tần giao, Bạch thược, Tang ký sinh, Thục địa, Đỗ trọng, Ngưu tất, Phục linh, Cam thảo) uống 2 viên x 3 lần/ngày.

- Thuốc khớp Phong Dan (Tục đoạn, Phòng phong, Hy thiêm, Độc hoạt, Tần giao, Bạch thược, Đương quy, Xuyên khung, Thiên niên kiện, Hoàng kỳ, Ngưu tất, Đỗ trọng, Mã tiền chế) uống 2 viên x 3 lần/ngày.

- Thuốc Tisore (Đỗ trọng, Ngũ gia bì, Chân chim, Thiên niên kiện, Tục đoạn, Đại hoàng, Xuyên khung, Tần giao, Sinh địa, Uy linh tiên, Đương quy, Quế nhục, Cam thảo) uống 2 viên x 3 lần/ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2008), *Quy trình kỹ thuật Y học cổ truyền,* ban hành kèm theo Quyết định số 26/QĐ-BYT.

ĐIỀU TRỊ ĐAU LƯNG CẤP
(Yêu thống)

MÃ ICD 10: M54

1. Thuốc thang

1.1. Đau th t lưng do phong hàn thấp

- Phép điều trị: khu phong tán hàn trừ thấp, thông kinh lạc
- Phương thuốc: Can khương thương truật gia giảm hoặc Độc hoạt tang ký sinh thang.

1.2. Đau lưng do huyết ứ

Đau lưng cấp do thay đổi tư thế đột ngột hoặc vác nặng lệch tư thế.

- Phép chữa: hoạt huyết hóa ứ, thư cân hoạt lạc.
- Phương thuốc: Thân thống trục ứ thang.

3. Đau th t lưng ở người già do thoái hóa cột sống hoặc thoát vị đĩa đệm

- Phép chữa: khu phong tán hàn thông kinh lạc, bổ can thận.
- Phương thuốc: Bổ thận thang gia giảm hoặc Độc hoạt tang ký sinh thang gia giảm.

2. Các biện pháp kết hợp

- Thủy châm vitamin B_{12}: Đại trường du hoặc Giáp tích L4/5
- Châm cứu: Giáp tích 11-15, Thận du, Đại trường du, Hoàn khiêu, Ủy trung, Dương lăng tuyền, A thị huyệt.
- Dùng cồn xoa bóp: dùng thủ thuật ấn, day, lăn... trên vùng cơ bị co cứng, nếu từ thắt lưng trở xuống thì day huyệt côn lôn cùng bên.
- Chiếu đèn hồng ngoại vùng đau.
- Siêu âm trị liệu.

3. Thuốc thành phẩm

Dùng một trong số các thuốc sau:

- Độc hoạt tang ký sinh (Độc hoạt, Quế chi, Phòng phong, Đương quy, Tế tân, Xuyên khung, Tần giao, Bạch thược, Tang ký sinh, Thục địa, Đỗ trọng, Ngưu tất, Phục linh, Cam thảo) uống 2 viên x 3 lần/ngày.
- Thuốc Tisore (Đỗ trọng, Ngũ gia bì, Chân chim, Thiên niên kiện, Tục đoạn, Đại hoàng, Xuyên khung, Tần giao, Sinh địa, Uy linh tiên, Đương quy, Quế nhục, Cam thảo) uống 2 viên x 3 lần/ngày.
- Revmaton (Tế tân, Tang ký sinh, Độc hoạt, Phòng phong, Bạch Thược) uống 1 viên x 3 lần/ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2008), *Quy trình kỹ thuật Y học cổ truyền,* ban hành kèm theo Quyết định số 26/QĐ-BYT.

THOÁI HOÁ KHỚP

MÃ ICD 10:

+ *Thoái hoá khớp gối:* **M17**

+ *Thoái hoá cột sống:* **M47**

I. ĐẠI CƯƠNG

Thoái hoá khớp là bệnh của toàn bộ thành phần cấu tạo khớp như sụn khớp, xương dưới sụn, bao hoạt dịch, bao khớp. Các vị trí thoái hoá thường gặp: cột sống cổ, cột sống thắt lưng, khớp gối, …

II. LÂM SÀNG

1. Thoái hoá cột sống

- Đau cơ cạnh cột sống.
- Co thắt các cơ cạnh cột sống.
- Hạn chế vận động.
- Đau rễ dây thần kinh có thể do chèn ép rễ thần kinh ống sống.

Đối với thoái hoá cột sống cổ có thể gây ra ba hội chứng:

- Chèn ép động mạch ống sống gồm: chóng mặt, choáng, nhức đầu và các cơ thiếu máu cục bộ thoáng qua.
- Chèn ép tuỷ cổ: một số trường hợp hiếm gai xương ở phía sau thân đốt sống chèn ép vào phần trước tuỷ, bệnh nhân có dấu hiệu liệt cứng nửa người hoặc tứ chi tăng dần.
- Hội chứng giao cảm cổ: nhức đầu, chóng mặt, ù tai, hoa mắt, loạn cảm thành sau họng, nuốt vướng.

2. Thoái hoá khớp gối

- Đau khớp có tính chất cơ học, thường liên quan đến vận động, đau diễn biến thành từng đợt.
- Hạn chế vận động: khi bước lên hoặc xuống cầu thang, đang ngồi trên ghế đứng dậy, ngồi xổm, đi bộ lâu xuất hiện đau cơ.
- Biến dạng khớp.
- Dấu hiệu khác: tiếng lục khục khi vận động, cứng khớp buổi sáng, sờ thấy các chồi xương ở quanh khớp, teo cơ, …

2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm: công thức máu, đường huyết, ure, creatinine, AST, ALT, bilan lipid, ion đồ, tổng phân tích nước tiểu.
- ECG.
- Chụp X-quang cột sống thắt lưng, cột sống cổ, khớp gối, …

III. ĐIỀU TRỊ

1. Thuốc thang

1.1. Ph p điều trị chung

Ôn thông kinh lạc, hành khí hoạt huyết, bổ can thận, bổ khí huyết, khu phong, tán hàn, trừ thấp.

1.2. Thoái hoá vùng eo lưng xuống tới chân (cột sống th t lưng, khớp háng, khớp gối, gót chân, ...)

- Bài thuốc Độc hoạt tang ký sinh gia giảm.

- Bài thuốc Hữu quy hoàn.

1.3. Thoái hoá các khớp chi trên

Bài thuốc Quyên tý thang.

1.4. Thoái hoá cột sống có đợt cấp do co cứng

Phép trị: khu phong, tán hàn, trừ thấp, ôn thông kinh lạc.

- Bài thuốc: Khương hoạt thắng thấp thang.

- Bài thuốc: Can khương thương truật thang.

2. Biện pháp kết hợp

- Châm cứu:

+ Châm tả: A thị huyệt, huyệt tại chỗ, huyệt lân cận vùng đau (căn cứ các đường kinh đi qua chỗ đau để chọn huyệt).

+ Châm bổ: Quan nguyên, Khí hải, Thận du, Tam âm giao, Đại trường du, Mệnh môn, Chí thất.

- Hồng ngoại: 15 phút vùng đau, khoảng cách 50cm.

- Thuỷ châm:

Neutrivit 5000 2mL/ngày.

Vitamin B_{12} 1mL/ngày.

Có thể mỗi ngày hoặc cách ngày áp thống điểm.

- Laser chiếu ngoài, sóng xung kích.

- Siêu âm điều trị vùng đau.

- Kéo cột sống.

- Xoa bóp vùng đau bằng cồn xoa bóp.

3. Thuốc thành phẩm

Có thể sử dụng một trong các thuốc sau:

- Độc hoạt tang ký sinh (Độc hoạt, Quế chi, Phòng phong, Đương quy, Tế tân, Xuyên khung, Tần giao, Bạch thược, Tang ký sinh, Thục địa, Đỗ trọng, Ngưu tất, Phục linh, Cam thảo) uống 2 viên x 3 lần/ngày.

- Thuốc khớp Phong Dan (Tục đoạn, Phòng phong, Hy thiêm, Độc hoạt, Tần giao, Bạch thược, Đương quy, Xuyên khung, Thiên niên kiện, Hoàng kỳ, Ngưu tất, Đỗ trọng, Mã tiền chế) uống 2 viên x 3 lần/ngày.

- Phong thấp ACP (Hy thiêm, Ngũ gia bì gai, Thiên niên kiện, Cẩu tích, Thổ phục linh) uống 2 viên x 3 lần/ngày.

- Revmaton (Tế tân, Tang ký sinh, Độc hoạt, Phòng phong, Bạch Thược) uống 1 viên x 3 lần/ngày.

4. Kết hợp điều trị y học hiện đại

Xem phác đồ điều trị thoái hóa khớp phần Nội khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2008), *Quy trình kỹ thuật Y học cổ truyền,* ban hành kèm theo Quyết định số 26/QĐ-BYT.

HỘI CHỨNG VAI GÁY

(Chứng kiên tý)

MÃ ICD 10: M54.2

I. LÂM SÀNG

1. Thể phong hàn (đau vai gáy do lạnh)

Thường xảy ra đột ngột do co cứng các cơ thang, đòn chũm khi gặp lạnh, khi gánh vác nặng, gối cao. YHCT cho rằng do phong hàn xâm phạm vào các đường kinh mạch ở vai gáy gây ra.

Triệu chứng: đột nhiên vai gáy cứng đau quay cổ khó, ấn vào các cơ thang, đòn chũm thấy đau và co cứng so với bên lành, sợ lạnh, rêu trắng, mạch phù.

2. Thể khí trệ huyết ứ (đau vai gáy do mang vác nặng, do sai tư thế)

Triệu chứng: đau tại chỗ giống như thể do lạnh, thường xảy ra do mang vác nặng hoặc sau khi nằm nghiêng, gối quá cao, mạch phù khẩn.

3. Thể thấp nhiệt (đau vai gáy do viêm nhiễm)

Triệu chứng: sưng, nóng, đỏ, đau, hạn chế vận động vùng vai gáy, có thể có sốt, chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng, mạch phù sác.

4. Đau vai gáy do can thận hư

- Nguyên nhân: can thận hư yếu gân xương không được cấp dưỡng đầy đủ, nội phong tự sinh.

- Triệu chứng: đau cứng gáy, quay trở khó khăn, cúi xuống khó khăn, vận động nhiều thì đau nhiều có khi giật hoặc đau từng cơn, nằm nghỉ đỡ đau, lưỡi đỏ nhạt không tươi.

5. Đau vai gáy âm hư dương cang

Triệu chứng: cổ gáy cứng đơ khó chịu, bệnh trình kéo dài, chóng mặt ù tai, lưng đùi mềm yếu, mặt mắt đỏ, đầu nặng chân nhẹ, đi đứng lảo đảo, mạch huyền tế là thuộc âm khuy dương cang.

6. Đau vai gáy thận hư phong thấp

Triệu chứng: gáy cứng, chân tay tê dại, lưng và cột sống cử động khó khăn, đau lâu ngày.

II. ĐIỀU TRỊ

1. Thuốc thành phẩm

Có thể sử dụng một trong số các thuốc sau:

- Độc hoạt tang ký sinh (Độc hoạt, Quế chi, Phòng phong, Đương quy, Tế tân, Xuyên khung, Tần giao, Bạch thược, Tang ký sinh, Thục địa, Đỗ trọng, Ngưu tất, Phục linh, Cam thảo) uống 2 viên x 3 lần/ngày.

- Thuốc khớp Phong Dan (Tục đoạn, Phòng phong, Hy thiêm, Độc hoạt, Tần giao, Bạch thược, Đương quy, Xuyên khung, Thiên niên kiện, Hoàng kỳ, Ngưu tất, Đỗ trọng, Mã tiền chế) uống 2 viên x 3 lần/ngày.

- Thuốc Thấp khớp CD (Độc hoạt, Phòng phong, Đỗ trọng, Ngưu tất, Trinh nữ, Hồng hoa, Thục đoạn) uống 2 viên x 3 lần/ngày.

- Thuốc Phong tê thấp (Tục đoạn, Phòng phong, Hy thiêm, Độc hoạt, Tần giao, Đương quy, Xuyên khung, Thiên niên kiện, Hoàng kỳ, Ngưu tất, Đỗ trọng, Bạch thược) uống 2 viên x 3 lần/ngày.

- Phong thấp ACP (Hy thiêm, Ngũ gia bì gai, Thiên niên kiện, Cẩu tích, Thổ phục linh) uống 2 viên x 3 lần/ngày.

- Khang minh phong thấp nang (Lá lốt, Hy thiêm, Ngưu tất, Thổ phục linh) uống 2 viên x 3 lần/ngày.

- Revmaton (Tế tân, Tang ký sinh, Độc hoạt, Phòng phong, Bạch Thược) uống 1 viên x 3 lần uống/ngày.

2. Điều trị thuốc thang và các biện pháp kết hợp khác theo thể bệnh

2.1. Thể phong hàn (đau vai gáy do lạnh)

- Pháp điều trị: khu phong tán hàn, hành khí, hoạt huyết.

- Châm cứu: ôn châm các huyệt: Phong trì, Kiên tỉnh, Thiên trụ, Thiên tông, Dương trì cùng bên, Dương lăng tuyền, Kiên ngung.

- Xoa bóp bấm huyệt: dùng các thủ thuật: xát, lăn, day, bấm, bóp, vận động bên vai gáy bị đau.

- Chiếu đèn hồng ngoại.

- Siêu âm trị liệu.

2.2. Thể khí trệ huyết ứ (đau vai gáy do mang vác nặng, do sai tư thế)

- Pháp điều trị: hoạt huyết tiêu ứ, thư cân hoạt lạc.

- Châm tả các huyệt như bị lạnh.

- Xoa bóp bấm huyệt như trên nhưng nên khuyên bệnh nhân vận động từ từ.

2.3. Thể thấp nhiệt (đau vai gáy do viêm nhiễm)

- Pháp điều trị: khu phong, trừ thấp, thanh nhiệt giải độc, hành khí hoạt huyết.

- Châm tả các huyệt: phong môn, đại chùy, khúc trì, hợp cốc và các huyệt lân cận.

- Không xoa bóp bấm huyệt.

2.4. Đau vai gáy do can thận hư

Bài thuốc: Bổ thận tráng cân thang hoặc Bạch thược mộc qua thang.

2.5. Đau vai gáy âm hư dương cang

Bài thuốc: Bình can tiềm dương, nhu cân tức phong.

6. Đau vai gáy thận hư phong thấp

- Phép trị: bổ thận trừ thấp.
- Bài thuốc: Uy linh thung dung thang.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2008), *Quy trình kỹ thuật Y học cổ truyền,* ban hành kèm theo Quyết định số 26/QĐ-BYT.

ĐAU THẦN KINH LIÊN SƯỜN
(Chứng hiếp thống)

MÃ ICD 10: G58.0

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) tuỳ 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 dãn 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 thống" do can khí uất kết, can hỏa quá mạnh hoặc do khí trệ huyết ứ, đàm ẩm. Bệnh nhân thường đau một hoặc hai bên mạn sườn, ngực sườn đầy tức, dễ cáu giận, miệng đắng, mạch huyền, khẩn.

II. ĐIỀU TRỊ

1. Y học hiện đại

1.1. Thuốc giảm đau

Chọn một trong các thuốc theo bậc thang của Tổ chức Y tế thế giới: Acetaminophen (paracetamol, efferalgan), efferalgan codein, morphin, … tùy theo tình trạng đau mà điều chỉnh liều thuốc cho phù hợp.

1.2. 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.

- Piroxicam (Felden) viên hay ống 20mg, uống 1 viên/ngày sau ăn no hoặc tiêm bắp ngày một ống trong 2-3 ngày đầu khi bệnh nhân đau nhiều sau đó chuyển sang đường uống.

- Celecoxib (Celebrex) viên 200mg, liều 1 đến 2 viên/ngày sau ăn no.

1.3. Thuốc có tác dụng giảm đau thần kinh

Gabapentin 300mg 1-3 viên/ngày.

2. Y học cổ truyền

2.1. Đau thần kinh liên sườn do lạnh

- Phép chữa:kKhu phong tán hàn, thông kinh hoạt lạc.

- Châm cứu: các huyệt A thị, vùng rễ nơi thần kinh xuất phát, vùng nách giữa (nơi thần kinh đi qua) và điểm đau nhất, có thể châm huyệt Nội quan, Dương lăng tuyền.

- Xoa bóp: miết dọc theo liên sườn, ấn day vùng rễ nơi thần kinh xuất phát.

- Thủy châm: vitamin B_6, B_{12} huyệt Giáp tích tương ứng nơi đau dây thần kinh.

- Chiếu đèn hồng ngoại, siêu âm trị liệu vùng đau.

2.2. Đau thần kinh liên sườn do thần kinh bị kích thích

- Phép chữa: sơ can hành khí hoạt huyết.

- Bài thuốc: Tiêu dao tán gia giảm.

- Thủy châm, châm cứu, xoa bóp bấm huyệt, chiếu đèn hồng ngoại như thể trên.

2.3. Thuốc thành phẩm

Có thể sử dụng một trong số các thuốc sau:

- Độc hoạt tang ký sinh (Độc hoạt, Quế chi, Phòng phong, Đương quy, Tế tân, Xuyên khung, Tần giao, Bạch thược, Tang ký sinh, Thục địa, Đỗ trọng, Ngưu tất, Phục linh, Cam thảo) uống 2 viên x 3 lần/ngày.

- Revmaton (Tế tân, Tang ký sinh, Độc hoạt, Phòng phong, Bạch Thược) uống 1 viên x 3 lần uống/ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2008), *Quy trình kỹ thuật Y học cổ truyền,* ban hành kèm theo Quyết định số 26/QĐ-BYT.

VIÊM KHỚP DẠNG THẤP
(Chứng tý)

Viêm khớp dạng thấp là bệnh tự miễn, diễn biến mạn tính thường gặp ở nữ giới tuổi trung niên.

MÃ ICD 10: M06

I. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Cứng khớp buổi sáng kéo dài trên một giờ.
- Viêm ít nhất 3 trong số 14 các vị trí khớp sau: đốt ngón tay gần, đốt bàn ngón tay, cổ tay, khuỷu tay, gối, cổ chân, đốt bàn ngón chân (hai bên).
- Trong đó, có ít nhất một khớp thuộc các vị trí sau: đốt ngón tay gần, đốt bàn ngón tay, cổ tay.
- Có tính chất đối xứng.
- Có hạt dưới da.
- Yếu tố dạng thấp huyết thanh dưỡng tính.
- Xquang điển hình ở khối xương cổ tay (hình bào mòn, mất chất khoáng đầu xương).
- Thời gian diễn biến của bệnh ít nhất phải 6 tuần.

Chẩn đoán xác định khi có ít nhất 4 trong 7 yếu tố.

2. Cận lâm sàng

Cận lâm sàng cơ bản: công thức máu, ure, creatinine, AST, ALT, Ion đồ, đường huyết, X quang khớp, các cận lâm sàng khác tùy theo tình trạng lâm sàng.

Cận lâm sàng đặc hiệu: tốc độ màu lắng, Anti CCP, Waaler Rose (phát hiện trong yếu tố thấp trong huyết thanh), dịch khớp.

3. Thể lâm sàng

3.1. Thể nhiệt tý (viêm khớp dạng thấp có đợt tiến triển cấp)

- Các khớp xương nóng đỏ.
- Sốt, phiền táo, khát, mồ hôi ra nhiều.
- Mạch phù hoạt.

3.2. Viêm khớp dạng thấp đợt mãn tính

Các khớp còn sưng đau nhưng hết đỏ, hết sốt, dính khớp, cứng khớp hoặc biến dạng, teo cơ.

3.3. Viêm khớp dạng thấp giai đoạn sớm

Chưa đủ tiêu chuẩn để chẩn đoán viêm khớp dạng thấp: viêm khớp chưa quá 6 tháng, khớp có sưng, có đau nhức, nhưng không nóng đỏ.

- Thể phong tý: đau nhiều khớp, đau di chuyển từ khớp này sang khớp khác, sợ gió, rêu lưỡi trắng, mạch phù.

- Thể hàn tý: đau dữ dội ở một khớp cố định, không lan, trời lạnh đau tăng, chườm nóng đỡ đau, tay chân lạnh, sợ lạnh, rêu lưỡi trắng.

- Thể thấp tý: các khớp nhức mỏi, đau một chỗ cố định, tê bì, đau các cơ có tính cách trì nặng xuống, co rút lại, vận động khó khăn, miệng nhạt, rêu lưỡi trắng dính, mạch nhu hoãn.

II. ĐIỀU TRỊ

1. Thuốc thang

1.1. Thể nhiệt tý (viêm khớp dạng thấp có đợt tiến triển cấp)

- Pháp trị: khu phong thanh nhiệt, hoá thấp.

- Các bài thuốc:

+ Bài Bạch hổ quế chi thang gia giảm.

+ Bài Quế chi thược dược tri mẫu thang.

1.2. Viêm khớp dạng thấp đợt mãn tính

- Pháp trị: khu phong, thanh nhiệt, tán hàn, trừ thấp.

- Bài thuốc Độc hoạt tang ký sinh thang.

1.3. Viêm khớp dạng thấp giai đoạn sớm

1.3.1. Thể hàn tý

- Phép trị: tán hàn là chính, khu phong trừ thấp là phụ, hành khí hoạt huyết.

- Các bài thuốc:

+ Bài Phòng phong thang gia giảm.

+ Bài Quyên tý thang.

1.3.2. Thể thấp tý

- Phép trị: trừ thấp là chính, khu phong tán hàn là phụ, hành phí hoạt huyết.

- Bài thuốc: Ý dĩ nhân thang gia giảm.

2. Châm cứu

- Tại chỗ: châm các huyệt quanh khớp đau hoặc lân cận khớp sưng đau.

- Toàn thân: Hợp cốc, Túc tam lý, Huyết hải, Đại chùy.

3. Vật lý trị liệu

- Dùng cồn xoa bóp tại các khớp bằng các thủ thuật: ấn, day, lăn, véo các khớp và cơ quanh khớp.

- Vận động: vừa xoa bóp vừa tập vận động khớp theo các tư thế cơ năng, động viên bệnh nhân chịu đựng và tập vận động tăng dần.

- Chiếu đèn hồng ngoại.

- Siêu âm trị liệu.

4. Thuốc thành phẩm

Có thể sử dụng một trong số các thuốc sau:

- Độc hoạt tang ký sinh (Độc hoạt, Quế chi, Phòng phong, Đương quy, Tế tân, Xuyên khung, Tần giao, Bạch thược, Tang ký sinh, Thục địa, Đỗ trọng, Ngưu tất, Phục linh, Cam thảo) uống 2 viên x 3 lần/ngày.

- Thuốc khớp Phong Dan (Tục đoạn, Phòng phong, Hy thiêm, Độc hoạt, Tần giao, Bạch thược, Đương quy, Xuyên khung, Thiên niên kiện, Hoàng kỳ, Ngưu tất, Đỗ trọng, Mã tiền chế) uống 2 viên x 3 lần/ngày.

- Thuốc Thấp khớp CD (Độc hoạt, Phòng phong, Đỗ trọng, Ngưu tất, Trinh nữ, Hồng hoa, Thục đoạn) uống 2 viên x 3 lần/ngày.

- Thuốc Phong tê thấp (Tục đoạn, Phòng phong, Hy thiêm, Độc hoạt, Tần giao, Đương quy, Xuyên khung, Thiên niên kiện, Hoàng kỳ, Ngưu tất, Đỗ trọng, Bạch thược) uống 2 viên x 3 lần/ngày.

- Phong thấp ACP (Hy thiêm, Ngũ gia bì gai, Thiên niên kiện, Cẩu tích, Thổ phục linh) uống 2 viên x 3 lần/ngày.

- Khang minh phong thấp nang (Lá lốt, Hy thiêm, Ngưu tất, Thổ phục linh) uống 2 viên x 3 lần/ngày.

- Revmaton (Tế tân, Tang ký sinh, Độc hoạt, Phòng phong, Bạch Thược) uống 1 viên x 3 lần uống/ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2008), *Quy trình kỹ thuật Y học cổ truyền,* ban hành kèm theo Quyết định số 26/QĐ-BYT.

SUY NHƯỢC MẠN TÍNH

MÃ ICD 10: F48.0

I. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Hội chứng suy nhược mạn tính biểu hiện lâm sàng rất phong phú. Những triệu chứng thường gặp trong hội chứng này như mệt mỏi, khó tập trung tư tưởng, đau đầu, đau nhức cơ khớp, dễ cáu gắt, nóng trong người, khó ngủ, sút cân, …

2. Cận lâm sàng

- Cận lâm sàng cơ bản: công thức máu, ure, creatinine, AST, ALT, đường huyết.
- Các cận lâm sàng khác tùy theo tình trạng lâm sàng: ECG, X quang tim phổi, …

3. Thể lâm sàng

3.1. Tâm huyết hư

Hồi hộp, hay quên, tâm phiền lo lắng bất an, mất ngủ, giấc ngủ không sâu, hay mộng mị nói mê, chóng mặt hoa mắt, môi lưỡi nhợt nhạt, mạch tế sác.

3.2. Tâm tỳ hư

Hồi hộp, hay quên, hoa mắt, chóng mặt, ăn kém, mỏi mệt, mất ngủ, sắc mặt vàng, lưỡi nhợt nhạt, mạch nhược, có thể kinh nguyệt không đều (nữ), hoặc xuất huyết dưới da.

3.3. Khí huyết hư

Sắc da xanh xao, nhợt nhạt, hồi hộp, hoa mắt chóng mặt, mệt mỏi, yếu sức, thiếu hơi, biếng nói, mất ngủ, tự ra mồ hôi, lưỡi nhợt bệu, mạch tế nhược.

3.4. Tỳ thận dương hư

Người lạnh, tay chân lạnh, kém ăn, bụng chướng, tiêu phân nhão hoặc tiêu chảy kéo dài hoặc đi cầu phân sống, hoặc ngũ canh tả, toàn thân phù thủng, lưng gối mỏi lạnh, đàn ông có rối loạn cương dương hoặc di tinh, phụ nữ không thụ thai, lưỡi bệu, rêu trắng trơn, mạch tế nhược.

3.5. Can huyết hư

Sắc da khô sạm, xanh nhợt hoặc vàng bủng, móng tay, chân nhợt nhạt, khô, dễ gãy, thể trạng gầy, tay chân tê dại hoặc gân mạch co rút, đau tức hông sườn, mắt khô hoặc nhìn mờ, mất ngủ hay mơ, dễ sợ hãi, phụ nữ hành kinh ít, bế kinh hoặc đau bụng kinh, mạch huyền tế.

II. ĐIỀU TRỊ

1. Tâm huyết hư

1.1. Thuốc thang

- Bài thuốc Quy tỳ thang.
- Bài thuốc Dưỡng tâm thang gia vị.
- Bài thuốc Hậu thiên lục vị phương.

1.2. Thuốc thành phẩm

- Hoàn bổ thận âm (Thục địa, Tỳ giải, Táo nhục, Thạch hộc, Hoài sơn, Khiếm thực) uống 1 gói x 2 lần/ngày.

- Mediphylamin (Bột bèo hoa dâu) uống 2 viên x 2 lần/ngày.

- Nếu khó ngủ: Viên an thần (Đăng tâm thảo, Táo nhân, Tâm sen, Thảo quyết minh) hoặc Dưỡng tâm an (Lá sen, Lá vông, Lạc tiên, Tâm sen, Bình vôi) uống 2 viên vào buổi tối trước khi ngủ.

1.3. Châm cứu

Phương huyệt: Tâm du, Quyết âm du, Tam âm giao, Nội quan, Thần môn, Huyết hải.

2. Tâm tỳ hư

2.1. Thuốc thang

Bài thuốc Quy tỳ thang hoặc Bát trân thang.

2.2. Thuốc thành phẩm

- Thập toàn đại bổ (Bạch thược, Phục linh, Bạch truật, Quế nhục, Cam thảo, Thục địa, Đảng sâm, Đương quy, Xuyên khung, Hoàng kỳ) uống 8-10 viên x 2 lần/ngày.

- Nhân sâm tam thất ngậm 2 viên x 3 lần/ngày.

- Mediphylamin (Bột bèo hoa dâu) uống 2 viên x 2 lần/ngày.

- Nếu khó ngủ: viên an thần (Đăng tâm thảo, Táo nhân, Tâm sen, Thảo quyết minh) hoặc Dưỡng tâm an (Lá sen, Lá vông, Lạc tiên, Tâm sen, Bình vôi) uống 2 viên vào buổi tối trước khi ngủ.

2.3. Châm cứu

Phương huyệt: Đản trung, Quan nguyên, Khí hải, Thần môn, Chi chính, Thái uyên, Thiên lịch.

3. Khí huyết hư

3.1. Thuốc thang

Bài thuốc Bát trân thang.

3.2. Thuốc thành phẩm

- Thập toàn đại bổ (Bạch thược, Phục linh, Bạch truật, Quế nhục, Cam thảo, Thục địa, Đảng sâm, Đương quy, Xuyên khung, Hoàng kỳ) uống 8-10 viên x 2 lần/ngày.

- Nhân sâm tam thất ngậm 2 viên x 3 lần/ngày.

- Mediphylamin (Bột bèo hoa dâu) uống 2 viên x 2 lần/ngày.

- Nếu khó ngủ: viên an thần (Đăng tâm thảo, Táo nhân, Tâm sen, Thảo quyết minh) hoặc Dưỡng tâm an (Lá sen, Lá vông, Lạc tiên, Tâm sen, Bình vôi) uống 2 viên vào buổi tối trước khi ngủ.

3.3. Châm cứu

Phương huyệt: Đản trung, Quan nguyên, Khí hải, Thần môn, Cách du, Cao hoang du, Túc tam lý, Tam âm giao.

4. Tỳ thận dương hư

4.1. Thuốc thang

Bài thuốc Hữu quy ẩm.

4.2. Thuốc thành phẩm

- Thập toàn đại bổ (Bạch thược, Phục linh, Bạch truật, Quế nhục, Cam thảo, Thục địa, Đảng sâm, Đương quy, Xuyên khung, Hoàng kỳ) uống 8-10 viên x 2 lần/ngày.

- Nhân sâm tam thất ngậm 2 viên x 3 lần/ngày.

- Nếu khó ngủ: Viên an thần (Đăng tâm thảo, Táo nhân, Tâm sen, Thảo quyết minh) hoặc Dưỡng tâm an (Lá sen, Lá vông, Lạc tiên, Tâm sen, Bình vôi) uống 2 viên vào buổi tối trước khi ngủ.

4.3. Châm cứu

Phương huyệt: Thận du, Tam âm giao, Mệnh môn, Trung cực, Can du, Thái xung.

5. Can huyết hư

5.1. Thuốc thang

Bài thuốc Lương địa thang gia giảm hoặc Bổ can thang (Y Tông Kim Giám).

5.2. Thuốc thành phẩm

- Thập toàn đại bổ (Bạch thược, Phục linh, Bạch truật, Quế nhục, Cam thảo, Thục địa, Đảng sâm, Đương quy, Xuyên khung, Hoàng kỳ) uống 8-10 viên x 2 lần/ngày.

- Nhân sâm tam thất ngậm 2 viên x 3 lần/ngày.

- Nếu khó ngủ: viên an thần (Đăng tâm thảo, Táo nhân, Tâm sen, Thảo quyết minh) hoặc Dưỡng tâm an (Lá sen, Lá vông, Lạc tiên, Tâm sen, Bình vôi) uống 2 viên vào buổi tối trước khi ngủ.

- Xoa bóp vùng đau bằng cồn xoa bóp.

5.3. Châm cứu

Phương huyệt: Can du, Thái xung, Thần môn, Huyết hải, Tam âm giao, Cách du.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2008), *Quy trình kỹ thuật Y học cổ truyền,* ban hành kèm theo Quyết định số 26/QĐ-BYT.

VIÊM LOÉT DẠ DÀY - TÁ TRÀNG
(Chứng vị quản thống)

MÃ ICD 10: K27

I. ĐẠI CƯƠNG

Vị quản thống là chứng đau bụng vùng thượng vị**.** Có 2 nhóm nguyên nhân:

- Ngoại nhân: hàn, thấp tà.
- Nội nhân: tình chí uất kết (lo lắng, suy nghĩ, tức giận thái quá kéo dài).
- Bất nội ngoại nhân: ẩm thực thất đều (ăn đồ sống lạnh, ăn uống thất thường…).

II. LÂM SÀNG

1. Khí uất (khí trệ)

- Đau thượng vị từng cơn, cảm giác nặng bụng khó chịu.
- Đau tức lan ra hông sườn, ấn vào thấy đau tăng (cự án).
- Buồn nôn, ợ hơi, ợ chua.
- Đầy hơi, ăn khó tiêu, ợ hơi hoặc trung tiện được thì nhẹ.
- Chất lưỡi hơi đỏ, rêu lưỡi trắng hoặc vàng.
- Mạch huyền.

2. Hỏa uất

- Vùng thượng vị đau nhiều, đau nóng rát, cự án.
- Miệng khô đắng, hay nôn ợ chua.
- Dễ bực mình hay cáu gắt.
- Chất lưỡi đỏ, rêu vàng.
- Mạch huyền sác.

3. Tỳ vị hư hàn

- Đau âm ỉ vùng thượng vị cả ngày, khi đau thích xoa bóp chườm nóng.
- Đầy hơi, lạnh bụng, tức bụng.
- Có thể buồn nôn, nôn ra nước trong.
- Ăn uống kém, người mệt mỏi, sợ lạnh, tay chân lạnh.
- Đi cầu phân lỏng, sệt.
- Lưỡi bệu nhợt, rêu trắng nhầy nhớt.
- Mạch trầm tế hoặc trầm nhược.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Khí trệ (khí uất)

1.1. Thuốc thang

Phép trị: sơ can lý khí (sơ can, giải uất hoà vị).

- Bài thuốc 1: Sài hồ sơ can thang (Trung y học khái luận).

- Bài thuốc 2: Tiêu giao gia uất kim.

1.2. Thuốc thành phẩm

Tumegas (Nghệ vàng) 1 gói x 3 uống trước bữa ăn 30 phút.

1.3. Châm cứu

Trung quản - Lãi câu - Hành gian - Thái xung - Hành môn

2. Hoà uất

2.1. Thuốc thang

Phép trị: sơ can tiết nhiệt (thanh can hoà vị).

- Bài thuốc 1: Hương cúc bồ đề nghệ.

- Bài thuốc 2: Hoá can tiễn phối hợp với Tá kim hoàn.

2.2. Thuốc thành phẩm

Tumegas (Nghệ vàng) 1 gói x 3 uống trước bữa ăn 30 phút.

2.3. Châm cứu:

Nội đình, Hợp cốc, Nội quan

3. Tỳ vị hư hàn

3.1. Thuốc thang

Phép trị: ôn trung kiện tỳ.

- Bài thuốc 1: Hương sa lục quân thang.

- Bài thuốc 2: Hoàng kỳ kiến trung thang gia giảm.

3.2. Thuốc thành phẩm

- Tumegas (Nghệ vàng) 1 gói x 3 uống trước bữa ăn 30 phút.

- Pharnanca (Bạch mao căn, Bạch thược, Cam thảo, Thần khúc, Mạch nha, Đan sâm) uống 2 viên x 2-3 lần/ngày.

3.3. Châm cứu

Quan nguyên, Khí hải, Túc tam lý, Thái bạch, Phong long, Tỳ du, Đại đô, Thiếu phủ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2008), *Quy trình kỹ thuật Y học cổ truyền,* ban hành kèm theo Quyết định số 26/QĐ-BYT.

VIÊM GAN MẠN

MÃ ICD 10: K73

I. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng

- Mắt vàng, da vàng tươi hoặc sạm, nước tiểu vàng, tiểu ít.
- Ăn kém, chán ăn.
- Đi tiêu phân khô, táo hoặc đi lỏng, phân nát.
- Bụng có thể đầy chướng.
- Rêu lưỡi vàng dày, bẩn.
- Mạch nhu, sác hoặc huyền sác.

2. Các thể bệnh

2.1. Tỳ vị thấp nhiệt

- Mắt vàng, da vàng, tiểu vàng, sốt.
- Ăn uống kém, khát nước, bụng có thể chướng đầy.
- Mạch nhu sác.

2.2. Âm hư thấp nhiệt (thường gặp trong bệnh cảnh đợt cấp của bệnh mạn).

- Sắc mặt vàng sạm, tiểu vàng sậm.
- Khô môi miệng, sốt, rêu lưỡi, vàng khô.
- Mạch sác hoặc huyền sác.

2.3. Can đởm uất nhiệt

- Vàng da, tiểu vàng, đau tức cạnh sườn, miệng đắng.
- Mạch huyền sác.

2.4. Hàn thấp (Tỳ dương hư)

Sắc da vàng tối, ăn ít, bụng đầy hoặc có cổ trướng, sợ lạnh, tiêu lỏng, mệt mỏi, lưỡi nhạt, rêu dày, mạch nhu, hoãn.

2.5. Khí huyết hư

- Sắc da vàng, mệt mỏi, da không tươi nhuận, hoa mắt, chóng mặt, hồi hộp.
- Mất ngủ, tiêu lỏng, chất lưỡi nhợt, rêu mỏng, mạch tế nhược.

II. ĐIỀU TRỊ

1. Thuốc thang

1.1. Tỳ vị thấp nhiệt

Phép trị: thanh nhiệt hoá thấp.

- Nếu nhiệt nặng hơn thấp sử dụng bài Nhân trần thang gia vị.
- Nếu thấp nặng hơn sử dụng bài Nhân trần gia ngũ linh tán.

1.2. Âm hư thấp nhiệt (thường gặp trong bệnh cảnh đợt cấp của bệnh mãn).

Phép trị: tư âm bổ hư, thanh nhiệt hoá thấp.

- Bài 1: Nhất quán tiễn gia giảm.
- Bài 2: Lục vị địa hoàng hoàn gia vị.

1.3. Can đởm uất nhiệt

Phép trị: sơ cản giải uất.

- Bài 1: Sài thược lục quân gia giảm.
- Bài 2: Tứ nghịch tán gia giảm.

1.4. Hàn thấp (Tỳ dương hư)

Phép trị: Kiện tỳ hoà vị, ôn hoá hàn thấp.

- Bài 1: Nhân trần truật phụ thang gia vị.
- Bài 2: Hoàng kỳ kiến trung thang gia giảm.

1.5. Khí huyết hư

Phép trị: Bổ dưỡng khí huyết.

- Bài 1: Bát Trân thang gia giảm
- Bài 2: Quy tỳ thang

2. Thuốc thành phẩm

2.1. Nhóm hạ men gan (có thể sử dụng một trong các thuốc sau)

- Diệp hạ châu (cao khô lá Diệp hạ châu) uống 2 viên x 3 lần/ngày.
- Atiliver Diệp Hạ Châu (Diệp hạ châu đắng, Xuyên tâm liên, Bồ công anh, cỏ Mực) uống 2 viên x 3 lần/ngày.
- Liverbil (Actiso, Bìm bìm biếc, Rau đắng đất, Diệp hạ châu) uống 1 viên x 3 lần/ngày.
- Bổ gan-TT (cao đặc Actiso) uống 4 viên x 3 lần/ngày.
- Chorlatcyn (cao đặc Actiso, cao mật lợn khô, tỏi khô, than hoạt tính) uống 2 viên x 3 lần/ngày.

2.2. Nhóm nâng tổng trạng (có thể sử dụng một trong các thuốc sau)

- Hoàn bổ thận âm (Thục địa, Tỳ giải, Táo nhục, Thạch hộc, Hoài sơn, Khiếm thực) uống 1 gói x 2 lần/ngày.
- Thập toàn đại bổ (Bạch thược, Phục linh, Bạch truật, Quế nhục, Cam thảo, Thục địa, Đảng sâm, Đương quy, Xuyên khung, Hoàng kỳ) 8-10 viên x 2 lần/ngày.
- Nếu có khó ngủ: viên an thần (Đăng tâm thảo, Táo nhân, Tâm sen, Thảo quyết minh) hoặc viên Dưỡng tâm an (Lá sen, Lá vông, Lạc tiên, Tâm sen, Bình vôi) 2 viên uống tối trước khi ngủ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2008), *Quy trình kỹ thuật Y học cổ truyền,* ban hành kèm theo Quyết định số 26/QĐ-BYT.

XƠ GAN

MÃ ICD 10: K74

I. CHẨN ĐOÁN

1. Thể can uất tỳ hư

Mệt mỏi, chán ăn, tức nặng vùng gan, bụng chướng đầy hơi, đại tiện phân nát, rêu lưỡi mỏng, mạch huyền tế (thường gặp trong giai đoạn xơ gan mất bù).

2. Thể tỳ thận dương hư

Mệt mỏi, ăn kém, bụng chướng, chân phù, tiểu ít, tiêu phân loãng, sắc mặt vàng tái, lưỡi nhợt bệu, mạch trầm tế.

3. Thể khí trệ huyết ứ

Đau tức hai mạn sườn, bụng chướng, nổi gân xanh, người gầy, môi lưỡi tím, mạch tế (thường gặp trong xơ gan có tăng áp tĩnh mạch cửa).

II. ĐIỀU TRỊ

1. Thuốc thang

1.1. Thể can uất tỳ hư

Pháp trị: sơ can kiện tỳ.

- Bài thuốc sài hồ sơ can thang gia giảm.
- Bài thuốc Sài thược lục quân gia giảm.

1.2. Thể tỳ thận dương hư

- Pháp trị: Ôn trung hành thuỷ
- Bài thuốc Phụ tử lý trung thang gia giảm.

2. Thuốc thành phẩm

- Diệp hạ châu (cao khô lá Diệp hạ châu): uống 2 viên x 3 lần/ngày.
- Atiliver Diệp Hạ Châu (Diệp hạ châu đắng, Xuyên tâm liên, Bồ công anh, Cỏ mực) uống 2 viên x 3 lần/ngày.
- Liverbil (Actiso, Bìm bìm biếc, Rau đắng đất, Diệp hạ châu) uống 1 viên x 3 lần/ngày.
- Bổ gan-TT (cao đặc Actiso) uống 4 viên x 3 lần/ngày.
- Chorlatcyn (cao đặc Actiso, cao mật lợn khô, tỏi khô, than hoạt tính) uống 2 viên x 3 lần/ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2008), *Quy trình kỹ thuật Y học cổ truyền,* ban hành kèm theo Quyết định số 26/QĐ-BYT.

TRĨ
(Hạ trĩ)

MÃ ICD 10: I84

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh trĩ, hay còn gọi là bệnh lòi dom theo dân gian, là bệnh được tạo thành do dãn quá mức các đám rối tĩnh mạch trĩ (hay sự phình tĩnh mạch) ở mô xung quanh hậu môn. Khi các mô này phồng lên do sưng hoặc viêm thì gọi là trĩ.

II. ĐIỀU TRỊ

1. Thuốc thang và châm cứu

1.1. Thể nhiệt độc

- Phép chữa: thanh nhiệt giải độc, lương huyết, hoạt huyết, chỉ huyết, thăng đề, nhuận trường.
- Bài thuốc: Giải độc thang gia vị.
- Châm cứu: Bách hội, Trường cường, Thứ liêu, Túc tam lý, Tam âm giao, Đại trường du.

1.2. Thể huyết ứ

- Phép điều trị: Hoạt huyết khứ ứ, hành khí chỉ huyết, thăng đề.
- Bài thuốc: Hoạt huyết địa hoàng thang + tứ vật đào hồng gia giảm.
- Châm cứu như trên.

1.3. Thể thấp nhiệt

- Phép chữa: thanh nhiệt, lợi thấp, hoạt huyết chỉ huyết thăng đề, hành khí sinh cơ, nhuận trường.
- Bài thuốc: Giải độc thang gia xích thược, trạch tả, đào nhân, hoàng đằng, giấp cá, hòe hoa, chi tử sao, chỉ xác, kinh giới tuệ.

1.4. Thể khí huyết hư

- Phép điều trị: Bổ khí huyết, thăng đề.
- Bài thuốc: Bổ trung ích khí thang gia giảm.
- Châm cứu: Bách hội, Trường cường, Tỳ du, Vị du, Quan nguyên, Khí hải.

2. Thuốc thành phẩm

Thuốc trĩ Tomoko (Phòng phong, Hòe giác, Đương quy, Địa du, Chỉ xác, Hoàng Cầm) uống 2 viên x 3 lần/ ngày trong 1-2 tháng.

Nếu cơ thể suy nhược thêm Thập toàn đại bổ (Bạch thược, Phục linh, Bạch truật, Quế nhục, Cam thảo, Thục địa, Đảng sâm, Đương quy, Xuyên khung, Hoàng kỳ) uống 8-10 viên x 2 lần/ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2008), *Quy trình kỹ thuật Y học cổ truyền,* ban hành kèm theo Quyết định số 26/QĐ-BYT.

VIÊM PHẾ QUẢN CẤP VÀ MẠN
(Khái thấu đờm ẩm)

MÃ ICD 10:

+ *Viêm phế quản cấp*: **J20**

+ *Viêm phế quản mạn tính*: **J41**

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm phế quản mạn là bệnh đặc trưng bởi sự tạo lập đàm nhớt nhiều trong phế quản và biểu hiện ho khạc đàm tối thiểu 3 tháng liên tục trong một năm, kéo dài trong hai năm liên tiếp.

II. ĐIỀU TRỊ

1. Thuốc thang

1.1. Thể đàm thấp

- Triệu chứng: ho và khạc đờm nhiều, đờm trắng dính, có thể loãng hay vón cục. Toàn thân thì tinh thần mệt mỏi, ngực bụng có cảm giác đày tức ăn kém. Rêu lưỡi trắng nhờn, mạch nhu hoãn.

- Pháp chữa: Kiện vận tỳ vị và táo thấp hóa đàm. (Trong đợt cấp lấy táo thấp hóa đàm làm chủ, ngoài đợt cấp lấy kiện vận tỳ vị làm chủ).

- Bài thuốc: Bình vị tán gia giảm (táo thấp hóa đàm) hoặc Lục quân tử thang (kiện vận tỳ vị).

1.2. Thể thủy ẩm hay hàn ẩm

- Triệu chứng: ho và khó thở hay tái phát thường xuyên, đặc biệt là trời lạnh thì ho tăng lên và khạc ra nhiều đờm loãng trong. Có khi người bệnh khó thở nhiều, phải nằm đầu gối cao mới dễ thở hơn, toàn thân thì người sợ lạnh, rêu lưỡi trắng trơn, mạch tế nhược.

- Pháp điều trị: Ôn phế, hóa đàm.

- Bài thuốc: Tiểu thanh long thang gia giảm.

2. Thuốc thành phẩm

Lựa chọn sử dụng một trong các thuốc sau:

- Thuốc ho người lớn OPC (Tỳ bà diệp, Cát cánh, Bách bộ, Tiền hồ, Tang bạch bì, Thiên môn đông, Phục linh, Cam thảo, Hoàng cầm, Menthol, Cineol) uống 15mL/lần x 2-3 lần/ngày.

- Thuốc ho trẻ em OPC (Tỳ bà diệp, Cát cánh, Bách bộ, Tiền hồ, Tang bạch bì, Thiên môn đông, Phục linh, Cam thảo, Hoàng cầm, Menthol, Cineol):

+ Trẻ em từ 1-5 tuổi: uống 5mL/lần x 2-3 lần/ngày.

+ Trẻ em từ 5-12 tuổi: uống 10mLlần x 2-3 lần/ngày.

- Thuốc ho thảo dược (Cát cánh, Kinh giới, Tử uyển, Bách bộ, Hạnh nhân, Cam thảo, Trần bì, Mạch môn):

+ Trẻ em từ 1-5 tuổi: uống 5mL/lần x 2-3 lần/ngày.

+ Trẻ em từ 5-12 tuổi: uống 10mL/lần x 2-3 lần/ngày.

+ Từ 12 tuổi trở lên: uống 15mL/lần x 2-3 lần/ngày.

3. Điều trị y học hiện đại

Xem thêm phần Nội khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2008), *Quy trình kỹ thuật Y học cổ truyền,* ban hành kèm theo Quyết định số 26/QĐ-BYT.

VIÊM ĐẠI TRÀNG CẤP VÀ MẠN TÍNH
(Rối loạn chức năng đại tràng)

.

MÃ ICD 10: K52.3

I. THUỐC THANG

1. Thời kỳ phát tác

1.1. Thấp nhiệt uẩn kết

- Triệu chứng: phát sốt, đau bụng, hạ lợi xích bạch niêm dịch tiện hoặc hữu lý cấp hậu trọng, giang môn đều nhiệt, tiểu tiện ngắn đỏ; chất lưỡi hồng, rêu lưỡi vàng nhờn; mạch hoạt sác.

- Pháp điều trị: thanh nhiệt giải độc- hoá thấp chỉ thống.

- Bài thuốc: hợp phương Bạch đầu ông thang và Thược dược thang.

1.2. Can tỳ bất hòa

- Triệu chứng: phúc thống thường lúc căng thẳng hoặc sau lao lung quá độ, tiết tả nùng huyết tiện (ỉa chảy có mủ máu), trước khi tiết tả đau nhiều, sau tiết tả đau giảm, ngực sườn chướng đầy, đau đầu hay cáu gắt giận dữ, bụng đầy chán ăn, ái khí, chất lưỡi hồng, rêu lưỡi trắng mỏng; mạch huyền hoặc huyền sác.

- Pháp chữa: sơ can lý tỳ - hành khí chỉ lợi.

- Bài thuốc: hợp phương "tứ nghịch tán" và "thống tả yếu phương".

1.3. Ứ trở trường lạc

- Triệu chứng: đau bụng kịch liệt hoặc chướng đau tăng dần liên tục, nôn khan hoặc nôn mửa, sốt cao không lui, bụng chướng như gỗ, đông thống cự án, đại tiện bất thông, mũi khô, chất lưỡi hồng, rêu xám (tro) hoặc vàng trắng tương kiêm mà nhờn; mạch hoạt sác hoặc huyền khẩn.

- Pháp điều trị: hoạt huyết hóa ứ thông lý công hạ.

- Bài thuốc: Đào nhân thừa khí thang gia giảm.

2. Thời kỳ hoãn giải

2.1. Tỳ vị hư nhược

- Triệu chứng: trường ố phúc tả, đại tiện lỏng nát hoặc hoài dục bất thần, bì quyện phạp lực, sắc mặt bệch trắng, hoàng nuy, chất lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng hoặc trắng nhờn; mạch nhu hoãn hoặc trầm tế vô lực.

- Pháp điều trị: kiện tỳ hoà vị - vận trung chỉ tả.

- Bài thuốc: Sâm linh bạch truật tán gia giảm.

2.2. Tỳ thận dương hư

- Triệu chứng: phúc tả lâu ngày, hoãn cốc bất hóa, quản bì nạp bảo, bì phạp vô lực, sắc mặt vô hoa; sợ lạnh, thích ấm, quản phúc lạnh đau; ngũ canh tiết tả; chất lưỡi nhợt, hình lưỡi bệu mềm hoặc rìa có hằn răng; mạch trầm tế vô lực.

- Pháp điều trị: ôn bổ tỳ thận - sáp trường chỉ tả.

- Bài thuốc: "tứ thần hoàn" hợp "đào hoa thang" gia giảm.

II. THUỐC THÀNH PHẨM

Caltestin - Viêm đại tràng Xuân Quang (Trần bì, Đương quy, Mạch nha, Phục linh, Chỉ xác, Thanh bì, Bạch truật, Hậu phác, Bạch đậu khấu, Can khương, Mộc hương):

- Người lớn uống 2 viên x 2 lần/ngày.

- Trẻ em trên 8 tuổi uống 1 viên x 2 lần/ngày.

III. CHÂM CỨU

Thường dùng các huyệt: Quan nguyên, Thận du, Thiên khu, Thượng cự hư, Đại trường du, Tỳ du, Trung quản, Túc tam lý. Mỗi ngày chọn 3-5 huyệt, dùng tả pháp, lưu châm 20-30 phút, 10 ngày là 1 liệu trình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2008), *Quy trình kỹ thuật Y học cổ truyền,* ban hành kèm theo Quyết định số 26/QĐ-BYT.

SỎI THẬN
(Thạch lâm)

MÃ ICD 10: N20.0

1. Thuốc thang

1.1. Thể khí trệ

- Phép chữa: hành khí, lợi niệu, thông lâm, bài thạch.
- Bài thuốc: Thạch vi tán.

1.2. Thể thấp nhiệt

- Phép chữa: Thanh nhiệt lợi thấp, thông lâm, bài thạch.
- Bài thuốc: Bát chính tán gia giảm.

1.3. Thể thận hư thủy ứ

- Phép chữa: Bổ thận, hóa ứ, hành khí, lợi niệu thông lâm, bài thạch.
- Bài thuốc: Thạch vi tán gia giảm phụ tử, nhục quế, bổ cốt chỉ nếu thận dương hư. Gia nữ trinh tử, hạn liên thảo, kỷ tử, thục địa nếu thận âm hư.

2. Thuốc thành phẩm

Kim tiền thảo (cao khô kim tiền thảo) hoặc Kim tiền thảo râu mèo: người lớn uống 3 viên x 3 lần/ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2008), *Quy trình kỹ thuật Y học cổ truyền,* ban hành kèm theo Quyết định số 26/QĐ-BYT.

MỀ ĐAY DỊ ỨNG
(Phong chẩn khối)

MÃ ICD 10: L50.0

I. THUỐC THANG

1. Thể phong hàn

- Hay gặp ở bệnh dị ứng nổi ban do lạnh, do nước lạnh.

- Triệu chứng: da hơi đỏ hoặc sắc trắng, gặp lạnh hay phát bệnh, trời nóng bệnh giảm, rêu lưỡi trắng, mạch phù khẩn.

- Pháp chữa: phát tán phong hàn, điều hòa dinh vệ.

- Phương: Hoàng kỳ kiến trung thang gia giảm.

2. Thể phong nhiệt

- Triệu chứng: da đỏ, các nốt ban đỏ, nóng rát, miệng khát, phiền táo, gặp gió khí hậu hoàn cảnh nóng thể bệnh phát ra hoặc tăng thêm, mạch phù sác, lưỡi đỏ, rêu vàng hoặc trắng.

- Pháp chữa: khu phong, thanh nhiệt, lương huyết.

- Phương: Ngân kiều tán gia giảm.

II. THUỐC THÀNH PHẨM

Có thể sử dụng một trong các thuốc sau:

- Forvim - Ngân kiều giải độc Xuân Quang (Kim ngân hoa, Liên kiều, Diệp hạ châu, Bồ công anh, Mẫu đơn bì, Đại hoàng): ngày uống 3 lần, mỗi lần 2 viên.

- Nam dược giải độc (Kim ngân, Hoàng cầm, Liên kiều, Thăng ma): người lớn ngày uống 2 lần, mỗi lần 3 viên; trẻ em ngày uống 2 lần, mỗi lần 2 viên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2008), *Quy trình kỹ thuật Y học cổ truyền,* ban hành kèm theo Quyết định số 26/QĐ-BYT.

RỐI LOẠN LIPID MÁU

MÃ ICD 10: E75.5

I. ĐẠI CƯƠNG

Hội chứng rối loạn lipid máu thuộc phạm vi các chứng "đàm ẩm", "huyết ứ", "đầu thống", "tâm quý", "hung tý". Trong đó, vấn đề "đàm trọc" là nổi bật hơn cả.

Theo quan niệm của YHCT, đàm có thể chia ra làm hai loại: đàm nghĩa hẹp và đàm nghĩa rộng. Đàm nghĩa hẹp nói chung là để chỉ vật ứ lại ở phế và được đưa ra ngoài hay còn gọi là đàm hữu hình hay ngoại đàm. Đàm nghĩa rộng là để chỉ thứ đàm do công năng các tạng phủ rối loạn hoặc hư tổn sinh ra. Vì khó quan sát được nên gọi là đàm vô hình hoặc nội đàm (đàm trọc nội sinh). Loại đàm này là sản phẩm trung gian từ nước chuyển thành tân dịch, bao giờ cũng có một lượng nhất định, khi tạng phủ bị rối loạn hoặc hư yếu chúng tăng lên nhiều và trở thành yếu tố gây hại rất rộng lớn.

II. ĐIỀU TRỊ

1. Thuốc thang

- Pháp chữa: hóa đàm, tiêu đàm, điều đàm.
- Bài thuốc: tùy theo từng thể đàm mà lựa chọn bài thuốc:

+ Táo thấp hóa đàm: dùng bài Nhị trần thang.

+ Nhuận táo hóa đàm: dùng bài Bối mẫu hoa lâu tán.

+ Thanh nhiệt hóa đàm: dùng bài Thanh khí hóa đàm hoàn.

+ Trừ hàn hóa đàm: dùng bài Lý trung hoàn.

2. Thuốc thành phẩm

Lipidan (Bán hạ nam, Bạch linh, Xa tiền tử, Ngũ gia bì chân chim, Sinh khương, Trần bì, Rụt, Sơn tra, Hậu phác nam): người lớn ngày uống 2 lần, mỗi lần 3 viên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2008), *Quy trình kỹ thuật Y học cổ truyền,* ban hành kèm theo Quyết định số 26/QĐ-BYT.

PHẦN XII: DINH DƯỠNG

DINH DƯỠNG TRONG BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP

.

I. NGUYÊN TẮC

- Năng lượng: 30Kcal/kg cân nặng lý tưởng/ngày.
- Protid: 12-14% tổng năng lượng.
- Lipid: 15-20% tổng năng lượng.
- Ăn nhạt tùy theo đối tượng có nhạy cảm với muối: natri < 2000mg/ngày.
- Kali: 4000-5000mg/ngày.
- Chất xơ: 20-25g/ngày.
- Đủ yếu tố vi lượng và vitamin (A, B, C, E).
- Số bữa ăn: 3-4 bữa/ngày.

II. THỰC ĐƠN MẪU

Tên thực phẩm	Weight (g)	Energy (Kcal)	Protein (g)	Lipid (g)	Carbohydrate (g)	Na (mg)
Gạo	350	1204	28,4	4,6	263,6	17,5
Thịt heo nạc	150	209	28,5	10,5	0	60
Gừng tươi	5	1,5	0,02	0,04	0,3	0,35
Bí đao	200	24	1,2	0	4,8	26
Cải thìa	150	24	2,1	0	3,9	37,5
Dầu	20	179	0	19,9	0	0
Đường	10	38	0,1	0	9,5	0
Muối	2	0	0	0	0	760
	887	**1679,5**	**60,32**	**35,04**	**282,1**	**901,4**

DINH DƯỠNG TRONG BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

I. NGUYÊN TẮC

- Năng lượng: 30Kcal/kg cân nặng lý tưởng/ngày.
- Protid: 15-20% tổng năng lượng.
- Glucid: 55- 65% tổng năng lượng, nên sử dụng các glucid có chỉ số đường huyết thấp như: mì sợi, hủ tiếu, bánh lọt, khoai lang, …
- Lipid: 20-30% tổng năng lượng.
- Lượng chất xơ: 20-25g/ngày.
- Số bữa ăn: 4-6 bữa/ngày.

II. THỰC ĐƠN MẪU

Tên thực phẩm	Weight (g)	Energy (Kcal)	Protein (g)	Lipid (g)	Carbohydrate (g)
Gạo	250	860	20,3	3,3	188,3
Thịt heo nạc	80	111	15,2	5,6	0
Cá lóc	100	97	18,2	2,7	0
Cải ngọt	150	23	2,6	0	3,2
Đậu đũa	150	86	9	0	12,5
Dấu	30	269	0	29,9	0
Muối	2	0	0	0	0
Đường	10	38	0,1	0	9,5
	772	**1484**	**65,4**	**41,5**	**213,5**

DINH DƯỠNG TRONG BỆNH RỐI LOẠN LIPID MÁU

I. NGUYÊN TẮC

- Năng lượng: 30Kcal/kg cân nặng lý tưởng/ngày.
- Protid: 12-14% tổng năng lượng.
- Lipid: 15-20% tổng năng lượng.
- Cholesterol: < 200mg/ngày.
- Chất xơ: 20-25g/ngày.
- Đủ yếu tố vi lượng và vitamin (A, B, C, E).
- Số bữa ăn: 3-4 bữa/ngày.

II. THỰC ĐƠN MẪU

Tên thực phẩm	Weight (g)	Energy (Kcal)	Protein (g)	Lipid (g)	Carbohydrat (g)	Cholesterol (mg)
Gạo	350	1204	28,4	4,6	263,6	0
Thịt heo nạc	80	111	15,2	5,6	0	96
Gừng tươi	5	1	0	0	0,3	0
Cá lóc	80	77,6	14,6	2,16	0	0
Bí đỏ	200	48	6	0	11,2	0
Cải xanh	150	22,5	2,55	0	3,15	0
Dầu	20	179	0	19,9	0	0
Đường	10	38	1	0	9,5	0
Nước mắm	5	01	0,3	0	0	0
	900	**1682,1**	**61,75**	**32,26**	**287,75**	**96**

DINH DƯỠNG TRONG BỆNH SUY TIM

A. Suy tim giai đoạn 1-2, nhồi máu cơ tim ổn định

I. NGUYÊN TẮC

- Năng lượng: 30-35Kcal/kg cân nặng lý tưởng/ngày.
- Protid: 1-1,2g/kg cân nặng lý tưởng/ngày.
- Lipid: 15-20% tổng cân nặng.
- Ăn nhạt tương đối: natri < 2000mg/ngày.
- Kali: 4000-5000mg/ngày.
- Đủ vitamin, đặc biệt vitamin nhóm B, C.
- Lựa chọn thực phẩm và dạng chế biến:
  + Hạn chế các chất kích thích như: cà phê, rượu, bia…và các chất có ga.
  + Sử dụng các thực phẩm giàu kali, thức ăn mềm, dễ tiêu hóa, ít xơ sợi.
- Số bữa ăn: 4-6 bữa/ngày.

II. THỰC ĐƠN MẪU

Tên thực phẩm	Weight (g)	Energy (Kcal)	Protein (g)	Lipid (g)	Carbohydrate (g)	Na (mg)
Gạo	350	1204	28,4	4,6	263,6	17,5
Thịt heo nạc	80	111	15,2	5,6	0	0
Cá rô đồng	80	101	15,3	4,4	0	0
Mướp	200	34	1,8	0,4	5,6	6
Đậu đũa	150	86	9	0	12,5	7.5
Dầu	20	224	0	24,9	0	0
Đường	10	38	0,1	0	9,5	0
Muối	2	0	0	0	0	760
	892	**1798**	**69,8**	**39,9**	**291,2**	**791**

B. Suy tim giai đoạn 3, nhồi máu cơ tim sau 7 ngày

I. NGUYÊN TẮC

- Năng lượng: 30Kcal/kg cân nặng lý tưởng/ngày.
- Protid: 1g/kg cân nặng lý tưởng/ngày.
- Lipid: 15-20% tổng năng lượng.
- Ăn nhạt tương đối: natri < 2000mg/ngày.
- Kali: 4000-5000mg/ngày.

- Hạn chế nước ăn và nước uống khi có chỉ định:

$V_{nước} = V_{\text{nước tiểu}} + V_{\text{dịch mất bất thường (sốt, nôn, tiêu chảy…)}}$ + 300 đến 500mL (tùy theo mùa).

- Lựa chọn thực phẩm và dạng chế biến:

+ Hạn chế các chất kích thích như: cà phê, rượu, bia, … và các thực phẩm có ga.

+ Sử dụng các thực phẩm giàu kali, thức ăn mềm, dễ tiêu hóa, ít xơ sợi.

- Số bữa ăn: 4-6 bữa/ngày.

II. THỰC ĐƠN MẪU

Tên thực phẩm	Weight (g)	Energy (Kcal)	Protein (g)	Lipid (g)	Carbohydrate (g)	Na (mg)
Gạo	350	1204	28,4	4,6	263,6	17,5
Thịt heo nạc	50	69,5	9,5	3,5	0	20
Cá lóc	70	68	12,7	2	0	0
Bí đỏ	200	48	0,6	0	11,2	16
Cải thìa	150	24	2,1	0	3,9	37,5
Dầu	20	179	0	19,9	0	0
Đường	10	38	0,1	0	9,5	0
Nước mắm	5	1	0,3	0	0	246,3
	855	**1631,5**	**53,7**	**30**	**288,2**	**337,3**

C. Suy tim giai đoạn 4 (suy tim mất bù)

I. NGUYÊN TẮC

- Năng lượng: 25Kcal/kg cân nặng lý tưởng/ngày.
- Protid: 0,8-1g/kg cân nặng lý tưởng/ngày.
- Lipid: 15-20% tổng năng lượng.
- Ăn nhạt tương đối hoặc ăn nhạt hoàn toàn:

+ Ăn nhạt tương đối: natri 1200-2000mg/ngày.

+ Ăn nhạt hoàn toàn: natri 1000mg/ngày.

- Kali: 4000-5000mg/ngày.
- Hạn chế nước ăn và uống khi có chỉ định:

$V_{nước} = V_{\text{nước tiểu}} + V_{\text{dịch mất bất thường (sốt, nôn, tiêu chảy…)}}$ + 300 đến 500mL (tùy theo mùa).

- Lựa chọn thực phẩm và dạng chế biến:

+ Hạn chế các chất kích thích như: cà phê, rượu, bia, …và thực phẩm có ga.

+ Sử dụng các thực phẩm giàu kali, thức ăn mềm, dễ tiêu hóa, ít xơ sợi.

II. THỰC ĐƠN MẪU

Tên thực phẩm	Weight (g)	Energy (Kcal)	Protein (g)	Lipid (g)	Carbohydate (g)	Na (mg)
Gạo	300	1032	24,3	3,9	225,9	15
Thịt heo nạc	40	56	7,6	2,8	0	16
Tép	40	23	4,7	0,5	0	0
Cải ngọt	150	24	2,1	0	0	37.5
Rau dền	150	29	5,1	0	2,1	84
Dầu	20	179	0	19,9	0	0
Đường	10	38	0,1	0	9,5	0
Muối	2	0	0	0	0	760
	712	**1381**	**43,9**	**27,1**	**241,4**	**912,5**

DINH DƯỠNG TRONG BỆNH SUY THẬN

A. Suy thận cấp, giai đoạn trước lọc thận

I. NGUYÊN TẮC

- Năng lượng: 35Kcal/kg cân nặng lý tưởng/ngày.
- Protid: < 0,6g/kg cân nặng lý tưởng/ngày.
- Lipid: 20-25% tổng năng lượng.
- Đảm bảo cân bằng nước và điện giải:
  + Ăn nhạt tương đối: natri < 2000mg/ngày.
  + Kali: < 1000mg/ngày. Hạn chế thực phẩm giàu kali.
- Hạn chế nước ăn và uống khi có chỉ định:

$V_{nước} = V_{nước\ tiểu} + V_{dịch\ mất\ bất\ thường\ (sốt,\ nôn,\ tiêu\ chảy…)}$ + 300 đến 500mL (tùy theo mùa).

- Phosphat: 600mg, hạn chế các thực phẩm giàu phosphate.
- Đủ vitamin và khoáng chất.
- Số bữa ăn: 4-6 bữa/ngày.

II. THỰC ĐƠN MẪU

Tên thực phẩm	Weigh (g)	Energy (kcal)	Protein (g)	Lipid (g)	Carbohydrat (g)	Na (mg)	K (mg)
Gạo	340	1170	27,5	4,4	256	17	686,8
Thịt heo nạc	20	28	3,8	1,4	0	8	54
Gừng tươi	2	0,6	0,01	0,02	0,1	0,14	6,32
Bí đao	100	12	0,6	0	2,4	0	150
Cải thìa	50	08	0,7	0	1,3	12,5	100
Dầu	45	404	0	44,9	0	0	0
Đường	15	57	0,2	0	14,2	0	0
Muối	2	0	0	0	0	760	3,8
	574	**1679,6**	**32,81**	**50,72**	**274**	**797,64**	**1001**

B. Suy thận cấp, giai đoạn lọc máu

I. NGUYÊN TẮC

- Năng lượng: 35-40Kcal/kg cân nặng khô/ngày.
- Protid: 1-1,2g/kg cân nặng khô/ngày.
- Lipid: 20-25% tổng năng lượng.
- Đảm bảo cân bằng nước và điện giải:

+ Natri: < 2400mg/ngày.

+ Kali: từ 2000-3000mg/ngày. Hạn chế hoặc sử dụng vừa phải các thực phẩm giàu kali.

- Hạn chế nước ăn và uống khi có chỉ định.

$V_{nước} = V_{\text{nước tiểu}} + V_{\text{dịch mất bất thường (sốt, nôn, tiêu chảy…)}}$ + 300 đến 500mL (tùy theo mùa).

Phosphat: < 1200mg/ngày, hạn chế các thực phẩm giàu phosphat.

- Số bữa ăn: 4 bữa/ngày.

II. THỰC ĐƠN MẪU

Tên thực phẩm	Weigh (g)	Energy (Kcal)	Protein (g)	Lipid (g)	Carbohydrat (g)	Na (mg)	K (mg)
Gạo	350	1204	28,4	4,6	263,6	17,5	707
Cá lóc	10	9,7	1,82	0,27	0	0	0
Thịt heo nạc	10	14	1,9	0,7	0	4	27
Cà chua	20	4	0,1	0	0,8	2,4	55
Cải thìa	80	13	1,1	0	21	20	160
Dưa leo	50	8	0,4	0	1,5	6,5	84,5
Dầu	44	395	0	43,9	0	0	0
Đường	5	19	0,1	0	47	0	0
Nước mắm	5	1	0,3	0	0	246,3	0,7
	574	**1667,7**	**34,12**	**49,47**	**333,9**	**296,7**	**1034,2**

C. Suy thận mạn giai đoạn 1-2

I. NGUYÊN TẮC

- Năng lượng: 35Kcal/kg cân nặng lý tưởng/ngày.
- Protid: 0,6-0,8g/kg cân nặng lý tưởng/ngày.
- Lipid: 20-25% tổng năng lượng.
- Đảm bảo cân bằng nước và điện giải:

+ Ăn nhạt tương đối: natri < 2000mg/ngày.

+ Kali: từ 2000-3000mg/ngày. Hạn chế hoặc sử dụng vừa phải các thực phẩm giàu kali.

- Hạn chế nước ăn và uống khi có chỉ định.

$V_{nước} = V_{\text{nước tiểu}} + V_{\text{dịch mất bất thường (sốt, nôn, tiêu chảy…)}}$ + 300 đến 500mL (tùy theo mùa).

- Phosphat: < 1200mg/ngày. Hạn chế thực phẩm giàu phosphat.
- Đủ vitamin và khoáng chất.

- Số bữa ăn: 4 bữa/ngày.

II. THỰC ĐƠN MẪU

Tên thực phẩm	Weight (g)	Energy (Kcal)	Protein (g)	Lipid (g)	Carbohydrate (g)	Na (mg)	K (mg)
Gạo	350	1204	28,4	4,6	263,6	17,5	707
Cá chép	30	29	4,8	1,1	0	14,7	119,1
Thịt heo nạc	30	42	5,7	2,1	0	12	81
Khoai ngọt	100	109	1,5	0,2	25,2	0	0
Đậu đũa	70	40	4,2	0	5,8	3,5	135,8
Đường	10	38	0,1	0	9,5	0	0
Dầu	40	359	0	39,9	0	0	0
Muối	2	0	0	0	0	760	3.8
	632	**1821**	**44,7**	**47,8**	**304**	**807,7**	**1047**

D. Suy thận mạn giai đoạn 3-4 không lọc máu

I. NGUYÊN TẮC

- Năng lượng: 35Kcal/kg cân nặng lý tưởng/ngày.
- Protid: 0,4-0,6g/kg cân nặng lý tưởng/ngày.
- Lipid: 20-25% tổng năng lượng.
- Đảm bảo cân bằng nước và điện giải:
  + Ăn nhạt tương đối: natri < 2000mg/ngày.
  + Hạn chế nước ăn và uống khi có chỉ định:

$V_{nước} = V_{\text{nước tiểu}} + V_{\text{dịch mất bất thường (sốt, nôn, tiêu chảy…)}}$ + 300 đến 500mL (tùy theo mùa).

- Phos phat < 1200mg/ngày, hạn chế các thực phẩm giàu phosphat.
- Đủ vitamin và khoáng chất.
- Số bữa ăn: 4 bữa/ngày.

II. THỰC ĐƠN MẪU

Tên thực phẩm	Weight (g)	Energy (Kcal)	Protein (g)	Lipid (g)	Carbohydrate (g)	Na (mg)	K (mg)
Gạo	360	1238	28,4	3,6	273,6	18	727,2
Thịt heo nạc	30	42	5,7	2,1	0	12	81
Cá điêu hồng	30	21	4,7	0,2	0	14,4	72

Khoai mỡ	150	164	2,3	0,3	37,8	0	0
Su su	200	36	1,6	0	11,2	0	0
Đường	10	38	0,1	0	9,5	0	0
Dầu	40	359	0,0	39,9	0	0	0
Nước mắm	5	1	0,3	0	0	246,3	0,7
	825	**1898**	**43,1**	**46,1**	**332,1**	**290,7**	**880,9**

DINH DƯỠNG TRONG BỆNH XƠ GAN

I. NGUYÊN TẮC

- Năng lượng: 30Kcal/kg cân nặng lý tưởng/ngày.
- Protid: 1-1,2g/kg cân nặng lý tưởng/ngày.
- Lipid: 10-15% tổng năng lượng.
- Đảm bảo cân bằng nước và điện giải:
  + Ăn nhạt tương đối: natri < 2000mg/ngày.
  + Hạn chế nước ăn và uống khi có chỉ định:

$V_{nước} = V_{\text{nước tiểu}} + V_{\text{dịch mất bất thường (sốt, nôn, tiêu chảy…)}}$ + 300 đến 500mL (tùy theo mùa).

- Phosphat: < 1200mg/ngày, hạn chế các thực phẩm giàu phosphat.
- Đủ vitamin và khoáng chất.
- Hạn chế thức ăn rắn, nhiều xơ không hòa tan.
- Số bữa ăn: 4 bữa/ngày.

II. THỰC ĐƠN MẪU

Tên thực phẩm	Weight (g)	Energy (Kcal)	Protein (g)	Lipid (g)	Carbohydrate (g)	Na (mg)
Gạo	350	1204	28,4	4,6	263,6	17,5
Thịt heo nạc	50	70	9,5	3,5	0	20
Cá lóc	50	48,5	9,1	1,35	0	0
Cải ngọt	150	24	2,1	0	3,9	37,5
Khoai môn	200	218	3	0,4	50,4	0
Dầu	15	135	0	15	0	0
Đường	20	77	0,2	0	18,9	0
Muối	2	0	0	0	0	760
	837	**1776,5**	**52,3**	**24,85**	**336,8**	**835**

RỐI LOẠN TIỀN ĐÌNH

MÃ ICD 10: H81

1. Đại cương

Cơ quan tiền đình là một trong các cơ quan tham gia vào giữ thăng bằng cho cơ thể. Rối loạn chức năng tiền đình là bệnh lý khá thường gặp trong lâm sàng. Đây không phải là một cấp cứu nội khoa nhưng những trường hợp nặng, khởi bệnh cấp tính có ảnh hưởng nhiều tới khả năng lao động và tâm lý người bệnh.

1.2. Bệnh sinh

Hệ thống tiền đình nằm ở mê đạo thuộc tai trong, có ba vòng bán khuyên nằm theo ba chiều không gian tại tai trong. Các thụ thể của hệ thống tiền đình là các tế bào có tiêm mao tiếp nhận cảm giác gia tốc góc hoặc gia tốc thẳng do sự di chuyển của đầu trong không gian nhờ sự di chuyển của nội dịch trong các vòng bán khuyên. Sự nhận biết này thông qua hai cơ quan là bào nang và bao nang. Thần kinh tiền đình sẽ dẫn truyền thông tin này tới các nhân tiền đình ở cầu não. Có bốn nhân tiền đình ở cầu não, các nhân này còn tiếp nhận các thông tin về thị giác và cảm giác sâu và có đường liên hệ với các nhân thuộc tiểu não. Các nhân này xử lý các thông tin về điều hoà các phản xạ chống trọng lực để giữ thăng bằng của cơ thể, cho vỏ não có thông tin về vị trí của đầu trong không gian.

2. Nguyên nhân của rối loạn tiền đình

Rối loạn tiền đình thường do nhiều nguyên nhân gây nên. Căn cứ vào vị trí tổn thương có thể có các nguyên nhân chính sau:

- Rối loạn chức năng tiền đình trung ương:

+ Thiếu máu não mạn tính, đặc biệt tuần hoàn não hệ sống nền do nhiều nguyên nhân.

+ Thiếu máu não cục bộ tạm thời.

+ Đột quỵ não.

+ Chấn thương sọ não.

+ Parkinson.

+ Xơ não tuỷ rải rác...

+ Bệnh do giảm lưu lượng tuần hoàn chung hoặc thiếu máu (các bệnh lý thuộc hệ thống tim mạch: tăng huyết áp, huyết áp thấp, bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính... Các bệnh chuyển hóa: đái tháo đường, vữa xơ động mạch...Thiếu máu mạn tính mọi nguyên nhân).

- Rối loạn chức năng tiền đình ngoại vi:

+ Chóng mặt tư thế kịch phát lành tính.

+ Bệnh (hội chứng) Meniere.

+ Viêm thần kinh tiền đình.

+ Bệnh lý tai...

+ Ngộ độc các thuốc: VD thuốc kháng lao

- Nguyên nhân tâm lý

3. Triệu chứng lâm sàng

Hội chứng tiền đình điển hình có các triệu chứng sau:

- Chóng mặt
- Rối loạn thăng bằng
- Rung giật nhãn cầu (nystagmus)
- Rối loạn thần kinh thực vật: nôn, vã mồ hôi, mạch nhanh, da tái...

Dựa vào thời gian cơn chóng mặt người ta có thể chẩn đoán một số nguyên nhân như: kéo dài không quá 1 phút: chóng mặt tư thế lành tính, kéo dài vài phút: thiếu máu động mạch đốt sống thân nền thoảng qua, kéo dài vài giờ: bệnh Meniere, kéo dài vài ngày: tổn thương thần kinh tiền đình hay tổn thương não.

Đặc điểm lâm sàng	*Tiền đình trung ương*	*Tiền đình ngoại vi*
1. Vị trí tổn thương	Nhân tiền đình, đường liên hệ trong thân não	Tai trong, dây thần kinh tiền đình
2. Chóng mặt: + Thời gian	Thường xuyên	Từng đợt, đột ngột

Các biện pháp chẩn đoán bệnh Rối loạn tiền đình

Dựa vào hỏi bệnh sử và thực hiện khám lâm sàng, các bác sĩ có thể khai thác những thông tin đó để tiến hành các xét nghiệm chẩn đoán để đánh giá chức năng hệ tiền đình đồng thời loại trừ các nguyên nhân khác gây ra triệu chứng. Một số xét nghiệm bác sĩ có thể chỉ định là:

- Điện ký rung giật nhãn cầu (Đo động mắt - ENG).
- Xét nghiệm xoay vòng.
- Đo âm ốc tai (OAE***).***
- Chụp cộng hưởng từ não, não – mạch não.

Đặc điểm lâm sàng hội chứng tiền đình do một số nguyên nhân hay gặp

- Chóng mặt tư thế kịch phát lành tính

Là chóng mặt ngoại vi (có hệ thống) thường gặp chiếm tới 25% các trường hợp chóng mặt, hay gặp ở nữ, tuổi trên 40. Nguyên nhân là do sự di chuyển của các hạt thạch nhĩ trong lòng ống bán khuyên của cơ quan tiền đình, do vậy khi thay đổi tư thế của đầu sẽ gây nên chóng mặt.

Biểu hiện lâm sàng bằng các cơn chóng mặt ngắn khi thay đổi tư thế của đầu: đang nằm, ngồi dậy hoặc khi nằm và xoay người, cúi người hoặc xoay đầu. Triệu chứng thường nặng về buổi sáng và giảm dần trong ngày. Có thể có rung giật nhãn cầu, thường không có ù tai và giảm thính lực.

- Bệnh Meniere

Bệnh xuất hiện do tình trạng ứ nội bạch dịch trong các vòng bán khuyên, thường gặp ở tuổi trưởng thành, cả nam và nữ. Biểu hiện lâm sàng bằng các cơn chóng mặt, nặng tai, ù tai, giảm thính lực một bên tai. Thường kèm theo nôn, buồn nôn, tiêu chảy kéo dài khoảng vài giờ. Sau khi lui bệnh thính lực có thể trở về bình thường, đôi khi thính lực không hồi phục nếu tái phát thính lực bên tổn thương sẽ giảm dần, có thể dẫn tới điếc dẫn truyền. Bệnh thường tái phát sau một thời gian, một số trường hợp sẽ bị cả hai bên tai.

4. Điều trị hội chứng tiền đình

Trước hết phải điều trị nguyên nhân: đây mới là điều trị tiệt căn tuy nhiên không phải tất cả các trường hợp chúng ta có thể tìm thấy và/ hoặc điều trị triệt để. Có nhiều trường hợp chúng ta phải điều trị triệu chứng

Điều trị triệu chứng theo các bước sau:

a) Trước tiên là phải để bệnh nhân ở tư thế nằm đầu thấp, cố định đầu, nơi ít ánh sáng, tránh xê dịch.

b) Nếu bệnh nhân có nôn nhiều phải cho thuốc chống nôn đường tiêm như papaverin 40mg hoặc primperan 10 mg tiêm bắp.

c) Truyền dịch bù nước, điện giải nếu có điều kiện

d) Chống chóng mặt bằng các nhóm thuốc:

+ Các thuốc nhóm kháng Histamine: vừa có hiệu quả tới chứng chóng mặt vừa làm giảm triệu chứng nôn, buồn nôn. Tác dụng phụ của nhóm này là có thể gây ngủ nhẹ nên không dùng trong khi điều khiển phương tiện giao thông. Các thuốc thường dùng là Promethazine 25 mg, Scopolamine 0,5mg; Diphenhydramine 50 mg.

+ Acetylleucine: 1000 – 1500mg/ ngày. Có cả dạng viên và tiêm tĩnh mạch, dạng tiêm tĩnh mạch nên tiêm chậm nhưng tiêm liều cao 1 lần/ ngày để phát huy hiệu quả tối đa. Nhưng nếu tiêm nhanh có thể gây hồi hộp, trống ngực, mạch nhanh. Thường được dùng ở giai đoạn cấp tính.

+ Nhóm ức chế calci chọn lọc mạch máu não: hay sử dụng nhất hiện nay là các biệt dược của Flunarizine, viên 5mg, dùng từ 5 -10mg (1-2 viên)/ ngày nên uống trước khi ngủ vì cũng có tác dụng an thần nhẹ. Các thuốc khác có thể dùng như Cinnarizin 50-100mg/ ngày.

+ Nhóm Benzodiazepine: hay dùng là valium, Diazepam. Đây là các thuốc trấn tĩnh nhẹ, có thể dùng trong trường hợp bệnh nhân quá lo lắng vì chóng mặt. Tuy nhiên có thể gây quen và lệ thuộc thuốc nên phải có hướng dẫn kỹ, tránh lạm dụng thuốc.

+ Nhóm tăng tuần hoàn tiền đình, tuần hoàn não: nhóm này thường được sử dụng sau giai đoạn cấp, thường để điều trị duy trì, sử dụng lâu dài, tác động tốt hơn ở nhóm tiền đình trung ương. Nhóm này có rất nhiều các nhóm nhỏ như:

***** Betahistine: tác dụng chính vào nhân tiền đình, dùng từ 24-48mg/ngày chia 3 lần.

***** Ginkgo biloba 40 mg dùng 3 viên/ ngày.

***** Piracetam 1200 – 2400mg/ ngày.

e) Tập bù trừ tiền đình: thường tập khi nghĩ tới chóng mặt tư thế lành tính. Nếu chóng mặt do thiểu năng động mạch đốt sống thân nền thì không nên tập vì có thể gây thiếu máu não. Nên tập có sự hướng dẫn của thầy thuốc chuyên kho Có thể áp dụng cách tập sau đây tại chỗ:

- Khi cấp tính: tập ở tư thế nằm: đưa mắt sang hai bên, lên xuống, thực hiện động tác chậm rồi nhanh dần. Nhìn một vật di chuyển qua lại trước mắt 20cm. Khi có thể thì gập, ngửa, quay đầu sang hai bên từ từ và nhanh dần. Nếu đỡ có thể tập ở tư thế ngồi hoặc đứng**.**

- Khi qua giai đoạn cấp: tập ở tư thế đứng, đang ngồi, từ từ đứng dậy sau đó đi, lên xuống cầu thang, xoay người kết hợp mở mắt và nhắm mắt.

SỐT CAO CO GIẬT

I. ĐẠI CƯƠNG

Co giật là một cấp cứu thần kinh thường gặp nhất ở trẻ em. Trong đó nặng nhất là cơn co giật liên tục khi cơn co giật cục bộ hay toàn thể kéo dài trên 30 phút hay nhiều cơn co giật liên tiếp nhau không có khoảng tỉnh. Biến chứng co giật là thiếu oxy não, tắc nghẽn đường thở gây tử vong.

Nguyên nhân của co giật rất đa dạng, thường gặp nhất ở trẻ em là sốt cao co giật.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

a. Hỏi bệnh

Tiền sử:

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

Bệnh sử:

- Sốt, tiêu chảy, bỏ ăn.
- Tính chất cơn giật: toàn thể, cục bộ toàn thể hóa hay khu trú, thời gian cơn giật.

b. Khám lâm sàng

- Tri giác.
- Dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tím tái, SaO_2.
- 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.

c. Cận lâm sàng

- Công thức máu, ký sinh trùng sốt rét.
- Ngoại trừ sốt cao co giật, các trường hợp khác:
  - Đường huyết, Dextrostix, ion đồ.

- Chọc dò tủy sống: sinh hoá, tế bào, vi trùng, Latex, IgM. Huyết thanh chẩn đoán viêm não (HI, Mac Elisa).
- EEG (nghi động kinh).
- Echo não xuyên thóp.
- CT scanner não nếu nghi ngờ tụ máu, u não, áp xe não mà không làm được siêu âm xuyên thóp hoặc siêu âm có lệch M-echo.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

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

2. Điều trị ban đầu

a. Hỗ trợ hô hấp

- Đặt bệnh nhân nằm nghiêng, đầu ngửa.
- Đặt cây đè lưỡi quấn gạc (nếu đang giật).
- Hút đờm.
- Cho thở oxygen để đạt SaO_2 92 - 96%.
- Đặt NKQ giúp thở nếu thất bại với oxygen hay có cơn ngừng thở.

b. Cắt cơn co giật

- Diazepam: 0,2 mg/kg/liều TMC, có thể gây ngừng thở dù tiêm mạch hay bơm hậu môn vì thế luôn chuẩn bị bóng và mask giúp thở nhất là khi tiêm mạch nhanh. Trong trường hợp không tiêm mạch được có thể bơm qua đường hậu môn, liều 0,5 mg/kg/liều. Nếu không hiệu quả sau liều Diazepam đầu tiên lặp lại liều thứ 2 sau 10 phút, tối đa 3 liều. Liều tối đa: trẻ < 5 tuổi: 5mg; trẻ > 5 tuổi: 10mg.

Tuổi	Liều bắt đầu Diazepam	
	TMC (0,2 mg/kg)	Bơm hậu môn (0,5 mg/kg)
< 1 tuổi	1 – 2 mg	2,5 – 5 mg
1 - 5 tuổi	3 mg	7,5 mg
5 – 10 tuổi	5 mg	10 mg
> 10 tuổi	5 – 10 mg	10 – 15 mg

Chuyển Hồi sức ngay khi dùng Diazepam tổng liều 1mg/kg mà chưa cắt cơn giật

- Hoặc Midazolam liều 0,2 mg/kg/lần TM chậm. Nếu không áp ứng có thể lặp lại liều trên. Liều Midazolam truyền duy trì: 1 µg/kg/phút tăng dần đến khi có đáp ứng không quá 18 µg/kg/phút.
- Trẻ sơ sinh ưu tiên chọn lựa 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

- Co giật do sốt cao: Paracetamol 15 - 20 mg/kg/liều tọa dược.
- Hạ đường huyết:
  - Trẻ lớn: Dextrose 30% 2 ml/kg TM.
  - Trẻ sơ sinh: Dextrose 10% 2 ml/kg TM.
  - Sau đó duy trì bằng Dextrose 10% TTM.
- Hạ natri máu: Natri clorua 3% 6 - 10 ml/kg TTM trong 1 giờ.
- Tăng áp lực nội sọ nếu có (xem bài hôn mê).
- Nguyên nhân ngoại khoa như chấn thương đầu, xuất huyết, u não: hội chẩn ngoại thần kinh.

3. Điều trị tiếp theo

Nếu co giật vẫn tiếp tục hoặc tái phát:

- Phenytoin 15 - 20 mg/kg truyền tĩnh mạch chậm trong 30 phút tốc độ 0,5 - 1 mg/kg/phút, pha trong Natri clorua 9‰, nồng độ tối đa 10 mg/ml. Cần monitor ECG, huyết áp để theo dõi biến chứng loạn nhịp và tụt huyết áp. Liều duy trì 5 - 10 mg/kg/ngày TMC chia 3 lần. Phenytoin dạng tiêm hiện chưa có tại các bệnh viện.
- Nếu không có Phenytoin: Phenobarbital 20 mg/kg TMC trong vòng 15 - 30 phút qua bơm tiêm, cần lưu ý nguy cơ ngừng thở sẽ gia tăng khi phối hợp Diazepam và Phenobarbital. Liều duy trì 3 - 5 mg/kg/ngày, chia 2 lần.
- Midazolam: tấn công 0,2 mg/kq sau đó duy trì 1 µg/kg/phút, tăng liều dần để có đáp ứng (tối đa 18 µg/kg/phút).
- Nếu vẫn 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 Pyridoxin TM (Vitamin B6) ở trẻ < 18 tháng co giật mà không sốt và không đáp ứng với các thuốc chống co giật. Một số ca có đáp ứng sau 10 – 60 phút.
- Phương pháp gây mê: khi tất cả các thuốc chống động kinh trên thất bại, thuốc được chọn là Thiopental (Penthotal) 5 mg/kg TM chậm qua bơm tiêm. Sau đó truyền duy trì TM 2 - 4 mg/kg/giờ qua bơm tiêm. Chỉ dùng Thiopental nếu có phương tiện giúp thở và cần theo dõi sát mạch, huyết áp, CVP (8 - 12 cmH_20). Cần theo dõi sát nếu có dấu hiệu suy hô hấp thì đặt nội khí quản giúp thở ngay.
- Thất bại với Thiopenthal có thể dùng thêm thuốc dãn cơ như Vecuronium 0,1 - 0,2 mg/kg/liều TMC và phải đặt NKQ giúp thở.

4. Theo dõi và tái khám

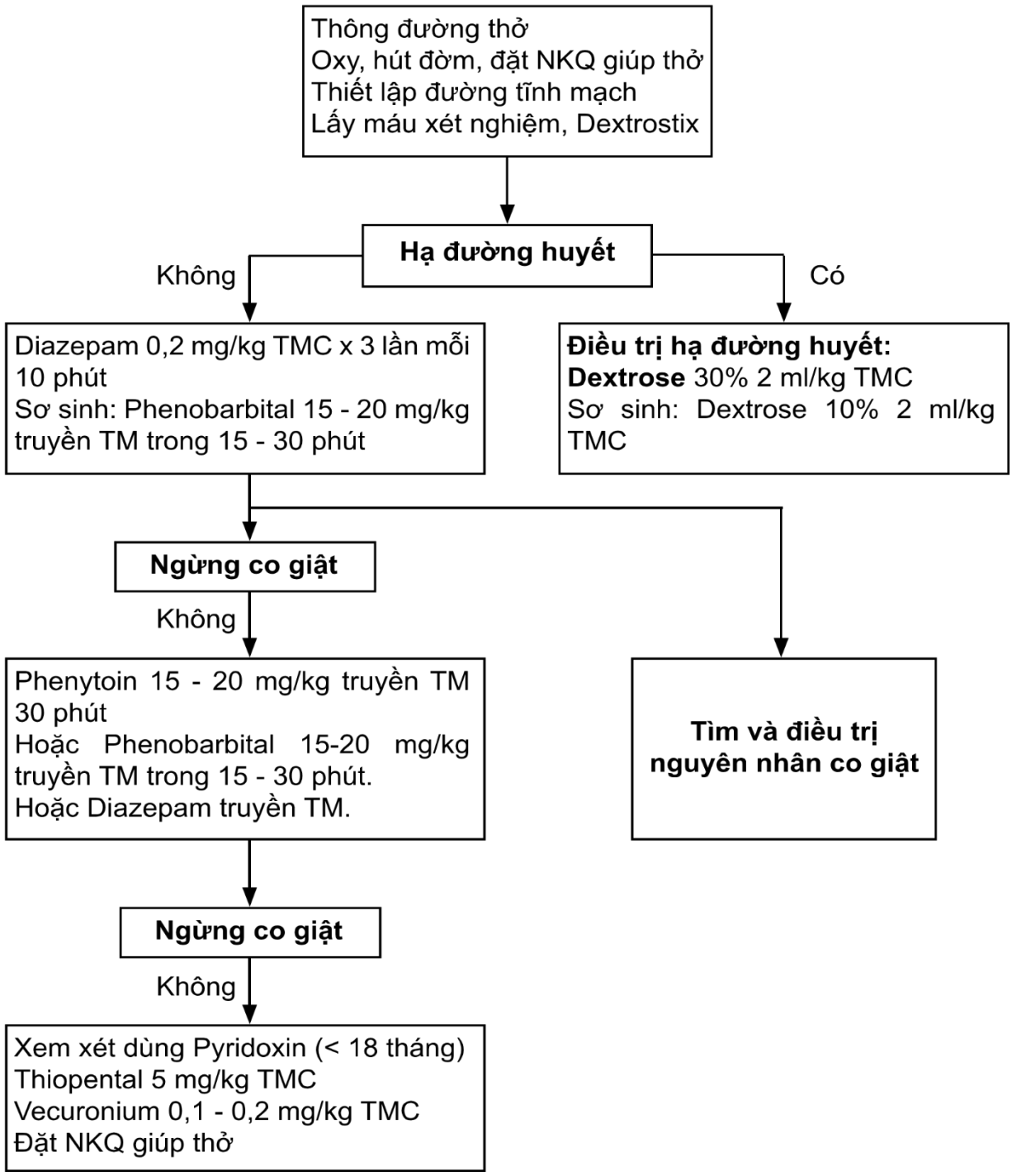
a. Theo dõi

- Tri giác, mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, SaO_2.
- Tìm và điều trị nguyên nhân.
- Theo dõi các xét nghiệm: đường huyết, ion đồ khi cần.

b. Tái khám

- Bệnh nhân động kinh cần được khám và điều trị chuyên khoa nội thần kinh.

LƯU ĐỒ XỬ TRÍ CO GIẬT



VIÊM DA CƠ ĐỊA
(Atopic dermatitis)

1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm da cơ địa là bệnh mạn tính tiến triển từng đợt, thường bắt đầu ở trẻ nhỏ với đặc điểm là ngứa và có tổn thương dạng chàm. Bệnh thường xuất hiện ở những cá thể có tiền sử bản thân hay gia đình mắc các bệnh có yếu tố dị ứng như: hen, viêm mũi xoang dị ứng, sẩn ngứa, dị ứng thuốc, mày đay.

2. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH

- Yếu tố môi trường đóng vai trò động lực:

+ Ô nhiễm môi trường

+ Các dị nguyên có trong bụi nhà, lông súc vật, quần áo, đồ dùng gia đình…

+ Bệnh cơ địa liên quan nhiều giữa anh chị em ruột hơn là giữa con cái với bố mẹ do ảnh hưởng của môi trường trong thời kỳ thơ ấu.

- Yếu tố di truyền: bệnh viêm da cơ địa chưa xác định được rõ ràng do gen nào đảm nhiệm. Khoảng 60% người lớn bị viêm da cơ địa có con bị bệnh này, nếu cả bố và mẹ cùng bị bệnh thì con đẻ ra có đến 80% cũng bị bệnh.

3. CHẨN ĐOÁN

a) Lâm sàng

Bệnh viêm da cơ địa có các biểu hiện khác nhau tuỳ theo lứa tuổi.

- Viêm da cơ địa ở trẻ nhũ nhi

+ Bệnh phát sớm khoảng 3 tuần sau sinh, thường cấp tính với các đám đỏ da, ngứa, sau đó xuất hiện nhiều mụn nước nông, dễ vỡ, xuất tiết và đóng vảy tiết, có thể bội nhiễm, hạch lân cận sưng to.

+ Vị trí hay gặp nhất là 2 má, có thể ở da đầu, trán, cổ, thân mình, mặt dưới các chi. Khi trẻ biết bò có thể xuất hiện tổn thương ở đầu gối. Không thấy tổn thương ở vùng tã lót.

+ Trẻ có thể dị ứng với một số thức ăn nhiều sữa, hải sản, thịt bò, thịt gà… Khi không ăn các thức ăn gây dị ứng thì bệnh viêm da cơ địa giảm rõ rệt.

+ Bệnh hay tái phát, mạn tính và rất nhạy cảm với các yếu tố như nhiễm trùng, mọc răng, tiêm chủng, thay đổi khí hậu hay môi trường sống

+ Hầu hết bệnh sẽ tự khỏi khi trẻ được 18-24 tháng.

- Viêm da cơ địa ở trẻ em

+ Thường từ viêm da cơ địa nhũ nhi chuyển sang.

+ Thương tổn là các sẩn đỏ, vết trợt, da dày, mụn nước khu trú hay lan toả cấp tính kèm theo nhiễm khuẩn thứ phát.

+ Vị trí hay gặp nhất là ở khoeo, nếp gấp khuỷu tay, mi mắt, hai bên cổ, cẳng tay, ở cổ có sạm damạng lưới, ít khi ở mặt duỗi các chi.

+ Bệnh thường trở nên cấp tính khi trẻ tiếp xúc với lông súc vật, gia cầm, mặc đồ len, dạ…

+ Nếu tổn thương trên 50% diện tích da, trẻ thường suy dinh dưỡng.

+ 50% sẽ khỏi khi trẻ được 10 tuổi.

- Viêm da cơ địa ở thanh thiếu niên và người lớn

+ Biểu hiện là mụn nước, sẩn đỏ dẹt, có vùng da mỏng trên mảng da dày, lichen hoá, ngứa.

+ Vị trí hay gặp: nếp gấp khuỷu, khoeo, cổ, rốn, vùng da quanh mắt đối với thanh thiếu niên. Khi bệnh lan toả thì vùng nặng nhất là các nếp gấp.

+ Viêm da lòng bàn tay, chân: gặp ở 20-80% người bệnh, là dấu hiệu đầu tiên của viêm da cơ địa ở người lớn.

+ Viêm da quanh mi mắt, chàm ở vú.

+ Tiến triển mạn tính, ảnh hưởng nhiều bởi các dị nguyên, môi trường, tâm sinh lý người bệnh.

- Các biểu hiện khác của viêm da cơ địa

+ Khô da: do tăng mất nước qua biểu bì.

+ Da cá, dày da lòng bàn tay, bàn chân, dày sừng nang lông, lông mi thưa.

+ Viêm môi bong vảy.

+ Dấu hiệu ở mắt, quanh mắt: mi mắt dưới có thể có 2 nếp gấp, tăng sắc tố quanh mắt, viêm kết mạc tái diễn có thể gây lộn mi, có thể có đục thuỷ tinh thể.

+ Chứng da vẽ nổi trắng. b) Cận lâm sàng

- Tăng nồng độ IgE trong huyết thanh.

- Mô bệnh học: thượng bì có xốp bào xen kẽ với hiện tượng á sừng; trung bì có sự xâm nhập của bạch cầu lympho, mono, dưỡng bào, có hoặc không có các tế bào ái kiềm. Trường hợp lichen hoá có hiện tượng tăng sản thượng bì.

- Test lẩy và test áp: để xác định dị nguyên. c) Chẩn đoán xác định

Dựa vào tiêu chuẩn của Hanifin và Rajka

Tiêu chuẩn chính

- Ngứa

- Vị trí và biểu hiện điển hình của tổn thương:

+ Lichen hoá ở các nếp gấp trẻ em hoặc thành dải ở người lớn

+ Mặt và mặt duỗi các chi ở trẻ em và trẻ sơ sinh - Tổn thương phát ban tái phát hoặc mạn tính.

- Tiền sử cá nhân hay gia đình có mắc các bệnh dị ứng.

Tiêu chuẩn phụ

- Khô da, vảy cá, dày sừng nang lông, tăng đường kẻ lòng bàn tay.
- Viêm da ở tay, chân.
- Chàm vú, viêm môi, vảy phấn, nếp ở cổ.
- Tổn thương nặng lên dưới ảnh hưởng của các yếu tố môi trường và tâm lý.
- Ngứa khi bài tiết mồ hôi.
- Tăng IgE huyết thanh.
- Tăng sắc tố quanh mắt.
- Dấu hiệu Dennie-Morgan (mi mắt dưới có 2 nếp gấp).
- Viêm kết mạc.
- Giác mạc hình chóp.
- Đục thuỷ tinh thể dưới bao sau.

Để chẩn đoán xác định cần phải có ≥ 3 tiêu chuẩn chính kết hợp với ≥ 3 tiêu chuẩn

phụ.

4. ĐIỀU TRỊ

a) Nguyên tắc điều trị

- Dùng thuốc chống khô da, dịu da.
- Chống nhiễm trùng.
- Chống viêm.
- Tư vấn cho người bệnh và gia đình biết cách điều trị và phòng bệnh. b) Điều trị cụ thể

Điều trị tại chỗ

- Tắm

+ Tắm hàng ngày bằng nước ấm với xà phòng có ít chất kiềm.

+ Sau khi tắm dùng các thuốc làm ẩm da.

- Thuốc

+ Corticoid được dùng nhiều trong điều trị viêm da cơ địa.

Trẻ nhỏ dùng loại hoạt tính yếu như: hydrocortison 1-2,5%.

Trẻ lớn và người lớn dùng loại có hoạt tính trung bình: desonid, clobetason butyrat.

Với những tổn thương lichen hóa, vị trí da dầy có thể dùng loại corticoid hoạt tính mạnh hơn như clobetasol propionat.

Lưu ý: với tổn thương vùng da mỏng, nhạy cảm như mặt dùng mỡ corticoid nhẹ hơn, ít ngày, còn vùng da dày, lichen hoá thì dùng loại mạnh hơn để giảm ngứa, giảm viêm.

Cần tính để lượng thuốc bôi trong 1 tuần và giảm liều một cách từ từ, tránh tái phát.

+ Có thể dùng mỡ kháng sinh hoặc mỡ corticoid có thêm kháng sinh để chống nhiễm khuẩn.

+ Đắp dung dịch Jarish, thuốc tím 1/10.000, nước muối sinh lý 0,9%.

+ Làm ẩm da bằng urea 10%, petrolatum đối với vùng da khô.

+ Thuốc bạt sừng bong vảy mỡ salicyle 5%, 10%, mỡ goudron, ichthyol, crysophanic.

+ Thuốc ức chế miễn dịch tacrolimus nồng độ 0,03-0,1% rất hiệu quả đối với viêm da cơ địa, tuy nhiên thuốc đắt tiền và hay gặp kích ứng da trong thời gian đầu sử dụng, giãn mạch.

Điều trị toàn thân

+ Kháng histamin H1:

Chlorpheniramin 4mg × 1-2 viên/ngày.

Fexofenadin 180mg × 1 viên/ngày.

Certerizin 10mg × 1 viên/ngày

+ Kháng sinh chống nhiễm khuẩn đặc biệt là tụ cầu vàng, liên cầu. Cho kháng sinh thuộc nhóm cephalosphorin thế hệ 1 là tốt nhất, cho một đợt từ 10-14 ngày.

+ Corticoid: có thể được chỉ định trong thời gian ngắn khi bệnh bùng phát nặng. Không dùng thuốc kéo dài.

Prednisolon 5mg × 2-4 viên/ngày × 7 ngày

+ Các thuốc khác nhóm cyclosporin, methotrexat.

5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

- Khoảng 70% trẻ bị viêm da cơ địa sẽ khỏi khi lớn lên. Còn lại 30% kéo dài dai dẳng.

- Khoảng 30-50% người bệnh viêm da cơ địa sẽ xuất hiện thêm các bệnh dị ứng khác như viêm mũi dị ứng, hen phế quản.

6. **PHÒNG BỆNH**

- Giáo dục người bệnh, người nhà người bệnh kiến thức về bệnh, yếu tố khởi động, quan điểm điều trị, lợi ích và nguy cơ.

- Giảm các yếu tố khởi động: giữ phòng ngủ thoáng mát, tránh tiếp xúc lông gia súc, gia cầm, len, dạ, giảm bụi nhà, giảm stress, nên mặc đồ vải cotton.

- Tắm nước ấm, không quá nóng, không quá lạnh, nhiệt độ < 36°C, ngay sau khi tắm xong bôi thuốc ẩm da, dưỡng da. Nếu dùng xà phòng thì chọn loại ít kích ứng.

- Vệ sinh vùng tã lót ở trẻ nhỏ tránh chất tiết gây kích thích.

- Bôi thuốc làm ẩm da hàng ngày nhất là về mùa đông, ngày 2-3 lần.

- Giữ độ ẩm không khí trong phòng.

- Ăn kiêng chỉ áp dụng cho trường hợp bệnh nặng, trẻ nhỏ, khi đã xác định rõ loại thức ăn gây kích thích.

VIÊM TIỂU PHẾ QUẢN Ở TRẺ EM (J21)

I. TRIỆU CHỨNG

1. Cơ năng

- Bệnh sử: Khởi phát từ từ với sốt nhẹ, ho, sổ mũi, thở nhanh, mạnh, cánh mũi phập phồng, bú kém,.. (thường ngày thứ 3-4).

Thở khò khè nhiều.

- Yếu tố nguy cơ:

+ Tuổi < 2 tuổi, đặc biệt < 3 tháng.

+ Tiền sử sinh non, nhẹ cân, suy hô hấp sơ sinh (đặc biệt khi phải giúp thở).

+ Bệnh tim bẩm sinh, đặc biệt tim bẩm sinh tím, có cao áp phổi.

+ Bệnh phổi mạn tính sẵn có: loạn sản phế quản – phổi, thiểu sản phổi,…

+ Suy dinh dưỡng nặng.

+ Suy giảm miễn dịch: bẩm sinh, mắc phải.

2. Thực thể

- Dấu hiệu sinh tồn: Mạch, nhiệt độ, nhịp thở, sắc da..

- Dấu hiệu nguy hiểm:Kích thích, li bì, bỏ bú, bú kém, nôn trớ,tím, cơn ngừng thở..

- Hô hấp:

+ Nhịp thở, thở khò khè, rút lõm lồng ngực.

+ Thì thở ra kéo dài.

+ Ran ở phổi: Ran rít, ran ngáy, ran ẩm nhỏ hạt, ran nổ.

+ Nếu tắc nghẽn nặng có thể giảm, thậm chí mất thông khí phổi.

3. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm thường quy: Công thức máu, CRP hoặc máu lắng,

- Sinh hóa máu: Ure, Creatin, GOT, GPT, tổng phân tích nước tiểu.

- X-Quang tim phổi.

- Khí máu động mạch khi có suy hô hấp.

- Tets cúm A, B.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

- Chủ yếu dựa vào lâm sàng theo 5 tiêu chuẩn của Mc Connochie

+ Tuổi dưới 24 tháng.

+ Đây là đợt khò khè đầu tiên hoặc lần thứ 2

+ Ho, thở nhanh diễn ra sau đợt viêm hô hấp trên.

+ Ran ẩm nhỏ hạt lan toả 2 phổi cuối thì hít vào.

+ Khò khè thì thở ra kèm ran rít lan toả.

- X-Quang phổi: Các thay đổi không đặc hiệu. Thường thấy hình ảnh ứ khí phế nang (thường khu trú ở đáy phổi), có thể gặp hình ảnh xẹp phổi(thường ở phân thùy đỉnh/ thùy trên phổi P). Một số trường hợp X-Quang bình thường.

- CTM: bình thường hoặc tăng nhẹ bạch cầu, đặc biệt là bạch cầu Lympho.

- CRP: không tăng.

- Khí máu biến đổi khi có suy hô hấp nhiều.

2. Chẩn đoán mức độ

- Viêm tiểu phế quản nhẹ:

+ Trẻ tỉnh táo, bú tốt.Nhịp thở < 50l/ph.

+ SpO2 > 95% với khí trời.Không có các yếu tố nguy cơ.

- Viêm tiểu phế quản trung bình:

+ Tỉnh, bú kém.Có rút lõm lồng ngực.

+ Nhịp thở 50-70 l/ph.SpO2 92-95% với khí trời.

- Viêm tiểu phế quản nặng:

+ Trẻ kích thích, li bì, rối loạn trị giác. Bỏ bú (bú < 50% lượng sữa bình thường).

+ Thở nhanh > 70 l/ph.Thở không đều (có cơn ngừng thở)

+ Tím - Rên rỉ.Co lõm lồng ngực nặng.

+ SpO2 < 92% với khí trời.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Cơn hen phế quản cấp.
- Viêm phế quản phổi.
- Ho gà.
- Dị vật đường thở.
- Suy tim

4. Chẩn đoán biến chứng

- Viêm phổi, xẹp phổi.
- Biến chứng suy tim cấp, rối loạn chuyển hóa, co giật do thiếu oxy não.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

Chủ yếu là điều trị triệu chứng, gồm:

- Chống suy hô hấp
- Điều chỉnh các rối loạn điện giải, nước, toan kiềm.
- Điều trị chống bội nhiễm- Dinh dưỡng đầy đủ.

2. Chỉ định nhập viện

- Trẻ <3 tháng tuổi có yếu tố nguy cơ.
- Có dấu hiệu nguy hiểm:Tím tái, bỏ bú hoặc bú kém, không uống được, li bì khó đánh thức, co giật, suy dinh dưỡng nặng.
- Thở nhanh >70l/ph, có lõm lồng ngực.
- Có dấu hiệu mất nước.

3. Điều trị cụ thể

- Viêm tiểu phế quản nhẹ: Điều trị ngoại trú.

+ Không chỉ định kháng sinh, thuốc giãn phế quản, corticoids.

+ Chỉ cần điều trị triệu chứng:

+ Thông thoáng đường thở, nhỏ mũi thường xuyên.

+ Tiếp tục cho ăn/ bú bình thường, chia lượng sữa/ thức ăn ra nhiều bữa nhỏ.

+ Cho trẻ uống nước nhiều.

+ Hạ sốt nếu trẻ sốt ≥38,5ºC.

+ Chỉ sử dụng thuốc giảm ho an toàn, không chứa antihistamins cũng như các chất có thể có tác dụng phụ quan trọng khác.

+ Hướng dẫn các dấu hiệu nặng khi cần đến khám lại ngay.

+ Tái khám sau 2 ngày.

- Viêm tiểu phế quản trung bình: Cho nhập viện.

+ Thông thoáng đường thở, hút đờm khi có bít tắc.

+ Nằm đầu cao.

+ Thở oxy để duy trì SpO_2>92%: Với bệnh nhân dưới 3 tháng có biểu hiện gắng sức khi thở, bão hòa oxy giảm khi bú hoặc bão hòa oxy dưới 92%.

+ Ăn uống đầy đủ, chia nhỏ bữa. Nuôi qua sonde dạ dày khi trẻ ăn kém hoặc không ăn được

+ Truyền dịch khi bệnh nhân có dấu hiệu mất nước.

+ Khí dung Ventolin (Salbutamol) 0,15mg/kg/lần khí dung 2 lần cách 20 phút và cần đánh giá lại sau 1 giờ.

Nếu có đáp ứng thì tiếp tục dùng khí dung 4-6h/lần đến khi hết suy hô hấp.

Nếu không đáp ứng thì cho khí dung Dd Natriclorua 3% cho những bệnh nhân khò khè lần đầu, không đáp ứng với thuốc giãn phế quản.

+ Kháng sinh: Điều trị kháng sinh như viêm phổi do vi trùng.

+ Corticoids: Không chỉ định rộng rãi

Thường dùng trong trường hợp nghi ngờ suyễn hoặc có suy hô hấp.

Liều: Prednisolon 1-2mg/kg/24h , hoặc Dexamethason 0,15mg/kg/lần mỗi 6-8h.

- Viêm tiểu phế quản nặng:

Cho trẻ nằm phòng cấp cứu hoặc khoa hồi sức tích cực.

Điều trị như Viêm tiểu phế quản trung bình

+ Theo dõi chặt chẽ: Mạch, nhịp thở, bão hòa oxy

+ Kiểm tra khí máu. Thở CPAP hay thở máy.

+ Truyền dịch cung cấp đủ nước, điện giải. Dinh dưỡng đầy đủ, cho ăn qua sonde dạ dày khi:

+ Thở nhanh > 70-80 l/ph.; + Nôn ói liên tục nếu ăn uống bằng đường miệng.

+ Khi trẻ ăn uống mà SpO2 giảm dưới 90% dù có thở Oxy.

+ Chỉ định truyền dịch nuôi dưỡng tĩnh mạch khi trẻ có mất nước, hoặc khi ăn bằng đường miệng cung cấp không quá 80ml/kg/ngày.

4. Kháng sinh

- Chỉ dùng khi bội nhiễm.

- Khi bệnh nhân có nguy cơ nhiễm trùng:Đặt nội khí quản, thở máy.

- Cần cấy dịch để tìm vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.

- Kháng sinh: chọn 1 trong những kháng sinh sau (Uống hoặc tiêm tĩnh mạch)

+ Ampicilin : 50mg/kg/24h.

+ Amoxicilin : 80-100mg/kg/24h.

+ Ampicilin + sulbactam hoặc (Amoxicilin + acid clavulanic):

+ Cefuroxim: 30-60mg/kg/24h. (nặng có thể 100mg/ngày).

Nếu trẻ dị ứng với nhóm Beta-lactam thì dùng nhóm Macrolid.

THIẾU MÁU THIẾU SẮT TRẺ EM

I. TRIỆU CHỨNG

1. Cơ năng

-Tiền sử đẻ non, đẻ sinh đôi, chế độ ăn của trẻ

-Tiền sử phát triển: có chậm phát triển vận động, kém chơi, hay mệt.

-Tiền sử hay bị đau bụng vùng thượng vị, đi ngoài phân đen.

2. Khám thực thể

- Dấu hiệu thiếu máu: Da niêm mạc nhợt (xem lòng bàn tay nhợt hay rất nhợt).

- Dấu hiệu thiếu oxy não: Lừ đừ, kém vận động, than mệt, quấy khóc, biếng ăn, với trẻ lớn học kém tập trung.

- Dấu hiệu thiếu dinh dưỡng: Đứng cân hay sụt cân, viêm teo gai lưỡi. môi khô, móng tay, móng chân nhợt nhạt, dễ gẫy, biến dạng.

- Dấu hiệu bệnh nền gây thiếu sắt: xem có đau thượng vị, quan sát phân.

- Nặng, kéo dài: nhịp tim nhanh, thở nhanh, có tiếng thổi tâm thu cơ năng. Có thể suy tim: tim có tiếng ngựa phi, diện tim to, gan to, tĩnh mạch cổ nổi.

3. Cận lâm sàng

- Tổng phân tích tế bào máu ngoại biên:

+ Hemoglobin giảm: Trẻ từ 6 tháng - 6 tuổi: Hb < 110g/l

Trẻ từ 6 tuổi - 14 tuổi: Hb < 120g/l

+Hồng cầu nhỏ, nhược sắc: MCV < 80fl; MCHC < 300g/l

MCH < 27pg; RDW > 17

-Sắt huyết thanh giảm < 10µmol/l.

-Ferritin huyết thanh < 10 ng/ml.

** Giá trị bình thường:*

Sơ sinh: 25-200 mcg/L

Từ 1 đến 5 tháng: 50-200 mcg/L

Từ 6 tháng đến 15 tuổi: 7 -150 mcg/L

- XN phân tìm trứng giun móc, tìm hồng cầu trong phân.

- Làm huyết tủy đồ khi có thiếu máu nặng hoặc nghi ngờ có bệnh về máu.

- Soi dạ dày, siêu âm ổ bụng, soi đại trực tràng,… tìm nguyên nhân khi có nghi ngờ.

- Sinh hóa máu: ure, creatinin, GOT, GPT.

-Nước tiểu 10 thông số.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

- Dựa vào lâm sàng và xét nghiệm huyết học, sinh hóa.

- Khi trên lâm sàng bệnh nhân có các triệu chứng thiếu máu như trên kèm sắt huyết thanh giảm và ferritin huyết thanh giảm.

2. Chẩn đoán nguyên nhân

- Cung cấp sắt thiếu: ăn thiếu(thiếu sữa mẹ, ăn bột sớm…), do hấp thu kém(giảm độ toan dạ dày, tiêu chảy kéo dài, hội chứng kém hấp thu, dị dạng dạ dày ruột…)

- Mất sắt do chảy máu từ từ: loét dạ dày tá tràng, giun móc, polyp ruột…

- Nhu cầu sắt quá cao như dậy thì, đẻ non, tuổi hành kinh

3. Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh Thalassemia dị hợp tử, HbE

-Thiếu máu nhược sắc do không sử dụng được sắt: ngộ độc chì, viêm mạn tính kéo dài…

- Thiếu máu do viêm hay nhiễm trùng kéo dài: thiếu máu, sắt huyết thanh giảm nhưng Ferritin cao.

III. ĐIỀU TRỊ

1.Điều trị thiếu sắt

* Uống viên sắt: 3mg sắt nguyên tố/ kg/ ngày (với thiếu máu trung bình và nhẹ), 4-6mg/kg/ngày (cho thiếu máu nặng), chia 3 lần, trong 3 tháng hay ít nhất 1 tháng sau khi Hb trở về bình thường

* Trong trường hợp không uống được hay không hấp thu được thì dùng đường tiêm

$$\text{Lượng Fe(mg) tiêm} = \frac{\text{Hb(bt)} - \text{Hb(bn)}}{100} \times \text{V(ml)} \times 3{,}4 \times 1{,}5$$

Hb(bt): hemoglobin bình thường(12g/l)

Hb(bn): hemoglobin bệnh nhân

V(ml): 80ml/kg

3,4: 1g Hb cần 3,4 mg Fe

1,5: thêm 50% cho dự trữ sắt

*Truyền máu:

Chỉ định khi: Hb < 5,0g/l

Cần nâng nhanh lượng hemoglobin lên

Suy tim do thiếu máu nặng

* Tăng cường chế độ ăn giàu sắt

2. Điều trị nguyên nhân gây thiếu sắt

- Điều chỉnh chế độ dinh dưỡng
- Điều trị các bệnh mạn tính đường ruột gây kém hấp thu sắt.
- Điều trị các nguyên nhân gây mất máu mạn tính

3. Điều trị hỗ trợ

- Vitamin C 50 – 100mg/ngày để tăng hấp thu sắt.
- Tránh các thức ăn giảm hấp thu sắt.