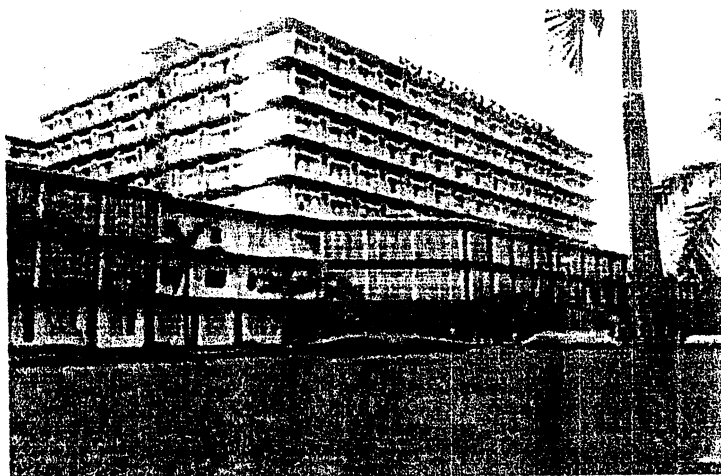


BỘ Y TẾ
BỆNH VIỆN ĐA KHOA TW CẦN THƠ

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ

NỘI KHOA



CẦN THƠ - 2010

MỤC LỤC



Trang

I. KHOA NỘI TIÊU HÓA

1./ BẠCH CẦU CẤP	1
2./ BẠCH CẦU MÃN DÒNG HẠT (DÒNG TỦY)	8
3./ HỘI CHỨNG RUỘT KÍCH THÍCH	12
4./ LOÉT DẠ DÀY - TÁ TRÀNG	16
5./ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH SUY TỦY XƯƠNG.....	21
6./ VIÊM TRỰC - ĐẠI TRÀNG XUẤT HUYẾT	25
7./ VIÊM TỤY CẤP	29
8./ VIÊM GAN SIÊU VI B MẠN TÍNH.....	37
9./ VIÊM GAN SIÊU VI C MẠN TÍNH	41
10./ BỆNH XUẤT HUYẾT GIẢM TIÊU CẦU MIỄN DỊCH	44
11./ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO VỠ GIẢN TÍNH MẠCH THỰC QUẢN	50
12./ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG ..	55
13./ XƠ GAN	60
14./ THALASEMIA	68

II. KHOA NỘI PHỔI THẬN

1./ BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH	70
2./ CÁC KỸ THUẬT XỬ TRÍ TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI.....	79
3./ VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN	92
4./ HEN PHẾ QUẢN	100
5./ TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI TỰ PHÁT	109
6./ VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG NGƯỜI LỚN	119
7./ ĐIỀU TRỊ SUY THẬN MÃN	129
8./ HỘI CHỨNG THẬN HƯ	145

III. KHOA NỘI TIM MẠCH

1./ CƠN ĐAU THẮT NGỰC ỔN ĐỊNH	151
2./ CƠN ĐAU THẮT NGỰC KHÔNG ỔN ĐỊNH	162
3./ CƯỜNG GIÁP	168
4./ PHÁC ĐỘ ĐIỀU TRỊ VIÊM KHỚP GÚT	177
5./ HỘI CHỨNG CUSHING	180
6./ NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP CÓ ĐOẠN ST CHÊNH LÊN	190
7./ ĐIỀU TRỊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG	202
8./ SUY TIM	212
9./ TRÀN DỊCH MÀNG NGOÀI TIM	221
10./ VIÊM NỘI TÂM MẠC NHIỄM TRÙNG	229

IV. KHOA NHIỄM

1./ NHIỄM TRÙNG HUYẾT	238
2./ VIÊM MÀNG NÃO MỦ	243
3./ VIÊM NÃO SIÊU VI	247
4./ TIÊU CHẢY NHIỄM TRÙNG	251
5./ BỆNH TẢ (Phác đồ của BYT)	255
6./ VIÊM PHỔI DO VIRUS (Phác đồ của BYT).....	261
7./ UỐN VÁN	265
8./ VIÊM GAN SIÊU VI CẤP	270
9./ VIÊM GAN SIÊU VI TỐI CẤP	274
10./ SỐT DENGUE – SỐT XH DENGUE (Phác đồ của BYT).....	279
11./ SỐT RẾT (Phác đồ của BYT)	284
12./ THƯƠNG HÀN	292
13./ BỆNH NHIỄM HIV/AIDS (Phác đồ của BYT)	296
14./ PHÂN LOẠI GIAI ĐOẠN LÂM SÀNG HIV/AIDS Ở NGƯỜI LỚN VÀ VỊ THÀNH NIÊN	301
15./ ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG CƠ HỘI Ở BỆNH NHÂN AIDS...	303
16./ GIUN CHỈ BẠCH HUYẾT	308

V. KHOA TÂM THẦN KINH

1./ TRẠNG THÁI ĐỘNG KINH	311
2./ ĐỘNG KINH	315
3./ BỆNH NHƯỢC CƠ	318
4./ ĐỘT QUÝ THIẾU MÁU NÃO CẤP	325
5./ XUẤT HUYẾT TRONG NÃO	330
6./ XUẤT HUYẾT DƯỚI NHỆN	335
7./ VIÊM ĐA DÂY THẦN KINH	339
8./ VIÊM ĐA RỄ DÂY THẦN KINH (HỘI CHỨNG GUILLAIN-BARRÉ)	341
9./ VIÊM TUYẾN CÁT NGANG	343

VI. KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC

1./ CHOÁNG NHIỄM TRÙNG	345
2./ NGỘ ĐỘC PHENOBARBITAL	351
3./ RÂN HỒ ĐẤT CÁN	355
4./ RÂN LỤC TRE CÁN	359
5./ NGỘ ĐỘC THUỐC TRỪ SÂU NHÓM KHÁNG MEN CHOLINESTERASE	363
6./ SUY HÔ HẤP CẤP	371
7./ THỞ MÁY KHÔNG XÂM LẤN	377
8./ THỞ MÁY XÂM LẤN	383

VII. KHOA GÂY MÊ HỒI SỨC

1./ HỒI SỨC CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO SAU MỔ	392
2./ GÂY TÊ TUYẾN SỐNG ĐỀ PHẪU THUẬT	396
3./ GÂY MÊ NỘI KHÍ QUẢN	401
4./ GÂY TÊ ĐÁM RỐI THẦN KINH CẢNH TAY	408
5./ GÂY TÊ TUYẾN SỐNG MỔ LẤY THAI	413

VIII. KHOA NGOẠI TỔNG QUÁT

1./ ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA SỎI ĐƯỜNG MẬT	418
2./ ĐIỀU TRỊ VIÊM TỤY CẤP	421
3./ ĐIỀU TRỊ SỎI TÚI MẬT	424
4./ ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN (VIÊM PHỨC MẠC) 433	
5./ ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN (CHẢY MÁU TRONG XOANG BỤNG)	442
6./ ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG THÁU BỤNG	446
7./ ĐIỀU TRỊ THÙNG DẠ DÀY TÁ TRÀNG	449
8./ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY	454
9./ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI - TRỰC TRÀNG	460
10./ ĐIỀU TRỊ ÁP XE HẬU MÔN TRỰC TRÀNG	467
11./ ĐIỀU TRỊ RÒ HẬU MÔN	472
12./ ĐIỀU TRỊ VIÊM RUỘT THỪA CẤP	477
13./ ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG NGỰC CÓ GÂY SƯỜN	484
14./ ĐIỀU TRỊ TRÀN MÁU MÀNG PHỔI	485
15./ ĐIỀU TRỊ TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI CT NGỰC	486
16./ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÚ	492
17./ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỆT HÓA TUYẾN GIÁP.....	499

IX. KHOA NGOẠI THẬN KINH

1./ HỘI CHỨNG TĂNG ÁP LỰC NỘI SỌ	503
2./ LÚN SỌ	505
3./ MÁU TỤ NGOÀI MÀNG CỨNG	507
4./ MÁU TỤ DƯỚI MÀNG CỨNG	510
5./ MÁU TỤ TRONG NÃO DO CHẤN THƯƠNG	513
6./ VẾT THƯƠNG SỌ NÃO	515
7./ CT CỘT SỐNG VÀ TỦY SỐNG LƯNG THẤT LƯNG	518
8./ BỆNH LÝ THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẤT LƯNG CÙNG	521

X. KHOA NGOẠI NIỆU

1./ BƯỚU LẠNH TUYẾN TIỀN LIỆT	526
2./ SỎI THẬN	532
3./ SỎI NIỆU QUẢN	537
4./ CHẤN THƯƠNG NIỆU ĐẠO TRƯỚC	541
5./ CHẤN THƯƠNG NIỆU ĐẠO SAU	545
6./ CHẤN THƯƠNG VẾT THƯƠNG THẬN	550
7./ PHỤ LỤC	556

XI. KHOA NGOẠI CHẤN THƯƠNG

1.. ĐIỀU TRỊ BÔNG	572
2./ HỘI CHỨNG CHÈN ÉP KHOẢNG TRONG BIẾN CHỨNG GÂY XƯƠNG	578
3./ ĐIỀU TRỊ GÂY XƯƠNG HỖ	583
4./ KHÂU NÓI CHI ĐÚT LÌA	587
5./ ĐIỀU TRỊ VIÊM TỦY XƯƠNG	589
6./ GÂY CỎ XƯƠNG ĐÙI	595
7./ PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG BÀN TAY	599
8./ PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG PHÂN MỀM	603
9./ XỬ TRÍ VẾT THƯƠNG KHỚP	607

XII. KHOA SẢN

1./ CHOÁNG MẮT MÁU TRONG SẢN PHỤ KHOA	609
2./ KHÓI U BUỒNG TRỨNG	611
3./ NHAU BONG NON	617
4./ NHAU TIỀN ĐẠO	620
5./ NHIỄM TRÙNG HẬU SẢN	624
6./ SẢN GIẬT	630
7./ KỸ THUẬT CẮT KHÂU VÀ SẼN SÓC VẾT MAY TÀNG SINH MÔN	633
8./ THAI CHẾT LƯU TRONG TỬ CUNG	636

9./ THAI NGOÀI TỬ CUNG	638
10. U XƠ CƠ TỬ CUNG	643

XIII. KHOA MẮT

1./ BÔNG MẮT	646
2./ CHẤN THƯƠNG MẮT	649
3./ ĐIỀU TRỊ GLAUCOM	655
4./ ĐỤC THỦY TINH THỂ	659
5./ LOÉT GIÁC MẠC	665
6./ MỘNG THỊT	669
7./ TẮC ĐỘNG MẠCH TRUNG TÂM VÔNG MẠC	672
8./ TẮC TĨNH MẠCH TRUNG TÂM VÔNG MẠC	673
9./ VIÊM TÚI LỆ	674

XIV. KHOA RĂNG HÀM MẶT

1./ CẤP CỨU CHẢY MÁU RĂNG	677
2./ QUI TRÌNH XỬ LÝ VIÊM MÔ TẾ BÀO VÙNG HÀM MẶT... ..	679
3./ QUI TRÌNH XỬ TRÍ GÂY XƯƠNG TÀNG MẶT GIỮA	684
4./ QUI TRÌNH XỬ LÝ GÂY XƯƠNG HÀM DƯỚI	687
5./ NGÁT TRONG NHỎ RĂNG	690
6./ XỬ TRÍ VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM HÀM MẶT	692

XV. KHOA TAI MŨI HỌNG

1./ CHỌC THÔNG XOANG HÀM	694
2./ PHẪU THUẬT MỞ KHÍ QUẢN	698
3./ RẠCH ÁP-XE A-MI-ĐAN (AMYGDAL)	706
4./ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT VÁCH NGĂN MŨI	710
5./ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT XOANG (PT Tiết căn xoang hàm – Caldwell Luc Operation	716
6./ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT KHOẾT RỒNG ĐÁ CHŨM CHỈNH HÌNH ỒNG TAI	723

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ
NỘI TIÊU HÓA

BẠCH CẦU CẤP

I. ĐỊNH NGHĨA :

- Bạch cầu cấp là một bệnh lý ác tính do sự chuyển dạng bất thường của tế bào đầu dòng tạo máu (tế bào đầu dòng lympho hoặc tế bào đầu dòng tủy). Bệnh có đặc điểm tăng sinh mạnh, nhưng không biệt hóa hoặc biệt hóa bất thường của các tế bào non ác tính đưa đến sự tích tụ những tế bào này trong tủy xương gây ức chế sự tạo máu bình thường và thâm nhiễm các cơ quan tổ chức ngoài tủy.

- Bệnh bạch cầu cấp được chia thành hai loại chính dựa trên nguồn gốc tế bào:

+ Bạch cầu cấp dòng lympho

+ Bạch cầu cấp dòng tủy (hay non-lympho)

- Việc phân chia này rất có ý nghĩa về phương diện điều trị và tiên lượng bệnh.

II. CHẨN ĐOÁN :

1. Lâm sàng:

2.1. Giảm 3 dòng tế bào máu, biểu hiện:

- Hội chứng thiếu máu
- Hội chứng xuất huyết dạng giảm tiểu cầu
- Hội chứng nhiễm trùng (có thể có hoặc không)

2.2. Thâm nhiễm tế bào ác tính :

- Gan to, lách to, hạch to.
- Đau nhức xương, tăng sinh nướu răng, sụt cân, sốt, liệt mặt,...

2. Cận lâm sàng:

Ba xét nghiệm bắt buộc :

2.1. Công thức máu : Gợi ý nghĩ đến BCC khi có:

- Giảm 2 dòng tế bào máu (hồng cầu, tiểu cầu)

- Bạch cầu tăng cao, công thức bạch cầu đảo ngược (số lượng lympho cao hơn bạch cầu hạt).

2.2. Phết máu ngoại vi:

Có sự hiện diện của bạch cầu non (Blast).

2.3. Tủy đồ : Là xét nghiệm chẩn đoán xác định bệnh bạch cầu cấp.

- Tăng sinh BC non > 20 % (Blast > 20 %) theo tiêu chuẩn WHO hoặc >30% theo FAB.

- Hình thái tế bào: tủy hay lympho

- Hóa tế bào : giúp xác định hình thái tế bào

2.4. Các xét nghiệm khác bổ sung cho điều trị:

- Siêu âm tim, điện tâm đồ (trước khi sử dụng Anthracycline)

- ECHO bụng

- X-quang phổi thẳng nghiêng

- Sinh hóa máu :

+ SGOT, SGPT, GGT, Bilirubin, Glycemie.

+ Ure, Creatinin, Acid uric, Ion đồ, LDH.

- Đông máu: PT, APTT, TT, Fibrinogen (khi nghi ngờ DIC)

- Nhóm máu

- HBsAg, Anti HBs, Anti-HBc IgM, Anti-HCV, Anti-HIV (nếu nghi ngờ).

- Dịch não tủy xem số lượng và hình thái tế bào dịch não tủy: nếu có kèm triệu chứng nghi xâm lấn não màng não.

- Cây máu: trên bệnh nhân sốt

- Cây các bệnh phẩm (nước tiểu, phân, dịch ổ nhiễm trùng) ở những ổ nhiễm trùng khác.

III. ĐIỀU TRỊ :

Giải thích cho BN và gia đình biết rõ :

- Bệnh BCC chủ yếu điều trị kéo dài thời gian sống.
- Chỉ định ghép tủy : BN còn trẻ < 40 tuổi, hiệu quả sẽ cao.
- Hóa trị liệu : tùy theo tình trạng bệnh sẽ có phác đồ thích hợp.

1. Điều trị nâng đỡ:

1.1. Chống xuất huyết :

- Truyền tiểu cầu đậm đặc hoặc tiểu cầu CUP (chiết tách bằng máy từ một người cho) khi có triệu chứng chảy máu nặng hoặc khi số lượng tiểu cầu $< 20 \times 10^9/l$, lặp lại trung bình mỗi 2-3 ngày khi cần thiết.

- Các thuốc hỗ trợ cầm máu: Ethamsylate (Dicynone), Tranexamic acid (Transamine, Hexamic), Carbazochrome (Adona)...

1.2. Chống thiếu máu :

Truyền hồng cầu lắng, giữ Hb 8 - 10 g/dl tùy tình trạng bệnh nhân.

1.3. Chống nhiễm trùng:

- Cấy máu: khi sốt $> 38,5^\circ\text{C}$

- Tìm ổ nhiễm trùng: da niêm (chú ý niêm mạc vùng miệng, hầu họng), đường hô hấp, tiết niệu – sinh dục...

- Kháng sinh phổ rộng, thể hệ mới, đường tĩnh mạch, phối hợp :

+ Kháng sinh nhóm Cephalosporine thế hệ 3 hoặc 4 hoặc kháng nấm khi nghi nhiễm nấm.

+ Sau 48 - 72 giờ nếu không giảm sốt thì phối hợp với nhóm Aminoglycoside (Amikacin hay Amiklin hay Linkacin 0.5g, liều 15mg/kg/24 giờ pha 100ml glucose 5% TTM 1 giờ hoặc Tobramycin).

+ Nếu sau 48 giờ sốt không giảm và không tìm được nguyên nhân gây sốt cho thêm Vancomycin.

+ Nếu vẫn còn sốt sau 48 - 72 giờ và không tìm được nguyên nhân sốt thì cho điều trị kháng nấm với Amphotericin B (Fungizone).

+ Nếu bệnh nhân vẫn còn sốt cầm tâm soát nguyên nhân vi trùng kỵ khí hoặc siêu vi trùng.

+ Ngưng kháng sinh khi bệnh nhân cắt sốt trên 72 giờ và hồi phục suy tủy (Neutrophile $> 0.5 \times 10^9/l$).

+ Khi có kết quả KSD, dùng KS theo KSD.

+ Nếu bệnh tiến triển nặng hoặc có biến chứng, hội chẩn với bác sĩ chuyên khoa Nhiễm.

2. Hóa trị liệu :

Tùy theo thể trạng và điều kiện BN, có các phác đồ hóa trị liệu thích hợp. Trong điều kiện hiện nay của bệnh viện, chủ yếu áp dụng phác đồ điều trị “cầm chừng”. Mục tiêu của hóa trị liệu “cầm chừng” là khống chế quần thể tế bào non tăng sinh nhưng không gây suy tủy, nghĩa là tạo lui bệnh một phần theo Tiêu chuẩn của Viện ung thư Hoa Kỳ, cụ thể :

- Tủy đồ còn 6 - 25% blast; các tế bào dòng hồng cầu chiếm $> 10 - 15\%$; các tế bào dòng hạt chiếm $> 25\%$.

- Huyết đồ: không còn blast; số lượng tuyệt đối Neutrophile $> 1 - 1.5 \times 10^9/l$ và tiểu cầu $> 50 - 100 \times 10^9/l$.

2.1. Hóa trị liệu cầm chừng bạch cầu cấp dòng tủy:

- Cytarabine (Ara-C) liều thấp đơn thuần: $10\text{mg}/\text{m}^2/12$ giờ, tiêm dưới da trong 10 – 21 ngày.

- Hoặc 6 Mercaptopurin (Thioguanin hay Purinethol) đơn thuần: $50\text{mg}/\text{m}^2/\text{ngày}$, uống trong 10 ngày, buổi sáng, lúc đói.

- Hoặc 6 Mercaptopurin (Thioguanin hay Purinethol): $80\text{mg}/\text{m}^2/\text{ngày}$, uống vào ngày 1 – 4 lúc sáng, lúc đói và Cytarabine $60\text{mg}/\text{m}^2/\text{ngày}$, tiêm dưới da vào ngày thứ 5.

- Cytarabine $100 \text{ mg}/\text{m}^2/12$ giờ, truyền tĩnh mạch liên tục trong 5 ngày, lặp lại mỗi tháng trong 4 tháng.

- Sử dụng tiếp Cytarabin $100\text{mg}/\text{m}^2/\text{ngày}$, tiêm dưới da trong 5 ngày và Daunorubicin $45\text{mg}/\text{m}^2/\text{ngày}$ tiêm mạch vào ngày thứ 5, lặp lại mỗi tháng trong 4 tháng/

2.2. Hóa trị liệu cầm chừng bạch cầu cấp dòng lympho:

- Điều kiện: số lượng tuyệt đối Neutrophile $> 0.5 \times 10^9/\text{l}$ và tiểu cầu $> 100 \times 10^9/\text{l}$

- Prednisone $60 \text{ mg}/\text{m}^2/\text{ngày}$, chia 3 lần uống hoặc chích tĩnh mạch từ ngày 1 đến ngày 7, tiếp theo là $40 \text{ mg}/\text{m}^2/\text{ngày}$ từ ngày 8 đến ngày thứ 28, từ ngày 29 giảm liều dần và ngưng ở ngày thứ 35.

- Kết hợp với:

+ Hoặc Vincristine $1.5 \text{ mg}/\text{m}^2/\text{ngày}$ (không vượt quá $2\text{mg}/\text{ngày}$), tiêm tĩnh mạch chậm trong 1 phút (tránh thoát mạch) ở ngày thứ 8, 15, 22 và 29.

+ Hoặc Daunorubicine $40 \text{ mg}/\text{m}^2/\text{ngày}$, truyền tĩnh mạch chậm trong 1 giờ ở ngày thứ 8, 15, 22.

2.3. Kháng sinh phòng ngừa trong giai đoạn suy tủy (Neutrophile $< 0.5 \times 10^9/\text{l}$)

- Người lớn: Ciprofloxacin $0.5\text{g} \times 2 \text{ lần}/\text{ngày}$ hoặc Ofloxacin $0.2\text{g} \times 2 \text{ lần}/\text{ngày}$.

- Trẻ em: Cotrimoxazol (Bactrim) $480\text{mg}/10\text{kg}/\text{ngày}$.

2.4. Dinh dưỡng:

- Dinh dưỡng bằng đường miệng là thích hợp, giữ Albumin $> 3\text{g}/\text{dl}$.

- Trường hợp không ăn bằng miệng được thì dùng đường tĩnh mạch.
Nhu cầu hằng ngày: dịch truyền $1500\text{ml}/\text{m}^2$, năng lượng $40\text{Kcal}/\text{kg}$, cân bằng các chất điện giải.

2.5. Các phương pháp điều trị bổ sung khác:

- Cho BN nằm phòng cách ly trong giai đoạn giảm bạch cầu hạt: kỹ thuật săn sóc vô trùng, chế độ ăn hạn chế tối đa sự lây nhiễm.

- Điều trị Cytarabine, nên nhỏ mắt với dung dịch NaCl 9‰ mỗi 2 giờ lúc thức và trước khi đi ngủ - từ lúc bắt đầu dùng Cytarabine và kéo dài 2 -3 ngày sau liều cuối cùng.

- Khi Creatinin tăng nhanh vì hội chứng ly giải tế bào thì Cytarabine không nên tiếp tục. Độc tính ở liều thông thường: mỗi bệnh nhân có liều giới hạn gây suy tủy, tối đa 7 -10 ngày sau khi cho thuốc và sẽ chấm dứt khi tủy phục hồi trong vòng 2 tuần; nôn ói, sốt đau cơ; độc tính lên các tế bào phát triển nhanh (gây loét niêm mạc, phát ban, tiêu chảy).

- Yếu tố tăng trưởng tạo máu: G-CSF (Neupogen lọ 30 MIU, Leukocin lọ 300µg, 3 – 5 µg/kg/ngày tiêm dưới da mỗi ngày) hoặc GM-CSF (Leucomax 250 µg/m²/ngày tiêm dưới da) ở bệnh nhân nhiễm trùng hoặc sốt không rõ nguyên nhân ở giai đoạn suy tủy sâu. Ngưng thuốc khi Neutrophile $> 1 \times 10^9/l$.

- Ngưng chu kỳ kinh ở phụ nữ trong giai đoạn điều trị gây suy tủy: Medroxyprogesterone (Provera) 10mg/ngày, viên 5mg, 10mg.

- Vệ sinh răng miệng: dung dịch sát trùng răng miệng (Betadine, Chlorhexidine).

- Tránh dùng Aspirin và kháng viêm Nonsteroid khác.

3. Điều trị cấp cứu tăng bạch cầu:

Khi số lượng bạch cầu tăng cao quá $100 \times 10^9/l$, nguy cơ tắc mạch rất cao, cần điều trị nhanh chóng hạ bạch cầu xuống. Cách điều trị giống như trong phác đồ điều trị bạch cầu kinh dòng hạt.

4. Ghép tủy:

Khi BN có đủ điều kiện thì tư vấn chuyển tuyến trên ghép tủy.

5. Theo dõi xét nghiệm trong quá trình điều trị

- Công thức máu mỗi 2 ngày, trong trường hợp cần thiết làm mỗi ngày cho đến khi phục hồi Neutrophile $> 1 \times 10^9/l$ và số lượng tiểu cầu $> 20 \times 10^9/l$.
- Trường hợp bệnh nhân có truyền tiểu cầu, xét nghiệm công thức máu trong vòng 1 giờ sau truyền để đánh giá hiệu quả truyền.
- Sinh hóa và ion đồ 2 lần mỗi tuần; nếu số lượng bạch cầu $> 50 \times 10^9/l$: ure, creatinine, acid uric, ion đồ mỗi ngày.
- Tùy đồ kiểm tra đánh giá tình trạng lui bệnh.

6. Theo dõi BN sau điều trị :

- Bệnh sử, thăm khám, huyết đồ mỗi tháng hoặc mỗi 3 tháng.
- Tùy đồ chỉ thực hiện khi có bất thường trên phết máu ngoại vi hoặc giảm các dòng tế bào máu ngoại vi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO :

* Tiếng Việt :

1. Phác đồ điều trị bạch cầu cấp dòng tủy, Phác đồ điều trị 2009, Bệnh viện Huyết học – Truyền máu Tp. HCM, tr. 15 – 25.
2. Phác đồ điều trị bạch cầu cấp dòng lympho, Phác đồ điều trị 2009, Bệnh viện Huyết học – Truyền máu Tp. HCM, tr. 25 – 35.
3. Phác đồ điều trị bạch cầu cấp 2009, Khoa Tiêu hóa – Huyết học, bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ.

* Tiếng Anh (e-book)

1. Marshall A. Lichtman, Ernest Beutler (2007), Acute myelogenous leukemia, *William's Hematology*, 7th, McGraw-Hill's, chapter 87.
2. Maria R. Baer, John P. Greer (2009), Acute myeloid leukemia in adults, *Wintrobe's Clinical Hematology*, 12th, Lippincott Williams & Wilkins, chapter 79.

BẠCH CẦU MẠN DÒNG HẠT (DÒNG TỬY)

I. ĐỊNH NGHĨA :

Bệnh bạch cầu mạn dòng hạt là một hội chứng tăng sinh tủy do sản sinh quá mức tế bào dòng tủy ở các lứa tuổi từ non đến già, cả máu ngoại vi và trong tủy xương. Tế bào vẫn còn khả năng biệt hóa, và dòng hạt vẫn giữ được chức năng trong giai đoạn đầu mãn. Bệnh ổn định trong nhiều năm trước khi chuyển cấp.

II. LÂM SÀNG :

- Thường gặp trên BN lớn tuổi (> 30 tuổi)
- Lách to (>90%)
- Thiếu máu nhẹ hoặc vừa

III. CẬN LÂM SÀNG :

- Công thức máu: bạch cầu tăng cao, tiểu cầu bình thường hoặc tăng, thiếu máu nhẹ hoặc vừa.

- Phết máu ngoại biên: bạch cầu dòng hạt đầy đủ các giai đoạn từ non đến già.

- Tủy đồ hoặc sinh thiết tủy : chỉ làm khi cần thiết.

- Di truyền tế bào: có sự hiện diện của nhiễm sắc thể Philadelphia hay gen BCR/ABL (hiện chưa làm được tại Cần Thơ).

IV. CẬN LÂM SÀNG HỖ TRỢ :

- Sinh hóa: AST, ALT, LDH, acid uric, phosphatase kiềm, ion đồ.
- Một số xét nghiệm khác tùy trường hợp.

V. CHẨN ĐOÁN GIAI ĐOẠN (Tiêu chuẩn WHO)

1. Giai đoạn tiến triển :

Nếu thỏa một hoặc nhiều tiêu chuẩn sau đây :

- Blast 10 – 19% trong máu ngoại vi hoặc tủy.
- $\geq 20\%$ Basophile ở máu ngoại vi.

- Giảm tiểu cầu $< 100 \times 10^9/l$ không liên quan điều trị hoặc $> 1000 \times 10^9/l$ không đáp ứng điều trị.

- Tăng kích thước lách và tăng bạch cầu không đáp ứng điều trị.

2. Chuyển cấp :

$\geq 20\%$ blast ở máu ngoại vi hoặc tủy.

VI. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT :

- Cần phân biệt với phản ứng tăng bạch cầu do nhiễm trùng. Trong trường hợp này bạch cầu phần nhiều $< 50 \times 10^9/l$, lách không to, Phosphatase kiềm bạch cầu tăng, nhiễm sắc thể Phi không tìm thấy. Một số trường hợp cần phân biệt với các hợp chứng tăng sinh tủy khác (đa hồng cầu, đa tiểu cầu): Hct không cao, hình dạng hồng cầu bình thường, hồng cầu nhân không có hoặc ít thấy.

- Dấu chứng tuyệt đối là nhiễm sắc thể Phi và mối nối BCR/ABL.

VII. ĐIỀU TRỊ :

1. Tăng bạch cầu :

1.1. Có triệu chứng tắc nghẽn mạch

- BC $> 100 \times 10^9/l$: Hydrea 5 – 6g/24h uống mỗi 6 giờ đến khi BC $< 100 \times 10^9/l$

- BC từ 50 – $100 \times 10^9/l$: Hydrea 1.5 – 3g/24h uống đến khi BC $< 20 \times 10^9/l$

- Đa truyền dịch 3l/m² da/24h, trong đó 2/3 glucose 5%, 1/3 natrichlorua 0.9%.

- Kiểm hợa nước tiểu bằng natribicacbonat, liều từ 3 – 5mEq/kg, giữ pH nước tiểu > 7 .

- Allopurinol 600mg ngày đầu, 300mg các ngày tiếp theo.

- Lợi tiểu furosemide 20mg IV nếu nước tiểu không đạt 100 – 150ml/giờ.

- Theo dõi nước xuất nhập, ion đồ, pH nước tiểu mỗi 6 giờ

- Theo dõi các biến chứng ly giải tế bào: suy thận cấp, tăng kali máu...

*** Chú ý:**

- Cần thận truyền máu khi BC $>100 \times 10^9/l$ vì làm tăng nguy cơ tắc mạch.

- BN lớn tuổi, có các bệnh lý mạn tính như suy tim, suy thận mãn, COPD, tăng huyết áp... cần làm ECG và echo tim khi truyền dịch lượng lớn, có thể điều chỉnh lượng dịch truyền cho phù hợp hoặc dùng các phương pháp hạ bạch cầu khác (dùng máy chiết tách...).

1.2. Không có triệu chứng tắc nghẽn mạch

- Lựa chọn liều Hydrea 1 – 3g/ngày tối ưu duy trì số lượng bạch cầu trong giới hạn bình thường.

- Allopurinol 300mg/ngày, ngưng khi BC $<20 \times 10^9/l$ và acid uric $<7\text{mg/dl}$.

1.3. Nếu có tăng tiểu cầu $>1000 \times 10^9/l$

- Hydrea 0.5 – 2g/ngày

- Phối hợp aspirin liều thấp 325mg/ngày hay thấp hơn

- Hoặc dùng Anagrelide 1 – 2mg/ngày

- Hoặc dùng máy chiết tách tiểu cầu

2. Các phương pháp điều trị mới :

2.1. Dùng Interferon

2.2. Dùng Imatinib Mesylate (Glivec, Gleevec): cho hiệu quả rất tốt. Khi BN đủ điều kiện thì tư vấn chuyển tuyến trên điều trị.

2.3. Ghép tủy: có thể chữa khỏi bệnh. Khi BN đủ điều kiện thì tư vấn chuyển tuyến trên điều trị.

VIII. GIAI ĐOẠN CHUYỂN CẤP :

Điều trị như bệnh bạch cầu cấp, tùy theo sự chuyển hóa thành bệnh bạch cầu cấp dòng hạt hay dòng lympho mà áp dụng phác đồ hóa trị liệu thích hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO :

*** Tiếng Việt :**

1. Phác đồ điều trị bạch cầu mạn dòng tủy, *Phác đồ điều trị 2009*, Bệnh viện Huyết học – Truyền máu Tp. HCM, tr. 36 – 46.
2. Phác đồ điều trị bạch cầu kinh 2009, Khoa Tiêu hóa – Huyết học, bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ.

*** Tiếng Anh (e-book)**

1. Marshall A. Lichtman, Ernest Beutler (2007), Chronic myelogenous leukemia and related, *William's Hematology*, 7th, McGraw-Hill's, chapter 88.
2. Kaaren K. Reichard, Richard S. Larson, Ian Rabinowitz (2009), Chronic myeloid leukemia, *Wintrobe's Clinical Hematology*, 12th, Lippincott Williams & Wilkins, chapter 85.

HỘI CHỨNG RUỘT KÍCH THÍCH

(Irritable bowel syndrome = IBS)

I. ĐỊNH NGHĨA :

- Đây là rối loạn thuộc về chức năng của đại tràng, mãn tính, thường xuyên tái phát, gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Nhưng không kèm theo các rối loạn về cấu trúc và sinh hóa.

- Tên khác : Rối loạn chức năng đại tràng, VĐT co thắt.

II. CHẨN ĐOÁN :

Chẩn đoán IBS khi :

- Triệu chứng lâm sàng điển hình (Theo tiêu chuẩn ROME II)
- Cận LS : không thấy bất thường (không có Test chẩn đoán đặc hiệu)
 - + CTM
 - + VS
 - + Phân
 - + X quang hoặc NSĐT
- Không có triệu chứng báo động

2.1. Triệu chứng LS :

a. Triệu chứng chính : (Tiêu chuẩn ROME II - 1999)

Có ít nhất là 12 tuần (không cần liên tiếp) trong 12 tháng có triệu chứng đau bụng hay khó chịu vùng bụng và có 2 trong 3 dấu hiệu dưới đây :

- Giảm đau sau khi đi tiêu hoặc trung tiện và / hoặc
- Kết hợp cùng với sự thay đổi số lần đi tiêu và / hoặc
- Thay đổi hình dạng phân
- Các đặc điểm của các triệu chứng giúp chẩn đoán : Có > 2 triệu chứng

sau đây, ít nhất xảy ra trong ¼ thời gian :

- + Bất thường về số lần đi tiêu :
 - . Táo bón : < 3 lần / tuần

. Tiêu chảy : > 3 lần / ngày

+ Bất thường về hình dạng phân (cứng lớn nhón, nhão, lỏng)

+ Bất thường khi đi tiêu (Mót, rặn, cảm giác đi tiêu không trọn vẹn,...).

+ Phân có chất nhầy (*không bao giờ có máu*)

+ Đầy hơi hay cảm giác tức bụng

b. Triệu chứng đi kèm :

- Triệu chứng đường tiêu hóa trên : Buồn nôn, mau no, nuốt khó, ợ nóng.

- Đầy hơi hay cảm giác chướng bụng .

- Triệu chứng ngoài tiêu hóa : Tiết niệu, phụ khoa (nữ), tim mạch, hô hấp,...

c. Khám thực thể :

- Thường không có tổn thương gì đặc hiệu

- Có thể sờ thấy thừng ĐT Σ do đoạn ruột tăng co thắt.

- Thăm trực tràng : bình thường

2.2 .Triệu chứng báo động:

- Triệu chứng mới xảy ra ở bệnh nhân > 40 tuổi

- Tiêu máu (hoặc có máu ẩn trong phân)

- Thiếu máu

- Chán ăn hoặc sụt cân

- Sốt, BC tăng, VS tăng

- Tiền căn gia đình có ung thư ĐT

3. Điều trị : Nguyên tắc điều trị :

- Điều trị IBS đòi hỏi người thầy thuốc phải hết sức kiên nhẫn

- Bệnh nhân và thầy thuốc phải hiểu rằng đây là bệnh mãn tính

- Vấn đề tâm lý liệu pháp hết sức quan trọng.

- Điều trị bằng thuốc nhằm làm cải thiện triệu chứng.

- Không có thuốc điều trị đặc hiệu.

3.1. Không dùng thuốc :

a. Trấn an bệnh nhân:

- Việc gây niềm tin trong quan hệ thầy thuốc - bệnh nhân phải được coi là ưu tiên hàng đầu

- IBS là bệnh mãn tính, tái phát từng đợt, điều trị có thể được làm giảm nhẹ triệu chứng chứ không khỏi hẳn

- Bệnh không gây biến chứng viêm ruột mãn tính hoặc ung thư.

b. Chế độ ăn uống:

- Tùy theo từng bệnh nhân có thể nhận biết các loại thức ăn nào không dung nạp, gây táo bón hay tiêu chảy mà có chế độ ăn thích hợp

- Giảm mỡ, giảm rau sống, rau quả xanh (nếu tiêu chảy)

- Ăn nhiều thức ăn có chất xơ, uống nhiều nước (nếu táo bón)

- Tránh ăn những thức ăn làm cho triệu chứng nặng hơn: sữa, gia vị, mắm, khô...

3.2. Dùng thuốc :

a. Điều chỉnh rối loạn đi tiêu :

- Táo bón : Thuốc nhuận tràng thẩm thấu : Forlax, Lactulose

- Tiêu chảy :

+ Cầm tiêu chảy : Loperamid (Imodium), $v = 2\text{mg}/1-2\text{v} \times 4/$ ngày

+ Bãng niêm mạc : Diosmectite (Smecta), Attapulgit (Actapulgit)

b. Thuốc chống co thắt, đầy hơi :

- Trimebutin (Debridat, Tritin,...) hoặc

- Mebeverin (Duspatalin) hoặc

- Meteospasmyl

c. Thuốc chống trầm cảm, an thần : Dogmatil, stresam, Amitryptiline,...

TÀI LIỆU THAM KHẢO :

1. Bệnh học nội khoa, 1992 ĐHYDTPHCM trang 364 - 377.
2. Chung Owyang. Irritable Bowel Syndrome. *Text book of Gastroenterology 2009*; 1536 - 1553
3. Harrison's Principles of Internal Medicine .2008
4. Lippincott Williams & Wilkins : Irritable Bowel Syndrome. *Manual of Gastroenterology 2008*; 227 - 231

LOÉT DẠ DÀY - TÁ TRÀNG

I. ĐỊNH NGHĨA :

Loét dạ dày tá tràng là những chỗ trũng có khuynh hướng ăn sâu qua lớp niêm mạc và cơ niêm tới lớp dưới niêm mạc, lớp cơ và lớp thanh mạc ở dạ dày tá tràng.

II. CHẨN ĐOÁN :

1. Chẩn đoán xác định ổ loét :

- Lâm sàng : Đau thượng vị có chu kỳ, liên quan đến ăn uống.
- Nội soi : Nhìn thấy ổ loét.
- X-quang có cản quang : Có hình ổ đọng thuốc, 2 bờ cong cứng không co bóp.

2. Chẩn đoán nguyên nhân gây loét :

2.1. Loét do *H.pylori* :

- Xét nghiệm CLO-test.
- Chẩn đoán huyết thanh học. (Nếu không làm Clotest)

2.2. Loét do dùng thuốc

Hỏi tiền sử bệnh nhân có dùng corticoid, aspirin và kháng viêm Non-Steroid.

2.3 Loét không rõ nguyên nhân

Nếu *H. Pylori* (-) và không có dùng NSAIDs trước

III. ĐIỀU TRỊ : Theo nguyên nhân

1. H. Pylori (-) và không có dùng NSAIDs trước

1.1. Chọn lựa thuốc

- Nên dùng :
 - + Thuốc ức chế tiết toan +++
 - + Thuốc ức chế bơm proton +++
 - + Thuốc ức chế H_2 ++

- Có thể dùng :+ Antacid liều cao
- + Sucralfate
- + Bismuth.

1.2. Thuốc, liều lượng và thời gian sử dụng trong điều trị :

Loại thuốc theo cơ chế tác dụng	Ví dụ	Liều
- Các thuốc chế ngự acid + Trung hòa acid (6-10W) + Kháng H ₂ (6-8W}	Mylanta, Maalox, Phosphagel, gastropulgite Cimetidine Ranitidine Famotidine Nizatidine	100-140 meq/L. 1 và 3 giờ sau ăn 400 mg 2 lần/ngày 300 mg lúc đi ngủ 40 mg lúc đi ngủ 300 mg lúc đi ngủ
+ Các thuốc ức chế bơm Proton (IPP) (4-6W)	Omeprazole Lansoprazole Rabeprazole Pantoprazole Esomeprazole	20 mg/ngày 30mg/ngày 20 mg/ngày 40 mg/ngày 20mg/ngày
- Các tác nhân bảo vệ niêm mạc + Sucralfate + Prostaglandin + Các hợp chất chứa Bismuth	Sucralfate Misoprostol Bismuthsubsalicylate	1g 4lần/ngày 200g 4lần/ngày 2 viên 4lần/ngày

2. Điều trị loét DD-TT do Corticoid và kháng viêm Non-Steroid :

Điều trị các tổn thương niêm mạc do NSAID

TÀI LIỆU THAM KHẢO :

*** Tiếng Việt :**

1. Bộ Y Tế (2005), Hướng dẫn điều trị tập 1-. NXB y học .

2. Trường Đại học Y Hà Nội (2007), Điều trị học nội khoa tập 1. NXB Y học.

3. Hoàng Trọng Thắng (2006). Bệnh tiêu hóa gan mật. NXB Y học.

*** Tiếng Anh :**

1. Canan Avunduk (2008), Manual of GE Diagnosis and Therapy, 4th edition, Peptic Ulcer Disease. Lippincott Williams & wilkins. p 156-166.

2. Fauci- Braunwald-Kesper (2008) Harrison's Principles of internal medicin, MCGraw-Hill, Chap 287.

3. Andrew H. Soll, David Y. Graham (2008), Approach to the patient with dyspepsia and peptic ulcer disease. Principles of clinical GE. Blackwell Publishing Ltd. P 99-121

ĐIỀU TRỊ BỆNH SUY Tủy XƯƠNG

I. ĐỊNH NGHĨA :

Suy tủy xương là một tình trạng bệnh lý được đặc trưng bởi sự giảm sản hoặc bất sản tế bào tủy dẫn đến giảm 1, 2 hoặc 3 dòng tế bào máu ngoại vi: Dòng hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu.

II. CHẨN ĐOÁN :

Chẩn đoán xác định bệnh suy tủy xương khi:

- Huyết đồ: Giảm 3 dòng tế bào máu ngoại vi, không kèm bất thường hình dạng, cấu trúc tế bào, không hiện diện tế bào blast.

- Tủy đồ, sinh thiết tủy: Tủy giảm sinh, nồng độ tế bào $<30\%$, không kèm bất thường hình dạng, cấu trúc tế bào, không có thâm nhiễm tế bào ác tính.

III. PHÂN LOẠI : dựa vào tiêu chuẩn tủy và tiêu chuẩn máu ngoại vi

1. Suy tủy mức độ nặng :

- Sinh thiết tủy:

- + Mật độ tế bào $<30\%$ hoặc

- + Mật độ tế bào $<50\%$ nhưng $<30\%$ tế bào tạo máu

- Máu ngoại vi: có 2 trong 3 đặc điểm sau

- + Số lượng tuyệt đối bạch cầu hạt trung tính $<0.5 \times 10^9/L$

- + Số lượng tiểu cầu $<20 \times 10^9/L$

- + Chỉ số Hồng cầu lưới <1 ($RI <1$, $RI = \%ret \times Hct \text{ bn}/40$), hoặc số lượng tuyệt đối hồng cầu lưới $<20 \times 10^9/L$

2. Suy tủy mức độ rất nặng :

Tiêu chuẩn suy tủy mức độ nặng kèm theo số lượng tuyệt đối bạch cầu hạt trung tính $<0.2 \times 10^9/L$

IV. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN TRƯỚC ĐIỀU TRỊ :

- Công thức máu
- Hồng cầu lưới, phết máu ngoại biên
- Tủy đồ
- Sinh thiết tủy
- X quang ngực
- Siêu âm tim ở bệnh nhân dự định điều trị bằng Cyclophosphamide liều cao.

- Sinh hóa máu
- HBsAg, antiHBs, antiHCV, antiHIV
- Cây máu trên những bệnh nhân sốt, hoặc cấy bệnh phẩm trên những bệnh nhân có ổ nhiễm trùng.

V. ĐIỀU TRỊ :

1. Điều trị nâng đỡ :

- Truyền các thành phần máu:
 - + Truyền hồng cầu lắng: giữ Hb > 7g/dL (Hb > 9g/dL ở những bệnh nhân có suy chức năng tim, phổi)
 - + Truyền tiểu cầu đậm đặc (TCDD): khi có xuất huyết nặng hoặc khi số lượng tiểu cầu (SLTC) < $10 \times 10^9/L$.
 - + Bệnh nhân dự kiến ghép tủy nên hạn chế truyền máu, cần loại bỏ bạch cầu và tia xạ trước truyền, không truyền máu từ người thân.
- Phòng ngừa nhiễm trùng :
 - + Vệ sinh cá nhân
 - + Không dùng các thực phẩm sống
 - + Điều trị nhiễm trùng : kháng sinh kinh nghiệm trước khi có kết quả kháng sinh đồ

. Một kháng sinh : Ceftazidime, Cefepime, Imipenem/cilastin, Ertapenem.

. Phối hợp kháng sinh nếu nhiễm trùng không cải thiện sau 24 – 28h

.. Aminoglycoside + Ceftazidime/ Cefepime hoặc Piperacilline/ Tazobactam

.. Ciprofloxacin/Ofloxacin + Amoxicilline/Clavulanate hoặc Cephalosporine 3rd uống cho nhóm nguy cơ thấp.

.. Vancomycin + Ceftazidime/ Cefepime trong trường hợp nghi ngờ nhiễm trùng gram (+).

.. Điều trị bổ sung: G-CSF/GM-CSF nếu số lượng bạch cầu hạt trung tính (ANC) $< 0.5 \times 10^9/L$, nhiễm trùng tiến triển.

- Tuyệt đối không được tiêm bắp.

- Ngăn ngừa chảy máu kinh nguyệt: M-Progesterone 10mg/ngày, có thể tăng lên 20 – 30mg/ngày trong trường hợp kinh ra nhiều.

2. Điều trị đặc hiệu :

2.1. Ghép tế bào gốc

- Bệnh nhân trẻ < 40 – 50 tuổi

- Người cho là anh em ruột phù hợp HLA

2.2. Thuốc ức chế miễn dịch

- Phác đồ phối hợp Antithymocyte Globulin (ATG) + Cyclosporin A (CsA) + Prednisone: suy tủy nặng

+ ATG : 40mg/kg/ngày, TTM liên tục 24h N1 – N4 .

+ CsA : 6 - 12 mg/kg/ngày, chia 2 lần uống, bắt đầu 1 ngày sau khi ngưng ATG kéo dài 6 tháng. Giảm liều 25% mỗi 3 tháng, ngưng thuốc sau 18 tháng.

+ Prednisone : 2mg/kg x 14 ngày, giảm liều dần và ngưng N30.

- Phác đồ Cyclophosphamide liều cao + G-CSF : suy tủy nặng

- + Cyclophosphamide 40–50mg/kg/ngày, TTM trong 1 giờ N1 – N4.
- + Mesna: 40mg/kg IV 3 lần/ngày vào các thời điểm 30 phút trước truyền Cyclophosphamide, 4h và 8h sau truyền.
- + G-CSF: 5mcg/kg/ngày, tiêm dưới da, bắt đầu N10 và tiếp tục cho đến khi ANC >1k// μ L x 2 ngày.
- Phác đồ CsA đơn thuần :
 - CsA: 6 – 12mg/kg/ngày, chia 2 lần uống x 6 tháng.
- Phác đồ Androgen :
 - + Chỉ định trong suy tủy mức độ nhẹ
 - + Oxy metholone: 3 – 5mg/kg/ngày x 3 -6 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO :

1. Bệnh viện Truyền máu – Huyết học TP.HCM (2008), Phác đồ điều trị Bệnh Suy tủy xương, *Phác đồ điều trị BV.TMHH TP.HCM*.
2. Nguyễn Ngọc Minh (2007), Suy tủy, *Bài giảng Huyết học – Truyền máu sau đại học*, NXB Y học, tr. 191 - 198.
3. Sameer Bakhshi (2009), Aplastic anemia, *Emedicine.com*
4. Young NS. Et al (2006), Current concepts in the pathophysiology and treatment of aplastic anemia, *Blood*; 108: 2509-2519.

VIÊM TRỰC - ĐẠI TRÀNG XUẤT HUYẾT

I. ĐỊNH NGHĨA :

- Là bệnh viêm ruột mãn tính, biểu hiện triệu chứng đau bụng và tiêu chảy có máu

- Không rõ nguyên nhân

- Có thể tìm thấy kháng thể kháng nhân, kháng cơ trơn (10%).

- Yếu tố chỉ dẫn :

+ Tâm lý - thần kinh

+ Sự viêm nhiễm trước kia --> gây miễn dịch tại chỗ

+ Ngoại lai

+ Gia đình

+ Yếu tố tự thân.

II. CHẨN ĐOÁN :

1. Chẩn đoán xác định :

1.1. Lâm sàng :

- Đau bụng : dọc khung đại tràng, thường đau nhẹ ở hố chậu (T)

- Tiêu phân lỏng có máu (tùy theo mức độ)

- Thể trạng : xanh xao, mệt mỏi, biếng ăn, mất ngủ

- Triệu chứng ngoài ống tiêu hóa : viêm khớp, viêm gan, hồng ban nút,...

- TR: bệnh nhân đau, không có u bướu , có máu đỏ dính lẫn

- Có thể có mót rặn

1.2. Cận lâm sàng :

- X quang khung đại tràng có cản quang: Chỉ chụp Xquang khi không có phương tiện nội soi và bệnh nhân tiêu máu lượng ít. Các tổn thương trên phim x quang là :

+ Rối loạn co thắt, rối loạn trương lực

- + Hình ảnh ô loét
- + Niêm mạc ngấm thuốc không đều
- + Thay đổi khẩu kính --> xơ chay 1 đoạn ĐT

- Nội soi ĐT và sinh thiết : là xét nghiệm để chẩn đoán xác định

Thường thấy tổn thương lan tỏa, liên tục, đồng đều từ bóng trực tràng -->

ĐT sigma --> ĐT (P). Các tổn thương bao gồm :

- + Viêm đỏ lan tỏa từ trực tràng đến đại tràng, phù nề niêm mạc
- + Nhiều ổ loét nhỏ rải rác
- + Niêm mạc viêm dễ chảy máu, có chất nhầy, mù.

2. Chẩn đoán phân biệt :

* Ung thư đại tràng :

- Cơ địa > 50 tuổi
- Tiền sử gia đình
- Tiêu phân có máu
- Nội soi ĐT- sinh thiết: cho chẩn đoán xác định

2.3.Chẩn đoán mức độ :

TRIỆU CHỨNG	NHẸ	NẶNG
Tiêu chảy	≤ 4 lần / ngày, chỉ có ít máu trong phân	≥ 6 lần / ngày, phân có nhiều máu
	Cộng với 1 hay hơn :	
Nhiệt độ ($^{\circ}\text{C}$)	Bt	$> 37,5$
Mạch (nhịp/phút)	< 90 l / phút	> 90
Hemoglobin (g/dl)	Bt	$< 10,5$
Tốc độ máu lắng (mm/giờ)	< 30	≥ 30

III. ĐIỀU TRỊ :

1. Điều trị nội khoa :

1.1. Chế độ dinh dưỡng:

- Nhịn ăn hoàn toàn: không cho ăn qua đường miệng
- Nuôi ăn tạm thời bằng đường tĩnh mạch

1.2. Ổn định thần kinh - tâm lý bệnh nhân

1.3. Điều chỉnh rối loạn nước điện giải

1.4. Truyền máu khi có thiếu máu

1.5. Điều chỉnh rối loạn đi tiêu:

- Táo bón: nhuận tràng thẩm thấu (Macrogol), nhóm xơ thực vật, ...
- Tiêu chảy: Thuốc băng niêm mạc đại tràng (Smecta, Actapulgit, ...),
không nên dùng thuốc cầm tiêu chảy

1.6. Điều trị triệu chứng:

- Giảm đau : Nospa, Spasfon, Meteospasmyl,...

Hoặc :

- Điều chỉnh nhu động đại tràng:

+ Nhóm Trimebutin (Debridat,...): 1 - 2 viên x 3 lần / ngày

+ Nhóm Mebeverine Hydrochloride (Duspatalin) : 1 - 2 viên x 3

lần/ngày

1.7. Điều trị viêm trực tràng - đại tràng xuất huyết mức độ nhẹ :

- Nhóm 5ASA : Là thuốc điều trị đặc hiệu (Mesacol, Tidocol) :

+ Tấn công : 2 - 4g/ngày x 1 – 2 tháng

+ Duy trì : 1 - 1,5g/ngày x 12 – 24 tháng

- Corticoid : Là thuốc phối hợp điều trị khi : không đáp ứng với nhóm 5ASA

Prednisolone (hoặc Methylprednisolon) 1mg/kg/ ngày tiêm TMC hoặc
thụt giữ đại tràng

1.8. Viêm trực tràng - đại tràng xuất huyết mức độ nặng :

- Nhóm 5ASA : Mesalazine (Mesacol, Tidocol)

+ Tấn công : 2 - 4g/ngày x 1 – 2 tháng

+ Duy trì : 1 - 1,5g/ngày x 12 – 24 tháng

- Corticoid :

Prednisolone (hoặc Methylprednisolon) 1mg / kg / ngày tiêm TMC hoặc
thụt giữ đại tràng

+ Tần công : 4 --> 8 --> 12 tuần sau đó giảm liều

+ Duy trì : 1-2 năm.

- Thuốc ức chế miễn dịch : Chỉ định khi có chống CD với Corticoide
Azathioprin 50 – 100mg / ngày

* Chú ý : Xét nghiệm chức năng gan, công thức máu mỗi 3 - 6 tháng

- Điều trị ngoại :

+ Thùng đại tràng

+ Thất bại với điều trị nội (sau điều trị nội 7 - 10 ngày)

+ Khi tái phát nhiều lần

TÀI LIỆU THAM KHẢO :

4. Bệnh học nội khoa, 1992 ĐHYDTPHCM trang 364 - 377.
5. Harrison ' s Principles of Internal Medicine .2008
3. Lippincott Williams & Wilkins : Inflammatory Bowel Disease. *Manual of Gastroenterology 2008*; 244 - 261
4. William F.Steson, Stephen B. Hanauer. Inflammatory Bowel Disease
Text book of gastroenterology 2009; 1386 - 1448

VIÊM TỤY CẤP

I. ĐỊNH NGHĨA :

Viêm tụy cấp là một tiến trình tự hủy mô tụy do chính men tụy, được biểu hiện bởi tình trạng đau bụng và sự gia tăng men tụy.

II. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH :

1. Lâm sàng :

- Dấu hiệu đặc trưng nhất của viêm tụy cấp là đau bụng. Đau bụng vùng trên rốn, đau khởi phát đột ngột và dai dẳng thường đi kèm với buồn nôn và nôn ói. Đau có thể lan ra sau lưng, ngực, mạng sườn và bụng dưới. Đau giảm khi gập người về trước hoặc nằm ở tư thế cò súng (đau bụng hiện diện >95% ở những bệnh nhân bị viêm tụy cấp)

- Khám : Có thể có Mayo Robson (+), Cullen's sign (+), Grey Turner's sign (+).

- Tiền sử : sỏi mật, hoặc giun chui đường mật, nghiện rượu.

2. Cận lâm sàng :

* Xét nghiệm giúp chẩn đoán :

2.1. Định lượng men tụy:

- Amylase máu : tăng 2-5 lần bình thường, tăng sớm từ 2h - 12h, trở về bình thường sau 5 ngày

- **Chú ý** : Amylase máu có thể bình thường / VTC trong những 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

- Amylase tăng mà không phải do VTC :

+ Viêm tuyến nước bọt

+ Viêm phổi

+ Viêm vôi trứng, nang buồng trứng

+ Viêm túi mật

+ Viêm ruột non, ruột thừa

+ Những bệnh ác tính : Tụy, Đại tràng, Phổi và Buồng trứng.

- Amylase niệu tăng sau 2-3 ngày và trở về bình thường sau 5-7 ngày

- Lipase máu tăng >2 lần bình thường và trở về trong 3 ngày: bình thường 0,2- 0,5đv/l (nhạy và đặc hiệu hơn amylase máu)

2.2. ECHO bụng :

Có thể thấy tăng kích thước tụy, nang giả tụy, ổ hoại tử tuyến tụy, bệnh lý đường mật đi kèm.

2.3. *Xquang bụng không sửa soạn* : có thể thấy hình ảnh quai ruột cạnh gác, hoá vôi vùng tụy.

2.4. CT-Scan bụng có bơm thuốc cản quang :

Chụp CT-Scan sau 48h - 72 giờ, chỉ định cho những trường hợp : VTC nặng.

2.5. *ERCP* : thực hiện khi có bệnh lý của đường mật: nhiễm trùng đường mật, tắc nghẽn đường mật, viêm đường mật, tăng bilirubin, ERCP nên làm trong 48-72h.

*** Xét nghiệm giúp tiên lượng bệnh :**

- CTM, Glycemie, ure, creatinin, LDH, SGOT, SGPT, canxi.

- CRP.

- Khí máu động mạch.

3. Chẩn đoán phân biệt :

- Viêm đường mật cấp.

- Thủng tạng rỗng.

Tắc ruột.

- Viêm ruột thừa cấp giai đoạn sớm.
- Nhồi máu mạc treo.
- Nhồi máu cơ tim.
- Viêm loét dạ dày.

4. Chẩn đoán mức độ nặng :

4.1. Viêm tụy cấp nhẹ:

- Bệnh nhân có bồn chồn lo lắng, sốt nhẹ, nhịp nhanh, vùng thượng vị có dễ kháng nhẹ,

- Tiêu chuẩn Ranson ≤ 3 đ

4.2. Viêm tụy cấp nặng :

- Đau căng chương bụng, mất âm 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

Tiêu chuẩn Ranson > 3 đ , tiêu chuẩn CT ≥ 7 đ

5. Điều trị :

5.1. Điều trị bệnh:

a. Viêm tụy cấp nhẹ :

- Đặt sonde dạ dày nếu bệnh nhân có đau, nôn ói nhiều
- Nhịn ăn uống, có thể nuôi ăn qua đường truyền tĩnh mạch tạm thời
- Bù nước điện giải bằng dung dịch đẳng trương : dựa vào lượng nước

xuất nhập

- Giảm đau : Meperidine 50 mg mỗi 4 giờ $\times 2-3$ ngày
- Giảm tiết tụy :

+ Ức chế tiết axit : Ranitidin 50 mg 3 ống/ ngày (TB) hoặc Omeprazole 40 mg/ngày (TM) $\times 3$ ngày

- Chống ói : 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 100ml-300ml của dịch lỏng mỗi 4 giờ trong 24 giờ, nếu bệnh nhân không đau thì duy trì với thức ăn mềm trong 3-4 ngày và cuối cùng là thức ăn đặc (thức ăn chứa hơn 50% Carbohydrate và tổng số kcal tăng từ 160- 640 kcal mỗi buổi ăn), ngưng ăn khi đau tái phát trở lại hoặc khi amylase tăng trở lại

b. Viêm tụy cấp nặng:

- Thở Oxy khi $\text{SaO}_2 < 90\%$ và duy trì cho đến khi $\text{SaO}_2 \geq 95\%$

- Đặt sonde dạ dày, hút dịch nếu bệnh nhân có đau nhiều

- Nhịn ăn uống

- Bù nước điện giải bằng dung dịch đẳng trương 250 -300 cc/giờ trong 48 giờ đầu nếu tình trạng tim mạch cho phép (duy trì CVP = 8-12 cm nước)

- Nuôi ăn qua sonde mũi – hồng tràng nếu được (đặt ống sonde mũi-hồng tràng qua nội soi hoặc qua màng tạng sáng) hoặc nuôi ăn qua đường tĩnh mạch đảm bảo đủ calo 30kcal/ ngày bằng dd đường, đạm

- Giảm tiết tụy:

+ Ức chế tiết axit: Ranitidin 50 mg 3 ống / ngày hoặc Omeprazole 40 mg 1 ống / ngày $\times$ 5 ngày

+ Sandostatine 100microgram mỗi 8 giờ $\times$ 5 ngày tiêm dd.

- Chống ói: Metoclopramide 10mg IM hoặc IV chậm mỗi 8 giờ

- Cho ăn qua đường miệng khi bệnh nhân đói và hết đau: nước đường $\rightarrow$ súp $\rightarrow$ cháo $\rightarrow$ cơm nhão rồi cơm bình thường, kiêng sữa, mỡ, chất béo. 250 kcal và < 5g mỡ vào ngày thứ nhất và gia tăng đến 1700 kcal và 35-40g mỡ vào ngày thứ 5

- Kháng sinh:

+ Ceftriaxone 2g/ ngày + Metronidazole 25-30mg/ kg/ ngày $\times$ 7-10 ngày

Hoặc Cefotaxime 3g/ngày + Metronidazole 25-30mg/kg/ngày 7-10 ngày

Hoặc Cefuroxim 1,5g/ngày tĩnh mạch mỗi 8 giờ + Metronidazole 25-50mg/kg/ngày 7-10 ngày.

* Những bệnh nhân VTC nặng với >30% hoại tử tụy trên CT Scan và kéo dài đến 2 tuần thì dung kháng sinh Imipenem 500mg tĩnh mạch mỗi 8 giờ trong 10-14 ngày

- Dùng Calci Gluconate khi có triệu chứng hạ Canxi (tetany) hoặc có canxi ion hóa thấp

- Insulin chỉ dùng khi đường huyết quá cao, liều dùng tùy thuộc vào mức độ tăng đường huyết .

- Tăng Triglicerid trong viêm tụy cấp không cần phải điều trị , chỉ điều trị khi > 1000mg/dl

5.2. Điều trị biến chứng :

a. Shock điều trị tùy theo nguyên nhân:

- Sốc thường do biến chứng xuất huyết hoặc do nhiễm độc các chất Kinin

- Muộn thường do nhiễm trùng : từ tuần thứ hai của bệnh

b. Xuất huyết tại tuyến tụy : Do men tụy làm tổn thương các mạch máu (xảy ra trong tuần đầu của bệnh) → cần phẫu thuật.

c. Nhiễm trùng : Từ đầu tuần thứ hai của bệnh dẫn đến abscess tụy → cần phẫu thuật.

d. Suy hô hấp : Thở Oxy, hô hấp hỗ trợ nếu suy hô hấp nặng

e. Nang giả tụy : Xuất hiện từ tuần thứ hai trở đi, khoảng 10% bệnh nhân viêm tụy cấp tiến triển đến nang giả tụy, nang có thể kéo dài nhiều tuần gây đau, chèn ép những cơ quan lân cận, nang có đk >5- 6cm thì 30- 50% nguy cơ có biến chứng bao gồm xuất huyết và nhiễm trùng, mặc dù viêm tụy có thể tự

khỏi và giảm dần về kích thước nhưng nếu nang tồn tại kéo dài > 6 tuần, nang lớn hoặc những nang lan rộng nhanh- cần được dẫn lưu.

f. Suy thận cấp : bù đủ dịch

6. Chỉ định ngoại khoa :

6.1. *Nghi ngờ có bụng ngoại khoa khác* : Hội chẩn chuyên khoa ngoại.

6.2. *Khi có các biến chứng* : xuất huyết nội, viêm phúc mạc, absces tụy

6.3. *Viêm tụy do sỏi mật*

6.4. *Viêm tụy hoại tử có nhiễm trùng*

6.5. *Viêm tụy hoại tử không có nhiễm trùng* : khi tình trạng lâm sàng

không cải thiện

7. Theo dõi và tiên lượng :

- Có 1 số yếu tố nguy cơ cho bệnh nặng mà cần phải chú ý khi nhập viện

+ Tuổi >55

+ BMI >30kg/m²

* Suy cơ quan khi nhập viện: tiêu chuẩn Atlanta suy cơ quan là

. PaO₂ < 60mmhg

. Shock (HA tâm thu <90mmhg)

. Suy thận (Creatinin >2,0mg/dl sau khi đã bù đủ nước)

. XHTH (>500ml/24h)

. Tràn dịch màng phổi

- Hoại tử tụy và suy cơ quan là 2 dấu hiệu quan trọng nhất của VTC nặng, phân biệt giữa VTC hoại tử và VTC mô kè có thể được chẩn đoán sau 2 -3 ngày nhập viện với CT có cản quang.

7.1. Tiên lượng dựa vào LS:

a. *Nặng* :

- XH: mảng bầm tím, ói máu

- Sốc : khi vào hay diễn biến sau

- Viêm phúc mạc

- Suy hô hấp

b. Năng tương đối :

- Tuổi > 55

- Tắt ruột (liệt ruột)

- Đau bụng kéo dài

7.2. Dựa vào chỉ số Ranson : có 11 yếu tố, mỗi yếu tố có một điểm

a. Khi mới vào viện

- Tuổi > 55

- Bạch cầu > 16000/mm

- Glycemie > 2g/l

- LDH > 1.5 lần bình thường

- SGOT > 6 lần bình thường

b. Sau 48 giờ :

- Tăng urê máu > 200 mg %

- PaO < 60mm Hg

- Ca < 2 mmol / l

- HCT giảm hơn 10 % so với ban đầu

- Bicarbonat : Giảm hơn 4 meq / l

- Thoát dịch mô kẽ > 6 lít

* Nếu > 3 điểm là tiên lượng nặng.

7.3. Chỉ số CT :

- CT grade

+ A : tụy bình thường(0đ)

+ B : tụy phù nề (1đ)

+ C : B + những thay đổi ngoài tụy nhẹ (2đ)

+ D: những thay đổi ngoài tụy nghiêm trọng + tích tụ dịch (3đ)

- + E : tụ dịch lan rộng hoặc nhiều (4đ)
- Điểm hoại tử :
 - + Không: 0đ
 - + <1/3 : 2đ
 - + >1/3 nhưng ít hơn 1/2 : 4đ
 - + >1/2 : 6đ
- Chỉ số CT ≥ 7 tiên lượng nặng

TÀI LIỆU THAM KHẢO :

1. Bệnh học nội khoa tập 2 trường Đại Học Y Dược TP HCM
2. sổ tay Hướng dẫn lâm sàng BVCR 2005, trang 244-250
3. Scottl – Friedman, Kenneth R-Mc Quai , Acute pancreatitis, Current Diagnosis and Treatment Second Edition 2003, trang 489 – 495
4. Mark Topazian, Stephen J.Pandol , Acute pancreatitis, Text Book of Gastroenterology Fifth Edition 2009, trang 1761-1810.
5. Hans Beger/ Andrew Wasshaw/ Markus Biihler, The Pancreas Second Edition 2008, trang 1-8, 273-278,298-307.
6. Tadataka Yamada, Atlas of Gastroenterology Fourth Edition 2009, trang 514 – 533.

VIÊM GAN SIÊU VI B MẠN TÍNH

I. ĐỊNH NGHĨA :

Viêm gan siêu vi mạn tính là bệnh gan có tổn thương hoại tử và viêm, có hoặc không có kèm theo xơ hóa, diễn ra trong thời gian trên 6 tháng.

II. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ :

1. Lâm sàng :

Chán ăn, mệt mỏi, cảm giác nặng tức HS (P),..

2. Tiêu chuẩn chẩn đoán :

- HbsAg (+) > 6 tháng.
- HBV-DNA > 10^4 - 10^5 copies/ml.
- ALT > 2 lần bình thường, tăng từng đợt hoặc liên tục.
- HBeAg (+) hay (-)

Sinh thiết gan được đề nghị trước khi điều trị thuốc kháng SV (nhất là khi ALT 1-2 GHBT) HbeAg Dương tính

3. Chỉ định điều trị :

3.1. HBeAg dương tính :

HBVDNA	Men ALT	ĐIỀU TRỊ
< 10^5 copies/ml	Bình thường	- Không điều trị - Theo dõi ALT và siêu âm bụng mỗi 3 - 6 tháng
$\geq 10^5$ copies/ml	Bình thường	- Không điều trị - Theo dõi ALT mỗi 3 - 6 tháng - Bệnh nhân > 40 tuổi, nếu tiền sử gia đình có xơ gan, HCC, mô học thay đổi hoặc khi ALT tăng lên là xem xét điều trị. + Nếu điều trị dùng : Nucleosid, Peginterferon
$\geq 10^5$ copies/ml	Tăng > 2 lần	Điều trị : Nucleosid , Peginterferon Chú ý : Nếu lượng virus cao nên dùng Adefovir , Entecavir,...

* Thời gian điều trị : ít nhất 1 năm, nên kéo dài ít nhất 6 - 12 tháng sau khi HBV-DNA âm tính, HBeAg (-), AntiHBe (+) để hạn chế tái phát.

3.2. HBeAg âm tính :

HBVDNA	Men ALT	Điều trị
< 10 ⁴ copies/ml	Bình thường	- Không điều trị - Theo dõi ALT, siêu âm bụng mỗi 3 - 6 tháng
≥ 10 ⁴ copies/ml	Bình thường	Nếu có sự thay đổi mô học (khi sinh thiết), tiền sử gia đình có xơ gan, HCC nên xem xét điều trị. + Nếu điều trị dùng: Adefovir, Entecavir, ... Peginterferon
≥ 10 ⁴ copies/ml	Tăng > 2 lần	Điều trị: Adefovir, Entecavir ,... Peginterferon .

* *Thời gian điều trị*: càng kéo dài càng tốt, ít nhất là 1 năm và nên kéo dài ít nhất 6- 12 tháng sau khi HBVDNA âm tính để hạn chế tái phát.

3.3. PEG INTERFERON :

- PegIFN alfa- 2a: 180 mcg x 1 lần/ tuần, trong 6 tháng đến 1 năm
- PegIFN alfa- 2b: 1,5 mcg/ kg/ tuần, trong 6 tháng đến 1 năm

3.4. NUCLEOSIDE :

- Lamivudine 100 mg/ ngày.
- Adefovir 10 mg / ngày.
- Tenofovir 300mg/ngày.
- Entecavir 0,5 – 1 mg/ ngày.

4. Theo dõi :

4.1. Trong thời gian điều trị:

- Mỗi 4 tuần:
 - + Lâm sàng
 - + ALT, AST
 - + CTM (Khi điều trị với Peg Interferon)

- Mỗi 3 tháng : để đánh giá điều trị, theo dõi kháng thuốc.

+ HBV-DNA, HBeAg, HbeAb.

* Khi HBV-DNA giảm $< 2\log_{10}$ copies/ml sau 6 tháng điều trị,

Hoặc HBV-DNA tăng $> 2\log_{10}$ copies/ml so với ban đầu,

Hoặc tăng ALT trong thời gian điều trị.

=> Theo dõi kháng thuốc.

=> Khám chuyên khoa để có hướng điều trị tiếp.

4.2. Sau điều trị : Để theo dõi tái phát.

- Mỗi 3 tháng :

+ LS

+ ALT, AST

- Mỗi 6 tháng :

+ HBsAg, HbsAb

+ Định lượng HBV-DNA

4.3. Mỗi 6 tháng : Xét nghiệm AFP, siêu âm bụng.

III. CHẾ ĐỘ :

- Dinh dưỡng :

+ Không tuyệt đối bia rượu.

+ Dùng thức ăn dễ tiêu hóa, hạn chế mỡ ...

- Sinh hoạt và làm việc :

+ Phải có chế độ làm việc, nghỉ ngơi hợp lý.

+ Tránh lao động quá mức.

*** TÀI LIỆU THAM KHẢO :**

1. Viêm gan siêu vi B : Từ cấu trúc siêu vi đến điều trị_ Bộ môn Nội ĐHYDTP.HCM 2000, Nhà xuất bản Đà Nẵng.
2. Bài giảng bệnh học nội khoa sau đại học.
3. Các nguyên lý y học nội khoa tập 3
4. Anna S.F.Lok & Brian J.McMahon – AASLD Practice Guidelines- Chronic Hepatitis B : Update 2009 – Hepatology 2009; 50: 1- 36.
5. Keefe E et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2007 ; 5 :890-97.

VIÊM GAN SIÊU VI C MẠN TÍNH

I. ĐỊNH NGHĨA :

Viêm gan siêu vi mạn tính là bệnh gan có tổn thương hoại tử và viêm, có hoặc không có kèm theo xơ hóa, diễn ra trong thời gian trên 6 tháng.

II. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ :

1. Lâm sàng:

Chán ăn, mệt mỏi, cảm giác nặng tức HS (P),..

2. Chẩn đoán:

- HCV-RNA(+) tồn tại trên 6 tháng.

- Xác định genotype: để dự đoán liều lượng, thời gian cũng như đáp ứng của điều trị.

3. Điều trị:

- Interferon 3 MUI TDD 3 lần/n + Ribavirin 15mg/kg/ngày.

Hoặc Peginterferon Alfa -2a 180mcg/tuần + Ribavirin 15mg/kg/ngày, từ 24-48 tuần.

Hoặc Peginterferon Alfa-2b 1-1,5mcg/kg/tuần + Ribavirin 15mg/kg/ngày, từ 24- 48 tuần.

4. Theo dõi :

4.1. Trong thời gian điều trị:

- Mỗi 4 tuần:

+ LS

+ ALT, AST.

+ CTM

- Ở tháng thứ 1, 3,6 và tháng thứ 12: để xác định khả năng đáp ứng siêu vi và đánh giá điều trị

+ HCV-RNA.

. Vào tuần thứ 4 của điều trị, nếu HCV-RNA (-) : đáp ứng siêu vi nhanh (RVR), xem xét rút ngắn thời gian điều trị.

. Vào tuần thứ 12 :

.. Nếu HCV-RNA giảm $> 2\log_{10}$ copies/ml (giảm 100l) : đáp ứng siêu vi sớm (EVR).

.. Nếu HCV-RNA giảm $< 2\log_{10}$ copies/ml : điều trị thất bại, nên xem xét ngưng điều trị. EVR là quy luật của việc ngưng điều trị.

* **Đối với Genotype I** : Điều trị với Peginterferon + Ribavirin trong 48 tuần nhưng nếu đạt được RVR thì chỉ điều trị 24 tuần, còn không đạt được EVR thì ngưng điều trị

* **Đối với Genotype II, III** : Điều trị với Interferon hoặc Peginterferon + Ribavirin trong 24 tuần đối với bệnh nhân có RVR và ngưng điều trị nếu bệnh nhân không đạt được EVR vào tuần thứ 12.

* Đối với Genotype không thuộc nhóm II,III thì điều trị như nhóm I

4.2. Theo dõi thêm : Ferritin, chức năng tuyến giáp, AFP, siêu âm bụng.

4.3. Sau điều trị :

- Mỗi 3 tháng :

+ LS

+ ALT, AST.

+ CTM

- Mỗi 6 tháng:

+ HCV-RNA.

. Nếu HCV-RNA (-) sau khi ngưng điều trị 6 tháng : đáp ứng siêu vi lâu dài sau điều trị (SVR), được xem là tiêu chuẩn đánh giá khỏi bệnh.

. Nếu HCV RNA (+) : xem như tái phát.

5. Chế độ :

- Dinh dưỡng :

- + Kiêng tuyệt đối bia rượu.
- + Dùng thức ăn dễ tiêu hoá, hạn chế mỡ ...
- Sinh hoạt và làm việc :
 - + Phải có chế độ làm việc, nghỉ ngơi hợp lý.
 - + Tránh lao động quá mức.

*** TÀI LIỆU THAM KHẢO :**

1. Viêm gan siêu vi C : Từ cấu trúc siêu vi đến điều trị_ Bộ môn Nội ĐHYDTP.HCM 2000, Nhà xuất bản Đà Nẵng.
2. Bài giảng bệnh học nội khoa sau đại học.
3. Các nguyên lý y học nội khoa tập 3.
4. Ghany/ MG, Strader DB, Thomas DL, Seeff LB – AASLD Practice Guilines : Diagnosis, Management, and Treatment of Hepatitis C : Update – Hepatology 2009 : 49 : 1335- 1374.

BỆNH XUẤT HUYẾT GIẢM TIỂU CẦU MIỄN DỊCH

I. ĐỊNH NGHĨA :

Xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch (ITP) là bệnh giảm số lượng tiểu cầu lưu hành do phá hủy sớm ở ngoại vi do một tự kháng thể.

II. CHẨN ĐOÁN :

- Chẩn đoán xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch là một chẩn đoán loại trừ.

- Khai thác bệnh sử :

- + Chảy máu lâu cầm
- + Truyền máu trước đó
- + Triệu chứng toàn thân: sốt, sụt cân, đau đầu, đau khớp, hồng ban, rụng tóc, huyết khối tĩnh mạch.
- + Nguy cơ nhiễm HIV
- + Sử dụng thuốc trong vòng 2 tuần lễ

- Khám lâm sàng :

- + Dạng xuất huyết
- + Mức độ xuất huyết
- + Nhiễm trùng, nhiễm HIV
- + Gan, lách, hạch, vàng da
- + Đau khớp
- + Bướu giáp
- + Huyết khối

- Cận lâm sàng :

- + Công thức máu
- + Phết máu ngoại biên

- + Tủy đồ
- + Siêu âm bụng
- + Bilan đông máu
- + LE cells, ANA, Coombs'test
- + IgM, IgG chẩn đoán SXH Dengue (nếu có nghi ngờ SXH)
- + Anti HIV (nếu có yếu tố nguy cơ), Hb_sAg, anti HCV
- + Chức năng tuyến giáp
- + Tổng phân tích nước tiểu

III. ĐIỀU TRỊ ITP GIAI ĐOẠN CẤP :

1. Nhập viện và điều trị khẩn cấp

- Chỉ định:

+ Chảy máu nặng, đe dọa tính mạng: xuất huyết tiêu hóa, xuất huyết tiết niệu, xuất huyết não – màng não.

+ Số lượng tiểu cầu $< 5 \times 10^9/L$

- Điều trị:

+ Truyền TCĐĐ cùng nhóm : liều 1 đơn vị/10kg. Kiểm tra CTM trong vòng 1 giờ sau truyền.

+ Methyl Prednisone : 1g /ngày x 3 ngày (TTM)

2. Điều trị :

- Chỉ định:

+ Số lượng tiểu cầu (SLTC) $< 20 \times 10^9/L$

+ SLTC $< 20 - 30 \times 10^9/L$ + xuất huyết da, niêm mạc

- Điều trị:

+ Prednisone 1mg/kg/ ngày x 3-4 tuần, giảm liều dần.

+ Dexamethasone 40mg/kg/ngày x 1-6 chu kỳ, mỗi chu kỳ 28 ngày.

IV. ĐIỀU TRỊ ITP TÁI PHÁT HOẶC KHÔNG ĐÁP ỨNG CORTICOIDES :

1. SLTC giảm khi đang giảm liều Corticoides :

- Tiếp tục giảm liều nếu SLTC $>20 \times 10^9/L$, không xuất huyết.

- Mục tiêu điều trị: duy trì SLTC $>30 \times 10^9/L$ Chỉ định điều trị:

+ SLTC $<20 \times 10^9/L$ + xuất huyết niêm mạc

- Điều trị:

+ Prednisone 1mg/kg/ ngày x 3-4 tuần, giảm liều dần và giữ prednisone $\leq 10\text{mg}/\text{ngày}$, ít tác dụng phụ của thuốc.

+ Dexamethasone 40mg/kg/ngày x 1-6 chu kỳ, mỗi chu kỳ 28 ngày.

2. SLTC giảm sau khi ngưng Corticoides một thời gian

Lặp lại liều Corticoides hoặc Dexamethasone như ban đầu.

3. Không đáp ứng sau 4 tuần điều trị Corticoides :

- Bắt buộc giảm liều và ngưng ở tuần thứ 6.

- Mục tiêu điều trị: duy trì SLTC $20 - 30 \times 10^9/L$

- Thuốc điều trị :

+ Methylprednisone: 1g/ngày x 3 ngày từng đợt nếu có xuất huyết

+ Giảm liều Prednisone, giữ liều trung bình 5 – 10mg/kg/ngày, duy trì SLTC $>20 \times 10^9/L$, không xuất huyết.

+ Huyết thanh chẩn đoán Helicobacter Pylori (IgM và IgG), nếu kết quả (+), điều trị diệt Helicobacter pylori.

+ Cắt lách nóng được xem xét sau 4 tuần điều trị thất bại, SLTC $<20 \times 10^9/L$ + xuất huyết nặng đe dọa tính mạng.

V. ĐIỀU TRỊ ITP MẠN TÍNH

1. Định nghĩa :

ITP mạn tính là tình trạng SLTC $< 100 \times 10^9/L$ kéo dài > 6 tháng dù có điều trị hay không.

2. Chỉ định điều trị :

- SLTC < $20 \times 10^9/L$
- SLTC $20 - 30 \times 10^9/L$ + xuất huyết

3. Điều trị :

3.1. Thuốc điều trị :

Nếu không có biến chứng của corticoides:

- + Methylprednisone: 1g/ngày x 3 ngày từng đợt nếu có xuất huyết.
- + Giảm liều Prednisone, giữ liều trung bình 5 – 10mg/ngày, duy trì

SLTC > $30 \times 10^9/L$, hoặc SLTC > $20 \times 10^9/L$ không xuất huyết.

3.2. Cắt lách :

- Chỉ định :

- + Không thể duy trì SLTC ở mức an toàn với các điều trị trên.
- + Không có điều kiện điều trị hoặc nhiều biến chứng của thuốc.

- Chuẩn bị trước cắt lách:

- + Đánh giá lại các xét nghiệm như ban đầu
- + Chủng ngừa: *Streptococcus pneumonia*, *Hemophilus influenzae*

type b và *Meningococcus* tốt nhất trước cắt lách 6 tuần, ít nhất trước 2 tuần.

Trường hợp cắt lách nóng, có thể chủng ngừa *Meningococcus* sau cắt lách 2 tháng.

- Thuốc phòng ngừa sau cắt lách

- + Peniciline V 400.000UI: 1v x 3lần/ngày x 1 năm
- + Erythromycine 500mg: 1v x 2lần/ngày x 1 năm

- Theo dõi sau cắt lách:

- + Mỗi tuần trong tháng đầu
- + Mỗi tháng trong 3 tháng tiếp theo
- + Mỗi 3 tháng trong 1 năm kế tiếp
- + Mỗi 6 tháng cho đủ 5 năm

3.3. Thuốc ức chế miễn dịch :

- Chỉ định :

+ Bệnh nhân XHGTCMD kháng trị (thất bại với các điều trị trên kể cả cắt lách).

+ Cần cân nhắc điều trị vì nguy cơ biến chứng của thuốc cao hơn nguy cơ giảm tiểu cầu. Cụ thể :

. SLTC $< 20 \times 10^9/L$

. SLTC $\geq 20 \times 10^9/L$ $\pm$ xuất huyết: cân nhắc điều trị

. SLTC $\geq 30 \times 10^9/L$: không có chỉ định điều trị

- Bệnh nhân phải được chụp CT-scan, đồng vị phóng xạ kiểm tra xem có lách phụ không, nếu có phải tiến hành cắt bỏ lách phụ.

- Thuốc điều trị :

+ Cyclophosphamide :

. TTM : 500 – 1000mg/m², lặp lại mỗi 4 tuần. Nếu không đáp ứng sau 2 đợt điều trị thì ngưng thuốc. Nếu có đáp ứng, điều trị từ 3 – 6 đợt.

. Uống : 1 – 2mg/kg/ngày. Đáp ứng sau 1 – 3 tháng, nếu có đáp ứng dùng tối thiểu 3 tháng và giảm liều dần.

+ Azathioprin 150mg/ngày x 3 – 6 tháng.

+ Cyclosporin A: 1,25 – 2.5 mg/kg x 2 lần/ ngày

+ Hóa trị liệu kết hợp: Cyclophosphamide + Prednisone + Vepeside

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Truyền máu – Huyết học TP.HCM (2008), Phác đồ điều trị Bệnh xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch, *Phác đồ điều trị BV.TMHH TP.HCM*.
2. Nguyễn Ngọc Minh (2007), Ban xuất huyết giảm tiểu cầu chưa rõ nguyên nhân, *Bài giảng Huyết học – Truyền máu sau đại học*, NXB Y học, tr. 473-483.
3. James N. George et al (2006), Idiopathic Thrombocytopenic Purpura: A Practice Guideline Developed by Explicit Methods for The American Society of Hematology, *Americans Society of Hematology*.
4. Provan D. et al (2003), Guidelines for the investigation and management of ITP in adults, children and pregnancy, *British Journal of Haematology*, 120,574–596.

XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO VỠ GIÃN TĨNH MẠCH THỰC QUẢN

I. ĐỊNH NGHĨA :

Là tình trạng chảy máu do vỡ các búi giãn tĩnh mạch ở thực quản do tăng áp lực tĩnh mạch cửa, nguyên nhân thường gặp là xơ gan

II. CHẨN ĐOÁN :

1. Chẩn đoán xác định :

1.1. Lâm sàng : Gợi ý

- Bệnh nhân ói ra máu đỏ lượng nhiều, đột ngột
- Tiền sử, bệnh sử có viêm gan, xơ gan, nghiện rượu
- Khám có các dấu chứng của tăng áp cửa và suy tế bào gan
- Bệnh nhân đã từng nhập viện điều trị vỡ giãn tĩnh mạch thực quản

1.2. Cận lâm sàng :

Nội soi thực quản - dạ dày – tá tràng giúp chẩn đoán xác định kết hợp chích xơ hóa hoặc cột thắt qua nội soi. Chú ý bệnh nhân có thể chảy máu do vỡ giãn tĩnh mạch ở phình vị dạ dày

2. Chẩn đoán phân biệt :

- Chảy máu từ thực quản do loét thực quản
- Chảy máu do các tổn thương khác từ dạ dày – tá tràng

3. Chẩn đoán mức độ xuất huyết :

Đa số bệnh nhân xuất huyết nặng, tuy nhiên một số chỉ tiêu phân đen hoặc xuất huyết nhẹ

Mức độ	Nhẹ	Trung bình	Nặng
Biểu hiện			
Lượng máu mất	< 500 ml	500 – 1500 ml	> 1500ml
Đa niêm	Hồng	Nhợt	Rất nhợt

Mức độ	Nhẹ	Trung bình	Nặng
Biểu hiện			
Mạch (lần/phút)	< 100	100 – 120	> 120
Huyết áp tâm thu (mmHg)	> 100	90 - 100	< 90
Dung tích hồng cầu (%)	> 30	20 -30	< 20
Tri giác	Tỉnh	Tỉnh, chóng mặt	Lơ mơ, hôn mê

III. ĐIỀU TRỊ :

1. Điều trị cấp cứu : (tùy theo mức độ)

- Mất máu nhẹ : truyền dịch, theo dõi đánh giá còn chảy máu không và tìm nguyên nhân.

- Mất máu trung bình : Truyền dịch và tìm nguyên nhân, nhưng nếu chảy máu vẫn tiếp diễn cũng nên truyền máu.

- Mất máu nặng : Phải truyền máu, trong khi chờ đợi máu cần truyền dịch ngay. Nâng Hct > 20% ở các trường hợp bệnh nhân trẻ, khỏe mạnh và 25-30% ở các bệnh nhân già, có các bệnh tim phổi mạn tính (ưu tiên hồng cầu lắng khi huyết động ổn định). Khi truyền 2 đơn vị máu nên cho thêm 1 ống Can xi.

1.1. Cho bệnh nhân nằm đầu thấp chân cao. Truyền dịch : Dịch truyền ưu tiên natri clorua 0,9%. Huyết áp tối đa nên nâng lên khoảng 100 mmHg, ở bệnh nhân tăng huyết áp nên nâng lên dưới mức huyết áp nền của bệnh nhân 10 – 20 mmHg. Không dùng dung dịch ưu trương trong cấp cứu chảy máu

1.2. Xét nghiệm máu : công thức máu , nhóm máu, tỷ lệ prothrombin, bilirubin, Albumin

1.3. Thở Oxy nếu bệnh nhân có sốc hay biểu hiện thiếu Oxy não

1.4. Đặt ống thông tiểu khi có sốc hay huyết áp < 60mmHg, thiểu niệu kéo dài.

1.5. Theo dõi mạch, huyết áp, tri giác, tình trạng xuất huyết /15 – 30 phút, Hct mỗi 4-6 giờ

1.6. Xem xét truyền huyết tương, tiểu cầu khi các yếu tố này giảm thấp

1.7. Cho bệnh nhân nằm đầu thấp, nhịn ăn 24 giờ đầu. Khi xuất huyết tạm ngưng cho ăn thức ăn lỏng

2. Điều trị cầm máu :

2.1. Nếu có điều kiện nội soi thực quản dạ dày tá tràng để chẩn đoán và chích xơ hóa cầm máu hoặc cột thắt.

2.2. *Khi không thể nội soi ngay được nên dùng các thuốc co mạch :*

- Octreotide : (Sandostatin) dạng thuốc ống 100 μ g, tiêm mạch ngay 1 ống, sau đó duy trì qua bơm điện hoặc truyền tĩnh mạch 25 – 50 μ g/giờ liên tục trong 3 – 5 ngày

- Hoặc Somatostatin : lọ 3mg, tiêm mạch ngay 250 μ g, sau đó duy trì qua bơm điện 1 lọ 3mg mỗi 12 giờ.

2.3. *Đặt ống thông có bóng chèn :* Ống thông Blakemore: xả bóng thực quản 30 phút mỗi 6 giờ, nếu còn chảy bơm trở lại, nếu ngưng chảy máu ta lưu ống thông 24 giờ không thấy xuất huyết nữa sẽ rút ống

- Chỉ dùng khi đã xác định là giãn tĩnh mạch thực quản (nội soi , hoặc đã có tiền sử gần đây nhập viện điều trị

- Chích xơ hóa hoặc cột thắt không cầm máu được

Ba phương pháp cầm máu trên đều có hiệu quả, tùy tình trạng bệnh nhân ta sẽ chọn 1 hoặc nhiều phương pháp phối hợp.

3. Điều trị kết hợp ngừa hôn mê gan :

- Thụt tháo hoặc uống Lactulose (Duphalac)

- Kháng sinh đường ruột : Neomycine, Metronidazol, Ofloxacin (cách 2 giờ nếu dùng với lactulose) x 7-10 ngày.

4. Kháng sinh ngừa nhiễm trùng :

- Ceftriaxone 1g tiêm TMC / ngày hoặc
- Ofloxacin 200mg / ngày x 7 – 10 ngày

5. Điều trị lâu dài – phòng ngừa XHTH tái phát :

- Chích xơ hoá định kỳ 7-10 ngày/đợt hoặc cột thắt búi TMTQ 10-14 ngày/đợt. /

- Dùng thuốc ức chế bêta không chọn lọc : Propranolol liều 40 – 120 mg/ ngày (có thể dùng đến 320 mg) sao cho nhịp tim giảm 25% và nhịp tim không dưới 55 lần/ phút, bắt đầu uống từ 24 – 48 giờ sau ngừng chảy máu. Chú ý chống chỉ định của Propranolol.

- Có thể dùng kết hợp với nhóm Nitrates tác dụng dài (Isosorbide – 5 mononitrate) nếu bệnh nhân không dung nạp propranolol liều cao.

- Có thể phối hợp: ức chế Bêta, chích xơ hóa định kỳ hoặc cột thắt búi TMTQ, ± Nitrates

6. Ra viện :

- Sau khi ngừng xuất huyết và định liều thuốc giảm áp lực tĩnh mạch của cho bệnh nhân hoặc đã chích xơ hoá sẽ hẹn sau mỗi tuần chích xơ hoặc cột thắt định kỳ, khoảng 4 – 6 đợt đến khi giảm độ giãn tĩnh mạch thực quản thì hẹn sau mỗi 3 – 6 tháng đến kiểm tra nội soi lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO :

*** Tiếng Việt :**

1. Bộ Y Tế (2005), Hướng dẫn điều trị tập 1-. NXB y học trang 76-81.
2. Cấp cứu ngoại khoa tiêu hóa (2005). NXB Y học trang 23-32, 178-190.
3. Điều trị học nội khoa tập 1 (2007). NXB Y học trang 71-73, 235-238.
4. Hoàng Trọng Thăng (2006). Bệnh tiêu hóa gan mật . NXB Y học, trang 52-77.

*** Tiếng Anh :**

1. ASGE guideline (2005), The role of endoscopy in the management of variceal hemorrhage, update july 2005.
2. Canan Avunduk (2008), Manual of GE Diagnosis and Therapy 4 th edition, Lippincott Williams & wilkins, p 82 – 93.
3. Fauci- Braunwald-Kesper (2008) Harrison's Principles of internal medicine, MCGraw-Hill, Chap 42.
4. Grace H. Elta, Mimi Takami (2008), Approach to the patient with gross gastrointestinal bleeding. Principles of clinical GE.Blackwell publishing Ltd. P 122-151
5. Patrick Allen, Tony CK Tham (2009), Gastrointestinal Emergencies 2 nd edition, approach to upper GI bleeding, Black well publishing Ltd, p 11-18.
6. Scottish intercollegiate guideline network (2008), Management of acute upper and lower gastrointestinal bleeding, a national clinical guideline.
7. World gastroenterology Organisation practice guideline: esophageal varices 6/2008.

XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO LOÉT DẠ DÀY – TÁ TRÀNG

I. ĐỊNH NGHĨA :

Là tình trạng máu chảy ra từ ổ loét ở dạ dày và / hoặc tá tràng.

II. CHẨN ĐOÁN :

1. Chẩn đoán xác định :

2.1. Lâm sàng : (gợi ý)

- Ói máu và / hoặc tiêu ra máu
- Tiền sử - bệnh sử : Đau thượng vị, dùng thuốc kháng viêm không

Steroid, Aspirin, Corticoid

- Ở bệnh nhân chỉ tiêu phân đen nên đặt ống thông dạ dày

2.2. Cận lâm sàng : Nội soi dạ dày – tá tràng giúp chẩn đoán xác định, kết hợp điều trị cầm máu qua nội soi.

2. Chẩn đoán phân biệt :

- Xuất huyết từ dạ dày do các nguyên nhân khác không phải loét
- Xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản

3. Chẩn đoán mức độ xuất huyết :

Mức độ Biểu hiện	Nhẹ	Trung bình	Nặng
Lượng máu mất	< 500 ml	500 – 1500 ml	> 1500ml
Da niêm	Hồng	Nhợt	Rất nhợt
Mạch (lần/phút)	< 100	100 – 120	> 120
Huyết áp tâm thu (mmHg)	> 100	90 - 100	< 90
Dung tích hồng cầu (%)	> 30	20 -30	< 20
Tri giác	Tỉnh	Tỉnh, chóng mặt	Lơ mơ, hôn mê

III. ĐIỀU TRỊ :

1. Điều trị cấp cứu : (tùy theo mức độ)

- Mất máu nhẹ : Truyền dịch, theo dõi đánh giá còn chảy máu không và tìm nguyên nhân

- Mất máu trung bình : Truyền dịch và tìm nguyên nhân, nhưng nếu chảy máu vẫn tiếp diễn cũng nên truyền máu

- Mất máu nặng phải truyền máu, trong khi chờ đợi máu cần truyền dịch ngay. Nâng Hct > 20% ở các trường hợp bệnh nhân trẻ, khỏe mạnh và 25-30% ở các bệnh nhân già, có các bệnh tim phổi mạn tính (ưu tiên hồng cầu lắng khi huyết động ổn định). Khi truyền nhiều máu (2 đơn vị) nên cho thêm 1 ống Can xi

1.1. Cho bệnh nhân nằm đầu thấp chân cao. Dịch truyền ưu tiên natri clorua 0,9%, có thể dùng lactat ringer. Huyết áp nên nâng lên ở mức 100mmHg, ở bệnh nhân tăng huyết áp nên nâng lên dưới mức huyết áp nền của bệnh nhân 10 – 20 mmHg .Không dùng dung dịch ưu trương trong cấp cứu chảy máu.

1.2. Xét nghiệm máu :

Công thức máu, nhóm máu

a. Ống thông dạ dày dùng khi cần theo dõi, rửa dạ dày để nội soi.

b. Thở O₂ nếu bệnh nhân có sốc hay biểu hiện thiếu Oxy não

c. Đặt ống thông tiểu khi có sốc hay huyết áp < 60mmHg, thiếu niệu kéo dài

d. Theo dõi mạch, huyết áp, tri giác, tình trạng xuất huyết /15 – 30 phút, Hct mỗi 4-6 giờ

e. Cho bệnh nhân nằm đầu thấp, nhịn ăn 24 giờ đầu.Khi xuất huyết tạm ngưng cho ăn thức ăn lỏng

2. Điều trị cầm máu qua nội soi dạ dày – tá tràng :

- Sau khi chẩn đoán có thể thực hiện ngay việc điều trị qua nội soi nếu xuất huyết còn diễn tiến (thông thường trong vòng 24 giờ)

- Có thể cho rửa dạ dày trước khi nội soi

- Các tổn thương loét với Forrest I , II a , II b nên được chích cầm máu qua nội soi với adrenalin 1‰ (pha với natri clorua 3%, hoặc 0,9% 10ml) hoặc kẹp chip hoặc kết hợp cả 2 phương pháp.

- Nếu xuất huyết tái phát bệnh nhân có thể được chích cầm máu hoặc kẹp chip lần 2 khi:

+ Tuổi < 60

+ Cơ địa tốt

+ Kích thước ổ loét < 2 cm

+ Vị trí không nguy hiểm

3. Dùng thuốc điều trị nguyên nhân :

Có thể sử dụng các loại thuốc sau kết hợp với Antasid bằng niêm mạc đường tiêu hóa.

3.1. Nhóm ức chế H₂ Receptor :

- Ranitidin : ống 50 mg, tiêm bắp hoặc tiêm mạch 1 ống / 4 giờ

- Cimetidin : ống 200 mg , tiêm bắp 800 mg / ngày

3.2. Nhóm ức chế bơm Proton :

- Tấn công : 80 mg tiêm TMC

- Duy trì : 40mg /12 giờ tiêm TMC

* **Đối với XHTH do loét DD – TT mà có chích cầm máu qua nội soi :**

Nhóm ức chế bơm Proton (Esomeprazol, Pantoprazol, omeprazol...):

- Tấn công : 80 mg tiêm TMC

- Duy trì : 8 mg / giờ truyền TM, trong 72 giờ

4. Theo dõi :

Bệnh nhân nên nằm viện ít nhất 72 giờ sau khi ngừng chảy máu

5. Mời hội chẩn ngoại khoa khi :

- Không thể nội soi, nội soi không thể chích cầm máu hay kẹp chip được do ổ loét to sâu với khả năng thủng hoặc thủng bít, không tiếp cận được tổn thương do loét biến dạng hành tá tràng hoặc nội soi chích cầm máu hay kẹp chip lần 2 vẫn thất bại

- Trong điều kiện không có điều trị nội soi :

+ Chảy máu nặng đã truyền trên 5 đơn vị máu trong 24 giờ mà tuần hoàn vẫn bất ổn.

+ Chảy máu tái phát trong thời gian nằm viện đòi hỏi phải truyền thêm máu.

+ Khó tìm đủ lượng máu thích hợp.

6. Ra viện :

- Sau khi ổn định xuất huyết 3 ngày (nội soi đáy ổ loét đóng giả mạc, không có dấu hiệu xuất huyết : không ói và không đi tiêu tiếp , tiêu phân vàng). Xét nghiệm lại Hct > 20 % ở người trẻ khỏe , > 25% ở bệnh nhân già. bệnh nhân có bệnh tim phổi mạn tính.

- Điều trị phác đồ diệt *Helicobacter Pylori*

- Duy trì Ức chế bơm proton 4 – 6 tuần

- Nội soi lại xem loét lành chưa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO :

*** Tiếng việt :**

1. Bộ Y Tế (2005), Hướng dẫn điều trị tập 1-. NXB y học trang 76-81.
2. Cấp cứu ngoại khoa tiêu hóa (2005). NXB Y học trang 23-32, 178-190.
3. Điều trị học nội khoa tập 1 (2007). NXB Y học trang 71-73, 235-238.
4. Hoàng Trọng Thành (2006). Bệnh tiêu hóa gan mật . NXB Y học, trang 52-77.
5. Khuyến cáo xử trí xuất huyết tiêu hoá trên cấp tính không do tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Hội khoa học tiêu hoá Việt Nam (2009). Tạp chí khoa học tiêu hóa Việt Nam, Tập 4 số 17 , 2009, trang 1178 – 1192.

*** Tiếng anh :**

1. Canan Avunduk (2008), Manual of GE Diagnosis and Therapy 4th Edition, Lippincott Williams & wilkins, p 82 – 93.
2. Fauci- Braunwald-Kesper (2008) Harrison's Principles of internal medicine, MCGraw-Hill, Chap 42.
3. Grace H. Elta, Mimi Takami (2008), Approach to the patient with gross gastrointestinal bleeding. Principles of clinical GE.Blackwell publishing Ltd. P 122-151
4. Patrick Allen, Tony CK Tham (2009), Gastrointestinal Emergencies 2nd edition, approach to upper GI bleeding, Black well publishing Ltd, p 11-18.
5. Scottish intercollegiate guideline network (2008), Management of acute upper and lower gastrointestinal bleeding, a national clinical guideline.

XƠ GAN

I. ĐỊNH NGHĨA :

Xơ gan là hậu quả của bệnh gan mãn tính và tiến triển, dẫn đến sự phá hủy lan tỏa tế bào nhu mô gan, thay vào đó là những mô sẹo và các hạt tái sinh phá vỡ cấu trúc bình thường của mạch máu và của tiểu thùy gan.

II. CHẨN ĐOÁN :

1. Chẩn đoán xác định :

1.1. Tiền căn:

- Nghiện rượu
- Viêm gan....

1.2. Lâm sàng:

- Hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa: Lách to, cổ trướng, THBH trên bụng,...

- Hội chứng suy tế bào gan: Vàng da, xuất huyết, phù chi, Sao mạch, bàn tay son.

1.3. Cận lâm sàng:

- Sinh thiết gan cho chẩn đoán xác định nhất là trong giai đoạn xơ gan còn bù.

- Nếu LS điển hình, xơ gan mất bù, sinh thiết gan không khả thi và có nhiều tai biến. Giai đoạn này chỉ cần các xét nghiệm góp phần chẩn đoán xơ gan :

+ Xét nghiệm chức năng gan:

- . Tỉ lệ prothombin giảm $< 60 \%$, TQ kéo dài.
- . Albumin máu giảm, Globulin máu tăng. Tỉ lệ A/G < 1 .
- . SGOT, SGPT tăng (hoặc bình thường).
- . Bilirubin tăng (hoặc bình thường).

- . Nghiệm pháp BSP (+)
- . Tỷ lệ cholesterol ester hoá / cholesterol toàn phần giảm
- + Xét nghiệm dịch màng bụng:
 - Dịch thấm : . Đạm toàn phần < 25g/l, phản ứng Rivalta (-)
 - . Tế bào < 250 / mm³.
- + Siêu âm bụng: Thay đổi chủ mô gan, dịch màng bụng, lách to, tĩnh mạch cửa giãn.
- + Nội soi thực quản: khảo sát dẫn TMTQ, đánh giá mức độ giãn

2. Chẩn đoán phân biệt :

- 2.1. Ung thư gan nguyên phát.
- 2.2. Viêm gan mãn.
- 2.3. Lao màng bụng.

III. ĐIỀU TRỊ XƠ GAN :

*** Nguyên tắc điều trị:**

- Điều trị nguyên nhân
- Điều trị bảo tồn
- Điều trị cổ trướng
- Điều trị biến chứng

1. Điều trị nguyên nhân: Rất hạn chế.

- Cai rượu
- Điều trị VGSV B : Lamivudine, Adefovir, Entercavir

2. Điều trị bảo tồn (điều trị nâng đỡ)

- Nghỉ ngơi
- Chế độ ăn : Hạn chế đạm, mỡ, tăng cường đường.
- Hạn chế những chất độc cho gan: rượu, thuốc (Paracetamol, an thần...).
- Bổ sung sinh tố: Nhóm B, C
- Thuốc trợ gan:

+ Nhóm Syllimarín: (Legalón, liverin...) v = 70mg 1 -2v / lần, 2 - 3 lần/ ngày

Tác dụng : bảo vệ màng tế bào gan chống hiện tượng hủy hoại, xơ hóa

+ Nhóm chống tăng NH_3 : Argenin veyron, HepaMerz, Eganin,...

3. Điều trị cổ trướng :

- Cổ trướng lượng ít : chỉ cần điều trị ngoại trú
- Cổ trướng lượng nhiều : Nhập viện điều trị :
- Điều trị hợp lý: Bệnh nhân giảm cân từ 0,5 - 1kg / ngày.

* Các biện pháp điều trị :

+ Ăn nhạt : 2 – 6g NaCL / ngày.

+ Hạn chế nước : Tổng lượng nước nhập 1000 – 1500ml/ ngày

+ Truyền Albumin : Khi Albumin máu giảm nặng < 28 g / l

+ Lợi tiểu :

. Spironolacton : là thuốc chọn lựa ưu tiên. Liều: 100mg – 400mg/ngày (tối đa 600mg/ngày).

. Kết hợp với : Furosemide: 40mg – 160mg/ngày (tối đa 240mg/ngày).

+ Chọc tháo dịch màng bụng :

. Chỉ định:

.. Khi không đáp ứng với điều trị bằng lợi tiểu và ăn nhạt

.. Khi cổ trướng quá căng cản trở hô hấp.

. Có 2 cách chọc tháo dịch màng bụng :

.. Chọc tháo dịch đơn thuần : 2 lít / lần, 2 lần/tuần →

nhiều tai biến.

.. Chọc tháo dịch mỗi ngày với số lượng lớn (4 – 6 lít/ngày) kết hợp với : Truyền Albumin : 6 – 8g Albumin/ lít dịch báng chọc tháo ra

IV. ĐIỀU TRỊ CÁC BIẾN CHỨNG CỦA XƠ GAN :

1. Nhiễm trùng dịch báng (Viêm phúc mạc nguyên phát).

1.1. Định nghĩa:

Là tình trạng viêm phúc mạc nguyên phát xảy ra trên bệnh nhân xơ gan có báng bụng không có ổ nhiễm trùng đầu tiên. Tỷ lệ khoảng 10% - 27%.

1.2. Chẩn đoán:

- Lâm sàng :

- + Đau bụng, sốt (thường gặp)
- + Huyết áp thấp, tri giác thay đổi (có thể có).
- + Khám bụng: đau khắp bụng nhưng thường ít có dấu hiệu đề kháng,

co cứng.

- Cận lâm sàng: Cây vi trùng trong dịch màng bụng (+), thường là E.Coli. Tỷ lệ (+) thấp.

*** Tiêu chuẩn chẩn đoán sớm (theo Ebillos) :**

Dựa trên kết quả xét nghiệm dịch màng bụng:

- Bạch cầu > 500/mm³
- Tỷ lệ Neutrophile > 75%

→ Điều trị ngay bằng kháng sinh, không cần chờ kết quả cấy DMB.

1.3. Điều trị:

- Kháng sinh Cephalosporin thế hệ 3:

- + Cefotaxim 1- 2g TMC / 8 giờ x 5 – 7 ngày **hoặc** :
- + Ceftriaxone 2g TMC / 24 giờ x 5 – 7 ngày

- Ngừa tái phát: (Sau xuất viện)

- + Norfloxacin 400mg/ngày (uống) x 7 – 10 ngày.

2. Xuất huyết tiêu hóa do vỡ dân tĩnh mạch thực quản :

Phác đồ riêng

3. Hội chứng gan - thận :

3.1. **Định nghĩa** : Là suy thận chức năng xảy ra trên bệnh nhân xơ gan nặng hoặc xảy ra trên bệnh nhân xơ gan kèm theo các yếu tố thúc đẩy.

- Đây là biến chứng rất nặng, tỉ lệ tử vong rất cao (khoảng 90%)

- Các yếu tố thúc đẩy đưa đến hội chứng gan thận :

- + Dùng lợi tiểu quá nhiều.
- + Chọc tháo dịch báng nhiều và nhanh.
- + Xuất huyết tiêu hóa.
- + Nhiễm trùng,....

3.2. Chẩn đoán :

- Thiểu niệu hoặc vô niệu, HA thấp, bụng báng nhanh,...
- Urê / máu tăng, Creatinin / máu tăng > 2,5 mg /dl
- Na^+ /nước tiểu < 10mEq/lít

3.3. **Điều trị** : Hiệu quả kém, 80 - 90% tử vong

- Tìm và điều trị yếu tố thúc đẩy:

- Điều trị làm tăng thể tích máu hiệu quả :

- + Ngưng lợi tiểu
- + Truyền Albumin, huyết tương, muối đẳng trương,...

- Thuốc dẫn mạch thận: Dopamin liều 2 – 5 microgam/ kg / phút

- Ghép gan là biện pháp hiệu quả nhất nhưng phải thực hiện sớm trong giai đoạn chức năng gan còn cho phép.

V. BỆNH LÝ NÃO – GAN : (Hôn mê gan)

1. Định nghĩa :

Là hội chứng tâm - thần kinh phức tạp, có rối loạn ý thức và hành vi, xảy ra trong xơ gan giai đoạn cuối hoặc xảy ra khi xơ gan có yếu tố thúc đẩy

*** Các yếu tố thúc đẩy :**

- Ăn (truyền) nhiều đạm
- Xuất huyết tiêu hóa
- Nhiễm trùng
- Dùng thuốc lợi tiểu mạnh, chọc tháo dịch báng quá mức
- Táo bón lâu ngày
- Rối loạn nước – điện giải
- Sử dụng thuốc an thần,...

2. Chẩn đoán :

2.1. Lâm sàng :

- Các dấu hiệu thần kinh :
 - + Dấu hiệu rung vẩy
 - + Tăng hoặc giảm trương lực cơ
 - + Tăng hoặc giảm phản xạ gân xương
- RL tri giác với nhiều mức độ, cuối cùng là hôn mê
- Hơi thở có mùi gan, thở nhanh sâu

2.2. Cận lâm sàng :

- NH₃/ máu : Tăng > 1,5 mg / l
- Điện não đồ : Có thay đổi sớm, tùy theo giai đoạn

3. Điều trị :

- Điều trị bệnh căn nguyên : điều trị xơ gan
- Điều trị yếu tố thúc đẩy
- Điều trị hôn mê gan :

*** Theo dõi bệnh nhân :**

- + Tri giác
- + Dấu hiệu sinh tồn
- + Bilan xuất nhập

+ Ion đồ, Hct,...

* Chế độ ăn : đảm bảo cung cấp đủ năng lượng

+ Giảm đạm, tăng cường đường, kiêng mỡ dầu (nếu bệnh nhân ăn uống được)

+ Truyền DD axit amin có nồng độ acid amin phân nhánh cao (nếu bệnh nhân ăn kém)

Morihepamin, Aminoleban 200 – 500ml/ ngày TTM xxx giọt/ phút x 3 – 5 ngày

+ Truyền DD đường ưu trương 20%, 30%

* Kháng sinh đường ruột:

+ Neomycin : 0,5 – 1g / 6 giờ (u) x 5 – 7 ngày hoặc

+ Metronidazol : 0,250g x 3 – 4 lần / ngày (u)

* Nhuận tràng : Dùng thuốc nhuận tràng có tác dụng làm giảm NH₃

+ Duphalac: 15 – 30ml x 2 – 3 lần / ngày

* Dùng các AA bổ dưỡng NH₃ :

+ L – Ornithin (Hepamez, Fortec L,...) : 20 – 50g/ngày truyền TM

4. Theo dõi :

- Kiểm tra SGOT- SGPT, công thức máu, chức năng gan - thận và Prothrombin, Bilirubin, ... mỗi 3 tháng.

- Nên nội soi tiêu hóa trên thường quy nhằm phát hiện Varice thực quản.

+ Nếu không có varice thì soi lại mỗi 2 năm.

+ Nếu có Varice thì bắt đầu điều trị ngay để phòng ngừa biến chứng XHTH do vỡ tĩnh mạch thực quản.

+ Cần theo dõi để phát hiện ung thư gan sớm bằng siêu âm gan và xét nghiệm AFP mỗi 6 tháng. Trong trường hợp nghi ngờ nên sinh thiết gan dưới sự hướng dẫn của siêu âm hoặc CT để có hướng điều trị sớm và kịp thời cho BN.

VI. ĐIỀU TRỊ DẪN TMTQ/ XƠ GAN CHƯA CÓ BIẾN CHỨNG XHTH:

- Điều trị phòng ngừa tiên phát nhằm ngăn ngừa biến chứng XHTH.
- Thường áp dụng một hoặc phối hợp các biện pháp điều trị sau đây :

1. Thuốc chẹn Beta thần kinh giao cảm :

- Chỉ sử dụng nhóm chẹn Beta không chọn lọc (Propanolon và Nadolol)
- Liều 40 – 120mg / ngày (u), 2 lần / ngày
- Theo dõi nhịp tim, các tác dụng phụ của thuốc
- Ngưng thuốc khi : nhịp tim giảm < 55 nhịp / phút lúc nghỉ hoặc giảm <25% so với bình thường

2. Nhóm Nitrates tác dụng dài: (Isosorbide - 5 mononitrate: Imdur, ISMN)

- Có thể dùng phối hợp thuốc ức chế Beta
- Liều : 1 viên/ ngày (u)
- Không dùng Nitrates đơn độc trong điều trị

3. Cột thất búi TMTQ dẫn (độ III, có dấu đỏ)

TÀI LIỆU THAM KHẢO :

1. Bệnh học nội khoa, 1992 ĐHYDTPHCM, trang 364 - 377.
2. Guadalupe Garcia - Tsao: Approach to the patient with ascites and its complications. *Principles of Clinical Gastroenterology 2008*, 442 - 461
3. Harrison' s Principles of Internal Medicine .2008
4. Lippincott Williams & Wilkins : Cirrhosis and Its Complications. *Manual of Gastroenterology 2008*, 439 - 453.
5. Text book of Hepatology 2007

THALASSEMIA

I. ĐỊNH NGHĨA :

Là một nhóm bệnh thiếu máu di truyền, do bất thường gen điều khiển tổng hợp hemoglobin, dẫn đến tình trạng không hoặc thiếu tổng hợp chuỗi hemoglobin.

II. CHẨN ĐOÁN :

1. Lâm sàng :

- Thiếu máu
- Vàng da
- Gan, lách to
- Vẻ mặt thalassemia
- Tiền sử bản thân, gia đình

2. Cận lâm sàng :

- Thiếu máu hồng cầu nhỏ, nhược sắc
- Tăng bilirubin, chủ yếu gián tiếp
- Phết máu : hồng cầu nhỏ, nhược sắc, hồng cầu bìa...
- Ferritin máu tăng
- Điện di hemoglobin để chẩn đoán xác định

III. ĐIỀU TRỊ :

1. Truyền máu định kỳ :

- Duy trì Hb :
 - + Trước truyền máu $\geq 9\text{g/dl}$
 - + Sau truyền máu $\geq 10\text{dl}$
- Tốc độ truyền 4-5ml/kg/giờ, nếu suy tim thì $\leq 2\text{ml/kg/giờ}$.
- Chọn lựa loại máu truyền : hồng cầu lắng (tốt hơn có thể chọn HC phenotype)

- Làm Coombs test khi nghi ngờ có tự hay đồng kháng thể chống hồng cầu. Điều trị Corticoid khi cần thiết.

2. Thái sắt :

- Chỉ định khi ferritin máu $\geq 1000\mu\text{g/dl}$

- Hoặc sau khi truyền từ 10 đơn vị máu trở lên

- Cụ thể : có thể chọn 1 trong 3 cách sau, tùy từng trường hợp

+ Dùng Deferoxamine (Desferal 500mg/lọ) : liều 30-50mg/kg, pha trong Glucose 5% hoặc Natriclorua 0,9% truyền tĩnh mạch trong 8-12 giờ, 5 lần/tuần; hoặc tiêm truyền dưới da bằng syringe điện. Dùng thêm vitamin C liều 2mg/kg trong lúc thái sắt.

+ Dùng Defeprirone (Kelfer 500mg/viên) : liều 75mg/kg/ngày, chia 3 lần uống trước bữa ăn.

+ Phối hợp Desferal và Kelfer : Kelfer uống liên tục mỗi ngày kết hợp với Desferal 2 lần/tuần.

3. Tư vấn ăn uống, sinh hoạt :

- Uống thêm trà trong bữa ăn để giảm hấp thu sắt

- Hạn chế ăn thực phẩm giàu sắt : huyết, gan...

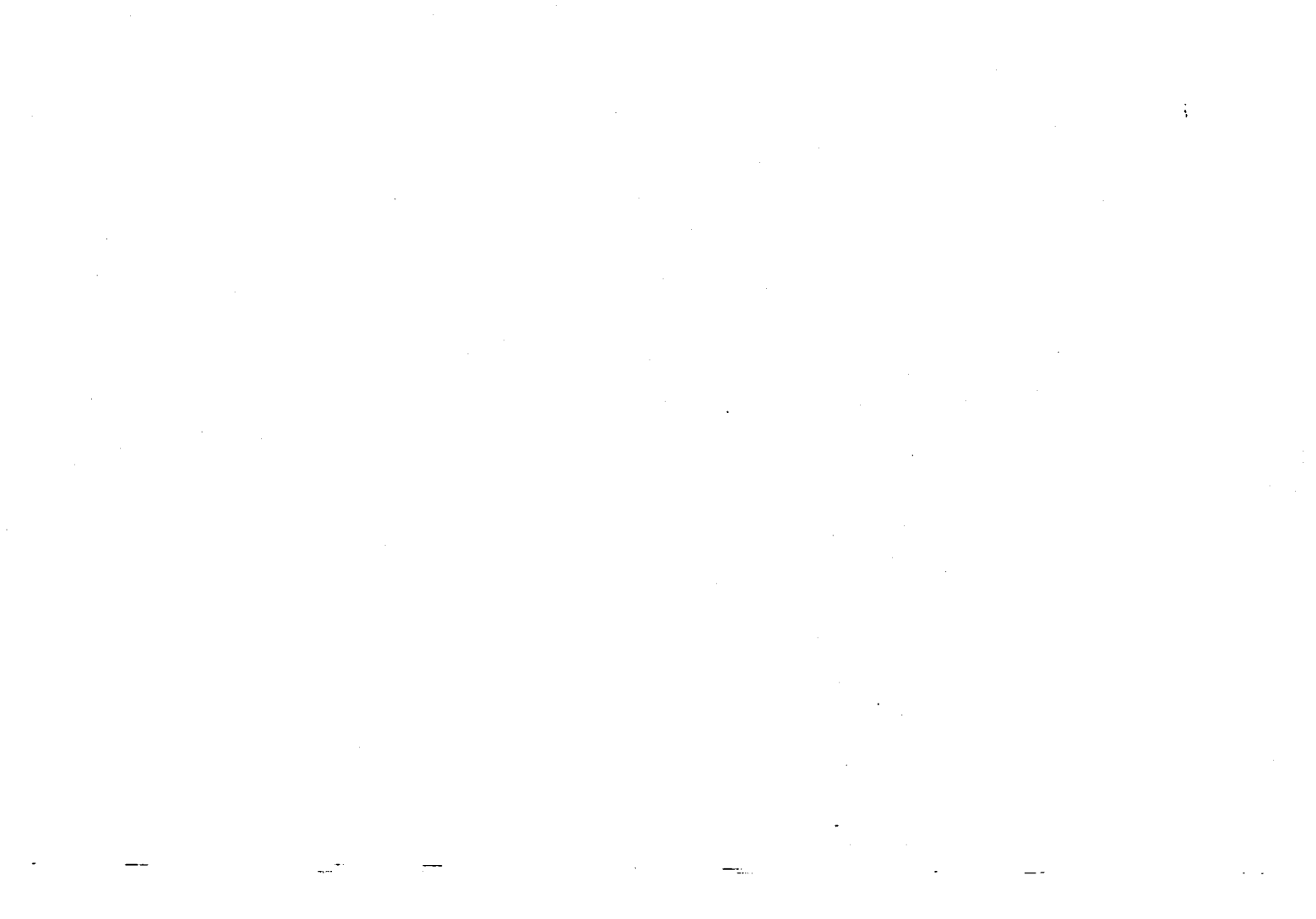
- Tư vấn kết hôn và sinh con

TÀI LIỆU THAM KHẢO :

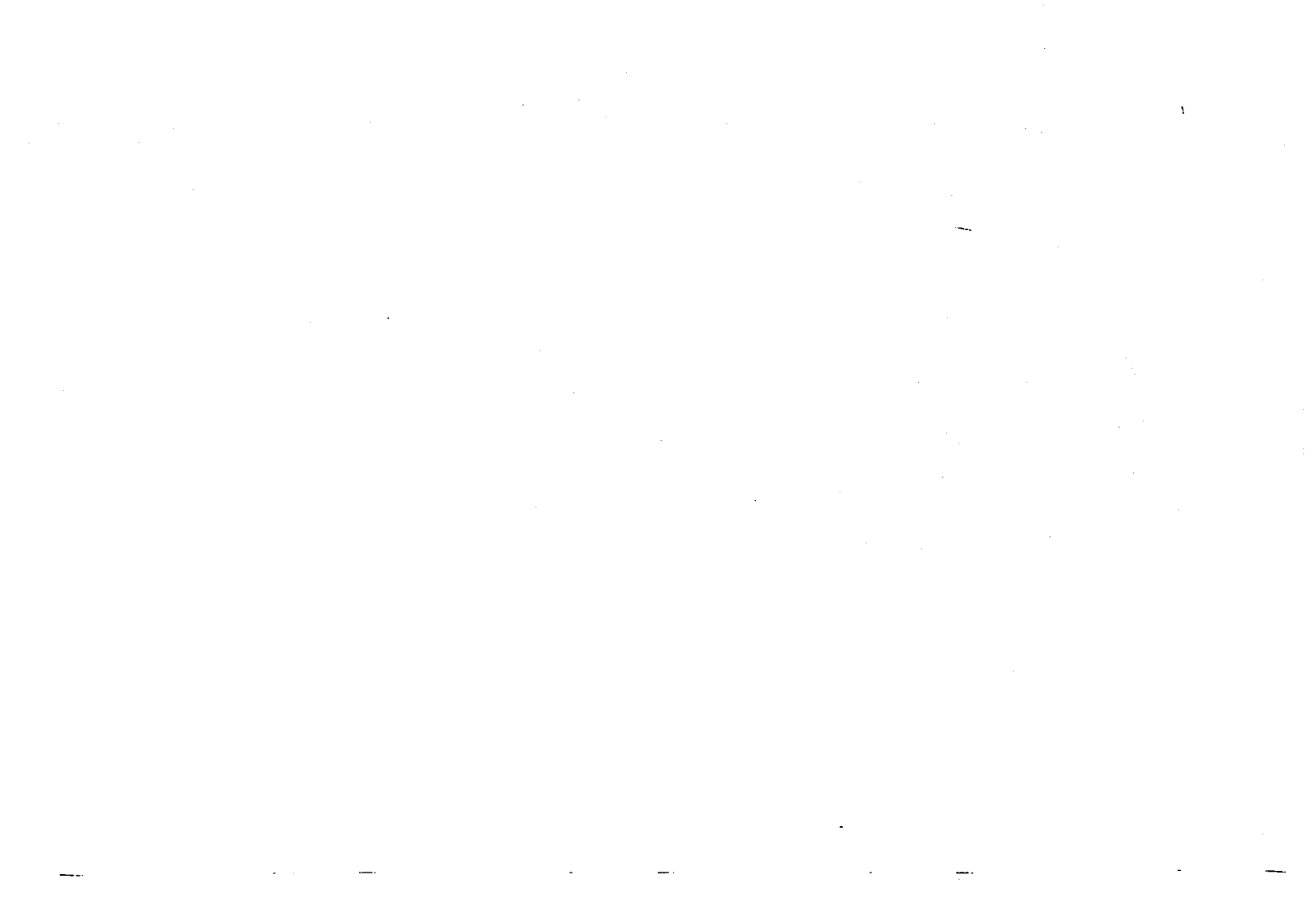
1. Phác đồ điều trị Thalassemia, Phác đồ điều trị 2009, Bệnh viện Huyết học – Truyền máu TP. HCM, tr 49-50

2. Marshall A. Lichtman, Ernest Beutler (2007), Disorders of Globin Synthesis: The Thalassemia, William's Hematology, 7th, McGraw-Hill's, chapter 46.

3. Maria R.Baer, John P.Greer (2009), Thalassemia and Related Disorders; Quantitative Disorders of Hemoglobin Synthesis, Wintrobe's Clinical Hematology, 12th, Lippincott Williams & Wilkins, chapter 38.



PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ
NỘI PHỔI THẬN



BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

I. ĐỊNH NGHĨA :

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (tiếng Anh: *Chronic Obstructive Pulmonary Disease – COPD*) là tình trạng bệnh lý được 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) × Số năm hút thuốc

1.2. Khám lâm sàng và cận lâm sàng:

a. Triệu chứng thực thể:

Các triệu chứng tùy theo mức độ, ở giai đoạn nặng thường có:

- Biến dạng lồng ngực kiểu hình thùng, giảm di động.

- Nói ngắn hơi, cơ kéo cơ hô hấp phụ cả lúc nghỉ ngơi.
- Giảm thông khí ở phổi.
- Các triệu chứng của suy tim phải.

b. *X- Quang ngực*: Có thể thấy hình ảnh khí phế thũng, tăng áp động mạch phổi.

c. *ECG*: Có thể thấy dấu hiệu dày nhĩ phải, thất phải.

d. *Khí máu động mạch*: Có thể phát hiện giảm oxy, có hay không kèm theo tăng CO_2

1.3. Chức năng phổi:

Đây là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định, nên thực hiện ở những nơi có điều kiện: $\text{FEV}_1 / \text{FVC} < 70\%$ sau dùng thuốc giãn phế quản.

2. **Chẩn đoán phân biệt**: Nên phân biệt COPD với các bệnh thường gặp sau:

- Hen phế quản
- Suy tim sung huyết
- Dẫn phế quản
- Lao phổi

III. PHÂN GIAI ĐOẠN :

Bảng 1. Phân giai đoạn COPD (theo GOLD 2007)⁽¹⁾

Giai đoạn	Triệu chứng	Chức năng phổi	
		Khả năng gắng sức	$\text{FEV}_1\%$ GTLT ^(*)
I: Nhẹ	Có hay không kèm theo triệu chứng khác: ho, khạc đàm nhưng không thường xuyên. BN thường không cảm thấy khó thở.	 Khả năng gắng sức tăng	$\geq 80\%$

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	$50 \leq - < 80$ %
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 chân	$30 \leq - < 50$ %
IV: Rất nặng	Bệnh nhân khó thở nặng thường xuyên. Các đợt cấp luôn đe dọa tử vong. Có thể có biểu hiện tâm phế mạn tính. Chất lượng cuộc sống giảm nặng.	 Khó thở khi cử động nhẹ	$< 30\%$ hoặc $< 50\%$ kèm theo suy hô hấp mạn (***)

(*) GOLD: Chiến lược xử trí toàn cầu COPD (*Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* do Viện Huyết học và Tim, Phổi Mỹ khuyến cáo). GOLD 2006 bỏ giai đoạn O (nguy cơ) ra khỏi bảng phân loại mức độ nặng.

(**) GTLT: Giá trị lý thuyết ước tính theo tuổi, chiều cao, giới và sắc tộc.

(***) Triệu chứng suy hô hấp mạn, $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$ thở khí phòng hoặc suy tim phải.

IV. XỬ TRÍ COPD GIAI ĐOẠN ỔN ĐỊNH:

Bảng 2. Xử trí COPD ổn định theo giai đoạn (theo GOLD 2007)

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 dùng thuốc giãn phế quản)	≥80%	50 ≤ - <80%	30 ≤ - <50%	<30%
Tránh tiếp xúc các yếu tố nguy cơ, vaccin phòng cúm Thuốc: Dẫn phế quản tác dụng ngắn (khi cần) Như trên và thêm: - Kết hợp điều trị liên tục với 1 hoặc nhiều thuốc giãn phế quản tác dụng kéo dài (khi cần) - Phục hồi chức năng hô hấp Như trên và thêm: Kết hợp trị liệu corticosteroid hít liên tục nếu có nhiều đợt cấp Như trên và thêm: - Liệu điều oxy kéo dài nên suy hô hấp mạn tính - Xem xét khả năng phẫu thuật				

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 khó thở, tăng ho, 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 xung huyết
- Loạn nhịp tim
- Chấn thương ngực
- Tác dụng phụ của thuốc an thần hoặc thuốc ức chế beta

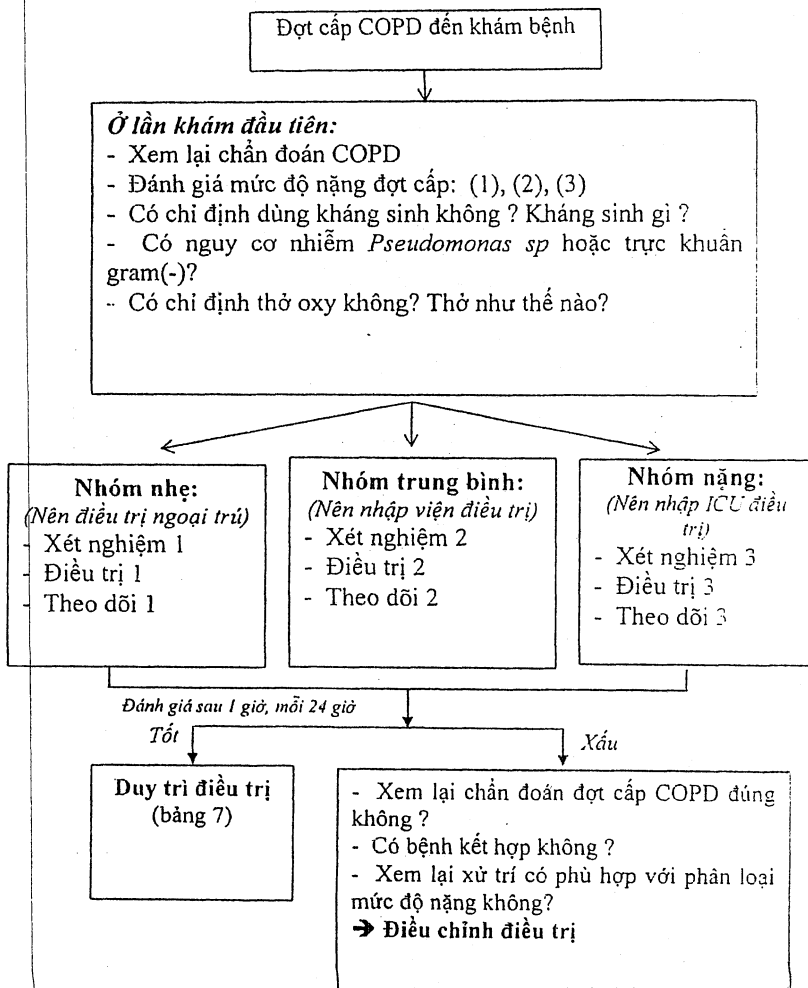
3. Đánh giá mức độ nặng đợt cấp COPD:

Bảng 3. Phân loại mức độ nặng đợt cấp (nếu có ít nhất hai tiêu chuẩn A hoặc một 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)
<u>A. Tiền sử:</u> - 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	Có thể có 1 lần/năm Giai đoạn II	Có > 1 lần/năm Giai đoạn III-IV
<u>B. Khám thực thể:</u> - Tri giác - Nhịp thở (lần/phút) - Co kéo cơ hô hấp phụ - HA tối đa - Các triệu chứng còn sau trị liệu 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 < 90 mmHg Không đáp ứng hoặc tăng lên

Chú thích : (*) Suy tim xung huyết, bệnh mạch vành, tiểu đường, suy gan, suy thận.

SƠ ĐỒ XỬ TRÍ ĐỢT CẤP COPD



4. Điều trị đợt cấp COPD:

Bảng 4. Hướng dẫn xử trí thuốc trong đợt cấp

Điều trị	Đợt cấp COPD Nhẹ (ĐT1)	Đợt cấp COPD Trung bình (ĐT2)	Đợt cấp COPD Nặng (ĐT3)
Thuốc dẫn phế quản	- Ipratropium và/hoặc SABA dạng MDI/NEB khi cần - Xem xét dùng LABA kết hợp	- Ipratropium + 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 (chú ý tác dụng phụ)^(a)	- Ipratropium + 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 (chú ý tác dụng phụ)^(a)
Corticosteroid	- Uống Methylprednisolone 30-40mg/ngày x 10-14 ngày - Xem xét việc duy trì bằng ICS hoặc NEB^(b)	- Uống Methylprednisolone 30-40mg/ngày x 7-10 ngày. - Nếu không đáp ứng với điều trị như trên sau 24-48 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)	- Methylprednisolone 40mg/ TM mỗi 8 giờ trong 3 ngày, sau đó chuyển sang thuốc uống liều 30-40mg/ngày trong 7-10 ngày - Xem xét việc duy trì corticosteroid bằng ICS hoặc NEB^(b)
Kháng sinh: - Khi có chỉ định ^(c) - Nên dựa trên tình hình kháng thuốc	- Amoxicillin, nếu không đáp ứng: - Amox/Clav, hoặc Moxifloxacin, hoặc Levofloxacin	- Amox/Clav, hoặc Moxifloxacin, hoặc Levofloxacin. - Điều chỉnh theo kháng sinh đồ nếu không đáp ứng	- Cephalosporine III hoặc Amox/Clav - Kết hợp Moxifloxacin hoặc Levofloxacin.

của địa phương - Nên dùng thuốc uống, nếu dùng thuốc tiêm thì chuyển uống khi tình trạng ổn - Kháng sinh đuy trì trong 7-14 ngày		- Nếu nghi ngờ nhiễm <i>P. aeruginosa</i> hoặc <i>Enterobacteriaceae</i> ^(d) : kết hợp Ceftazidime + Ciprofloxacin.	- Điều chỉnh theo kháng sinh đồ nếu không đáp ứng - Nếu nghi ngờ nhiễm <i>P. aeruginosa</i> hoặc <i>Enterobacteriaceae</i> ^(c) : kết hợp Ceftazidime + 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 (*airway hyperresponsiveness*).

^(c) : Có 03 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 và 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 *Enterobacteriaceae*

- Mới xuất viện

- Dùng kháng sinh thường xuyên (4 đợt trong năm trước)

- COPD giai đoạn IV

- Phân lập được *P. aeruginosa* trong đợt cấp trước đó

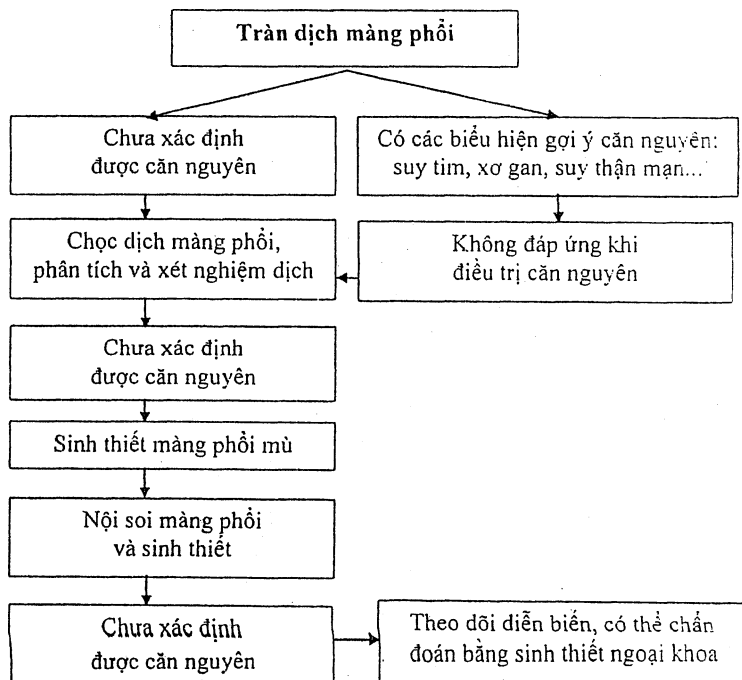
5. Tiêu chuẩn xuất viện đợt cấp COPD:

- Nhu cầu dùng thuốc dẫn phế quản tác dụng ngắn đường hít không quá 6 lần / ngày.
- Bệnh nhân có thể đi lại trong phòng.
- Không bị thức giấc vì khó thở, ăn uống được.
- Lâm sàng ổn định trong 24 giờ.
- Khí máu động mạch trở lại trạng thái cơ bản và ổn định trong vòng 24 giờ.
- Không dùng thuốc tĩnh mạch 12-24 giờ.
- Bệnh nhân và người nhà hiểu biết cách dùng thuốc đúng.
- Kế hoạch chăm sóc và theo dõi tại nhà đã hoàn tất (điều dưỡng, nguồn cung cấp oxy bổ sung như máy tạo oxy, chuyên gia dinh dưỡng nếu cần).

CÁC KỸ THUẬT XỬ TRÍ TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI

I. TIẾP CẬN LÂM SÀNG :

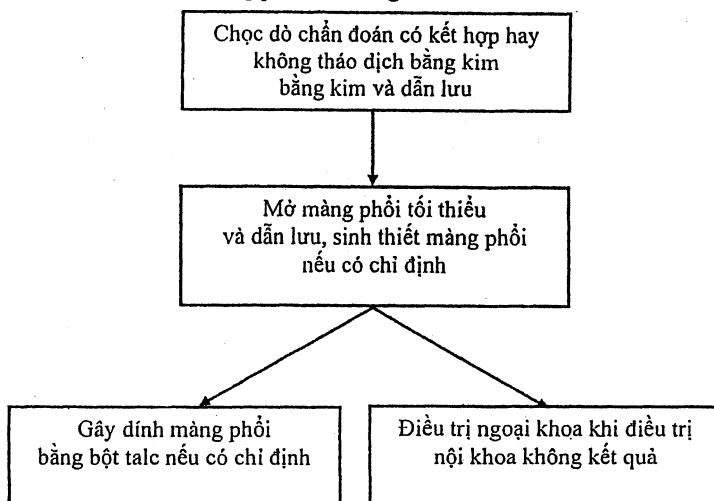
Tràn dịch màng phổi là tình trạng xuất hiện dịch nhiều một cách bất thường trong khoang màng phổi. Đa số các trường hợp, chủ yếu là các trường hợp tràn dịch màng phổi nghi ngờ dịch tiết (*exudative*), đều cần chọc dò màng phổi để xét nghiệm dịch và dẫn lưu dịch màng phổi. Một số trường hợp cần sinh thiết màng phổi nếu nghi ngờ lao màng phổi hay tràn dịch màng phổi ác tính. Các trường hợp tràn dịch màng phổi tái lập nhanh, các tràn dịch màng phổi dịch chất đặc (máu, dưỡng chấp, mủ) cần mở màng phổi dẫn lưu và có thể cần gây dính màng phổi bằng bột talc.



Sơ đồ 1. Sơ đồ tiếp cận chẩn đoán tràn dịch màng phổi

Các kỹ thuật thực hiện trong tràn dịch màng phổi sẽ được trình bày bao gồm:

- Chọc hút dịch màng phổi bằng kim và dẫn lưu
- Mở màng phổi tối thiểu đặt ống dẫn lưu
- Gây dính màng phổi bằng bột talc
- Sinh thiết màng phổi mù bằng kim Castelain



Sơ đồ 2. Thực hiện các kỹ thuật trong tràn dịch màng phổi

II. CHỌC DÒ VÀ DẪN LƯU DỊCH BẰNG KIM :

1. Chỉ định và chống chỉ định:

- Chỉ định: Tất cả các trường hợp tràn dịch màng phổi có chiều dày khoang dịch trên 1cm trên phim nằm nghiêng hay trên siêu âm đều cần chọc dò để chẩn đoán nếu nghi ngờ là dịch tiết. Những trường hợp tràn dịch nhiều, chọc dò tháo dịch để chống chèn ép phổi gây suy hô hấp cấp.

- Chống chỉ định: Không có chống chỉ định tuyệt đối. Thận trọng đối với các trường hợp có rối loạn chức năng đông máu, tiểu cầu $<100.000/\text{mm}^3$.

Không nên chọc dò đối với các trường hợp tràn dịch nghi ngờ dịch thấm (có xơ gan cổ chướng, hội chứng thận hư giảm đậm máu nặng, suy tim, suy thận mạn giai đoạn cuối).

2. Chuẩn bị :

- Người thực hiện: Tất cả các bác sỹ chuyên khoa hay không chuyên khoa bệnh phổi

- Chuẩn bị dụng cụ:

- + Kim và ống bơm tiêm 5cc để gây tê
- + Dây dẫn lưu vô trùng (dài khoảng 1-1,5m, đường kính lòng khoảng 0,5cm). Có thể dùng dây truyền dịch nếu không có dây dẫn như yêu cầu.

- + Kim chọc dò: Kim có catheter plastic (loại dùng truyền tĩnh mạch)

16G

- + Bình dẫn lưu

- + Thuốc gây tê lidocain 2% ống 2ml : 1- 2 ống

- + Bông cotton sát trùng, băng keo, găng vô trùng 2 đôi.

- + Gạc vô trùng: 2 miếng

- + Máy hút

- + Ống nghiệm (nếu chọc để xét nghiệm): sinh hóa (1 ống), tế bào (1 ống), vi trùng học (nếu có yêu cầu, ống bệnh phẩm hiếu khí và kỵ khí).

- Chuẩn bị bệnh nhân:

- + Xét nghiệm chức năng đông máu.

- + Thực hiện tại buồng bệnh hoặc tại buồng thủ thuật.

- + Giải thích cho bệnh nhân biết và viết giấy cam đoan.

- + Bệnh nhân ở tư thế ngồi hoặc nửa ngồi - nửa nằm, cởi trần. Ngực bên tràn dịch sát mép giường. Bệnh nhân có thể ngồi trên ghế, ôm gối, ngực áp sát vào thành giường.

3. Tiến hành thủ thuật:

- Chọn vị trí chọc dò: Vị trí chọc dò nên chọn ở vị trí thành ngực mỏng, có đường kính khoang dịch trên xương ngực hay trên siêu âm dày nhất (hoặc khi gõ thành ngực thấy đục nhất). Vị trí thông thường là khoang liên sườn 6-7 đường nách sau hoặc đường nách giữa. Những trường hợp tràn dịch màng phổi khu trú, tốt nhất nên chọc dò dưới hướng dẫn của siêu âm.

- Sát khuẩn da

- Gây tê khoang liên sườn dự kiến chọc dò: Gây tê hai thì. Thì một: gây tê dưới da. Thì hai: bơm mạnh thuốc tê để thuốc tê lan sang hai phía theo dây thần kinh liên sườn. Sau khi gây tê, đẩy thẳng mũi kim vào khoang màng phổi để xác định sơ bộ có dịch hay không và ước lượng độ dày thành ngực.

- Gắn kim chọc dò trên đầu ống tiêm vừa mới sử dụng để gây tê. Chọc vào khoang màng phổi ở vị trí sát bờ trên xương sườn dưới.

- Nếu có dịch, rút dịch đủ để làm xét nghiệm. Rút nòng kim loại. Nối kim với dây dẫn lưu và bình dẫn lưu.

- Nếu dịch chảy ra theo ống dẫn lưu tự nhiên thì giữ kim để dịch tự chảy. Nếu dịch đặc hoặc khó chảy tự nhiên thì hút bằng máy áp lực thấp (- 5 đến - 20 cmH_2O).

- Nếu dịch nhiều, có thể chọc hút nhiều lần, không nên rút quá 1000ml trong một lần chọc.

- Rút kim, băng ép vị trí chọc dò bằng gạc vô trùng trong 12 giờ.

- Ghi biên bản thủ thuật. Nói chung không cần theo dõi đặc biệt sau một thủ thuật an toàn.

4. Tai biến và xử trí:

- Trong quá trình làm thủ thuật, người làm thủ thuật phải luôn quan sát người bệnh và hỏi cảm giác của người bệnh để ngưng thủ thuật nếu xảy ra tai biến.

- Chọc dò dẫn lưu dịch màng phổi, nhất là với lượng lớn và tốc độ nhanh dễ xảy ra các tai biến:

+ Giảm áp đột ngột trong khoang màng phổi, dịch chuyển nhanh trung thất, gây phù phổi, sốc.

+ Mất thân nhiệt đột ngột.

+ Đau và sợ

Cả ba tình huống này đều có thể dẫn đến sốc. Bệnh nhân có thể có các biểu hiện: ho nhiều, chi lạnh, tụt huyết áp, ngất xỉu. Xử trí: ngưng ngay thủ thuật. Đặt bệnh nhân lên giường, đầu thấp, phủ ấm. Atropin 0.25mg tiêm bắp. Theo dõi huyết áp. Nếu cần đặt một đường truyền tĩnh mạch và cho thở oxy 1lít/phút.

III. MỠ MÀNG PHỔI TỐI THIỂU DẪN LƯU DỊCH VÀ BƠM RỬA MÀNG PHỔI :

1. Chỉ định và chống chỉ định:

- Chỉ định: Mỡ màng phổi tối thiểu đặt ống dẫn lưu được chỉ định trong các trường hợp: tràn mủ màng phổi, tràn dịch máu màng phổi. Chỉ định mỡ màng phổi trong những trường hợp này không chỉ để dẫn lưu dịch mà còn để theo dõi lượng dịch và qua ống dẫn lưu để bơm rửa màng phổi.

- Chống chỉ định: Không có chống chỉ định tuyệt đối. Thận trọng đối với các trường hợp có rối loạn chức năng đông máu, tiểu cầu $< 100.000/mm^3$.

2. Chuẩn bị:

- Người thực hiện: Tất cả các bác sỹ chuyên khoa bệnh phổi

- Chuẩn bị dụng cụ:

+ Kim và ống bơm tiêm 5cc để gây tê

+ Kim chọc dò màng phổi

+ Dây dẫn lưu vô trùng (dài khoảng 1 - 1,5m, đường kính lòng khoảng 0,8 - 1,0cm).

+ Ống dẫn lưu: Vô trùng, sử dụng một lần, tốt nhất là loại có đường cân quang để theo dõi vị trí ống dẫn lưu trên phim xquang ngực. Ống dẫn lưu dài khoảng $0,4m - 0,5m$, đường kính khoảng $0,8 - 1,0cm$. Đầu ống dẫn lưu nên được cắt để tạo ra nhiều lỗ. Có thể sử dụng loại ống dẫn lưu chuyên dụng có nòng kim loại dẫn đường.

+ Trô-ca kim loại phù hợp với đường kính ngoài ống dẫn lưu.

+ Dụng cụ mở màng phổi: dao mổ, kéo cong mũi nhọn, kim khâu da, chỉ khâu da, pince lớn, kim cặp kim.

+ Bình dẫn lưu khí một chiều.

+ Khay quả đậu hứng dịch

+ Thuốc gây tê Lidocain 2% ống 2ml : 2 - 4 ống

+ Bông cotton sát trùng, băng keo, găng vô trùng

+ Gạc vô trùng: 2 miếng

+ Săng lỗ

+ Máy hút

- Chuẩn bị bệnh nhân:

+ Xét nghiệm chức năng đông máu

+ Giải thích cho bệnh nhân biết và viết giấy cam đoan

+ Thuốc an thần Seduxen 5mg 1 viên, uống trước thủ thuật 30 phút.

+ Thực hiện tại buồng thủ thuật

+ Bệnh nhân ở tư thế nửa ngồi - nửa nằm, cởi trần. Ngực bên tràn dịch sát mép giường.

3. Tiến hành thủ thuật:

- Kiểm tra các vị trí nối giữa ống dẫn lưu, dây dẫn và bình dẫn lưu xem có phù hợp với nhau không.

- Kiểm tra lần cuối vị trí dự kiến trên thành ngực và tư thế bệnh nhân đối chiếu với xquang ngực. Nguyên tắc chọn vị trí mở màng phổi cũng giống như khi chọc dò màng phổi.

- Sát khuẩn da

- Chải sáng lỗ

- Gây tê khoang liên sườn dự kiến mở màng phổi: Gây tê hai thì. Thì một: gây tê dưới da. Thì hai: bơm mạnh thuốc tê để thuốc tê lan sang hai phía theo dây thần kinh liên sườn.

- Gắn kim chọc dò trên đầu ống tiêm vừa mới sử dụng để gây tê. Chọc vào khoang màng phổi ở vị trí sát bờ trên xương sườn dưới để kiểm tra xem có chắc chắn vào khoang dịch màng phổi hay không và dự kiến độ dày thành ngực.

- Rạch da bằng dao khoảng 2 – 2,5cm dọc theo khoang sườn, ở vị trí sát bờ trên xương sườn dưới, cầm máu.

- Dùng kéo mũi nhọn bóc tách nhẹ nhàng cơ liên sườn, mũi kéo cũng luôn đề lên bờ trên xương sườn dưới. Khi gần tới màng phổi thì dừng lại.

- Yêu cầu bệnh nhân nín thở. Dùng tro-ca đâm thẳng vào khoang màng phổi theo hướng vuông góc với mặt da. Người phụ hướng khay quả đậu dưới tro-ca. Rút nòng tro-ca, luồn ống dẫn lưu vào khoang màng phổi theo hướng dự kiến. Ống nằm trong khoang màng phổi khoảng 5 - 8cm.

- Dùng pince kẹp ống dẫn lưu và rút tro-ca.

- Nối ống dẫn lưu với dây dẫn lưu và bình dẫn lưu để kiểm tra xem ống dẫn lưu có hoạt động tốt không. Khâu cố định ống dẫn lưu vào da.

- Theo dõi: Nếu dịch ra tự nhiên thì để dịch chảy tự nhiên cho tới khi không còn ra nữa. Nên để cho dịch chảy ra từ từ bằng cách khóa bớt dây dẫn lưu. Khi hết dịch, nối bình dẫn lưu với máy hút, hút với áp lực thấp để lấy nốt dịch. Tháo máy hút, theo dõi hệ thống dẫn lưu. Đánh giá tình trạng lâm sàng

của bệnh nhân: mức độ khó thở, thông khí phổi bên tràn dịch. Nếu có điều kiện, kẹp ống dẫn lưu để chụp xquang ngực kiểm tra.

- Ghi biên bản thủ thuật và yêu cầu theo dõi bệnh nhân tiếp.

4. Theo dõi:

- Đối với tràn mủ màng phổi: Hàng ngày bệnh nhân cần tập thở và thay đổi tư thế để chống dày dính màng phổi.

- Theo dõi lượng dịch ra để đánh giá hiệu quả hoạt động của hệ thống dẫn lưu cũng như tình trạng tái lập dịch.

5. Bơm rửa màng phổi:

- Bơm rửa màng phổi đối với các trường hợp tràn mủ màng phổi với nước muối sinh lý khoảng 1000ml + 20ml Povidone-iodine 2% 1-2 lần /ngày cho tới khi dịch rửa trong. Có thể bơm thuốc tiêu sợi huyết một lần (200.000^{UI} Streptokinase hoặc 50.000-100.000 ^{UI} Urokinase) sau khi rửa xong, kẹp ống dẫn lưu trong 4-8 giờ rồi xả ống tiếp tục.

- Bơm rửa màng phổi cần tiến hành thận trọng trong trường hợp nghi ngờ dò phế quản - khoang màng phổi. Trong trường hợp này cần rửa màng phổi tư thế ngồi và nếu bệnh nhân ho trong khi đang cho dịch vào khoang màng phổi thì ngưng, rút dịch màng phổi ngay bằng máy.

- Nếu diễn biến không thuận lợi: khoang mủ không thu nhỏ, ống dẫn lưu không rút được sau 21 ngày, triệu chứng nhiễm trùng còn thì nên chuyển điều trị ngoại khoa.

IV. GÂY DÍNH MÀNG PHỔI BẰNG BỘT TALC QUA ỐNG DẪN LƯU MÀNG PHỔI :

1. Chỉ định và chống chỉ định:

- Chỉ định: Gây dính màng phổi bằng bột talc (talc y-tế) là phương pháp điều trị hỗ trợ nhằm làm cho hai lá màng phổi dính vào nhau, không còn khoang màng phổi nữa. Kỹ thuật này được chỉ định trong các tràn dịch màng

phổi tái lập nhanh, đặc biệt là trong tràn dịch màng phổi ác tính. Cần mở màng phổi tối thiểu đặt ống dẫn lưu trước. Gây dính màng phổi chỉ nên thực hiện khi dịch qua ống dẫn lưu < 200ml /ngày.

- Chống chỉ định: không có chống chỉ định tuyệt đối. Thận trọng đối với các trường hợp có giảm chức năng hô hấp nặng. Hiệu quả gây dính sẽ kém nếu dịch trong khoang màng phổi còn nhiều (dịch qua ống dẫn lưu >100ml/ngày), pH dịch màng phổi thấp (<7.3).

2. Chuẩn bị:

- Người thực hiện: Tất cả các bác sỹ chuyên khoa bệnh phổi

- Chuẩn bị dụng cụ:

+ Dung dịch Natriclorua 0,9% 500ml: 1 chai

+ Thuốc tê Lidocain 2% 5ml : 5 ống

+ Bột talc y tế 5 gam

+ Ống tiêm 100ml : 1 cái

- Chuẩn bị bệnh nhân:

+ Thực hiện tại giường bệnh.

+ Giải thích cho bệnh nhân biết và viết giấy cam đoan. Seduxen 5mg 1 viên uống, Atropin 0,25 mg 1 ống tiêm bắp trước thủ thuật 30 phút.

+ Bệnh nhân ở tư thế nằm, cởi trần. Ngực bên tràn dịch sát mép giường.

+ Pha 5 gam bột talc trong 10 ml dung dịch Lidocain 2% và dung dịch Natriclorua 0,9% cho đủ 50 ml. Lắc kỹ cho bột talc tan đều.

3. Tiến hành thủ thuật:

- Bơm qua ống dẫn lưu màng phổi. Lưu ý tráng ống dẫn lưu bằng 10ml dung dịch Natriclorua 0,9%.

- Cặp ống dẫn lưu trong 12 giờ. Sau 12 giờ tháo kẹp ống dẫn lưu, rút dịch màng phổi bằng máy hút cho đến khi hết dịch. Trong thời gian kẹp ống,

yêu cầu bệnh nhân nằm thay đổi tư thế thường xuyên để bột talc trải đều trên bề mặt màng phổi.

- Rút ống dẫn lưu khí dịch dẫn lưu $<100\text{ml}$ /ngày. Dùng gạc vô trùng dày băng ép vết mổ đã rút ống dẫn lưu trong 72 giờ.

4. Theo dõi:

- Các biến chứng sớm thường gặp là đau và sốt. Suy hô hấp do biến chứng ARDS hiếm gặp.

- Theo dõi tình trạng chung của bệnh nhân trong 24 giờ: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.

- Thuốc sau thủ thuật: Efferalgan 0,5g uống 1 viên/ mỗi 12 giờ trong 3 ngày, Seduxen 5mg uống trước khi ngủ lúc 21 giờ trong 3 ngày.

Lưu ý: Kỹ thuật này có thể thực hiện lặp lại lần 2, lần 3 nếu khoang màng phổi không bị xóa và dịch còn tái lập.

V. SINH THIẾT MÀNG PHỔI MÙ BẰNG KIM CASTELAIN :

1. Chỉ định và chống chỉ định:

- Chỉ định: Sinh thiết màng phổi mù bằng kim Castelain được chỉ định đối với các trường hợp tràn dịch màng phổi dịch tiết chưa xác định được căn nguyên bằng các phương pháp xét nghiệm dịch khác. Chỉ định chủ yếu là các trường hợp nghi ngờ lao và ung thư màng phổi. Mục đích là lấy được mảnh bệnh phẩm để chẩn đoán mô học từ lá thành màng phổi.

- Chống chỉ định: Không có chống chỉ định tuyệt đối. Thận trọng đối với các trường hợp có rối loạn chức năng đông máu, tiểu cầu $<100.000/\text{mm}^3$, suy tim, suy hô hấp. Không nên thực hiện kỹ thuật này khi dịch màng phổi khu trú hoặc quá ít (đường kính khoang dịch chỗ dày nhất $<3\text{cm}$) vì có nguy cơ gây tổn thương/phổi.

2. Chuẩn bị:

- Người thực hiện: Tất cả các bác sỹ chuyên khoa bệnh phổi

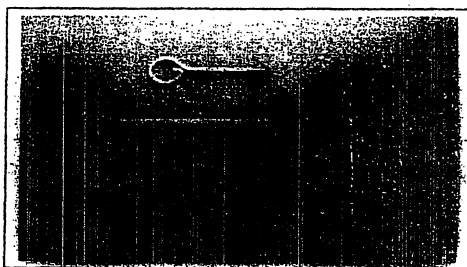
- Chuẩn bị dụng cụ:

- + Kim và ống bơm tiêm 5cc để gây tê
- + Dây dẫn lưu vô trùng (dài khoảng 1- 1.5m, đường kính lòng khoảng 0,5cm). Có thể dùng dây truyền dịch nếu không có dây dẫn như yêu cầu.
- + Kim chọc dò: Kim có catheter plastic (loại dùng truyền tĩnh mạch) 16G

+ Bộ sinh thiết màng phổi mù: Kim sinh thiết màng phổi (hình 1), dao mổ, kéo cong mũi nhọn.

+ Lọ chứa dung dịch cố định bệnh phẩm (Bouin) có dán tên bệnh nhân và số bệnh án.

- + Khay quả đậu hứng dịch.
- + Bình dẫn lưu.
- + Thuốc gây tê Lidocain 2% ống 2ml : 2- 4 ống.
- + Bông cotton sát trùng, băng keo, găng vô trùng 2 đôi.
- + Gạc vô trùng: 2 miếng



Hình 1. Bộ kim sinh thiết màng phổi Castelain

1. Trô-ca và khuyên đánh dấu
2. Nòng trô-ca
3. Móc sinh thiết
4. Móc lấy bệnh phẩm

- Chuẩn bị bệnh nhân:

- + Thực hiện tại buồng thủ thuật.
- + Giải thích cho bệnh nhân biết và viết giấy cam đoan. Atropin 0.25mg. 1 ống tiêm bắp, Seduxen 5 mg 1 viên uống trước thủ thuật 30 phút.
- + Bệnh nhân ở tư thế ngồi. Vị trí sinh thiết xác định bằng xquang ngực hay siêu âm.

3. Tiến hành thủ thuật:

- Chọn vị trí sinh thiết.
- Sát khuẩn da
- Gây tê khoang liên sườn dự kiến chọc dò: Gây tê hai thì. Thì một: gây tê dưới da. Thì hai: bơm mạnh thuốc tê để thuốc tê lan sang hai phía theo dây thần kinh liên sườn.

- Gắn kim chọc dò trên đầu ống tiêm vừa mới sử dụng để gây tê. Chọc vào khoang màng phổi ở vị trí sát bờ trên xương sườn dưới để kiểm tra xem có chắc chắn vào khoang dịch màng phổi hay không và dự kiến độ dày thành ngực.

- Dùng dao rạch da dọc theo khoang sườn, sát bờ trên xương sườn dưới khoảng 1cm. Dùng kéo mũi nhọn tách nhẹ cơ liên sườn cho tới khi mũi kéo tới gần khoang màng phổi.

- Yêu cầu bệnh nhân nín thở. Dùng tro-ca có nòng chọc thẳng góc với thành ngực (có thể vừa chọc vừa xoay tro-ca).

- Khi tro-ca vào khoang màng phổi. Rút nòng tro-ca. Người phụ húng khay quả đậu dưới đầu tro-ca.

- Rút dần tro-ca cho tới khi không còn thấy dịch chảy ra nữa (đầu tro-ca đã ở vị trí lá thành màng phổi). Di chuyển khuyên đánh dấu để đánh dấu vị trí tro-ca. Luồn móc sinh thiết. Đẩy nghiêng tro-ca 45° so với mặt da một cách nhẹ nhàng. Kéo móc sinh thiết để sinh thiết. Người phụ lấy bệnh phẩm cho vào lọ đựng dung dịch (formol) cố định bệnh phẩm. Động tác sinh thiết nên thực hiện ít nhất 3 lần ở các vị trí khác nhau bằng cách xoay kim theo chiều kim đồng hồ.

- Rút móc sinh thiết. Nối tro-ca với dây dẫn lưu để tháo dịch màng phổi. Lúc này dịch thường chảy rất nhanh nên cần khóa bít dây dẫn lưu để dịch chảy ra chậm.

- Rút kim, băng ép vị trí chọc dò bằng gạc vô trùng trong 72 giờ.

- Ghi biên bản thủ thuật, Nói chung không cần theo dõi đặc biệt sau một thủ thuật an toàn.

4. Tai biến và xử trí:

Cũng giống như đối với chọc tháo dịch màng phổi, khi tháo dịch với lượng lớn và tốc độ nhanh dễ xảy ra các tai biến. Cần theo dõi bệnh nhân trong quá trình thủ thuật và xử trí như đã trình bày ở trên.

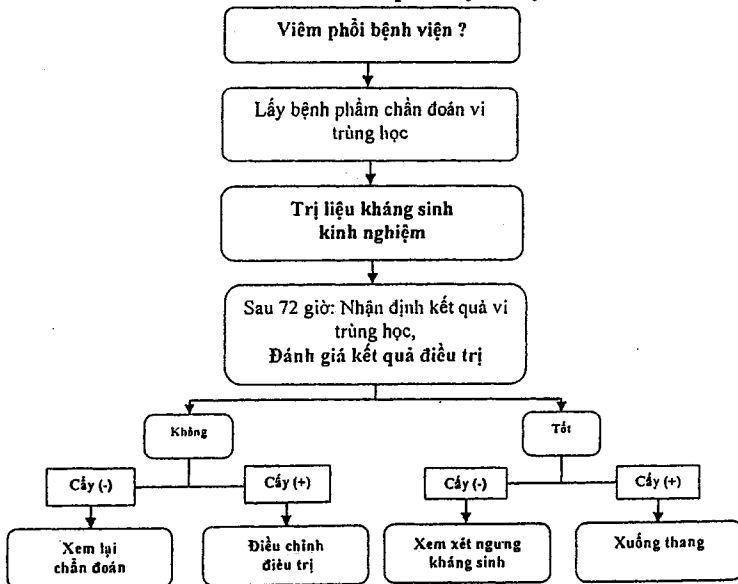
VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN

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). Trong khái niệm này người ta cũng đề cập đến các trường hợp viêm phổi thở máy, viêm phổi trên người suy giảm miễn dịch, viêm phổi hít và viêm phổi trên những người có chăm sóc y tế kéo dài (thí dụ: sống ở nhà dưỡng lão, lọc máu định kỳ, vừa mới sử dụng thuốc kháng sinh tĩnh mạch, đang hóa trị liệu...). Các trường hợp viêm phổi này thường có đặc tính chung do các tác nhân vi sinh nguồn gốc bệnh viện gây bệnh và đa kháng thuốc.

Viêm phổi bệnh viện cần phải phân biệt *viêm phổi sớm* (xuất hiện trước 5 ngày kể từ khi nhập viện) và *viêm phổi muộn* (từ ngày thứ 5 trở đi).

Sơ đồ xử trí Viêm phổi bệnh viện



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 hình ảnh thâm nhiễm tiến triển trên phim. Kèm theo bệnh nhân cần 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 máu tăng, CRP tăng).

- *Chẩn đoán vi trùng học*: Cây đàm hay dịch hút phế quản qua can-nun nội khí quản định lượng (+), cấy máu hay dịch màng phổi (+), cấy định lượng dịch phế quản lấy bằng nội soi phế quản (rửa phế quản - phế nang, chải niêm mạc phế quản có bảo vệ) (+). Phân lập được hoặc phát hiện kháng nguyên virus từ dịch tiết đường thở. Tăng hiệu giá kháng thể huyết thanh gấp 4 lần.

- *Chẩn đoán viêm phổi bằng mô bệnh học*.

2. Chẩn đoán phân biệt:

Cần chẩn đoán viêm phổi bệnh viện với các tình trạng bệnh lý phổi: lao phổi, u phổi hoặc các biến chứng phổi không nhiễm khuẩn/nhồi máu phổi, xẹp phổi do đặt nội khí quản - thở máy.

3. Chẩn đoán phân loại mức độ nặng và phân nhóm bệnh nhân:

Bảng 1. Các tiêu chuẩn đánh giá mức độ nặng viêm phổi

<i>Tiêu chuẩn đánh giá⁽¹⁾</i>	<i>Nhẹ</i>	<i>Trung bình</i>	<i>Nặng</i>
<i>Cách đánh giá</i>	<i>Có ít nhất 5 tiêu chuẩn</i>	<i>Không nằm trong nhóm nhẹ hoặc nặng</i>	<i>Có ít nhất 5 tiêu chuẩn</i>
<i>Các tiêu chuẩn</i>			
<i>1. Mức độ lan rộng của tổn thương thâm nhiễm trên quang phổi</i>	Dưới 1/3 diện tích một trường phổi	<i>Không nằm trong nhóm nhẹ hoặc nặng</i>	Trên 2/3 diện tích một trường phổi
<i>2. Nhiệt độ</i>	< 37° 5		> 38° 5

3. Mạch	<100 lần/ph		≥120 lần/ph
4. Nhịp thở	< 20 lần/ph		≥ 30 lần/ph
5. Tình trạng mất nước	(-)	(-) hoặc (+)	(+)
6. Bạch cầu máu	<10.000/mm ³		≥ 20.000/mm ³ hoặc < 4.000/mm ³
7. C-reactive protein (CRP)	<10 mg/dl	Không nằm trong nhóm nhẹ hoặc nặng	≥ 20 mg/dl
8. PaO ₂	> 60 mmHg		<60 mmHg, 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 (HA max ≤ 90mmHg), bệnh nhân cần thở Oxy ≥ 3 l/ph để duy trì SaO₂ > 90%, thiếu niệu (<20ml/giờ hoặc <80ml/4 giờ), nhiễm khuẩn máu.

4. Các yếu tố nguy cơ nặng:

- Có các nguy cơ viêm phổi hít (tai biến mạch não, dùng thuốc an thần liều cao, phẫu thuật ngực – bụng).

- Có các bệnh phổi mạn tính (lao phổi, hen phế quản, dẫn phế quản, COPD).

- Suy tim, phù phổi.

- Các bệnh kết hợp (tiểu đường, suy thận mạn, suy gan mạn).

- Sử dụng kháng H₂ hay kháng axit.

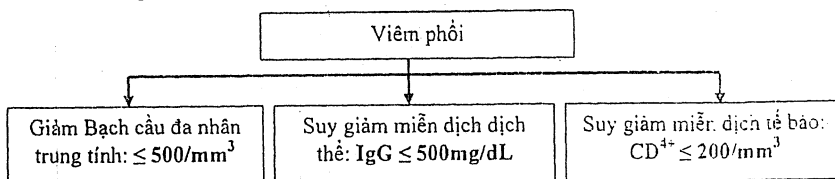
- Điều trị kháng sinh kéo dài.

- Tuổi > 65.

- Ung thư.

- Suy giảm miễn dịch (xem sơ đồ)

Sơ đồ phân loại viêm phổi trên bệnh nhân 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 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. ĐIỀU TRỊ KHÁNG SINH :

Một số điểm lưu ý:

- Điều trị kháng sinh kinh nghiệm phải thực hiện ngay sau khi có chẩn đoán viêm phổi bệnh viện.
- Khi quyết định điều trị kháng sinh, ngoài các yếu tố đã được nêu, cần cân nhắc đến vấn đề chi phí điều trị, đặc tính vi khuẩn và kháng thuốc tại cơ sở.
- Cần sử dụng liều đầy đủ để có hiệu quả tốt. Nên khởi đầu điều trị bằng thuốc đường tĩnh mạch rồi sau đó chuyển sang uống khi bệnh giảm và đường tiêu hóa hoạt động tốt trở lại.
- Thời gian điều trị từ 10 - 21 ngày. Thời gian điều trị sẽ ngắn nếu không phải là *Pseudomonas*, bệnh đáp ứng tốt, không biến chứng.

- Nếu phân lập được *Pseudomonas* thì nên kết hợp kháng sinh. *Acinetobacter* chịu tác dụng tốt nhất với Carbapenem, Sulbactam, Colistin và Polymycin. Không nên điều trị bằng Cephalosporin III đơn độc cho *Enterobacteriaceae* tiết men kháng betalactamase phổ rộng (ESBL), trong trường hợp này Ertapenem là thích hợp. Trong trường hợp đa kháng thuốc đã không đáp ứng với điều trị toàn thân thì cân nhắc khả năng điều trị bằng khí dung Aminoglycoside hay Polymyxin. Linezolid là thuốc được sử dụng trong trường hợp *Staphylococcus* kháng Methicilline.

- Đáp ứng điều trị thông thường có được sau 48-72 giờ. Đánh giá đáp ứng điều trị bằng các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng (CRP, công thức máu, khí máu động mạch, cấy định lượng dịch phế quản kiểm tra, xquang ngực).

- Liệu pháp xuống thang (*de-escalation*) kháng sinh nên được thực hiện khi bệnh có biểu hiện đáp ứng tốt bằng việc lựa chọn kháng sinh phổ hẹp dựa theo kết quả vi trùng học và kháng sinh đồ.

- Những trường hợp không đáp ứng điều trị cần nghĩ đến các bệnh không nhiễm trùng, vi khuẩn gây bệnh hiếm hoặc vi khuẩn kháng thuốc, nhiễm trùng ngoài phổi và các biến chứng của viêm phổi.

Bảng 2. Phác đồ điều trị kháng sinh kinh nghiệm

Nhóm BN	Đặc điểm	Phác đồ	Thuốc ^(*)
Nhóm I	Viêm phổi nhẹ hoặc trung bình nhưng không có yếu tố nguy cơ nặng	A	1) Cephalosporine II (Cefuroxime), hoặc Cephalosporine III (Ceftriaxone). 2) Amoxicillin/a.clavulanic hoặc Ticarcillin/a.clavulanic . 3) Ertapenem .
Nhóm	Viêm phổi nhẹ có	B	A, C tùy theo đánh giá:

II	yếu tố nguy cơ nặng		1) Cephalosporine III diệt <i>Pseudomonas</i> (Ceftazidime). hoặc Cephalosporine IV (Cefepime). 2) Carbapenem (Imipenem/Cilastatin Na).
Nhóm III	Viêm phổi trung bình có yếu tố nguy cơ nặng hoặc viêm phổi nặng	C	1) Cephalosporine III diệt <i>Pseudomonas</i> (Ceftazidime), <i>Hoặc</i> Cephalosporine IV (Cefepime) <i>Hoặc</i> Carbapenem (Imipenem/Cilastatin Na) <i>Hoặc</i> Piperacillin/Tazobactam <i>Kết hợp với</i> hoặc Ciprofloxacin, hoặc Levofloxacin hoặc Aminoglycoside (Amikacin, Tobramycin). 2) Khi không loại trừ được <i>Staphylococcus</i> kháng Methicillin: như 1) thêm Glycopeptide (Vancomycin) hoặc Linezolid.
Nhóm IV Viêm phổi có các tình huống đặc biệt			
IV-1 Viêm phổi có suy giảm miễn dịch			
IV-1a	Giảm Bạch cầu đa nhân trung tính	D	1) Cephalosporine III diệt <i>Pseudomonas</i> (Ceftazidime) <i>Hoặc</i> Cephalosporine IV (Cefepime), <i>Hoặc</i> Carbapenem (Imipenem/Cilastatin Na) <i>Kết hợp với</i> Aminoglycoside (Amikacin, Tobramycin). 2) Clindamycin kết hợp với Ciprofloxacin TM.
IV-1b	Suy giảm Miễn dịch	E	Lựa chọn các thuốc C, thêm các thuốc nhóm Macrolide, Fluoroquinolone

tế bào		(Moxifloxacin, Levofloxacin) hoặc các thuốc khác nếu phân lập được vi sinh gây bệnh (thí dụ Cotrimoxazole-trimethoprine với <i>P. carinii</i>)
IV-1c Suy giảm Miễn dịch dịch thể	F	1) Cephalosporine III (Ceftriaxone), hoặc Cephalosporine IV (Cefepime) 2) Carbapenem (Imipenem/Cilastatin Na)
IV-2 Viêm phổi thở máy	G	- <u>Viêm phổi sớm (1-4 ngày)</u> : Cephalosporine II (Zinacef-Zinat), hoặc Cephalosporine III (Ceftriaxone), hoặc Ticarillin/a.clavulanic (Timentin). hoặc Ertapenem (Invanz) - <u>Viêm phổi muộn (≥ 5 ngày)</u> : Cephalosporin diệt <i>Pseudomonas</i> (Ceftazidime, Cefepime), <i>Hoặc</i> Carbapenem (Imipenem/Cilastatin Na) <i>Hoặc</i> Piperacillin/Tazobactam <i>Kết hợp với Fluoroquinolone diệt <i>Pseudomonas</i></i> (Ciprofloxacin, Levofloxacin) hoặc Aminoglycoside (Amikacin, Tobramycin) <i>Kết hợp hay thay thế với:</i> Vancomycin hoặc Linezolid
IV-3 Viêm phổi hít	H	Betalactam diệt <i>Pseudomonas</i> (Ceftazidime, Cefepime), <i>Hoặc</i> Carbapenem (Imipenem/Cilastatin Na) <i>Kết hợp với Clindamycin.</i>

(*) Chú thích: Tham khảo thêm bảng 3. Trường hợp nhiễm nấm thêm

Itraconazole

Bảng 3. Liều lượng khởi đầu các thuốc dùng tĩnh mạch
đối với các viêm phổi bệnh viện người lớn xuất hiện muộn
hoặc có nguy cơ kháng thuốc

Nhóm Kháng sinh	Kháng sinh	Liều dùng
<i>Cephalosporine</i> kháng <i>Pseudomonas</i>	Cefepim	1-2 g mỗi 8-12 giờ
	Ceftazidime	2 g mỗi 8 giờ
<i>Carbapenem</i>	Imipenem	500 mg mỗi 6 giờ hoặc 1 g mỗi 8 giờ
	Meropenem	1 g mỗi 8 giờ
<i>Betalactam/kháng Betalactamase</i>	Piperacillin / Tazobactam	4,5 g mỗi 6 giờ
	Ticarcillin/a.clav ulanic	3-4g (theo liều Ticarcilin base) mỗi 4- 6giờ
<i>Aminoglycosides</i>	Tobramycin	7 mg / kg / ngày
	Amikacin	20 mg/ kg / ngày
<i>Quinolone kháng Pseudomonas</i>	Ciprofloxacin	400 mg mỗi 8 giờ
	Moxifloxacin	400mg / ngày
	Levofloxacin	750 mg / ngày
<i>Glycopeptide</i>	Vancomycin	15 mg/ kg mỗi 12 giờ
<i>Oxazolidine</i>	Linezolid	600 mg mỗi 12 giờ

HEN PHẾ QUẢN

I. ĐỊNH NGHĨA :

Hen phế quản là tình trạng *viêm mạn tính đường thở*, với sự tham gia của nhiều thành phần tế bào và tế bào trong cơ chế sinh bệnh. Tình trạng viêm mạn tính nói trên là nguyên nhân của tính tăng phản ứng của 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:

Về lâm sàng, cần nghĩ đến hen phế quản khi có một trong bốn triệu chứng sau:

- 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, sáng 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 lúc nhỏ. Bản thân bệnh nhân hay gia đình có mắc các bệnh dị ứng, hen phế quản. Thông thường cơn khó thở hay các triệu chứng cải thiện rõ khi sử dụng thuốc dẫn phế quản hay corticosteroid.

Khi đo chức năng phổi có tăng $FEV_1 \geq 12\%$ và $\geq 200ml$ hay $PEF > 60l$ (hoặc $\geq 20\%$) sau khi hít thuốc dẫn phế quản (salbutamol 400mcg trong 10-20 phút so với trước khi hít thuốc), dao động PEF sáng – chiều $> 20\%$.

2. Chẩn đoán phân biệt:

Cơn khó thở thường phải chẩn đoán phân biệt với khó thở do tắc nghẽn đường thở cao (dị vật đường thở, u nội lồng 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 (COPD), hen tim. Trong đa số các trường hợp, chẩn đoán phân biệt cần dựa trên hỏi kỹ tiền sử và bệnh sử.

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 trên 5 tuổi (*)*

Ở tất cả các mức độ:			
<i>- Ngoài thuốc khuyến cáo sử dụng hàng ngày, thuốc SABA^(a) nên sử dụng khi cần nhưng không nên quá 3-4 lần / ngày.</i>			
<i>- Cần giáo dục kỹ lưỡng bệnh nhân về phòng bệnh và cách sử dụng thuốc.</i>			
<i>- Tình trạng hen được xem là đã kiểm soát 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</i>			
Bậc	Mức độ triệu chứng ^(*)	Thuốc hàng ngày	Các lựa chọn khác
Bậc 1- Hen Thưa	<i>- Các triệu xuất hiện trong thời gian ngắn và dưới mức một lần / tuần. Bệnh nhân hoàn toàn bình thường về triệu chứng và chức năng ngoài cơn - PEF dao động: < 20%</i>	Không cần thiết	
Bậc 2- Hen	<i>- Các triệu chứng có ít nhất một lần / tuần nhưng không hàng ngày</i>	Liều thấp ICS ^(b) (bảng 2)	<i>- Theophylline chậm</i>

Nhẹ	- PEF $\geq 80\%$, PEF dao động: 20-30%		- Cromone <i>hoặc</i> - Kháng leukotriene
Bậc 3- Hen Trung bình	- Các triệu chứng <i>có hàng ngày</i> - 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, <i>hoặc</i> -Liều trung bình ICS kết hợp LABA uống, <i>hoặc</i> -Liều cao ICS, <i>hoặc</i> -Liều trung bình ICS kết hợp kháng leukotriene
Bậc 4- Hen Nặng	- Các triệu chứng <i>tồn tại liên tục</i> , hoạt động thể lực ảnh hưởng. - PEF $\leq 60\%$, PEF dao động: $> 30\%$	Liều cao (bảng 2) ICS kết hợp LABA ^(c) hít, kết hợp một trong các thuốc sau nếu cần: - Theophylline chậm - Kháng leukotriene - LABA uống - Corticosteroid uống - Kháng IgE ^(d)	

Chú thích:

(*) Nếu tần suất triệu chứng về đêm tương đương với ban ngày thì tăng thêm một bậc.

(a) SABA : Thuốc kích thích beta₂ tác dụng ngắn (Short-acting beta₂ agonist)

(b) ICS: Corticosteroid dạng hít (Inhaled-corticosteroid)

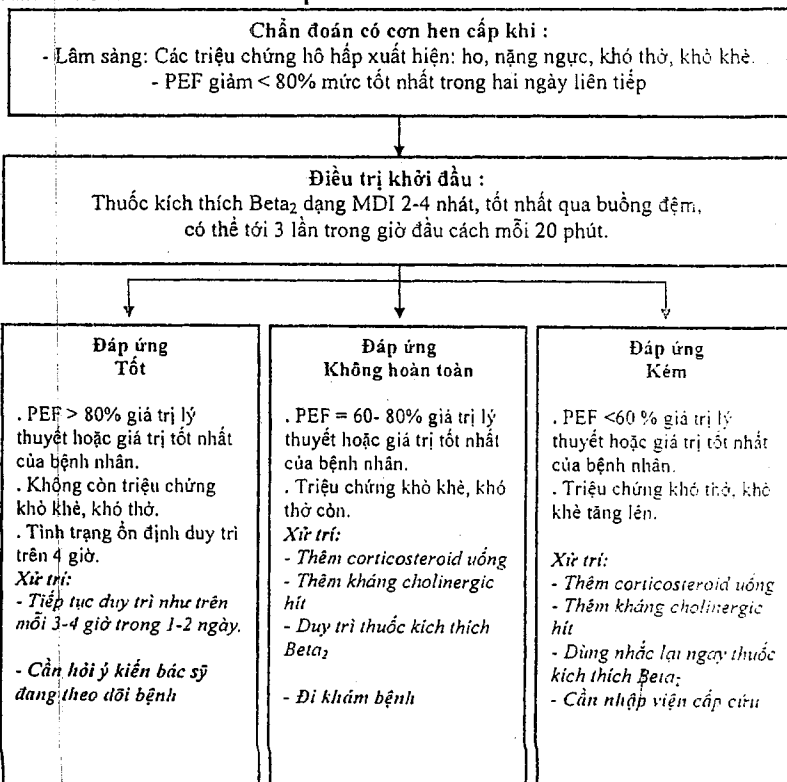
(c) LABA: Thuốc kích thích beta₂ tác dụng dài (Long-acting beta₂ agonist)

(d) Chưa có trên thị trường Việt nam

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, *phụ lục 1, 3*).

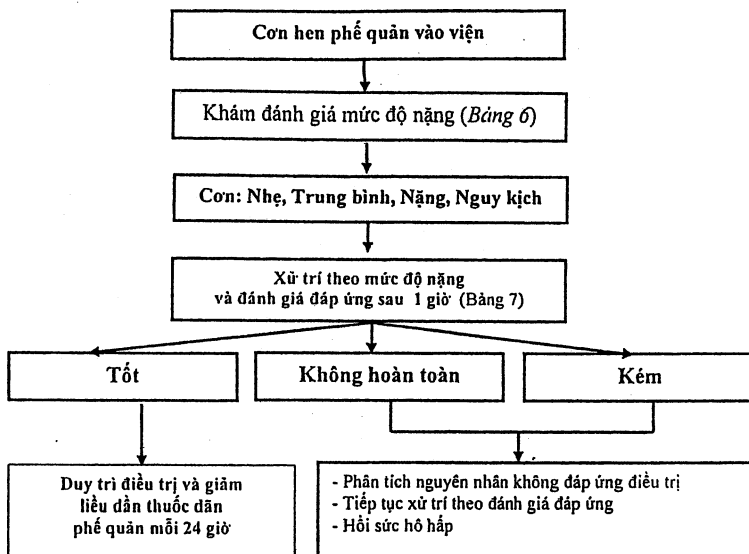
IV. ĐIỀU TRỊ CƠN HEN CẤP :

1. Xử trí ban đầu cơn hen cấp:



2. Xử trí cơn hen trong bệnh viện:

Sơ đồ các bước xử trí cơn hen phế quản trong bệnh viện



Bảng2. Đánh giá mức độ nặng 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	- Có co kéo nhẹ cơ hô hấp phụ - Ran ngáy và rít rõ - Thông khí phổi rõ	- Có co kéo nặng cơ hô hấp phụ - Vã mồ hôi - Nhiều ran ngáy và rít tạo nên tiếng thở ồ 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

3. Các yếu tố nguy cơ tạo ra cơn hen nặng:

Khi bệnh nhân nhập viện, cần khám và tìm hiểu tiền sử, bệnh sử để xác định xem bệnh nhân có hay không các yếu tố nguy cơ nặng. Các yếu tố nguy cơ bao gồm:

1. Đã có lần phải thở máy vì hen phế quản
2. Phải nhập viện điều trị vì hen phế quản năm trước
3. Sử dụng corticosteroid toàn thân thường xuyên
4. Vừa ngưng ICS đột ngột
5. Lam dụng SABA (2 ống MDI / tháng)
6. Tiền sử tâm thần hay sử dụng thuốc tâm thần kéo dài
7. Không tuân thủ kế hoạch điều trị kiểm soát hen

Nếu có ít nhất một trong các yếu tố nguy cơ trên phải xếp vào mức độ nặng (Bảng 6)

Bảng 3. Xử trí cơn hen phế quản trong bệnh viện

Thời điểm	Mức độ nặng	Xét nghiệm cần làm ^(a)	Xử trí	Theo dõi ^(b)
Lần khám đầu tiên	Nhẹ	XN ₁	SABA (MDI qua buồng đệm hoặc khí dung bằng máy) mỗi 20 phút trong 1 giờ đầu ⁽¹⁾	TD ₁
	Trung bình	XN ₂	SABA (MDI qua buồng đệm hoặc khí dung bằng máy) mỗi 20 phút trong 1 giờ đầu ⁽¹⁾ . Corticosteroid uống ⁽⁶⁾ .	TD ₂

	Nặng	XN ₃	. Thở oxy để SpO₂ > 90% hoặc PaO₂ > 60mmHg . SABA (MDI qua buồng đệm hoặc khí dung bằng máy) mỗi 20 phút trong 1 giờ đầu ⁽¹⁾ . SABA tiêm ⁽³⁾ . Corticosteroid tĩnh mạch ⁽⁶⁾ nếu đáp ứng chậm hoặc uống	TD ₃
	Nguy kịch	XN ₄	. Bóp bóng ambu với oxy 100% . Adrenalin tiêm tĩnh mạch ⁽⁴⁾ . Corticosteroid tiêm tĩnh mạch ⁽⁶⁾ . Chuyển nhanh tới HSCC	TD ₄
Đáp ứng 1-3 giờ sau xử trí đầu tiên	Đáp ứng tốt ^(e)		. Tiếp tục SABA hít. . Corticosteroid uống ⁽⁶⁾ . Giáo dục bệnh nhân cách sử dụng thuốc và cách xử trí tại nhà . Xem xét khả năng xuất viện	TD ₁
	Đáp ứng không tốt		. Phối hợp SABA và kháng cholinergic khí dung ⁽²⁾ . Corticosteroid tiêm tĩnh mạch ⁽⁶⁾ . Thở oxy . SABA tiêm ⁽³⁾	TD ₂
	Đáp ứng kém		. Phối hợp SABA và kháng cholinergic khí dung ⁽²⁾ . Corticosteroid tiêm tĩnh mạch ⁽⁶⁾ . Thở oxy . SABA tiêm ⁽³⁾ . Xem xét sử dụng Diphyllin truyền tĩnh mạch ⁽³⁾ . Xem xét khả năng thở máy không can thiệp hoặc đặt nội khí quản, thở máy	TD ₃
3- 6 giờ sau nhập viện	Không cải thiện		Đặt nội khí quản, thở máy	TD ₄

Chú thích:

- (a) Xem Bảng 8: Các yêu cầu xét nghiệm theo mức độ nặng
- (b) Xem Bảng 9: Các yêu cầu theo dõi
- (c) Xem Bảng 10: Tiêu chuẩn đánh giá đáp ứng điều trị ban đầu
- (1) SABA dạng xông - hít: **Salbutamol** (Ventolin) dung dịch khí dung dạng ống nhựa 5mg/2 ml: 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 2,5 ml/lần.
- (3) SABA dạng tiêm: **Salbutamol** (Ventolin) ống 0,5mg/ml hoặc **Terbutalin** (Bricanyl) 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 (khoảng 0,1-0,2 mcg/kg/phút). Có thể tăng liều truyền tĩnh mạch 0.5mg/giờ mỗi 15 phút cho tới khi có hiệu quả, có thể đến tốc độ 4mg/giờ.
- (4) **Adrenalin** tiêm tĩnh mạch: Khởi đầu Adrenalin 0,3 mg pha 3ml dung dịch đẳng trương tiêm tĩnh mạch chậm mỗi 5 phút (0,05-0,1mcg) 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 tới 1,5mg/giờ.
- (5) Methylxanthines 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 tĩnh mạch. **Methylprednisolone** ống 40 mg (tương đương **Hydrocortisone** ống 100 mg) TM / mỗi 6 giờ trong ngày đầu sau đó chuyển uống trong 5-7 ngày

Bảng 4. Đánh giá đáp ứng điều trị sau xử trí ban đầu

Các tiêu chuẩn	Đáp ứng Tốt	Đáp ứng Trung bình	Không Đáp ứng
<i>Triệu chứng lâm sàng hô hấp</i>	Hết triệu chứng và hiệu quả được duy trì trên 4 giờ	Triệu chứng giảm nhưng lại xuất hiện lại sau 3 giờ	Triệu chứng không giảm hoặc nặng lên
<i>PEF</i>	> 80% giá trị tốt nhất	60- 80% giá trị tốt nhất	< 60% giá trị tốt nhất

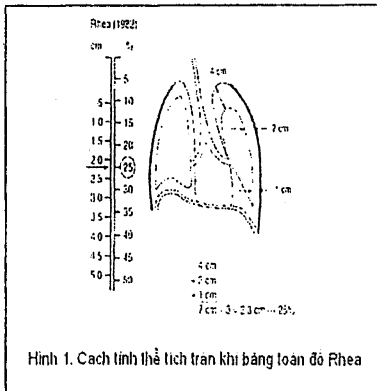
Sau khi ra khỏi cơn cấp, cần quản lý hen như là một trường hợp không được kiểm soát, ít nhất là từ bậc 3 (hen trung bình) trở lên (*Xem thêm Quy trình khám Hen - phụ lục 3*).

TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI TỰ PHÁT

I. TIẾP CẬN LÂM SÀNG :

Tràn khí màng phổi (TKMP) tự phát là tình trạng xuất hiện khí trong khoang màng phổi không do chấn thương. Khí trong khoang màng phổi làm tăng áp lực khoang màng phổi và đè ép nhu mô phổi dẫn đến hạn chế thông

khí phổi, rối loạn tuần hoàn phổi. Hậu quả cuối cùng là làm suy hô hấp. Tràn khí màng phổi có thể thứ phát sau các bệnh nhu mô phổi (lao phổi, khí thũng phổi, kén khí phổi), hoặc tiên phát (không tìm thấy căn nguyên). Trong đa số các trường hợp, khí trong khoang màng phổi cần phải được hút để trả lại khả năng giãn nở của phổi cũng như tình trạng huyết động bình thường. Các

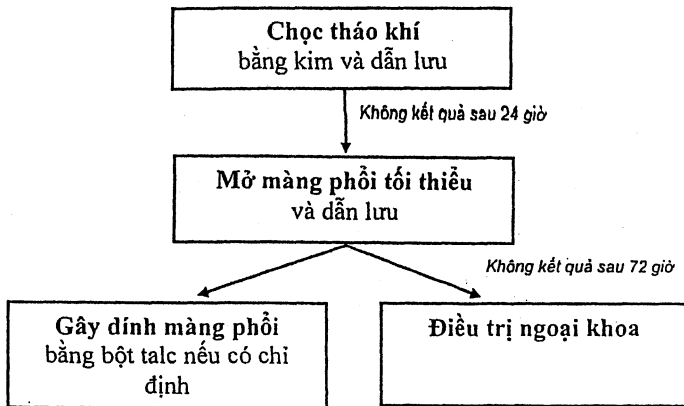


tràn khí màng phổi lượng ít, đường kính chỗ rộng nhất khoảng 10-15mm thường không cần chọc hút khí. Khí sẽ tự hấp thu. Có thể dùng toán đồ Rhea bằng cách đo ba đường kính: đỉnh, giữa, dưới và chia tổng cho ba để có trị số trung bình và tính trên toán đồ. Nếu <15% là tràn khí lượng ít (hình 1). Để tăng khả năng tự hấp thu khí, có thể cho bệnh nhân thở oxy 2-4 lít/phút liên tục 1-2 ngày.

* Các kỹ thuật thực hiện trong tràn khí màng phổi bao gồm:

- Chọc hút khí bằng kim và dẫn lưu
- Mở màng phổi tối thiểu đặt ống dẫn lưu
- Gây dính màng phổi bằng bột talc

Sơ đồ 1. Thực hiện các kỹ thuật trong tràn khí màng phổi



II. CHỌC THÁO KHÍ BẰNG KIM VÀ DẪN LƯU :

1. Chỉ định và chống chỉ định:

- Chỉ định: Các tràn khí màng phổi tự phát có đường kính khoang khí chỗ rộng nhất trên 15mm hoặc là nguyên nhân gây khó thở.
- Chống chỉ định: Không có chống chỉ định tuyệt đối. Thận trọng đối với các trường hợp có rối loạn đông máu, tiểu cầu $<100.000/mm^3$.

2. Chuẩn bị:

- Người thực hiện: Tất cả các bác sỹ chuyên khoa hay không chuyên khoa bệnh phổi

- Chuẩn bị dụng cụ:

- . Kim và ống bơm tiêm 5cc để gây tê
 - . Dây dẫn lưu vô trùng (dài khoảng 1- 1.5m, đường kính lòng khoảng 0.5cm). Có thể dùng dây truyền dịch nếu không có dây dẫn như yêu cầu.
 - . Kim chọc dò: Kim có catheter plastic (loại dùng truyền tĩnh mạch)
- 16G
- . Bình dẫn lưu khí một chiều (hình 2)

- . Thuốc gây tê Lidocain 2% ống 2ml : 1- 2 ống
- . Băng cồn sát trùng, băng keo, găng vô trùng
- . Gạc vô trùng: 2 miếng
- . Máy hút
- Chuẩn bị bệnh nhân:
 - . Xét nghiệm chức năng đông máu
 - . Thực hiện tại giường bệnh hoặc tại buồng thủ thuật
 - . Giải thích cho bệnh nhân biết và viết giấy cam đoan
 - . Bệnh nhân ở tư thế nửa ngồi - nửa nằm, cởi trần. Ngực bên trái khi sát mép giường.

3. Tiến hành thủ thuật:

- Chọn vị trí chọc dò: Vị trí chọc dò nên chọn ở vị trí: thành ngực mỏng, có đường kính khoang khí trên xquang ngực dày nhất (hoặc khi gõ thành ngực thấy vang nhất), dễ cố định kim, bệnh nhân dễ xoay trở.

- Sát khuẩn da

- Gây tê khoang liên sườn dự kiến chọc dò: Gây tê hai thì. Thì một: gây tê dưới da. Thì hai: bơm mạnh để thuốc tê lan sang hai phía theo dây thần kinh liên sườn.

- Gắn kim chọc dò trên đầu ống tiêm vừa mới sử dụng để gây tê. Chọc vào khoang màng phổi ở vị trí sát bờ trên xương sườn dưới.

- Nếu có khí, đẩy kim vào sâu tới sát đốc kim. Rút nòng kim loại. Nối kim với dây dẫn lưu và bình dẫn lưu.

- Cố định kim.

- Theo dõi: Nếu khí ra tự nhiên thì để khí ra tự nhiên cho tới khi khi không còn ra nữa. Khi hết khí, nối bình dẫn lưu với máy hút, hút với áp lực thấp nhất để có thể lấy nốt khí và dịch nếu có. Tháo máy hút, lưu kim và hệ thống dẫn lưu theo dõi. Đánh giá tình trạng lâm sàng của bệnh nhân: mức độ

khó thở, thông khí phổi bên tràn khí. Nếu có điều kiện, kẹp dây dẫn lưu để chụp xquang ngực kiểm tra.

- Ghi biên bản thủ thuật và yêu cầu theo dõi bệnh nhân tiếp.

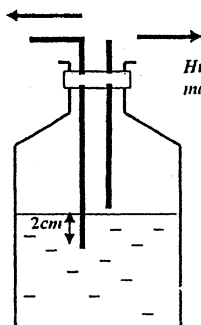
4. Theo dõi :

- Theo dõi khí ra trong bình dẫn lưu (trong bình có bọt khí không, mức nước trong ống dẫn lưu có dao động không), có tràn khí dưới da không, tình trạng tràn khí có cải thiện không?

- Nếu hết khí hoặc khoang khí còn ít (khoang khí chỗ rộng nhất $< 15mm$) thì đóng nút kim, lưu kim trong 24 giờ rồi rút kim.

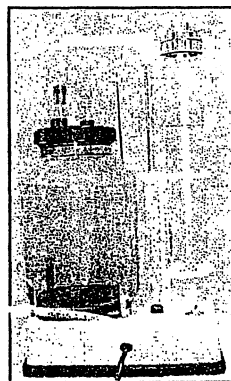
- Nếu dẫn lưu khí bằng kim sau 24 giờ không hiệu quả thì mở màng phổi tối thiểu đặt ống dẫn lưu màng phổi.

Hướng nối với kim hoặc ống
dẫn lưu màng phổi
(phía bệnh nhân)



Hướng nối với
máy hút nếu cần

A



B

Lưu ý:

1. Đầu ống dẫn lưu về phía bệnh nhân ngập trong dịch 2 cm.
2. Dịch trong bình là dd NaCl 0.9% hoặc nước cất.
3. Phải thay nước trong bình hàng ngày

Hình 2. Hệ thống dẫn lưu khí kín một chiều (A) và máy hút có van điều chỉnh áp lực (B)

III. MỜ MÀNG PHỔI TỐI THIỂU VÀ DẪN LƯU KHÍ :

1. Chỉ định và chống chỉ định:

Mờ màng phổi tối thiểu đặt ống dẫn lưu khí được chỉ định trong các trường hợp: tràn khí - mũ màng phổi, tràn khí điều trị không hiệu quả bằng phương pháp dẫn lưu kim sau 24 giờ, tràn khí màng phổi tái phát nhiều lần.

Mờ màng phổi dẫn lưu khí luôn cần kết hợp với tập thở với nguyên lý hít vào gắng sức bằng dụng cụ tập thở chuyên dụng (hình 3) và hút khí bằng máy áp lực thấp liên tục.

Không có chống chỉ định tuyệt đối. Thận trọng đối với các trường hợp có rối loạn chức năng đông máu, tiểu cầu $< 100.000/\text{mm}^3$.

2. Chuẩn bị:

- Người thực hiện: Tất cả các bác sỹ chuyên khoa bệnh phổi

- Chuẩn bị dụng cụ:

- Kim và ống bơm tiêm 5cc để gây tê

- Kim chọc dò màng phổi

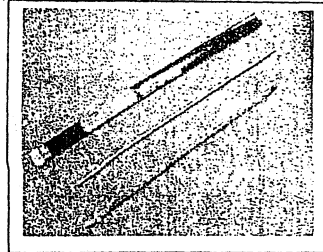
- Dây dẫn lưu vô trùng (dài khoảng 1- 1.5m, đường kính lòng khoảng 0.5cm – 1cm).

- Ống dẫn lưu: vô trùng, sử dụng một lần, tốt nhất là loại có đường cân quang để theo dõi vị trí ống dẫn lưu trên phim xquang ngực. Ống dẫn lưu dài khoảng 0.4m - 0.5m, đường kính khoảng 0.5 - 0.7cm (16-21Fr). Đầu ống dẫn lưu nên được cắt để tạo ra nhiều lỗ. Có thể sử dụng loại ống dẫn lưu chuyên dụng có nòng kim loại đan đường (28Fr) (hình 3).

Hình 3.

Trô-ca ngực có nòng kim loại

1. Hộp bảo vệ,
2. Nòng dẫn, 3. Ống dẫn lưu



- . Trô-ca kim loại phù hợp với đường kính ngoài ống dẫn lưu.
- . Dụng cụ mở màng phổi: dao mổ, kéo cong mũi nhọn, kim khâu da, chỉ khâu da, pince lớn, kim cặp kim.
- . Bình dẫn lưu khí một chiều (hình 2)
- . Thuốc gây tê lidocain 2% ống 2ml : 2 - 4 ống
- . Băng cồn sát trùng, băng keo, găng vô trùng
- . Gạc vô trùng: 2 miếng
- . Săng lổ
- . Máy hút
- Chuẩn bị bệnh nhân:
 - . Xét nghiệm chức năng đông máu
 - . Giải thích cho bệnh nhân biết và viết giấy cam đoan.
 - . Thuốc an thần uống trước 30 phút (Diazepam 5mg, 1 viên).
 - . Thực hiện tại buồng thủ thuật
 - . Bệnh nhân ở tư thế nửa ngồi-nửa nằm, cởi trần. Ngực bên tràn khí sát mép giường.

3. Tiến hành thủ thuật:

- . Kiểm tra các vị trí nối giữa ống dẫn lưu, dây dẫn và bình dẫn lưu xem có phù hợp với nhau không.
- . Kiểm tra lần cuối vị trí đặt kim trên thành ngực và tư thế bệnh nhân đối chiếu với xquang ngực. Nguyên tắc chọn vị trí mở màng phổi giống như khi chọc dò màng phổi.
- . Sát khuẩn da
- . Chải săng lổ
- . Gây tê khoang liên sườn dự kiến mở màng phổi: Gây tê hai thì. Thì một: gây tê dưới da. Thì hai: bơm mạnh để thuốc tê lan sang hai phía theo dây thần kinh liên sườn.

. Gắn kim chọc dò trên đầu ống tiêm vừa mới sử dụng để gây tê. Chọc vào khoang màng phổi ở vị trí sát bờ trên xương sườn dưới để kiểm tra xem có chắc chắn vào khoang khí màng phổi hay không và dự kiến độ dày thành ngực.

. Rạch da bằng dao mổ khoảng 2 - 2,5cm dọc theo khoang sườn, ở vị trí sát bờ trên xương sườn dưới, cầm máu.

. Dùng kéo mũi nhọn bóc tách nhẹ nhàng cơ liên sườn, mũi kéo cũng luôn dè lên bờ trên xương sườn dưới. Khi gần tới màng phổi thì dừng lại.

. Yêu cầu bệnh nhân nín thở. Dùng tro-ca đâm thẳng vào khoang màng phổi theo hướng vuông góc với mặt da. Rút nòng tro-ca, luồn ống dẫn lưu vào khoang màng phổi theo hướng dự kiến. Ống nằm trong khoang màng phổi khoảng 5- 8cm.

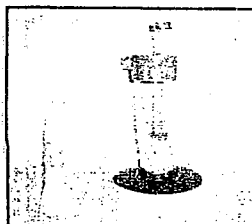
. Dùng pince kẹp ống dẫn lưu và rút tro-ca.

. Nối ống dẫn lưu với dây dẫn lưu và bình dẫn lưu để kiểm tra xem ống dẫn lưu có hoạt động tốt không. Khâu cố định ống dẫn lưu vào da.

- Theo dõi: Nếu khí ra tự nhiên thì để khí ra tự nhiên cho tới khi khi không còn ra nữa. Khi hết khí, nối bình dẫn lưu với máy hút, hút với áp lực thấp (-5 đến -10 cmH₂O) để lấy nốt khí và dịch nếu có. Tháo máy hút, theo dõi hệ thống dẫn lưu. Đánh giá tình trạng lâm sàng của bệnh nhân: mức độ khó thở, thông khí phổi bên tràn khí. Nếu có điều kiện, kẹp ống dẫn lưu để chụp xquang ngực kiểm tra.

- Ghi biên bản thủ thuật và yêu cầu theo dõi bệnh nhân tiếp.

Hình 4. Dụng cụ tập thở với nguyên lý hít vào gắng sức liên tục.



4. Theo dõi:

- Hàng ngày bệnh nhân tập thở bằng dụng cụ trong 5 - 10 phút (hình 4), kết hợp với hút khí bằng máy áp lực -5 đến -10 cmH_2O .

- Đánh giá hiệu quả hoạt động của hệ thống dẫn lưu bằng theo dõi khí ra theo ống dẫn lưu cũng như tình trạng tràn khí màng phổi bằng khám lâm sàng và xquang ngực.

- Thay băng và vệ sinh chân ống dẫn lưu hàng ngày.

- Khi hết khí trong khoang màng phổi hoặc khoang khí còn ít (đường kính khoang khí chỗ rộng nhất <1.5cm) thì kẹp lưu ống trong 24 giờ rồi rút ống.

- Sau 72 giờ, nếu khoang khí không thay đổi hoặc khí ra liên tục thì chuyển điều trị ngoại khoa.

5. Biến chứng:

Biến chứng đáng lưu ý mặc dù hiếm là chảy máu (do tổn thương phổi, do tổn thương động mạch gian sườn hoặc vú trong. Nếu máu chảy nhiều cần mời ngoại can thiệp.

Với tất cả các trường hợp tràn khí dẫn lưu bằng kim hay bằng đặt ống dẫn lưu, nếu xuất hiện tràn khí dưới da hay tràn khí dưới da tăng lên có nghĩa là hệ thống dẫn lưu không hiệu quả, cần dẫn lưu lại hay thay thế bằng phương pháp điều trị khác.

IV. GÂY DÍNH MÀNG PHỔI BẰNG BỘT TALC QUA ỐNG DẪN LƯU MÀNG PHỔI :

1. Chỉ định và chống chỉ định:

- Chỉ định: Gây dính màng phổi bằng bột talc (talc y-tế) là phương pháp điều trị hỗ trợ nhằm làm cho hai lá màng phổi dính vào nhau, không còn khoang màng phổi nữa. Chỉ định kỹ thuật này trong các tràn khí màng phổi tái phát từ lần thứ 2 (thường gặp trên các trường hợp khí phế thũng).

Kỹ thuật này sẽ có hiệu quả tốt nhất khi đã hút hết khí trong khoang màng phổi, hai lá màng phổi đã sát nhau.

- Chống chỉ định: không có chống chỉ định tuyệt đối. Thận trọng đối với các trường hợp có giảm chức năng hô hấp nặng. Hiệu quả gây dính sẽ rất kém nếu hai lá màng phổi còn cách nhau (khoảng khí màng phổi có đường kính chỗ rộng nhất $>1,5cm$), dò phế quản-màng phổi.

2. Chuẩn bị:

- Người thực hiện: Tất cả các bác sỹ chuyên khoa bệnh phổi

- Chuẩn bị dụng cụ:

+ Dung dịch Natriclorua 0.9% 500ml : 1 chai

+ Thuốc tê Lidocain 2% 5ml : 5 ống

+ Bột talc y-tế 2-3 gam

+ Ống tiêm 100ml : 1 cái

- Chuẩn bị bệnh nhân:

+ Thực hiện tại giường bệnh. Seduxen 5mg 1 viên, Atropin 0,25mg 1 ống tiêm dưới da 30 phút trước thủ thuật.

+ Giải thích cho bệnh nhân biết và viết giấy cam đoan.

+ Bệnh nhân ở tư thế nằm, cởi trần. Ngực bên trần khí sát mép giường.

+ Pha bột talc (liều 2,5 gam cho bệnh nhân < 50 kg, 3 gam cho bệnh nhân > 50 kg) trong 10 ml dung dịch Lidocain 2% và dung dịch Natriclorua 0.9% cho đủ 50 ml. Lắc kỹ cho bột talc tan đều.

3. Tiến hành thủ thuật:

. Bơm qua ống dẫn lưu màng phổi. Lưu ý tráng ống dẫn lưu bằng 10ml dung dịch Natriclorua 0.9%.

. Cặp ống dẫn lưu trong 12 giờ. Sau 12 giờ tháo kẹp ống dẫn lưu, rút dịch-khí màng phổi bằng máy hút cho đến khi hết dịch và khí. Trong thời gian

kẹp ống, yêu cầu bệnh nhân thay đổi tư thế nằm thường xuyên để bột talc trải đều trên bề mặt màng phổi.

. Rút ống dẫn lưu. Dùng gạc vô trùng dày băng ép vết mổ đã rút ống dẫn lưu trong 72 giờ.

4. Theo dõi:

- Các biến chứng sớm thường gặp là đau ngực và sốt. Suy hô hấp do biến chứng ARDS hiếm gặp.

- Theo dõi tình trạng chung của bệnh nhân trong 24 giờ: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.

- Thuốc sau thủ thuật: Effergal 0,5g uống 1 viên/ mỗi 12 giờ trong 3 ngày, Seduxen 5 mg uống trước khi ngủ lúc 21 giờ trong 3 ngày.

VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG NGƯỜI LỚN

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 bệnh viện).

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN :

Trên bệnh nhân đang sống ở ngoài cộng đồng hoặc không ở bệnh viện trong vòng ít nhất hai 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.

- Xquang 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:

- 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 $\leq 90mmHg$.

(Lưu ý: Nếu bệnh nhân trong tình trạng lâm sàng thiếu nước hoặc thiếu niệu, nước tiểu <80ml /4 giờ thì tăng thêm một bậc nặng).

*** Xếp loại:**

- Nhóm 1 (Nhe): Nếu không có triệu chứng nào kể trên
- Nhóm 2 (Nguy cơ nặng): Nếu có 1 triệu chứng kể trên
- Nhóm 3 (Nặng): Nếu có từ 2 triệu chứng kể trên trở lên

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 1 lần trong 3 tháng cuối.

B. Hội chứng Cushing do dùng 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 $> 8\text{mmol/l}$) hoặc bệnh cảnh lâm sàng thiếu nước.

- Yếu tố II: Suy gan (men gan tăng, bilirubin tăng, protid giảm)

- Yếu tố III: Suy tim (tiền sử có bệnh tim mạch hay bệnh phổi là nguy cơ gây suy tim, khó thở, bệnh cảnh suy tim hoặc EF $< 40\%$)

- Yếu tố IV: Suy dưỡng (bệnh cảnh suy dưỡng và / hoặc Albumin máu $< 35\text{g/l}$)

- Yếu tố V: Giảm Natri máu $< 130\text{mmol/l}$

VI. PHÂN LOẠI THỰC HIỆN XÉT NGHIỆM

Thực hiện xét nghiệm ngay khi nhập viện:

Bệnh nhân nhóm 1 (XN 1)	Bệnh nhân nhóm 2 (XN 2)	Bệnh nhân nhóm 3 (XN 3)
- Xquang ngực thẳng, - CTM, - Sinh hóa máu (glucose, ure, creatinin, Na, K, Protit). - CRP - Cây máu và đàm^(*) (nếu có A-D) - Các xét nghiệm khác nếu nghi ngờ có bệnh lý khác kết hợp.	- Xquang ngực thẳng, - CTM, - Sinh hóa máu (glucose, ure, creatinin, Na, K, Protit). - CRP, - ECG, - Khí máu (nếu SpO₂ <90%), - Cây máu và đàm^(*) (nếu có A-D) - Các xét nghiệm khác nếu nghi ngờ có bệnh lý khác kết hợp.	- Xquang ngực thẳng, - CTM, - Sinh hóa máu (glucose, ure, creatinin, Na, K, Protit, SGOT, SGPT, bilirubin). - CRP, - ECG, - Khí máu (nếu SpO₂ <90%), - Cây máu và đàm^(*) - Các xét nghiệm khác nếu nghi ngờ có bệnh lý khác kết hợp.

^(*) Cây định lượng và làm kháng sinh đồ

VII. PHÂN LOẠI Y LỆNH THEO DÕI

Bệnh nhân nhóm 1 (TD 1)	Bệnh nhân nhóm 2 (TD 2)	Bệnh nhân nhóm 3 (TD 3)
Nhiệt độ: sáng-chiều	Huyết áp, } Nhiệt độ, } Sáng-chiều Nhịp thở, } Tri giác, } SpO ₂ (nếu SpO ₂ trước đó <90%)	Huyết áp, } Nhiệt độ, } Sáng-chiều-tối Nhịp thở, } Tri giác, } SpO ₂ (nếu SpO ₂ trước đó <90%) Nước tiểu: trong 24 giờ

Ngoài phân loại y lệnh theo dõi trên, nếu bệnh nhân có các bệnh lý kết hợp thì bổ sung thêm y lệnh theo dõi.

VIII. CÁC PHÁC ĐỒ KHÁNG SINH KINH NGHIỆM :

Nếu có bất kỳ một trong các yếu tố nguy cơ A - D nào cũng đều sử dụng phác đồ dự phòng (phác đồ +)

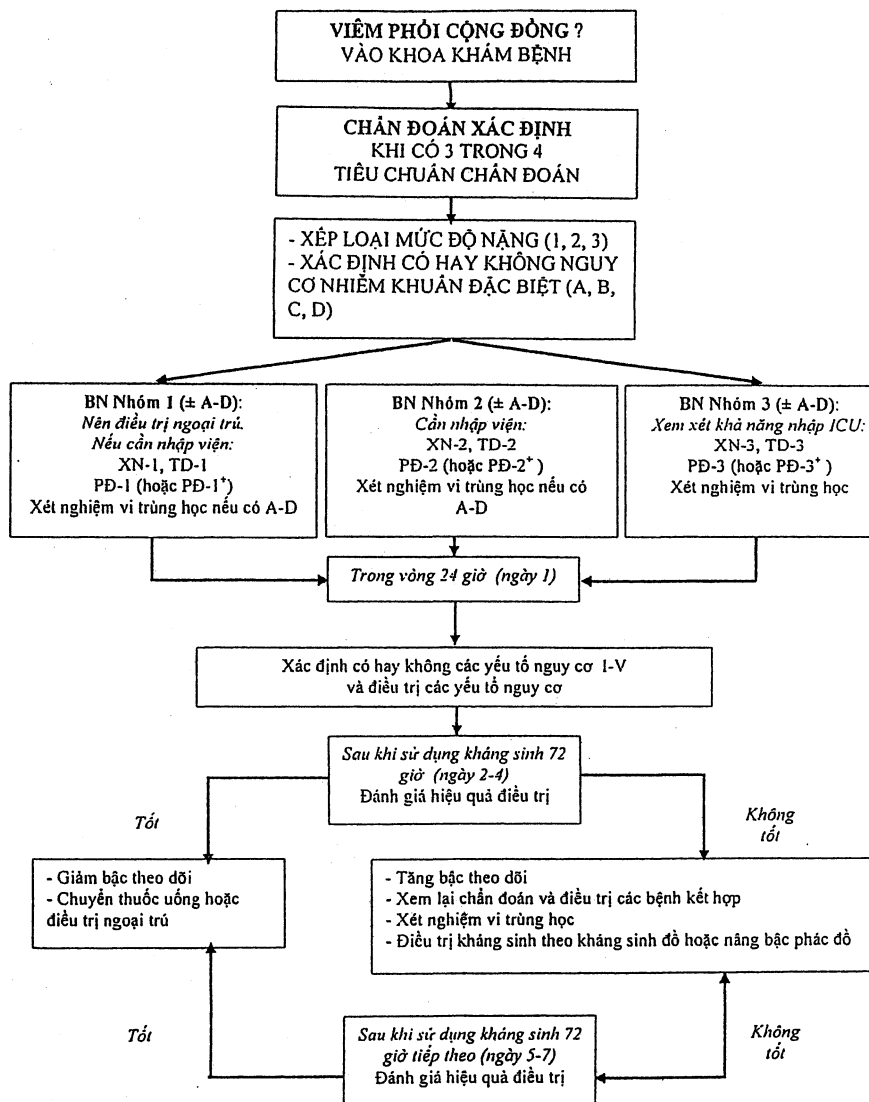
a. PD₁:	Amoxicillin đã uống / mỗi 8 giờ; hoặc Erythromycin uống 2-4 g/ ngày, chia 2-4 lần, hoặc Clarythromycin 0,5g/ mỗi 12 giờ, hoặc Azithromycin, ngày 1: 0,25g × 2 viên uống / một lần / ngày, ngày 2- 5: 0,25g × 1viên uống / một lần / ngày.
PD₁₊:	Amoxicillin/ a.clavulanic uống 1g x 3 mỗi 8 giờ hoặc Moxifloxacin 0,4g 1viên uống / một lần / ngày, hoặc Levofloxacin uống 0,75g / một lần / ngày.
b. PD₂:	Amoxicillin 1g tĩnh mạch / mỗi 8 giờ.
PD₂₊:	Amoxicillin / a.clavulanic 1g tĩnh mạch / mỗi 8 giờ; hoặc Moxifloxacin 0,4g/250ml truyền tĩnh mạch / một lần / ngày, hoặc Levofloxacin 0,75g / truyền tĩnh mạch / một lần / ngày.
c. PD₃:	Ceftriaxone 2g tĩnh mạch / một lần / ngày; hoặc Cefotaxime 1g tĩnh mạch / mỗi 8 giờ, hoặc Cefuroxime 1,5g tĩnh mạch / mỗi 12 giờ; Kết hợp với : hoặc Moxifloxacin 0,4g/250ml truyền tĩnh mạch / một lần / ngày, hoặc Levofloxacin 0.75g / truyền tĩnh mạch / một lần / ngày .
PD₃₊:	Cefoperazone/sulbactam 2 g tĩnh mạch / mỗi 12 giờ; hoặc Ticarcillin/a.clavulanic 3,2g tĩnh mạch / mỗi 8 giờ.

	<i>Kết hợp với :</i> <i>hoặc Moxifloxacin 0,4g/250ml truyền tĩnh mạch / một lần / ngày,</i> <i>hoặc Levofloxacin 0,75g / truyền tĩnh mạch / một lần / ngày.</i>
d. PD₄:	Ceftazidime 1g tĩnh mạch / mỗi 8 giờ; <i>Kết hợp với:</i> <i>hoặc Moxifloxacin 0,4g/250ml truyền tĩnh mạch / một lần / ngày,</i> <i>hoặc Levofloxacin 0,75g / truyền tĩnh mạch / một lần / ngày;</i> <i>Kết hợp hay không với:</i> <i>hoặc Amikacin 500mg tĩnh mạch / mỗi 12 giờ,</i> <i>hoặc Tobramycin 80mg tĩnh mạch / mỗi 8 giờ.</i>

*** Lưu ý:**

- Các thuốc đều cần điều chỉnh theo chức năng thanh thải của gan và thận.
- Tất cả các phác đồ đều có thể chuyển từ thuốc tiêm sang thuốc uống khi tình trạng bệnh thuyên giảm và bệnh nhân có thể sử dụng thuốc uống được. Liều thuốc uống tương đương với liều tiêm.
- Các fluoroquinolone đều không khuyến cáo dùng cho trẻ em và phụ nữ mang thai hay cho con bú trừ khi bắt buộc.

IX. SƠ ĐỒ XỬ TRÍ :



X. TIÊU CHUẨN ĐÁNH GIÁ VÀ RA VIỆN :

1. Tốt:

- Triệu chứng cơ năng và toàn thân tốt lên (đặc biệt là sốt giảm hoặc hết sốt)

- C-Reactive Protein (CRP) giảm
- Có hay không triệu chứng thực thể tại phổi giảm
- Có hay không bạch cầu máu (BC) giảm
- Có hay không tổn thương xquang giảm

Nên cho bệnh nhân ra viện và điều trị tiếp ở ngoài bệnh viện khi:

- Tình trạng viêm phổi thuyên giảm và ổn định (triệu chứng cơ năng và toàn thân tốt lên, không sốt hai lần kiểm tra cách nhau 8 giờ), CRP và BC máu giảm, có thể chuyển thuốc uống.

- Không có các bệnh kèm theo nặng cần theo dõi.
- Không có các biến chứng nặng cần theo dõi .

2. Xấu:

- Triệu chứng cơ năng và toàn thân không giảm hoặc xấu đi (đặc biệt là sốt không giảm)

- CRP không giảm
- Có hay không triệu chứng thực thể tại phổi không giảm
- Có hay không biến chứng (áp-xe phổi, mủ màng phổi, nhiễm trùng máu, viêm phúc mạc, viêm màng não, viêm nội tâm mạc...)
- Có hay không BC không giảm
- Có hay không Xquang không giảm

XI. TRƯỜNG HỢP CẦN ĐIỀU TRỊ Ở KHOA CHĂM SÓC ĐẶC BIỆT

Cần điều trị tại Khoa chăm sóc đặc biệt những bệnh nhân trong các tình huống sau:

1. Có ba tiêu chuẩn:

- Tổn thương rộng nhiều thùy phổi
- $\text{PaO}_2 / \text{FiO}_2$ (Phân áp Oxy máu động mạch / Phân xuất oxy trong khí thở vào) < 250 thở khí phòng.
- Huyết áp tối đa $< 90\text{mmHg}$

2. Có một trong hai tiêu chuẩn sau:

- Cần thở máy
- Sốc nhiễm trùng

3. Có từ 3 tiêu chuẩn nặng trở lên khi nhập viện

CÁC TÀI LIỆU THAM KHẢO ĐỂ BIÊN SOẠN

1. Bộ Y Tế. Hướng dẫn điều trị. Tập 1, 2 NXB Y học 2005, 2006.
2. Bộ Y Tế. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện. Tập 1, 2. NXB Y học 1999, 2001
3. Bộ Y Tế - Dược thư quốc gia Việt Nam xuất bản y học lần 1. 2002
4. Nguyễn Văn Thành. Phân tích hồi cứu đặc điểm vi khuẩn trong nhiễm khuẩn hô hấp điều trị tại bệnh viện trong 7 năm (2000- 2006). *Tạp chí thông tin Y Dược* 10, 2007; 54-62.
5. J T Macfarlane, D Boldy. 2004 of BTS pneumonia guidelines: what's new?. *Thorax* 2004; 59: 364-366.
6. IDSA, ATS, CDC. Optimizing Antibiotic Selection for CAP (ASCAP) and cUTI in the Emergency Department and Hospital Setting: A systematic Review and Evidence-Based treatment recommendations - Year 2005 Update.
7. ATS/IDSA. Consensus guidelines on the management of Community-acquired Pneumonia in Adults. Supplement article. *CID* 2007; 44.
8. BTS Guidelines for the Management of Community Acquired Pneumonia in Adults. *Thorax* 56 Suppl 4: IV1-64. 2001
9. C. Lenfant, N. Khaltayev. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD 2005, updated 2006, 2007, 2008).
10. Trevor T. Hansel, P. J Barnes. An Atlas of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). The Parthenon Publishing Group 2004.
11. B.R.Celli, W.Macnee et al. Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. *Eur Respir J.* 2004; 23:932-946.
12. Snow V, Lascher S, Mottur-Pilson C. The evidence base for

- management of acute exacerbations of COPD – clinical practice guideline, part 1. *Chest* 2001; 119: 1185–1189.
15. Global Strategy for Asthma Management and Prevention (GINA 2005, updated 2006, 2008).
 16. **British Thoracic Society (BTS).** Bronchoscopy Guidelines. (*Thorax* 2001; 56 (suppl 1) : i1 – i21 (February) www.thorax.jnl.com .
 17. **Ph. Ramon.** L'endoscopie bronchique. Aspects techniques chez l'adulte. *Rev.Mal. Resp.*, 1992; 9: 11-22.
 18. **ERS/ATS Statement on interventional pulmonology.** *Eur Respir J* 2002; 19:356-373.
 19. **Bertrand Dautzenberg-** L'aérosolthérapie par nébulisation en pneumologie. Margaux Orange, 1996.
 20. **Manhire A, Charig M, Clelland C.** Guidelines for radiologically guided lung biopsy. *Thorax* 2003; 58:920-936.
 21. **Unger M, Sterman DH.** Bronchoscopy, Transthoracic Needle Aspiration, and Related Procedures. Fishman's- Pulmonary Diseases and Disorders. 3 ed: McGr Hill, 1998; 589-606.
 22. **Respirology (APSR).** The Japanese Respiratory Society guidelines for management of hospital-acquired pneumonia 2004.
 23. **ATS/IDSA.** Guidelines for the Management of Adults with Hospital-acquired, Ventilator-associated, and Healthcare-associated Pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med* 2005, Vol 171. 388–416.
 24. **Robert A. Nathan et al.** Development of the Asthma Control Test: A survey for assessing asthma control. *J Allergy Clin Immunol* 2004; 59-65.
 25. **Richard S. Irwin.** Diagnosis and Management of Cough ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2006; 129:24S

ĐIỀU TRỊ SUY THẬN MẠN

I. ĐỊNH NGHĨA :

- Suy thận mãn là sự giảm dần độ lọc cầu thận (3 hay 6 tháng cho đến nhiều năm) và không hồi phục toàn bộ chức năng của thận: rối loạn nước điện giải, thăng bằng kiềm toan, ứ đọng các sản phẩm azote máu...

- Năm 2002, NKF-DOQI (Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (K/DOQI) of the National Kidney Foundation (NKF)) đưa ra định nghĩa bệnh thận mạn bao gồm cả bệnh suy thận mãn. Các tài liệu quốc tế thời gian gần đây đều áp dụng định nghĩa và cách phân độ bệnh thận mạn theo NKF-DOQI.

- **Định nghĩa bệnh thận mạn theo NKF-DOQI :** Bệnh thận mạn là tổn thương thận kéo dài ≥ 3 tháng bao gồm bất thường về cấu trúc và chức năng của thận, có hoặc không kèm giảm độ lọc cầu thận, biểu hiện bằng bất thường về bệnh học hoặc các xét nghiệm của tổn thương thận (bất thường xét nghiệm máu, nước tiểu hoặc hình ảnh học thận) hay độ lọc cầu thận < 60 ml/phút/1,73 m² da ≥ 3 tháng có hay không kèm tổn thương thận.

II. NGUYÊN NHÂN SUY THẬN MẠN :

Bất kỳ bệnh nào trước thận, tại thận, sau thận lâu dài $\rightarrow$ tổn thương thận.

- **Trước thận :** Cao huyết áp, bệnh mạch máu thận

- **Tại thận :** Viêm cầu thận, bệnh thận do thuốc giảm đau, bệnh thận do tiểu đường ...

- **Sau thận :** Sỏi thận, lao niệu, viêm thận bể thận mạn...

III. CÁC YẾU TỐ KHỎI PHÁT ĐỘT CẤP (giảm đột ngột chức năng thận):

- Giảm tưới máu thận do giảm thể tích hay suy tim.

- Thuốc: Gây độc cho thận (Aminoglycosides), giảm tưới máu thận (thuốc kháng viêm non-steroid) hoặc gây viêm ống thận mô kẽ (kháng sinh,

Allopurinol). Tránh dùng các thuốc gây độc thận, nếu cần thiết phải dùng cần giảm liều.

- Tắc nghẽn hoặc nhiễm trùng đường niệu (cần phải tầm soát trên bệnh nhân đột ngột suy giảm chức năng thận mà không giải thích được.)

- Tình trạng hẹp động mạch thận tiến triển.

- Thuyên tắc tĩnh mạch thận (xảy ra ở bệnh nhân hội chứng thận hư và tiểu đái)

IV. CHẨN ĐOÁN :

1. Chẩn đoán xác định:

1.1. Bệnh cảnh lâm sàng :

- Phù : Do nguyên nhân STM, tình trạng giữ muối nước, suy tim kết hợp.

- Tăng huyết áp : 80% bệnh nhân STM có tăng huyết áp.

- Rối loạn huyết học :

 - + Thiếu máu

 - + Xuất huyết

- Bệnh xương do thận : Đau xương, gãy xương bệnh lý.

- Rối loạn về thần kinh: Liệt dây thần kinh, thay đổi tâm thần : lú lẫn hoặc hôn mê (bệnh thần kinh do ure máu cao)

- Rối loạn nội tiết: Cường cận giáp, vô kinh (giảm nồng độ estrogen), hiếm muộn ở nữ. Giảm testosterone gây bất lực ở nam. Rối loạn chuyển hoá lipid, protein, glucid.

- Rối loạn tiêu hóa : Buồn nôn, nôn, ợ, tiêu chảy, hơi thở có mùi urê (do tăng thải urê qua đường tiêu hóa).

- Tổn thương da- cơ : Da khô, vàng tái (do ứ tụ urochrom), ngứa, tróc vảy, vôi hóa mô mềm, hoại tử mô mềm (do cường tuyến cận giáp).

- Suy tim xung huyết

1.2. Giảm độ lọc cầu thận :

Dựa vào công thức ước tính độ thanh lọc creatinin.

* Công thức Cockcroft – Gault :

$$\text{Cl-Cr} = \frac{(140 - \text{tuổi}) \times \text{trọng lượng (kg)}}{72 \times \text{Creatinine máu (mg/dl)}} \quad (\times 0,85 : \text{với BN nữ})$$

(ml/ phút)

* Tính GFR theo công thức MDRD (Modification of Diet in Renal Disease)

$$\text{GFR (mL/min per } 1.73 \text{ m}^2) = 1.86 \times (\text{P}_{\text{Cr}})^{-1.154} \times (\text{age})^{-0.203} \quad (\times 0.742 : \text{Với nữ})$$

Lưu ý: Các công thức ước tính độ lọc cầu thận có thể không chính xác trong các trường hợp: Tuổi cao, thiếu dưỡng nặng hoặc béo phì, có bệnh lý về cơ vân kèm theo, bại liệt hay tê liệt từ cổ xuống thân, ăn chay, mang thai....

1.3. Khúc :

- Các xét nghiệm khác:

+ Hình ảnh học thận: Siêu âm, Doppler, CT, MRI.

+ Sinh thiết thận: Phân loại bệnh thận.

+ Kháng thể miễn dịch đặc hiệu.

+ Nước tiểu: Tiểu máu, tiểu đạm, tế bào, trụ.

- Nếu trên siêu âm: thận teo và không phân biệt tùy vò là biểu hiện giai đoạn muộn, tổn thương bất hồi phục.

1.4. Phân độ suy thận mạn theo giai đoạn:

Mức độ STM	Cl-Cr (ml/ phút)	Creatinine máu (Micromol/ l)	Triệu chứng lâm sàng
Độ I	60- 41	< 130	Bình thường
Độ II	40- 21	130- 299	Thiếu máu nhẹ
Độ III a	20- 11	300- 499	Triệu chứng tiêu hóa. Thiếu máu vừa

Mức độ STM	Cl-Cr (ml/phút)	Creatinine máu (Micromol/l)	Triệu chứng lâm sàng
Độ III b	10- 5	500- 900	Thiếu máu nặng Hội chứng ure máu cao
Độ IV	< 5	> 900	Tiểu ít

1.5. Giai đoạn bệnh thận mạn và những việc cần làm :

Xác định giai đoạn của bệnh thận mạn chủ yếu dựa vào độ lọc cầu thận.

Giai đoạn bệnh thận mạn			
Giai đoạn	Mô tả	GFR (ước tính) (ml/phút/1,73m ² da)	Việc cần làm
1	Tồn thương thận với GFR bình thường hoặc tăng	≥90	Chẩn đoán và điều trị nguyên nhân, làm chậm tiến triển bệnh thận, giảm yếu tố nguy cơ gây STM
2	Tồn thương thận với GFR giảm nhẹ	60–89	Đánh giá sự tiến triển
3	GFR giảm trung bình	30–59	Đánh giá và điều trị biến chứng
4	GFR giảm nặng	15–29	Chuẩn bị điều trị thay thế thận
5	Suy thận	<15	Điều trị thay thế thận

2. Chẩn đoán nguyên nhân:

- Chẩn đoán nguyên nhân giai đoạn sớm để làm chậm tiến triển suy thận.

Khi thận đã teo, GFR < 20- 30 ml/ phút việc chỉ định sinh thiết thận không cần thiết.

V. ĐIỀU TRỊ SUY THẬN MÃN :

1. Chế độ ăn:

- Đạm và phosphorus:

Theo GFR (ước tính) (ml/phút/1,73m ² da)	Protein, g/kg/ ngày	Phosphorus, g/kg/ ngày
≥ 60	Không hạn chế đạm	Không hạn chế
30- 59	0.6 g/kg/ ngày gồm ±0.35 g/ kg/ ngày đạm có giá trị dinh dưỡng cao	±10
< 30	0.6 g/kg/ ngày gồm ±0.35 g/ kg/ ngày đạm có giá trị dinh dưỡng cao. Hoặc	±10
	0.3 g/kg/ ngày + EAA (0,2- 0,3 g/ kg/ ngày)	±9

- Chống chỉ định điều trị dinh dưỡng/ STM

- + Chán ăn, nôn ói nhiều
- + Không nhận đủ năng lượng/ ngày (35Kcal/kg/ngày).
- + Không chịu đựng nổi chế độ ăn kiêng
- + Đang bị các tình trạng thoái biến đạm (nhiễm trùng nặng, đại phẫu)

- + Có các biểu hiện viêm màng ngoài tim
- + Viêm thần kinh ngoại vi rõ trên lâm sàng

- Các thành phần dinh dưỡng khác:

+ Lipid (40- 50% tổng năng lượng) với tỷ lệ acid béo đa bão hòa/ bão hòa= 1/1

- + Đường(45- 55%)
- + Chất xơ (20- 25g), khoáng chất (Muối 1- 3g, canxi 1,4- 1,6g, kali 40- 70 mEq...)
- + Vitamin (B1, B6, B12, E, C...)

- **Tổng năng lượng:** Bệnh nhân < 60 tuổi: 35Kcal/kg/ngày,
≥ 60 tuổi: 30- 35 Kcal/kg/ngày

2. Tăng huyết áp:

- HA mục tiêu dựa theo protein niệu:

Protein niệu	HA mục tiêu (mmHg)
≤ 1 g/ 24h	HA ≤ 130/80 (HATB ≤ 98)
> 1g/ 24g	HA ≤ 125/75 (HATB ≤ 92)

Bệnh nhân lọc máu định kỳ nên giữ HA ở mức 135/ 85 mmHg.

- **Điều trị không dùng thuốc:** Hạn chế muối (Na+ < 100 mEq/ ngày), hạn chế đạm, điều trị rối loạn Lipid máu.

- **Điều trị thuốc hạ áp:**

+ **Lợi tiểu:** Là thuốc được lựa chọn đầu tiên, thường dùng nhóm lợi tiểu quai .

Liều tối đa của lợi tiểu quai theo độ lọc cầu thận (ml/ phút)				
	FUROSEMIDE (mg/ ngày)		BUMETANIDE (mg/ ngày)	TORASEMIDE (mg/ ngày)
	IV	PO	IV or PO	IV or PO
GFR 20- 50 ml/ phút	80- 160	160	6	50
GFR < 20 ml/ phút	200	240	10	100

* **Lưu ý:** Dùng liều lợi tiểu quai cao hơn thường không hiệu quả và gây độc cho tai. BN suy thận mạn có lọc máu định kỳ không nên dùng lợi tiểu.

- + **Thuốc chẹn giao cảm:**

. Chẹn beta:

Cần thiết khi bệnh nhân có kèm bệnh mạch vành

Dùng chẹn beta tan trong mỡ (Propranolol, Alprenolol...)

. **Chẹn α và β (Labetalol):** Rất có hiệu quả, cần lưu ý thuốc có thể gây hạ huyết áp tư thế đứng.

+ Thuốc ức chế Canxi:

Không hại đến thận, được dùng rộng rãi.

. Phối hợp với nhóm thuốc ức chế men chuyển thường dung nạp tốt và rất hiệu quả trong điều trị hạ áp.

. Nhóm không Dihydropyridine (Diltiazem, Verapamil...) có tác dụng bảo vệ thận.

+ Thuốc ức chế men chuyển:

. Chỉ định đầu tiên ở bệnh nhân tiểu đường có đạm niệu, THA/ bệnh thận khác.

. Có tác dụng bảo vệ thận, phối hợp với lợi tiểu để giảm huyết áp và làm chậm tiến triển suy thận.

. Thận trọng khi creatinine ≥ 3 mg%. Tuy nhiên theo quan điểm gần đây có thể dùng thuốc UCMC trong suy thận mọi giai đoạn, khi dùng phải giảm liều và theo dõi kali và creatinine máu.

+ Thuốc đồng vận $\alpha 2$ giao cảm trung ương (Clonidine, Methyldopa, Monoxidine...): Thường dùng Methyldopa (Aldomet 250 mg, 2- 4 viên / ngày), gây tác dụng phụ lừ đừ, buồn ngủ, khô miệng, tổn thương gan.

3. Điều trị thiếu máu:

3.1. Hb mục tiêu (Chỉ áp dụng với bệnh nhân điều trị rHuEPO, không áp dụng ở bệnh nhân điều trị bằng truyền máu) : 10- 12 g/dl

3.2. Erythropoietin (rHuEPO: recombinant human erythropoietin)

a. Trước khi điều trị :

- Phải khảo sát serum ferritine và độ bão hòa transferrin(TSat):

Xét nghiệm kiểm tra mỗi 3 tháng. Các thông số về sắt cần đạt được:

Thông số	Tối ưu	Chấp nhận được
Ferritin ($\mu\text{g/l}$)	200- 500	100- 800
Độ bão hoà transferrin (%)	30- 40	20- 50

- Tìm các nguyên nhân khác gây thiếu máu:

+ Viêm nhiễm mạn tính: Xét nghiệm CRP ít nhất mỗi 3 tháng, bệnh nhân có CRP tăng cần phải khảo sát nguyên nhân.

+ Cường lách.

+ Ngộ độc nhôm

+ Hội chứng urea máu cao (điều trị bằng lọc thận).

b. Liều thuốc rHuEPO:

rHuEPO	
Tiêm dưới da	80- 120 UI/kg/tuần (chia làm 2- 3 liều)
Tốc độ cải thiện	1 -2 g/dL/tháng và nên < 2.0 to 3.0 g/dL/tháng, đạt mục tiêu sau 2- 3 tháng

- Sau điều trị kiểm tra Hb mỗi 1- 2 tuần. Khi Hb đạt mục tiêu và ổn định, kiểm tra Hb mỗi tháng. Nếu thay đổi liều điều trị hay Hb tăng không ổn định phải kiểm tra Hb mỗi 1- 2 tuần.

- Đánh giá sau 4 tuần, nếu Hb tăng quá ít tăng liều rHuEPO 50%.¹ Nếu Hb tăng quá cao thì giảm liều 25% hoặc tăng khoảng cách giữa các liều.

- Chống chỉ định: Cao huyết áp kháng trị, co giật không kiểm soát được.

- Tác dụng phụ: Co giật (3 tháng đầu), nghẽn mạch A-V fistula, tăng kali, thiếu sắt...

3.3 Truyền máu: Truyền máu khi bệnh nhân thiếu máu nặng ($\text{Hct} < 16\%$) hay chống chỉ định điều trị rHuEPO.

4. Điều trị xuất huyết:

4.1. Phòng ngừa: Truyền máu, Erythropoietine (trên BN thiếu máu)

4.2. Chảy máu cấp:

Desmopressin (Dẫn xuất Vasopressin): 0.3 µg/kg: Pha với 50 ml Natrichlorua 9 % truyền tĩnh mạch > 30 phút hoặc tiêm bắp.

Lưu ý : Hiệu quả Desmopressin chỉ kéo dài vài giờ. Hiệu quả kém ở những bệnh nhân xuất huyết nặng và có hiện tượng mất tác dụng khi dùng liều lặp lại.

4.3 Điều trị lâu dài :

Estrogen tổng hợp : 0,6 mg/ kg IM x 5 ngày

5. Điều trị loạn dưỡng xương do thận và cường cận giáp thứ phát:

5.1. Điều trị cường cận giáp thứ phát :

- Bao gồm kiểm soát phosphorus, calcium, PTH máu.
- Nồng độ PTH mục tiêu theo độ lọc cầu thận:

GFR	Intact PTH	Bio-intact PTH	Intact PTH	Bio-intact PTH
ml/phút/1.73 m ² da	pg/mL		pmol/L	
30 – 59	35 - 70	18 - 35	3.7 - 7.4	1.9 - 3.7
15 – 29	70 - 110	35 - 55	7.4 - 11.6	3.7 - 5.8
<15 hoặc lọc máu	150 - 300	80 - 160	16 - 32	8.4 - 17

a. Điều trị tăng Phosphorus máu:

- Nồng độ phosphorus máu mục tiêu:

- + CKD giai đoạn 3- 4: 2.7- 4.6 mg/dL (0.9- 1.5 mmol/L)
- + CKD giai đoạn 5 hay lọc máu: 3.5- 5.5 mg/dL (1.1- 1.8 mmol/L)

- Chế độ ăn hạn chế Phosphate:

- + Hạn chế phosphate: 800- 1000 mg/ ngày (26- 32 mmol/L/ ngày)
- + Các thức ăn giàu phosphate: Sữa, sữa chua, pho mát, gan, thịt, nước uống nhẹ (Coca, Pepsi), các loại đậu...

Cần kiểm tra nồng độ Phosphorus máu mỗi tháng khi bắt đầu chế độ ăn hạn chế Phosphorus.

- **Dùng Phosphorus Binder** : Có vai trò quan trọng trong điều trị tăng Phosphorus máu cùng với chế độ ăn. Các Phosphorus Binder sẽ gắn với Phosphorus trong ruột và ngăn sự hấp thu. Vì vậy phải dùng các thuốc này trong bữa ăn.

+ **Calcium-containing phosphorus binders**:

. Liều tối đa < 1,5 g calcium nguyên tố. Dùng liều cao ở bệnh nhân có dùng Vitamin D phối hợp có nguy cơ tăng calci máu.

. Không dùng Calcium citrate vì làm tăng hấp thụ nhôm gây ngộ độc.

+ **Aluminum-based binders (Aluminium hydroxide)**: Do nguy cơ ngộ độc nhôm nên hiện nay ít được sử dụng kéo dài. Có thể dùng Aluminum-based binders ngắn hạn ở những bệnh nhân cường cận giáp thứ phát nặng và/ hoặc kèm theo tăng calci máu.

Liều: **Aluminium hydroxide**: 15- 30 mlx 3/ ngày, uống kèm các bữa ăn chính

+ **Sevelamer Hydrochloride (Renagel)**: Không làm tăng calci máu và ngộ độc nhôm. Chỉ định ở những bệnh nhân tăng calci máu và những trường hợp cần hạn chế Calci

. Liều: Khởi đầu: 800- 1600 mg x 3 lần/ ngày uống trong bữa ăn.

. Có thể tăng liều cho đến mức đạt được mức phosphorus mục tiêu.

Tuy nhiên đây là thuốc đắt tiền, cần cân nhắc khi chỉ định.

. Tác dụng phụ: Gây cảm giác khó chịu ở dạ dày. Có thể làm hạ calci máu và toan chuyển hóa nhẹ.

+ **Lanthanum Carbonate (Fosrenol)** : Giống Sevelamer Hydrochloride, được dùng ở những bệnh nhân tăng calci máu.

. Liều : Khởi đầu: 500 mg x 3 / ngày nhai uống.

. Liều tối đa không quá 1250 mg x3/ ngày.

b. *Bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 3 hoặc 4 và PTH thấp*: Cần phải định lượng 25-OH vitamin D, nếu $< 30 \text{ ng/mL}$: Dùng ergocalciferol (Vitamin D₂) ít nhất 6 tháng.

- 25-OH vitamin D $< 5 \text{ ng/mL}$: Ergocalciferol 50.000 UI (PO)/tuần x 12 tuần.

Sau đó Ergocalciferol 50.000 UI (PO)/tháng.

- 25-OH vitamin D 5- 15 ng/mL: Ergocalciferol 50.000 UI (PO)/tuần x 4 tuần.

Sau đó Ergocalciferol 50.000 UI (PO)/tháng.

* **Lưu ý**: Khi sử dụng thuốc Vitamin D cần phải theo dõi nồng độ calcium, Phosphorus máu định kỳ (1- 2 tháng), điều chỉnh liều để tránh tăng calci máu. Nếu tình trạng tăng phosphat máu không thể điều chỉnh bằng chế độ ăn và các phosphate binder, cần giảm liều hoặc ngừng vitamin D hoặc dùng thuốc vitamin D ít làm tăng calci máu (Paricalcitol hoặc Doxercalciferol)

5.2. Điều trị tăng PTH máu (cường cận giáp thứ phát):

- Điều trị khi iPTH $> 300 \text{ pg/ml}$ (32 pmol/L) hoặc biPTH $> 160 \text{ pg/mL}$

- Điều trị bằng vitamin D, cinacalcet hay cắt tuyến phó giáp. Chỉ định dùng thuốc tùy thuộc vào nồng độ Calcium máu và/ hoặc tỷ lệ Ca x P.

*** Các thuốc vitamin D**

+ Calcitriol: 0.25- 1,0 mcg (PO) ngày

+ 19-nor-1,25-dihydroxyvitamin D₂ (paricalcitol): 1-5 mcg (PO) ngày

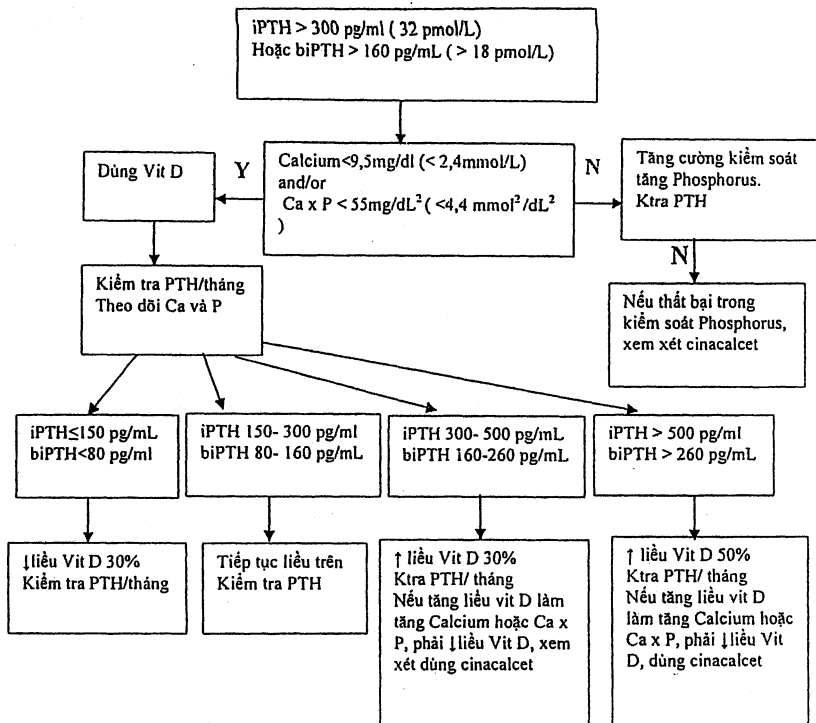
Ở bệnh nhân lọc máu: 2- 10 mcg IV cho mỗi lần lọc.

Doxercalciferol 1- 5mcg (PO)/ ngày ở bệnh nhân chưa lọc máu

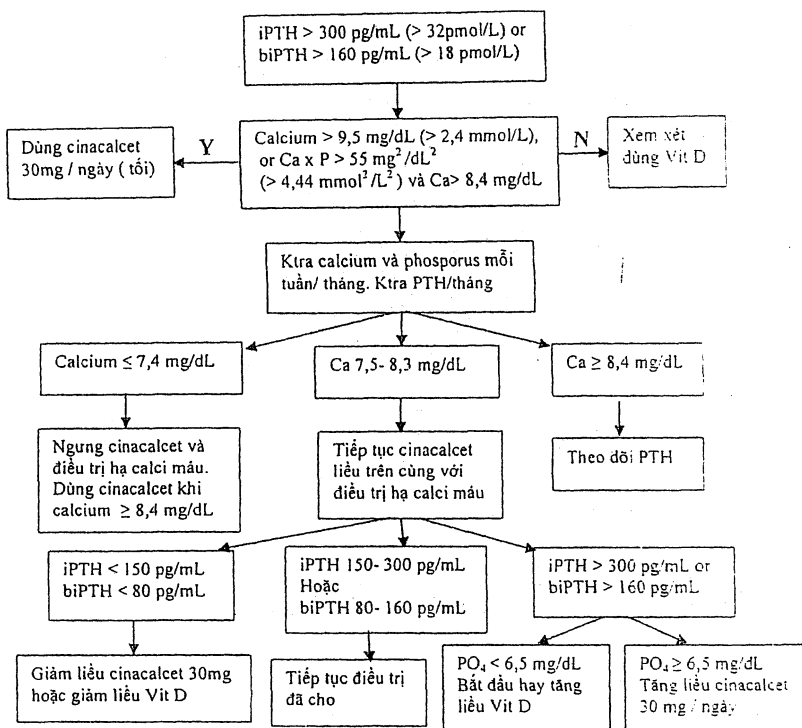
Hoặc 5- 20 mcg (PO)x 3 / tuần ở bệnh nhân lọc máu.

* **Cinacalcet** 30- 120 mg (PO)/ ngày. Là 1 Calcimimetic làm tăng độ nhạy của calcium-receptor ở tuyến cận giáp. Dùng ở BN lọc thận làm giảm

PTH, calcium và phosphorus máu. Tác dụng phụ : buồn nôn và nôn ói, gây hạ calci máu ở khoảng 5% bệnh nhân lọc thận.



Điều trị cường cận giáp thứ phát bằng vitamin D



* Điều trị cường cận giáp thứ phát bằng Cinacalcet :

Chỉ định cắt tuyến phó giáp:

- + Vôi hóa ngoài xương liên quan với cường cận giáp thứ phát.
- + Tăng calci máu nặng (sau khi loại trừ các nguyên nhân gây tăng calci máu khác)
- + Cường cận giáp nặng (PTH > 1000) dù đã điều trị nội khoa tối đa.

5.3. Bệnh nhân giảm tăng trưởng xương (sự luân chuyển xương thấp) :

Cần phải ngừng vitamin D, thay thế calcium-based phosphate binders bằng non- calcium- base phosphate binder.

5.4. Điều trị loãng xương do lắng tụ nhôm:

Kết tụ nhôm trong xương gây đau xương, gãy xương, yếu cơ, thiếu máu hồng cầu nhỏ.

a. Chẩn đoán : DFO test (Deferoxamin):

- Bước 1: Đo Al^{3+} máu
- Bước 2: DFO 5 mg/kg (IV), hay DFO 40 mg/kg (IV)
- Bước 3: 48 giờ sau đo lại Al^{3+} máu.

Test DFO (+) nếu Al^{3+} tăng ≥ 50 ng/ml (liều 5 mg/kg) hay > 150 ng/ml (liều 40 mg/kg)

Tuy nhiên do có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến DFO test (Fe huyết thanh) nên việc chẩn đoán bằng phương pháp không xâm lấn còn phức tạp. Việc điều trị Deferoxamin có khả năng gây độc, do đó chẩn đoán dựa vào sinh thiết xương là cần thiết.

b. Điều trị:

Tránh các nguồn có thể làm tăng lượng Aluminum trong máu: Ngưng Aluminum hydroxide (thay bằng Calcium carbonate trong điều trị tăng phosphor). Theo dõi nồng độ nhôm trong dịch lọc...

- Những bệnh nhân lắng tụ nhôm trong xương kèm cường cận giáp thứ phát nặng phải cắt bỏ tuyến phó giáp cần thái nhôm trước khi phẫu thuật. Việc cắt bỏ tuyến phó giáp trên những bệnh nhân này có thể làm đẩy mạnh quá trình tích trữ nhôm.

- Điều trị thải nhôm thông qua việc tạo phức hợp với deferoxamine đã được dùng từ lâu. Tuy nhiên khi điều trị với liều cao sẽ có nhiều tác dụng phụ.

DFO (Deferoxamine) 5- 10 mg/kg x 1-3 lần/ tuần (IV hoặc IM) 8 giờ trước lọc máu. Phức hợp DFO- Al^{3+} được lọc sạch bởi lọc máu hoặc thẩm phân phúc mạc.

5.5. Điều trị toan máu:

- Duy trì dự trữ kiềm 20- 22 mEq/l.
- Thuốc: NaHCO_3 hoặc Na citrate, chỉ dùng khi $\text{HCO}_3^- \leq 16 \text{ mEq/l}$, dùng liều 0,5mEq/kg/ngày và điều chỉnh theo đáp ứng của bệnh nhân.

5.6. Điều trị bằng lọc máu ngoài thận:

a. Chỉ định:

- Suy thận mạn với GFR < 10 ml/phút hay sớm hơn (< 15 ml/phút) ở bệnh nhân tiểu đường.
- Hoặc ở giai đoạn sớm hơn khi bệnh nhân có những chỉ định cấp cứu đe dọa tính mạng:
 - + Tăng Kali máu không đáp ứng điều trị nội khoa
 - + Toan chuyển hóa (khi việc dùng Bicarbonate có thể gây quá tải tuần hoàn).
 - + Quá tải thể tích không đáp ứng với điều trị lợi tiểu.
 - + Hạ Na^+ có triệu chứng (< 120 mEq/l)
 - + Viêm màng tim, biểu hiện bệnh não, chảy máu trầm trọng do hội chứng urê huyết cao.
 - + Thoái dưỡng tăng cao: Creatinine tăng > 2mg%/ ngày, BUN tăng > 30 mg%/ngày

TÀI LIỆU THAM KHẢO :

1. HARRISON'S (2005) . Part 11. Disorders of the Kidney and Urinary Tract . Chapter 261. Chronic Renal Failure .
2. Brenner & Rector's: The Kidney (2004). Management of the Patient With Renal Failure (Chapters 53-61).
3. Schrier, Robert W: Diseases of the Kidney & Urinary Tract, 8th Edition (2007)
4. Davison, Alex M.; Cameron: Oxford Textbook of Clinical Nephrology, 3rd Edition
5. Nguyễn Văn Xang. Điều trị suy thận mãn. Điều trị học nội khoa, tập 2. Trường ĐHY Hà Nội. Nhà xuất bản Y học 2004.
6. Nguyễn Thị Ngọc Linh. Suy thận mãn . Bệnh học nội khoa. Trường ĐHY dược TP Hồ Chí Minh. Nhà xuất bản Cà Mau, 1998.
7. Tài liệu cập nhật Thận học năm 2000, 2003, 2005.

HỘI CHỨNG THẬN HƯ

I. ĐỊNH NGHĨA :

- Hội chứng thận hư (HCTH) 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 protein, biểu hiện bằng tiểu protein > 3,5g/ 24 giờ, giảm albumin máu, tăng lipid máu và phù.

- Đa số HCTH là do bệnh cầu thận nguyên phát, một số là thứ phát do các bệnh hệ thống như tiểu đường, lupus ban đỏ, thoái hóa dạng bột, nhiễm trùng (viêm gan, sốt rét), ung thư (lymphomas, ung thư vú và đường tiêu hóa), và một số thuốc.

II. CHẨN ĐOÁN :

1. Lâm sàng:

Phù xuất hiện đột ngột và phù toàn thân nhanh, thường kèm theo tràn dịch màng bụng và màng phổi nhưng ít khi tràn dịch màng tim. Bệnh nhân có thể khó thở do phù, do dịch màng phổi và màng bụng đẩy cơ hoành lên cao.

2. Cận lâm sàng :

- Nước tiểu : Protein > 3,5g / 24 giờ, có thể có hồng cầu và trụ niệu.

- Máu :

+ Giảm albumin máu: nói chung, tiểu protein càng nhiều thì albumin máu càng giảm. Tuy nhiên, có những trường hợp tiểu protein không nhiều nhưng albumin máu giảm nặng và ngược lại.

Ngoài albumin, những protein khác có trọng lượng phân tử tương đương cũng bị giảm do mất theo nước tiểu. Trái lại, những protein có trọng lượng phân tử lớn như IgM, fibrinogen không bị mất theo nước tiểu nên nồng độ trong huyết tương vẫn bình thường hoặc tăng : α_1 globulin bình thường

hoặc giảm, α_2 và β globulin tăng, IgG giảm, IgA, IgM, IgE bình thường hoặc tăng, fibrinogen tăng, yếu tố V, VII, VIII và X tăng, antithrombin III giảm, yếu tố IX, XI, XII giảm. Mất transferrin gây thiếu máu nhược sắc hồng cầu nhỏ kháng trị sắt. Mất globulin gắn cholecalciferol gây thiếu vitamin D, giảm Ca máu, hấp thu Ca ở ruột giảm, tăng hormone cận giáp, cường cận giáp thứ phát gây nhuyễn xương, viêm xương xơ hóa.

+ Tăng lipid máu : LDL và cholesterol tăng trong hầu hết trường hợp, trái lại VLDL và triglycerides thường tăng ở những trường hợp bệnh nặng, HDL bình thường hoặc giảm.

- Trong các triệu chứng trên, tiểu protein là triệu chứng chính, các triệu chứng khác và biến chứng chuyển hóa là thứ phát do tiểu protein gây ra.

III. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT (Chẩn đoán nguyên nhân)

- Chẩn đoán HCTH nguyên phát khi loại trừ các nguyên nhân gây thứ phát. Hai bệnh thường gặp nhất gây HCTH là tiểu đường và lupus ban đỏ. Hỏi bệnh sử và khám lâm sàng kỹ sẽ giúp chọn các xét nghiệm huyết thanh thích hợp tùy theo bệnh cảnh lâm sàng để xác định nguyên nhân.

- Các xét nghiệm để tìm nguyên nhân:

+ Đường huyết, soi đáy mắt.

+ Kháng thể kháng dsDNA, kháng thể kháng Sm, kháng thể kháng phospholipid, kháng thể kháng nhân, C3, C4.

+ Huyết thanh chẩn đoán viêm gan siêu vi, HIV

+ ASO nếu nghi ngờ nhiễm streptococcus.

+ Tìm các nguyên nhân ung thư ở người lớn tuổi : tìm máu trong phân cho nam > 60 tuổi, chụp vú cho phụ nữ...

+ Sinh thiết thận giúp chẩn đoán, tiên lượng và hướng dẫn điều trị. Chỉ định cho HCTH do bệnh cầu thận nguyên phát hoặc do lupus ban đỏ. Tồn thương mô học của HCTH ở người lớn gồm 5 loại:

- . Tồn thương tối thiểu (minimal change)
- . Xơ cầu thận khu trú từng vùng
- . Viêm cầu thận tăng sinh trung mô
- . Viêm cầu thận màng
- . Viêm cầu thận tăng sinh màng

IV. ĐIỀU TRỊ :

1. Điều trị triệu chứng :

- Phù

+ Hạn chế muối 2 – 3 g/ ngày.

+ Thuốc lợi tiểu : furosemide 40 mg 1 – 3 lần / ngày, tăng liều dần nếu chưa đáp ứng, kết hợp với lợi tiểu thiazide hoặc lợi tiểu giữ K làm tăng tác dụng lợi tiểu. Dùng lợi tiểu phải theo dõi cẩn thận ở những bệnh nhân giảm albumin máu nặng.

- Dinh dưỡng : 35 kcal / kg/ ngày, protein 1g/ kg/ ngày cộng thêm lượng đạm mất theo nước tiểu . Nếu có suy thận : 0,6 – 0,8 g/kg/ngày.

- Tăng lipid máu : thuốc hạ lipid nhóm statin.

- Bổ sung vitamin D nếu thiếu.

2. Điều trị đặc hiệu bệnh cầu thận nguyên phát:

2.1. Liệu pháp Prednisolon :

- Liều tấn công : 1- 1,2 mg/kg/24 giờ: kéo dài được 6 – 8 tuần.

+ Đáp ứng hoàn toàn : protein niệu (-) tính.

- Cho liều củng cố : 0,5 mg/kg/24 giờ kéo dài từ 2 – 4 tuần tùy theo tác dụng phụ của thuốc.

- Liều duy trì: cách một ngày uống 10mg trong 1 – 2 tháng chú ý không dùng thuốc đột ngột mà phải giảm dần tránh hội chứng suy thượng thận cấp.

- Khi tái phát sau một thời gian đã hồi phục hoàn toàn với prednisolon thì phải điều trị từ đầu với liều tấn công và củng cố như trên. Tuy nhiên khi

dùng Prednisolon không phải bệnh nhân nào cũng có kết quả như trên mà có thể một trong các tình huống sau:

2.2. Thể phụ thuộc Prednisolon

Khi ngừng prednisolon thì protein niệu lại tăng trở lại và khi cho liều cao thì protein niệu lại giảm. Khi đó chúng ta nên dùng:

- Cyclophosphamid 2 mg/kg/24 giờ từ 1 – 2 tháng rồi giảm xuống liều cùng cố bằng $\frac{1}{2}$ liều tấn công trong 2 tháng tiếp theo. Sau đó duy trì liều 50mg/24 giờ hoặc cách nhật hoặc:

- Azathioprin (Imurel) uống 2,5 – 4 mg/kg/24 giờ từ 1 – 2 tháng rồi giảm xuống liều cùng cố bằng $\frac{1}{2}$ liều tấn công trong 2 tháng tiếp theo. Sau đó duy trì liều 100mg/24 giờ hoặc cách nhật.

Nên phối hợp thêm với liều thấp prednisolon 10 – 20 mg/24 giờ.

2.3. Thể đáp ứng một phần với Prednisolon.

- Đối với những bệnh nhân chỉ đáp ứng một phần với prednisolon nghĩa là protein niệu có giảm xuống dưới 3,5 g/24 giờ nhưng không âm tính hẳn nên:

- Cho liệu trình điều trị như sau:

- + Liều 1,5mg/kg/48 giờ tháng thứ nhất.

- + Liều 1,3mg/kg/48 giờ tháng thứ hai.

- + Liều 1,1mg/kg/48 giờ tháng thứ ba.

- + Liều 0,9mg/kg/48 giờ tháng thứ tư.

- Nếu hoàn toàn không đáp ứng thì coi là kháng corticoid.

2.4. Kháng Corticosteroid và chống chỉ định corticoid:

- Trong những trường hợp này việc sử dụng thuốc giảm miễn dịch sẽ được cân nhắc.

- Chỉ những bệnh nhân được dung đủ liều theo phác đồ trên kéo dài trong 4 tháng trở lên mà không đáp ứng được coi là kháng corticoid và

chuyển sang dùng thuốc giảm miễn dịch. Đối với trường hợp có chống chỉ định dùng corticoid cũng vậy. Chúng ta có thể lựa chọn 1 trong 3 loại sau:

- + Cyclophosphamid : 2 mg/kg/24 giờ.
- + Chlorambucil : 0,15 – 2mg/kg/24 giờ
- + Cyclosporin A : 2 – 4 mg/kg/24 giờ.

- Đối với thuốc giảm miễn dịch thời gian sử dụng có thể kéo dài 4 tuần, 6 tuần, 8 tuần, 12 tuần tùy theo đáp ứng của bệnh nhân và tác dụng phụ mà thời gian điều trị có thể dài hay ngắn.

- Đối với Cyclosporin tuy có hiệu quả tốt, nhưng lại độc cho thận nhất là khi dùng liều cao > 5 mg/kg/24 giờ. Do đó nên theo dõi sát chức năng thận khi dùng thuốc này.

V. THEO DÕI :

1. Theo dõi biến chứng của bệnh :

- Nhiễm trùng : do bản thân bệnh và cả thuốc điều trị làm bệnh nhân dễ bị nhiễm trùng , nhiễm virus và nấm.

- Huyết khối tĩnh mạch , động mạch, thuyên tắc phổi : dùng kháng đông lâu dài tới khi HCTH ổn định.

- Suy dinh dưỡng và thiếu máu nhược sắc hồng cầu nhỏ do mất tranferrin, giảm Ca máu do thiếu vitamin D.

2. Biến chứng của điều trị:

- Do dùng corticoid lâu dài :

+ Tăng huyết áp.

+ Tiểu đường : kiểm tra đường huyết mỗi 3 – 6 tháng, điều trị với chế độ ăn và kiểm soát Insulin.

+ Loét dạ dày tá tràng : tránh dùng chung với kháng viêm Nonsteroid, phòng ngừa với Antacid hoặc Anti H₂ .

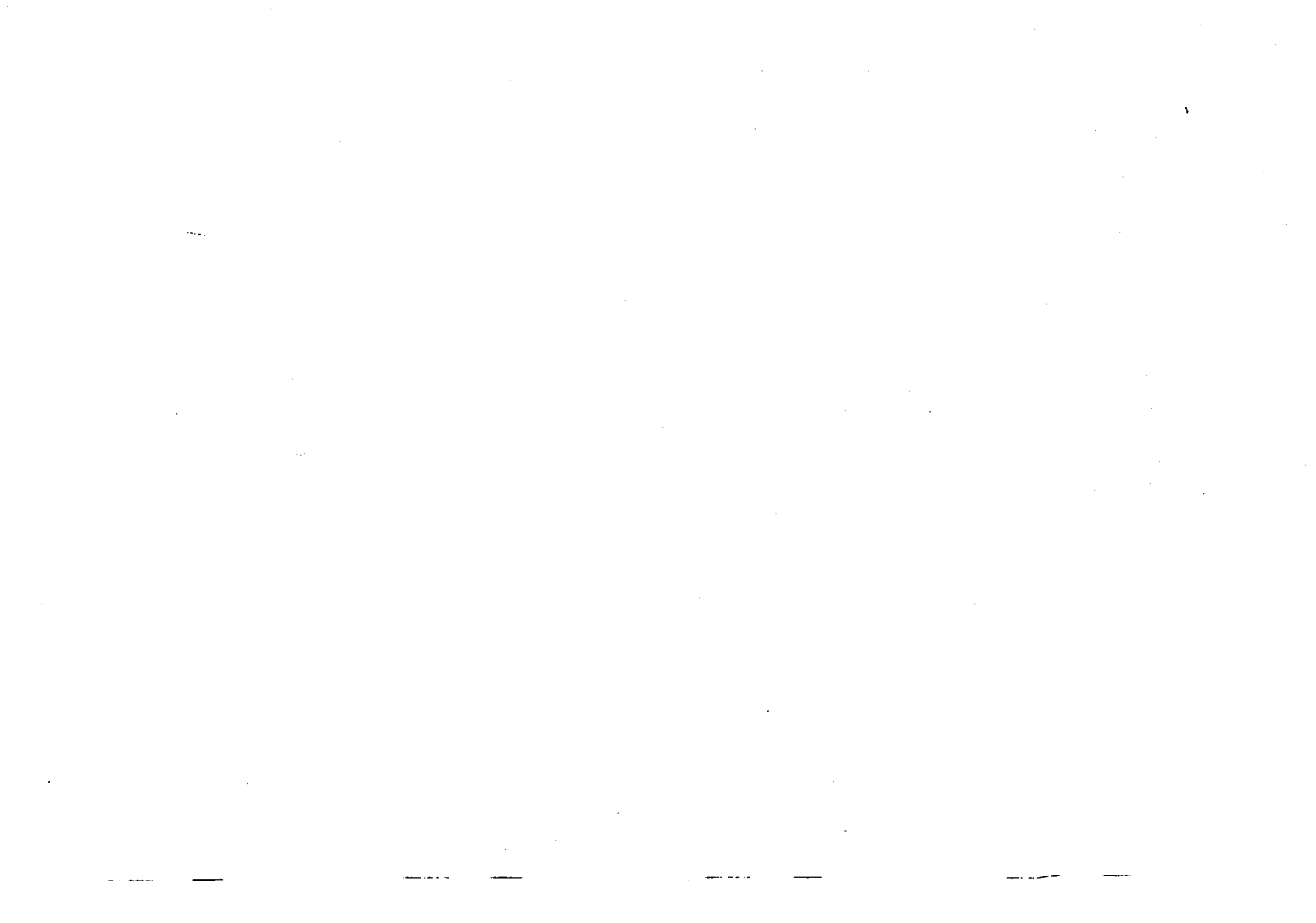
+ Loãng xương : phòng ngừa bằng Calcium và Vitamin D

- + Đục thủy tinh thể : khám mắt định kỳ
- + Rối loạn tâm thần : giảm liều corticoid.
- + Hoại tử xương do thiếu máu
- + Vết mắt Cushing
- + Chậm tăng trưởng ở trẻ em.

- Tác dụng phụ của cyclophosphamide :

- + Giảm bạch cầu : theo dõi công thức máu mỗi 1 – 2 tuần/tháng đầu, sau đó mỗi tháng. Khi bạch cầu giảm $< 3000/\mu\text{L}$ thì ngưng thuốc, khi bạch cầu lên bình thường dùng lại với liều thấp hơn
- + Rụng tóc : hết khi ngưng thuốc
- + Viêm gan : ít gặp : ngưng thuốc.
- + Viêm bàng quang xuất huyết : uống nhiều nước, uống thuốc vào buổi sáng.
- + Vô sinh : nguy cơ cao khi tổng liều tích lũy cyclophosphamide $> 200 \text{ mg/kg}$ và chlorambucil $> 10 \text{ mg/kg}$.
- + Ung thư bàng quang , bệnh bạch cầu : theo dõi lâu dài

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ
NỘI TIM MẠCH



CƠN ĐAU THẮT NGỰC ỔN ĐỊNH

I. ĐỊNH NGHĨA :

Cơn 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 :

- Đặc điểm của cơn đau thắt ngực ổn định:
 - + Vị trí: Sau xương ức.
 - + Tính chất: Đau thắt, đè nặng.
 - + Cường độ: Nhẹ tới trung bình, BN có thể chỉ thấy khó chịu vùng ngực.
 - + Hướng lan: Cổ, hàm dưới, vai và cánh tay trái.
 - + Thời gian: 2 phút đến dưới 15 phút.
 - + Yếu tố khởi phát cơn đau: Cơn xuất hiện khi có tăng nhu cầu tiêu thụ Oxy như gắng sức, sau bữa ăn, khi ra ngoài trời lạnh, kích xúc tâm lý.
 - + Yếu tố làm giảm đau: Nghi ngơi, sau ngậm nitroglycerin 1-5 phút.
- Triệu chứng toàn thân đi kèm: Thường không có, một số trường hợp có thể tái mặt, vã mồ hôi, thay đổi mạch, huyết áp.
- Phân loại chức năng cơn đau thắt ngực theo Canadian Cardiovascular Society (CCS)

CCS 1	- Hoạt động thể lực bình thường như đi bộ, leo cầu thang không gây đau ngực. Chỉ hoạt động thể lực gắng sức nhiều, nhanh, kéo dài quá lâu mới gây đau ngực.
CCS 2	- Giới hạn nhẹ các hoạt động trong sinh hoạt bình thường. Leo cầu thang nhanh, đi nhanh, leo dốc khi đang xúc động mới gây đau ngực.

CCS 3	- Giới hạn nhiều các hoạt động thể lực bình thường. Đi bộ 1 hay 2 khối nhà trên đường bằng, leo hơn một tầng lầu trong hoàn cảnh bình thường cũng gây đau ngực.
CCS 4	- Không thể hoạt động thể lực. Con đau thắt ngực có thể xuất hiện lúc nghỉ.

- Phân loại đau ngực trên lâm sàng:

+ Đau thắt ngực điển hình : (1) Đau ngực sau xương ức với tính chất và thời gian điển hình, (2) gây ra bởi gắng sức hoặc kích xúc tâm lý. (3) giảm khi nghỉ ngơi hoặc ngậm nitroglycerin.

+ Đau thắt ngực không điển hình : Có 02 đặc điểm nêu trên

. Đau ngực không do tim

. Không có hoặc có một đặc điểm nêu trên.

2. Thăm dò cận lâm sàng:

2.1. Các xét nghiệm cơ bản :

Các xét nghiệm cơ bản nên được tiến hành ở bệnh nhân ĐTNÔĐ là:

+ Hemoglobin.

+ Đường máu khi đói.

+ Hệ thống lipid máu: Cholesterol toàn phần, LDL-C, HDL-C, Triglycerid.

2.2. Các thăm dò không chảy máu thông thường (Điện tim đồ, X-Quang ngực)

Các thăm dò không chảy máu nên được tiến hành ở bệnh nhân ĐTNÔĐ là:

+ Điện tâm đồ (ĐTĐ) thường quy được làm trong cơn đau ngực.

+ ĐTĐ thường quy nên được làm cho mọi bệnh nhân có nhiều khả năng ĐTNÔĐ mà không có bằng chứng của nguyên nhân hiển nhiên nào khác gây đau ngực.

+ Chụp X quang tim phổi thường quy nên được làm cho những bệnh nhân có dấu hiệu suy tim, bệnh van tim, bệnh màng ngoài tim, tách thành động mạch chủ.

2.3. Nghiệm pháp gắng sức với ĐTD (NPGS):

Nghiệm pháp gắng sức ĐTD nên được chỉ định cho những bệnh nhân ĐTNỔĐ sau :

- Cho bệnh nhân ĐTNỔĐ mà khả năng còn nghi ngờ dựa trên tuổi, giới, triệu chứng, có thể kèm theo block nhánh phải hoặc ST chênh xuống < 1mm khi nghỉ.

- Điện tâm đồ gắng sức là xét nghiệm thường được dùng nhất. Bệnh nhân có thể gắng sức bằng thăm lãng hay xe đạp.

2.4. Siêu âm tim

- Siêu âm tim nhằm đánh giá chức năng tâm trương và tâm thu thất trái, phát hiện các rối loạn vận động vùng giúp xác định bệnh lý mạch vành mãn, giúp chọn lựa biện pháp điều trị thích hợp.

- Chỉ định làm siêu âm tim ở bệnh nhân ĐTNỔĐ :

- + Bệnh nhân có tiếng thổi ở tim mà nghi ngờ có hẹp van ĐMC hoặc bệnh cơ tim phì đại tắc nghẽn.

- + Để đánh giá vùng thiếu máu cơ tim (giảm vận động vùng) khi siêu âm tim có thể tiến hành trong cơn đau ngực hoặc ngay sau cơn đau ngực

2.5. Hình ảnh học gắng sức (xạ hình tim và siêu âm tim gắng sức):

- Xạ hình tim và siêu âm tim gắng sức có độ nhạy (khoảng 80%) và độ chuyên biệt (khoảng 80%-90%) tương tự nhau.

- Có chỉ định làm NPGS hình ảnh :

- + Bệnh nhân có khả năng vừa bị bệnh ĐMV mà có kèm theo hội chứng WPW.

- + Bệnh nhân có ST chênh xuống > 1mm lúc nghỉ.

- + Bệnh nhân có tiền sử đã được can thiệp DMV hoặc mổ cầu nối.
- + Dùng phương pháp tiêm Adenosin hoặc Dipyridamol đối với các trường hợp có nguy cơ vừa bị ĐTNÔĐ mà có máy tạo nhịp hoặc bloc nhánh trái hoàn toàn.

- Nguy cơ cao qua các xét nghiệm không xâm nhập

- Điện tâm đồ gắng sức :

- + ST chênh xuống $\geq 2\text{mm}$

- + Đáp ứng huyết áp bất thường

- + ST chênh xuống $\geq 1\text{mm}$ ở giai đoạn 1

- + Nhịp nhanh thất

- + ST chênh xuống hơn 5 phút trong giai đoạn hồi phục

- + Công đạt được $< 4\text{ MET}$ hoặc nhịp tim tối đa thấp khi gắng sức

- Siêu âm tim gắng sức :

- + Rối loạn vận động vùng trên siêu âm (>2 vùng) với liều thấp Dobutamine ($\leq 10\mu\text{g/kg/phút}$) hoặc với nhịp tim không nhanh lắm (< 120 lần/phút)

- + Siêu âm tim gắng sức cho thấy có thiếu máu cục bộ lan tỏa

- + Rối loạn chức năng tâm thu thất trái lúc nghỉ mức độ nặng.

2.6. Chụp mạch vành : Là tiêu chuẩn vàng nhưng lại là xét nghiệm có nguy cơ cao và mắc tiền hơn, và được chỉ định khi:

- Bệnh nhân có mức đau ngực rõ (CCS III – IV) và không không chờ được triệu chứng với điều trị nội khoa tối ưu.

- Bệnh nhân có nguy cơ cao theo phân tầng nguy cơ trên các thăm dò không chảy máu (nói trên).

- Bệnh nhân có đau thất ngực mà sống sót sau cấp cứu ngừng tuần hoàn hoặc được biết có rối loạn nhịp trầm trọng.

- Bệnh nhân đau thất ngực có kèm theo dấu hiệu của suy tim.

- Bệnh nhân đang chuẩn bị cho phẫu thuật mạch máu lớn.
- Bệnh nhân đau thắt ngực mà nghề nghiệp hoặc lối sống có những nguy cơ bất thường (phi công, diễn viên xiếc...)

2.7. MSCT hệ thống động mạch vành : chẩn đoán tốt tổn thương và mức độ hẹp động mạch vành.

2.8. Holter điện tim: không thường quy

III. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT ĐAU NGỰC:

- Bóc tách ĐM chủ
- Viêm màng ngoài tim cấp
- Thuyên tắc ĐM phổi
- Tràn khí màng phổi
- Viêm đường mật, viêm tụy cấp...

IV. ĐIỀU TRỊ :

1. Mục tiêu:

- Cải thiện tiên lượng bệnh
- Cải thiện triệu chứng cho người bệnh

2. Phương pháp điều trị cơ bản :

- Điều trị nội khoa (thuốc)
- Can thiệp động mạch vành (nong, đặt stent hoặc các biện pháp cơ học khác)

- Mổ làm cầu nối chủ vành

2.1. Điều trị nội khoa là :

Có chỉ định điều trị nội khoa :

- + Vận dụng tích cực các biện pháp không dùng thuốc là bắt buộc cho mọi bệnh nhân bên cạnh thuốc men điều trị.
- + Aspirin cho thường quy nếu không có chống chỉ định.
- + Chẹn beta giao cảm nếu không có chống chỉ định.

+ Thuốc ức chế men chuyển dạng cho mọi bệnh nhân bị bệnh ĐMV có kèm theo đái tháo đường và/hoặc rối loạn chức năng thất trái.

+ Các thuốc hạ lipid máu để hạ LDL-C cho những bệnh nhân có bệnh ĐMV hoặc nghi ngờ mà có LDL-C tăng cao $> 100\text{mg/dl}$, với mục tiêu hạ $< 100\text{mg/dl}$ (tối ưu là $< 70\text{mg/dl}$)

+ Thuốc Nitroglycerin ngậm dưới lưỡi hoặc dạng xịt dưới lưỡi để giảm các cơn đau.

+ Thuốc chẹn kênh calci hoặc loại nitrates có tác dụng kéo dài hoặc phối hợp cả hai loại cho những bệnh nhân mà có chống chỉ định với chẹn beta giao cảm.

+ Thuốc chẹn kênh calci hoặc loại nitrates có tác dụng kéo dài phối hợp với chẹn beta giao cảm cho những bệnh nhân mà đáp ứng kém với chẹn beta giao cảm.

+ Thuốc chẹn kênh calci hoặc loại nitrates có tác dụng kéo dài hoặc phối hợp cả hai loại thay thế cho những bệnh nhân mà do đã dùng chẹn beta giao cảm phải ngừng vì các tác dụng phụ.

+ Thuốc ức chế men chuyển cho bệnh nhân có rối loạn chức năng thất trái, đái tháo đường, tăng huyết áp.

2.1 .1. Các biện pháp chung

- Không chế các yếu tố nguy cơ sẽ được bàn kỹ hơn ở phần dưới.

- Tập thể lực đều đặn 40-60 phút/ngày, tất cả các ngày. Mức độ tập dựa trên khả năng gắng sức của từng bệnh nhân.

- Bỏ ngay hút thuốc lá.

- Chế độ ăn uống hợp lý: giảm mỡ, mặn, nhiều tinh bột quá; khuyến khích ăn nhiều rau, quả, cá, thịt nạc cân đối...

- Tránh căng thẳng.

- Không chế tốt huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu...

- Vấn đề sinh hoạt tình dục có thể gây cơn đau ngực, có thể dùng trước bằng các thuốc nitrates. Cần chú ý khi dùng thuốc nitroglycerin, không được phối hợp với các thuốc sildenafil.

- Tránh dùng các thuốc NSAID loại Anti-COX2 vì có nguy cơ cao hơn với bệnh tim mạch

2.1.2. Điều trị thuốc:

a. Chống kết tập tiểu cầu:

- Aspirin 80- 325 mg/ngày nếu không có chống chỉ định.
- Clopidogrel 75mg/ngày ở những bệnh nhân không dung nạp aspirin

b. Điều chỉnh rối loạn lipid máu:

Dùng các statin để hạ LDL- cholesterol < 100mg/dL (2.6mmol/L)

c. Nitrat:

- Dạng ngậm dưới lưỡi hoặc xịt vào miệng để cắt cơn.
- Dạng phóng thích chậm: Uống hay dán, hỗ trợ cho chẹn beta hoặc đối kháng Ca. Để tránh lờn thuốc, cần 1 khoảng trống không thuốc khoảng 8-12 giờ/ngày.

Liều lượng:

- + Nitroglycerine : 0.15-0.6 mg (ngậm dưới lưỡi)
- + Hoặc Nitroglycerine 0.25-5 cm (dán ngực)
- + Isosorbide Dinitrate 10- 60 mg 2lần /ngày.
- + Hoặc Isosorbide Mononitrate 30-40-60 mg 1 lần /ngày.

d. Chẹn beta:

- Mục tiêu điều trị: Giảm nhịp tim còn 55-60 lần/phút
- Nếu cần ngưng thuốc: Giảm liều dần trong vòng 3-10 ngày để tránh phản ứng dội làm cơn đau thất ngực nặng hơn.

- Liều lượng:

+ Atenolol : 25-200 mg/ngày.

+ Metoprolol : 50-200 mg/ ngày.

+ Bisoprolol : 5-10 mg/ ngày

e. Chẹn Calcium:

- Thường được chọn để điều trị cơn đau thắt ngực ở bệnh nhân có bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính hoặc bệnh lý động mạch ngoại biên nặng đi kèm.

- Liều lượng:

+ Diltiazem : 120-360 mg /ngày.

+ Verapamil : 120-480 mg/ ngày.

+ Amlodipine: 5- 10 mg/ ngày.

f. Ức chế men chuyển : Thường dùng ở bệnh nhân ĐTNÔĐ có kèm đái tháo đường, tăng huyết áp, rối loạn chức năng thất trái, sau nhồi máu cơ tim.

2.2. Tái thông mạch máu :

- Can thiệp động mạch vành qua da.

- Có ưu điểm là tai biến và tử vong thủ thuật ít hơn mổ, thời gian nằm viện ngắn, bệnh nhân làm việc lại sớm, có thể làm nhiều lần.

- Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành.

- Được lựa chọn khi:

+ Tồn thương thân chung nhánh trái,

+ Tồn thương 3 nhánh động mạch vành kèm rối loạn chức năng thất trái.

+ Tồn thương 2 nhánh bao gồm tổn thương ở đoạn gần của nhánh liên thất trước.

+ Không can thiệp được.

2.3. Điều chỉnh các yếu tố nguy cơ:

- Điều trị, khống chế tốt tăng huyết áp.

- Bỏ hút thuốc lá
- Điều trị tốt đái tháo đường.
- Điều trị rối loạn lipid máu (với mục tiêu hạ LDL < 100mg/dl (tối ưu là <70mg/dl)
- Giảm cân nặng ở bệnh nhân có tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, đái tháo đường.

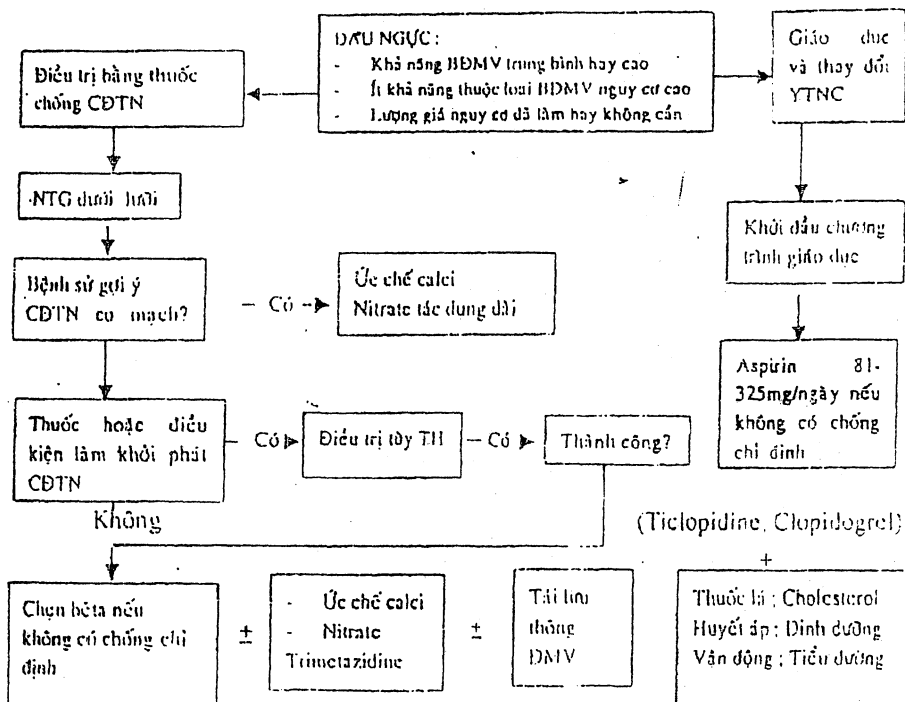
V. TIỀN LƯỢNG :

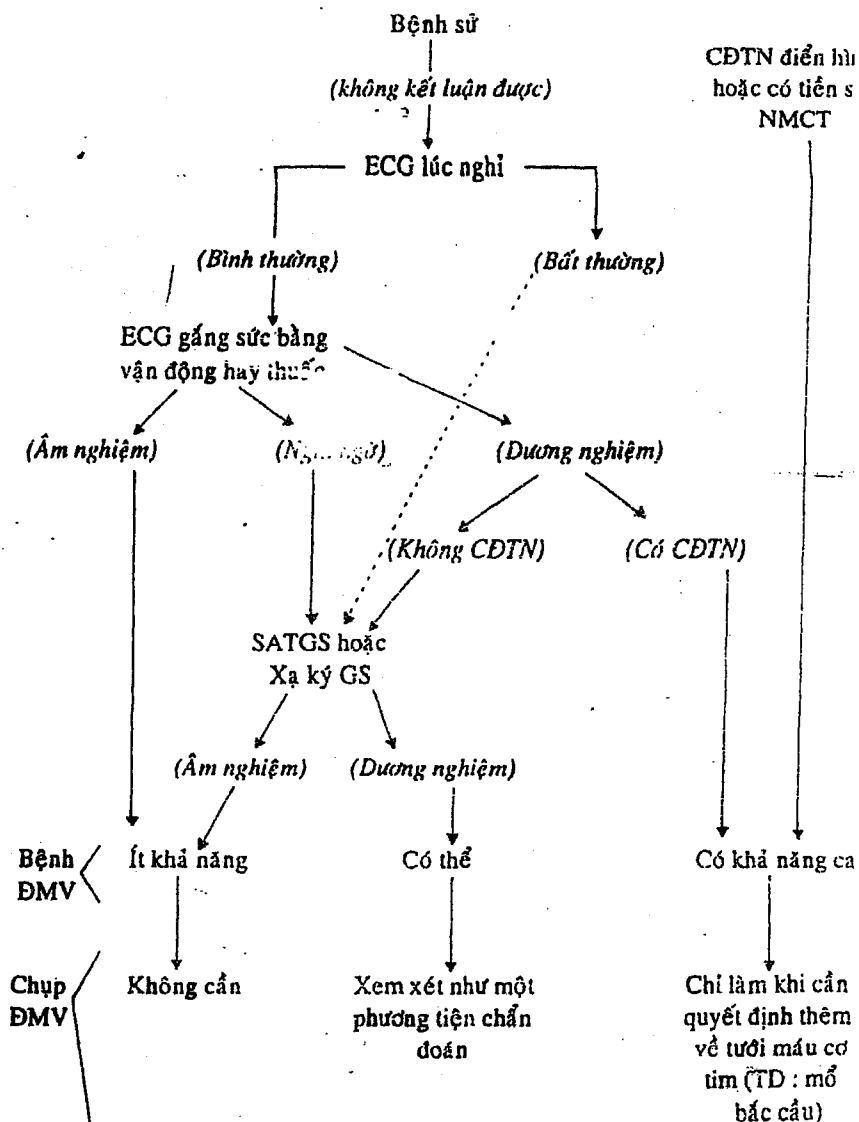
- Chức năng của thất trái
- Vị trí và độ nặng của ĐMV hẹp
- Độ nặng và hoạt tính thiếu máu cơ tim

TÀI LIỆU THAM KHẢO :

1. Phạm Nguyễn Vinh (2006), siêu âm tim và bệnh lý tim mạch – tập 2, nhà xuất bản Y học, Tr 216 – 219.
2. Hội Tim Mạch học Việt Nam, Khuyến cáo 2008 về các bệnh lý tim mạch và chuyển hóa, nhà xuất bản y học chi nhánh Tp Hồ Chí Minh 2008, Tr 329 – 348
3. Phạm Nguyễn Vinh (2002), Bệnh học Tim Mạch –tập 2, Nhà xuất bản y học chi nhánh Tp Hồ Chí Minh 2002, Tr108-124.
4. Raymond J. Gibbons, et al (2007), Chronic Angina Focused Update of the ACC/AHA 2002 guidelines for the management of the patients with Chronic Stable Angina. A report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines writing Group to Develop the Focused update of the 2002 guidelines for the management of the patients with Chronic Stable Angina.
5. Kim Fox (Chairperson) (UK), Maria Angeles Alonso Garcia (Spain), Diego Ardissino (Italy), Pawel Buszman (Poland, Paolo G. Camici (UK), Fillippo Crea (Italy), Caroline Daly (UK), Guy De Backer (Belgium), Paul

Hjemdahl (Sweden), Jose Lopez-Sendon (Spain), Jean Marco (France), Joao Morais (Portugal), John Pepper (UK), Udo Seifert (Germany), Maarten Simoons-Smit (Netherlands), Kristian Thygesen (Denmark). Guidelines for the management of angina Pectoris. EHJ 2006; 27:1341-1381.





CƠN ĐAU THẮT NGỰC KHÔNG ỔN ĐỊNH

I. ĐỊNH NGHĨA:

Cơn đau thắt ngực không ổn định là một hội chứng lâm sàng được đặc trưng bởi triệu chứng thiếu máu cục bộ, có thể là đau ngực điển hình sau xương ức hay thay cho đau là cảm giác nóng rát ở ngực, khó tiêu hay khó thở.

II. CHẨN ĐOÁN :

1. Lâm sàng:

- Đau thắt ngực mới xảy ra (dưới 2 tháng) mà đã nặng và / hoặc có nhiều cơn (hơn 3 cơn trong ngày).

- Bệnh nhân có cơn đau thắt ngực gia tăng (tần số, độ nặng, thời gian): đã có cơn đau thắt ngực ổn định, hiện tại cơn đau nhiều hơn, kéo dài hơn và chỉ một chút gắng sức là đau ngay.

- Đau thắt ngực xảy ra lúc nghỉ.

- Triệu chứng cơ năng tương tự cơn đau thắt ngực ổn định tuy thường đau nhiều hơn và kéo dài hơn (tới 30 phút).

2. ECG :

- Có thể thấy trong cơn đau:

+ ST chênh xuống

+ ST chênh lên tạm thời

+ T âm sâu.

- Không phải tất cả bệnh nhân đều có biến đổi ST-T.

- Các biến đổi này trở lại bình thường hoặc hoàn toàn khi hết cơn đau.

- Cần chẩn đoán phân biệt với nhồi máu cơ tim không sóng Q (nếu biến đổi điện tâm đồ kéo dài trên 12 giờ).

3. Men tim:

Không có biến đổi men ở bệnh nhân cơn đau thắt ngực không ổn định.

III. ĐIỀU TRỊ CƠN ĐAU THẮT NGỰC KHÔNG ỔN ĐỊNH/ NHÓI MÁU CƠ TIM KHÔNG ST CHÊNH LÊN:

Phải cho bệnh nhân nhập viện ngay.

1. Trong cơn đau:

- Nitroglycerine ngậm dưới lưỡi hay Nitromint spray xịt nhiều lần.
- Hoặc Risordan 5 mg (ngậm dưới lưỡi).
- An thần, nghỉ tại giường.
- Có thể cho Morphin Sulfat nếu đau dai dẳng không đáp ứng với điều trị.

2. Điều trị ngừa tái phát:

2.1 Kháng đông:

- Aspirin 182- 325 mg/ ngày.
- Sau đó: 80-160 mg/ ngày.
- Heparin trọng lượng phân tử thấp (Lovenox 1 mg/ kg TDD mỗi 12 giờ) trong 48-72 giờ hoặc cho đến khi bệnh nhân ổn định.

2.2. Thuốc điều trị thiếu máu cục bộ cơ tim:

- Nitrate:

- + Nitroglycerine truyền TM 2-10 µg/ phút.
- + Isosorbide Dinitrat 30-120 mg/ ngày.
- + Isosorbide Mononitrat 30- 120 mg/ ngày.

- Chẹn Beta:

- + Atenolol : 50-200mg/ngày.
- + Metoprolol : 50-200 mg/ngày
- + Bisoprolol : 5-10 mg/ ngày.

- Chẹn Calcium:

- + Diltiazem 120-360 mg/ ngày.
- + Verapamil 80-240 mg/ ngày.

Phối hợp trị liệu giữa 3 nhóm thuốc mạch vành nêu trên thường rất cần thiết.

Theo dõi : dùng để tụt HA, nhịp tim quá chậm hoặc quá nhanh và loạn chức năng thất.

*** Mở rộng phối hợp trị liệu:**

- **Thuốc cũng có tác dụng dẫn mạch vành:** Nocorandil, Molsidomin, Amiodaron, L- Arginin...

- **Ức chế men chuyển:** thường dùng khi loạn chức năng thất (T), khi huyết áp cao dù đang dùng chẹn beta, nitrat, khi bị thêm đái tháo đường.

- **Các thuốc điều chỉnh rối loạn lipid máu:** nhóm Statin, nhóm fibrat. ...

- **Thuốc điều trị thiếu máu cục bộ cơ tim ở bình diện chuyển hóa tại tế bào cơ tim:** Trimetazidin : 60 mg/ ngày.

- Điều trị các yếu tố nguy cơ:

+ Bỏ hút thuốc lá.

+ Tiết chế rượu

+ Không ăn mỡ bão hoà.

IV. THEO DÕI:

Theo dõi sát cơn đau ngực, đáp ứng thuốc điều trị và diễn tiến điện tâm đồ.

- Khi đã ổn định nên chụp mạch vành để đánh giá mức độ tổn thương và khả năng điều trị được bằng cầu nối hoặc nong động mạch vành.

- Đặc biệt với điều trị như trên, nếu không bớt cơn đau sau 48 giờ, cần chụp động mạch vành để xem liệu can thiệp cơ học.

V. TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN:

- Đối với bệnh nhân mà được can thiệp động mạch vành sớm và thành công thì có thể cho ra viện sau 2-3 ngày. Những trường hợp có biến chứng khác thì cần được theo dõi lâu hơn trong bệnh viện. Đối với BN có nguy cơ cao nhưng không thể can thiệp sớm thì thời gian nằm viện có thể lâu hơn.

- Đối với bệnh nhân được mổ làm cầu nối động mạch vành thành công, không có biến chứng, có thể ra viện sau 5-10 ngày.

- Đối với bệnh nhân được phẫu thuật nguy cơ thấp và không có chỉ định can thiệp thì ra viện sau 1 ngày và theo dõi đánh giá về sau. Hướng dẫn các triệu chứng của NMCT cấp và cách tìm trợ giúp nếu triệu chứng xảy ra.

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU KHI RA VIỆN:

- Theo dõi khoảng 2-3 tháng sau giai đoạn cấp.

- Chuẩn bị cho bệnh nhân trở lại hoạt động bình thường sớm nhất khi có thể.

- Điều trị các yếu tố nguy cơ.

- Tiếp tục sử dụng các thuốc:

+ Kháng đông:

. Aspirin 75-325 mg/ ngày

. Clopidogrel 75mg/ ngày trong vòng 9 tháng.

+ Ức chế beta, ức chế men chuyển và các thuốc điều trị rối loạn lipid máu.

- Tất cả các bệnh nhân nên được khuyến khích mang theo Nitrat dạng ngậm dưới lưỡi hoặc xịt và được hướng dẫn cách sử dụng.

Cụ thể các bước xử trí cơn đau thắt ngực không ổn định / Nhồi máu cơ tim không ST chênh lên bằng sơ đồ sau:

**ĐTNKOD / NMCT KHÔNG ST
CHÊNH LÊN**

**Aspirin, Clopidogrel, Heparin
TLPT thấp (hoặc Heparin), Các
thuốc chống TMCBCT (Nitrat, ức
chế beta)**

**Nguy cơ cao
(Troponin +, Thay đổi
ECG, TIMI risk >3,
đau ngực tái phát, suy
tim, có tiền sử can
thiệp)**

**Nguy
cơ vừa**

**Nguy cơ thấp
(Không thay
đổi ĐTD,
không thay đổi
các men tim,
đau ngực nhẹ)**

**Ức chế thụ thể
GP IIb/III a**

**Chiến lược
can thiệp sớm**

**Chiến lược
điều trị bảo tồn**

**Tiếp tục
đánh giá nguy cơ**

TÀI LIỆU THAM KHẢO :

1. Phạm Nguyễn Vinh (2006), siêu âm tim và bệnh lý tim mạch – tập 2, nhà xuất bản Y học, Tr 220-221.

2. Hội Tim Mạch Việt Nam, khuyến cáo 2008 về các bệnh lý tim mạch và chuyển hóa, nhà xuất bản y học chi nhánh TP. Hồ Chí Minh 2008, Tr 351-387

3. Phạm Nguyễn Vĩnh (2002), Bệnh học Tim mạch – tập 2, Nhà xuất bản y học chi nhánh TP. Hồ Chí Minh 2002, Tr 63 – 85.

4. Braunwald E, Anrman E et al ACC/AHA (2002), guidelines update for the management of patients with unstable angina and non ST – segment elevation myocadial infrarction: A report of the ACC/AHA task force on practice guidelines (committee on the management of patients with unstable angina), J. Am Coll Cardial 2002, 40, 1366

CƯỜNG GIÁP

I. ĐỊNH NGHĨA :

Cường giáp là tình trạng tuyến giáp bị cường năng hoạt động do tự phát hay các yếu tố kích thích từ bên ngoài, hậu quả tạo ra nhiều hormone giáp lưu hành trong máu gây ra các triệu chứng ở các mô, cơ quan do tác động quá mức của hormone giáp.

Gọi là nhiễm độc hormone giáp là chung nhất do có quá nhiều hormone giáp lưu hành trong máu bao gồm tuyến giáp bị cường năng (Basedow, u độc tuyến giáp đơn và đa nhân, u tuyến yên, thai trứng) và các tình trạng tuyến giáp không cường năng (Dùng hormone giáp, viêm giáp, u quái buồng trứng).

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm Sàng:

- Rối loạn điều hòa nhiệt: da nóng và sốt nhẹ 37°C - 38°C , cảm giác sợ nóng, thích khí hậu lạnh.

- Uống nhiều, tiểu nhiều, khát nước, gây tăng đường máu.

- Tim mạch: tim nhanh thường xuyên $>100/\text{p}$, nhịp nhanh xoang hay có ngoại tâm thu, rung nhĩ thường gặp. Tiếng tim mạnh, đôi khi có âm thổi tâm thu ở đáy tim. Huyết áp tâm thu tăng, hiệu số huyết áp rộng.

- Thần kinh: bồn chồn, dễ cáu gắt, rối loạn tâm thần có thể xảy ra nhưng hiếm. Run ở đầu ngón tay đều, tần số cao, biên độ thấp. Có thể rối loạn vận mạch, đỏ mặt từng lúc, toát mồ hôi.

- Mắt : đặc biệt có biểu hiện lồi mắt trong bệnh Basedow, đa số có biểu hiện cơ cơ mi trên. Nhìn chằm chằm, mắt vẻ long lanh, chói mắt, chảy nước mắt, cộm ở mắt.

- Thay đổi cân nặng: gầy sút nhanh mặc dù ăn uống bình thường hoặc có khi ăn khỏe. Ở một số ít bệnh nhân nữ trẻ có khi tăng cân nghịch thường.

- Cơ bắp: teo cơ đặc biệt vùng quanh vai và hai bên thái dương.

- Tăng nhu động ruột gây tiêu chảy.

2. Cận lâm sàng:

- FT4 ↑, T3 ↑, TSH↓. Hay có khi FT4 và T3 còn trong giới hạn bình thường nhưng TSH↓. Hay có khi chỉ có T3↑. Hay cả FT4, T3, TSH đều tăng.

- Siêu âm có thể thấy tuyến giáp to hai thùy, có một hoặc nhiều nhân. Doppler màu có thể thấy tăng hoặc giảm lượng máu tưới mô giáp.

- Xạ hình tuyến giáp: tùy theo nguyên nhân có thể thấy tăng xạ hay giảm xạ, tuyến giáp lan tỏa hay có một hoặc nhiều nhân, có thể thấy mô giáp lạc chỗ.

- Độ tập trung Iod phóng xạ 24h: tùy theo nguyên nhân, độ tập trung Iod phóng xạ có thể tăng hoặc giảm.

III. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT :

Thường chẩn đoán phân biệt với các thể lâm sàng đặc biệt của cường giáp chỉ biểu hiện triệu chứng về tim mạch, tiêu hóa hay thần kinh tâm thần... Hay các tình trạng nghiện rượu, u tùy thượng thận, rối loạn thần kinh thực vật nhất là khi có bướu giáp kèm theo.

IV. ĐIỀU TRỊ :

Cường giáp có hai tình trạng cấp tính cần phải điều trị tích cực và sau đó tùy theo nguyên nhân mà có phương pháp điều trị thích hợp cho từng nguyên nhân.

1. Con bão giáp trạng:

- Lâm sàng: Là triệu chứng lâm sàng cường giáp chung, nhưng biểu hiện nặng hơn. Sau đây là bảng tính điểm của Wartofsky, dựa trên đó đánh giá khả năng bị cơn bão giáp trạng:

Triệu chứng	Điểm
Rối loạn điều hòa nhiệt độ	
○ 37,2 – 37,7 °C	5
○ 37,8 – 38,2 °C	10
○ 38,3 – 38,8 °C	15
○ 38,9 – 39,4 °C	20
○ 39,5 – 39,9 °C	25
○ ≥ 40 °C	30
Ảnh hưởng thần kinh trung ương	
○ Không có	0
○ Kích động nhẹ	10
○ Nói sảng, rối loạn tâm thần, lừ đừ	20
○ Kinh giật hay hôn mê	30
Rối loạn tiêu hóa	
○ Không có	0
○ Tiêu chảy, nôn, buồn nôn, đau bụng	10
○ Vàng da không tìm được nguyên nhân	20
Rối loạn tim mạch	
❖ Tim đập nhanh	
○ 90-109 l/p	5
○ 110 – 119 l/p	10
○ 120 – 129 l/p	15
○ 130 – 139 l/p	20
○ ≥ 140 l/p	25
❖ Suy tim:	
○ Không có	0

o Nhẹ (phù)	5
o Trung bình (ran nõ ở đáy phổi)	10
o Nặng (phù phổi)	15
❖ Rung Nhĩ	
o Không có	0
o Có	10
Bệnh sử có yếu tố thuận lợi (mồ, nhiễm trùng, khác):	
o Không có	0
o Có	10

Khi không thể phân biệt là triệu chứng của bệnh đi kèm hoặc của cơn bão giáp trạng, sẽ cho điểm cao nhất thuận lợi cho cơn bão giáp.

Kết quả: dựa trên điểm toàn bộ, khả năng bị cơn bão giáp như sau:

- Dưới 25 điểm: có ít khả năng bị cơn bão giáp
- Từ 25 – 44 điểm: nhiều khả năng là cơn bão giáp
- Trên 45 điểm rất nhiều khả năng là cơn bão giáp

- Cận lâm sàng:

+ FT4↑, T3↑, TSH↓. Đôi khi chỉ có T3↑.

+ Chức năng gan cũng thường bị rối loạn: bilirubin huyết thanh tăng, thời gian prothrombin kéo dài, AST, ALT tăng. Có thể tăng calci huyết, tăng đường huyết. Hạ đường huyết là dấu hiệu xấu, có thể xảy ra do giảm dự trữ glycogen ở gan, do tăng sử dụng glucose ở mô ngoại vi, do giảm tân sinh đường vì suy gan.

+ Cortisol máu gia tăng như trong các trường hợp stress khác. Tuy nhiên có thể kết hợp với bệnh tự miễn khác là suy tuyến thượng thận, nếu thấy tăng kali máu, hạ natri máu, tăng calci máu thì phải nghĩ có suy tuyến thượng đi kèm.

- Điều trị:

+ Giảm tổng hợp hormone giáp:

. PTU 300-400mg liều đầu, sau đó 200mg/4h trong 24h, sau đó 300-600mg/ngày trong 3-6 tuần cho đến khi kiểm soát được tình trạng cường giáp, hoặc

. Thyrozole(Methimazole) 30-40mg liều đầu, sau đó 20-30mg/8h trong 24h đầu, sau đó 30-60mg/ngày cho đến khi kiểm soát được cường giáp, hoặc

. Carbimazole (Neo- Mercazole) 60-80mg/ngày

+ Giảm phóng thích hormone giáp:

. Lugol 5% 5-10 giọt /4h, hoặc

. SSKI (Saturated Solution of Potassium Iodine) 5-10 giọt/6h, hoặc

. Iodate hay Iopanoic acid 0,5g/12h

+ Giảm tác dụng ngoại biên của hormone giáp:

. Propranolol 1-2mg TMC 5-10 phút, tổng liều 10mg hay uống Propranolol 40-80mg/6h, hoặc

. Esmolol 250-500µg/kg/p bolus TM, sau đó 50µg/kg/p, monitoring theo dõi.

. Nếu có CCĐ ức chế beta thì có thể dùng Diltiazem hay Verapamil.

+ Giảm chuyển T4---> T3 ở ngoại vi:

. PTU, Propranolol

. Hydrocortison hemisuccinat 50-100mg/6-8h TM, hoặc uống Prednison 40-60mg/ngày, hoặc uống Dexamethason 2mg/6h.

+ Các điều trị phụ trợ:

. Bù nước-điện giải hợp lý, dinh dưỡng qua sonde

. Thở Oxy

. Hạ sốt bằng lau mát, dùng Acetaminophen, nằm phòng lạnh.

- . Dùng an thần Phenobarbital nếu cần.
- . Nếu có suy tim thì dùng thêm lợi tiểu, Digoxin, dẫn mạch.
- . Điều trị các yếu tố thúc đẩy như chấn thương, phẫu thuật, nhiễm trùng...

Sau khi phối hợp PTU, Dexamethason, Iod thì nồng độ T3 thường trở về bình thường sau 24-48h, sau khi lâm sàng ổn định có thể giảm dần Dexamethason và Iod, PTU dùng tiếp tục cho đến khi chuyển hóa về gần bình thường. Con báo giáp trạng có thể kéo dài 1-8 ngày, trung bình 3 ngày.

Nếu điều trị kinh điển không đem lại kết quả thì có thể lọc máu để lấy bớt hormone giáp.

Tuy điều trị đầy đủ và kịp thời nhưng tỉ lệ tử vong còn cao khoảng 20-30% do thường có bệnh lý phối hợp nặng đi kèm. không điều trị thì tử vong 100%.

2. Liệt chu kỳ do cường giáp:

- Là một bệnh hiếm nhưng có thể đe dọa mạng sống với đặc điểm là lúc nửa đêm hoặc sáng bệnh nhân bị liệt mềm hướng lên, liệt phần dưới cơ thể và có khi lên cả hai tay, nhóm cơ gốc thân bị ảnh hưởng nhiều hơn phần xa, cơ mặt và hô hấp đôi khi có thể bị. Phản xạ gân thì bị ức chế hoặc mất hoàn toàn. Giai đoạn cấp có thể gây liệt nặng và rối loạn nhịp tim do hạ kali máu. Diễn hình là người nam gốc châu Á với triệu chứng cường giáp không điều trị và đặc biệt hơn nữa là có vận động nhiều hay ăn một lượng lớn carbohydrat trước khi đi ngủ.

- Chẩn đoán dựa trên không có tiền căn liệt chu kỳ gia đình (nhưng có yếu tố gia đình bệnh tuyến giáp tự miễn), biểu hiện lâm sàng đặc trưng và hiện diện cường giáp do Basedow hay bướu giáp nhân độc (những dạng cường giáp khác cũng có liên quan) và thường kali máu thấp.

- Chẩn đoán phân biệt: Liệt chu kỳ có tính gia đình, h/c Guillain-Barre, Porphyria cấp.

- Điều trị:

. Propranolol 60mg/6h.

. Kháng giáp tổng hợp.

. Uống Kali chloride 2g/2h và theo dõi sát kali máu.

. Tránh: Truyền kali, truyền glucose, đồng vận beta.

3. Điều trị theo từng nguyên nhân:

3.1. Basedow:

- **Thuốc kháng giáp tổng hợp:** là chọn lựa đầu tiên cho hầu hết bệnh nhân trẻ với tuyến giáp nhỏ và cường giáp vừa.

PTU 100mg/8h trong 4-8 tuần, sau đó giảm liều dần còn 50-200mg/ngày tùy theo đáp ứng và duy trì 1-2 năm. Hoặc

Methimazole 10-20 mg 1 lần/ngày trong 4-8 tuần, sau đó giảm liều dần còn 5-10mg/ngày và duy trì 1-2 năm.

Đa số bệnh nhân có đáp ứng sau 12-24 tháng điều trị, không tái phát sau khi ngưng thuốc 1 năm. Chỉ một số ít bệnh nhân đòi hỏi dùng lâu dài thậm chí 10 năm.

- **Iod phóng xạ:**

Liều 80-200 μCi /gam mô tuyến giáp / % Iod phóng xạ 24h.

Đối với người lớn tuổi có bệnh lý tim mạch, cường giáp nặng, tuyến giáp lớn(>100g) thì nên điều trị bằng kháng giáp tổng hợp, sau khi bình giáp sẽ dùng Iod phóng xạ. Thường dùng Methimazole và ngưng 5-7 ngày trước khi dùng Iod phóng xạ.

Suy giáp sau dùng Iod phóng xạ là biến chứng không thể tránh khỏi khi theo dõi đến cùng, có khoảng 80% bệnh nhân. Suy giáp thường xảy ra sau 6-12 tháng và lúc này có thể biết được bệnh có tái phát hay không. Theo dõi

FT4 và TSH mỗi 6-8 tuần, nếu có suy giáp thì dùng ngay Thyroxin 50-200 $\mu\text{g}/\text{ngày}$.

CCĐ: phụ nữ có thai, trẻ em, bệnh mắt Basedow nặng.

- **Phẫu thuật:** cắt một phần hay toàn bộ tuyến giáp. Được chỉ định khi tuyến giáp to, dị ứng hoặc không dung nạp KGTH, từ chối dùng Iod phóng xạ, phụ nữ có thai cường giáp nặng có dị ứng KGTH.

Bệnh nhân được dùng KGTH đến khi bình giáp (khoảng 6 tuần), 2 tuần trước khi mổ dùng thêm SSKI 5 giọt 2 lần/ngày.

3.2. U độc tuyến giáp:

- Dùng Iod phóng xạ 20-30 mCi.
- Phẫu thuật khi nhân giáp to gây chèn ép khó thở.
- KGTH dùng trước để bình giáp sau đó dùng Iod phóng xạ hoặc phẫu thuật.

3.3. Bướu giáp đa nhân hóa độc:

- Dùng KGTH ổn định trước sau đó dùng Iod phóng xạ.
- Cũng có thể phẫu thuật nếu phẫu thuật viên có kinh nghiệm.

3.4. Cường giáp do Amiodarone:

- Cường giáp do quá tải Iod--->Methimazole 40-60mg/ngày $\pm$ - β .
- Cường giáp do viêm giáp bởi Iod---> Prednison.
- Phối hợp cả hai---> KGTH + Prednison.

Phẫu thuật cắt hoàn toàn tuyến giáp cũng khả thi nếu BN không đáp ứng thuốc.

3.5. Viêm giáp bán cấp và viêm giáp im lặng:

- Có thể gây cường giáp từ vừa đến nặng, dùng KGTH và hoặc Prednison điều trị thích hợp cho từng trường hợp và từng giai đoạn.

3.6. Những nguyên nhân hiếm khác:

- U quái buồng trứng---> Phẫu thuật cắt bỏ u quái.

- Ung thư giáp: chỉ một số ít trường hợp ung thư giáp di căn có cường giáp---> Dùng Iod phóng xạ.

- Thai trứng và carcinoma đệm nuôi---> phẫu thuật.

- U tuyến yên tiết TSH---> KGTH, phẫu thuật cắt khối u, xạ trị, Iod phóng xạ.

- Hội chứng đề kháng hormone giáp---> tùy theo thể và biểu hiện lâm sàng mà có điều trị thích hợp.

- Uống hoặc ăn phải chế phẩm có hormone giáp---> ngưng dùng.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN:

Tùy theo bệnh cảnh mà thời gian nằm viện dài hay ngắn, ra viện khi kiểm soát được tình trạng cường giáp trên lâm sàng(HA ổn định, nhịp tim 70-80l/p, hết tiểu nhiều, hết các triệu chứng cường giao cảm, rối loạn tiêu hóa,...),cận lâm sàng trở về bình thường muộn hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Mai Thế Trạch, Nguyễn Thy Khuê, Nội tiết học đại cương, nhà xuất bản Y học, 2007.
2. Basic and clinical endocrinology, 8th edition, 2007
3. Kenneth Ain, MD, Sara Rosenthal PhD, The complete thyroid book, 2005
4. Harrison's principles of internal medicine, 16th edition, 2005.
5. Williams Textbook of endocrinology, 10th edition, 2003.

ĐIỀU TRỊ VIÊM KHỚP GÚT

I. ĐỊNH NGHĨA:

Viêm khớp gút là bệnh do rối loạn chuyển hóa các nhân Purin. Bệnh là một nhóm các rối loạn, kết hợp ≥ 2 biểu hiện sau :

1. Tăng acid uric trong máu $> 420 \mu\text{mol/L}$ (hay $> 7 \text{ mg/dL}$).
2. Con gút cấp, viêm cấp một khớp điển hình.
3. Các u cục ở quanh khớp (Tophi) do lắng đọng tinh thể urate ở khớp và quanh khớp.
4. Suy thận mạn do lắng đọng các tinh thể urate ở nhu mô thận.
5. Sỏi thận do lắng đọng các tinh thể urate ở ống thận.

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN VIÊM KHỚP GÚT:

Tiêu chuẩn của ILAR và OMERACT năm 2000:

1. Có tinh thể urate đặc trưng trong dịch khớp, và / hoặc :
2. Tophi được chứng minh có chứa tinh thể Urate bằng phương pháp hóa học hoặc kính hiển vi phân cực, và / hoặc :
3. Có 6/12 trạng thái lâm sàng, xét nghiệm và X-Quang sau :
 - 3.1. Viêm tiến triển tối đa trong vòng 1 ngày.
 - 3.2. Có hơn 1 cơn viêm khớp cấp.
 - 3.3. Viêm khớp ở 1 khớp.
 - 3.4. Đỏ vùng khớp.
 - 3.5. Sưng, đau khớp bàn ngón chân I.
 - 3.6. Viêm khớp bàn ngón chân I ở 1 bên.
 - 3.7. Viêm khớp cổ chân 1 bên.
 - 3.8. Tophi nhìn thấy được.
 - 3.9. Tăng acid uric máu.
 - 3.10. Sưng khớp không đối xứng.

3.11. Nang dưới vỏ xương, không khuyết xương.

3.12. Cây vi khuẩn âm tính

III. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH:

1. **Lâm sàng** : dựa vào giới, tuổi, vị trí, tính chất (con viêm khớp cấp),
hoàn cảnh xảy ra cơn viêm khớp cấp.

2. **Xét nghiệm** : Dịch khớp, Acid uric máu, Acid uric niệu 24 giờ, tốc độ lắng máu, công thức máu.

3. Tiêu chuẩn chẩn đoán.

IV. ĐIỀU TRỊ:

1. Điều trị cơn gút cấp:

Sử dụng thuốc chống viêm không steroid, colchicin, corticosteroid.

1.1. Các thuốc chống viêm không steroid: được ưu tiên sử dụng, nếu không dung nạp hoặc không đáp ứng với điều trị kháng viêm không steroides, thì điều trị thay thế hoặc phối hợp với colchicin

- Diclofenac 75mg, tiêm bắp 1-2 ống một ngày trong 2-3 ngày, sau đó chuyển sang uống 100mg một ngày.

- Meloxicam 15mg tiêm bắp 1 ống/ 1 ngày trong 3 ngày, sau đó chuyển sang uống viên 7,5mg, uống 2 viên một ngày chia 2 lần.

1.2. Colchicin :

Bắt đầu bằng liều 3 mg trong 24 giờ, chia ba lần, trong 2 ngày; tiếp theo: 2 mg/24 giờ, chia hai lần, trong 2 ngày tiếp; sau đó: 1 mg/ 24 giờ, duy trì trong 15 ngày để tránh tái phát.

1.3. Corticosteroid:

Chỉ dùng khi hai thuốc trên bị chống chỉ định hay không có kết quả.

2. Điều trị dự phòng tái phát:

2.1. Hạ và duy trì acid uric máu ở mức cho phép ($< 300 \mu\text{mol/L}$ hay $< 5 \text{ mg/dL}$).

- Đường ngoại sinh : Hạn chế rượu bia và các thức ăn chứa nhiều nhân purin.

- Đường nội sinh :

+ Thuốc giảm tổng hợp acid uric: Allopurinol: khởi đầu 100 mg/ ngày. Liều 200- 400 mg/ 24 giờ.

+ Thuốc tăng thải acid uric: Probenecid bắt đầu 250mg x 2 lần/ngày

+ Kiểm soát tốt các bệnh kèm theo: tăng huyết áp, bệnh lý mạch vành, đái tháo đường, rối loạn lipid máu...

2.2 Chế độ ăn uống sinh hoạt :

- Uống nhiều nước, Không uống rượu bia, không ăn mỡ, giảm đường, giảm Chocolate, Cacao...

- Không ăn thức ăn giàu purin: tim, gan, thận, óc, hạt vừng, cá trích, cá dòi, cá sardin...

- Chế độ giảm protid 1g Protid / kg / ngày.

- Tập vận động đều hàng ngày, tránh béo phì, tránh gắng sức, tránh căng thẳng, tránh lạnh đột ngột.

TÀI LIỆU THAM KHẢO :

1. Harrison's Principles of Internal Medicine; Edition 17th; 2008.

2. Gary S. Firestein et al. Kelly's Text book of Rheumatology, 8th edition, 2008.

3. Trường Đại học Y Hà Nội- Các Bộ môn Nội- Bài giảng bệnh học Nội khoa tập 2, 2008.

4. Trường Đại học Y Hà Nội- Các Bộ môn Nội- Điều trị học Nội khoa tập 1, 2007.

5. PGS TS BS. Lê Anh Thư- Bài giảng viêm khớp gút, 2008

6. Ths BS. Đoàn Thị Tuyết Ngân- Bài giảng viêm khớp gút, 2005

HỘI CHỨNG CUSHING

I. ĐỊNH NGHĨA :

- Sự gia tăng Glucocorticoid mạn tính do nhiều nguyên nhân khác nhau gây ra hội chứng Cushing

- Nguyên nhân thường gặp nhất là do sử dụng corticoid hay ACTH ngoại sinh, các nguyên nhân khác là do rối loạn hạ đồi-tuyến yên (u tuyến yên tiết ACTH, u vùng hạ đồi tiết CRH) hay do sự tiết ACTH, CRH lạc chỗ của các khối u (u tế bào nhỏ ở phổi, carcinoma phế quản, tuyến ức, ruột, tụy, buồng trứng, carcinoma giáp dạng tủy, u tủy thượng thận) hay rối loạn tại tuyến thượng thận (Adenoma thượng thận, Carcinoma thượng thận, tăng sản dạng hột thượng thận)

II. CHẨN ĐOÁN:

I. Lâm sàng : Sau đây là bảng các dấu hiệu lâm sàng và tỉ lệ % xuất hiện

- Tổng quát:

- + Béo phì 90%
- + Tăng huyết áp 85%

- Da:

- + Da mặt ửng đỏ 70%
- + Rậm lông 75%
- + Vết rạn da 50%
- + Mụn 35%
- + Vết bầm da 35%

- Cơ-xương:

- + Loãng xương 80%
- + Yếu mệt cơ 65%

- Thần kinh-tâm thần 85%

- + Dễ xúc động

- + Hưng phấn
- + Trầm cảm
- + Loạn tâm thần
- Sinh dục:
 - + Rối loạn kinh nguyệt 70%
 - + Bất lực, giảm libido 85%
- Chuyển hóa:
 - + Rối loạn dung nạp glucose 75%
 - + Đái tháo đường 20%
 - + Tăng lipid máu 70%
 - + Đa niệu 30%
 - + Sỏi thận 15%

Ngoài các triệu chứng liệt kê ở trên, bệnh nhân còn có thể có các triệu chứng hay là biến chứng của hội chứng Cushing là tình trạng dễ bị nhiễm trùng như viêm phổi, viêm đường tiểu và đặc biệt là nhiễm nấm, nhiễm lao. Trong hội chứng Cushing do u vùng hạ đồi-tuyến yên còn có triệu chứng của khối choáng chỗ như đau đầu, liệt các dây III, IV, VI.

2. Cận lâm sàng:

2.1. Xét nghiệm thông thường:

- CTM: hồng cầu và bạch cầu thường trong giới hạn bình thường.
- Sinh hóa máu: Ion đồ bình thường trong đa số trường hợp, đôi khi có kiềm máu tăng kali máu trong trường hợp tiết ACTH lạc chỗ hay carcinoma thượng thận. Tăng đường máu khi đói, tăng đường máu sau ăn hay là gây ra đái tháo đường thật sự. Tăng Cholesterol, tăng Triglyceride, giảm HDL.
- Điện tâm đồ: Có thể dày thất, thiếu máu cục bộ cơ tim, dẫu hạ Kali máu.

- X-quang: Có thể thấy bóng tim to, xẹp đốt sống, gãy xương sườn, sạn hệ niệu.

- Siêu âm: Có thể thấy tuyến thượng thận lớn, sỏi hệ niệu.

- Nước tiểu: Có thể có glucose niệu, canci niệu tăng.

- CT Scan, MRI có thể phát hiện các khối u.

2.2. Xét nghiệm đặc hiệu:

- Cortisol/máu lúc 24h > $7\mu\text{g/dL}$ ---> h/c Cushing

- Cortisol/nước bọt lúc 24h (bt: 0,11-0,15 $\mu\text{g/dL}$)

Nếu > 0,25 $\mu\text{g/dL}$ nhiều lần thử ---> h/c Cushing

- Nghiệm pháp(NP) ức chế Dexamethason qua đêm: Uống 1mg Dexamethason lúc 23h, 8h sáng đo cortisol/máu.

Bt: cortisol/máu < 1,8 $\mu\text{g/dL}$

Cortisol/máu < 5 $\mu\text{g/dL}$ và cortisol/niệu 24h < 50 μg ---> khó Δ .

Cortisol/máu và nước tiểu 24h đều tăng ---> h/c Cushing.

- NP ức chế Dexamethason liều thấp:

N1: đo cortisol/máu lúc 8h và cortisol tự do, 17OH/nước tiểu 24h

N2,N3: Uống Dexamethason 0,5mg/6h

N3: đo cortisol tự do, 17OH/nước tiểu 24h

N4: đo cortisol/máu lúc 8h.

Bt: cortisol/máu < 5 $\mu\text{g/dL}$

17OH/nt 24h < 4mg

Cortisol/nt 24h < 25 μg .

---> Nhảy 79%, chuyên biệt 74%. Có thể cho dương tính và âm tính giả.

- NP phối hợp Dexamethason-CRH:

N1,N2: 0,5mg/6h. Liều đầu buổi trưa, liều cuối 6h sáng.

N3: Tiêm mạch CRH 1 $\mu\text{g/kg}$ lúc 8h, sau 15 phút lấy máu đo cortisol và ACTH.

Bt: cortisol/máu $\leq 1,4 \mu\text{g/dL}$

Cortisol/máu $> 1,4 \mu\text{g/dL}$ ---> h/c Cushing.

ACTH/máu $> 15 \text{ pg/mL}$ ---> h/c Cushing.

- Đo ACTH/máu lúc 16h và ACTH sau tiêm mạch CRH:

ACTH $< 5 \text{ pg/mL}$ và sau tiêm CRH $< 10 \text{ pg/mL}$ ---> h/c Cushing không tùy thuộc ACTH (U thượng thận, tăng sản vỏ thượng thận, h/c Cushing do thuốc).

ACTH $> 10 \text{ pg/mL}$ thường thì $> 52 \text{ pg/mL}$ ---> h/c Cushing tùy thuộc ACTH (U tuyến yên, u lạc chỗ tiết ACTH). ACTH $> 200 \text{ pg/mL}$ ---> u tiết ACTH lạc chỗ, ACTH 30-150 pg/mL ---> U hạ khâu não-tuyến yên.

Tuy nhiên nồng độ ACTH vẫn trùng lặp trong một số trường hợp. Do vậy, nếu nồng độ ACTH trước tiêm CRH không cho phép chẩn đoán ---> CRH 1mg/kg tiêm mạch, nếu sau tiêm cortisol/máu tăng lên 20% và ACTH tăng lên 50% ---> h/c Cushing tùy thuộc ACTH.

- NP ức chế Dexamethason liều cao:

Thực hiện giống như ức chế liều thấp chỉ khác là uống Dexamethason 2mg/6h.

Nếu cortisol/máu hoặc 17OH/nt 24h giảm hơn 50% so với trước khi uống ---> U hạ đồi-tuyến yên. Nếu không ---> U tiết ACTH lạc chỗ.

---> Hiện nay không dùng vì cho kết quả không rõ ràng.

- NP ức chế 8mg Dexamethason qua đêm:

Uống 8mg Dexamethason lúc 23h, 8h sáng đo cortisol/máu

Nếu giảm hơn 50% so với chưa uống ---> U hạ đồi-tuyến yên.

- Đo nồng độ ACTH xoang đá dưới:

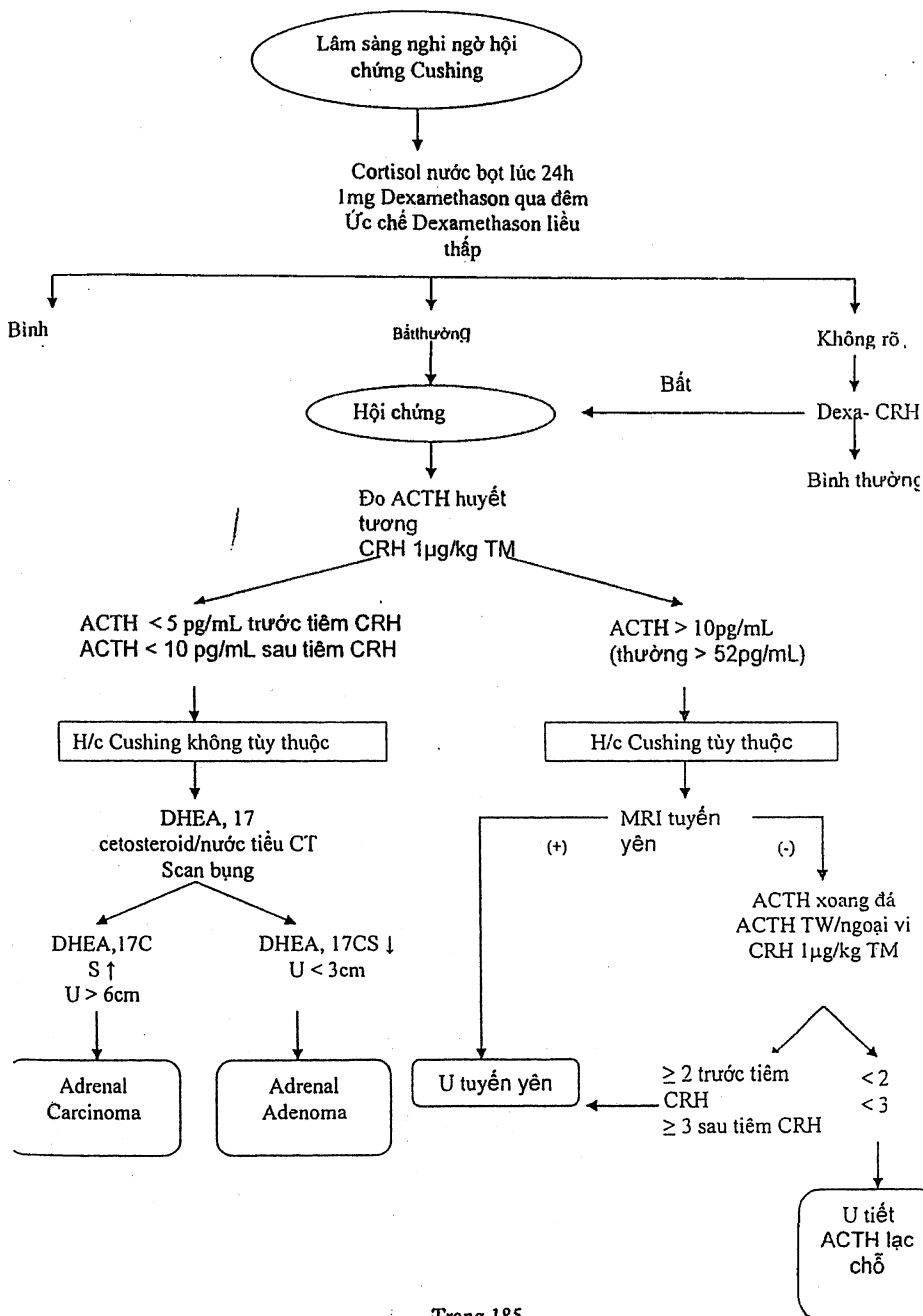
Lấy máu tĩnh mạch để đo ACTH tại xoang đá mỗi bên và tĩnh mạch ngoại vi trước và sau tiêm CRH 1 $\mu\text{g/kg}$ vào lúc 2,3,5 và 10 phút. Lập tỉ số ACTH tại xoang đá trên tĩnh mạch ngoại vi.

Nếu tỉ số này ≥ 2 trước khi tiêm CRH và ≥ 3 sau khi tiêm CRH ---
> Bệnh Cushing (u tuyến yên tiết ACTH).

Nếu tỉ số này < 2 trước khi tiêm CRH và < 3 sau khi tiêm CRH ---
> U tiết ACTH lạc chỗ.

Nồng độ ACTH ở xoang đá bên nào cao, tỉ lệ $> 1,4$ ---> microadenoma ở bên đó.

Chẩn đoán hội chứng Cushing cần khai thác kỹ tiền căn và khám lâm sàng có thể giúp chẩn đoán phân biệt với h/c Cushing giả (bệnh béo phì, người nghiện rượu, trầm cảm, các tình trạng bệnh lý nặng khác), để chẩn đoán xác định nguyên nhân gây bệnh thì cần các xét nghiệm sinh hóa chuyên sâu và các nghiệm pháp động và trên cơ sở đó có hướng điều trị hiệu quả cho bệnh nhân. Sau đây là sơ đồ từng bước để chẩn đoán xác định bệnh:



III. ĐIỀU TRỊ :

Hội chứng Cushing nếu không điều trị thì đa số tử vong do các biến chứng tim mạch (tăng huyết áp, nhồi máu cơ tim, suy tim), tai biến mạch máu não, loét loét đường, rối loạn nước điện giải và thăng bằng kiềm toan, các tình trạng dễ bị nhiễm trùng,... Ở những bệnh nhân bị h/c Cushing do u tiết ACTH lạc chỗ thì có thể tử vong do tính chất ác tính của khối u mà trên lâm sàng chưa biểu hiện rõ kiểu hình Cushing đặc trưng.

1. Các thuốc ức chế sự tiết cortisol:

- Ketoconazole 400-500mg chia 2 lần uống mỗi ngày.
- Metyrapon 2g/ngày cùng với Aminoglutethimid 1g/ngày chia 4 lần.
- Mitotan 3-6g/ngày.

2. Bệnh Cushing (u tuyến yên tiết ACTH):

Điều trị tốt nhất bằng phương pháp phẫu thuật. Vì phẫu thuật tuyến yên bằng đường tiếp cận qua xương bướm thành công 80%, tử vong hiếm, tai biến 2%. Ngoài ra khi thất bại thì cắt tuyến thượng thận hai bên, biến chứng xảy ra sau đó là hội chứng Nelson.

3. U tiết ACTH lạc chỗ:

Điều trị tận gốc là cắt bỏ khối u, nếu u ác tính và di căn xa không thể mổ được thì dùng thuốc ức chế tiết cortisol. Khi phương pháp trên không thành công có thể cắt bỏ tuyến thượng thận hai bên. Dự hậu xấu nếu mức độ ác tính của khối u cao. Carcinoid phổi, u tuyến ức, u tủy thượng thận có thể khỏi bệnh sau phẫu thuật.

4. U tuyến thượng thận:

Chủ yếu là phẫu thuật nội soi nếu là adenoma hoặc kích thước u nhỏ. Bệnh nhân sẽ bị suy thượng thận sau mổ do đó phải dùng cortisol thay thế trong và sau phẫu thuật cho đến khi tuyến thượng thận còn lại hồi phục, dự

hậu tốt. Carcinoma thượng thận sau mổ nếu còn tàn dư thì dùng Mitotan ức chế tổng hợp cortisol, dự hậu xấu cho carcinoma.

5. Hội chứng Cushing do thuốc:

- Corticoid được sử dụng trong rất nhiều chuyên khoa như bệnh nội tiết (điều trị hormone thay thế trong bệnh Addison, suy tuyến yên, tăng sản thượng thận bẩm sinh, điều trị bệnh mắt Basedow), bệnh về da (viêm da, pemphigus), bệnh máu (bệnh bạch cầu, u lympho, thiếu máu tán huyết, xuất huyết giảm tiểu cầu vô căn), bệnh ống tiêu hóa (loét đại tràng, bệnh Crohn), bệnh gan (viêm gan mạn, ghép gan), bệnh thận (h/c thận hư, ghép thận), bệnh hệ thống thần kinh trung ương (phù não, tăng áp lực nội sọ), bệnh hô hấp (phù mạch, phản vệ, hen suyễn, sarcoidosis, lao, bệnh phổi tắc nghẽn), bệnh thấp (lupus hệ thống, viêm đa động mạch, viêm khớp dạng thấp), bệnh cơ (viêm đa cơ, bệnh nhược cơ nặng). Vì vậy h/c Cushing do thuốc chiếm tỉ lệ cao và rất thường gặp trên lâm sàng.

- Corticoid dùng đường toàn thân, dạng thoa hay khí dung đều có thể gây h/c Cushing. Dùng corticoid gây h/c Cushing tùy thuộc liều lượng, thời gian dùng và bán hủy của thuốc. Khi dùng đường toàn thân liều cao hơn 3 tuần có thể gây h/c Cushing.

- Bệnh nhân có thể gặp các biến chứng như trong h/c Cushing nội sinh như mô tả ở trên, bên cạnh đó bệnh nhân còn rất dễ rơi vào cơn suy thượng thận cấp khi gặp stress nặng hay ngưng thuốc đột ngột. Cơn suy thượng thận cấp là một cấp cứu nội khoa.

- Lâm sàng cơn suy thượng thận cấp:

- + Tụt huyết áp và shock
- + Sốt
- + Đau bụng
- + Mất nước giảm thể tích lưu hành

- + Chán ăn, buồn nôn, nôn,
- + Yếu mệt, thờ ơ, ức chế thần kinh
- + Hạ đường máu.

* **Điều trị** : Bù Corticoides và cân bằng điện giải cần phải tiến hành song song.

+ Hydrocortison 100mg TM mỗi 6-8h trong 24h đầu, nếu ổn định giảm còn 50mg mỗi 6-8h duy trì 3-4 ngày, sau đó chuyển qua dùng đường uống với liều tương đương của prednison, liều uống đầu tiên trước liều tiêm mạch cuối cùng. Sau đó giảm 2,5mg/ngày cho mỗi tuần đến liều 10mg/ngày, sau đó giảm 1mg/ngày cho mỗi tuần. Trong khi giảm liều nếu triệu chứng nặng trở lại thì phải tăng liều hydrocortison trở lại.

+ Bù dịch và điện giải bằng Glucose 5% và Natrichlorua 0,9%. Ở bệnh nhân suy thượng thận nguyên phát có thể cần thêm mineralocorticoid. Điều trị các yếu tố thúc đẩy như stress, nhiễm trùng...

- Tiêu chuẩn ra viện tùy vào biến chứng nào của h/c Cushing khiến bệnh nhân vào viện như bệnh tim mạch, tai biến mạch máu não, tăng đường máu, loãng xương, nhiễm trùng... bên cạnh đó phải chấm dứt được tình trạng phụ thuộc vào corticoid của bệnh nhân bằng cách giảm liều từ từ theo bậc thang trước khi ngưng hẳn. Ở các bệnh nhân cần corticoid trong phác đồ điều trị bệnh thường xuyên như ghép tạng, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính thì tiên lượng xấu hơn.

- **Phòng ngừa cơn suy thượng thận cấp**: dùng corticoid đúng chỉ định, liều lượng và thời gian dùng thích hợp, giảm liều dần rồi mới ngưng hẳn. Đối với người đang dùng liều hormone thay thế khi có cảm cúm thì tăng liều gấp 2-3 lần, có khi nặng cần tiêm hydrocortison và phải nhập viện, hay khi phải phẫu thuật cần dùng 50-100mg hydrocortison TB ngay lúc vào phòng mổ sau đó 50mg/6h TB hoặc TM trong 24h đầu sau đó giảm liều như hướng dẫn ở

trên. Bệnh nhân cần có thẻ đeo cổ hay đeo vòng tay ghi rõ tình trạng bệnh lý cần phải sử dụng corticoid thay thế để khi có tình trạng cấp cứu được xử trí đúng và kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Mai Thế Trạch, Nguyễn Thy Khuê, Nội tiết học đại cương, nhà xuất bản Y học, 2007.
2. Basic and clinical endocrinology, 8th edition, 2007
3. Harrison's principles of internal medicine, 16th edition, 2005.
4. Williams Textbook of endocrinology, 10th edition, 2003.

NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP CÓ ĐOẠN ST CHÊNH LÊN

I. ĐỊNH NGHĨA:

Nhồi máu cơ tim cấp có đoạn ST chênh lên là một cấp cứu nội khoa gây ra bởi sự hình thành cục huyết khối do vỡ các mảng xơ vữa động mạch trong tuần hoàn động mạch vành.

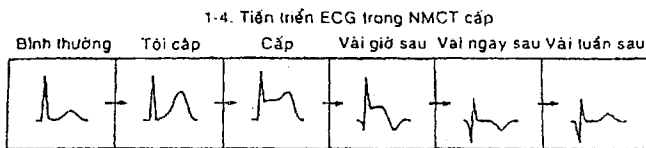
II. CHẨN ĐOÁN :

- Chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp dựa vào hai trong ba nhóm triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng sau:

- + Cơn đau thắt ngực kiểu mạch vành và kéo dài trên 30 phút.
- + Biến đổi động học của Điện tâm đồ
- + Biến đổi động học của men tim

- Khoảng 15% - 20% trường hợp NMCT, có thể không đau ngực nhất là bệnh nhân hậu phẫu, già, đái tháo đường, tăng huyết áp, phụ nữ. Ở những bệnh nhân này, triệu chứng có thể chỉ là khó thở, suy tim đột ngột hay sảng cấp.

- Sự biến đổi điện tâm đồ và men tim theo thời gian rất quan trọng, bệnh nhân nghi ngờ nhồi máu cơ tim cấp cần đo điện tâm đồ và men tim mỗi 6 giờ.

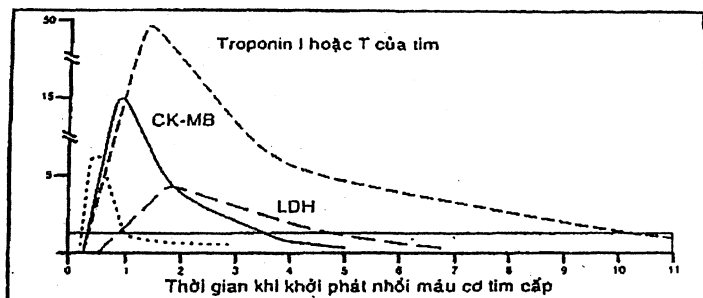


- Đo nhiều lần, tỉ lệ dương tính mới cao. ST chênh lên >2mm ở chuyển đạo trước tim hoặc >1mm ở chuyển đạo ngoại biên, ít nhất 2 chuyển đạo, xuất hiện sóng Q hoại tử cho kết quả dương tính trong 24 giờ đầu.

- Đối với NMCT thành dưới cấp, nên ghi thêm các chuyển đạo bên phải để phát hiện NMCT thất (P).

- Tất cả các bệnh nhân nên được theo dõi điện tim liên tục ngay khi đến phòng cấp cứu.

i. Sự phóng thích men tim vào trong dòng máu sau NMCT cấp



- Các Troponin đặc hiệu cho tim được sử dụng như là dấu ấn sinh học lý tưởng để chẩn đoán NMCT cấp khi bệnh nhân đồng thời có tổn thương các cơ khác.

- + Tăng troponin I xuất hiện sớm 3 – 6 giờ sau khi đau ngực.
- + Tăng CK – MB xuất hiện sớm trong vòng 24 giờ đầu.
- + Tăng SGOT: xuất hiện sớm trong vòng 24 giờ.
- + Tăng LDH xuất hiện 4 ngày sau và kéo dài.

- Với các bệnh nhân có ST chênh lên trên điện tâm đồ 12 chuyển đạo và các triệu chứng của NMCT cấp có đoạn ST chênh lên, các biện pháp tái tưới máu nên được thực hiện càng sớm càng tốt không phụ thuộc vào kết quả xét nghiệm men tim.

*** Các cận lâm sàng khác (để chẩn đoán phân biệt):**

- XQ tim phổi thẳng tại giường.
- ECHO tim qua thành ngực.

- CTScanner ngực

III. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

Cần chẩn đoán phân biệt đau ngực với một số bệnh lý khác :

- Bóc tách động mạch chủ
- Viêm màng ngoài tim cấp
- Đau ngực ở bệnh nhân bị bệnh cơ tim phì đại
- Đau ngực do bệnh lý thực quản, phần cao của dạ dày ruột hoặc túi mật.
- Bệnh phổi (nhiễm trùng phổi, thuyên tắc phổi, tràn khí màng phổi)
- Hội chứng tăng thông khí
- Đau lồng ngực do xương và thần kinh
- Đau do tâm lý

IV. PHÂN LOẠI LÂM SÀNG THEO KILLIP:

- Killip I : không có ran phổi hay T3
- Killip II : có ran ẩm dưới 1/2 phế trường ,có hay không có T3
- Killip III : ran trên ½ phế trường và có T3
- Killip IV : choáng tim

V. ĐIỀU TRỊ:

Bệnh nhân NMCT cấp nên được nhập viện vào đơn vị chăm sóc đặc biệt bệnh ĐMV: nơi yên tĩnh, có môi trường thoải mái, được theo dõi điện tim, độ bão hòa oxy trong máu động mạch liên tục và có đủ các phương tiện theo dõi huyết động cũng như máy sốc điện.

1. Các biện pháp chung :

- **Mức độ hoạt động thể lực** : sau 12-24 giờ có thể cho phép bệnh nhân có tình trạng huyết động chưa ổn định hay vẫn còn thiếu máu cơ tim vận động nhẹ nhàng trên giường

- **Các bước trong chăm sóc bệnh nhân NMCT cấp:**

+ *Đặt đường truyền tĩnh mạch*, truyền dung dịch Natriclorua đẳng trương để giữ ven. Đường truyền thứ hai (nếu cần) để truyền một số thuốc khác.

+ *Theo dõi dấu hiệu sinh tồn 30 phút/lần* đến khi bệnh nhân ổn định, sau đó cứ 4 giờ/lần (nếu thấy cần thiết). Báo cho bác sĩ nếu các dấu hiệu sinh tồn bất thường (tần số tim < 60 l/p hay > 100 l/p; HA tâm thu < 100 mmHg hay > 150 mmHg; nhịp thở < 8 lần/phút hay > 22 lần/phút)

+ *Theo dõi điện tim liên tục* để phát hiện các rối loạn nhịp tim và sự biến đổi đoạn ST.

+ *Chế độ ăn*: không cho bệnh nhân ăn mà chỉ nên cho bệnh nhân uống những ngụm nước nhỏ cho đến khi tình trạng bệnh nhân tương đối ổn định. Sau đó ăn chế độ với 2 gam muối / ngày, hạn chế chất béo bão hòa, cholesterol.

+ *Chế độ vận động thể lực*: nghỉ tại giường, vận động nhẹ nhàng trên giường khi tình trạng ổn định.

+ *Thở oxy*: theo dõi độ bão hòa oxy máu động mạch liên tục. Thở oxy qua ống thông mũi 2 lít/phút trong 6 giờ đầu, sau đó đánh giá lại nhu cầu thở oxy của bệnh nhân.

+ *Chế độ thuốc*: cần cho bệnh nhân thêm thuốc nhuận tràng để tránh táo bón.

+ *Làm xét nghiệm*: kiểm tra các dấu ấn sinh học của hoại tử cơ tim, công thức máu, INR, aPTT, điện giải đồ, Magne máu, chức năng thận, glucose máu, lipide máu..

- **Giáo dục sức khỏe trong quá trình nằm viện**: bệnh nhân cần được giáo dục sức khỏe như: uống thuốc đều đặn, đúng giờ, cai thuốc lá, chế độ ăn kiêng, chế độ vận động...

- **Giảm đau/chống lo âu:** nên đánh giá mức độ lo lắng của bệnh nhân một cách thường qui nên dùng thuốc chống lo âu cho bệnh nhân NMCT cấp.

2. Điều trị thường quy :

2.1.Thở oxy: Từ 2 – 4 lít/phút, khi bệnh nhân có khó thở, SpO₂ < 90% hay khi có dấu hiệu suy tim. Có thể cho bệnh nhân NMCT cấp không biến chứng thở oxy trong 6 giờ đầu.

2.2.Giảm đau: Morphin sulfate được ưu tiên lựa chọn giảm đau cho bệnh nhân NMCT cấp (nếu không có chống chỉ định). Liều từ 2 – 4 mg (TMC), có thể tiêm nhắc lại sau mỗi 5 – 15 phút với liều cao hơn 2 – 8 mg. *Phải ngưng các thuốc kháng viêm – giảm đau NSAIDs khi bị NMCT cấp (trừ aspirin).*

2.3.Thuốc chống đông: bệnh nhân không được điều trị tái tưới máu nên được điều trị bằng các thuốc chống đông (Enoxaparin) trong thời gian nằm viện cho tới ngày thứ 8.

* Liều dùng :

- Đối với bệnh nhân Nam có mức Creatinin < 2,5 mg/dl và Nữ < 2,0 mg/dl:

+ Dưới 75 tuổi: bắt đầu liều 30 mg (bolus TM). Sau 15 phút, 1mg/kg (TDD)/12 giờ.

+ Trên 75 tuổi, không tiêm TM. Liều TDD giảm còn 0,75mg/kg/12 giờ.

- Nếu độ thanh thải Creatinin < 30 ml/phút :

+ Liều 1 mg/kg (TDD)/ 24h không phụ thuộc tuổi tác của người bệnh.

2.4.Thuốc chống kết tập tiểu cầu:

- Aspirin : nên nhai (hay uống dạng thuốc bột) nếu bệnh nhân chưa được sử dụng Aspirin trước khi bị NMCT cấp và không có chống chỉ định

* *Liều dùng* : Khởi đầu 162 – 325 mg ngày đầu. Những ngày tiếp theo 75 – 160 mg.

- Clopidogrel : dùng phối hợp hoặc dùng thay thế Aspirin (khi bị kích ứng hay có chống chỉ định với Aspirin).

* *Liều dùng*:

+ Nếu bệnh nhân < 75 tuổi (cho dù có hay không có được áp dụng liệu pháp tái tưới máu), dùng liều nạp 300 mg trong ngày đầu, nếu có can thiệp mạch vành 600mg và liều duy trì 75 mg/ngày cho những ngày tiếp sau (ít nhất 12 tháng).

+ Nếu bệnh nhân > 75 tuổi, không dùng liều nạp clopidogrel, chỉ dùng liều duy trì 75 mg/ngày (ít nhất 12 tháng).

2.5. Thuốc chống thiếu máu cục bộ cơ tim:

2.5.1. *Nitrate* : Nitroglycerin 0,4 mg ngâm dưới lưỡi sau mỗi 5 phút có thể lập lại tối đa 3 liều. Sau đó nên xem xét truyền Nitroglycerin tĩnh mạch. Liều 5-10 µg/phút, gia tăng 5-20µg/ phút (tối đa 200 µg/phút) khi có suy tim, tăng huyết áp, đau ngực kéo dài. Truyền tĩnh mạch 24-48 giờ chuyển sang dạng uống.

2.5.2. *Ức chế beta giao cảm*: Dùng sớm trong 24 giờ đầu khi không có chống chỉ định hay không có bất kỳ các dấu hiệu nào sau đây:

- Suy tim
- Có bằng chứng cung lượng tim thấp
- Nguy cơ choáng tim (> 70 tuổi, HA max < 120 mmHg), nhịp nhanh xoang > 110 lần/phút hoặc nhịp chậm < 60 lần/phút.
- Hen phế quản, tăng phản ứng đường thở, PR > 0,24s, Block AV độ 2 – 3.

* *Liều lượng*: dùng liều thấp, tăng dần

+ Metoprolol 6,25 – 12,5 – 25 mg/ngày

+ Carvedilol 6,25 mg x 2 lần/ngày

2.5.3. Thuốc chẹn kênh Canxi:

Có thể sử dụng Verapamin hay Diltiazem cho các bệnh nhân có chống chỉ định với thuốc chẹn beta giao cảm hay dùng thuốc không hiệu quả để điều trị thiếu máu cơ tim đang tiến triển hay điều trị rung nhĩ, cuồng nhĩ nhanh sau NMCT ở các bệnh nhân không có suy tim ứ huyết, rối loạn chức năng thất trái hay Block nhĩ thất.

2.6. Ước chế men chuyển : Chỉ định trong 24 giờ đầu cho bệnh nhân NMCT cấp thành trước, ứ huyết phổi hay phân suất tổng máu < 40% trừ khi có chống chỉ định hay có tụt huyết áp.

** Liều dùng:*

- Captopril 6,25 – 25 mg/ngày

- Lisinopril 2,5 – 10 mg/ngày

2.7. Ước chế thụ thể AT II : nên được dùng thay thế khi bệnh nhân không dung nạp với UCMC, có bằng chứng lâm sàng hay trên X quang phổi của suy tim sung huyết hay phân suất tổng máu thất trái < 40%.

** Liều dùng:*

- Valsartan 40 – 80 mg/ngày

- Losartan 25 – 50 mg/ngày

2.8. Thuốc điều chỉnh lipide máu : Nhóm Statin nên khởi đầu trong 24h đầu nếu không có chống chỉ định. Statin không chỉ làm giảm lipide máu mà còn có tác dụng chống viêm.

Mục tiêu :

+ LDL- cho < 100 ng/dl

+ LDL – cho < 70 mg/dl (nếu kèm theo đái tháo đường)

2.9. Kiểm soát đường huyết : Bằng insulin (nếu có chỉ định)

2.10. Liệu pháp tái tưới máu mạch vành:

a. Liệu pháp tiêu sợi huyết:

*** Chỉ định dùng tiêu sợi huyết:**

Nếu không có chống chỉ định nên sử dụng tiêu sợi huyết cho những bệnh nhân có những biểu hiện đau thắt ngực trong vòng 3 giờ kể từ lúc khởi phát, xem xét 3-12 giờ có kèm theo biểu hiện đoạn ST (chênh lên trên 1 mm ít nhất hai chuyển đạo ngoại biên, 2 mm ở hai chuyển đạo liên tiếp trước tim) và/hoặc biểu hiện Block nhánh trái mới xuất hiện.

*** Chống chỉ định tuyệt đối:**

- Tiền sử xuất huyết não
- Dị dạng mạch máu não (dị dạng động tĩnh mạch)
- Khối u ác tính nội sọ (tiên phát hoặc di căn)
- Đột quỵ thiếu máu não trong vòng 3 tháng (loại trừ đột quỵ thiếu máu não trong vòng 3 giờ)
- Nghỉ ngơi bóc tách động mạch chủ
- Chảy máu đang hoạt động hay chảy máu nội tạng (bao gồm cả kinh nguyệt)
- Bị chấn thương nặng vùng gân đầu hay vùng mặt trong vòng 03 tháng.

*** Chống chỉ định tương đối:**

- Tiền sử tăng huyết áp nặng, không được kiểm soát tốt trị số huyết áp
- Tăng huyết áp nặng chưa được kiểm soát tốt (HA max > 180 mmHg hoặc HA min > 110 mmHg).
- Tiền sử đột quỵ thiếu máu não > 3 tháng
- Hồi sức tim phổi gây chấn thương hay kéo dài > 10 phút hay mới phẫu thuật lớn dưới 3 tuần.

- Mới bị xuất huyết nội (trong vòng 2 – 4 tuần)
- Chọc động mạch tại vị trí không chèn ép được
- Với thuốc tiêu sợi huyết Streptokinase hay antistreplase mới dùng thuốc (trên 5 ngày) hay có tiền sử dị ứng các thuốc này.

- Đang mang thai
- Loét dạ dày đang hoạt động
- Đang sử dụng thuốc chống đông : INR càng cao thì nguy cơ chảy máu càng tăng.

b. Chỉ định can thiệp động mạch vành:

*** Chỉ định can thiệp động mạch vành thì đầu:**

- *Chỉ định chung:* can thiệp mạch vành thì đầu cho bệnh nhân NMCT cấp khi có thể tiến hành can thiệp trong vòng 12 giờ kể từ khi khởi phát đau ngực.

- Các chỉ định đặc biệt:

- + Thực hiện càng sớm càng tốt, trong vòng 90' khi nhập viện
- + Nếu bệnh nhân đến viện trong vòng 3 giờ kể từ khi khởi phát triệu chứng và nếu thời gian bệnh nhân đến viện đến khi can thiệp mạch vành trong vòng 1 giờ thì chọn can thiệp động mạch vành thì đầu.

- + Các triệu chứng kéo dài trên 3 giờ.

- + Có sốc tim trong vòng 36 giờ, tuổi dưới 75, can thiệp động mạch vành có thể tiến hành trong 18 giờ kể từ khi có sốc tim.

- + Các bệnh nhân bị suy tim nặng và/hoặc phù phổi trong vòng 12 giờ kể từ khi khởi phát đau ngực.

*** Chỉ định can thiệp động mạch vành cứu vãn:**

- Bệnh nhân NMCT cấp có sốc tim trong vòng 36 giờ, tuổi dưới 75, can thiệp động mạch vành có thể tiến hành trong 18 giờ kể từ khi có sốc tim, trừ khi bệnh nhân từ chối hay có chống chỉ định với thủ thuật can thiệp.

- Các bệnh nhân bị suy tim nặng và/hoặc phù phổi trong vòng 12 giờ kể từ khi khởi phát đau ngực

- Tình trạng huyết động và bệnh học của bệnh nhân không ổn định, còn biểu hiện các triệu chứng thiếu máu cơ tim

- Các bệnh nhân thất bại với tiêu sợi huyết, nhồi máu cơ tim thành trước, thành dưới có kèm thất phải hay đoạn ST chênh xuống ở các chuyển đạo trước tim

*** Chỉ định can thiệp ĐMV sau điều trị tiêu sợi huyết hay bệnh nhân không được tái tưới máu thì đầu:**

- Có bằng chứng tái NMCT

- Có triệu chứng thiếu máu cơ tim tự phát mức độ trung bình trở lên trong giai đoạn hồi phục sau NMCT cấp

- Có biểu hiện sốc hay huyết động không ổn định

- Bệnh nhân có EF < 40%, suy tim mạn tính hay có rối loạn nhịp thất nặng.

- Bệnh nhân có dấu hiệu suy tim trên lâm sàng trong giai đoạn cấp cho dù cho dù chức năng tâm thu thất trái còn bảo tồn (EF > 40%).

c. Phẫu thuật bắc cầu nối chủ vành cấp cứu hoặc có chuẩn bị

VI. TIỀN LƯỢNG :

- 05 yếu tố ảnh hưởng đến tử vong trong vòng 30 ngày đầu của NMCT cấp gồm : Tuổi, HA tâm thu lúc nhập viện, độ Killips, tần số tim lúc nhập viện và vị trí nhồi máu.

- TIMI Risk Score tiên đoán tỉ lệ tử vong 30 ngày sau NMCT cấp:

Yếu tố tiên lượng		Điểm
Tuổi	65 – 74 tuổi	2
	≥ 75 tuổi	3
	< 65 tuổi	0

Khám	HATT < 10cmHg	3
	Đái tháo đường, tiền sử THA, Đau thắt ngực	1
	Tim > 100 l/p	2
	Killip II – IV	2
	ST↑ thành trước hay Block nhánh trái	1
	Thời gian khởi phát → điều trị > 4h	1

Điểm	Tỉ lệ tử vong(%)	Điểm	Tỉ lệ tử vong (%)
0	0,8	5	12
1	1,6%	6	16
2	2,2%	7	23
3	4,4	8	27
4	7,3	9-14	36

- Tiêu chuẩn xuất viện:

- + Thời gian nằm viện điều trị: từ 10 – 14 ngày.
- + Hết đau ngực
- + Không có biến chứng nghiêm trọng.

VII. DỰ PHÒNG THỨ PHÁT :

- * Kiểm soát tốt các yếu tố nguy cơ:
 - Chế ăn kiêng: giảm cân
 - Ngưng hút thuốc lá
 - Chương trình vận động phục hồi chức năng tim
- * Tập đi 20 – 30 phút x 2 – 3 lần/ngày x 8 -12 tuần, tối thiểu 5 ngày mỗi tuần hoặc chạy chậm, đạp xe đạp.
 - + Không tham gia thi đấu thể thao

+ Không lặn sâu, bơi một mình nơi nước quá lạnh hay nhiều tầng.

* Về giao hợp: nên kiêng 01 tháng sau NMCT, bệnh nhân nữ không dùng thuốc ngừa thai.

* Chế độ thuốc men trị các bệnh là YTNC: Đái tháo đường, tăng huyết áp; các bệnh kèm theo: thiếu máu, cường giáp.

*** Các thuốc sau NMCT:**

- Aspirin: 75 – 325mg/ngày hoặc Clopidogrel 75 mg/ngày, có thể kết hợp 2 thuốc trong vòng 1 năm đầu tiên.

- Ức chế men chuyển: Tối thiểu 6 tuần hoặc hơn đối với bệnh nhân có EF<40%

- Ức chế beta: tối thiểu 6 tháng hoặc hơn (nếu không có những chống chỉ định)

- Các thuốc điều trị rối loạn lipid máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO :

1. Phạm Nguyễn Vinh (2006), *siêu âm tim và bệnh lý tim mạch – tập 2*, nhà xuất bản Y học, Tr 239 – 256.

2. Hội Tim Mạch học Việt Nam, *Khuyến cáo 2008 về các bệnh lý tim mạch và chuyển hóa*, nhà xuất bản y học chi nhánh Tp Hồ Chí Minh 2008, Tr 394 – 434

3. Phạm Nguyễn Vinh (2002), *Bệnh học Tim Mạch –tập 2*, Nhà xuất bản y học chi nhánh Tp Hồ Chí Minh 2002, Tr 63 – 85.

4. Anmant E at al (2007), *Focus Update of The ACC/AHA 2004 guidelines for the management of the patients with ST – elevation myocardial infarction: A report of the ACC/AHA task force on practice guidelines*, J. Am Coll Cardiol 2008, 51: 210 -47

5. ESC Guidelines (2008), *Management of acutemyocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation (STEMI)*., www. Escardio. Org.

ĐIỀU TRỊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

I. ĐỊNH NGHĨA :

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một bệnh lý mạn tính, có yếu tố di truyền do hậu quả của tình trạng thiếu insulin tuyệt đối hoặc tương đối; bệnh được đặc trưng bởi tình trạng tăng đường huyết cùng các rối loạn quan trọng về chuyển hóa đường, đạm, mỡ và chất khoáng.

II. CHẨN ĐOÁN :

Tiêu chí chẩn đoán bệnh đái tháo đường:

Chẩn đoán đái tháo đường khi có một trong ba tiêu chí sau qua ít nhất hai lần thử liên tiếp:

- Một mẫu đường huyết bất kỳ ≥ 200 mg/dl kết hợp với các triệu chứng tăng đường huyết.
- Đường huyết tương lúc đói ≥ 126 mg/dl (sau 8 giờ không ăn)
- Đường huyết tương sau nghiệm pháp dung nạp glucose theo đường uống ≥ 200 mg/dl .

Theo tiêu chuẩn mới 2010 HbA1c $\geq 6,5\%$, phương pháp chuẩn hóa theo nghiên cứu DCCT.

III. ĐIỀU TRỊ :

1. Mục tiêu điều trị đái tháo đường:

- Kiểm soát đường máu :
 - + Đường huyết mao mạch trước ăn : $5 - 7.2$ mmol/l (90-130mg/dl)
 - + Đường huyết mao mạch sau ăn : < 10 mmol/l (< 180 mg/dl)
 - + HbA1c $< 7\%$ (cho cá nhân $< 6\%$ + không hạ đường huyết)
- Huyết áp : $< 130/80$ mmHg
- Lipid máu :
 - + LDL.c : < 2.6 mmol/l (< 100 mg /dl)

+ Triglyceride < 1.7 mmol/l (< 150 mg/dl)

+ HDL.c > 1 mmol/l (> 40 mg/dl)

Mục tiêu này thay đổi theo từng cá nhân như trẻ em, phụ nữ có thai, người già.

2. Điều trị bệnh đái tháo đường phải kết hợp nhiều phương pháp:

- Dinh dưỡng hợp lý
- Thuốc giảm đường huyết
- Rèn luyện cơ thể
- Chương trình huấn luyện bệnh nhân

3. Dinh dưỡng cho bệnh nhân đái tháo đường

3.1. Thành phần thức ăn

- Bệnh nhân đái tháo đường phải được cung cấp đủ các chất dinh dưỡng như người bình thường thành phần các chất dinh dưỡng như sau:

3.1.1. Protid : 15 – 20% nhu cầu năng lượng

Đối với người trưởng thành lượng protid lý tưởng là 0.8 g/kg/ngày, trong các trường hợp sau đây nên tăng lượng protein (nếu không có suy thận).

- Phẫu thuật : 2- 4g/ kg / ngày
- Thai nghén: thêm khoảng 6 g/ngày
- Cho con bú: < 6 tháng thêm 15-20 g / ngày; > 6 tháng thêm 12-15 g/ngày.
- Vận động viên khi tập luyện: 1.2-1.5 g/ kg / ngày.

3.1.2. Lipid

Chất béo không nên quá 30 % tổng số năng lượng trong đó chất béo bão hòa không quá 10% phần còn lại là chất béo không bão hòa.

3.1.3. Glucid : Cung cấp 50 - 55 % nhu cầu năng lượng.

- Nên hạn chế đường đơn vì hấp thu nhanh dễ gây tăng đường huyết nhanh sau ăn.

- Cung cấp đủ vitamin và các yếu tố vi lượng
- Nên dùng thức ăn nhiều chất xơ. Nên chia thành nhiều bữa ăn để tránh gây tăng đường huyết sau ăn, tối thiểu là 2 - 3 bữa chính, 2 - 3 bữa ăn phụ.

3.2. Rượu : Nên hạn chế rượu

3.3. Các chất tạo vị ngọt :

Được dùng thay thế cho đường sucroz trong chế biến thức ăn cho bệnh nhân đái tháo đường.

3.4. Thuốc lá: Khuyến bệnh nhân ngưng thuốc lá.

4. Rèn luyện thể lực :

Bệnh nhân nên luyện tập phù hợp với sức khỏe, tuổi tác, sở thích. Nên rèn luyện sự dẻo dai hơn là tập luyện đòi hỏi thể lực cao.

5. Chương trình huấn luyện bệnh nhân :

- Hướng dẫn bệnh nhân các kiến thức cần thiết về bệnh
- Hướng dẫn các kỹ năng cần thiết để bệnh nhân có thể tự chăm sóc

6. Thuốc hạ đường huyết :

6.1. Insulin:

- Chỉ định :

- + ĐTD type 1
- + ĐTD type 2 khi việc ăn kiêng và thuốc hạ đường máu loại uống không đủ để ổn định đường máu.
- + Chống chỉ định thuốc hạ đường máu loại uống như suy gan, thận hoặc không dung nạp thuốc uống.
- + Khi bệnh nhân phải sử dụng thuốc có tiềm năng làm tăng đường huyết như steroide
- + Bệnh lý phối hợp trên bệnh nhân ĐTD như: nhiễm khuẩn, tai biến mạch máu não, nhồi máu cơ tim, tắc mạch máu chi dưới/loét chân. stress nặng, chấn thương.

+ Khi chế độ ăn kiêng không ổn định được đường huyết ở bệnh nhân ĐTĐ.

+ Có thai hoặc bệnh nhân đang chuẩn bị có thai.

+ Các biến chứng cấp do tăng đường huyết.

+ Phẫu thuật, chuẩn bị phẫu thuật, chu phẫu hoặc các tình huống cấp cứu trên bệnh nhân ĐTĐ.

- Cần nhắc sử dụng insulin trong những trường hợp:

+ Tăng đường huyết có triệu chứng (uống nhiều, tiểu nhiều, sụt cân), bệnh nhân mới vào viện có đường huyết quá cao $> 360 \text{ mg\%}$.

+ $\text{HbA1c} \geq 9\%$.

+ Đã dùng kết hợp nhiều loại thuốc uống (Sulfonyl, Biguanide...) nhưng $\text{HbA1c} > 7\%$ và/hoặc đường huyết đói vẫn luôn duy trì ở mức cao trên $160 \text{ mg\%}$.

6.2. Các loại thuốc hạ đường huyết theo đường uống

6.2.1. Sulfamid hạ đường huyết :

- Chỉ định: Đái tháo đường type 2 khi chế độ ăn kiêng không ổn định được đường máu.

6.2.2. Biguanid

- Chỉ định : Dùng cho bệnh nhân đái tháo đường type 2.

- Chống chỉ định : Biguanid không chỉ định cho bệnh nhân đái tháo đường:

+ Lớn tuổi (> 80)

+ Creatinin /máu $\geq 1.5 \text{ mg/dl}$ (nam) và $\geq 1.4 \text{ mg/ dl}$ (nữ),

hoặc độ lọc cầu thận $< 70 \text{ ml/ phút}$

+ Có bệnh gây thiếu oxy mô.

+ Suy tim nặng, suy gan.

+ Nghiện rượu

- + Có thai
- + Không dùng trong khoảng 48 giờ trước và sau chụp cản quang bề thận.

- + Sốc tim, sốc nhiễm trùng...

6.2.3. Thuốc ức chế men α -glucosidase

- Chỉ định : Tăng đường huyết sau ăn.

Acarbose (Glucobay®), Miglitol (Diastabol®)

- Liều lượng: 50 mg - 100mg x 3 lần / ngày với Acarbose hoặc Miglitol lúc bắt đầu trước bữa ăn.

6.2.4. Glitazone (Thiazolidinedione)

- Chỉ định : Phối hợp điều trị đái tháo đường type 2 với Metformin hoặc Sulfamid hạ đường máu.

- Chống chỉ định : Bệnh gan men gan tăng > 2,5 lần so bình thường, suy tim NYHA III, IV.

- Liều lượng:

- + Rosiglitazon: 4 - 8 mg/ ngày.

- + Pioglitazon : 15 - 30 mg/ ngày.

- Lưu ý: Kiểm tra men gan trong 12 tháng bắt đầu điều trị.

7. Điều trị đái tháo đường type 1

- Chỉ định Insulin là bắt buộc, tiết chế ăn uống, tập luyện cơ thể.

- Khi đổi từ phác đồ này sang phác đồ khác phải kiểm tra đường huyết chặt chẽ, tránh biến chứng hạ đường huyết.

- Duy trì liều đã chọn 2 -3 ngày, trừ khi đường huyết quá cao hay quá thấp cần thay đổi ngay.

8. Điều trị đái tháo đường type 2

- Đường huyết đói < 200mg/dl (< 11.1 mmol/l), đường huyết bất kỳ < 250mg/dl (13.9 mmol/l): Tiết chế, tập luyện

- Đường huyết đói 200 – 300mg/dl (11.1 – 16.7 mmol/l), đường huyết bất kỳ 250 – 350 mg/dl (13.9 – 19.4 mmol/l). Nếu chức năng gan, thận bình thường cho dùng thuốc hạ đường huyết loại uống. Khi phối hợp thuốc viên đủ liều, đường huyết không đạt mục tiêu thì phối hợp thêm Insulin.

- Khi đường huyết đói > 300mg/dl (> 19.4 mmol/l): chỉ định Insulin

- Có thể kiểm soát đường huyết bằng tuân thủ tiết chế, tập luyện không cần thuốc.

- Thuốc hạ đường huyết uống nên khởi đầu bằng metformin cho bệnh nhân béo phì, bằng sulfamid hạ đường huyết cho bệnh nhân không béo phì.

- Nếu HbA1c không đạt mục tiêu phối hợp 2 thuốc trên hoặc với nhóm glitazone, hoặc Metformin + insulin nền.

- Insulin nền: 0.1 UI/ kg thể trọng, tăng 2 – 4 UI / ngày nếu cần

- Khi liều insulin > 40 UI/ ngày ngưng thuốc uống dùng insulin

- Dùng thuốc điều chỉnh rối loạn Lipid/ máu

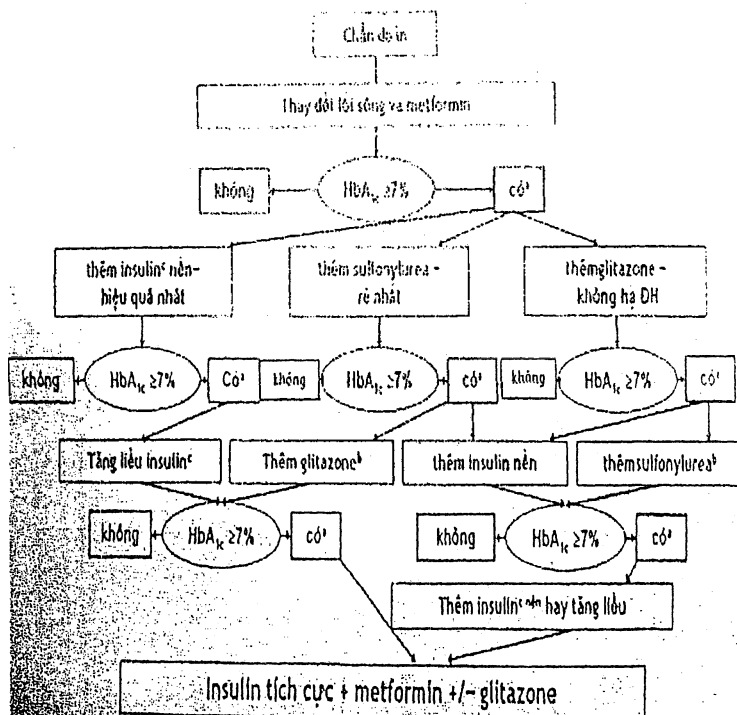
- Thuốc ức chế kết tập tiểu cầu.

+ Khuyến cáo: Xem xét việc dùng Aspirin: 75-162mg/ngày cho bệnh nhân ĐTĐ1, ĐTĐ2 có nguy cơ bệnh tim mạch cao (nguy cơ trong vòng 10 năm >10%)

+ Đa số bệnh nhân ĐTĐ > 60 tuổi + ít nhất 1 yếu tố nguy cơ bệnh tim mạch (có tiền căn gia đình bệnh tim mạch, THA, hút thuốc lá, rối loạn chuyển hóa Lipid/máu, tiểu albumin)

- Xét nghiệm HbA1c mỗi 3 tháng, khi đạt < 7% xét nghiệm mỗi 6 tháng.

KHUYẾN CÁO ADA/EASD(2007)



ADA EASD consensus: Diab Care 2006; 29(8):1963-1972

ADA Diabetes Care 2007;30(Suppl 1):S1-S103

9. Phẫu thuật :

9.4.1. Phẫu thuật nhỏ:

Chuẩn bị BN	ĐTĐ type 2	ĐTĐ type 1 ^(*)
Tiền phẫu	Đo ĐH bất kỳ: - Dưới 180 mg/dL : dùng thuốc bình thường cho đến ngày mổ. Sulfonylurea tác dụng dài ngưng 2 ngày trước mổ, Metformin ngưng 1 ngày trước mổ. Trên 180 mg/dL : xử trí theo phác đồ phẫu thuật lớn	Không cần dùng thuốc trước mổ
Ngày phẫu thuật	Đo ĐH 01 giờ trước mổ, sau đó: - Nếu cuộc mổ < 1 giờ : đo 01 lần trong khi mổ và sau mổ. Sau đó đo ĐH/2 giờ đến khi bệnh nhân ăn lại được. - Nếu cuộc mổ > 1 giờ : đo ĐH mỗi giờ đến khi mổ xong. Sau đó đo mỗi 2 giờ đến khi bệnh nhân ăn uống lại được.	Không ăn sáng, không tiêm insulin, xếp mổ đầu tiên. Đo ĐH 01 giờ trước mổ, sau đó: - Nếu cuộc mổ < 1 giờ : đo 01 lần trong khi mổ và sau mổ. - Nếu cuộc mổ > 1 giờ : đo ĐH mỗi giờ đến khi mổ xong. - Sau mổ, đo ĐH mỗi 2 giờ đến khi bệnh nhân ăn được và sau đó mỗi 4 giờ
Hậu phẫu	Khi bệnh nhân ăn uống lại được như bình thường dùng lại thuốc hạ đường huyết uống.	Ngay khi bệnh nhân ăn lại được bữa ăn bình thường, tiêm dưới da trở lại liều insulin thường dung.

(*) : phác đồ chỉ áp dụng khi đường huyết đo bất kỳ < 180 mg/dL trước mổ, bệnh nhân chỉ bỏ ăn một bữa trước mổ và được xếp lịch mổ vào buổi sáng.

9.4.2. Phẫu thuật lớn :

- Phác đồ này được áp dụng cho tất cả bệnh nhân ĐTĐ không kiểm soát đường huyết tốt (ĐH > 180mg/dL).

- Ngày Phẫu thuật:

+ Ngưng thuốc uống 1 ngày trước mổ

+ Thử đường máu và kali 1 giờ trước mổ, mỗi giờ trong khi mổ và mỗi 2 giờ hậu phẫu.

+ Truyền tĩnh mạch insulin tác dụng nhanh

Insulin cho phẫu thuật lớn trên bệnh nhân đái tháo đường :

Đường huyết mg/dl (mmol/l)	Insulin (UI/ h)
< 90 (5)	0
90 – 180 (5 – 10)	1
181 – 270 (10.1 – 15)	2
271 360 (15.1 – 20)	3
> 360 (20)	6

- Glucose 5% 500 ml + KCl 10 mEq truyền tĩnh mạch 100ml/giờ.

* Hậu Phẫu :

- ĐTĐ 2 : Ngưng truyền insulin và cho uống lại thuốc viên khi bệnh nhân ăn uống được bình thường.

- ĐTĐ 1 : Ngưng truyền dịch khi bệnh nhân ăn uống lại bình thường, tính tổng liều insulin bệnh nhân đã dùng trong ngày, chia liều đó thành 3 – 4 lần tiêm/ngày dùng insulin tác dụng nhanh, tăng hay giảm liều để đạt đường huyết mục tiêu, khi ổn định dùng lại cách điều trị thường dùng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO :

- 1. Nội tiết học đại cương Gs. Mai Thế Trạch - Ts Nguyễn Thy Khuê**
- 2. ADA : Clinical Practice Recommendations 2006**
- 3. Basic & clinical Endocrinology F.S . Greenspan & P.H. Forsham**
- 4. Vidal 2006**
- 5. Williams Textbook of Endocrinology – Tenth Edition.**
- 6. Diabetes care, volume 35, supplement 1, January 2010.**

SUY TIM

I. SUY TIM :

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

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

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

1. Nguyên nhân :

- RL chức năng tâm thu (thường gặp)

- RL chức năng tâm trương

- Bệnh van tim

- Bệnh tim bẩm sinh

- Bệnh nội tâm mạc

- Rối loạn nhịp và rối loạn dẫn truyền

2. Yếu tố thúc đẩy:

Thiếu máu hoặc nhồi máu cơ tim, tăng huyết áp, loạn nhịp tim, nhiễm trùng, thiếu máu, thai nghén, cường giáp, độc chất (rượu), thuốc (kháng viêm), nhồi máu phổi, không tuân thủ tốt chế độ điều trị...

II. CHẨN ĐOÁN :

1. Chẩn đoán suy tim dựa vào :

- Dấu hiệu lâm sàng:

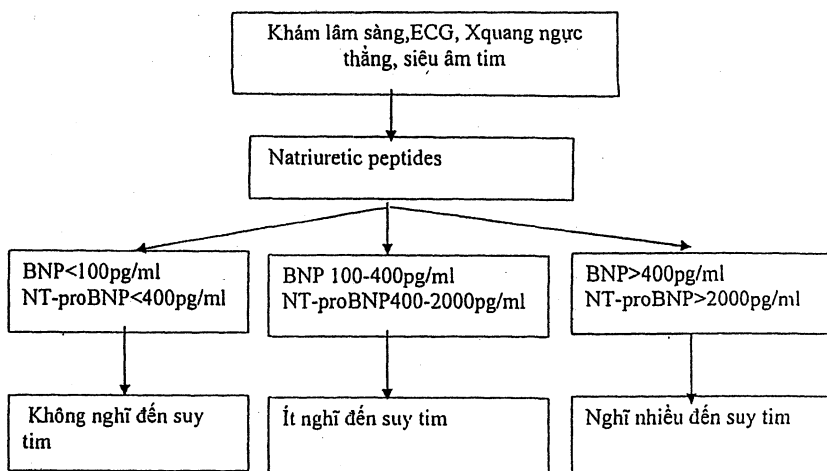
+ Triệu chứng của giảm cung lượng tim

+ Biểu hiện sung huyết phổi và tĩnh mạch hệ thống

- Hình ảnh X quang : bóng tim to và tái phân bố mạch máu phổi

- Siêu âm tim: thường gặp giảm chức năng thất trái (suy chức năng tâm thu)

* Khuyến cáo năm 2008 của Hiệp Hội Tim Mạch châu Âu đưa ra qui trình sử dụng BNP trong chẩn đoán Suy tim.



2. Chẩn đoán mức độ nặng:

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

Chia làm 4 độ:

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

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

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

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

3. Chẩn đoán phân biệt :

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

III. ĐIỀU TRỊ :

1. Thuốc sử dụng trong điều trị suy tim:

1.1. Thuốc Lợi Tiểu:

- Chỉ định : suy tim sung huyết, quá tải dịch
- Nhóm lợi tiểu thông thường:

Nhóm	Tên thuốc	Đường dùng	Liều trung bình (mg/ ngày)
Lợi tiểu quai	Furosemide	Uống	20-80
		TM	10-80
Lợi tiểu giữ kali	Spironolactone	Uống	50-200

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

1.2. Digitalis:

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

+ Suy tim sung huyết do TMCBCT, bệnh van tim, THA, bệnh cơ tim giãn, bệnh tim bẩm sinh, EF ≤ 40%.

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

+ Một số loạn nhịp trên thất.

- Chống chỉ định:

+ Block AV II, III chưa đặt máy tạo nhịp

+ Hội Chứng kích thích sớm: WPW...

+ Bằng chứng không dung nạp Digoxin trước đó.

Tên thuốc	Đường dùng	Liều tải (mg)	Liều duy trì (mg/ngày)
Digoxin	Uống	1,25-1,5	0,125-0,375
	TM	0,75-1	

1.3. Kháng Aldosterone: Spironolactone

- Chỉ định:

+ Suy tim $EF \leq 30\%$

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

+ Sau khi điều trị liều tối ưu UCMC/ARB, ức chế β mà còn triệu chứng.

- Chống Chỉ định:

+ Tăng kali/máu $> 5 \text{ mmol/L}$

+ Creatinin/máu $> 2,5 \text{ mg/dl}$

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

1.4. Thuốc dẫn mạch:

1.4.1. Nitrate:

a. Thuốc dẫn mạch đường tiêm :

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

- Nitroglycerin : khởi đầu $10\mu\text{g/phút} \rightarrow$ tối đa $300\mu\text{g/phút}$

b. Thuốc dẫn mạch đường uống:

- Nitrate:

Thuốc	Đường dùng	Liều	Thời điểm dùng
Nitroglycerin	uống qua da	2,5-19,5 mg 10-60cm ² /miếng	dán 12 giờ
ISMN loại tác dụng dài	uống	10-20 mg 120-240mg	1-2 lần/ ngày

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

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

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

- Chống chỉ định:

- + Tăng kali/ máu > 5mmol/l
- + Phụ nữ có thai
- + Hẹp động mạch thận 2 bên
- + Suy thận nặng, Creatinin/máu > 2,5mg/dl, khi chưa lọc thận
- + Hẹp động mạch chủ nặng.
- + Tiền sử phù mạch

- Ức chế men chuyển thường dùng:

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

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

- Chống chỉ định: Như ức chế men chuyển.

- Ức chế thụ thể Angiotensin II thường dùng :

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

1.5. Thuốc tăng co bóp cơ tim khác:

Thuốc có hoạt tính giống giao cảm : dùng trong suy tim nặng, mất bù

- Dopamin : khởi đầu 2-5 $\mu\text{g/kg/phút}$ tăng dần

- Dobutamin: khởi đầu 1-2 $\mu\text{g/kg/phút}$ gia tăng dần, thường không quá 20 $\mu\text{g/kg/phút}$

1.6. Thuốc chẹn β :

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

- Khi dùng cần theo dõi nhịp tim, HA.

* **Chống chỉ định :**

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

+ Nhịp chậm xoang <50 lần/phút

+ Suy nút xoang

+ Hen phế quản

+ Bệnh mạch máu ngoại biên: Hội chứng Raynaud

*** Liều dùng**

+ Metoprolol: khởi đầu 5mg/ngày tăng liều thật chậm trong vòng 7 tuần để đạt đến liều 100 mg/ngày

+ Carvedilol : khởi đầu 3,125mg x 2 lần/ngày tăng dần trong 6 tuần để đạt đến liều cao nhất là 50 mg/ngày

+ Bisoprolol: khởi đầu 1,25mg/1lần/ngày tăng liều sau mỗi 2-4 tuần liều tối đa là 10 mg/ngày.

1.7. Thuốc kháng đông :

- Kháng đông sử dụng cho mọi bệnh nhân khi suy tim có rung nhĩ, nguy cơ tắc mạch, tiền sử tắc mạch do huyết khối, trừ khi có chống chỉ định.

- Sử dụng kháng vitamin K hoặc Aspirin liều 81-325mg/ngày.

2. Suy tim mạn :

2.1. Điều trị nguyên nhân

2.2. Loại trừ yếu tố làm nặng

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

- Hạn chế vận động.
- Giảm cân nặng ở bệnh nhân béo.
- Hạn chế muối Natri $\leq 2\text{g}$ Natri/ngày
- Hạn chế nước uống $\leq 1,5$ l/ngày
- Thăm phân hay lọc thận ở bệnh nhân suy tim nặng, không đáp ứng

với các biện pháp trên và lợi tiểu

- Ngưng sử dụng thuốc làm giảm co bóp cơ tim
- Thở Oxy
- Ngưng thuốc lá, ngưng uống rượu.
- Các biện pháp cơ học khác: chọc tháo, tránh lấy quá nhanh lượng

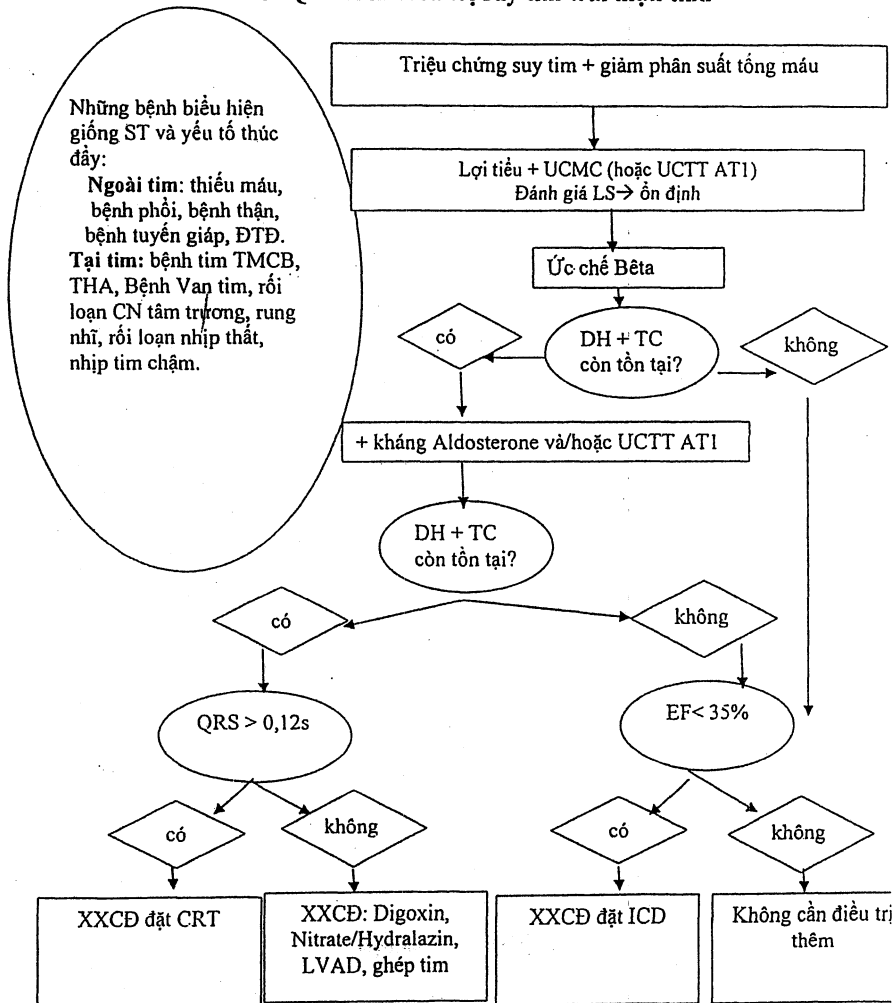
dịch lớn và gây hạ huyết áp

2.4. Điều trị bằng thuốc:

Suy tim trái mạn:

a. Suy tim tâm thu:

Hình 3: Quy trình điều trị suy tim trái mạn tính



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

- + Khó thở NYHA III-IV.
- + Độ rộng QRS >120mili giây(0,12 giây)
- + EF<35%.
- + Đã điều trị nội khoa tốt nhất.
- + Nhịp xoang.

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

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

- Tại các nước có ghép tim: đây là chỉ định để ghép tim.

b. Suy tim tâm trương:

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

3. Suy tim cấp:

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Thời sự chẩn đoán và điều trị bệnh tim mạch- NXB Y học-tập 1-2005
2. Sổ tay hướng dẫn lâm sàng BV Chợ Rẫy 2005
3. Khuyến cáo 2008 về các bệnh lý tim mạch và chuyển hóa- NXB Y học-2008, trang.459- 470.
4. ESC Guideline heart failure, 2008, page 2388-2442
5. Washington Manual of Medical Therapeutics. 31st ed

TRÀN DỊCH MÀNG NGOÀI TIM

I. ĐỊNH NGHĨA :

Tràn dịch màng tim khi dịch bất thường >50 ml trong khoang màng tim có thể dịch là (mủ, máu, dưỡng chất...).

II. NGUYÊN NHÂN :

- Thường gặp nhất : lao, mủ, ung thư, tự phát và các nguyên nhân viêm màng ngoài tim.

- Các nguyên nhân hiếm gặp hơn : Chấn thương, chọc dò dịch màng ngoài tim, nhồi máu cơ tim cấp vỡ, phình bóc tách động mạch chủ, dùng thuốc kháng đông, ổ abscess vỡ vào màng tim ...

III. CHẨN ĐOÁN :

1 Lâm sàng:

- Chưa có chèn ép tim : có thể không có triệu chứng

- Chèn ép tim :

+ Triệu chứng sớm : ho, thở nhanh, khó thở, khan tiếng đau, tức ngực, hồi hộp, lo âu, hoảng hốt.

+ Nặng hơn: hạ huyết áp, tím tái, toát mồ hôi, sau cùng là trụy mạch.

+ Tăng áp lực tĩnh mạch cảnh: Tĩnh mạch cổ nổi, CVP tăng cao (15 - 20cm H₂O), gan to và có thể đau (chèn ép tim cấp gan thường không to nhiều).

+ Ngoài ra: mạch nghịch (pulsus paradoxus): Hít vào thì mạch nhanh nhỏ hoặc mất, HA tâm thu thay đổi theo hô hấp >10mmHg khi hít vào.

+ Dấu hiệu kussmaul: hít vào tĩnh mạch cổ nổi to (bình thường hít vào tĩnh mạch cổ xẹp).

+ Có thể gặp tam chứng Beck : hạ huyết áp - tăng áp lực tĩnh mạch hệ thống - tiếng tim mờ (hay gặp nguyên nhân tràn dịch là do chấn thương, bóc tách động mạch chủ).

2 Cận lâm sàng :

- ECG :

+ Điện thế thấp : phụ thuộc lượng dịch .Chuyển đạo ngoại biên < 5mm, trước tim trái < 7mm, trước tim phải < 9mm

+ So le điện thế.

- XQ ngực : Bóng tim có thể lớn dạng bầu dục hoặc bình thường, thường có tràn dịch màng phổi kèm theo.

- Siêu âm tim : Rất có giá trị (Mode TM và 2D) chẩn đoán và hướng dẫn điều trị

+ Tràn dịch toàn thể hay khu trú .

+ Sự thay đổi vận tốc qua van 3 lá vào kỳ hít vào hay thở ra có thể lên đến 40 % (bình thường <20%)

+ Hội chứng chèn ép tim cấp trên siêu âm gồm: đè sụn buồng tim : thất phải, nhĩ phải, thất trái rất hiếm; tĩnh mạch chủ dẫn, không hoặc kèm thay đổi theo hô hấp. Siêu âm tim qua thực quản chỉ thực hiện khi siêu âm tim qua thành ngực không rõ hoặc tràn dịch màng tim khu trú khó xác định.

3. Chẩn đoán mức độ nặng:

- Trên Echo lượng dịch đánh giá 3 mức độ:

+ Ít : $d < 1\text{cm}$

+ Trung bình : $1\text{cm} < d < 2\text{cm}$

+ Nặng : $d > 2\text{cm}$

- Lâm sàng nặng khi có dấu hiệu chèn ép tim cấp

4. Điều trị :

- Điều trị cấp cứu khi có chèn ép tim cấp.

- Điều trị nguyên nhân tràn dịch màng tim.

4.1. Điều trị nội:

- Truyền dịch :

+ Tạm thời tăng tiền tải thất trái, tạm ổn huyết động trong khi chờ đợi chọc dò dẫn lưu hoặc thủ thuật ngoại khoa khác.

+ Giúp hiện rõ các dấu hiệu chèn ép tim ở bệnh nhân đang bị chèn ép tim mà có giảm thể tích tuần hoàn

+ Dịch truyền : Tinh thể đẳng trương, keo huyết tương .

Lưu ý : Chỉ truyền dịch khi có chèn ép tim cấp, truyền nhanh không sợ OAP nếu chẩn đoán đúng và không kèm suy chức năng thất trái .

Tốc độ truyền : 500ml /10 phút đầu ,tiếp theo 100 – 500 ml/h

- Các thuốc Inotrop (+), thuốc giao cảm (+) : Có giá trị hạn chế trong chèn ép tim cấp, chỉ cho sau bù dịch không đáp ứng .

+ Dopamin : (2 - 20 μ /kg/phút)

+ Lưu ý : Một số thuốc tác dụng xấu trong chèn ép tim cấp là: Digoxin, thuốc kích thích α .

- Chống chỉ định : Lợi tiểu, trích huyết, Thuốc giảm tiền tải, nitrat ...

4.2. Chọc dò dịch màng tim :

- Chỉ định:

+ Chỉ định tuyệt đối trong hội chứng chèn ép tim cấp

+ Chỉ định cần thiết trong hội chứng ép tim bán cấp.

+ Chọc dò để tìm nguyên nhân (chưa có chèn ép tim)

+ Dẫn lưu mũ màng tim.

- Chống chỉ định :

+ Rối loạn đông máu

+ Tràn dịch khu trú phía sau

* Khi đã chèn ép tim cấp không có chống chỉ định chọc dò.

4.3. Một số biện pháp khác :

- Mở cửa sổ màng tim –màng phổi
- Mở cửa sổ màng ngoài tim bằng bóng
- Phẫu thuật cắt màng ngoài tim

4.4. Điều trị theo nguyên nhân tràn dịch màng tim : Sau khi đã dẫn lưu giải áp dịch màng tim: kháng sinh, kháng lao....

4.5. Theo dõi đánh giá diễn biến : Sau khi đã xử trí được trạng thái chèn ép tim cấp cần theo dõi tái phát và chẩn đoán nguyên nhân, phát hiện các bệnh lý kèm theo.

5. Kỹ thuật chọc dò dịch màng tim :

5.1 Phương tiện:

- Máy phá rung
- Máy đo điện tim
- Siêu âm tim để xác định và hướng dẫn chọc dò
- Khăn mổ, khay, găng vô khuẩn
- Ống nghiệm
- Povidine, Lidocain 2%
- Atropin 0.5mg/ống (phòng khi có choáng vagal)
- Midazolam 5mg/1ml, tiền mê trước thủ thuật khởi đầu 2.5mg sau đó

thêm 1mg nếu cần

- Thuốc cấp cứu : Adrenalin, Atropin, Dopamin, Lidocain...
- Ống tiêm (5,10,20 and 50ml).
- Kim chọc đủ to kim thường dùng kim đặt catheter dùng đặt CVP.

5.2. Chuẩn bị bệnh nhân:

- Giải thích kỹ cho thân nhân và người nhà an tâm, hợp tác và các tai biến có thể xảy ra.

- Nằm đầu cao 30 - 45 độ (nếu được) vì tư thế này tim nằm sát thành ngực hơn

- Cho bệnh nhân thở oxy hỗ trợ

- Oxy mao mạch theo dõi liên tục

- Đo HA cánh tay liên tục

- Đặt ống thông dạ dày, làm giảm áp lực dạ dày, nguy cơ đục thủng dạ dày (nếu dạ dày quá căng).

- Xác định vùng chọc dò sát trùng bằng Povidine để khô, trải khăn lỗ vùng thủ thuật

- Tiêm mê bằng Midazolam, gây tê vùng định chọc dò (vô cảm vùng da mô cơ dưới da).

5.3. Tiến hành chọc dò : Nguyên tắc :

- Người chọc dò phải trực tiếp làm siêu âm

- Chọn vị trí dịch nhiều, không có cơ quan cản trở .

- Hướng kim chọc dò song song với khoang dịch và tiếp tuyến với khoảng dịch của tim (hướng kim càng vuông góc với tim càng dễ chạm thương tim khi đẩy tới) .

- Phối hợp điểm vào kim và hướng kim (một điểm chọc vào có nhiều hướng, có hướng nguy hiểm) .

+ Kiểm tra vị trí đầu kim chọc, tránh đâm lấn vào dịch khoang màng phổi

+ Nếu dịch chọc ra sánh đặc, tiên lượng tái phát nhanh có thể luôn sond vào khoang màng ngoài tim

+ Mở màng ngoài tim khi chọc dịch khó .

+ Dịch màng ngoài tim cần gửi xét nghiệm sinh hóa, tế bào, vi trùng để tìm nguyên nhân.

* **Lưu ý** : khi chèn ép tim cấp chỉ cần rút ra 50 -100 ml là lâm sàng có thể cải thiện rất tốt

5.4. Tai biến và xử trí tai biến :

- Theo dõi :

+ Trong khi làm thủ thuật xử trí các tác dụng không mong muốn

+ Sau chọc : nhịp tim, HA, nhịp thở trong 15-30 phút/lần, ít nhất

trong 2 giờ

- Tai biến :

a. Cường phế vị , nhịp tim chậm, HA tụt, khó thở :

+ Ngừng chọc, dốc ngược bệnh nhân lên cao

+ Atropin : 0,5-1mg TMC

+ Truyền Dopamin : 10 μ g/kg/phút

+ Thở oxy

b. Rối loạn nhịp: loạn nhịp thất, ngoại tâm thu thất

+ Lidocain : 1mg/kg TMC, sau đó TTM liều 1-2mg/phút.

c. Ngừng tim đột ngột sau khi chọc do rối loạn huyết động : để bệnh nhân yên tĩnh, tránh thay đổi tư thế đột ngột (ngồi, đứng dậy) ít nhất 2 giờ, theo dõi nhịp tim, HA.

d. Nếu xuyên qua cơ tim : tổn thương cơ tim và động mạch vành, mạch máu ngoài tim.

* **Xử trí tai biến** : Nếu chọc chạm thương tim nhanh chóng lùi kim ra ngay vì để tránh cơ tim bị xé theo mỗi nhịp co bóp của tim.

e. Tai biến khác :

- Tràn khí màng phổi (T) khi dẫn lưu màng tim qua đường Dieulafoy

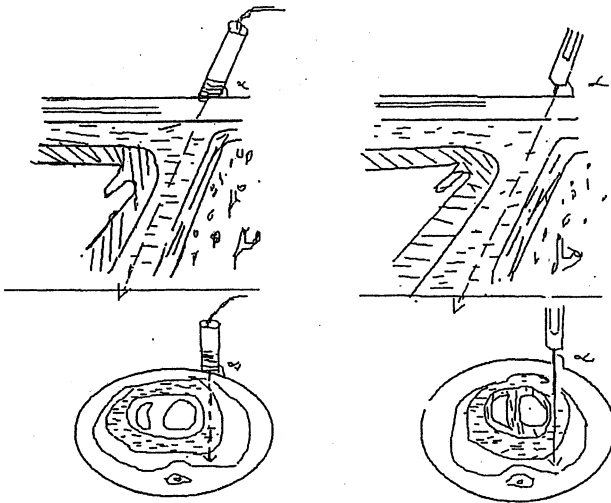
- Dò màng tim -phổi

- Chọc thủng gan :chảy máu

- Nếu bệnh nhân tình shock vagal có thể xảy ra.

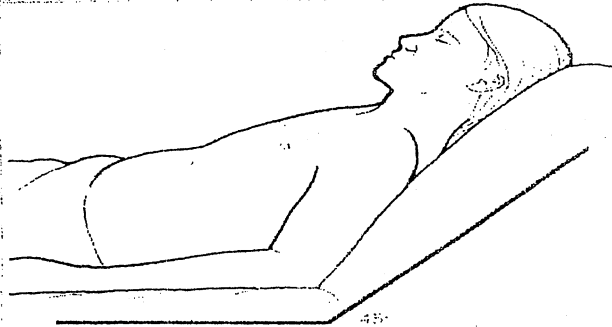
TÀI LIỆU THAM KHẢO :

1. Phạm Nguyễn Vinh , Bệnh tim mạch học tập2, Siêu âm tim và bệnh lý tim mạch, trang 171
2. Hồ thượng Dũng. Hướng Dẫn Thực hành Cấp cứu Tim mạch 2004, trang 15
3. Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật bệnh viện , tập I, Bộ y tế, trang 225-226
4. G.Ralph corey, Uptodate 2007,Dianosis and Treatment of pericardial effusion
5. Eric F.rei chman,Robert R.sinon,Emergency Medicine Procedures chapter 25, section2.



Tư thế bệnh nhân và hướng kim chọc dò dưới sự hướng dẫn của Echo

FIGURE 25-5



Source: Reichman EF, Simon RP. *Emergency Medicine Procedures*.
<http://www.accessemergencymedicine.com>.

Copyright © 2004 Eric F. Reichman, PhD, MD and Robert R. Simon, MD.
All rights reserved. Reproduced with permission.

Ideal patient positioning for performing a pericardiocentesis.

VIÊM NỘI TÂM MẠC NHIỄM TRÙNG

I. ĐỊNH NGHĨA:

- Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng (VNTMNT): là tình trạng viêm có loét và sùi, thường xảy ra (nhưng không phải bắt buộc) trên một nội mạc đã có tổn thương bẩm sinh hoặc mắc phải từ trước.

- Bệnh thường xảy ra ở van tim, có thể có chỗ khuyết do thông liên thất hay ở nội mạc thành tim, cũng có thể ở nội mạc ống thông động mạch hay động tĩnh mạch (Shunt động tĩnh mạch, còn ống động mạch hay hẹp eo động mạch chủ).

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN :

Tiêu chuẩn chẩn đoán VNTMNT của Đại học Duke sửa đổi

1. Tiêu chuẩn chính:

1.1. Cây máu:

- *Dương tính* : loại vi khuẩn điển hình gây viêm nội tâm mạc nhiễm trùng (*Streptococcus viridans*, *Streptococcus bovis*, *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus*, HACEK).

- *Dương tính* liên tiếp 2 mẫu cấy máu cách nhau > 12 giờ, hoặc 3 đến 4 lần cấy máu mà lần cấy máu đầu và lần cuối cách nhau ít nhất 1 giờ.

- Chỉ 1 lần cấy máu dương tính với *C. Burnetti* hoặc hiệu giá kháng thể trên 1/800

1.2. Bằng chứng có tổn thương nội tâm mạc:

- Siêu âm tim điển hình: một khối trong tim lũng lảng (màng sùi lúc lắc, di động) trên van hoặc tổ chức dưới van hoặc tại tổn thương trước hoặc chỗ gắn van hay các dụng cụ khác mà không thể giải thích là do biến thể giải phẫu.

+ Abscess hoặc

- + Sút một phần mới xuất hiện của van nhân tạo hoặc
- + Hoặc hở van mới xuất hiện

2. Tiêu chuẩn phụ

- Bệnh tim có nguy cơ hoặc người chích ma túy tĩnh mạch
 - Sốt $\geq 38^{\circ}\text{C}$
 - Nhồi máu tắc động mạch lớn: nhồi máu phổi nhiễm trùng, phình mạch hình nấm, xuất huyết nội sọ, xuất huyết kết mạc mắt, sang thương Janeway.
 - Hiện tượng miễn dịch: viêm cầu thận, nốt Osler, vệt Roth, yếu tố thấp.
 - Cây máu dương tính nhưng chưa đủ tiêu chuẩn chính.
 - Siêu âm tim gợi ý nhưng chưa đủ thành tiêu chuẩn chính
- * Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm nội tâm mạc nhiễm trùng của Đại học**

Duke

- VNTMNT chắc chắn :

- + Cây được vi khuẩn trong sùi, cục tắc mạch, áp- xe, Hoặc.
- + Phối hợp 2 tiêu chuẩn chính, Hoặc
- + 1 tiêu chuẩn chính với 3 tiêu chuẩn phụ, Hoặc
- + 5 tiêu chuẩn phụ.

- VNTMNT có thể

Các dữ kiện phù hợp với VNTMNT nhưng không đủ để chẩn đoán chắc chắn tuy cũng không thể loại trừ.

- + Một chính và một phụ, hoặc
- + Ba phụ

- Loại trừ VNTMNT

- + Có một chẩn đoán khác giải thích được các biểu hiện lâm sàng hoặc
- + Mất hẳn các triệu chứng của VNTMNT khi dùng kháng sinh ≤ 4 ngày, hoặc

+ Không có bằng chứng bệnh học của viêm nội tâm mạc nhiễm trùng khi mổ tim hoặc giải phẫu tử thi. Hoặc

+ Không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán như trên.

III. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT :

- VNTMNT có thể ảnh hưởng nhiều hệ thống và biểu hiện thường giống với các bệnh lý khác như: bệnh lý mô liên kết, u nhầy nhĩ, thấp khớp cấp và lymphoma.

- Trước bệnh nhân bệnh tim có sốt:

+ Chẩn đoán loại trừ các nguyên nhân gây sốt

+ Thấp tim tiến triển

+ Tắc nghẽn mạch ở chi dưới

+ Viêm nút quanh động mạch (cần làm sinh thiết cơ)

+ Viêm nội tâm mạc Libman- Sachs (tìm tế bào Hargraves)

IV. ĐIỀU TRỊ :

1. Kháng sinh trị liệu :

1.1. Thời điểm bắt đầu kháng sinh trị liệu :

- VNTMNT cấp gây rối loạn huyết động, suy tim nặng kháng sinh bắt đầu sớm ngay khi đã cấy máu từ 3 – 4 mẫu (trong 2 – 3 giờ)

- VNTMNT bán cấp, bệnh nhân có huyết động ổn, chờ đến khi có kết quả cấy máu bắt đầu dùng kháng sinh.

1.2. Nguyên tắc dùng kháng sinh :

- Dùng kháng sinh diệt khuẩn

- Dùng liều cao tiêm mạch để đạt được nồng độ hữu hiệu bên trong sùi.

- Dùng kéo dài để đảm bảo không tái phát sau khi ngưng kháng sinh.

- Phối hợp kháng sinh để tăng cường vận tốc diệt khuẩn và tránh chọn lọc các dòng vi khuẩn kháng thuốc.

1.3. Kháng sinh trị liệu theo kinh nghiệm :

a. Bệnh nhân không có van nhân tạo VNTMNT bán cấp thường do S. Vridans, S. Bovis, Enterococcus

- Ampicillin (Amoxicillin) 200mg/kg/ngày hoặc Penicillin G 400.000đv/kg/ngày chia 6 lần TM
- Gentamycin 1mg/kg mỗi 8 giờ
- Nếu dị ứng với Penicillin dùng Vancomycin 30mg/kg/ngày chia 2 -3 lần TTM

b. Bệnh nhân có van nhân tạo VNTMNT cấp thường do S. aureus.

- Oxacillin 150 – 200 mg/kg/ngày chia làm 6 lần TM
- Gentamycin 1mg/kg mỗi 8 giờ
- Nếu dị ứng với Penicillin dùng Vancomycin 30mg/kg/ngày chia 2 -3 lần TTM

c. Bệnh nhân có van nhân tạo thường do S. Epidermidis, S. aureus, trực khuẩn Gram âm Diphtheroids hoặc vi nấm trong 12 tháng sau thay van và Streptococcus, S. Epidermidis, S. aureus hoặc HACEK sau 12 tháng

- Vancomycin 30mg/kg/ngày chia 2 -3 lần TTM
- Aminoglycoside và một Cephalosporin thế hệ III để chống trực khuẩn Gram âm.

1.4. Kháng sinh theo (kháng sinh đồ) vi khuẩn gây bệnh

a. Streptococcus nhạy với Penicillin G ($MIC \leq 0.1 \text{ mcg/ml}$)

Kháng sinh	Liều dùng dùng	Thời gian (tuần)
Penicilline G	12 - 18 triệu UI (200.000 - 300.000 UI/kg/ngày) TM mỗi 4 giờ	4
Penicilline G + Gentamycin	Liều như trên 1mg/kg mỗi 8 giờ TM hay TB	4 2

Penicilline G	Liều như trên	2
+ Gentamycin	Liều như trên	2
Ceftriaxon	2g/ngày TM 1 lần duy nhất trong ngày	4
Vancomycine	30mg/kg/ngày chia 2 lần TM	4

b. *Streptococcus* có giảm độ nhạy với Penicillin G ($0.1 < MIC < 0.5$ mcg/ml)

Kháng sinh	Liều đường dùng	Thời gian (tuần)
Penicilline G	18-24 triệu UI (300.000-400.000 UI/kg/ngày) TM mỗi 4 giờ	4
+ Gentamycin	1mg/kg mỗi 8 giờ TM hay TB	2
Vancomycine (bệnh nhân dị ứng với Penicilline)	30mg/kg/ngày TM (liều tối đa không quá 2g)	4

c. *Enterococcus*

Kháng sinh	Liều đường dùng	Thời gian (tuần)
Penicilline G	18-30 triệu UI (400.000 UI/kg/ngày) TM mỗi 4 giờ	4-6
+ Gentamycin	1mg/kg mỗi 8 giờ TM hay TB	4-6
Ampicillin	12g (150-200mg/kg/ngày) TM mỗi 4 giờ	4-6
+ Gentamycine	1mg/kg mỗi 8 giờ TM hay TB	4-6
Vancomycine	30mg/kg/ngày chia làm 2 lần TM	4-6
+ Gentamycine (bệnh nhân dị ứng với Penicilline G)	1mg/kg mỗi 8 giờ TM hay TB	4-6

d. Staphylococcus – Bệnh nhân không có van tim nhân tạo

Kháng sinh	Liều đường dùng	Thời gian (tuần)
Oxacilline + Gentamycine	12g (150-200 mg/kg)/ngày TM mỗi 4 giờ 1mg/kg mỗi 8 giờ TM hay TB	4-6 3-5 ngày
Cefazolin + Gentamycine	2g mỗi 8 giờ TM 1mg/kg mỗi 8 giờ TM hay TB	4-6 3-5 ngày
Vancomycine (bệnh nhân dị ứng Penicilline)	30mg/kg/ngày chia làm 2 lần TM	4-6

e. Staphylococcus nhạy Oxacilline – Bệnh nhân có van tim nhân tạo

Kháng sinh	Liều đường dùng	Thời gian (tuần)
Oxacilline	12g (150-200 mg/kg)/ngày TM/4h	≥6
+ Gentamycine	1mg/kg mỗi 8 giờ TM hay TB	2
+ Rifamycine	300mg uống mỗi 8 giờ	≥6

f. Staphylococcus kháng Oxacilline – Bệnh nhân có van tim nhân tạo

Kháng sinh	Liều đường dùng	Thời gian (tuần)
Vancomycine	30mg/kg/ngày chia 2 lần	≥6
+ Gentamycine	1mg/kg mỗi 8 giờ TM hay TB	2
+ Rifamycine	300mg uống mỗi 8 giờ	≥6

g. Nhóm HACEK

Kháng sinh	Liều, đường dùng	Thời gian (tuần)
Ceftriaxon hay Ceftrizoxime	2g/ngày Tm 1 lần duy nhất	4
Ampicilline	12g (150-200mg/kg)/ngày TM mỗi 4 giờ 1mg/kg mỗi 8 giờ TM hay TB	4
+ Gentamycine		4

2. Điều trị ngoại khoa VNTMNT :

2.1 Chỉ định tuyệt đối

- Suy tim vừa đến nặng do rối loạn huyết động của van tim.
- Van nhân tạo tắc lư
- Nhiễm trùng không kiểm soát được bằng kháng sinh
- VNTMNT trên van tim nhân tạo tái phát sau khi đã dùng kháng sinh trị

liệu tối ưu.

2.2 Chỉ định tương đối

- Nhiễm trùng xâm lấn quanh van
- VNTMNT do Staphylococcus Aureus
- VNTMNT tái phát sau khi đã dùng kháng sinh trị liệu tối ưu.
- VNTMNT cấy máu âm tính và có sốt kéo dài (≥ 10 ngày)
- Sùi >10mm (nguy cơ truyền tắc mạch hệ thống cao)

V. PHÒNG NGỪA VNTMNT :

1. Sang thương tim :

Nguy cơ cao	Nguy cơ TB	Nguy cơ thấp
- Van nhân tạo - Đã từng bị VNTMNT - Bệnh tim bẩm sinh phức tạp (tâm thất độc nhất, tứ chứng Fallot...) - Đã được phẫu thuật tạo shunt giữa mạch hệ thống và mạch phổi	- Các bệnh tim bẩm sinh khác - Bệnh van tim mắc phải - Bệnh cơ tim phì đại - Sa van 2 lá có hở van và hoặc dày lá van	- Thông liên nhĩ - Thông liên thất đã đóng - Còn ống động mạch đã mổ - Sau mổ bắc cầu chủ-vành - Sa van 2 lá không có hở van - Cấy máy tạo nhịp - Cấy máy phá rung

2. Các phác đồ kháng sinh dự phòng :

- Kháng sinh dự phòng trong các thủ thuật/phẫu thuật răng miệng: chỉ 1 liều 30- 60 phút trước thủ thuật.

Thuốc	Liều, đường dùng
- Amoxicillin	Người lớn 2g, trẻ em 50 mg/kg uống 1 giờ trước thủ thuật
- Ampicillin (Bệnh nhân không uống được) Hoặc Ceftriaxone hoặc Cefazolin	Người lớn 2g TB hoặc TM, trẻ em 20 mg/kg TB hoặc TM trong vòng 30 phút trước thủ thuật 1g TM, Trẻ em 50mg/kg TM
Clindamycin Hoặc Azithromycin hoặc Clarithromycin (Bệnh nhân dị ứng Penicillin)	Người lớn 600 mg trẻ em 20 mg/kg uống 1 giờ trước thủ thuật
Clindamycin Hoặc Cefazolin (Bệnh nhân dị ứng Penicillin và không uống được)	Người lớn 600 mg trẻ em 20 mg/kg TM trong vòng 30 phút trước thủ thuật 1g TM hoặc TB trẻ em 25 mg/kg TM trong vòng 30 phút trước thủ thuật

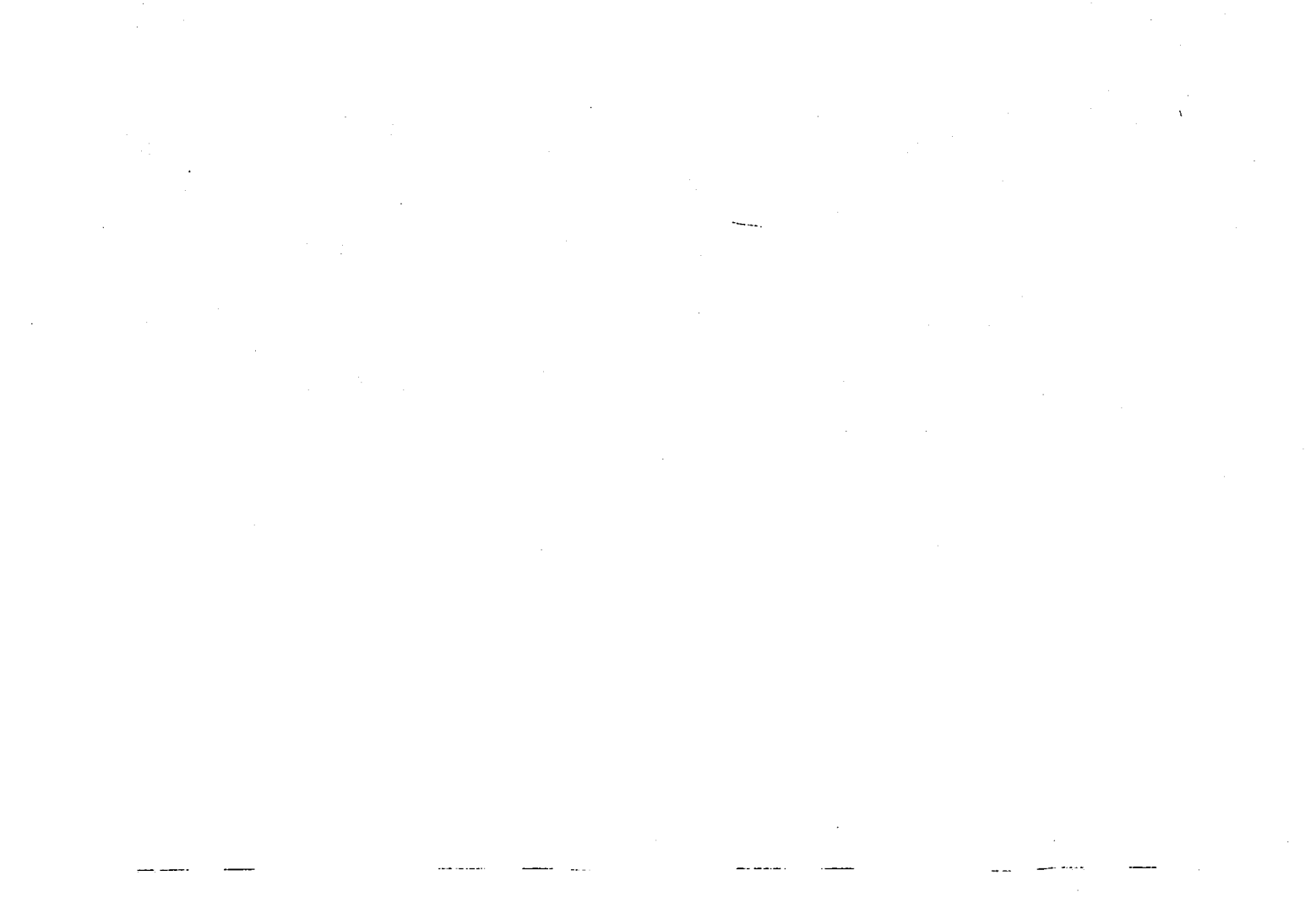
- Kháng sinh dự phòng trong các thủ thuật/phẫu thuật đường niệu sinh dục, ống tiêu hóa, hô hấp. Chỉ 1 liều ngay trước thủ thuật/ khi gây tê:

Trường hợp	Thuốc	Liều, đường dùng
Bệnh nhân nguy cơ cao	Ampicillin + Gentamycine	Ampicillin 2g TM hoặc TB Gentamycin 1,5mg/kg (không quá 120mg) trong vòng 30 phút trước thủ thuật, 6 giờ sau Ampicillin 1g TB/TM hoặc Amoxicillin 1g uống

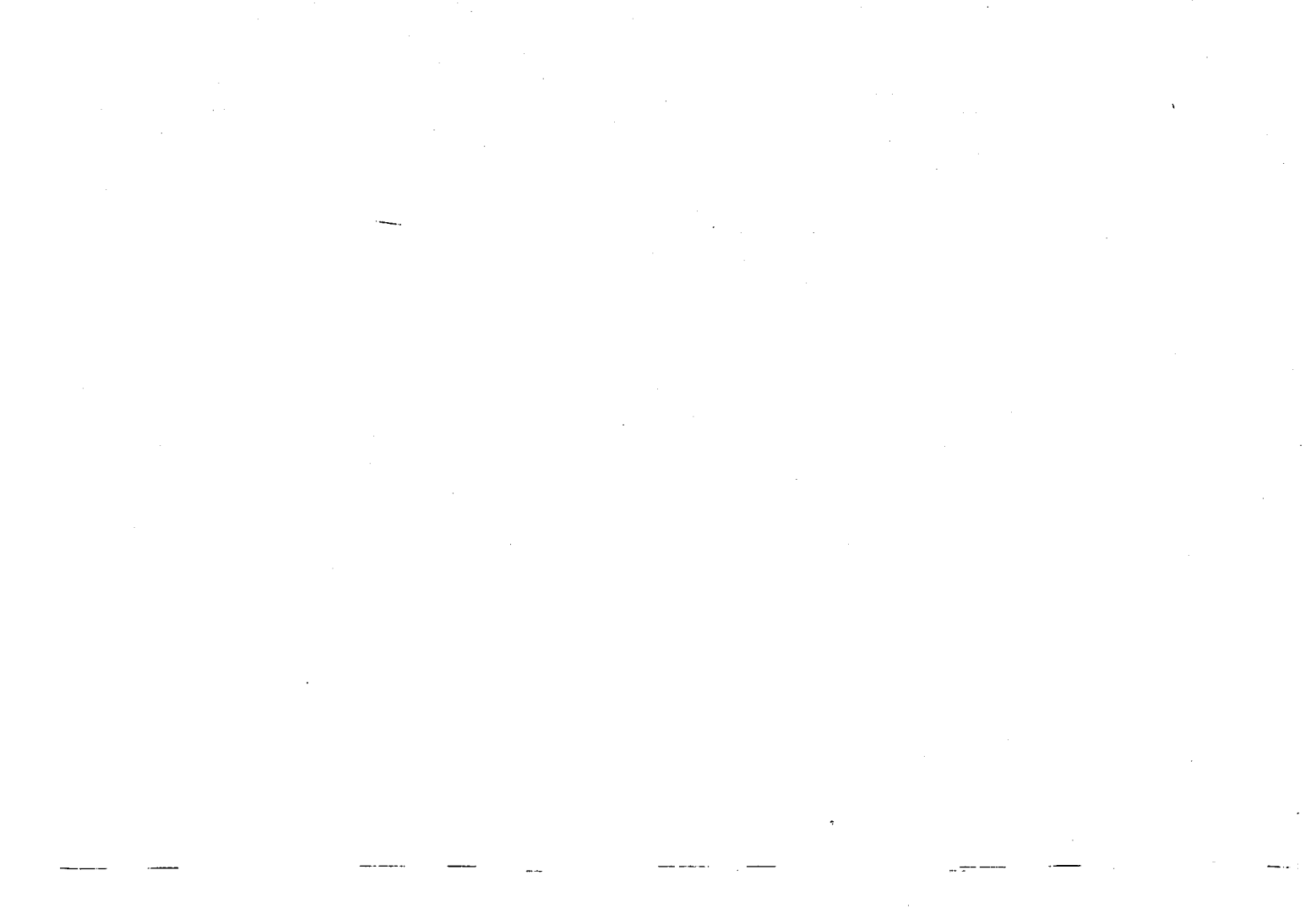
Bệnh nhân nguy cơ cao và dị ứng với Ampicillin	Vancomycine + Gentamycine	Vancomycine 1g TM trong 1 – 2 giờ Gentamycin 1,5mg/kg (không quá 120mg) truyền TM phải xong trong vòng 30 phút trước thủ thuật.
Bệnh nhân nguy cơ trung bình và dị ứng với Ampicillin	Vancomycine	Vancomycine 1g TM trong 1 – 2 giờ truyền TM phải xong trong vòng 30 phút trước thủ thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO :

1. Bệnh học nội khoa – trường Đại Học Y Dược TP.HCM
2. Bài giảng viêm nội tâm mạc nhiễm trùng Ths BS. Hồ Huỳnh Quang Trí.
3. Khuyến cáo 2008 về các bệnh lý tim mạch và chuyển hóa của Hội Tim mạch Việt nam, trang 52- 71.
4. Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng – PGS TS Phạm Nguyễn Vinh.
5. Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng – Hướng dẫn điều trị của Bộ Y Tế tập II – Nhà xuất bản Y học trang 250 - 254.
6. Heart Disease 8th page 1633 – 1654.



PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ
NỘI NHIỄM



NHIỄM TRÙNG HUYẾT

I. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán sơ bộ:

1.1. Tiền căn và dịch tễ:

- Ô nhiễm trùng cơ quan (túi mật viêm, nhiễm trùng đường tiết niệu, sinh dục, nhọt da...)

- Vết thương cũ (đôi khi đã lành)

- Có yếu tố tắc nghẽn đường mật, đường tiểu (sỏi, u bướu...)

- Giai đoạn hậu phẫu

- Đang được đặt catheter tiêm truyền hoặc thủ thuật (lọc máu, đo huyết áp động mạch trực tiếp...), các ống dẫn lưu (bàng quang, màng phổi, nuôi ăn lâu ngày bằng đường tĩnh mạch...)

- Cơ địa đề kháng kém (xi ke, HIV, AIDS, xơ gan, tiểu đường, suy tủy, ung thư máu, đang dùng corticoid, > 60 tuổi...)

1.2. Lâm sàng:

- Sốt cao có hoặc không kèm rét run (có thể không sốt)

- Triệu chứng biểu hiện nặng:

+ Sốt > 40°C hoặc < 37°C

+ Thở nhanh > 24 lần/phút

+ Tim nhanh > 90 lần/phút

+ Giảm huyết áp tư thế

+ Tiểu ít

+ Tiêu chảy

+ Rối loạn tri giác: lơ mơ, bứt rứt, vật vã...

1.3. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm máu:

+ Cây máu khi lên cơn sốt run hặc cây máu mỗi 4 giờ ngày đầu khi chưa sử dụng kháng sinh.

+ Bạch cầu tăng $> 12.000/\text{mcL}$, trng đó đa nhân trung tính chiếm đa số, hoặc BC giảm $< 4.000/\text{mcL}$, hoặc $\geq 10\%$ bạch cầu non.

+ Huyết đồ: công thức Arneth chuyển trái.

+ Phết máu ngoại biên có sự hiện diện của hạt độc, không bào, thể Dohle, xác vi trùng trong bạch cầu đa nhân trung tính

+ Lactat máu tăng $> 4\text{mmol/L}$

- Soi bệnh phẩm (mủ, máu, nước tiểu, dịch màng bụng, dịch màng phổi...) có vi trùng gây bệnh hoặc tế bào mủ.

- CRP tăng

- Procanxitonine.

2. Chẩn đoán xác định:

Cây máu dương tính

II. ĐIỀU TRỊ:

Cần tiến hành ngay khi có chẩn đoán sơ bộ để phòng diễn tiến đến sốc nhiễm trùng.

1. Kháng sinh:

1.1. Nguyên tắc

- Cây máu ngay trước khi quyết định điều trị kháng sinh.

- Chọn kháng sinh ban đầu căn cứ vào các yếu tố lâm sàng : dịch tễ học, ngộ vào, bệnh lý nền hoặc cơ địa, kết quả soi bệnh phẩm (mủ, nước tiểu, máu...)

1.2. Chọn lựa kháng sinh ban đầu

- Ceftriaxon: 2g tiêm tĩnh mạch 1 lần duy nhất trong ngày

- Tùy lâm sàng, có thể phối hợp với một kháng sinh thuộc nhóm aminoglycoside như Amikacin tiêm bắp hoặc tiêm mạch liều 0,75g – 1g /24 giờ. Giảm liều đối với bệnh nhân suy thận.

1.3. Chọn lựa kháng sinh trong các trường hợp cụ thể:

a. Nhiễm trùng huyết từ da

- Nghi do tụ cầu (*Staphylococcus aureus*), dùng Oxacillin 4-8 g/ngày chia mỗi 6 giờ, tiêm tĩnh mạch.

- Nghi do liên cầu (*Streptococcus spp*), dùng Ceftriaxone 2g tiêm tĩnh mạch 1 liều duy nhất trong ngày.

- Cả 2 trường hợp trên nếu lâm sàng xấu hơn hoặc dị ứng với nhóm betalactam, nên dùng Vancomycin liều 2g/ngày chia mỗi 6-12 giờ, truyền tĩnh mạch. Chính liều đối với bệnh nhân suy thận.

b. Nhiễm trùng huyết nghi do não mô cầu (*N. meningitidis*)

Penicillin G 6-12 triệu đơn vị/ngày, chia mỗi 4-6 giờ, tiêm tĩnh mạch

c. Nhiễm trùng huyết nghi từ đường hô hấp:

- Ceftriaxone 2g/ngày tiêm tĩnh mạch 1 liều duy nhất trong ngày

- Tùy lâm sàng, có thể phối hợp với Amikacin tiêm bắp hoặc tiêm mạch liều 0,75g – 1g /24 giờ

- Bệnh nhân trên 60 tuổi, có thể phối hợp với các kháng sinh uống:

+ Nhóm macrolides như Azithromycin 500 mg uống 1 lần duy nhất trong ngày x 5-7 ngày.

+ Hoặc nhóm quinolones như:

Levofloxacin uống 500-750 mg mỗi 24 giờ x 5-7 ngày

+ Moxifloxacin 400mg 1 -2 viên /24giờ

d. Nhiễm trùng huyết trên cơ địa giảm bạch cầu hay suy tủy:

- Ceftazidime: 6g/ngày, chia đều mỗi 8 giờ, tiêm tĩnh mạch.

- Tùy lâm sàng, có thể phối hợp với Amykacin

e. Nhiễm trùng huyết có liên quan thủ thuật xâm lấn như catheter động-tĩnh mạch, đặt thông tiểu, thở máy..

- Hoặc tienam 0,5g x3 lần mỗi 8 giờ TMC .

- Tùy lâm sàng, có thể dùng:

+ Cefazidime 6g/ngày, chia đều mỗi 8 giờ, tiêm tĩnh mạch

+ Hoặc phối hợp với Amikacin tiêm bắp hoặc tiêm mạch liều 0,75-1g /24 giờ

- Trường hợp nghi ngờ tụ cầu, phối hợp với Vancomycin truyền tĩnh mạch, liều 2g/ngày, chia mỗi 6-12 giờ.

- Trường hợp nghi ngờ kỵ khí, phối hợp với metronidazole 1,5g/ngày, chia đều mỗi 8 giờ, truyền tĩnh mạch.

1.4. Thay đổi kháng sinh:

Tất cả các trường hợp trên, sau 3-5 ngày điều trị, nếu không có sự cải thiện về lâm sàng, nên đổi kháng sinh điều trị phù hợp với kết quả kháng sinh đồ. Nếu kết quả cấy vi trùng âm tính, quyết định đổi kháng sinh sẽ tùy thuộc vào diễn tiến lâm sàng của bệnh nhân.

1.5. Thời gian điều trị kháng sinh:

Thời gian điều trị thông thường từ 10-14 ngày, hoặc lâu hơn tùy thuộc vào ổ nhiễm trùng gây bệnh. Chỉ ngừng kháng sinh sau khi bệnh nhân hoàn toàn hết sốt 5-7 ngày, tình trạng toàn thân tốt và các chỉ số xét nghiệm trở về bình thường.

2. Biện pháp khác :

2.1. Loại bỏ ổ nhiễm trùng:

Tháo mù, xé nhọt, can thiệp ngoại khoa nếu có chỉ định .

2.2. Điều trị tích cực bệnh nền như tiểu đường , tăng huyết áp, suy gan, suy thận...

2.3. Nâng thể trạng:

- Chế độ dinh dưỡng tốt, đảm bảo năng lượng. Nên cho ăn sớm (qua ống thông dạ dày hoặc đường miệng) duy trì hoạt động hệ tiêu hóa và hạn chế loét do kích xúc.

- Truyền máu hoặc hồng cầu lắng nếu cần

- Theo dõi chức năng gan thận thường xuyên để chỉnh liều lượng kháng sinh phù hợp.

- Săn sóc điều dưỡng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bệnh Viện Nhiệt Đới Tp. HCM (2008), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh nhiễm trùng thường gặp”, trang 13-17.

2. Bùi Đại (2005), Bệnh học truyền nhiễm, Nhà Xuất bản Y Học, trang 11-31.

3. Harrison'Principles of internal medicine (2008), “Severe sepsis and septic shock”, part.11, sect.2, chapt.265.

4. Washington' manual of medical therapeutics (2007), “sepsis”, Chap.13, p:366-367.

VIÊM MÀNG NÃO MỦ

I. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán sơ bộ

1.1. Dịch tễ và tiền căn

- Thời gian có nhiều người mắc bệnh viêm màng não hay nhiễm trùng huyết do não mô cầu.

- Tiếp xúc với bệnh nhân nhiễm trùng huyết hay viêm màng não do não mô cầu.

- Tiền căn bị chấn thương hay phẫu thuật vùng sọ não, vùng hàm mặt.

- Nhiễm trùng tai, mũi, họng tái phát nhiều lần.

- Đã từng mắc bệnh viêm màng não mủ trước đây.

- Đang điều trị nhiễm trùng huyết, viêm nội tâm mạc...

1.2. Lâm sàng

- Sốt

- Hội chứng màng não: nhức đầu, nôn vọt, táo bón

- Dấu màng não: cổ cứng, dấu Kernig(+), Brudzinski(+)

- Rối loạn tri giác

1.3. Cận lâm sàng

Dịch não tủy

- Màu sắc: từ mờ cho đến đục như nước vo gạo.

- Protein tăng từ ít đến nhiều tùy tình trạng nặng nhẹ

- Glucose giảm ($< 50\%$ glucose máu lấy cùng lúc chọc dò dịch não tủy)

- Tế bào tăng từ $100 - 1000/\text{mm}^3$, với đa số là bạch cầu đa nhân trung tính.

- Lactate tăng ($> 4 \text{ mmol/l}$)

- Soi, cấy có vi trùng.

- Phản ứng ngưng kết latex giúp chẩn đoán sơ bộ nhanh.
- PCR dịch não tủy lao, vi trùng.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Lao màng não
- Viêm màng não nấm *Cryptococcus Neoformans*
- Viêm màng não tăng bạch cầu ái toan
- Viêm não-màng não siêu vi
- Phản ứng màng não với ổ nhiễm trùng kế cận màng não (áp xe não, viêm tai giữa, viêm tai-xương chũm...) hay với chất hóa học.

3. Chẩn đoán xác định tác nhân gây bệnh

Dựa vào kết quả nuôi cấy dịch não tủy

II. ĐIỀU TRỊ

1. Kháng sinh

1.1. Nguyên tắc

- Sử dụng kháng sinh loại tiêm tĩnh mạch, qua được hàng rào mạch máu não, liều cao ngay khi chẩn đoán viêm màng não mủ và không được giảm liều kháng sinh trong suốt thời gian điều trị và kháng sinh diệt khuẩn.

- Chọn lựa kháng sinh tùy thuộc vào kết quả soi, cấy dịch não tủy của lần chọc chọc dò dịch não tủy đầu tiên.

1.2. Nếu soi vi trùng âm tính hoặc không có điều kiện xét nghiệm

Kháng sinh chọn lựa hàng đầu là cephalosporin thế hệ III

- Ceftriaxone : 2 g x 2 lần/ngày, tiêm tĩnh mạch
- Cefotaxime : 1g x 4 lần/ngày, tiêm tĩnh mạch
- Cefazidime : 1g x 4 lần/ngày, tiêm tĩnh mạch

1.3. Nếu cấy dịch não tủy xác định được vi trùng gây bệnh

Chỉ định kháng sinh đặc hiệu cho vi trùng đó.

1.4. Thời gian sử dụng kháng sinh

Thông thường là 10 - 14 ngày, tùy theo diễn biến lâm sàng và dịch não tủy. Riêng trường hợp viêm màng não do tụ cầu vàng, thời gian sử dụng kháng sinh tối thiểu là 3 tuần.

1.5. Tiêu chuẩn ngưng kháng sinh

- Lâm sàng diễn biến tốt
- Dịch não tủy: trong, glucose bình thường, tế bào < 50/ml với đa số là tế bào lympho.

2. Điều trị triệu chứng

- Hạ sốt
- Chống co giật
- Bù nước điện giải
- Điều trị triệu chứng kèm theo

III. THEO DÕI DỊCH NÃO TỦY

- Chọc dò tủy sống lần 1: ngay khi nghi ngờ viêm màng não mủ, trước khi sử dụng kháng sinh.

- Chọc dò tủy sống lần 2: 48 giờ sau khi bắt đầu sử dụng kháng sinh để đánh giá hiệu lực kháng sinh và thay đổi kháng sinh nếu cần thiết. Trường hợp thay đổi kháng sinh thì 48 giờ sau phải kiểm tra lại dịch não tủy

- Chọc dò tủy sống lần 3: 24 giờ trước khi dự định ngưng kháng sinh.

*** Ghi chú:**

- Trước khi chọc dò tủy sống cần phải loại trừ tăng áp lực nội sọ
- Cần đo áp lực dịch não tủy mở mỗi khi chọc dò tủy sống.
- Nên để bệnh nhân nằm đầu ngang ít nhất 6 giờ sau khi chọc dò tủy sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bệnh Viện Nhiệt Đới Tp. HCM (2008), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh nhiễm trùng thường gặp”, trang 42-45.
2. Đại Học Y Dược Tp HCM (2008). Bệnh Truyền Nhiễm. Nhà Xuất Bản Y Học, trang 183-198.
3. Morton Swartz (2004). *Acute Bacterial Meningitidis*. Infectious Diseases, 3rd Edition. Chapter 148, page 1265-1286

VIÊM NÃO SIÊU VI

I. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán sơ bộ

1.1. Dịch tễ

- Chưa được chủng ngừa viêm não (Nhật Bản,...).
- Cư ngụ trong vùng dịch lưu hành.

1.2. Lâm sàng

- Sốt cao đột ngột $39 - 40^{\circ}\text{C}$ có thể kèm ói mửa, nhức đầu.
- Rối loạn tri giác: từ lơ mơ, ngủ gà, đến hôn mê sâu.
- Co giật toàn thân, đôi khi cục bộ.
- Các dấu thần kinh:
 - + Dấu màng não: cổ cứng, dấu Kernig(+), Brudzinski(+)
 - + Yếu, liệt 1 hoặc nhiều chi, tăng phản xạ gân xương, gồng cứng cơ, có dấu Babinski.
 - + Yếu, liệt thần kinh vận nhãn (III, IV, VI), liệt mặt (VII).
- Sau 10 – 14 ngày xuất hiện các di chứng về tâm thần và thần kinh như rối loạn hành vi tác phong, rối loạn cảm xúc, chậm phát triển trí tuệ. Các di chứng này có thể tồn tại từ vài tháng đến nhiều năm.

1.3. Cận lâm sàng

- Bạch cầu máu: thường tăng cao, lúc đầu tỷ lệ đa nhân trung tính chiếm ưu thế, sau đó lympho tăng dần.
- Dịch não tủy biến đổi trong 90% trường hợp
 - + Màu sắc: trong, không màu.
 - + Áp lực tăng trong giai đoạn đầu.
 - + Protein tăng nhẹ từ 0,5 – 1 g/l.
 - + Glucose bình thường.

+ Tế bào tăng trung bình từ 10- 100/mm³ , hiếm khi tăng trên 500 tế bào/mm³, tỷ lệ lympho chiếm ưu thế. Đa nhân trung tính có thể tăng trong giai đoạn sớm.

+ Phân lập siêu vi trong dịch não tủy và huyết thanh thường có kết quả âm tính.

- CT-Scan sọ não khi nghi ngờ:

+ Tổn thương bệnh lý ngoại thần kinh (u não, áp xe não,...) để chẩn đoán phân biệt và can thiệp kịp thời.

+ Viêm não do Herpes simplex (sang thương giảm đậm độ rải rác không đồng đều 2 bên, tập trung nhiều ở thùy thái dương).

- Điện não đồ:

+ Xuất hiện sóng nhọn, gai chậm: là biểu hiện tổn thương não nặng.

+ Ngoài ra có hiện tượng sóng chậm Delta và theta lan toả 2 bán não cầu.

2. Chẩn đoán xác định

- Chẩn đoán miễn dịch

+ Mac-ELISA: IgM huyết thanh và dịch não tủy. Đối với viêm não Nhật Bản, 70% dương tính vào ngày thứ 3 – 4 của bệnh.

+ Tìm kháng thể đặc hiệu: kháng thể trung hoà, kháng thể kết hợp bổ thể, kháng thể ngưng kết hồng cầu. Lấy máu 2 lần cách nhau 2 tuần, hiệu giá kháng thể lần 2 cao gấp 4 lần so với lần 1. Nếu làm 1 lần hiệu giá kháng thể viêm não Nhật Bản $\geq 1/320$ cũng có giá trị chẩn đoán xác định.

- PCR phát hiện kháng nguyên trong máu và dịch não tủy.

- Phân lập virus trong máu và dịch não tủy.

3. Chẩn đoán phân biệt

Trên thực tế lâm sàng, tỷ lệ xác định siêu vi gây bệnh còn thấp nên cần chú ý phân biệt với các bệnh cảnh:

- Viêm màng não mủ, lao, nấm, ký dinh trùng,...
- Sốt rét thể não.
- Chấn thương sọ não, áp xe não, u não....
- Hôn mê do ngộ độc (thuốc phiện, thuốc rầy,...) hoặc do bệnh lý chuyển hoá (tiểu đường, hạ đường huyết, hôn mê gan,...).
- Rối loạn tâm thần, động kinh trên bệnh lý gây sốt như nhiễm siêu vi, nhiễm trùng khu trú...

II. ĐIỀU TRỊ

1. Trong một số trường hợp chủ yếu là điều trị nâng đỡ

1.1. Hạ sốt

- Paracetamol.
- Lau mát.

1.2. Chống phù não

- Manitol 20% liều dùng 0,5 – 1 g/kg/lần truyền tĩnh mạch trong 30 phút mỗi 6 giờ. Tùy theo đáp ứng lâm sàng giảm liều.
- Corticoide : có tác dụng cải thiện tri giác, hạ nhiệt tốt và giảm tử vong cao, nhưng chưa được khuyến cáo sử dụng.
- Theo dõi sát lượng dịch truyền vào, tránh thừa nước.

1.3. Chống co giật

- Diazepam: 10 mg/lần tiêm tĩnh mạch chậm.

1.4. Chống suy hô hấp

- Hút đàm dãi, thở oxy.
- Đặt nội khí quản thở máy tùy mức độ suy hô hấp.

1.5. Chống bội nhiễm, sẵn sàng điều dưỡng, nuôi ăn qua sonde dạ dày.

1.6. Vật lý trị liệu để giảm co cứng cơ, cứng khớp, teo cơ.

2. Thuốc đặc hiệu trị siêu vi

Chỉ có hiệu quả đối với nhóm Herpes, khi dùng sớm có thể làm giảm di chứng thần kinh.

- Acyclovir 10 mg/kg mỗi 8 giờ /ngày. Thời gian điều trị là 10 – 14 ngày.

III. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Sinh hiệu ổn.
- Không còn các biến chứng bội nhiễm: viêm phổi, nhiễm trùng tiểu, loét da,...
- Tồn thương thần kinh không tiến triển thêm.
- Ăn được bằng đường miệng.
- Tái khám định kỳ nếu còn di chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bệnh Viện Nhiệt Đới Tp. HCM (2008), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh nhiễm trùng thường gặp”, trang 46-49.
2. Đại Học Y Dược Tp HCM (2008). Bệnh Truyền Nhiễm. Nhà Xuất Bản Y Học, trang 348-362.
3. Stephen G. Baum, Brian Koll (2004). *Acute Viral Meningitis and Encephalitis*. Infectious Diseases, 3rd Edition. Chapter 148, page 1287-1293.
4. Karen L, Raos, Kenneth L, Tyler (2005). *Viral Encephalitis*. Principles Of Internal Medicine, page 2480-2483

TIÊU CHẢY NHIỄM TRÙNG

I. CHẨN ĐOÁN :

1. Chẩn đoán phân biệt

Cần loại trừ các bệnh cấp cứu khác như lồng ruột, tắc ruột, viêm ruột thừa, thai ngoài tử cung vỡ, hoặc cơn bão giáp...

2. Chẩn đoán:

- Dựa vào lâm sàng :Tiêu phân lỏng không thành khuôn, từ 3 lần /24 giờ trong vòng 2 tuần được coi là tiêu chảy cấp. Hai bệnh cảnh hay gặp: tiêu phân toàn nước và tiêu phân đàm máu.

- Dựa vào tác nhân gây bệnh :

- Siêu vi hoặc *E. coli* sinh độc tố , *Cryptosporidium sp*: tiêu phân vàng lỏng.

- Dịch tả cần chú ý yếu tố dịch tễ, phân nước thoáng đục, có màng lợn cợn và có mùi tanh đặc biệt.

- *E. histolytica*, *Pentatrichomonas intestinalis* và vi trùng xâm lấn : tiêu phân đàm máu.

- *Giardia lamblia*: tiêu chảy phân ít nước, diễn tiến kéo dài từng đợt.

Chẩn đoán tác nhân gây bệnh thường khó khăn và không giúp ích trực tiếp cho người bệnh, ngoại trừ:

+ Nghi dịch tả: soi phân trực tiếp dưới kính hiển vi nền đen + cây phân. Kết quả cấy phân là căn cứ để báo dịch và điều chỉnh kháng sinh.

+ Ly amíp: tìm thấy *Entamoeba histolytica* thể hoạt động ăn hồng cầu (soi phân tươi trong vòng 2 giờ sau khi lấy hoặc chứa trong dung dịch cố định).

+ *Giardia lamblia*: soi phân tìm bào nang.

+ *Cryptosporidium sp*: soi phân tìm trứng nang.

+ *Pentatrichomonas intestinalis* : soi phân tìm thể hoạt động.

+ Trong các chương trình nghiên cứu hoặc giám sát dịch tễ học.

3. Đánh giá mức độ mất nước dựa trên lâm sàng

TRIỆU CHỨNG	KHÔNG MẤT NƯỚC	MẤT NƯỚC NHẸ	MẤT NƯỚC TRUNG BÌNH	MẤT NƯỚC NẶNG
% Trọng lượng cơ thể	< 3%	3-5%	6-9%	10-12%
Toàn trạng	bình thường	tỉnh táo	bức rức kho chịu , chóng mặt khi thay đổi tư thế	Lo âu sợ hãi, lơ đãng mệt lịm
Mạch	bình thường	bình thường hay nhanh rõ	nhanh, yếu	nhanh , rất yếu hoặc bất không được
Huyết áp tâm thu	bình thường	bình thường	giảm	< 80mgHg
Mắt	bình thường	bình thường	hơi lõm, khô	lõm, không nước mắt
Khát	bình thường	khát nước	rất khát nước	uống kém , không uống được
Đàn hồi da	bình thường	nếp véo da mất nhanh	nếp véo da mất chậm (1-2 giây)	nếp véo da mất rất chậm (>2 giây)
Nước tiểu	bình thường	bình thường	ít, sậm màu	không có

*** Chú ý:**

- Nếu biết chính xác thể trọng trước khi bệnh: tính lượng nước mất theo cân nặng một cách dễ dàng..

- Dấu véo da thực hiện ở da bụng.

II. ĐIỀU TRỊ

1. Bù nước-điện giải

- Tùy thuộc mức độ mất nước:

+ Mất nước nặng: truyền tĩnh mạch.

+ Mất nước nhẹ hoặc trung bình: uống ORS; truyền dịch khi ới nhiều hoặc không đảm bảo uống đủ.

+ Không dấu mất nước: uống ORS và nước chín theo nhu cầu.

- Tổng lượng dịch cần bù trong 24 giờ = lượng đã thiếu hụt + lượng duy trì + lượng tiếp tục mất

2. Kháng sinh

2.1. Chỉ định:

- Tiêu phân toàn nước: không dùng kháng sinh, ngoại trừ trường hợp nghi bị dịch tả.

- Tiêu phân đàm máu đại thể:

+ Có sốt: dùng kháng sinh

+ Không sốt: đa số người lớn điều trị như lỵ amíp (chú ý cơ địa có bệnh mạn tính hoặc > 60 tuổi cân nhắc sử dụng kháng sinh); Phân soi có thể dương bào *E. histolytica*: điều trị amíp.

- Tiêu phân đàm máu vi thể: dùng kháng sinh.

2.2. Kháng sinh:

- Kháng sinh được dùng tùy thuộc tính nhạy cảm của vi trùng gây bệnh (chủ yếu là *Shigella*), có thể thay đổi theo từng địa phương và từng thời điểm. Có thể dùng Quinolone hoặc Ceftriaxone (nếu tình trạng nặng).

- Theo dõi đáp ứng với kháng sinh sau 48 giờ, nếu không cải thiện rõ thì cần xem xét lại chẩn đoán hoặc đổi kháng sinh tiếp tục.

- Norloxacin 400mg x 2/ngày x 3-5 ngày

- Pefloxacin 400mg x 2/ngày x 3-5 ngày

- Ofloxacin 200 mg x 2/ngày x 3-5 ngày

- Metronidazole 500 mg x 3/ngày x 5 - 10 ngày, dùng cho *E. histolytica*, *Pentatrichomonas intestinalis* và *Giardia lamblia*

- Spiramycin 3 triệu x 2/ngày x 7 ngày, dùng cho *Cryptosporidia* sp.

3. Các thuốc chống tiêu chảy

- Các thuốc giảm nhu động ruột: không được dùng.

- Các men vi sinh (*Lactobacillus* hoặc *Saccharomyces*) có thể dùng trong trường hợp tiêu chảy không đàm máu hoặc tiêu chảy liên quan đến kháng sinh để rút ngắn thời gian tiêu chảy.

4. Dinh dưỡng.

Nên cho bệnh nhân ăn sớm, ăn thức ăn lỏng, dễ tiêu.

III. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

Hết triệu chứng lâm sàng > 48 giờ. Trường hợp dịch tả cần cấy phân âm tính trước khi xuất viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bệnh Viện Nhiệt Đới Tp. HCM (2008), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh nhiễm trùng thường gặp”, trang 5-8.

2. Đại Học Y Dược Tp HCM (2008). Bệnh Truyền Nhiễm. Nhà Xuất Bản Y Học.

BỆNH TẢ

(Phác đồ của BHYT)

Bệnh tả (cholerae) là một bệnh truyền nhiễm cấp tính, gây dịch đường tiêu hoá do phẩy khuẩn tả *Vibrio cholerae* gây ra. Biểu hiện chủ yếu bằng nôn và tiêu chảy với số lượng lớn dẫn đến mất nước và điện giải trầm trọng, gây sốc nặng. Nếu không được điều trị kịp thời sẽ dẫn đến tử vong.

I. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán sơ bộ

1.1. Dịch tễ và tiền căn

- Cư trú tại vùng dịch tễ lưu hành hoặc đang có dịch tả.
- Tiếp xúc với người bị tả hoặc tiêu chảy mà chưa xác định được nguyên nhân.
- Ăn uống thực phẩm chưa nấu chín bị ô nhiễm như hải sản sống, mắm tôm sống...

1.2. Lâm sàng

- Thời kỳ ủ bệnh: Từ vài giờ đến 5 ngày.
- Thời kỳ khởi phát: Biểu hiện bằng sôi bụng, đầy bụng, tiêu chảy vài lần.
 - Thời kỳ toàn phát
 - + Tiêu chảy liên tục rất nhiều lần với khối lượng lớn, có khi hàng chục lít một ngày. Phân tả điển hình toàn nước, màu trắng lơ đục như nước vo gạo, không có nhầy máu.
 - + Nôn, bệnh nhân nôn rất dễ dàng, lúc đầu ra thức ăn, sau toàn nước.
 - + Bệnh nhân thường không sốt, ít khi đau bụng.
 - + Tình trạng mất nước và điện giải gây mệt lả, chuột rút...

- 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	Thiếu 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

- Thời kỳ hồi phục: Bệnh diễn biến từ 1-3 ngày nếu được bù đủ nước và điều trị kháng sinh.

1.3. Cận lâm sàng

- Soi phân: Giúp chẩn đoán nhanh. Có thể soi phân dưới kính hiển vi nên đen sẽ thấy phẩy khuẩn tả di động mạnh. Nhuộm Gram thấy hình ảnh phẩy khuẩn không bắt màu Gram.

- Cây phân:

+ Phải lấy phân sớm khi xuất hiện tiêu chảy lần đầu tiên và trước khi điều trị.

+ Nên dùng ống thông lấy phân qua hậu môn tốt hơn. Trường hợp phải gửi bệnh phẩm đi xa để làm xét nghiệm cần phải cho phân vào môi trường Cary-Blair để chuyên chở.

+ Cây phân vào môi trường chuyên biệt. Phẩy khuẩn tả mọc rất nhanh và có thể xác định sau 24 giờ.

- Kỹ thuật PCR tìm gen CTX: giúp chẩn đoán nhanh (nếu có điều kiện).
- Tình trạng cô đặc máu: Hematocrit tăng.
- Tình trạng rối loạn điện giải: Giảm kali, giảm bicarbonat, thậm chí pH thấp.
- Suy thận: urê và creatinin máu tăng trong những trường hợp nặng.

* **Chú ý:** Trong vụ dịch, chẩn đoán trường hợp bệnh dựa chủ yếu vào các biểu hiện lâm sàng.

2. Chẩn đoán phân biệt

2.1. Nhiễm trùng, nhiễm độc thức ăn do *Salmonella*

Sau ăn thức ăn nhiễm khuẩn 12-14 giờ, sốt cao, đau bụng tiêu chảy và nôn có thể gây mất nước, phân có thể nước hoặc nước máu.

2.2. *Lỵ trực khuẩn*

Sốt, đau quặn bụng, mót rặn và phân có đàm máu.

2.3. *Escherichia coli* gây bệnh

Các chủng nhóm huyết thanh O124, O136, O144 gây tiêu chảy và nôn do độc tố ruột.

2.4. *Do độc tố của tụ cầu*

Ủ bệnh ngắn trong vài giờ sau khi ăn. Bệnh cấp tính như đau bụng dữ dội kiểu viêm dạ dày ruột cấp, nôn và tiêu chảy phân lỏng. Bệnh nhân không sốt và có khuynh hướng truy mạch.

2.5. *Do ăn phải nấm độc*

Không sốt, đau bụng nhiều, nôn và tiêu chảy sau khi ăn phải nấm độc. Trường hợp nặng có thể gây nôn ra máu, đi ngoài ra máu, vàng da và mề sàng. Cần hỏi kỹ tiền sử ăn uống.

2.6. Tiêu chảy do ngộ độc hóa chất

Do ăn thức ăn có nhiễm hoá chất như hoá chất bảo vệ thực vật.

II. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Cách ly bệnh nhân.
- Bồi phụ nước và điện giải nhanh chóng và đầy đủ.
- Dùng kháng sinh để diệt vi khuẩn.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Bồi phụ nước và điện giải

- Bù nước bằng đường uống: Áp dụng cho những trường hợp nhẹ, giai đoạn đầu chưa mất nước nhiều và giai đoạn hồi phục. Có thể áp dụng tại nhà hoặc ở các cơ sở y tế.

+ Các loại dịch dùng đường uống: Oresol (ORS) (gồm NaCl 3,5g, NaHCO₃ 2,5g, KCl 1,5g và glucose 20g) pha với một lít nước đun sôi để nguội.

+ Có thể pha dịch thay thế: 8 thìa nhỏ (thìa cà-phê) đường, 1 thìa nhỏ muối pha trong 1 lít nước; hoặc nước cháo 50g gạo và một nhúm (3,5g) muối hoặc nước dừa non có pha một nhúm muối.

+ Nên cho uống theo nhu cầu. Nếu nôn nhiều nên uống từng ngụm nhỏ.

- Bồi phụ khối lượng tuần hoàn bằng truyền tĩnh mạch:

+ Tổng lượng dịch truyền trong ngày:

Tổng lượng dịch truyền trong ngày = A + B + M

Trong đó : A: Lượng dịch mất trước khi đến viện (theo mức độ mất nước).

B: Lượng phân và chất nôn mất tiếp khi nằm viện.

M: Lượng nước duy trì trong ngày.

+ Các loại dịch truyền:

. Natri clorid 0,9% hoặc Ringer lactat (4 phần)

. Natri bicarbonat 1,4% (1 phần)

. Glucose 5% (1 phần)

+ Bỏ sung thêm kali clorid (KCl): mỗi 1 lít dịch truyền pha thêm 1g KCl. Khi bệnh nhân uống được thay bằng đường uống.

- Cách thức truyền dịch:

+ *Giai đoạn 1*: Từ 4-6 giờ đầu bù nước và điện giải đã mất trước khi đến bệnh viện, dựa vào mức độ mất nước.

+ *Giai đoạn 2*: Bù nước và điện giải đã mất trong khi nằm viện và lượng dịch duy trì.

+ Cần phải truyền nhanh bằng nhiều tĩnh mạch lớn hoặc truyền vào tĩnh mạch trung tâm.

+ Cần theo dõi các dấu hiệu sinh tồn, hematocrit, áp lực tĩnh mạch trung tâm (nếu có điều kiện) để điều chỉnh tốc độ truyền dịch cho thích hợp. Những trường hợp nặng cần theo dõi điện giải đồ để điều chỉnh cho phù hợp.

+ Khi hết nôn và uống được thì dùng dung dịch uống.

2.2. Điều trị kháng sinh

- Thuốc được dùng ưu tiên:

+ Nhóm fluoroquinolon (Ciprofloxacin 1g/ngày, Norfloxacin 800mg/ngày, Ofloxacin 400mg/ngày) uống chia hai lần/ngày, trong 3 ngày (Không dùng cho trẻ em dưới 12 tuổi, phụ nữ có thai và cho con bú. Thận trọng khi dùng cho trẻ từ 12 đến 18 tuổi).

+ Azithromycin 10 mg/kg/ngày uống trong 3 ngày.

+ Cloramphenicol 30 mg/kg/ngày uống chia 3 lần, dùng trong 3 ngày.

- Đối với trẻ em < 12 tuổi, phụ nữ có thai và cho con bú: Dùng azithromycin.

- Nếu không có sẵn các thuốc trên có thể dùng:

+ Erythromycin 1g/ngày uống chia 4 lần/ngày (trẻ em 40 mg/kg/ngày), dùng trong 3 ngày; hoặc

+ Doxycyclin 300 mg uống 1 liều (dùng trong trường hợp vi khuẩn còn nhạy cảm).

* Chú ý: Không được dùng các thuốc làm giảm nhu động ruột như morphin, opizoic, atropin, loperamide...

2.3. Dinh dưỡng

Nên cho bệnh nhân ăn sớm, ăn thức ăn lỏng, dễ tiêu.

III. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết tiêu chảy.

- Tình trạng lâm sàng ổn định.

- Kết quả xét nghiệm cấy phân âm tính 3 lần liên tiếp. Ở những cơ sở không có điều kiện cấy phân thì cho bệnh nhân ra viện sau khi ổn định về mặt lâm sàng được 1 tuần.

VIÊM PHỔI DO VIRUS

(Phác đồ của BHYT)

Virus cúm đã gây nhiều vụ dịch lớn trên thế giới với tỉ lệ tử vong cao. Có 3 tý virus cúm A, B và C, trong đó virus cúm A và B hay gây bệnh trên người; nhóm A có nhiều phân typ trong đó H5N1 đã gây bệnh tại Việt Nam. Bệnh tiến triển nhanh, đáp ứng kém với các phương pháp điều trị thông thường.

I. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán sơ bộ

1.1. Dịch tễ

Người bệnh sống ở vùng có gia cầm gia súc bị bệnh hoặc có tiếp xúc với người nghi bị cúm. Đặc biệt, những người làm thịt gà, vịt bệnh hoặc chơi gà chọi có nguy cơ cao.

1.2. Lâm sàng

- Sốt cao liên tục, có thể rét run
- Ho, thường ho khan
- Khó thở, hụt hơi
- Phổi có thể có ran nổ, ran ướt

1.3. Xét nghiệm

- *X quang phổi (bắt buộc) :*

Tổn thương lúc đầu là hình ảnh viêm phổi kẽ khu trú một bên, tập trung giống như viêm phổi thùy nhưng ranh giới không rõ, sau đó tiến triển nhanh, lan toả sang cả hai bên, vì vậy cần chụp X quang phổi hàng ngày.

- *Xét nghiệm máu:*

+ Công thức máu :

Số lượng bạch cầu thấp $< 3.000 / \mu\text{L}$ và bạch cầu lymphô thường giảm $< 1.000 / \mu\text{L}$ (CD4 giảm nhiều, tỷ lệ $\text{CD4/CD8} < 1$).

+ Khí máu: có tình trạng giảm oxy máu khi bệnh tiến triển nặng:

Độ bão hòa oxy (SaO_2) giảm dưới 90%.

PaO_2 giảm ($<85\text{mmHg}$), có thể giảm nhanh (dưới 60mmHg).

pH máu thường giảm (trường hợp nặng).

+ ALT, AST tăng cao

2. Chẩn đoán xác định :

- PCR dương tính với virus cúm A /H5N1

- Phân lập virus theo đường quy

- Bệnh phẩm (cho vào môi trường bảo quản) : phết họng sâu, dịch mũi-họng lấy qua đường mũi, đường phế quản.

- Phản ứng ELISA và ngưng kết hồng cầu dương tính với H5N1 từ huyết thanh.

II. ĐIỀU TRỊ ;

1. Nguyên tắc chung

Bệnh nhân nghi ngờ phải được nhập viện và cách ly ngay.

2. Điều trị suy hô hấp

2.1. Làm thông đường thở

2.2. Cung cấp oxy

- Thở oxy:

+ Qua gọng mũi (prongs) hoặc qua ống thông mũi: 1 – 4 L/phút

+ Qua mặt nạ (mask): 4 – 10 L/phút tùy theo tuổi.

- Thở CPAP khi:

+ Thở oxy qua mask hay qua mũi nhưng tình trạng bệnh nhân không cải thiện.

+ Vẫn tím tái, kích thích, vật vã

+ $\text{SpO}_2 < 90\%$

+ $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$

+ Bắt đầu với áp lực 5cm H₂O, sau đó tăng dần, tối đa 10cm H₂O (tùy theo tuổi).

+ Nên đặt ống thông dạ dày để tránh chướng bụng.

- Đặt nội khí quản thở máy:

Khi thở CPAP không cải thiện (bệnh nhân vẫn tím tái, độ bão hoà oxy dưới < 85%).

3. Điều trị đặc hiệu

3.1. Kháng virus: *Oseltamivir (Tamiflu)*

- Trẻ em từ 1 – 13 tuổi : dùng dung dịch uống tùy theo trọng lượng cơ thể

< 15 kg: 30 mg x 2 lần/ngày

16 – 23 kg 45 mg x 2 lần/ngày

24 – 40 kg: 60 mg x 2 lần/ngày

- Người lớn và trẻ em trên 13 tuổi: 75 mg x 2 lần/ngày

- Thời gian điều trị trung bình là 5 ngày (trong trường hợp nặng, xem xét khả năng kéo dài điều trị 7 – 10 ngày).

- Cần theo dõi chức năng gan, thận để điều chỉnh liều lượng cho phù hợp.

3.2. Kháng sinh

- Cephalosporin thế hệ III, IV: Ceftriaxone, Cefepime.

- Macrolides: Azithromycin 500 mg – 1.000 mg/ngày trong 5 – 7 ngày.

- Tùy diễn tiến có thể dùng: Aminoglycosides, Imipenem ...

4. Điều trị hỗ trợ

Điều chỉnh nước-điện giải, thăng bằng kiềm-toan.

III. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt 7 ngày sau khi ngưng kháng sinh.

- Xét nghiệm máu, X quang phổi trở về bình thường.

IV. PHÒNG LÂY NHIỄM

1. Nguyên tắc

Thực hiện các biện pháp cách ly và phòng chống nhiễm khuẩn nghiêm ngặt.

2. Phòng ngừa cho người bệnh và khách đến thăm

- Phát hiện sớm và cách ly buồng riêng ngay những người nghi ngờ mắc bệnh dịch.

- Người bệnh đã xác định bệnh được xếp phòng riêng, không xếp chung phòng với người nghi ngờ mắc bệnh dịch.

- Tất cả người bệnh phải đeo khẩu trang tiêu chuẩn.

- Người bệnh cần được chụp X quang, làm các xét nghiệm, khám chuyên khoa tại giường.

- Khách đến thăm phải đeo khẩu trang.

3. Xử lý người bệnh tử vong

- Người bệnh tử vong phải được khám liệm tại chỗ, phải khử khuẩn bằng các hoá chất: cloramin B, formalin. Chuyển đến nơi chôn cất hay hỏa táng bằng xe riêng và đảm bảo đúng qui trình lây nhiễm.

- Trong 24 giờ sau tử vong, phải hỏa táng hoặc chôn cất, tốt nhất là hỏa táng.

UỐN VÁN

I. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán sơ bộ

1.1. Yếu tố dịch tễ

- Có ngộ vào phù hợp với diễn tiến bệnh (20-30% trường hợp bệnh không có ngộ vào)

- Không chủng ngừa bệnh uốn ván hoặc chủng ngừa không đúng cách

1.2. Lâm sàng

- Co cứng cơ toàn thân liên tục, đau, diễn tiến theo trình tự (thường khởi đầu với miệng há nhỏ, về mặt uốn ván, cứng cổ, lưng, bụng, chi dưới)

- Co giật toàn thân hay cục bộ, tự nhiên hoặc khi bị kích thích, tự hết, co giật có 1 trong 3 tư thế cổ định

- Co thắt hầu họng, thanh quản gây khó thở, tím tái, ngưng thở

- Tỉnh táo, thường không sốt lúc khởi phát

* Lưu ý :

- Ở người già, cứng hàm và co giật thường không rõ, hay gặp là nuốt nghẹn, nuốt sặc, co thắt hầu họng, thanh quản, ứ đọng đàm nhớt nhiều

- Ở trẻ sơ sinh (uốn ván sơ sinh) cần có các tiêu chuẩn sau :

+ Trẻ sinh ra khỏe mạnh, bú và khóc bình thường

+ Bệnh xảy ra sau khi sinh từ ngày 3 đến ngày 28

+ Trẻ bỏ bú, khóc nhỏ tiếng hoặc không khóc, co cứng cơ toàn thân liên tục, co giật, thường sốt cao

- Đôi khi co cứng cơ và co giật chỉ xảy ra ở một vùng cơ thể

2. Chẩn đoán xác định

- Đo nồng độ kháng thể kháng độc tố uốn ván trong máu

- Nuôi cấy vi trùng uốn ván và xác định độc lực của vi trùng. Tuy nhiên, kết quả thường trễ và cấy vi trùng âm tính cũng không loại được chẩn đoán.

2. Điều trị

2.1. Trung hòa độc tố uốn ván

Dùng huyết thanh kháng độc tố uốn ván (SAT) :

- 400 – 500 đơn vị/kg một lần duy nhất, tiêm bắp, tối đa 20.000 đơn vị.

- Phải thử test trước với 75 đơn vị, nếu test (+) : giải miễn cảm theo phương pháp Besredka. Liều khởi đầu của phương pháp nên < 75 đơn vị. Chỉ nên tiêm thuốc ở những nơi có đầy đủ phương tiện hồi sức hô hấp - tuần hoàn.

2.2. Xử trí vết thương

- Xé rộng vết thương, lấy hết dị vật, cắt lọc mô hoại tử, dẫn lưu mủ, rửa sát vết thương hàng ngày với nước ôxy già từ 1 – 2 lần. Vết thương gãy xương hở đã bó bột nên mở cửa sổ bột để rửa sát chỗ gãy xương hở.

- Chỉ thay băng vết thương vài giờ sau khi tiêm SAT.

- Trước khi thay băng vết thương, nên cho diazepam nếu bệnh nhân co giật nhiều.

2.3. Điều trị nhiễm trùng

- Diệt vi trùng uốn ván : dùng từ 7 – 10 ngày một trong 4 thuốc sau đây :

+ Metronidazole : 0,5g x 3 lần/ngày, uống

+ Erythromycine : 0,5g x 3 lần/ngày, uống

+ Ceftriaxone 2 – 4g/ngày

- Điều trị các bội nhiễm nếu có.

3. Điều trị co giật

3.1. Nhóm Benzodiazepines

- Diazepam khởi đầu :

+ Tiêm tĩnh mạch 0,1 – 0,3 mg/kg/liều, mỗi 2 – 4 giờ, tối đa 10 mg/liều, tổng liều 1 – 2 mg/kg/ngày

+ Uống 1 – 3 mg/kg/ngày nếu đáp ứng tốt và không xuất huyết tiêu hóa, tối đa 20 mg/liều

+ Giảm đến ½ liều ở bệnh nhân già, suy gan, giảm thể tích máu, giảm co giật, rối loạn tri giác, suy hô hấp

- Giải độc (antidote) của Diazepam : Flumazenil liều 0,01 mg/kg tiêm tĩnh mạch, tổng liều tối đa 1 mg

3.2. Nhóm giãn cơ

Cần nhắc khi sử dụng, bắt buộc phải gắn máy thở cho bệnh nhân trước khi dùng thuốc.

Pipercuronium : khởi đầu 0,05 mg/kg/liều, tiêm tĩnh mạch, sau đó 0,02 – 0,05 mg/kg/giờ, tối đa 2 mg/giờ, truyền tĩnh mạch, tùy theo tình trạng co giật.

4. Chỉ định mở khí quản

- Co thắt thanh quản
- Co giật có ảnh hưởng đến hô hấp
- Tắc nghẽn đường hô hấp do đàm nhớt mà không giải quyết hiệu quả bằng biện pháp hút đàm

- Có chỉ định dùng thuốc giãn cơ

5. Điều trị các biến chứng

- Suy hô hấp
- Suy tuần hoàn
- Rối loạn thần kinh thực vật
- Cao huyết áp
- Sốt cao
- Xuất huyết tiêu hóa
- Điều chỉnh nước-điện giải và thăng bằng kiềm-toan
- Suy thận cấp

6. Dinh dưỡng

- Nuôi ăn càng sớm càng tốt. Đặt thông dạ dày nếu không ăn bằng miệng được.

- Nhu cầu năng lượng cao 70 kcal/kg/ngày

- Nên pha dung dịch dinh dưỡng 1 ml # 1,5 kcal. Tốc độ nhỏ giọt qua thông dạ dày là 20 – 30 phút/bữa ăn, 4 – 6 lần/ngày.

- Có thể cho thêm dầu ăn để cung cấp thêm năng lượng và các vitamine tan trong dầu (A, D, E, K).

7. Chăm sóc và theo dõi

- Chăm sóc và theo dõi bệnh nhân co giật, mờ khí quản, thở máy, nằm lâu, hôn mê.

- Theo dõi sinh hiệu, SpO₂, co giật, tri giác, tình trạng vết thương, nước xuất nhập trong 24 giờ.

8. Chỉ định rút canyn

- Tỉnh,

- Không còn co giật hay co thắt thanh quản,

- Đàm ít, khạc mạnh.

II. TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN

Không còn co giật hay co thắt hầu họng thanh quản.

- Hết biến chứng của bệnh.

- Ăn uống bình thường.

- Đi lại một mình không cần có người giúp đỡ.

- Không cần sử dụng Diazepam để làm mềm cơ.

1. Phòng ngừa

1.1. Phòng ngừa sau khi bị uốn ván

- Gây miễn dịch cơ bản bằng giải độc tố uốn ván (VAT) 3 mũi :

+ Mũi 1 : VAT 40 đơn vị (0,5 ml) tiêm dưới da hay tiêm bắp ngay

khi xuất viện

+ Mũi 2 : VAT 40 đơn vị (0,5 ml) một tháng sau

+ Mũi 3 : VAT 40 đơn vị (0,5 ml) 6 – 12 tháng sau mũi 1

- Tiêm nhắc lại mỗi 5 – 10 năm sau

1.2. Phòng ngừa sau khi bị vết thương:

- Nếu bệnh nhân đã có chủng ngừa đầy đủ đối với bệnh uốn ván

+ Vết thương sạch : chỉ cần chăm sóc tại vết thương

+ Vết thương rộng, sâu, mô dập nát, hoại tử, mủ và máu nhiều :

tiêm VAT 40 đơn vị

- Nếu bệnh nhân chưa có chủng ngừa hay chủng ngừa không đầy đủ đối với bệnh uốn ván :

+ SAT 1.500 – 3.000 đơn vị, tiêm bắp (test)

+ Gây miễn dịch cơ bản bằng 3 mũi VAT

+ Tiêm nhắc lại VAT mỗi 5 – 10 năm sau

TÀI LIỆU THAM KHẢO :

1. Đại Học Y Dược Tp HCM (2008). Bệnh Truyền Nhiễm. Nhà Xuất Bản Y Học. Trang 150-162.

2. Bùi Đại, Nguyễn văn Mùi, Nguyễn Hoàng Tuấn (2005): *Bệnh uốn ván*. Bệnh học truyền nhiễm, Nhà Xuất bản Y Học, trang 401-417.

Thomas P.Bleck (1995): *Clostridium tetani*. Principles and Practice of infectious diseases, 6th Edition, page 2817-2821.

VIÊM GAN SIÊU VI CẤP

Viêm gan siêu vi (VGSV) là tất cả những biểu hiện lâm sàng do nhiều loại siêu vi có ái tính với tế bào gan gây ra hội chứng viêm và hoại tử.

Dựa vào biểu hiện lâm sàng và biến đổi xét nghiệm, VGSV được chia làm 2 loại :

- VGSV cấp : triệu chứng lâm sàng và bất thường về xét nghiệm chức năng gan kéo dài không quá 6 tháng.

- VGSV mãn : triệu chứng lâm sàng và bất thường về xét nghiệm chức năng gan kéo dài trên 6 tháng.

Hiện nay có rất nhiều loại siêu vi gây viêm gan, nhưng trong điều kiện của Bệnh viện ĐKTV Cần Thơ có thể xác định được HAV, HBV và HCV, ADN-HBV, HCV-ARN, IgMantiHBc, IgGantiHBc.

I. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán sơ bộ

1.1. Dịch tễ

- Tiền căn gia đình : có người thân bị viêm gan
- Tiền căn cá nhân : có quan hệ tình dục không bảo vệ, dùng chung kim tiêm, thủ thuật xuyên qua da, truyền máu từ 2 tuần đến 6 tháng trước khi có triệu chứng đầu tiên của bệnh

1.2. Lâm sàng

- Vàng mắt, vàng da không quá 28 ngày
- Không sốt hoặc sốt nhẹ
- Mệt mỏi, uể oải
- Rối loạn tiêu hóa : nôn ói, chán ăn, đau hạ sườn phải
- Gan to và đau

- Đối với các thể nặng, có thể phát hiện rối loạn tri giác, xuất huyết da niêm, gan teo nhỏ...

1.3. Cận lâm sàng

AST (SGOT) và ALT (SGPT) gia tăng tối thiểu là gấp 2 lần trị số cao nhất của giới hạn bình thường. Thông thường, trong VGSV cấp, AST và ALT gia tăng từ 5 – 10 lần, có khi > 20 lần trị số cao nhất của giới hạn bình thường.

2. Chẩn đoán xác định

Dựa vào xét nghiệm huyết thanh và được thực hiện lần lượt như sau :

- Đầu tiên nên làm IgM anti-HAV, IgM anti-HBc và HBsAg

+ IgM anti-HAV (+) : VGSV A cấp

+ IgM anti-HBc (+) : VGSV B cấp

+ HBsAg (+) đơn thuần : không kết luận được VGSV B (có thể là người lành mang mầm bệnh, cũng có thể là VGSV B cấp và mãn)

- Sau đó, nếu IgM anti-HAV và IgM anti-HBc (-), chẩn đoán tạm thời là VGSV không A – không B và làm tiếp anti-HCV và IgM anti-HEV

+ IgM anti-HEV (+) : VGSV E cấp

+ Anti-HCV (+) : VGSV C, nếu có thêm bằng chứng về chuyển huyết thanh thì kết luận là VGSV C cấp

II. ĐIỀU TRỊ

Bệnh nhân nghi ngờ VGSV có các dấu hiệu nặng sau đây cần được nhập viện ngay để theo dõi và điều trị :

- Rối loạn tri giác

- Xuất huyết

- Rối loạn hô hấp

- Trụy tim mạch

- Nôn ói nhiều

- Không ăn uống được

- Sốt cao

Cần loại trừ các bệnh lý nội, ngoại khoa có vàng da niêm.

1. Chế độ ăn uống

- Khẩu phần nhiều đạm, nhiều đường, ít mỡ

- Không bia rượu

- Không nên kiêng ăn thái quá, khuyến khích bệnh nhân ăn nhiều lần, mỗi lần một ít, nếu cần, đổi bữa ăn chính vào lúc sáng và trưa, chiều tối nên ăn nhẹ.

2. Sử dụng các loại thuốc

- Hạn chế các loại thuốc gây bất lợi cho gan : không dùng corticoid, cần thận khi sử dụng phenobarbital, thuốc kháng lao, kháng sinh nhóm cyclin...

- Vitamine K1 : 10 mg/ngày, tiêm bắp, khi prothrombin giảm < 60%

- Cholestiramin : 1 gói (4g) x 2 – 3 lần/ngày khi bệnh nhân có dấu hiệu ngứa

- Các loại thuốc có nguồn gốc thảo dược như silymarin, biphenyl dimethyl dicarboxylat (từ chiết xuất schizandrin của ngũ vị tử) không gây độc và làm giảm transaminases có thể xem xét sử dụng trong VGSV cấp.

3. Nghỉ ngơi

- Nghỉ ngơi tuyệt đối và hoàn toàn tại giường là không cần thiết ; nhưng làm việc nặng, gắng sức làm cho bệnh diễn biến phức tạp và kéo dài.

- Thời gian nghỉ ngơi nên kéo dài cho đến khi hết vàng da - mắt, và transaminases < 2 lần so với trị số cao nhất của giới hạn bình thường.

- Không nên lao động nặng ít nhất là 3 tháng kể từ khi hết giai đoạn nghỉ ngơi.

4. Theo dõi thường xuyên về lâm sàng và xét nghiệm

4.1. Về lâm sàng

Diễn tiến của vàng da - mắt, rối loạn tiêu hóa, tình trạng uể oải, mệt mỏi, có hay không xuất huyết, phù chi, bụng, rối loạn tri giác...

4.2. Về xét nghiệm

- AST và ALT hàng tuần cho đến khi < 2 lần so với trị số cao nhất của giới hạn bình thường, sau đó mỗi tháng một lần, ít nhất trong 6 tháng.

- Prothrombin trong các thể nặng

- Siêu âm bụng để loại trừ các bệnh gây tắc mật và tạo khối trong gan

VIÊM GAN SIÊU VI TỐI CẤP

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm gan siêu vi tối cấp là biến chứng đáng sợ nhất của viêm gan siêu vi cấp. Thể bệnh này chủ yếu xảy ra trong VGSV B, D và E. Viêm gan tối cấp do HAV rất hiếm gặp.

Viêm gan tối cấp: khi tỷ prothrombin $< 50\%$ + bệnh lý não gan + thời gian < 2 tuần từ khi xuất hiện hoàng đả cho đến lúc xuất hiện bệnh lý não gan.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng : 03 dấu hiệu thường gặp là :

* Hoàng đả (vàng da niêm).

* Bệnh lý não gan.

- Đôi khi xảy ra ngay sau khi dùng các thuốc an thần hoặc chống nôn.

- Bệnh lý não gan tiến triển 3 giai đoạn nặng dần lên:

Tiến triển của bệnh lý não gan

- Giai đoạn I: Rung giật nhóm cơ (astérixis) và đảo ngược nhịp sinh học (chùng một ngày đêm).

- Giai đoạn II: Hội chứng lú lẫn; mất định hướng không gian - thời gian (désorientation temporo-spatiale).

- Giai đoạn III: Hình thành hôn mê trong vòng vài giờ hoặc vài ngày thường khởi đầu bằng một giai đoạn kích động và kết hợp với một tăng trương lực đối bên. Giai đoạn này xuất hiện phù não có thể thấy bằng scanner thông thường. Gây tăng áp nội sọ cấp và nặng mà xác nhận các dấu hiệu suy thân não:

+ Con thở nhanh;

+ Mạch chậm, huyết áp không đều;

+ Opisthotonos, các chuyển động dang rộng, xoay trong 2 chi trên.

Tình huống này cho thấy nguy cơ chết não tăng lên

** Teo gan.*

- Tương ứng với hoại tử gan lan rộng. Có thể được xác minh bằng:

+ Sờ gan, gõ gan

+ Khám về hình ảnh (siêu âm, chụp cắt lớp).

- Các bất thường lâm sàng khác được tìm thấy là:

+ Dịch màng bụng do tăng áp xoang tĩnh mạch cửa, suy tế bào gan, giảm protid máu.

+ Cường hoạt tính (Hypercinésie) về tim mạch với nhịp xoang nhanh và tần số tim tăng tương quan nghịch với giảm thể tích máu. Lúc này huyết áp bình thường hoặc giảm không đáng kể.

- Truy tìm mạch xảy ra do:

+ Phần lớn do giảm thể tích máu;

+ Suy cơ tim (sau 50 tuổi);

+ Nhiễm khuẩn máu.

- Các rối loạn hô hấp:

+ Thở nhanh do nguyên nhân trung ương;

+ Suy hô hấp cấp có thể xảy ra và tương quan với sự nghiêm trọng của hôn mê, kiệt sức cơ hô hấp, bệnh lý phổi do sặc, giảm phosphore máu.

- Vô niệu tương quan với suy thận chức năng do giảm thể tích máu.

2. Cận lâm sàng:

** Bilan sinh học gan :*

- Tăng transaminase trên 50 lần bình thường.

- Tăng bilirubin máu kết hợp trên 100 mmol/L.

- Gamma-glutamyltransferase và phosphatase kiềm tăng vừa phải.

*** Rối loạn đông máu**

- Giảm lượng prothrombin (TP) < 50% và thường < 25%.
- Giảm các yếu tố III, V, VII, X không thể điều chỉnh được bằng tiêm vitamin K1 và phản ánh sâu sắc suy giảm sự tổng hợp của gan một cách nghiêm trọng.

- Số lượng tiểu cầu và thời gian chảy máu thường là bình thường ngay khi bắt đầu bệnh lý não.

*** Công thức máu:**

- Lượng Hb bình thường khi bắt đầu bệnh lý não gan nhưng rồi xuất hiện thiếu máu đẳng sắc nghiêm trọng ;

- Tăng bạch cầu với đa nhân tăng có thể và đôi khi bội nhiễm.

*** Cân bằng acid-base:**

- Thông thường là kiềm hô hấp với kiềm máu thấp (hypobasémie);
- Kiềm chuyển hoá rất hiếm gặp;
- Toan lactique có thể gặp nhưng hiếm và chứng cứ thường là sốc tim hoặc nhiễm khuẩn. Trái lại tăng lactate máu vừa phải rất thường gặp.

*** Cân bằng nước điện giải:**

- Bất thường điện giải đồ của huyết tương thường là:
 - + Hạ natri máu;
 - + Hạ kali máu.
- Suy thận chức năng do giảm thể tích máu thường gặp.
- Bất thường chuyển hoá huyết tương, người ta thấy:
 - + Giảm nitơ máu
 - + Tăng amoniac máu
 - + Tăng acid amin máu;
- Đường máu ở giới hạn thấp hơn bình thường. Hạ đường máu thường xảy ra nhất là ở trẻ em và phải tìm kiếm nhiễm trùng phổi hợp.

- Giảm phosphore máu rất nghiêm trọng có thể xảy ra nghiêm trọng tương quan với glucose.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Các điều trị cần thiết

- Điều chỉnh nước - điện giải bằng đường tĩnh mạch: 1 - 2 lít dextrose 10% / 24 giờ với sự góp phần được của sodium, potassium, phosphore, các vitamin nhóm B (B1, B6, B12).

- Mannitol tĩnh mạch (0.5g / Kg trong trường hợp tăng áp nội sọ nặng và khi không suy thận nặng.

- Thở oxy qua hô hấp nhân tạo tùy vào khí máu, khí hôn mê sâu.

- Ngừng tất cả các thuốc trừ insulin ở người đái đường lệ thuộc insulin.

2. Ghép gan

Đối với viêm gan tối cấp, biện pháp quan trọng để cứu mạng bệnh nhân là ghép gan.

3. Không điều trị

Vì nguy hiểm cho một bệnh nhân viêm gan tối cấp:

- Thuốc an thần.

- Thuốc chống nôn.

- Các aminoacid mà gan không tiêu thụ

- Corticoid.

- Kháng viêm non steroid.

4. Theo dõi

4.1. Lâm sàng

- Mạch, Huyết áp, Nhiệt, Trạng thái ý thức bệnh nhân.

- Thông khí.

- Nước tiểu.

4.2. Sinh học

- Các yếu tố cầm máu, đặc biệt yếu tố V.
- Ion đồ máu, uré, créatinin máu.
- Đường máu.
- Anpha foetoprotéine.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bệnh Viện Nhiệt Đới Tp. HCM (2008), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh nhiễm trùng thường gặp”, trang 81-84.
2. Đại Học Y Dược Tp HCM (2008). Bệnh Truyền Nhiễm. Nhà Xuất Bản Y Học. Trang 326-345.
3. Bùi Đại, Nguyễn văn Mùi, Nguyễn Hoàng Tuấn (2005): *Viêm gan siêu vi cấp*. Bệnh học truyền nhiễm, Nhà Xuất bản Y Học, trang 109-115.
4. Curry M.P, Choppra S (2005). *Acute viral hepatitis*. Principles and practice of infectious diseases, 6th edition, page 1426-1440.

SÓT DENGUE – SÓT XUẤT HUYẾT DENGUE

(Phác đồ của BHYT)

I. SÓT DENGUE

1. Chẩn đoán

1.1.Chẩn đoán sơ bộ

a. Lâm sàng

Sốt cao đột ngột, liên tục từ 2 – 7 ngày, có thể kèm theo các triệu chứng sau : nhức đầu, đau cơ, đau khớp, da sung huyết, phát ban, nổi hạch nhiều nơi, biểu hiện xuất huyết : chấm xuất huyết dưới da, chảy máu cam, dấu dây thắt (+).

b. Cận lâm sàng

- Dung tích hồng cầu bình thường
- Số lượng tiểu cầu bình thường hoặc giảm
- Số lượng bạch cầu thường giảm

1.2.Chẩn đoán xác định Sốt Dengue và Sốt xuất huyết Dengue

- Huyết thanh chẩn đoán :
 - + Mac ELISA : tìm IgM, IgG
 - + Các test nhanh tìm IgM, IgG cho kết quả trong 10 – 15 phút
 - + NS1 (kháng nguyên Virus Dengue)
- PCR : phát hiện kháng nguyên trong máu
- Phân lập virus

2. Điều trị

2.1. Hạ nhiệt

- Paracetamol, liều 10 – 15 mg/kg/lần, cách nhau 4 – 6 giờ, không quá 60 mg/kg/24 giờ.
- Lau mát.

2.2. Bù dịch

Uống dung dịch ORS, nước chín, nước trái cây, nước cháo lỏng pha muối.

II. SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE NGƯỜI LỚN

1. Chẩn đoán

1.1. Chẩn đoán sơ bộ

a. Sốt xuất huyết Dengue

** Lâm sàng :*

- Sốt cao đột ngột liên tục từ 2 đến 7 ngày

- Biểu hiện xuất huyết :

+ Dấu dấy thất dương tính

+ Xuất huyết tự nhiên :

. Tử ban điểm, ban máu, bầm máu

. Chảy máu cam, chảy máu chân răng

. Xuất huyết tiêu hóa : nôn máu, tiêu máu hoặc phân đen

** Cận lâm sàng :*

- Tiểu cầu giảm $\leq 100.000/mm^3$.

- Cô đặc máu : Hct tăng $\geq 20\%$ của trị số bình thường ; lưu ý trong trường hợp xuất huyết nhiều, Hct có thể không tăng.

- Siêu âm : có thể có tràn dịch màng phổi, tràn dịch ổ bụng.

1.2. Hội chứng sốc Dengue

Gồm tất cả những triệu chứng trên kèm theo huyết áp thấp hoặc kẹt ≤ 20 mmHg, có khi không đo được.

1.3. Phân độ

- Độ I : sốt + dấu dấy thất dương tính

- Độ II : sốt + xuất huyết tự nhiên

- Độ III : độ I hoặc độ II kèm theo huyết áp thấp hoặc kẹt ≤ 20 mmHg.
kèm theo các triệu chứng của sốc

- Độ IV : độ I hoặc độ II kèm theo huyết áp không đo được

1.4. Chẩn đoán phân biệt

- Tình trạng nhiễm siêu vi khác : không có cô đặc máu, không sốc, có thể kèm theo triệu chứng của viêm đường hô hấp trên.

- Sốc nhiễm trùng, nhiễm trùng huyết do não mô cầu : vận tốc máu lắng cao, tiểu cầu không giảm nhiều và Hct không cao.

- Xuất huyết giảm tiểu cầu : Hct không tăng, không có các dấu hiệu khác của tăng tính thấm thành mạch.

- Thương hàn

- Nhiễm *Leptospira*

2. Điều trị

2.1. Sốt xuất huyết Dengue độ I, II

a. Bù nước

*** Đường uống**

Có thể uống tất cả các loại : nước chín, nước trái cây, nước dừa tươi. Bảo đảm nước uống vệ sinh và lượng nước uống tối thiểu bằng nhu cầu lượng nước uống hàng ngày.

*** Truyền dịch**

Có chỉ định truyền dịch khi :

- Bệnh nhân ói mửa liên tục, không thể bù đủ bằng đường uống và có biểu hiện mất nước trên lâm sàng như khát, tiểu ít...

- Lượng dịch truyền trong 24 giờ không quá 1.500 ml

- Không truyền dịch chỉ vì lý do Hct cao

*** Hạ sốt**

- Lau mát bằng nước ấm

- Uống Paracetamol 10 – 15 mg/kg/lần, không quá 60 mg/kg/24 giờ
- Tuyệt đối không dùng aspirin hoặc các chế phẩm tương tự

2.2. Theo dõi

- Sinh hiệu : mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở mỗi 6 giờ
- Hct mỗi ngày ít nhất một lần

2.3. Sốt xuất huyết Dengue độ III, IV

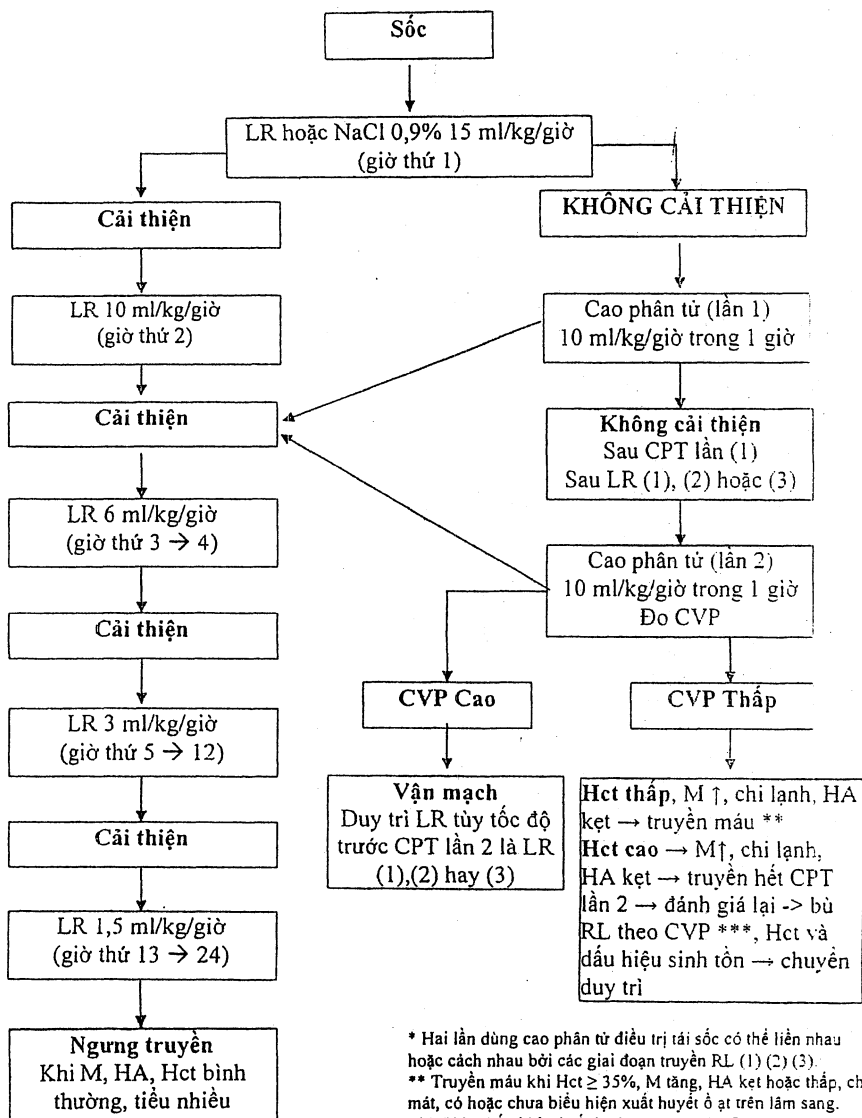
- Chống sốc theo hướng dẫn của Bộ Y Tế
- Điều trị hỗ trợ : điều trị triệu chứng
- Theo dõi : Sinh hiệu, Hct, TC, SPO₂, nước tiểu

3. Tiêu chuẩn ra viện

- Tươi tỉnh, thèm ăn
- Sinh hiệu ổn định
- Tiểu nhiều
- Không có dấu hiệu xuất huyết
- Hct bình thường
- Không còn tràn dịch ổ bụng, màng phổi, màng tim
- Đối với độ III, IV đã ngưng truyền dịch khoảng 48 giờ, hết phù

SƠ ĐỒ TRUYỀN DỊCH SXH NGƯỜI LỚN

ĐỘ III, ĐỘ IV



* Hai lần dùng cao phân tử điều trị tại sốc có thể liên nhau hoặc cách nhau bởi các giai đoạn truyền RL (1) (2) (3).
 ** Truyền máu khi Hct ≥ 35%, M tăng, HA kẹt hoặc thấp, chi mát, có hoặc chưa biểu hiện xuất huyết ở mắt trên lâm sàng.
 *** CVP thấp khi trị số đo được < 5 cmH₂O.

SỐT RÉT

(Phác đồ của BYT)

I. CHẨN ĐOÁN

1. Sốt rét cơn.

1.1 Chẩn đoán sơ bộ.

*** Dịch tễ:**

- Sinh sống hoặc lui tới vùng sốt rét lưu hành trong vòng 6 tháng (có lâu hơn đối với P.vivax).

- Đã được truyền máu.

- Tiêm chích ma túy.

*** Lâm sàng:**

- Sốt, có thể kèm rét run.

- Gan lách to, vàng da nhẹ hoặc thiếu máu...

1.2 Chẩn đoán xác định.

- Soi phết máu ngoại vi: hiện diện ký sinh trùng sốt rét (KSTSR) thể vô tính (có khi phải làm 6-8 lần trong 2 ngày).

- Hoặc test nhanh phát hiện kháng nguyên HRP₂ hay pLDH (Paracheck, Optimal) dương tính.

2. Sốt rét ác tính.

Sốt rét do P. falciparum với các biến chứng nặng (hôn mê, suy thận, suy gan...) có khả năng gây tử vong.

*** Các thể lâm sàng của sốt rét ác tính.**

- Sốt rét ác tính thể não:

+ Rối loạn tri giác (sử dụng thang điểm Glasgow, dưới 14 điểm;).

+ Loại trừ các nguyên nhân khác gây rối loạn tri giác.

- *Sốt rét ác tính thể suy thận cấp:*

+ Tiểu ít: dưới 400mL/ngày. không cải thiện sau khi đã bù dịch đầy đủ.

+ Creatinin máu > 264 $\mu\text{mol/L}$ (3mg/dL)

- *Sốt rét ác tính thể vàng da.*

+ Vàng da niêm sẫm.

+ Bilirubin máu > 50 $\mu\text{mol/L}$ (3 mg/dL)

+ Loại trừ các nguyên nhân khác gây vàng da (viêm gan siêu vi, nhiễm *Leptospira*...).

- *Sốt rét thiếu máu nặng:*

+ Thiếu máu cấp, đẳng sắc.

+ Dung tích hồng cầu < 20%, hồng cầu < 2triệu/ μL .

- *Sốt rét hạ đường huyết:* Đường huyết thấp < 2,2 mmol/L (40mg/dL).

- *Sốt rét ác tính thể suy hô hấp:*

+ Thở nhanh > 30 lần/phút, co kéo cơ hô hấp, tím tái, phổi có ran.

+ $\text{PaCO}_2 > 50 \text{ mmHg}$, $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$.

+ Hình ảnh phù phổi trên X quang.

- *Sốt rét ác tính thể sốc:*

+ Có dấu hiệu sốc: huyết áp tâm thu < 70mmHg (người lớn), <50mmHg (trẻ em 1-5 tuổi). Mạch nhanh nhẹ, tiểu ít. Trường hợp chỉ có huyết áp tâm thu thấp (< 80mmHg nhưng vẫn tỉnh táo, chi ấm, tiểu nhiều thì không xếp vào nhóm này.

+ Loại trừ các nguyên nhân khác gây sốc: mất nước, nhiễm trùng...

+ Sốt rét tiểu huyết sắc tố đại thể: loại trừ nguyên nhân do thuốc oxy hóa gây ra trên bệnh nhân thiếu G6DP.

- *Sốt rét thể co giật:*

+ Co giật 2 lần trong 24 giờ.

+ Đã loại trừ co giật do nguyên nhân khác: tăng thân nhiệt....

- *Sốt rét ác tính thể xuất huyết:*

+ Xuất huyết dưới da: nướu răng, mũi, đường tiêu hóa...

+ Đông máu nội mạch rải rác (DIC).

- *Sốt rét nặng có rối loạn thăng bằng kiềm toan* : có một trong các dấu hiệu sinh hóa sau:

+ pH máu < 7,35.

+ Bicarbonate máu < 15 mmol/L.

+ Lactate máu > 5 mmol/L.

- *Sốt rét nặng với mật độ KSTSR cao*: mật độ KSTSR > 500.000/ μ L.

II. ĐIỀU TRỊ.

1. Sốt rét cơn.

1.1 Nguyên tắc.

- Cắt cơn.

- Diệt nhanh KSTSR trong máu và trong gan, tránh tái phát và lây lan.

1.2. Áp dụng.

a) Sốt rét *P.vivax*.

* **Chloriquin** uống:

- Ngày 1 và 2: 10 mg/kg/ngày (Chloroquin base).

- Ngày 3: 5 mg/kg/ngày (Chloroquin base).

* **Primaquine** base 0,3 mg/kg/ngày uống trong 10 ngày để chống tái phát (người lớn: 15mg/ngày).

b) Sốt rét *P. falciparum*.

Sử dụng phối hợp: một thuốc nhóm artemisinin [artesunate, artemether, dihydroartemisinin (DHA)] và một thuốc có thời gian bán hủy dài (mefloquine, piperazine, lumefantrine....).

* **DHA-Piperaquine:** ARTEKIN (DHA 32 mg + piperaquine 320mg) hoặc CV8 (DHA 32mg, piperaquin 320mg, trimethoprim 90mg, primaquine 5 mg).

- Ngày 1 : uống 4 viên cùng lúc hoặc chia 2 lần.

- Ngày 2 và 3 : uống 2 viên/ ngày.

- Trẻ em : theo liều DHA:

 - . Ngày 1: 4mg/kg/ngày.

 - . Ngày 2 và 3: 2mg/kg/ngày.

* **Artemisinin** (viên 250 mg) hoặc các dẫn chất như **artesunate** (viên 50mg).

- Ngày 1 : uống 4 viên cùng lúc hoặc chia 2 lần.

- Ngày 2 và 3 : uống 2 viên/ ngày.

- Trẻ em :

 - . Ngày 1 : artemisinin liều 20mg/kg; artesunate liều 4mg/kg.

 - . Ngày 2 và 3: artemisinin liều 10mg/kg/ngày; artesunate liều 2mg/kg/ngày.

* **Mefloquine** (viên 250mg): uống 3viên liều duy nhất. Trường hợp tái phát: uống 5 viên chia làm 2 lần cách 6 giờ. Trẻ em: 15-25mg/kg.

Nếu không có thuốc thì có thể dùng phối hợp **Quinine – Doxycilin**.

- Quinine : 30mg/kg/ngày chia làm 3 lần uống trong 7 ngày.

- Doxycilin: 200mg/ngày trong 5 ngày (không dùng cho trẻ em dưới 8 tuổi và phụ nữ có thai)

Trường hợp bệnh nhân ói nhiều, không thể uống được, có thể dùng tọa được artemisinin hoặc artesunate.

Phụ nữ có thai dưới 3 tháng: không sử dụng nhóm artemisinin, tetracyclin và primaquine. Có thể dùng quinin+ clidamycin.

1.3 Theo dõi.

- Mật độ KSTSR mỗi ngày. Nếu không có điều kiện, có thể theo dõi vào các ngày 0, 2 của điều trị và trước khi xuất viện.

- Sinh hiệu mỗi 6 – 12 giờ khi bệnh nhân còn sốt.

* Chú ý các triệu chứng nặng đe dọa ác tính.

- Ói, không uống được.

- Mật độ KSTSR cao ($>100.000/\mu\text{L}$).

- Sốt cao liên tục.

- Lừ đừ, vật và nằm ngòai không yên...

2. Sốt rét ác tính.

2.1. Nguyên tắc.

- Phát hiện, điều trị sớm. Chú ý đối tượng có nguy cơ cao là trẻ em và phụ nữ có thai.

- Điều trị đặc hiệu và hỗ trợ quan trọng như nhau.

2.2. Điều trị đặc hiệu.

* Artesunate.

- Liều đầu : 2,4mg/kg tiêm bắp(IM) hoặc tiêm tĩnh mạch(IV).

- Liều kế tiếp: 1,2mg/kg IM hoặc IV sau 24, 48, 72 giờ cho đến khi KSTSR âm tính.

* Artemether.

- Liều đầu : 3,2mg/kg IM.

- Liều kế tiếp: 1,6mg/kg IM sau 24, 48, 72 giờ cho đến khi KSTSR âm tính.

* Artesunate tủa được.

- Liều đầu : 8mg/kg .

- Liều kế tiếp: 4mg/kg sau 24, 48, 72 giờ cho đến khi KSTSR âm tính.

Khi bệnh nhân uống được sử dụng thêm 3 ngày DHA + piperaquine.

Trường hợp không có DHA + *Piperaquine*: tiếp tục uống artemisinin hoặc artesunate liều như trên cho đủ 7 ngày phối hợp với doxycyclin (200mg/ngày trong 5 ngày). Riêng trẻ em và phụ nữ có thai: phối hợp với *clindamycin* 5mg/kg mỗi 8 giờ trong 7 ngày.

Trường hợp không có nhóm artemisinin: dùng quinine truyền tĩnh mạch, liều đầu 20mg/kg, sau đó 10mg/kg mỗi 8 giờ. Khi bệnh nhân uống được, tiếp tục uống cho đủ 7 ngày, phối hợp với một trong các loại thuốc như trên.

2.3. Xử trí các biến chứng.

- *Sẩn sọc bệnh nhân mê*: chú ý chống loét giường và loét giác mạc.

- *Sốt cao trên 39⁰C* : lau nước ấm và quạt, sử dụng thuốc hạ nhiệt paracetamol.

- *Phòng ngừa co giật* bằng phenobarbital 200mg tiêm bắp liều duy nhất lúc nhập viện (trẻ em 5 mg/kg).

- *Điều trị co giật* bằng diazepam (Valium, Seduxen) 10mg IV chậm, lặp lại khi cần thiết, có thể bơm vào hậu môn (trẻ em 0,3 mg/kg/liều)

- *Suy hô hấp*: thở oxy, hút đàm, tư thế dẫn lưu, kháng sinh nếu có bội nhiễm. Theo dõi X quang phổi, điều trị phù phổi nếu có.

- *Suy tuần hoàn*: đặt CVP theo dõi và bù dịch, không để CVP > 5 cm H₂O. Dừng Dopamine khi có chỉ định. Cần nghĩ đến chỉ định sử dụng kháng sinh phổ rộng.

- *Điều chỉnh rối loạn nước điện giải và thăng bằng kiềm toan*: theo dõi khí máu ít nhất 2 lần mỗi ngày. Việc sử dụng SBH đang còn bàn cãi.

- *Suy thận cấp*: theo dõi creatinin máu, niệu, BUN, ion đồ, ECG. Nếu bệnh nhân ói, tiểu ít và creatinin máu > 176,8μmol/L (2mg/dL) phải nghĩ đến suy thận cấp và xử trí:

+ Truyền 1.000mL NaCL 0,9 % trong vòng 1 giờ: cần đánh giá lại tình trạng phổi và CVP sau mỗi 200mL.

+ Nếu vẫn không có nước tiểu, tiêm tĩnh mạch furosemide (Lasix, Lasilix, Trofurit). Nếu vẫn không có nước tiểu thì tăng dần liều... Trẻ em bắt đầu với liều 1mg/kg, tối đa không quá 500mg.

+ Tình trạng vẫn không cải thiện, cần xét chỉ định lọc màng bụng hoặc lọc máu khi có một trong các dấu hiệu sau:

- . Vô niệu (50mL/24h).
- . Toan huyết/ latate máu cao > 4 mmol/L.
- . Đe dọa phù phổi cấp.
- . Tăng kali máu (ECG).
- . Creatinin máu tăng nhanh > 264 μ mol/L (3mg/dL) trong 24 giờ.
- . Hội chứng tăng urê máu: lơ mơ, xuất huyết da niêm, creatinin máu > 880,4 μ mol/L (10mg/dL).
- . Viêm màng ngoài tim.

+ Nếu bệnh nhân đang được điều trị với quinine, cần giảm 1/3 – 2/3 liều sau 48 giờ.

- *Thiếu máu*: truyền máu khi DTHC < 20% hoặc khi có biểu hiện thiếu máu cấp nặng (bứt rứt, vật vã, khó thở...). Ở trẻ em dùng hồng cầu lắng 10mL/kg hoặc máu tươi 29mL/kg kèm Furosemide 1-2 mg/kg để phòng phù phổi cấp.

- *Xuất huyết tiêu hóa*: phòng ngừa bằng cimetidine 200mg IM 3-4 lần/ngày (hoặc Omeprazol...). Điều trị xuất huyết tiêu hóa như các trường hợp khác.

- *Hạ đường huyết*: truyền đường ưu trương với liều 1mg/kg dung dịch 50% hay 30%; sau đó duy trì với dung dịch 10%. Theo dõi thường xuyên đường huyết. Cần chú ý tới nguyên nhân hạ đường huyết do quinine.

- *Tiểu huyết sắc tố*: truyền dịch cùng thuốc lợi tiểu loại furosemide, bảo đảm lượng nước tiểu từ 1-1,5L/ ngày. Truyền máu khi có chỉ định. Nếu

Creatinin máu > 256 μ mol/L (3mg/dL), theo dõi và xử trí biến chứng suy thân. Không dùng thuốc chống sốt rét khi KSTSR âm tính.

- *Suy gan*: điều trị như trong hôn mê gan, nếu dùng quinine, cần giảm 1/3 – 2/3 liều sau 48 giờ.

*** Các trường hợp đặc biệt.**

- Tất cả phụ nữ có thai thường bị sốt rét nặng (dễ sảy thai, sanh non, thiếu máu, hạ đường huyết, phù phổi...) cần chú ý theo dõi sát.

- Sốt rét trên bệnh nhân tiêm chích ma túy cần tìm thêm các bệnh phổi hợp khác như viêm nội tâm mạc, nhiễm trùng huyết, nhiễm HIV...

2.4. Theo dõi

- Sinh hiệu: mỗi 3 giờ. Các trường hợp sốc, suy hô hấp có thể theo dõi thường xuyên hơn trong vòng 24 giờ đầu.

- KSTSR: hàng ngày cho đến khi âm tính.

- Các chức năng thận (hàng ngày), gan (khi có vàng da, xuất huyết)...

- Cần nhắc nhở và kiểm tra việc chăm sóc điều dưỡng nhất là đối với bệnh nhân mê.

THƯƠNG HÀN

I. CHẨN ĐOÁN.

1. Chẩn đoán sơ bộ.

1.1. Dịch tễ.

- Cư ngụ hoặc lui tới vùng đang được ghi nhận có dịch bệnh thương hàn.
- Tiếp xúc với người bệnh thương hàn đã được xác định(trong gia đình, bệnh viện).

1.2. Lâm sàng.

- Sốt kéo dài(thông thường trên 7 ngày).
- Về nhiễm độc và các triệu chứng: nhức đầu, khó ngủ, mạch nhiệt phân ly (hiếm gặp ở trẻ em).
- Rối loạn tiêu hóa: tiêu lỏng sệt vài lần trong ngày, bụng sinh, có tiếng lạo xạo hố chậu phải.
- Gan, lách to.
- Biểu hiện lâm sàng thường không điển hình ở trẻ em hoặc những bệnh nhân đã được điều trị trước.

1.3. Cận lâm sàng.

- Bạch cầu máu thường không tăng(tỉ lệ đa nhân trung tính $< 70\%$).
- Phản ứng huyết thanh Vidal: các hiệu giá kháng thể kháng O và H $\geq 1/100$.

2. Chẩn đoán xác định.

Cấy máu hoặc tủy xương phát hiện *Salmonella typhi* hoặc *Salmonella paratyphi* (*Salmonella enterica* phân loài *enterica*, tít huyết thanh typhi, paratyphi).

II. ĐIỀU TRỊ.

1. Kháng sinh.

1.1. Nhóm Quinolones.

- Fluoroquinolones thế hệ II.

+ **Ofloxacin**: 10-15 mg/kg/ngày; người lớn: 600mg/ngày, chia làm 2 lần uống. Thời gian điều trị từ 7-14 ngày.

+ Các kháng sinh khác như **Ciprofloxacin**, **Pefloxacin**... cũng có thể có tác dụng điều trị tương tự.

+ Các trường hợp bệnh có biến chứng, nên sử dụng quinolones truyền tĩnh mạch và thời gian điều trị sẽ kéo dài tùy độ nặng và tình hình diễn biến của bệnh. Tối thiểu nên là 10 ngày.

1.2. Cephlosporin thế hệ thứ III.

+ **Ceftriaxone**: 80-100mg/kg/ngày; người lớn: 2-3g/ngày, tiêm tĩnh mạch một lần duy nhất trong ngày. Thời gian điều trị: 7-10 ngày.

1.3. Kháng sinh khác.

Một số kháng sinh khác qua nghiên cứu đã chứng tỏ có hiệu quả điều trị bệnh thương hàn đa kháng thuốc và kháng Acid Nalidixic như:

Azithromycin : 20mg/kg/ngày, người lớn 1g/ngày uống trong thời gian 5-7 ngày .

2. Glucocorticoid.

Thông thường không có chỉ định điều trị thông hàn. Tuy nhiên những trường hợp nặng (có kèm rối loạn tri giác hay sốc nhiễm trùng) có thể sử dụng corticoid liều cao phối hợp với thuốc đặc trị tùy theo kinh nghiệm của bác sĩ điều trị.

3. Xử trí các triệu chứng và nâng thể trạng.

- Chăm sóc điều dưỡng :rất quan trọng trong các trường hợp bệnh nặng, diễn biến lâu ngày dễ đề phòng biến chứng. Chú trọng các biện pháp vệ sinh thân thể.

- Sốt cao: lau mát hoặc dùng Paracetamol để hạ nhiệt. Không dùng các loại thuốc hạ nhiệt loại salicylat (Aspirin).

- Cân bằng nước điện giải.

- Dinh dưỡng: dùng thức ăn dễ tiêu hóa, bổ dưỡng.

- Không thụt tháo hoặc dùng thuốc xổ.

4. Theo dõi và xử trí các biến chứng.

Đặc biệt đề phòng xuất huyết tiêu hóa, thủng ruột, viêm não-màng não,vàng da niêm ...có thể xảy ra sau tuần lễ thứ nhất.

- Biến chứng xuất huyết tiêu hóa: theo dõi sinh hiệu, số lượng máu mất đường tiêu hóa, dung tích hồng cầu. Xử trí truyền máu, hồng cầu lắng kịp thời khi có chỉ định. Kháng sinh trong trường hợp xuất nặng nên dùng đường tĩnh mạch. Chú ý phát hiện biến chứng thủng ruột có thể xảy ra phối hợp.

- Thủng ruột: bệnh cảnh viêm phúc mạc, đề phòng diễn biến vào sốc nhiễm trùng. Xử trí hồi sức tích cực, kháng sinh phổ rộng phối hợp đường tĩnh mạch(phác đồ điều trị nhiễm trùng huyết do vi trùng gram âm, yếm khí đường ruột). Hội chẩn ngoại khoa và người bệnh cần được theo dõi, điều trị tại bệnh viện nội-ngoại khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO :

1. Bệnh Viện Nhiệt Đới Tp. HCM (2008): *Bệnh thương hàn*. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh nhiễm trùng thường gặp, trang 09-12..
2. Đại Học Y Dược Tp HCM (2008). *Bệnh Truyền Nhiễm*. Nhà Xuất Bản Y Học.
3. Bùi Đại, Nguyễn văn Mùi, Nguyễn Hoàng Tuấn (2005): *Bệnh thương hàn*. Bệnh học truyền nhiễm, Nhà Xuất bản Y Học, trang 56-62.
4. Arthur Y. Kim, Marcia B. Goldberg, Robert H. Rubin (2005): *Salmonella Infection*. Infectious diseases, 6th edition, page 619-632.

BỆNH NHIỄM HIV/AIDS

(Phác đồ của BHYT)

I. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán nhiễm HIV (Human Immunodeficiency Virus)

Mẫu huyết thanh của bệnh nhân được kết luận là dương tính với HIV khi mẫu đó dương tính với cả 3 lần xét nghiệm bằng 3 loại sinh phẩm với các nguyên lý và kháng nguyên khác nhau. Chỉ sử dụng kết quả xét nghiệm HIV của những phòng xét nghiệm được Bộ Y Tế cho phép.

2. Chẩn đoán AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome)

Bệnh nhân người lớn được chẩn đoán AIDS khi:

- Lâm sàng : Nhiễm HIV giai đoạn IV

- (Xem Phân loại giai đoạn lâm sàng)

- Và/hoặc xét nghiệm HIV(+) có CD4 khoảng 200 tế bào/ml hoặc tổng số lymphocyte khoảng 1200 tế bào/ml (nếu không làm được CD4)

II. ĐIỀU TRỊ

1. Người nhiễm HIV là người lớn chưa có triệu chứng:

Phải theo dõi thăm khám và tư vấn theo lịch từ 3 – 6 tháng một lần

- Thăm khám lâm sàng, và đánh giá giai đoạn lâm sàng nhiễm HIV

- Xét nghiệm:

- + Công thức máu mỗi 6 tháng

- + CD4 mỗi 6 tháng nếu được

- + X quang phổi và các chỉ định xét nghiệm khác nếu có

- Tư vấn và hẹn tái khám cho những trường hợp chưa có triệu chứng lâm sàng

- Điều trị nhiễm trùng cơ hội và bệnh liên quan đến HIV

- Điều trị dự phòng nhiễm trùng cơ hội khi có chỉ định
- Khám chuyên khoa khi nghi ngờ lao, bệnh lây qua đường tình dục và có thai

- Có chỉ định điều trị đặc hiệu bằng ARV: tiến hành tư vấn trước điều trị
 - + Nếu chưa sẵn sàng cho điều trị ARV: Tiếp tục tư vấn và hẹn tái khám lại

- + Nếu sẵn sàng điều trị ARV : Tiến hành theo phác đồ cho phù hợp

2. Điều trị đặc hiệu bằng thuốc ARV:

2.1. Mục tiêu:

- Làm giảm và ngăn chặn lâu dài sự sinh sản của virus
- Phục hồi chức năng miễn dịch
- Giảm các bệnh nhiễm trùng cơ hội và tỉ lệ tử vong có liên quan đến HIV
- Cải thiện sức khoẻ và kéo dài thời gian sống
- Làm giảm sự lây truyền HIV và ngăn ngừa sự lây nhiễm HIV sau phơi nhiễm

2.2. Nguyên tắc:

- Sử dụng ít nhất 3 loại thuốc ARV (Liệu pháp kháng Retrovirus hoạt tính cao: HAART = Highly Active Antiretroviral Therapy)
- Tuân thủ điều trị là sự thành công của điều trị
- Điều trị ARV phải kéo dài suốt đời

2.3. Chỉ định điều trị ARV:

- Bệnh nhân AIDS
- Nhiễm HIV ở giai đoạn III + $CD4 < 350$ tế bào/ml
- Nhiễm HIV ở giai đoạn II hoặc III + lymphocyte < 1200 tế bào/ml

2.4. Phác đồ điều trị ARV hàng đầu

Phác đồ d4T + 3TC + NVP

- Liều dùng và cách dùng:

+ d4T 30 mg (Stavudine 30 mg) 1 viên x 2 lần / ngày (cho bệnh nhân < 60 kg) hoặc d4T 40mg (Stavudine 40mg) 1 viên x 2 lần / ngày (cho bệnh nhân > 60 kg). Uống ngày 2 lần mỗi lần 1 viên cách nhau mỗi 12 giờ.

+ 3TC 150 mg (Lamivudine 150 mg) 1 viên x 2 lần / ngày. Uống ngày 2 lần mỗi lần 1 viên cách nhau mỗi 12 giờ.

+ NVP 200 mg (Nevirapine 200 mg) Uống lần 1 viên 200 mg / ngày trong 2 tuần đầu , sau đó uống 200 mg x 2 lần / ngày cách nhau mỗi 12 giờ.

*** Chú ý:**

Không dùng phác đồ này cho bệnh nhân có men gan ALT (SGPT) tăng >2,5 lần trị số bình thường, hoặc đang dùng Rifampicin

*** Các phác đồ thay thế**

a) Phác đồ d4T + 3TC + EFV

- Liều dùng và cách dùng:

+ d4T 30 mg (Stavudine 30 mg): 1 viên x 2 lần / ngày (cho bệnh nhân < 60 kg) hoặc d4T 40mg (Stavudine 40mg) 1 viên x 2 lần / ngày (cho bệnh nhân >60kg). Uống ngày 2 lần mỗi lần 1 viên cách nhau mỗi 12 giờ.

+ 3TC 150 mg (Lamivudine 150 mg): 1viên x 2 lần / ngày. Uống ngày 2 lần mỗi lần 1 viên cách nhau mỗi 12 giờ.

+ EFV : 600 mg (Efavirenz 600 mg): Uống 1 viên 600 mg ngày 1 lần lúc tối trước khi ngủ, không uống cùng thức ăn có chất mỡ.

Chú ý:

- Phác đồ này chỉ dùng khi bệnh nhân bị dị ứng với NVP, hoặc đang dùng Rifampicin.

- Sử dụng ở bệnh nhân viêm gan, đang dùng Rifampicin.

- Không dùng phác đồ này cho bệnh nhân có thai; có tiền căn hoặc hiện tại bị bệnh tâm thần.

b. Phác đồ ZDV + 3TC + NVP

- Liều dùng và cách dùng:

+ ZDV 300mg (Zidovudine 300 mg). Uống lần 1 viên 300 mg x 2 lần / ngày cách nhau mỗi 12 giờ.

+ 3TC 150 mg (Lamivudine 150 mg): 1viên x 2 lần / ngày. Uống ngày 2 lần mỗi lần 1 viên cách nhau mỗi 12 giờ.

+ NVP 200 mg (Nevirapine 200 mg). Uống lần 1 viên 200 mg / ngày trong 2 tuần đầu , sau đó uống 200 mg x 2 lần / ngày cách nhau mỗi 12 giờ.

*** Chú ý:**

- Chỉ dành cho bệnh nhân không sử dụng được d4T (dị ứng, độc tính với thần kinh, viêm tụy).

- Không sử dụng phác đồ này cho bệnh nhân có Hb < 70g/l. Theo dõi Hb trong 6 tháng 1 lần hoặc bệnh nhân có biểu hiện thiếu máu trên lâm sàng.

- Không sử dụng phác đồ này cho bệnh nhân có men gan ALT (SGPT) > 2,5 lần chỉ số bình thường hoặc đang dùng Rifampicin.

c. Phác đồ ZDV + 3TC + EFV

- Liều dùng và cách dùng:

+ ZDV 300mg (Zidovudine 300mg). Uống lần 1 viên 300mg x 2 lần / ngày cách nhau mỗi 12 giờ.

+ 3TC 150 mg (Lamivudine 150 mg): 1viên x 2 lần / ngày. Uống ngày 2 lần mỗi lần 1 viên cách nhau mỗi 12 giờ.

+ EFV 600 mg (Efavirenz 600 mg). Uống 1 viên 600 mg ngày 1 lần lúc tối trước khi ngủ, không uống cùng thức ăn có chất mỡ.

*** Chú ý:**

- Chỉ định khi bệnh nhân không sử dụng được NVP và d4T.
- Không sử dụng phác đồ này cho bệnh nhân có Hb < 70g/l. Theo dõi Hb trong 6 tháng 1 lần hoặc bệnh nhân có biểu hiện thiếu máu trên lâm sàng.
- Không sử dụng phác đồ này cho phụ nữ có thai, nếu ở tuổi sinh đẻ nên dùng thuốc ngừa thai.
- Có thể sử dụng đồng thời với thuốc kháng lao.
- Không dùng phác đồ này cho những người có bệnh tâm thần hiện tại hoặc trong quá khứ.

PHÂN LOẠI GIAI ĐOẠN LÂM SÀNG HIV/AIDS Ở NGƯỜI LỚN VÀ VỊ THÀNH NIÊN

I. LÂM SÀNG GIAI ĐOẠN I

- Không có triệu chứng
- Bệnh lý hạch lympho toàn thân kéo dài
- Hoạt động mức độ 1: Không có triệu chứng, sinh hoạt bình thường

II. LÂM SÀNG GIAI ĐOẠN II

- Sụt cân < 10% trọng lượng cơ thể
- Biểu hiện nhẹ tại da và niêm mạc (viêm tuyến bã nhờn, nấm họng, loét miệng tái diễn, viêm góc miệng)
- Zona trong vòng 5 năm gần đây
- Nhiễm trùng hô hấp trên tái phát (viêm xoang do vi khuẩn)

và/hoặc

- Hoạt động mức độ 2: Có biểu hiện triệu chứng nhưng vẫn hoạt động bình thường

III. LÂM SÀNG GIAI ĐOẠN III

- Sụt cân > 10% trọng lượng cơ thể
- Tiêu chảy kéo dài > 1 tháng không rõ nguyên nhân
- Sốt kéo dài > 1 tháng (có khi liên tục hoặc không liên tục)
- Nhiễm nấm Candida ở miệng
- Bạch sản dạng lông ở miệng
- Lao phổi trong vòng 1 năm gần đây
- Nhiễm vi khuẩn nặng (viêm phổi, viêm cơ mủ)

và/hoặc

- Hoạt động mức độ 3 : Nằm liệt giường dưới 50% số ngày trong tháng trước đó

IV. LÂM SÀNG GIAI ĐOẠN IV

- Hội chứng suy mòn do HIV. (sụt > 10% trọng lượng cơ thể, cộng với tiêu chảy mãn tính không rõ căn nguyên > 1 tháng, hoặc mệt mỏi và sốt kéo dài không rõ nguyên nhân > 1 tháng)

- Viêm phổi do *Pneumocystis jiroveci*
- Bệnh do *Toxoplasma* ở não
- Bệnh do *Cryptosporidia* có tiêu chảy > 1 tháng
- Nhiễm nấm *Cryptococcus* ngoài phổi
- Bệnh do *Cytomegalovirus* ở cơ quan khác ngoài gan, lách, hạch
- Nhiễm virus *Herpes simplex* da và niêm mạc > 1 tháng hoặc ở nội tạng
- Viêm não chất trắng đa ổ tiến triển
- Bệnh nấm lưu hành ở địa phương có biểu hiện lan tỏa toàn thân (như

nấm *Histoplasma*, *Penicillium*)

- Bệnh nấm *Candida* thực quản, khí quản, phế quản hoặc phổi
- Nhiễm các *Mycobacteria* không phải lao lan tỏa toàn thân
- Nhiễm khuẩn huyết *Salmonella* không phải thương hàn
- Lao ngoài phổi
- U lympho
- Sarcoma Kaposi
- Bệnh lý não do HIV (làm cho bệnh nhân rối loạn khả năng trí nhớ...)

và/hoặc

- Hoạt động mức độ 4: nằm liệt giường > 50% số ngày trong tháng trước

đó

ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG CƠ HỘI Ở BỆNH NHÂN AIDS

I. CÁC BỆNH NHIỄM NẤM

1. Bệnh nhiễm nấm Candida

1.1. Điều trị ban đầu

a. Bệnh nhiễm nấm Candida miệng:

*** Tại chỗ:**

Clotrimazole viên ngậm

Daktarin oral gel (miconazole)

Nystatin đánh lưỡi

*** Thuốc uống:**

Fluconazole 100 – 200 mg/ngày (1 viên 150 mg, 1 – 2 lần/ngày) x 7 – 14 ngày, hoặc

Itraconazole 200 mg/ngày x 7 – 14 ngày, hoặc

Ketoconazole 200 mg, 2 lần/ngày x 7 – 14 ngày

b. Bệnh nhiễm nấm Candida thực quản:

Fluconazole 100 – 200 mg/ngày (viên 150mg, 2 – 3 viên/ngày) x 14 – 21 ngày, hoặc

Itraconazole uống 200 mg/ngày x 14 – 21 ngày

c. Bệnh nhiễm nấm Candida âm hộ – âm đạo:

Clotrimazole 100 mg hoặc Miconazole 100 mg đặt âm đạo 1 viên /ngày x 7 ngày, hoặc

Clotrimazole 200 mg đặt âm đạo 1 viên / ngày x 3 ngày, hoặc

Clotrimazole 500 mg đặt âm đạo 1 viên duy nhất, hoặc

Nystatin 100.000 đv, đặt âm đạo 1 viên / ngày x 14 ngày, hoặc

Itraconazol 100 mg uống 2 viên / ngày x 3 ngày liên tiếp, hoặc
Fluconazole 150 mg uống liều duy nhất (có thể không có hiệu quả trong
giai đoạn suy giảm miễn dịch nặng)

1.2. Điều trị củng cố

Chỉ áp dụng khi bị bệnh tái phát nhiều lần do nguy cơ kháng thuốc.

Fluconazole 150 – 200 mg hoặc Itraconazole 200 mg /ngày x 14 ngày.

1.3. Bệnh nhiễm nấm *Penicillium marneffei*

a. Điều trị ban đầu

- Amphotericin B tĩnh mạch 0,6 – 1 mg/kg/ngày trong 6 – 8 tuần, hoặc
- Itraconazole: 200 mg x 2 lần / ngày trong 2 tháng. Các tháng tiếp theo
dùng 200 mg 1 lần/ngày.

- Phác đồ phối hợp : Amphotericin B tĩnh mạch 0,6 mg/kg/ngày x 2 tuần
và 10 tuần tiếp theo dùng Itraconazole 200 mg / ngày

b. Điều trị duy trì

Itraconazole 200 mg/ngày, duy trì suốt đời. Dừng điều trị nếu khi bệnh
nhân được điều trị ARV có CD4 > 200 TB/ml kéo dài trên 6 tháng.

1.4. Viêm màng não do nấm *Cryptococcus neoformans*

a. Điều trị tấn công ban đầu

Chỉ định bắt buộc cho các trường hợp viêm màng não nặng: rối loạn ý
thức, biểu hiện phù não, chọc dịch não tủy soi có nấm...

- Phác đồ ưu tiên: Amphotericin B tĩnh mạch 0,7 mg/kg/ngày +
Flucytosine 100mg/kg/ngày x 2 tuần, hoặc

- Phác đồ thay thế: Amphotericin B tĩnh mạch 0,7mg/kg/ngày x 2 tuần.

b. Điều trị củng cố

- Fluconazole 400 – 800 mg/ngày x 8 tuần.

- Những trường hợp viêm màng não nhẹ có thể bắt đầu ngay bằng
Fluconazole uống.

c. Điều trị duy trì

- Điều trị suốt đời bằng Fluconazole 200 – 400 mg/ngày, hoặc Itraconazole 400 mg/ngày.

- Ngưng điều trị nếu bệnh nhân được điều trị ARV có CD4 > 200 TB/ml kéo dài trên 6 tháng.

1.5. Viêm phổi do *Pneumocystis jiroveci* hay *Pneumocystis carinii* (PCP)

- Phác đồ ưu tiên: TMP 15 mg/kg/ngày + SMX 75 mg/kg/ngày uống x 21 ngày.

- Phác đồ thay thế: ⁽¹⁾ TMP 15 mg/kg/ngày + Dapson 100 mg/ngày uống x 21 ngày; hoặc ⁽²⁾ Clindamycin 600 mg / 8 giờ IV hoặc 300 + 450 mg / 6 giờ uống + Primaquine 30 mg/ngày x 21 ngày.

- Nếu bệnh nặng có suy hô hấp (thở nhanh, tím tái, PO₂ < 70 mmHg), cần điều trị kết hợp Prednisolon 40 mg uống 2 lần/ngày x 5 ngày đầu, giảm xuống 40 mg/ngày trong 5 ngày tiếp theo, sau đó 20 mg/ngày cho đến khi kết thúc điều trị.

- Điều trị duy trì: TMP – SMX uống 960 mg/ngày (Cotrim forte 960 mg, 1 viên/ngày) suốt đời, ngưng điều trị khi dùng ARV có CD4 > 200 TB/ml trên 6 tháng.

2. Các bệnh nhiễm ký sinh trùng đơn bào

2.1. Viêm não do *Toxoplasma*

Cần điều trị càng sớm càng tốt, nếu không có xét nghiệm và thăm dò xác định, có thể điều trị theo kinh nghiệm lâm sàng đặc trưng, đáp ứng điều trị là yếu tố hỗ trợ chẩn đoán *Toxoplasma*.

a. Điều trị ban đầu

- Phác đồ ưu tiên: Pyrimethamine uống, liều tấn công 200 mg/ngày, sau đó 50 – 75 mg/ngày + Acid folinic uống 10 mg/ngày + Sulfadiazin uống, liều tấn công 2 – 4 g/liều đầu, sau đó 1 – 1,5 g x 4 lần/ngày (liều tối đa 4 g/ngày),

trong 3 – 6 tuần (Acid folinic có tác dụng làm giảm độc tính của Pyrimethamine).

- Phác đồ thay thế:

+ TMP – SMX: Liều tính theo TMP 10mg/kg/ngày, chia 3 – 4 lần/ngày, hoặc

+ Pyrimethamine + Clindamycin 600 mg/6 giờ, hoặc

+ Pyrimethamine + TMP-SMX: 5mg/kg/6 giờ (liều tính theo TMP), hoặc

+ Pyrimethamine + Clarithromycin 1 g/12 giờ.

b. Điều trị duy trì:

Tiếp sau giai đoạn tấn công, theo một trong các phác đồ sau:

- Pyrimethamine 25 – 50 mg/ngày + Acid folinic 10 – 25 mg/ngày + Sulfadiazin 1g/6 giờ, hoặc

- Pyrimethamine 25 – 50 mg/ngày + Acid folinic 10 – 25 mg/ngày + Clindamycin 300 – 450 mg/6 – 8 giờ, hoặc

- Pyrimethamine + Sulfadoxine (Fansidar) : 1 viên x 3 lần/tuần

Ngưng điều trị duy trì ở bệnh nhân dùng ARV có CD4 > 200 TB/ml trên 6 tháng.

2.2. Các bệnh tiêu chảy do ký sinh trùng đơn bào

Các căn nguyên gây bệnh: *Cryptosporidia*, *Microsporidia*, *Isospora*...

Bù nước, điện giải, dinh dưỡng và có thể sử dụng các thuốc chống tiêu chảy (loperamide). Điều trị ARV và duy trì tình trạng miễn dịch tốt cũng là một biện pháp tốt trong điều trị và dự phòng tiêu chảy.

- *Cryptosporidia*: Paromomycin 500 mg uống 3 lần/ngày hoặc 1000 mg x 2 lần/ngày uống trong bữa ăn x 14 – 28 ngày, sau đó 500 mg x 2 lần trong ngày; có thể kết hợp với Azithromycin uống 600 mg/ngày x 4 tuần đầu, hoặc Nitazoxanide 500 mg uống 2 lần/ngày.

- *Microsporidia*: Albendazole 400 – 800 mg uống 2 lần/ngày ít nhất 3 tuần, hoặc Metronidazole 500 mg uống 3 lần/ngày, hoặc Thalidomide 100 mg/ngày. Bệnh nhân viêm giác mạc do *Microsporidia* có thể điều trị bằng dung dịch Fumagillin tại chỗ và kết hợp với Albendazole.

- *Isospora*: TMP – SMX uống 2 viên liều đôi x 2 lần/ngày hoặc 1 viên liều đôi x 3 lần/ngày trong 2 – 4 tuần; hoặc Pyrimethamine uống 50 – 75 mg/ngày + Acid folinic 5 – 10 mg/ngày trong 1 tháng. Sau đó điều trị kéo dài bằng TMP-SMX uống 1 – 2 viên liều đôi / ngày hoặc 3 lần / tuần, hoặc 1 viên Fansidar / tuần.

GIUN CHỈ BẠCH HUYẾT

I. TÁC NHÂN

Giun chỉ bạch huyết có 3 loài gây bệnh cho người: *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* và *Brugia timori*. Riêng ở Việt Nam chỉ có 2 loài: *Wuchereria bancrofti* và *Brugia malayi*

II. TRUYỀN BỆNH

Sự truyền bệnh do muỗi mang ấu trùng giun chỉ đốt. Cả 4 giống muỗi *Anopheles sp*, *Aedes sp*, *Culex sp* và *Mansonia sp* đều có thể truyền được giun chỉ. Tuy nhiên chỉ có một số loài trong các giống muỗi trên truyền được bệnh

III. CHẨN ĐOÁN

1. Dịch tễ học

- Sống trong vùng dịch tễ giun chỉ.
- Có đến vùng dịch tễ giun chỉ.

2. Lâm sàng

- Hạch bạch huyết sưng, nóng, đỏ, đau ở nách, bẹn kèm theo sốt
- Tiêu dưỡng chấp(chyme)
- Phù voi (Elephantiasis): chi trên, chi dưới, bìu, dương vật, vú, âm hộ

3. Cận lâm sàng

3.1 Công thức máu

Bạch cầu ái toan tăng trong 80% trường hợp chỉ gọi ý

3.2. xét nghiệm đặc hiệu

Quyết định chẩn đoán

- Tìm phôi giun chỉ ở máu ngoại biên từ khoảng từ 22 giờ đến 3 giờ, chẩn đoán chính xác và khả năng dương tính cao.
- Tìm phôi giun chỉ trong nước tiểu, trong trường hợp tiêu dưỡng chấp.
- Sinh thiết hạch bạch huyết tìm giun chỉ trưởng thành.

- Chẩn đoán huyết thanh học: miễn dịch huỳnh quang và ELISA tuy nhiên có khả năng phản ứng chéo giữa các loài giun chỉ và ký sinh trùng khác.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Thuốc điều trị giun chỉ

- Diethylcarbamazine (DEC), Ivermectin chỉ diệt được ấu trùng giun chỉ, hiệu quả kém đối với con trưởng thành

*** Chống chỉ định: phụ nữ có thai**

- Albendazole chủ yếu tác dụng trên ấu trùng giun chỉ, có tác dụng trên giun chỉ trưởng thành nhưng không cao

*** Chống chỉ định: phụ nữ có thai**

- Doxycyclin là kháng sinh không có tác dụng trực tiếp đối với giun chỉ. Tác dụng tốt trên vi khuẩn *Volbachia* sống cộng sinh trong giun chỉ. Khi vi khuẩn này bị tiêu diệt thì giun chỉ cũng chết theo.

*** Chống chỉ định: phụ nữ có thai nửa cuối thai kỳ và trẻ em dưới 8 tuổi**

2. Phát đồ điều trị

Điều trị phối hợp 3 loại thuốc sau:

*** Diethylcarbamazine (DEC) 100mg:**

+ *Wuchereria bancrofti* : 6mg / kg / ngày x 12 ngày

+ *Brugia malayi* : 3 – 6 mg / kg / ngày x 6 – 12 ngày

Chia uống 2 hay 3 lần trong ngày sau mỗi bữa ăn

*** Albendazole 200mg, 400mg**

+ Người lớn 800mg / ngày x 28 ngày

+ Trẻ em từ 6 tuổi trở lên 10 – 15 mg / kg / ngày x 28 ngày

Chia uống 2 lần trong ngày

*** Doxycyclin 100 mg : 200mg / ngày x 8 tuần**

Trong quá trình điều trị có khả năng xảy ra những biến chứng do giun bị ly giải gây quá mẫn, sốt, mệt mỏi, nhức đầu, buồn nôn. Phải kết hợp thêm kháng histamine và corticoide trong tuần đầu điều trị. Điều trị triệu chứng như hạ sốt, chống nôn...

3. Theo dõi điều trị

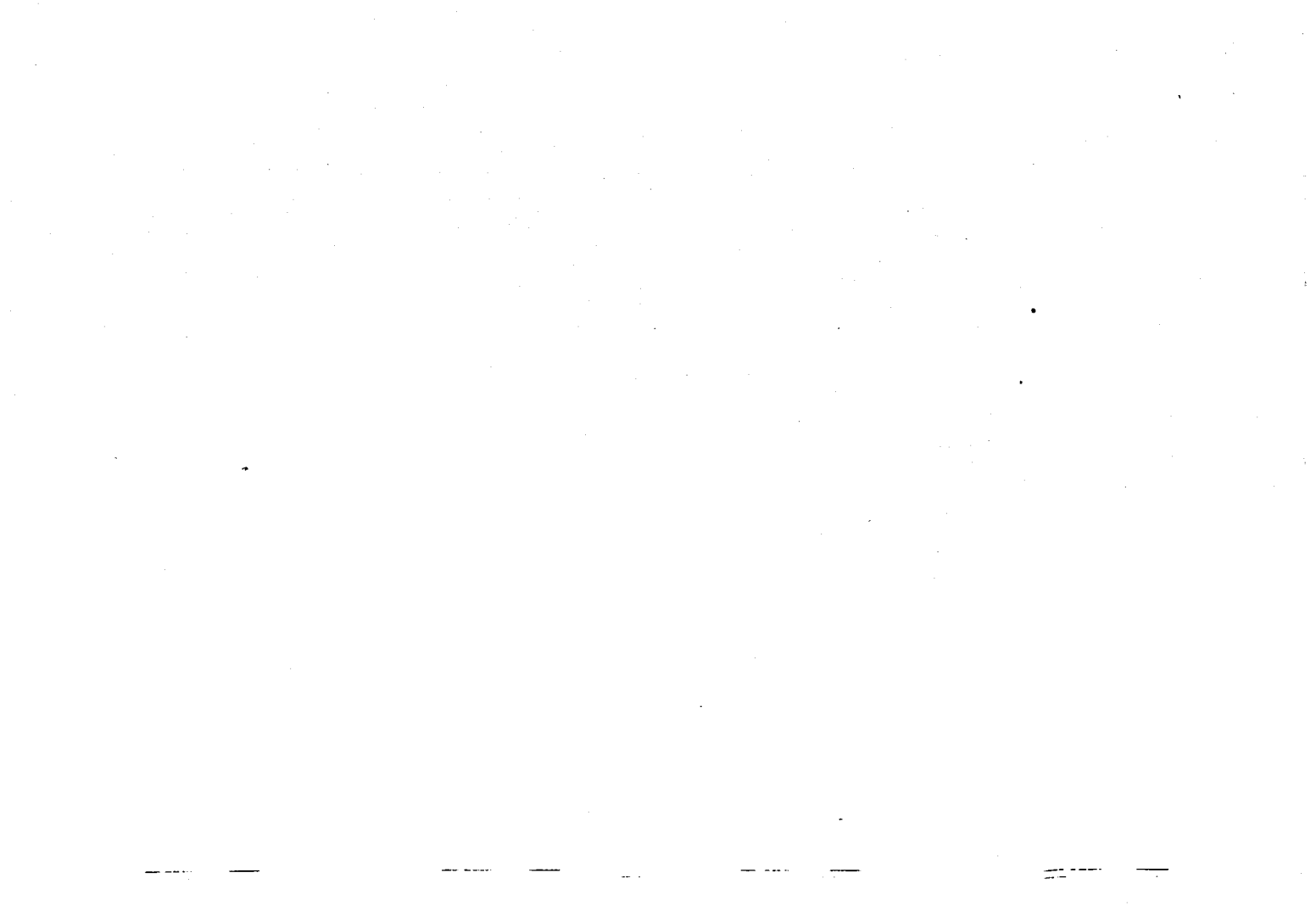
Xét nghiệm máu tìm phôi giun chỉ sau 2 tuần, 4 tuần, 8 tuần 12 tuần. Nếu điều trị phôi giun chỉ âm tính sau đó tái xuất hiện trở lại. Việc điều trị đợt 2 sẽ tiến hành cách đợt đầu 1 tháng, có thể tiếp tục nhiều đợt điều trị nếu phôi giun chỉ chưa mất hẳn.

V. PHÒNG BỆNH

Phòng muỗi đốt là biện pháp chung cho các bệnh lây truyền do muỗi trong đó có giun chỉ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ môn Ký Sinh Trùng Trung tâm bồi dưỡng và đào tạo CB Y Tế TP.HCM, 1998, *Ký sinh trùng y học*, Nhà xuất bản Đà Nẵng.
2. Bộ môn Ký Sinh Trùng ĐH Y Hà Nội, 2007, *Ký sinh trùng y học*
3. Bộ môn Ký Sinh Trùng Trường đhyd TP HCM, 2007, *Ký sinh trùng y học*, Nhà xuất bản Y học
4. Bộ y tế, 2002, *Dược thư quốc gia Việt Nam*
5. Gerhard piekarski, 1989, *medical parasitology*, springer- verlag. Wolfe Medical Publication Ltd
6. WHO Model Prescribing Iformation, 1990, *Drugs used in Parasitic Diseases*, World Health Organization Geneva.



PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ
NỘI THÂN KINH



TRẠNG THÁI ĐỘNG KINH

I. ĐỊNH NGHĨA

Áp dụng cho trẻ em trên 5 tuổi và người lớn

Trạng thái động kinh là cơn co giật kéo dài trên 5 phút hay hai hoặc nhiều cơn nhưng không có hồi phục ý thức hoàn toàn giữa các cơn.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

Trên lâm sàng có thể xem các trường hợp sau đây là trạng thái động kinh

- Cơn co giật kéo dài trên 5 phút
- Có 3 cơn trong vòng 1 giờ
- Bệnh nhân lên cơn co giật ở nhà và nhập viện trong tình trạng đang còn cơn động kinh

2. Chẩn đoán phân biệt

- Cơn ngất
- Rối loạn phân ly

3. Điều trị

3.1. Các bước điều trị

- Giữ thông đường thở và bảo đảm tuần hoàn
- Cắt cơn co giật và phòng ngừa cơn tái phát
- Truy tìm nguyên nhân gây trạng thái kinh: viêm não, u não, hạ đường huyết...

3.2. Giai đoạn tiền trạng thái động kinh

Giai đoạn này thường biểu hiện gia tăng số lượng cơn co giật, tuy nhiên giữa hai cơn bệnh nhân có thể hồi phục tri giác hoàn toàn.

Điều trị cắt cơn co giật ở giai đoạn này thường làm ngưng tiến tới trạng thái động kinh (điều trị giống như trạng thái động kinh).

3.3. Giai đoạn trạng thái động kinh thật sự

- Giữ thông đường thở: Để BN nằm nghiêng, thường nghiêng sang trái và đầu cao 30°, hút đàm giải, chất nôn, xem có các dị vật trong miệng tránh ngạt thở do dị vật gây nên. Bệnh nhân được thở oxy qua mũi 5-6^l/phút.

- Đặt đường truyền tĩnh mạch: mục đích để làm các xét nghiệm: công thức máu, glycemie, uremie, creatinin, ion đồ, SGOT, SGPT...

- Cắt cơn co giật và phòng ngừa cơn tái phát:

Diazepam: liều 0,3mg/kg ở trẻ em, 10mg ở người lớn tiêm tĩnh mạch chậm 5mg/phút.

Thời gian tác dụng: thuốc tác dụng sau 2 phút và kéo dài khoảng 30-45 phút. Nếu cơn tái phát có thể lập lại liều trên sau 5 phút, liều tối đa 40mg.

Midazolam: Đây là thuốc lý tưởng cắt cơn trong giai đoạn sớm, liều 0,1mg/kg tiêm tĩnh mạch chậm.

Nếu điều trị bằng *Diazepam* hoặc *Midazolam* sau 20 phút cắt được cơn co giật, dùng liều tải *Dihydán* 300 mg x 3 lần (uống) cách mỗi 1 giờ, sau 24h chuyển thành 100 mg X 3 uống cách 8 h.

Nếu điều trị bằng *Diazepam* hoặc *Midazolam* sau 20 phút mà không cắt được cơn co giật, có thể sử dụng 1 trong các thuốc sau: phenobarbital, Midazolam nhưng cần phải đặt nội khí quản vì sợ suy hô hấp.

- *Phenobarbital* truyền tĩnh mạch 10-20mg/kg với tốc độ dưới 50mg/phút.

- *Midazolam* 100microgam/kg tiêm mạch chậm và sau đó truyền tĩnh mạch với liều 10microgam/kg/phút.

Nếu điều trị sau 60 phút bệnh nhân vẫn còn co giật thì phải gây mê bằng *thiopental* 100-250 mg/tiêm mạch chậm trong 30 giây sau đó 50mg mỗi 3 phút cho tới khi hết cơn và truyền duy trì 3-5 mg/kg/giờ. Sau khi hết cơn co giật phải duy trì thuốc đến 12 giờ sau mới ngưng thuốc.

Sử dụng *Thiopental* phải có nội khí quản và thở máy, nơi thực hiện ở hồi sức.

*** Các điều trị kết hợp khác:**

- Bù nước và điện giải - vitamin: Thường dùng *Natrionalorua* 0,9 %, dùng glucose ưu trương khi có kết quả xét nghiệm bệnh nhân không bị tiểu đường, cho vitamin B₁ liều cao ở những người bệnh nghiện rượu.

- Chống phù não: chống phù não được đặt ra khi trạng thái động kinh kéo dài và tình trạng ý thức suy giảm, kèm dấu hiệu thần kinh cục bộ, *Manitol* là thuốc ưu tiên được chọn. *Corticoid* được chọn trong trường hợp trạng thái động kinh mà nguyên nhân là u não.

*** Điều trị nguyên nhân:**

- Dùng CT scan hoặc MRI để tìm nguyên nhân trạng thái động kinh mà có dấu hiệu thần kinh định vị. Làm DSA trong các trường hợp chảy máu não người trẻ hoặc chảy máu dưới nhện...

- Nếu trạng thái động kinh do ngưng thuốc chống động kinh thì cần sử dụng thuốc đó lại.

*** Điều trị trạng thái động kinh cục bộ liên tục**

Đây là các cơn cục bộ vận động xuất hiện liên tục tại một vùng cơ thể như mặt, bàn tay nhưng không toàn thể hóa. Trong trạng thái động kinh cục bộ liên tục không sử dụng thuốc bằng đường tĩnh mạch mà chỉ sử dụng bằng đường uống. Phương thức điều trị thường là đa trị liệu: *Depakine* + *Dihydán* hoặc *dihydán* + *phenobarbital* các thuốc này chia làm 2 lần uống trong ngày.

+ Liều lượng

Tên thuốc	Liều mg/kg/ngày	
	Trẻ em	Người lớn
<i>Depakine</i>	25 – 35	20 – 25
<i>Phenobarbital</i>	3 – 4	2 – 3
<i>Dihydán</i>	4 – 5	3 – 4

- Trong trường hợp nghi ngờ trạng thái động kinh không có giật cho phép dùng test seduxen hoặc EEG để kiểm chứng, sau khi xác định là trạng thái động kinh không có giật thì điều trị giống như trên.

ĐỘNG KINH

I. ĐỊNH NGHĨA:

Động kinh là tình trạng bệnh lý ở não, đặc trưng bởi sự phóng lực quá mức và đồng thời của các neuron ở não, biểu hiện lâm sàng cơn co giật đột ngột, nhất thời và có khuynh hướng lặp lại.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định:

Chẩn đoán xác định động kinh dựa vào các yếu tố sau:

- Tiền sử động kinh gia đình
- Tiền sử bản thân: Có bị co giật trước không, tiền sử về chấn thương sọ não, bị tai biến mạch máu não, sinh ra có khóc hay không
- Cơn động kinh: tùy theo thể lâm sàng sẽ có kiểu cơn co giật khác nhau.

Chẩn đoán cơn dựa vào:

- + Hỏi người chứng kiến xảy ra cơn
- + Triệu chứng trong cơn: mất ý thức không
- + Triệu chứng sau cơn: liệt định vị hay không, sau cơn giật bệnh nhân có ngủ hay không.
- Điện não đồ: Điện não đồ ngoài cơn gần như bình thường. Điện não đồ của động kinh gồm một số dạng sóng bệnh lý cơ bản: gai sóng, sóng nhọn, phức hợp sóng gai hay phức hợp sóng - gai - chậm hoặc đa gai.

2. Chẩn đoán phân biệt:

- Ngất do hạ huyết áp tư thế, do tim...
- Cơn thoáng thiếu máu não.
- Hạ canxi huyết.
- Rối loạn phân ly.

III. ĐIỀU TRỊ

1 Nguyên tắc:

- Phải có chuẩn đoán xác định các cơn động kinh trước khi dùng thuốc.
- Sau khi có chẩn đoán xác định, sẽ lựa chọn loại thuốc thích hợp cho tình trạng bệnh nhân.
- Thường dùng một loại nhất định để điều trị.
- Thuốc phải được dùng hàng ngày, đúng và đủ liều quy định.
- Theo dõi diễn tiến lâm sàng và các biểu hiện thứ phát của thuốc để kịp thời ngưng thuốc hoặc chỉnh liều cho phù hợp.
- Có kế hoạch kiểm tra định kỳ máu, các chức năng gan, thận bệnh nhân.
- Tùy theo từng trường hợp, ngoài thuốc uống bệnh nhân phải có chế độ ăn uống, sinh hoạt thích hợp.
- Trong trường hợp điều trị thất bại cần kiểm tra:
 - + Sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân.
 - + Các biến chứng về thần kinh, tâm thần.
 - + Chẩn đoán ban đầu.
 - + Khả năng tiến triển của bệnh.
 - + Làm CT-Scan kiểm tra lại.

2 Liều lượng thuốc chống động kinh

TÊN THUỐC	Liều mg/kg cân nặng/ngày	
	Trẻ em	Người lớn
<i>Barbituric</i>	3-4	2-3
<i>Carbamazepin</i>	15-20	10-15
<i>Depakine</i>	25-35	20-25
<i>Diazepam</i>	Trẻ còn bú: 1mg Trẻ lớn: 0.8mg	0.5
<i>Hydantoin</i>	4-5	3-4

3. Sự chọn lựa thuốc chống động kinh

- Thuốc *Depakin* có tác dụng đối với mọi thể động kinh.
- *Dihydan* và *Tegretol* chỉ định trong cơn cục bộ đơn giản, cục bộ phức tạp và cơn co cứng, co giật nhưng không có hiệu quả trong cơn vắng ý thức.
- *Barbituric* cũng có hiệu quả trong mọi loại cơn nhưng không có hiệu quả trong cơn vắng ý thức, thuốc ít được chọn lựa vì gây buồn ngủ, chậm phát triển tâm thần và rối loạn nhân cách.

4. Theo dõi

- Theo dõi số cơn, EEG ít có giá trị.
- Theo dõi một số tác dụng phụ của thuốc
- Khi điều trị thất bại cần xem lại sự tuân thủ trong điều trị hoặc chẩn đoán.

5. Ngưng thuốc

Thông thường có thể thử ngưng thuốc sau khi điều trị khoảng 3 năm, bệnh nhân không còn cơn co giật và không còn sóng động kinh trên EEG. Khi ngưng thuốc phải giảm liều từ từ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Anh Nhị, Sổ tay lâm sàng thần kinh, NXB Y học, 2005.
2. Vũ Anh Nhị, Thần kinh học và điều trị, NXB Cà mau, 2005.
3. Lê Văn Thành, Bài giảng thần kinh học, ĐHYD TPHCM, 1998.
4. Lê Đức Hình, Lê Thi Hùng, Text book neurologie, NXB Y Học, 2005

BỆNH NHƯỢC CƠ

I. ĐỊNH NGHĨA

Bệnh nhược cơ là một bệnh tự miễn ảnh hưởng đến khớp thần kinh – cơ, do các kháng thể kháng thụ thể acetylcholine (AChR), hoặc kháng thể kháng lại tyrosine kinase của thụ thể đặc hiệu của cơ (MuSK – Muscle specific receptor tyrosine kinase), và do đó làm suy giảm dẫn truyền thần kinh – cơ.

Bệnh có liên quan với u tuyến ức, bệnh lý tuyến giáp, lupus, viêm đa khớp, các bệnh tự miễn.

II. CHẨN ĐOÁN :

1. Chẩn đoán xác định bệnh nhược cơ

1.1 Lâm sàng

- Tiêu chuẩn lâm sàng quan trọng nhất của bệnh nhược cơ là yếu cơ dao động trong ngày, tình trạng yếu cơ tăng khi cơ hoạt động gắng sức và phục hồi khi nghỉ ngơi.

- Sụp mí hoặc nhìn đôi.

- Yếu cơ nhai và cơ hầu họng, nuốt khó và nuốt nghẹn, giọng nói khó nghe và nói giọng mũi.

- Yếu cơ gốc chi, yếu cơ cổ.

- Đôi khi bệnh nhân có biểu hiện suy hô hấp do yếu cơ hoành và các cơ hô hấp phụ.

1.2. Test chẩn đoán và cận lâm sàng

- Test thử bằng thuốc ức chế acetylcholinesterase:

Test neostigmine (prostigmine): Prostigmin 0,5 tiêm tĩnh mạch, hoặc 0,5-1mg tiêm bắp/tiêm dưới da, sau 10 - 15 phút đánh giá lại, nếu các biểu hiện nhược cơ giảm hay biến mất thì test (+)

Nếu test (+) thì xác định chẩn đoán bệnh nhược cơ.

Nếu test (-) cũng không loại trừ hẳn được bệnh nhược cơ.

- Xét nghiệm tìm kháng thể: kháng thể kháng acetylcholinesterase, MuSK (hiện nay chưa thực hiện được).

Chẩn đoán điện (điện cơ): thực hiện chuỗi kích thích lặp lại liên tiếp (repetitive stimulation) gồm chuỗi 10 kích thích với tần số 3Hz trên 3 nhóm cơ: cơ mô cái bàn tay, cơ thang hoặc cơ delta, và cơ vòng mi. Dấu hiệu điển hình trong nhược cơ là biên độ của sóng cơ bị suy giảm > 10% và được thấy ở ít nhất 2 cơ. Nếu kích thích lặp đi lặp lại bình thường thì phải thực hiện điện cơ sợi đơn độc (single fiber EMG). Điện cơ sợi đơn độc cho thấy có tăng hiện tượng bồn chồn của sợi cơ.

- MSCT 64 có cản quang lồng ngực để tìm u tuyến ức.

- Xét nghiệm chức năng tuyến giáp.

2. Chẩn đoán phân biệt bệnh nhược cơ

- Hội chứng Lambert-Eaton.

- Hội chứng Guillain – Barré.

- Hội chứng Miller Fisher.

- Bệnh đa rễ dây thần kinh mất myêlin mãn tính.

3. Mức độ nhược cơ theo phân loại của Osserman

- Nhóm I: Nhược cơ thể mất đơn thuần, tỉ lệ 15 – 20% tổng số bệnh nhân.

- Nhóm IIA: Nhược cơ toàn thân nhẹ, tiến triển chậm chạp, không có cơn nhược cơ, có đáp ứng với thuốc, tỉ lệ 30%.

- Nhóm IIB: Nhược cơ toàn thân mức độ trung bình, ảnh hưởng nặng tới hệ cơ xương và hệ cơ thuộc hành não, không có cơn nhược cơ, có đáp ứng với thuốc nhưng không đầy đủ, tỉ lệ 25%.

- Nhóm III: Nhược cơ bùng nổ cấp tính, các triệu chứng nặng tiến triển nhanh chóng với cơn suy hô hấp, đáp ứng thuốc kém, tỉ lệ u tuyến ức cao, tỉ lệ tử vong cao, tỉ lệ 15%.

- Nhóm IV: Nhược cơ nặng và muộn giai đoạn về sau, triệu chứng giống nhóm III, nhưng tiến triển từ I sang IV mất hơn 2 năm, tỉ lệ 10%.

III. ĐIỀU TRỊ

Điều trị nhược cơ bao gồm việc áp dụng và phối hợp các phương thức điều trị khác nhau bằng thuốc ức chế acetylcholinesterase, thuốc ức chế miễn dịch, thay huyết tương, Immunoglobuline tiêm mạch, và phẫu thuật cắt bỏ tuyến ức. Lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp tùy thuộc vào giai đoạn và mức độ nặng của nhược cơ, liên quan u tuyến ức, tuổi của bệnh nhân, và các bệnh kèm theo.

1. Điều trị đặc hiệu

1.1. Thuốc ức chế acetylcholinesterase

Dùng đơn độc trong nhược cơ nhẹ không kèm u tuyến ức, hoặc nhược cơ thể mất.

Pyridostigmine bromide (Mestinon, viên 60mg):

Ở người lớn liều khởi đầu là 30-60mg, mỗi 6 giờ 1 lần. Ở trẻ em liều khởi đầu là 1mg/kg

Tăng dần liều tùy theo nhu cầu, nhằm kiểm soát được các triệu chứng của nhược cơ, và theo dõi tránh các tác dụng phụ của thuốc. Đa số ở người lớn thường cần dùng liều trong khoảng 60-120mg, mỗi 4-6 giờ 1 lần. Thuốc cần được dùng duy trì cho bệnh nhân.

1.2. Corticosteroid

- Corticosteroid được chỉ định trong các trường hợp: nhược cơ toàn thân từ trung bình đến nặng, thất bại khi điều trị thuốc ức chế acetylcholinesterase hoặc bệnh nhân không dung nạp được thuốc ức chế acetylcholinesterase,

chuẩn bị bệnh nhân trước phẫu thuật cắt bỏ tuyến ức, triệu chứng không thoái lui sau mổ cắt bỏ tuyến ức, nhược cơ thể mất khi tình trạng nhìn đôi gây khó chịu cho bệnh nhân.

- Có hai chiến lược dùng prednisone cho bệnh nhân nhược cơ: dùng liều cao tấn công ngay từ lúc bắt đầu, hoặc khởi đầu liều thấp và tăng từ từ.

- + Corticosteroid liều cao với prednisone 1-1,5mg/kg/ngày trong 2 tuần, rồi chuyển sang dùng cách nhật (ngày uống, ngày nghỉ). Duy trì liều cao prednisone cho tới khi sức cơ bình thường trở lại, hoặc khi sức cơ đã cải thiện ở mức ổn định rõ rệt. Sau đó, giảm dần liều prednisone, giảm 5mg mỗi 2-3 tuần cho đến mức 20mg uống cách nhật. Vào lúc này, có thể giảm đến 2mg mỗi 4 tuần, tuy nhiên ở liều thấp này bệnh nhân có thể bị tái phát.

Phác đồ dùng liều cao này có thể làm trở nặng các triệu chứng nhược cơ trong vòng 5 ngày đến 2 tuần đầu tiên sau khi bắt đầu corticosteroid liệu pháp, do đó nên cho bệnh nhân nhập viện điều trị nội trú khi bắt đầu dùng corticosteroid liều cao.

- + Corticosteroid liều thấp với prednisone theo liều khởi đầu là 15-20mg/ngày và tăng dần 5mg mỗi 2-4 ngày. Phác đồ dùng liều ban đầu thấp sau đó tăng dần có ưu điểm là không tạo ra các tình trạng trở nặng triệu chứng nhược cơ như phác đồ dùng liều cao ngay từ đầu. Tuy nhiên không thuận lợi với những bệnh nhân nặng và hiệu quả điều trị xuất hiện chậm, phải sau 6-7 tuần điều trị, và phải duy trì điều trị ít nhất là 3 tháng liên tục trước khi ngưng thuốc.

- Lưu ý các tác dụng phụ và thận trọng khi dùng corticosteroid.

1.3. Thuốc ức chế miễn dịch

- Dùng cho bệnh nhân bị nhược cơ trung bình hoặc nặng không được kiểm soát tốt bằng thuốc ức chế acetylcholinesterase và corticosteroid.

- Azathioprine (Imurel viên 50mg): liều 50mg/ngày cho người lớn, và tăng dần lên cứ 50mg mỗi tuần, cho đến tổng liều 2-3 mg/kg/ngày.

Thuốc chậm có công hiệu (6 tháng hoặc lâu hơn).

1.4. Thay huyết tương (hiện nay thực hiện được tại BV 115 – TP HCM)

- Chỉ định cho con nhược cơ nguy kịch, bệnh nhân bị yếu cơ mức độ trung bình trước khi mổ cắt bỏ tuyến ức nhằm tăng tối đa sức cơ sau mổ.

- Cách thực hiện là thay 2-3 lít huyết tương, 3 lần trong 1 tuần, cho đến khi sức cơ có tiến bộ rõ rệt, ít nhất là 5-6 lần thay toàn bộ.

- Thay huyết tương có hiệu quả ngay sau 24 giờ, có thể có thuyên giảm sau 2-4 lần thay.

- Trong vòng 1 tuần sau khi thay huyết tương, các tự kháng thể gây bệnh sẽ tăng dần trở lại, vì vậy vẫn cần cho bệnh nhân dùng thuốc ức chế miễn dịch.

1.5. Immunoglobuline tiêm mạch (Humaglobulin 2,5g, Gamma IV 5g)

- Thường dùng cho con nhược cơ nguy kịch, hoặc để tăng sức cơ trước khi phẫu thuật cắt bỏ tuyến ức, hoặc những bệnh nhân đề kháng với trị liệu ức chế miễn dịch, hoặc phối hợp với prednisone nhằm mục đích hạn chế dùng nhiều steroid.

- Liều: 0,4g/kg/ngày x 5 ngày.

1.6. Phẫu thuật cắt bỏ tuyến ức :

- Chỉ định cho bệnh nhân nhược cơ có u tuyến ức trong lứa tuổi từ lúc dậy thì đến 55 tuổi.

- Đáp ứng của bệnh đối với phương pháp điều trị phẫu thuật này chỉ xuất hiện nhiều tháng sau mổ, và chỉ đạt mức tối đa sau 3 năm.

+ Điều trị cơn nhược cơ :

- Cơn nhược cơ là tình trạng nhược cơ tăng tiến nhanh chóng gây suy hô hấp: bệnh nhân bồn chồn, vã mồ hôi, nói khó, nuốt khó, yếu cơ cổ, yếu cơ tứ chi, yếu cơ hô hấp gây suy hô hấp.

- Dùng thuốc ức chế acetylcholinesterase đường tiêm tĩnh mạch với liều Pyridostigmin 1-3 mg hoặc Neostigmin 0,5-1 mg, nếu không cải thiện cần được chỉ định đặt nội khí quản, thở máy và điều trị tại khoa Hồi sức tích cực.

- Trong khi thông khí hỗ trợ, duy trì thuốc ức chế acetylcholinesterase truyền tĩnh mạch liên tục: Neostigmin liều 0,15-0,5 mg/giờ, tổng liều sử dụng 16-20 mg/ngày.

- Nếu không kiểm soát được cơn nhược cơ trong 24 giờ xem xét điều trị bằng thay huyết tương và Immunoglobulin.

- Khi điều trị cơn nhược cơ ổn định, tình trạng suy hô hấp cải thiện có thể bỏ máy thở.

2. Theo dõi đánh giá diễn biến

- Theo dõi mức độ diễn tiến của tình trạng yếu liệt cơ và những vấn đề liên quan hô hấp phòng biến chứng suy hô hấp ở bệnh nhân nhược cơ nặng. Khi dung tích sống gắng sức giảm <15 ml/kg, hoặc thể tích khí lưu thông < 5-6 ml/kg, thì cân nhắc đặt nội khí quản và thở máy.

- Theo dõi tình trạng đáp ứng của thuốc điều trị và các tác dụng phụ của thuốc nếu có, lưu ý tác dụng phụ cholinergic do tích tụ acetylcholin khi dùng thuốc ức chế acetylcholinesterase, cần phân biệt cơn cholinergic do thuốc với cơn nhược cơ.

- Cần theo dõi diễn biến bệnh nhược cơ có thể trở nặng ở những bệnh nhân điều trị corticosteroid liều cao trong những ngày đầu dùng thuốc.

- Theo dõi và xử trí các bệnh lý kèm theo như nhiễm trùng, rối loạn điện giải...

- Đánh giá sự phục hồi và thoái lui của các triệu chứng nhược cơ.
- Tránh sử dụng các thuốc làm bệnh nhược cơ trở nặng: một số kháng sinh : Polymyxin, nhóm Aminoglycoside, Tetracycline, Lincomycine, Clindamycin, nhóm Quinolone; các thuốc có tính giãn cơ: Benzodiazepine, thuốc giãn cơ trong gây mê; Botulinium Toxin; Phenytoin, Procainamide, quinine, quinidine, lithium, thuốc ức chế beta, verapamil, diltiazem, các muối Magné.

3. Tiêu chuẩn xuất viện

- Bệnh nhân phục hồi sức cơ, không có yếu tố đe dọa cơn nhược cơ.
- Bệnh nhân được hướng dẫn chế độ theo dõi quản lý bệnh lâu dài, tuân theo lịch tái khám định kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hữu Công (2006), “Bệnh cơ”, *Thần Kinh Học*, NXB ĐHQG TP HCM, tr. 41-55.
2. Klaus V. Toyka, Ralf Gold, Reinhard Hohlfeld (Người dịch: Trần Công Thắng) (2004), “Bệnh nhược cơ”, *Thần Kinh Học Lâm Sàng*, NXB Y Học, tr. 614-629.
3. Greenberg D.A, Aminoff M.J, Simon R.P (2002), “Myasthenia gravis”, *Clinical Neurology*, 5th edition, Lange Medical Books/McGraw-Hill, p. 183-193.
4. Martin A.Samuels (2004), “Myasthenia gravis”, *Manual of Neurologic Therapeutics*, 7th edition, Lippincott Williams and Wilkins, p. 260-266.
5. Richard T. Johnson, John W. Griffin, Justin C. McArthur (2006), “Myasthenia gravis”, *Current Therapy in Neurologic Disease*, 7th edition, Mosby Inc, p.387-392.

ĐỘT QUỴ THIẾU MÁU NÃO CẤP

I. ĐỊNH NGHĨA

Đột quỵ do thiếu máu não cấp tính là tình trạng tắc – nghẽn động mạch não {động mạch cảnh và động mạch cột sống- thân nền} dẫn đến thiếu sót thần kinh xảy ra đột ngột và các thiếu sót thần kinh này diễn tiến nhanh chóng đến các triệu chứng tối đa trong vài giây, vài phút, vài giờ, lâu nhất là vài ngày.

2. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Lâm sàng

*** Bệnh sử**

- Khởi phát đột ngột
- Đau thần kinh định vị
- Diễn tiến không thoái lui.

*** Khám thực thể tổng quát**

- Huyết áp thường tăng.
- Khám vùng cổ: có thể phát hiện hẹp động mạch cảnh.
- Thăm khám tim: có thể có triệu chứng rối loạn nhịp.

*** Khám xét thần kinh: có thể có**

- Hội chứng liệt nửa người
- Triệu chứng bất thường về cảm giác một bên
- Rối loạn ngôn ngữ: nói đớ, khó nói, không nói được
- Rối loạn thị giác(Mất thị lực,nhìn đôi)
- Rối loạn tri giác

1.2. Cận lâm sàng:

- CT-Scan não là cận lâm sàng giúp chẩn đoán xác định.

- Chụp MRI não trong các trường hợp : nhồi máu vùng hố sau, nhồi máu lỗ khuyết, giúp chẩn đoán sớm nhồi máu não.

2. Chẩn đoán nguyên nhân

- Các rối loạn mạch máu: xơ vữa động mạch, loạn sản xơ cơ, các rối loạn do viên.

- Các rối loạn về tim như: loạn nhịp tim, bệnh van tim, van tim nhân tạo..

- Các rối loạn về huyết học như: chứng tăng tiểu cầu, bệnh tăng hồng cầu, tình trạng tăng đông...

3. Chẩn đoán phân biệt

- Xuất huyết não

- Liệt Todd

- U não

- Chấn thương sọ não

III. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị chung

- Chăm sóc đường thở: đảm bảo đường thở thông suốt là ưu tiên hàng đầu trong chăm sóc đột quỵ. Đảm bảo lưu thông đường thở bằng cách cho bệnh nhân nằm tư thế nghiêng, hút thường xuyên các dịch tiết.

Khi đo nồng độ oxy qua mao mạch hay khí máu động mạch thấy giảm cho thở oxy hỗ trợ 2-5lít/phút.

Cần đặt nội khí quản khi có tình trạng suy hô hấp.

2. Theo dõi và xử trí kịp thời những biến chứng tim mạch.

3. Điều trị tăng thân nhiệt:

Khi tăng nhiệt độ thì dùng thuốc hạ nhiệt độ bằng *Acetaminofen* và nếu có nhiễm trùng thì dùng kháng sinh.

4. Kiểm soát đường huyết:

Trong giai đoạn cấp, hiện tượng tăng hoặc giảm đường huyết đều làm ảnh hưởng đến não, duy trì đường huyết từ 120-150mg%.

5. Dự phòng xuất huyết tiêu hóa:

Dùng nhóm thuốc ức chế bơm *proton* hay nhóm kháng thụ thể H_2 , có thể dùng đường uống hay tiêm mạch.

6. Giảm độ quánh của máu:

Hầu hết bệnh nhân cần khởi đầu truyền nước bằng đường tĩnh mạch như dung dịch *normal salin*. Chú ý trên những bệnh nhân lớn tuổi có suy tim.

7. Nuôi dưỡng và chăm sóc:

Nuôi dưỡng bằng sond dạ dày khi bệnh nhân không ăn qua đường miệng được. Cần đảm bảo năng lượng 1200-1400 kcal/ngày.

Cần cho bệnh nhân cho nghỉ ngơi tại giường. Tuy nhiên, phải cho bệnh nhân được vận động càng sớm càng tốt, khi bệnh nhân hôn mê xoay trở 1-2 giờ/lần.

Chăm sóc da thường xuyên, tránh để cho da bị ẩm ướt.

8. Điều trị chuyên biệt:

8.1. Chống kết tập tiểu cầu

Liều *aspirin* khởi đầu và duy trì liều 80-325mg/ngày hoặc thuốc *Clopidogrel*, *Ticlodipin* hay *dipyridamol* ... nên dùng sớm trong 24 – 48h đầu sau khi khởi phát.

8.2. Chống đông

Trong đột quỵ nhồi máu não thuốc kháng đông sẽ được sử dụng khi có bằng chứng có huyết khối từ tim, đồng thời phải loại trừ chắc chắn xuất huyết não sau nhồi máu.

8.3. Ổn định huyết áp

Điều trị tăng huyết áp bao gồm:

- Điều trị lo lắng, đau, nôn và buồn nôn.
- Điều trị tăng áp lực nội sọ.
- Hạn chế kích thích.
- Nên hạ huyết áp từ từ, tránh dùng nifedipine ngậm dưới lưỡi.
- Giới hạn huyết áp tâm thu 160-180 mmHg và tâm trương < 100 mmHg bằng thuốc ức chế men chuyển, chẹn kênh Calci, ức chế Beta trong giai đoạn cấp thường trong tuần lễ đầu.

8.4. Điều trị phù não và tăng áp lực nội sọ

- Nâng cao đầu giường 30-35 độ.
- Làm thông thoáng đường thở và tăng thông khí.
- Duy trì PCO₂ từ 25-30 mmHg.
- Mannitol 20%, liều khởi đầu 0,25-0,5g/kg trong 20-30 phút và nếu cần có thể nhắc lại sau 4-6 giờ/lần. Không quá 1,5 g/kg/24 giờ.

8.5. Nhóm thuốc tăng tuần hoàn và bảo vệ tế bào não: Piracetam, Ginkobiloba, Cerebrolysin, citicoli, buflomedil hydroclorid 150mg...

8.6. Phẫu thuật

Nhồi máu diện rộng. Tuy nhiên, hiện nay vẫn còn nhiều ý kiến khác nhau, và chưa có sự đồng thuận cao trong vấn đề này.

Khi bệnh nhân tiến triển nặng dần do chèn ép cuống não sau nhồi máu tiểu não.

IV. DỰ PHÒNG

1. Kiểm soát các yếu tố nguy cơ: là những khâu quan trọng trong dự phòng đột quỵ.

1.1. Kiểm soát huyết áp

Nên duy trì huyết áp lý tưởng nhất là < 140/90 mmHg.

1.2. Điều trị tăng mỡ máu

1.3. Cai thuốc lá triệt để

1.4. *Cai rượu*

1.5. *Kiểm soát bệnh hay các yếu tố nguy cơ phổi hợp*

2. **Chống kết tập tiểu cầu**

V. **TIÊU CHUẨN RA VIỆN**

Sinh hiệu ổn định

Tri giác: Tỉnh

Các bệnh phổi hợp kèm theo ổn định

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Vũ Anh Nhị, Sổ tay lâm sàng thần kinh, NXB Y học, 2005.
2. Allan H. Ropper, Robert H. Brown, Principle of Neurology, 8th edition, McGraw - Hill companies, 2005.
3. Aminoff MJ, Greenberg DA, Clinical Neurology, 6th edition, McGraw - Hill companies, 2005.
4. Harold P. Adams, Jr, Gregory del Zoppo, Mark J. Alberts, et al, Guidelines for the Early Management of Adults With Ischemic Stroke, *Stroke* published online Apr 12, 2007.
5. Wade S. Smith, S. Claiborne Johnston, J. Donald Easton, HARRISON'S PRINCIPLES OF Internal Medicine, 16th Edition, McGraw - Hill companies, 2005.
6. Hoàng Khánh, Hoàng Trọng Thăng... Thần kinh học lâm sàng. NXB Y học.

XUẤT HUYẾT TRONG NÃO

I. ĐỊNH NGHĨA

Xuất huyết não là tình trạng máu thoát khỏi thành mạch vào nhu mô não, có thể là xuất huyết não đơn thuần hay kết hợp với xuất huyết màng não, xuất huyết não thất.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định:

1.1. Lâm sàng

Lâm sàng của xuất huyết não đa dạng, biểu hiện tùy theo vị trí, tốc độ, mức độ của xuất huyết.

* Bệnh sử

- Các dấu thần kinh định vị xuất hiện đột ngột, diễn tiến nhanh thường kèm theo đau đầu, nôn ói, rối loạn ý thức nhanh.

- Các triệu chứng trên thường xuất hiện lúc bệnh nhân đang làm việc hay gắng sức.

* Khám thực thể tổng quát

- Huyết áp thường tăng

* Khám xét thần kinh: có thể có

- Dấu hiệu kích thích màng não

- Hội chứng liệt nửa người

- Triệu chứng bất thường về cảm giác một bên

- Rối loạn ngôn ngữ: nói đớ, khó nói, không nói được

- Rối loạn thị giác (Mất thị lực, nhìn đôi)

- Rối loạn tri giác

1.2. Cận lâm sàng:

CT Scan não giúp chẩn đoán xác định.

2. Chẩn đoán phân biệt :

- Nhồi máu não
- Liệt Todd
- U não
- Chấn thương sọ não

III. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị chung (Giống như xử trí đột quỵ nhồi máu não chung)

a. Chăm sóc đường thở: đảm bảo đường thở thông suốt là ưu tiên hàng đầu trong chăm sóc đột quỵ. Đảm bảo lưu thông đường thở bằng cách cho bệnh nhân nằm tư thế nghiêng, hút thường xuyên các dịch tiết.

Khi đo nồng độ oxy qua máu mạch hay khí máu thấy giảm cho bệnh nhân thở oxy hỗ trợ 2-5lít/phút.

Cần đặt nội khí quản khi đường thở của bệnh nhân bị đe dọa.

b. Theo dõi và xử trí kịp thời những biến chứng tim mạch.

c. Điều trị tăng thân nhiệt: Khi tăng nhiệt độ thì dùng thuốc hạ nhiệt độ bằng *Acetaminofen* và nếu có nhiễm trùng thì dùng kháng sinh.

d. Kiểm soát đường huyết: Trong giai đoạn cấp, duy trì đường huyết từ 120-150mg%.

e. Dự phòng xuất huyết tiêu hóa: Dùng nhóm thuốc ức chế bơm *proton* hay nhóm kháng thụ thể H_2 , có thể dùng đường uống hay tiêm mạch.

f. Cân bằng nước điện giải:

Hầu hết bệnh nhân cần khởi đầu truyền nước bằng đường tĩnh mạch như dung dịch *Naclorua 0,9 %* . Chú ý trên những bệnh nhân lớn tuổi có suy tim.

g. Nuôi dưỡng và chăm sóc:

Nuôi dưỡng bằng sond dạ dày khi bệnh nhân không ăn qua đường miệng được. Cần đảm bảo năng lượng 1200-1400 kcal/ngày.

Cần cho bệnh nhân cho nghỉ ngơi tại giường. Tuy nhiên, phải cho bệnh nhân được vận động càng sớm càng tốt, khi bệnh nhân hôn mê xoay trở 1-2 giờ/lần.

Chăm sóc da thường xuyên, tránh để cho da bị ẩm ướt.

2. Điều trị chuyên biệt

2.1. Điều trị nội

* Ổn định huyết áp :

Trong giai đoạn cấp mục tiêu là giữ huyết áp từ 160/ 90 mmHg - 180/100mmHg. Với mục tiêu đưa huyết áp về 160/90 mmHg hoặc huyết áp trung bình về 130 mmHg có thể chỉ định các thuốc hạ áp nhóm ức chế men chuyển, ức chế calci, ức chế thụ thể hay ức chế beta. Trong trường hợp huyết áp cao khó kiểm soát các thuốc hạ áp đường tĩnh mạch có thể xem xét chỉ định theo bảng sau

Bảng 1 : Các thuốc dùng đường tĩnh mạch được chỉ định dùng trong xuất huyết não

Thuốc	Bolus tĩnh mạch	Truyền tĩnh mạch
<i>Labetalol</i>	5-20mg/mỗi 15 phút	2 mg/min (max 300 mg/d)
<i>Nicardipine</i>		2-15 mg/h

Có thể kết hợp thuốc lợi tiểu với các nhóm thuốc hạ áp trên, như furoseimide.

* Tăng áp lực nội sọ:

Nâng cao đầu giường (head of the bed) lên 30 độ.

Tăng thông khí tốt cho bệnh nhân.

Mannitol chỉ cho kết quả tạm thời. Khởi đầu 0,75-1g/kg sau đó 0,25-0,5 g/kg nếu cần có thể lặp lại mỗi 4-6giờ. Khi truyền *Mannitol* phải chú ý cân bằng nước và điện giải.

*** Co giật:**

Khi có xảy ra cơn co giật nên dùng thuốc bằng đường tĩnh mạch khởi đầu bằng *Diazepam, Lorazepam, Phenytoin, Valproic acid*.

Nếu bệnh nhân có biểu hiện co giật trong giai đoạn muộn sau khi xuất huyết thì có thể dùng thuốc chống động kinh kéo dài hơn.

*** Giảm đau và an thần:**

Có thể dùng trong trường hợp bệnh nhân đau đầu nhiều, kích thích.

- Các thuốc bảo vệ tế bào não

2.2. Điều trị ngoại khoa

Có chỉ định mổ:

1. Máu tụ tiểu não đường kính > 3 cm, các triệu chứng thần kinh xấu dần hơn, hoặc có dấu hiệu chèn ép thân não, hoặc trên CT Scan thấy giãn não thất do chèn ép.

2. Chảy máu não do dị dạng mạch máu não.

3. Bệnh nhân còn trẻ, khối máu tụ lớn trong thùy não và các triệu chứng thần kinh xấu dần.

IV. DỰ PHÒNG

1. Kiểm soát các yếu tố nguy cơ

- Kiểm soát huyết áp
- Điều trị tăng mỡ máu
- Cai thuốc lá triệt để
- Cai rượu
- Kiểm soát bệnh hay các yếu tố nguy cơ phối hợp

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Sinh hiệu ổn định
- Tri giác: Bệnh tình
- Các bệnh phối hợp kèm theo ổn định

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Vũ Anh Nhị, Sổ tay lâm sàng thần kinh, NXB Y học, 2005.
2. Allan H. Ropper, Robert H. Brown, Principle of Neurology, 8th edition, McGraw - Hill companies, 2005.
3. Aminoff MJ, Greenberg DA, Clinical Neurology, 6th edition, McGraw - Hill companies, 2005.
4. Harold P. Adams, Jr, Gregory del Zoppo, Mark J. Alberts, et al, Guidelines for the Early Management of Adults With Ischemic Stroke, *Stroke* published online Apr 12, 2007.
5. Joseph Broderick, Sander Connolly, Edward Feldmann, et al, Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage in Adults 2007 Update, *Stroke* 2007;38;2001-2023; originally published online May 3, 2007.
6. Wade S. Smith, S. Claiborne Johnston, J. Donald Easton, HARRISON'S PRINCIPLES OF Internal Medicine, 16th Edition, McGraw - Hill companies, 2005.

XUẤT HUYẾT DƯỚI NHỆN

I. ĐỊNH NGHĨA

Xuất huyết dưới nhện còn được gọi là xuất huyết màng não, là do sự tràn máu ở trong khoang dưới nhện do vỡ mạch máu ở trong khoang này.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Lâm sàng

Hoàn cảnh xuất hiện: thường sau một gắng sức.

Khởi bệnh: Thường đột ngột đau đầu dữ dội, kèm theo là rối loạn ý thức.

Dấu hiệu kích thích màng não: có dấu hiệu Kernig, cổ cứng.

Dấu thần kinh định vị: nếu có thì có thể gợi ý đến vị trí ban đầu của chảy máu

Soi đáy mắt: có thể thấy hình ảnh phù gai

1.2. Cận lâm sàng

CT Scan là cận lâm sàng đầu tiên giúp chẩn đoán xác định.

Chọc dò tủy sống: Khi chọc trên phim cắt lớp vi tính sọ não bình thường hay kết quả không rõ ràng.

Chụp động mạch mã hóa xóa nền (DSA) để khảo sát độ chít hẹp, dị dạng mạch não.

Chụp cộng hưởng từ hạt nhân (MRI) cho phép thấy được các dị dạng trong 3 bình diện không gian và định khu chính xác, hình ảnh choán chỗ và các chảy máu kết hợp.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Xuất huyết não màng não
- Máu tụ dưới màng cứng
- Viêm màng não
- Viêm não màng não

3. Chẩn đoán mức độ (Theo Hunt và Hess)

Mức độ	Mô tả
I	Không có triệu chứng hoặc nhức đầu nhẹ và cứng gáy nhẹ
II	Nhức đầu vừa tới nặng, cứng gáy, không có thiếu sót thần kinh hoặc chỉ liệt một dây thần kinh sọ não
III	Thiếu sót thần kinh nhẹ, ngủ gà hoặc lú lẫn
IV	Hôn mê, liệt nửa người từ vừa tới nặng, có thể gõ cứng mắt não và rối loạn thần kinh thực vật
V	Hôn mê sâu, co cứng mắt não, đe dọa tử vong

III. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị nội khoa chung

- 1.1. Thông khí tốt
- 1.2. Theo dõi và xử trí kịp thời những biến chứng tim mạch
- 1.3. Giảm thiểu tiếng ồn tối đa, và hạn chế người thăm nuôi cho tới khi nguyên nhân phình mạch được giải quyết.
- 1.4. Giảm đau: *Acetaminophen*, *Morphin* hay *Codein*
- 1.5. Dự phòng xuất huyết tiêu hóa: Dùng nhóm thuốc ức chế bơm *proton* hay nhóm kháng thụ thể H_2 , có thể dùng đường uống hay tiêm mạch.
- 1.6. Ổn định huyết áp: giữ huyết áp tâm thu ≤ 140 mmHg cho tới khi điều trị nguyên nhân phình mạch.
- 1.7. Ổn định glucose máu:
- 1.8. Kiểm soát nhiệt độ: Dùng *Acetaminophen*
- 1.9. Thuốc chẹn calcium: *Nimodipine* (60mg uống mỗi 4 giờ trong 3 tuần)
- 1.10. Nước và điện giải: Cần phải duy trì thể tích máu bình thường bằng dung dịch *Naclorua 0,9%* 1000-2000 ml/ngày.

1.11. Dinh dưỡng: cố gắng cho bệnh nhân ăn đường miệng, nếu không ăn được đường miệng có thể nuôi ăn bằng sonde.

1.12. Chống táo bón

2. Điều trị ngoại khoa

1.1. Can thiệp nội mạch: Theo những khuyến cáo gần đây nên can thiệp càng sớm càng tốt cho bệnh nhân.

1.2. Phẫu thuật : Hiện nay thực hiện khi không có điều kiện thực hiện phương pháp can thiệp nội mạch hoặc thủ thuật can thiệp nội mạch thất bại.

3. Xử trí các biến chứng

1.1. Chảy máu tái phát: chăm sóc nội khoa tích cực và nhanh chóng can thiệp ngoại khoa.

1.2. Co thắt mạch: làm tăng thể tích máu bằng tăng cung cấp thêm nước và điện giải.

1.3. Co giật: Cắt cơn bằng *Diazepam* hoặc *Midazolam* bằng đường tĩnh mạch.

1.4. Tràn dịch não thất: phẫu thuật dẫn lưu não thất.

1.5. Hạ natri máu: truyền dung dịch *Natriclorua* 0,9% hoặc ưu trương.

4. Chăm sóc lâu dài

1.1. Phục hồi chức năng thần kinh: vật lý trị liệu, tập phục hồi ngôn ngữ

1.2. Trầm cảm: dùng thuốc chống trầm cảm như: chống trầm cảm 3 vòng, *SSRIs*.

1.3. Đau đầu mạn tính: dùng thuốc kháng viêm *nonsteroidic*, chống trầm cảm 3 vòng, *SSRIs*, *gabapentin*.

IV. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

Trong trường hợp không can thiệp được ngoại khoa nên cho bệnh nhân ra viện khi :

- Thời gian nằm viện khoảng 3 tuần

- Sinh hiệu ổn định
- Tri giác: bệnh tính
- Các bệnh phối hợp kèm theo ổn định

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Vũ Anh Nhị, sổ tay lâm sàng thần kinh, NXB Y học, 2005.
2. Allan H. Ropper, Robert H. Brown, Principle of Neurology, 3th edition, McGraw - Hill companies, 2005.
3. Aminoff MJ, Greenberg DA, Clinical Neurology, 6th edition, McGraw - Hill companies, 2005.
4. Jose I. Suarez, M.D., Robert W. Tarr, M.D., and Warren R. Selman, M.D. Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage, N Engl J Med 2006;354:387-96.
5. Wade S. Smith, S. Claiborne Johnston, J. Donald Easton, HARRISON'S PRINCIPLES OF Internal Medicine, 16th Edition, McGraw - Hill companies, 2005.

VIÊM ĐA DÂY THẦN KINH

I. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng tổn thương nhiều dây thần kinh, đối xứng hai bên, ưu thế ở ngón chi, tổn thương có thể ở các sợi trục vận động, cảm giác và thực vật. Các triệu chứng về vận động, cảm giác, dinh dưỡng, thực vật hình thành và tăng dần lên.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định: dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng

- Rối loạn cảm giác kiểu ngoại biên
- Rối loạn vận động kiểu ngoại biên, đối xứng
- Phản xạ gân cơ giảm hoặc mất.
- Rối loạn dinh dưỡng phổ biến là teo cơ, da khô, có vảy.
- Rối loạn thần kinh thực vật thường thấy trong bệnh thần kinh do đái tháo đường: giảm huyết áp, rối loạn tiểu tiện, liệt dương, nhịp tim....

EMG: biểu hiện tổn thương myelin, sợi trục hoặc hỗn hợp.

DNT: Thường kết quả bình thường.

III. ĐIỀU TRỊ

Tuỳ theo nguyên nhân

- Điều trị triệu chứng:

- + Corticoid
- + Giảm đau
- + Vitamin nhóm B
- + Vật lý trị liệu

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Lê Minh, Bệnh Thần kinh ngoại biên mất Myelin, Báo cáo khoa học, Sinh hoạt khoa học kỹ thuật Lần II, 2001.
2. Nguyễn Hữu Công, Chẩn đoán điện và bệnh lý thần kinh cơ, NXB Y Học Chi Nhánh Tp.HCM 1998,P147-151
3. Vũ Anh Nhị,Thần kinh học Lâm sàng và Điều trị, NXB Mũi Cà Mau, 2001, P525-601
4. Vũ Anh Nhị, Nghiên cứu bệnh lý thần kinh ngoại biên do đái tháo đường bằng phương pháp chẩn đoán điện, 1996
5. Kimura J: Eletrodianosis in deseases of nerve and muscle: principal and practice. 1983.

VIÊM ĐA RỄ DÂY THẦN KINH (HỘI CHỨNG GUILLAIN-BARRÉ)

I. ĐỊNH NGHĨA

Hội chứng Guillain-Barré là tình trạng tổn thương nhiều rễ và dây thần kinh ở các dạng hủy myelin và hoặc sợi trục. Nguyên nhân có thể do tự miễn hoặc viêm nhiễm.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định: dựa vào lâm sàng và CLS

- Yếu liệt tiến triển, lan rộng, đối xứng thường hai chi dưới
- Giảm hoặc mất phản xạ gân cơ.
- Các triệu chứng tiến triển trong vòng nhiều ngày nhưng dưới 4 tuần.
- Rối loạn cảm giác kiểu ngoại biên
- Liệt dây VII ngoại biên 2 bên, có thể thấy liệt các dây sọ khác.
- Rối loạn thần kinh thực vật
- Có hiện tượng phân ly đậm tế bào vào tuần thứ 2 trở đi.
- EMG: biểu hiện tổn thương sợi trục và hoặc hủy myelin.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Tác động mạch thần nền, thường biểu hiện yếu liệt chi không đối xứng.
- Liệt chu kỳ hạ kali máu
- Nhược cơ
- Bệnh thần kinh ngoại biên cận ung thư
- Bệnh đa dây thần kinh do viêm mạch máu.

III. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị

- Khai thông đường hô hấp : đảm bảo lưu thông hô hấp tốt, cần đặt nội khí quản khi bệnh nhân suy hô hấp.
- Cân bằng nước và điện giải.

- Giảm đau, hạ sốt.
- Vitamin nhóm B, thuốc dinh dưỡng và phục hồi bao Myelin của dây thần kinh; Nucleo CMP 1 ống TB mỗi ngày hoặc 2 viên/ ngày
- Dinh dưỡng và vật lý trị liệu.
- Kháng sinh chống bội nhiễm khi cần thiết.

2. Theo dõi

- Theo dõi sát liệt cơ hô hấp.
- Rối loạn thần kinh thực vật.
- Rối loạn về tim mạch.

Theo dõi các biến chứng nội khoa khác : thuyên tắc tĩnh mạch sâu, thuyên tắc phổi, nhồi máu cơ tim, nhiễm trùng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Barohn RJ, Saperstein DS, Guillain - Barré Syndrome and Chronic Inflammatory Demyelinating Polyneuropathy, Semin Neurol 1998, 18, P49-61.
2. Lê Minh, Bệnh Thần Kinh ngoại biên mất Myelin, Báo cáo khoa học, Sinh hoạt khoa học kỹ thuật lần II, 2001
3. Kazim Ali Sheikh, Guillain - Barré Syndrome, Current Therapy In Neurologic Disease, 2002, P366-370.
4. Kimura J, Electrodiagnosis in Disease of Nerve and Muscle : Principle and Practice, 1983
5. Nguyễn Hữu Công, Chẩn đoán điện và bệnh lý thần kinh cơ, NXB Y học TP.HCM, 1998, P140-147.

VIÊM TUYẾT CẮT NGANG

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm tủy cắt ngang là một hội chứng tổn thương vùng chất trắng hay chất xám tủy sống ở một đoạn tủy.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

* Lâm sàng:

- Hội chứng nhiễm trùng.

- Hội chứng cắt ngang tủy

+ Khởi đầu liệt mềm 2 chi dưới hoặc tứ chi sau đó 3-4 tuần chuyển sang liệt cứng

+ Mất phản xạ gân cơ giai đoạn đầu, sau đó tăng lên.

+ Mất toàn bộ cảm giác dưới nơi tổn thương

+ Bí tiểu,

+ Dấu Babinski, dấu ba co (giai đoạn muộn).

* Cận lâm sàng

- Các xét nghiệm huyết học, sinh hoá tầm soát các bệnh giang mai, lao, HIV....rất cần thiết cho xác định nguyên nhân, các xét nghiệm huyết thanh hoặc ít khi dương tính.

- Chọc dò dịch não tủy thất lưng : thường dịch trắng trong, protein tăng nhẹ, tế bào tăng với những bạch cầu đơn nhân, cấy vi trùng âm tính.

- Chụp cộng hưởng từ (MRI): tủy phù nề, kích thước lớn hơn bình thường.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Tai biến mạch máu tủy

II. ĐIỀU TRỊ

Điều trị nguyên nhân.

Điều trị triệu chứng:

+ Kháng sinh

+ Hạ sốt

+ Giảm đau

Corticoid còn ít hiệu quả

Vật lý trị liệu, xoa bóp thường xuyên.

Điều trị các biến chứng như: loét các điểm tỳ đè, nhiễm trùng đường tiểu..

III. TIÊN LƯỢNG

Nặng, không hồi phục

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Adams D, Raymond, Disease of the Spinal Cord in Principles of Neurology 1997, P1230-1270.

2. Douglas Kerr, Transverse Myelitis, Current Therapy In Neurologic Disease, 2002, P176-180.

3. Lê Minh, Bệnh tuỷ sống, Thần kinh học lâm sàng, NXB Y học 2004, P386-396.

4. Vũ Anh Nhị, Thần kinh học Lâm sàng và Điều trị, NXB Mũi Cà Mau, 2001, P324-330.

5. William & Willkins, Spinal Cord Disease in Merrit's Textbook of Neurology, 1995, P740-750.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ
HỒI SỨC
TÍCH CỰC
CHỐNG ĐỘC

CHOÁNG NHIỄM TRÙNG

I. CHẨN ĐOÁN : Dựa vào

- Bệnh sử : Yếu tố thuận lợi trên những người:

+ Xơ gan do nghiện rượu, ung thư, xì ke, đái tháo đường, cắt lách, suy giảm miễn dịch, ung thư máu, tắc nghẽn đường tiêu, đường gan mật

+ Những người nằm trong bệnh viện : Dùng kháng sinh, dùng Corticoides lâu dài, dùng chất ức chế miễn dịch, hóa chất, truyền dịch, đặt Cathéter tĩnh mạch thông tiêu, đặt NKQ, mở khí quản

- Ổ nhiễm trùng : Ngoài da, đường hô hấp, đường tiêu, đường gan mật, đường sinh dục.

- Lâm sàng:

+ Nhiễm trùng huyết : sốt cao, lạnh run, mạch nhanh, thở nhanh, bạch cầu tăng hoặc giảm.

+ Triệu chứng choáng:

. Mạch nhanh, HA tụt (HA tối đa < 90 hoặc HA trung bình < 60mmHg)

. Thở nhanh

. Da nổi bông

. Lơ mơ

. Tiêu ít

- Cận lâm sàng :

+ CTM bạch cầu tăng hoặc giảm, tiểu cầu giảm

+ Cây máu: (+) cấy 2 lần cách nhau 2 nơi khác nhau (khi rét run, sốt cao)

+ Lactate máu > 04 mmol/l (36mg%)

+ Chức năng đông máu :

. Tiểu cầu ↓

- . Fibrinogene giảm
- . Taux de prothrombine ↓
- . SGOT ↑, SGPT ↑
- . Dự trữ kiềm ↓, pH ↓, đo khí trong máu (PaO_2 ↓, PaCO_2 ↓)
- . BUN ↑, Creatinin tăng Glycemie ↑, ion đồ
- . Ổ mù: Cây mù tìm vi trùng
- . Cây nước tiểu
- . X quang tim phổi siêu âm (tim và bụng) để tìm nguyên nhân
- . Chọc dò dịch não tủy (nếu cần)
- . Đo điện tim, men tim, BNP, D. Dimer, hs CRP,

Procalcifomin - ScvO₂

II. BIẾN CHỨNG :

- Đông máu nội mạch lan tỏa với :
 - + Tiểu cầu < 100.000
 - + TP < 50%
 - + Fibrinogen < 2g/l
 - + Biểu hiện lâm sàng: Xuất huyết da niêm, xuất huyết nội tạng
- Suy thận cấp :
 - + Thể hiện bằng tiểu ít, BUN và Crea tăng
 - + Bị choáng nên lưu lượng máu đến thận giảm
 - + Hoại tử ống thận cấp, hoại tử vùng vỏ thận
- Suy hô hấp cấp : Đây là sốc phổi (lung shock) thể hiện bởi hội chứng ARDS (phù phổi, xuất huyết phổi, xẹp phổi, tạo thành màng hyalin ở phổi, cục máu đông ở mao quản phổi).
 - Suy tim cấp: Do yếu tố Myocardial depressant factor
 - Xuất huyết tiêu hóa : Do loét đường tiêu hoá gây xuất huyết
 - Giảm Albumine/máu, giảm Prothrombine/máu, vàng da nhẹ

III. ĐIỀU TRỊ :

- Phải đặt 4-5 đường dây để cấp cứu :

- + Đường dây thở oxy
- + Đường catheter tĩnh mạch trung tâm
- + Đường dây truyền dịch
- + Đặt thông tiểu để theo dõi lượng nước tiểu

- Bảo đảm hô hấp :

- + Thở oxy qua sonde mũi 6-8l/p (cho $\text{SaO}_2 > 92\%$)
- + Hút đàm dãi
- + Nếu nặng đặt NKQ và thở máy với PEEP (khi có hội chứng

ARDS).

- Điều trị choáng : Tái tạo nhanh cho sự tươi máu

- + Đầu thấp
- + Tất cả phải đo áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP)
- + Bồi hoàn thể tích máu lưu thông dựa vào áp lực tĩnh mạch trung tâm, dung dịch được dùng ban đầu là: NaCl 9%

Cụ thể : NatriClorua 0,9% 1000ml truyền trong 30' đầu

Hoặc phân tử keo : 500ml

Dùng Noradrenaline liều: $0,1 \mu\text{g/kg/p} \rightarrow 1 \mu\text{g/kg/p}$

+ Khi CVP: 8-12cm H_2O mà HA chưa có hoặc còn thấp dùng thêm vận mạch bằng: Dobutamine liều bắt đầu từ 2 -20 $\mu\text{g/kg/p}$ và tăng dần khi có hiệu quả.

+ Chống toan máu bằng Sodium bicarbonate 8,4% khi pH <7.15
sao cho pH > 7.2

- + Dùng Corticoide : Hydrocortisone 100mg $\times$ 3 lần/ngày
- + Kiểm soát đường huyết trong khoảng < 150 mg%
- + Chống stress ulcer bằng thuốc ức chế bơm proton

+ Theo dõi lượng nước tiểu để xử trí chống suy thận cấp

* Mục tiêu của điều trị choáng trong 6h đầu là :

+ CVP 8-12mmHg

+ HA_{TB} > 65mmHg

+ Lượng nước tiểu > 0,5ml/kg/h

+ ScvO₂ > 70%

+ Hct > 30% (Hb > 8-10g/l)

- Kháng sinh :

+ Cho sớm không thể chờ kết quả cấy máu và kháng sinh đồ, dựa vào ổ nhiễm trùng, hoàn cảnh bị nhiễm trùng mà dự đoán vi trùng gây bệnh chọn kháng sinh thích hợp.

+ Dùng ngay loại kháng sinh diệt khuẩn

+ Dùng đường tĩnh mạch

+ Thời gian điều trị 10 - 14 ngày

+ Nếu nghi vi trùng gram (-) có thể bắt đầu bằng Cephalosporine thế hệ III, Carbapenems, Quinolone thế hệ 2, nếu nặng có thể kết hợp với nhóm Aminoglycosides.

+ Do vi trùng thương hàn: Ceftriaxone, Quinolone thế hệ 2

+ Do vi trùng Pseudomonas : Ceftazidime, Cefoperazone + Sulbactam Cefepime, Carbapenems, Amikacine, Colistine, Ciprofloxacin, Piperacilin + Tazobactam.

+ Do vi trùng Acinetobacter Baumannii : Colistine, Tigecycline, Cefoperazone + Sulbactam

+ Nếu do tụ cầu Staphylococcus Aureus : Vancomycin 500mg x 4, nếu nặng hơn có thể kết hợp thêm với Amikacin và Rifamycin, nếu kháng Vancomycin thì dùng Linezolid 600mg x 2/ ngày hoặc Daptomycin.

Có thể dùng kết hợp với Fosfomycin hoặc Tigecycline

+ Nếu do phế cầu : Amoxicilin + acid Clavulanic, Cefuroxime, Levofloxacin, Vancomycin

+ Nếu do vi trùng yếm khí : Metronidazole, Clindamycin

+ Nhiễm trùng từ cộng đồng : Ceftriaxone + Aminoglycoside ± Metronidazol

Nếu không đáp ứng: Vancomycin + carbapenems + Clindamycin

+ Nhiễm trùng từ bệnh viện thường là: Klebsiella, Pseudomonas, S.aureus và đa kháng thuốc, bắt đầu: Vancomycin + carbapenems + Amikacin.

- Giải quyết ổ nhiễm trùng :

Sự can thiệp ngoại khoa là cần thiết khi có ổ nhiễm trùng, ổ áp xe, hoại tử ruột, sỏi đường mật, ổ nhiễm trùng tử cung nên can thiệp sớm.

- Điều trị biến chứng :

+ Đông máu nội mạch lan tỏa (DIC) : Truyền máu tươi khi có biểu hiện xuất huyết nhiều.

+ Suy thận cấp : Dựa vào CVP và HA có thể truyền dịch và làm test Furosemide nếu không hiệu quả thì lọc máu

+ Suy hô hấp cấp, phù phổi cấp thì đặt nội khí quản, thở máy với PEEP

IV. THEO DÕI VÀ TIỀN LƯỢNG :

1. Theo dõi:

- Đánh giá tình trạng choáng nhiễm trùng
- Theo dõi : M, HA/15 phút, nhiệt độ, nhịp thở, tri giác
- Theo dõi : HC, Hct, CVP
- Theo dõi dấu xuất huyết da niêm
- Lượng nước tiểu/giờ/24 giờ
- Chức năng đông máu
- Ion đồ, RA, pH máu, Lactate máu, khí máu

- BUN, Creatinine máu
- Chụp tim phổi, ECG

2. Tiên lượng:

- Tốt :

- + Tỉnh
- + Bớt tím tái
- + Da và đầu chi ấm
- + Lượng nước tiểu 40-50ml/giờ
- + CVP trở về bình thường, hết toan máu
- + Mạch rõ, HA tăng

V. DỰ PHÒNG :

- Điều trị sớm các ổ nhiễm trùng
- Khi bị choáng nhiễm trùng phải khẩn trương tích cực

TÀI LIỆU THAM KHẢO :

1. Guidelines for Management of severe sepsis/septic shock Surviving sepsis campaign (SSC) 2008
2. Paul E Marik and Josephvaron sepsis shock and trauma : Mannual of Intensive care medicine 2000, page 759-761.
3. Steven J.Laurence and Nigar Kirmani septic shock treatment of infectious diseases: The Washington manual of Medical therapeutics, trang 366 – 367, 32nd edition 2007
4. Robert S Munford Sepsis and septic shock infectious diseases. Harrison's Principles of Internal medicine, trang 1606-1612, 2005

NGỘ ĐỘC PHENOBARBITAL

I. CHẨN ĐOÁN : Dựa vào

1. Triệu chứng lâm sàng :

*** Hôn mê:**

Mức độ hôn mê tỷ lệ với liều Phenobarbital uống. Tuy nhiên từng cá nhân còn tùy thuộc vào sự hấp thu qua ruột, sự phân phối trong cơ thể và khả năng chuyển hóa của gan. Hôn mê do ngộ độc Phenobarbital có thể chia làm 4 mức độ :

- Giai đoạn 1: Gợi to còn trả lời. Điện não: Sóng nhanh lẫn sóng Alpha bình thường. Nồng độ Phenobarbital trong máu: 20 mg/lít.

- Giai đoạn 2: Cầu vẹo, phản ứng đúng. Điện não: Sóng chậm Theta và Delta. Nồng độ Phenobarbital trong máu: 40 mg/lít.

- Giai đoạn 3: Cầu vẹo phản ứng không đúng. Điện não: Sóng chậm to, không có phản ứng với tiếng động và cầu vẹo. Nồng độ Phenobarbital trong máu: 80 mg/lít.

- Giai đoạn 4: Cầu vẹo không còn phản ứng, các phản xạ gân xương bị mất hết, bệnh nhân nằm yên, thở khô khè, mất phản xạ ho, phản ứng nuốt, đồng tử thường giãn. Rối loạn thần kinh thực vật: Rối loạn hô hấp, ngừng thở, trụy mạch, sốt cao hoặc hạ thân nhiệt. Điện não: Sóng rất chậm trên cơ sở một đường thẳng (tê liệt thần kinh thực vật). Nồng độ Phenobarbital trong máu: 100 mg/lít.

*** Rối loạn hô hấp :**

- Là biểu hiện của rối loạn thần kinh thực vật, thường có ở giai đoạn 4. Có 2 cơ chế giải thích rối loạn này:

+ Giảm thông khí phế nang nguyên nhân trung ương do Phenobarbital có tác dụng trực tiếp ức chế thần kinh trung ương đặc biệt là trung tâm hô hấp ở hành tủy, dẫn đến giảm PaO_2 và tăng PaCO_2 .

+ Tắc nghẽn đường hô hấp trên do hôn mê sâu làm tụt lưỡi về phía sau, ứ đọng đờm dãi, mất phản xạ ho, hít phải chất nôn và dịch vị.

- Hai cơ chế trên dẫn đến suy hô hấp cấp rất nặng, nhất là khi có hội chứng Mendelson và thường là nguyên nhân chính gây tử vong.

*** Rối loạn tuần hoàn :**

Ngộ độc Phenobarbital nặng gây sốc do thần kinh thực vật bị tê liệt làm giảm thúc tính các thành mạch gây hạ huyết áp, trụy mạch. Tình trạng sốc càng dễ xảy ra nếu phối hợp thêm với mất nước, tắc mạch phổi do nằm lâu.

*** Rối loạn điều hòa thân nhiệt:**

Bệnh nhân có thể sốt cao hoặc hạ thân nhiệt trong trường hợp ngộ độc nặng.

*** Bội nhiễm:**

- Ở hệ hô hấp do ứ đọng đờm dãi và xẹp phổi.

- Ở chỗ loét do nằm bất động.

*** Suy thận cấp:**

- Suy thận cấp chức năng do mất nước hoặc trụy mạch.

- Suy thận cấp thực thể trên bệnh nhân đã có tổn thương thận tiềm tàng.

*** Dị phát bệnh :**

Ngộ độc Phenobarbital là nguyên nhân thuận lợi gây tai biến mạch máu não, tắc động mạch phổi, nhồi máu cơ tim.

2. Cận lâm sàng :

- Tìm Phenobarbital trong dịch dạ dày.

- Tìm và định lượng Phenobarbital trong máu.

II. XỬ TRÍ:

1. Rửa dạ dày :

Khi bệnh nhân uống dưới 6 giờ vì sau 6 giờ Phenobarbital chỉ còn đọng lại 2% ở dạ dày. Đặt nội khí quản bơm bóng chèn, đặt bệnh nhân ở tư thế nằm nghiêng an toàn, dùng tube Levin rửa dạ dày để tránh hội chứng Mendelson. Thêm 5g Phenobarbital vào mỗi lít dịch, rửa khoảng 3-5 lít, sau rửa bơm vào dạ dày 30g Natribicarbonate hoặc Sorbitol. Chú ý lấy dịch dạ dày tìm độc chất.

2. Kiểm hóa - truyền dịch:

- Chống chỉ định: Suy thận, suy tim, suy gan.
- Truyền dịch: Ngày 3 – 5 lần, mỗi lần truyền lần lượt: Natribicarbonat 14⁰/₀₀ 500ml, Glucose 20% 500ml, Natrichlorua 9⁰/₀₀ 500ml, cho vào mỗi lọ 1,5g Calciclorua.

- Tiêm tĩnh mạch: Lasix 20mg, 4-6 lần/ngày (tiêm 3 ngày).
- Theo dõi CVP, điện tim, điện giải và lượng nước tiểu để điều chỉnh dịch truyền và điện giải.

3. Lọc ngoài thận :

- Chỉ định: Suy thận, suy gan, nhiễm độc nặng.
- Thận nhân tạo: Lọc rất tốt, sau 6 giờ thải được ½ lượng Phenobarbital trong máu, bệnh nhân tỉnh nhanh.

4. Hồi sức hô hấp, tuần hoàn:

- Đề phòng suy hô hấp: Đặt nội khí quản, hút đàm thường xuyên, dẫn lưu tư thế (chân giường kê cao 20⁰, đầu nghiêng 1 bên, xoay trở thường xuyên, vỗ lưng), ăn bằng ống thông, kháng sinh.
- Nếu có suy hô hấp (thở chậm, thở nông): Tăng cường hút đàm, bóp bóng hoặc thở máy.
- Nếu có xẹp phổi: Mở khí quản, soi hút phế quản.
- Huyết áp giảm nhẹ (80-90 mmHg): Điều chỉnh nước điện giải, khi áp lực tĩnh mạch trung tâm trên 10 cmH₂O truyền Dopamin.

- Huyết áp giảm nặng (trụy mạch) do:

+ Ngộ độc Barbiturate nặng, nhiều loại: Truyền Plasma, Dopamin. Khi huyết áp lên chạy thận nhân tạo hoặc lọc màng bụng ngay đồng thời với truyền Dopamin.

+ Nhiễm khuẩn nặng, tắc mạch phổi, mất nước, sốc không hồi phục.

- Tiêm Heparin phân tử thấp đề phòng tắc mạch phổi.

III. TIỀN LƯỢNG:

Tiền lượng nặng nếu :

+ Liều thuốc uống cao và phối hợp nhiều thuốc.

+ Đến muộn.

+ Biến chứng: Ngưng thở, tắc dăm, rối loạn điện giải, mất nước, xẹp phổi, tắc động mạch phổi, hội chứng Mendelson.

+ Có bệnh tiềm tàng: Thận, gan, tim.

TÀI LIỆU THAM KHẢO :

1. Vũ Văn Đính và cộng sự, Ngộ độc Barbituric, Hồi sức cấp cứu toàn tập, Nhà xuất bản y học Hà Nội, 2003, Trang 367-372.

2. Marin Kollef và Daniel Goodenberger, Chăm sóc tình trạng nguy kịch và cấp cứu Nội khoa, Sổ tay điều trị Nội khoa (tài liệu dịch) tập I, Bộ Môn Nội Trường Đại Học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, 1996, Trang 416-419.

RẢN HỔ ĐẤT CẢN

I. CHẨN ĐOÁN :

1. Lâm sàng:

1.1. Những triệu chứng toàn thân :

- **Trên hệ thần kinh:** Những rối loạn thần kinh xảy ra rất sớm, thường thấy là nhức đầu, choáng váng, lo âu, hoảng hốt, mất ngủ, mất ngon, sút mi, cứng và mất cơ nhai, rối loạn phản xạ gân xương, rối loạn vận động.

Vị giác không phân biệt được mùi vị cay đắng.

Cảm giác đau, nóng lạnh giảm hoặc mất

Nặng và muộn hơn sẽ xuất hiện ý thức u ám, hôn mê, liệt cơ hô hấp.

- **Trên hệ tim mạch :** Choáng, rối loạn nhịp tim, viêm cơ tim ít xảy ra.

- **Trên hệ tiêu hóa :** Tăng tiết nhiều nước bọt và đàm dãi, đau thượng vị, tiêu lỏng. Đôi khi có suy gan cấp.

- **Trên hệ hô hấp :** Rối loạn hô hấp xảy ra sớm, ban đầu thở nhanh, khó thở sau đó liệt cơ hô hấp.

- **Huyết học :** Biểu hiện không rõ ràng.

1.2. Những triệu chứng tại chỗ :

- **Đau :** Đau thoáng qua hoặc chỉ tê nơi vết cắn, đau răng cắn

- **Phù nề :** Vết cắn phù nề nhẹ

- **Vùng da bị cắn :** tái đen

- **Hoại tử nơi vết cắn :** gần 100% trường hợp

- **Nhiễm khuẩn nơi vết cắn :** gần 100% trường hợp

2. Cận lâm sàng:

- **Khí máu động mạch :** có tình trạng giảm oxy, tăng CO₂

- **Công thức máu** có thể tăng bạch cầu

- **Xét nghiệm chức năng gan**

3. Theo lời khai của bệnh nhân, thân nhân:

- Khi bị rắn độc cắn bệnh nhân thường có cảm giác như bị một vật gì đập mạnh vào cơ thể hoặc như có ai đè nặng lên cơ thể mình một vật rất nặng.
- Không có giết rắn nhưng nếu bắt được rắn nên mang đến bệnh viện để nhận diện.

II. ĐIỀU TRỊ :

1. Sơ cứu tại chỗ :

- Trấn an bệnh nhân
- Băng ép và bất động chi bị cắn bằng băng thun đủ chặt để làm chậm quá trình hấp thu nọc độc vào hệ tuần hoàn.
- Tránh can thiệp vào vết cắn như nặn, bóp, chích, rạch vì có thể làm tăng hấp thu nọc rắn vào cơ thể, gây nhiễm trùng hoặc chảy máu.

2. Điều trị đặc hiệu bằng huyết thanh kháng nọc rắn :

2.1. Chỉ định :

Huyết thanh kháng nọc rắn hổ đất là huyết thanh đơn giá, được chỉ định càng sớm càng tốt khi xuất hiện một hoặc nhiều dấu hiệu sau đây:

- Nhiễm độc toàn thân: Nhiễm độc thần kinh: sụp mí mắt, nói ngọng, không nuốt được, tăng tiết đàm nhớt, khó thở, liệt cơ hô hấp hoặc chi.
- Nhiễm độc tại chỗ: Chú ý vết cắn ở các vị trí như cổ, tim hoặc gần hệ thần kinh trung ương được chỉ định huyết thanh kháng nọc sớm.

2.2. Chống chỉ định:

Không có chống chỉ định tuyệt đối. Có thể giải miễn cảm bằng phương pháp Besredka cho bệnh nhân có cơ địa dị ứng. Sử dụng adrenaline với liều 0,25mg tiêm dưới da trước khi dùng huyết thanh kháng nọc có thể giảm tăng suất các phản ứng huyết thanh xảy ra sớm.

(Thử phản ứng miễn dịch bằng cách pha thành dung dịch 1% tiêm 0,1ml trong da, sau 15 phút nếu đường kính quanh đồ xung quanh <1cm là phản ứng âm tính)

2.3. Huyết thanh kháng nọc :

Luôn được sử dụng bằng đường tĩnh mạch. Không nên sử dụng tiêm bắp và tiêm dưới da vì hiệu quả điều trị kém và có thể gây hoại tử nơi tiêm.

2.4. Liều dùng thích hợp cho mỗi nạn nhân khác nhau tùy thuộc vào mức độ nhiễm độc nhẹ, trung bình, nặng hay rất nặng. Thường sử dụng một lọ mỗi giờ, sau bốn giờ đánh giá lại sự cải thiện lâm sàng và xét nghiệm, nếu vẫn chưa cải thiện hoặc đáp ứng chậm có thể lặp lại như liều khởi đầu cho đến khi có đáp ứng (liều thường dùng từ 1 đến 14 lọ)

2.5. Đáp ứng với điều trị huyết thanh kháng nọc rắn :

- Sự hồi phục biểu hiện là bệnh nhân mở được mắt, giảm tiết đàm, tự thở và tình trạng suy hô hấp được cải thiện. Thời gian trung bình hồi phục nhiễm độc thần kinh hoàn toàn sau điều trị huyết thanh kháng nọc rắn hổ đất là 8 - 10 giờ.

- Thất bại điều trị: do chọn không đúng huyết thanh đặc hiệu đơn giá, dùng chưa đủ liều, huyết thanh hết hiệu lực, sử dụng huyết thanh quá muộn hoặc sử dụng sai đường dùng thuốc.

3. Điều trị triệu chứng và biến chứng :

- Kháng sinh chống nhiễm trùng
- Hồi sức hô hấp: Đặt nội khí quản, bóp bóng giúp thở, thở máy đối với nhiễm độc thần kinh gây suy hô hấp kéo dài.
- Hồi sức tim mạch: Truyền dịch, đảm bảo khối lượng tuần hoàn và duy trì huyết áp
- Tiêm phòng uốn ván

TÀI LIỆU THAM KHẢO :

1. Sổ tay hướng dẫn lâm sàng - BV CHỢ RẪY 2005
2. Hồi sức cấp cứu Nội khoa - NXB Y HỌC 2004
3. Cẩm nang cấp cứu - VŨ VĂN ĐÌNH, NXB Y HỌC
4. Các loài rắn độc Việt Nam - TRẠI RẮN ĐỒNG TÂM
5. Buston Bentley II (2000), Bites & Stings, Emergency medicine companion handbook, MC Graw- Hill 5 edi. pp.613-6.
6. R.L Morris (2001), Venomous snakebites, Harrison's principles of internal medicine 15 edi.Vol2, MGH, pp. 2617-8.

RẮN LỤC TRE CẦN

I. CHẨN ĐOÁN :

1. Lâm sàng

1.1. Những triệu chứng toàn thân :

- **Huyết học:** Tan máu cấp trong lòng mạch là một biểu hiện rất nặng chiếm khoảng 10% trường hợp, rối loạn quá trình đông máu rất hay gặp, biểu hiện lâm sàng là tình trạng xuất huyết cho đến nay vẫn chưa rõ cơ chế, có lẽ do hội chứng đông máu nội mạch lan tỏa và tổn thương thành mạch do nọc độc gây nên.

- **Tim mạch:** Ban đầu thường có phản xạ co mạch, tăng huyết áp những trường hợp nặng thường có sốc, rối loạn nhịp, viêm cơ tim do tác dụng của nọc độc.

- **Tiêu hóa:** Buồn nôn và nôn, đau vùng thượng vị, có trường hợp tiêu chảy. Sự rối loạn liên quan chặt chẽ với rối loạn của thần kinh thực vật và thần kinh trung ương. Những trường hợp nặng bệnh nhân tiêu tiểu không tự chủ.

- **Tiết niệu :** Viêm vi cầu thận, hội chứng thận hư, suy thận cấp (hoại tử vỏ/ống thận)

- **Cơ:** Co cứng cơ, tiêu hủy cơ, tiểu Myoglobin.

1.2. Những triệu chứng tại chỗ :

- **Đau :** Là triệu chứng thường gặp của rắn lục cần, đau nhiều, đau dữ dội nơi vết cắn.

- **Chảy máu nơi cắn**

- **Phù nề:** Phù nề quanh vết cắn là dấu hiệu thường có và phát triển rất nhanh.

- **Vùng da bị cắn :** Tái nhợt, xanh xao, bọng nước.

- **Hoại tử nơi vết cắn** chiếm khoảng 30% trường hợp.

- Viêm hệ bạch mạch-tĩnh mạch

2. Cận lâm sàng :

Những triệu chứng sớm trên cận lâm sàng thường ít có ý nghĩa từ phương pháp định lượng nọc độc của rắn trong cơ thể bằng ELISA.

- Máu đông, máu chảy thay đổi thời gian dài hơn.

- Hồng cầu giảm, tiểu cầu giảm

- Nước tiểu có hồng cầu, Hemoglobin, Myoglobine, Protein

- Đo điện tim

- Urea, Creatine, Ion đồ, men CK

- Chức năng gan ít thay đổi

- Nên làm các xét nghiệm : Tiểu cầu, aPTT, TP, Fibrinogen ngay khi bệnh nhân vào và theo dõi các chỉ số này thường xuyên đến khi bệnh nhân ổn.

3. Theo lời khai của nạn nhân - thân nhân:

- Khi bị rắn độc cắn nạn nhân thường có cảm giác như bị một vật gì đập mạnh vào cơ thể hoặc như có ai đè nặng lên cơ thể mình một vật rất nặng.

- Không cố giết rắn nhưng nếu bắt được rắn nên mang đến bệnh viện để nhận diện.

II. ĐIỀU TRỊ :

1. Sơ cứu tại chỗ :

- Trấn an bệnh nhân

- Không băng ép, không garô động mạch

- Tránh can thiệp vào vết cắn như nặn, bóp, chích, rạch vì có thể làm tăng hấp thu nọc rắn vào cơ thể, gây nhiễm trùng hoặc chảy máu.

2. Điều trị đặc hiệu bằng huyết thanh kháng nọc rắn :

2.1. Chỉ định : Huyết thanh kháng nọc rắn được chỉ định càng sớm càng tốt khi xuất hiện một hoặc nhiều dấu hiệu sau đây:

*** Nhiễm độc toàn thân:**

- Rối loạn đông máu trên lâm sàng hoặc xét nghiệm
- Các rối loạn khác về tim mạch, suy thận cấp, tiểu Hemoglobin hoặc Myoglobin

*** Nhiễm độc tại chỗ :**

Sung nê nhiều nơi bị cắn, lan rộng và diễn tiến nhanh trong 12 giờ đầu sau khi bị rắn độc cắn, hoại tử đầu chi.

2.2. Chống chỉ định: Không có chống chỉ định tuyệt đối. Có thể giải mẫn cảm bằng phương pháp Besredka cho bệnh nhân có cơ địa dị ứng. Sử dụng adrenaline với liều 0,25mg tiêm dưới da trước khi dùng huyết thanh kháng nọc có thể giảm tăng suất các phản ứng huyết thanh xảy ra sớm.

2.3. Huyết thanh kháng nọc : Luôn được sử dụng bằng đường tĩnh mạch. Không nên sử dụng tiêm bắp và tiêm dưới da vì hiệu quả điều trị kém và có thể gây hoại tử nơi tiêm.

2.4. Liều dùng thích hợp cho mỗi nạn nhân khác nhau tùy thuộc vào mức độ nhiễm độc nhẹ, trung bình, nặng hay rất nặng. Thường sử dụng một lọ mỗi giờ, sau bốn giờ đánh giá lại sự cải thiện lâm sàng và xét nghiệm, nếu vẫn chưa cải thiện hoặc đáp ứng chậm có thể lặp lại như liều khởi đầu cho đến khi có đáp ứng (liều thường dùng từ 1 đến 20 lọ)

2.5. Đáp ứng với điều trị huyết thanh kháng nọc rắn

- Hết chảy máu từ vết cắn và các sang thương khác ngay sau khi tiêm đủ liều huyết thanh kháng nọc. Các xét nghiệm đông máu hồi phục chậm hơn, chức năng đông máu toàn bộ trở về bình thường trong vòng 24 giờ sau.

- Thất bại điều trị : Do chọn không đúng huyết thanh đặc hiệu đơn giá, dùng chưa đủ liều, huyết thanh hết hiệu lực, sử dụng huyết thanh quá trễ hoặc sử dụng sai đường dùng thuốc.

3. Điều trị triệu chứng:

- Chống đau, chống phù nề.
- Kháng sinh chống nhiễm trùng.
- Truyền máu tươi hay các thành phần của máu khi chảy máu và mất máu nhiều
- Hồi sức tim mạch: Truyền dịch, đảm bảo khối lượng tuần hoàn và duy trì huyết áp
- Điều trị suy thận (nếu có)
- Tiêm phòng uốn ván.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Sổ tay hướng dẫn lâm sàng - BV CHỢ RẪY 2005
2. Hồi sức cấp cứu Nội khoa - NXB Y HỌC 2004
3. Cẩm nang cấp cứu - VŨ VĂN ĐÌNH, NXB Y HỌC
4. Các loài rắn độc Việt Nam - TRẠI RẮN ĐỒNG TÂM
5. Bustin Bentley II (2000), Bites & Stings, Emergency medicine Companion handbook, MC Graw- Hill 5 edi. Pp.613-6.
6. R.L Morris (2001), Venomous snakebites, Harrison' s principles of internal medicine 15 edi. Vol2, MGH, Pp. 2617-8.

NGỘ ĐỘC THUỐC TRỪ SÂU NHÓM KHÁNG MEN CHOLINESTERASE

I. CHẨN ĐOÁN :

1. Chẩn đoán xác định : Dựa vào:

1.1. Bệnh sử :

Uống đề tự tử (bên cạnh còn chai thuốc đã uống hết hoặc gần hết), uống lầm hay tiếp xúc với thuốc.

1.2. Lâm sàng:

* Thể khu trú:

Xảy ra khi đang phun thuốc trừ sâu:

- Ở mắt : Đồng tử co, nhức đầu, rối loạn thị giác.
- Ở phổi: Khó thở kiểu hen.

* Thể toàn thân :

- Thời kỳ tiềm tàng: Nhiễm độc qua đường hô hấp: 30-60 phút, qua đường uống: 1 giờ, qua da: 2-3 giờ.

- Tiếp theo là các dấu hiệu giống phó giao cảm : Buồn nôn, nôn mửa, đau bụng, đồng tử co, mạch chậm.

- Thời kỳ toàn phát : 1-8 giờ.

+ Hội chứng Muscarin (rối loạn thần kinh thực vật) : Đau bụng, nôn mửa, tiêu chảy, tăng tiết nước bọt, nước mắt, nước mũi, đàm nhớt, vã mồ hôi, khó thở, tăng tiết phế quản, co thắt phế quản, nhịp tim chậm, đồng tử co.

+ Hội chứng Nicotin : Run cơ (ở mặt, ngực, đùi, cánh tay), mệt mỏi nhanh, yếu cơ, sau đó liệt cơ, nặng hơn có thể liệt hô hấp, rối loạn nhịp tim.

+ Hội chứng thần kinh trung ương :

.Ức chế hô hấp, co giật, hôn mê.

.Ức chế trung tâm vận mạch gây suy tuần hoàn cấp dẫn đến tử vong rất nhanh.

*** Các hội chứng liệt trong ngộ độc cấp Phospho hữu cơ:**

- Liệt kiểu I :

Xảy ra ngay sau khi ngộ độc nặng, trong ngày đầu và ngày thứ 2 (con tái phát), có đặc điểm: Có đầy đủ hội chứng Mucarin, Nicotin khi liệt xuất hiện (liệt chi, liệt hô hấp với liệt cơ hoành là chính, gò cơ Delta có run giật), thường kèm theo rối loạn ý thức, hôn mê. Xử trí bằng Atropin liều cao, nếu chậm trễ bệnh nhân sẽ tử vong. Nếu xảy ra vào ngày thứ 2 là do ngừng hoặc giảm Atropin đột ngột. Tiên lượng gần: Rất nặng.

- Liệt kiểu II (hội chứng trung gian) :

Là hội chứng liệt mang tính chất trung gian giữa liệt trung ương và liệt ngoại biên, có đặc điểm :

+ Xuất hiện từ ngày thứ 2 đến ngày thứ 4.

+ Thường do các loại Phospho hữu cơ: Methamidophos (Monitor), Monocrotophos (Azodrin), Dimethoate (Bi 58) và Fenthion.

+ Lâm sàng: Liệt hô hấp là chủ yếu, kèm theo liệt các cơ góc chi, cơ gấp cổ và một số dây thần kinh sọ, khởi nhanh chóng trong vòng vài ngày đến vài tuần nếu được thông khí nhân tạo, không cần dùng thêm Atropin và PAM nhưng có thể lại mắc liệt chậm.

+ Sinh bệnh học : Chưa rõ ràng nhưng một số bệnh nhân có biểu hiện tổn thương trung ương như tăng phản xạ gân xương, tăng trương lực cơ.

+ Điện cơ: Kích thích rung giật có hiện tượng giảm biên độ kích thích.

- Liệt chậm : Xảy ra vào tuần thứ 2, thứ 3 với đặc điểm:

+ Tiền triệu: Thường nhức đầu.

+ Liệt ngoại biên, liệt đầu chi, liệt vận động, mất phản xạ gân xương các chi, mất cảm giác, teo cơ nhiều, gây sút, suy kiệt.

+ Tiến triển: Chậm, kéo dài nhiều tháng.

+ Sinh bệnh học : Do men Neurotoxic target esterase (NTE) bị Phospho hữu cơ phosphoryl hóa và ức chế rồi thoái hóa thành Phosphoryl enzyme.

+ Điện cơ: Thoái hóa thần kinh.

1.3. Cận lâm sàng:

* Định lượng men Cholinesterase trong máu:

- Khi ngộ độc thuốc trừ sâu nhóm kháng men Cholinesterase, men Cholinesterase giảm.

	Acetylcholinesterase	Butyrylcholinesterase
Thuận lợi	Phản ánh tốt hơn sự ức chế ở Synap	Rẽ, dễ thực hiện
Vị trí	Chất xám TKTU, HC, đĩa cùng vận động	Chất trắng TKTU, huyết tương, gan, tim, tụy
Trở về bình thường	Sau 90-100 ngày	30 ngày
Đáp ứng với PAM	Trở về bình thường	Tăng nhẹ
Ứng dụng	Chẩn đoán	Chẩn đoán và đáp ứng điều trị
Giảm giả	Thiếu máu, bệnh lý Hb, thuốc sốt rét, máu chống đông bằng Oxalate	Rối loạn chức năng gan, suy dinh dưỡng, phản ứng tăng nhạy cảm, thuốc, có thai, thiếu di truyền

- Lâm sàng có triệu chứng khi >50% men bị ức chế, độ nặng tương đương với độ giảm men (trừ các trường hợp tiếp xúc lâu ngày men giảm nặng nhưng lâm sàng không nặng).

* Tìm độc chất trong dịch dạ dày

*** Tìm và định lượng Paranitrophenol trong nước tiểu:**

Việc định tính Paranitrophenol trong nước tiểu để chẩn đoán ngộ độc Phospho hữu cơ có những điểm hạn chế: Nông dân thường xuyên sử dụng Phospho hữu cơ bị ngộ độc mãn tính hoặc ngộ độc Chlor hữu cơ bao giờ cũng có Paranitrophenol trong nước tiểu nhưng không có biểu hiện lâm sàng. Để chẩn đoán xác định ngộ độc cấp Phospho hữu cơ cần định lượng Paranitrophenol trong nước tiểu, nếu ngộ độc cấp Phospho hữu cơ Paranitrophenol trong nước tiểu $>40 \mu\text{g/lit}$.

2. Chẩn đoán mức độ ngộ độc:

- Nhẹ: Chỉ có hội chứng Muscarin + men Cholinesterase còn 20%-50% so với bình thường.

- Trung bình: Có 2 hội chứng Muscarin và Nicotin + men Cholinesterase còn 10-20% so với bình thường.

- Nặng: Có 3 hội chứng Muscarin, Nicotin và thần kinh trung ương + men Cholinesterase còn $<10\%$ so với bình thường.

- Thể nguy kịch: Có 3 hội chứng Muscarin, nicotin và thần kinh trung ương + men Cholinesterase còn $<10\%$ so với bình thường + có suy hô hấp cấp (liệt hô hấp, ARDS).

3. Chẩn đoán phân biệt:

Với ngộ độc Morphin, Barbiturates: Tiêm tĩnh mạch thử 1mg Atropin, sau 5 phút nếu ngộ độc thuốc trừ sâu nhóm kháng men Cholinesterase đồng tử sẽ không giãn hơn, nhịp tim sẽ không nhanh hơn so với trước khi tiêm.

II. ĐIỀU TRỊ :

1. Loại trừ chất độc :

- Ngộ độc qua da: Thay quần áo, rửa sạch da, gội đầu bằng xà phòng: Cần kiên nhẫn rửa nhiều lần với nhiều nước, tránh không chà xát mạnh.

- Ngộ độc qua đường tiêu hóa:

+ Rửa dạ dày, rửa thật sạch đến khi nước trong không còn mùi thuốc trừ sâu, đến muộn vẫn rửa. mỗi lít nước rửa có thể cho thêm 4-5 g Natrichlorua và một thìa canh than hoạt. Nếu bệnh nhân hôn mê dùng tube Lévin để rửa, phải đặt nội khí quản, bơm bóng chèn và để bệnh nhân ở tư thế nằm nghiêng an toàn trước khi rửa. Nếu bệnh nhân tỉnh dùng ống Faucher để rửa.

+ Sau khi rửa sạch, bơm qua sonde 200 ml dầu Paraphin. Dầu Paraphin có trọng lượng phân tử lớn không hấp thu qua đường tiêu hóa nhưng có tác dụng hòa tan Phospho hữu cơ còn trong dạ dày, ruột và đào thải theo phân ra ngoài.

+ Nếu không có dầu Paraphin có thể uống than hoạt 20g/ 2 giờ cho đến 100g-120g. Phải cho bệnh nhân uống thêm Sorbitol 60g hay SO_4Mg 30g để chống táo bón.

2. Dùng Atropin:

- Atropin là thuốc có tác dụng trên hội chứng Muscarin và hội chứng thần kinh trung ương nhưng không có tác dụng trên hội chứng Nicotin. Tình trạng liệt thần kinh cơ vẫn còn vì vậy atropin không thể thay thế được hô hấp nhân tạo khi có liệt hô hấp.

- Atropin làm tăng nhu cầu oxy ở tế bào đặc biệt ở cơ tim. Khi có giảm oxy máu, cho Atropin gây loạn nhịp thất. Vì vậy khi cho Atropin liều cao phải cung cấp oxy đầy đủ, cụ thể là phải thông khí tốt và cho thở oxy.

- Liều Atropin khởi đầu tùy thuộc vào mức độ ngộ độc:

+ Nhẹ : 1 mg/giờ (TB).

+ Trung bình : 2 mg/30 phút (TM).

+ Nặng : 4 mg/15-30 phút (TM).

- Tiêm đến khi bệnh nhân có dấu ngấm Atropin (bệnh nhân kích thích nhẹ, da ấm, môi lưỡi khô, má hồng, đồng tử 3-4 mm, mạch nhanh 100-110 lần/phút, hết xuất tiết, phổi trong, không tiêu chảy, có thể có cầu bàng quang), duy trì liều đó khoảng 24 giờ, sau đó bắt đầu giảm liều theo cách giảm nửa liều mỗi 24 giờ. Trong thời gian đó phải đánh giá lại dấu ngấm Atropin mỗi 4-6 giờ để quyết định giảm liều Atropin sớm hơn, tiếp tục duy trì liều Atropin đó hay tăng liều Atropin.

- Ở bệnh nhân đang được giúp thở bằng bóng hoặc máy hô hấp nhân tạo, cách đánh giá mức độ ngấm atropin tốt nhất là kiểm tra tình trạng thông khí. Nếu thông khí dễ dàng bằng bóng hoặc máy hô hấp nhân tạo là tình trạng thấm Atropin đã đạt yêu cầu. Không thể đánh giá tình trạng ngấm Atropin ở bệnh nhân ngộ độc nặng có suy hô hấp cấp mà không được hô hấp nhân tạo. Tình trạng xanh tím, vã mồ hôi, mạch nhanh do suy hô hấp cấp sẽ làm cho việc đánh giá lầm lẫn dẫn đến điều trị sai lầm.

- Ngưng Atropin khi đã giảm liều còn 1 mg/4-6 giờ (TB) trong 24 giờ. Sau khi ngưng Atropin theo dõi bệnh nhân 24-48 giờ, nếu ổn mới cho xuất viện.

- Liều Atropin thay đổi rất nhiều khi dùng PAM. Tiêm PAM đầy đủ và sớm có thể hạ liều Atropin xuống rất nhiều.

3. Dùng thuốc đối kháng (nhóm Oxime: Pralidoxim, PAM, Contrathion, Obidoxim):

- Cơ chế tác dụng: Hoạt hóa lại men Cholinesterase bằng cách gắn kết nhóm Oxime vào Paraoxone thành hợp chất không độc, tách khỏi men Cholinesterase và thải ra nước tiểu. Nhóm Oxime không trung hòa được Carbamate. Nếu nghi ngờ giữa hai chất thì cứ cho với liều thấp.

- Sử dụng trong các trường hợp ngộ độc Phospho hữu cơ mức độ trung bình và nặng.

- Dùng càng sớm càng tốt nhưng trên người sau 24 giờ vẫn còn có tác dụng.

- Liều dùng của PAM:

+ Ngộ độc nặng:

. Tấn công : 1-2 g pha trong 150 ml Natrichlorua 9⁰/₀₀ hoặc Glucose 5% truyền tĩnh mạch trong 15-30 phút. Không được tiêm nhanh vì có thể gây trụy mạch và có thể làm nặng thêm block thần kinh cơ. Run cơ sẽ mất sau 10-30 phút, nếu sau 1 giờ còn run cơ lặp lại liều trên.

. Duy trì: 5mg/kg/giờ truyền tĩnh mạch trong 24-48 giờ.

+ Ngộ độc trung bình :

. Tấn công: 0,5 g pha trong 150 ml Natrichlorua 9⁰/₀₀ hoặc Glucose 5% truyền tĩnh mạch trong 15-30 phút.

. Duy trì: 3mg/kg/giờ truyền tĩnh mạch trong 24-48 giờ.

- Thời gian điều trị tùy thuộc vào lâm sàng. Trường hợp ngộ độc các Phospho hữu cơ tan trong mỡ như Fenthion, Chlorphenthion, thời gian bán hủy kéo dài, có thể sử dụng đến 30 ngày.

- Tác dụng phụ: Nhức đầu, hoa mắt, chóng mặt, buồn nôn, mạch nhanh. Ở liều điều trị tác dụng phụ không có hoặc rất ít.

- Khi tiêm truyền nhóm Oxime phải mắc Monitor theo dõi ECG.

- Khi sử dụng nhóm Oxime cần giảm liều Atropin cho thích hợp nhưng không được ngưng Atropin.

4. Các biện pháp phối hợp khác:

- Suy hô hấp: Hút đàm thường xuyên, thở oxy, đặt nội khí quản, mở khí quản, cho thở máy khi cần.

- Truyền dịch để bù lại khối lượng nước mất do tăng tiết, hút dịch và tình trạng dẫn mạch do Atropin. Bù nước và điện giải khoảng 3-4 lít dịch trong ngày đầu, sau đó có thể cho ăn qua đường miệng.

- Chống co giật: Diazepam.

- Chống sốc: Thuốc vận mạch.

- Chú ý theo dõi sát bệnh nhân trong 4 giờ đầu vì bệnh nhân có thể ngưng thở đột ngột hoặc chuyển từ tình trạng ngộ độc thuốc trừ sâu sang tình trạng ngấm Atropin.

- Kiêng mỡ, sữa và nuôi ăn qua đường tĩnh mạch trong ngày đầu.

- Các thuốc không nên dùng:

+ Adrenalin vì có thể gây rung thất.

+ Morphin: Gây ức chế hô hấp.

+ Aminophylline: Làm tăng tiết dịch phế quản, tăng nhu cầu oxy, tăng kích thích cơ tim.

III. TIỀN LƯỢNG:

- Tùy thuộc mức độ ngộ độc.

- Các dấu hiệu tiên lượng nặng: Run cơ, suy hô hấp, rối loạn tri giác, hôn mê.

IV. PHÒNG NGỪA :

- Giáo dục quần chúng về độc tính của thuốc, các biện pháp bảo hộ lao động và lưu ý việc lưu trữ thuốc trong gia đình.

- Sau khi chữa khỏi ngộ độc, tránh tiếp xúc với thuốc trừ sâu trong thời gian men Acetylcholinesterase chưa trở về bình thường vì bệnh nhân trở thành dễ nhạy cảm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO :

1. Vũ Văn Đình và cộng sự, Phospho hữu cơ, Hồi sức cấp cứu toàn tập, Nhà xuất bản y học Hà Nội, 2003, Trang 457- 482.

2. Ngộ độc thuốc rầy: Phospho hữu cơ và Carbamate, Cẩm nang điều trị hồi sức cấp cứu, Đề án hợp tác giữa Chợ Rẫy-Jica, 1999, Trang 263-265.

3. Ngộ độc thuốc Phospho hữu cơ, Hồi sức cấp cứu Nội khoa, Nhà xuất bản Y học thành phố Hồ Chí Minh, 2004, Trang 145-151.

SUY HÔ HẤP CẤP

I. CHẨN ĐOÁN SHH CẤP :

1. Chẩn đoán xác định SHH cấp: Dựa vào

1.1. Lâm sàng:

* Khó thở:

- Nhịp thở:

+ Tăng 25-40 lần/phút, co kéo các cơ hô hấp phụ: viêm phế quản phổi.

+ Giảm dưới 15 lần/phút, không co kéo các cơ hô hấp do liệt hô hấp nguyên nhân trung ương: ngộ độc Barbiturate.

- Biên độ hô hấp :

+ Tăng: ARDS, tắc mạch phổi.

+ Giảm: viêm phế quản phổi, rắn hổ cắn, bại liệt, hội chứng Guillain-Barré, chứng Porphyrine cấp.

* Xanh tím:

- Ở mọi đầu chi khi Hb khử trên 5g/100ml, $\text{SaO}_2 < 85\%$, các đầu chi vẫn nóng.

- Không có xanh tím nếu thiếu máu.

- Không có xanh tím mà đỏ tía, vã mồ hôi nếu tăng PaCO_2 nhiều, thường kèm theo ngón tay dùi trống: đợt cấp của viêm phế quản phổi mãn.

* Tim mạch:

- Nhịp tim:

+ Nhanh xoang, cơn nhịp nhanh (Flutter nhĩ, rung nhĩ, cơn nhịp nhanh bộ nối), rung thất thường là biểu hiện cuối cùng.

+ Ngưng tim do thiếu oxy nặng hoặc tăng PaCO_2 quá mức, cần cấp cứu ngay, có thể phục hồi nếu can thiệp trước 5 phút.

- Huyết áp tăng hoặc hạ, thường tăng trước rồi hạ sau.

*** Thần kinh :**

Giấy gợn, lẫn lộn, mất phản xạ gân xương, li bì, lơ đãng hoặc hôn mê.

*** Phổi và các cơ hô hấp :**

- Ran ở phổi, tràn khí hoặc tràn dịch màng phổi, xẹp phổi.

- Liệt cơ gian sườn (lồng ngực xẹp khi hít vào), liệt cơ hoành (vùng thượng vị không phồng khi hít vào, cơ ức đòn chũm và cơ thang co kéo), liệt màn hầu (mất phản xạ nuốt và ứ đọng đàm dãi).

1.2. Khí máu động mạch:

- Kết quả bình thường của khí máu động mạch:

	1SD	2SD
pH	7,38-7,42	7,35-7,45
PaCO ₂	38-42 mmHg	35-45 mmHg
HCO ₃ ⁻	25-27 mmol/L	23-29 mmol/L
PaO ₂	94-98 mmHg	83-108 mmHg
SaO ₂	>92%	>90%

- Người trên 60 tuổi PaO₂ bình thường 78 mmHg.

- Chẩn đoán SHH khi PaO₂<60mmHg, SpO₂<90% với FiO₂≥60% hoặc PaCO₂>45 mmHg, pH<7,35.

2. Chẩn đoán mức độ SHH cấp :

- Mức độ nặng: xanh tím, vã mồ hôi, khó thở, tăng hoặc tụt huyết áp.

- Mức độ nguy kịch: xanh tím, vã mồ hôi, khó thở, trụy mạch, rối loạn ý thức.

3. Chẩn đoán loại SHH cấp:

- Nhóm I (giảm oxy máu, không có tăng CO₂) : PaO₂<60mmHg, SaO₂<90%, PaCO₂ bình thường hoặc hạ, thường kèm theo kiềm hô hấp do tăng thông khí phế nang hay toan chuyển hóa do tăng acid lactic.

- Nhóm II (giảm thông khí phế nang): $\text{PaCO}_2 > 45 \text{ mmHg}$, toan hô hấp $\text{pH} < 7,35$.

- Nhóm III (phối hợp cả 2 loại): $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$, $\text{PaCO}_2 > 45 \text{ mmHg}$, toan hô hấp hoặc toan hỗn hợp (phối hợp với tăng acid lactic máu).

4. Chẩn đoán phân biệt giảm oxy máu :

Bất thường	PaO_2	PaCO_2	P(A - a)O_2	
			Không khí phòng	O_2 100%
<u>Giảm thông khí</u>	↓	↑	↓	↓
Shunt tuyệt đối	↓	↓, ↓	↑	↑
Shunt tương đối	↓	↓, ↑, ↓	↑	↓
<u>Rối loạn khuếch tán</u>	↓ / nghi ↓ / gắng sức	↓, ↓	↓ / nghi ↑ / gắng sức	↓

II. ĐIỀU TRỊ :

1. Nguyên tắc điều trị :

- Xác định lĩnh vực chăm sóc : các yếu tố quyết định là mức độ cấp tính của SHH, mức độ giảm oxy máu, tăng CO_2 , toan máu và bệnh kèm theo. Bệnh nhân SHH giảm oxy trầm trọng, toan chuyển hóa, đe dọa trụ mạch cần đặt nội khí quản thở máy và nhập ICU. Bệnh nhân COPD, SHH mạn có tăng CO_2 cần theo dõi ở đơn vị chăm sóc trung bình.

- Thông đường hô hấp: đặt nội khí quản khẩn cấp khi có giảm oxy hay tăng CO_2 máu tiến triển trong vài phút đến vài giờ theo dõi.

- Điều chỉnh giảm oxy và tăng CO_2 .

- Tìm và điều trị nguyên nhân căn bản.

- Theo dõi bệnh nhân SHH

2. Điều trị Oxy :

- Là điều trị đầu tay sự giảm oxy máy bất kỳ cơ chế nào.
- Trước khi điều trị Oxy cần phân bệnh nhân thành 2 nhóm : nhạy cảm Oxy và không nhạy cảm với Oxy

- Mục tiêu điều trị là duy trì PaO_2 , ngăn ngừa giảm oxy mô. $PaO_2 = 60$ mmHg là đủ với điều kiện Hct và cung lượng tim bình thường. Bệnh nhân bệnh mạch vành hay mạch máu não có thể cần oxy máu hơi cao hơn một chút.

2.1. Bệnh nhân không nhạy cảm O_2 : (không có ứ CO_2 hay COPD) :

Cho Oxy liều cao khi có giảm Oxy máu nặng ($PaO_2 < 60$ mmHg hay $SaO_2 < 90\%$) hay nghi ngờ giảm Oxy mô, khi bệnh nhân ổn liều Oxy giảm dần để tránh biến chứng .

2.2 Bệnh nhân nhạy cảm O_2 :

- Ưu tiên hàng đầu vẫn là điều chỉnh giảm O_2 mô.
- Điều trị bước đầu trong đợt cấp COPD là O_2 liều thấp. Dù $PaCO_2 > 60-65$ mmHg nhiều bệnh nhân COPD vẫn chịu đựng được mà không cần thở máy, trừ khi $pH < 7,2$ và tất cả các biện pháp khác thất bại.

- Mục tiêu điều trị O_2 ở bệnh nhân COPD là đạt $PaO_2 = 60$ mmHg để tránh giảm oxy mô và tăng $PaCO_2$.

- Trong đợt cấp COPD nếu tăng FiO_2 10% thì PaO_2 tăng 3 mmHg. Do đó liều Oxy dùng ban đầu cho bệnh nhân COPD được tính theo công thức:..

$$\% FiO_2 \text{ cần tăng} = \frac{60 \text{ mmHg} - PaO_2 \text{ (thở không khí phòng)}}{3}$$

- Một số bệnh nhân có biểu hiện tăng CO_2 mạn tính nhưng $PaCO_2$ bình thường do $PaCO_2$ giảm trong lúc bộc phát bệnh, do đó cần thận trọng khi cho O_2 ở bệnh nhân COPD bất kể có tăng $PaCO_2$ hay không.

- Điều trị O_2 lâu dài không cần thiết trừ khi $PaO_2 < 55\text{mmHg}$ kể cả trong lúc ngủ hay gắng sức.

2.3 Biến chứng khi điều trị oxy quá mức:

- FiO_2 cao gây một số rối loạn:

+ FiO_2 100% làm xẹp phổi do khí ú trong phế nang được hấp thu nhanh hơn bình thường khi nồng độ Oxy cao.

+ Sau khi thở FiO_2 100% sẽ phát triển shunt 10%.

+ Ngộ độc : tức sau xương ức trong vòng 6 giờ sau khi dùng Oxy với FiO_2 100%

+ $PaO_2 > 150\text{ mmHg}$ dẫn đến co mạch vành, rối loạn nhịp.

+ Bệnh nhân COPD với $PaCO_2$ tăng sẽ tăng PaO_2 sẽ gây giảm thông khí và tăng $PaCO_2$ hơn nữa:

. Nếu nhẹ và vừa làm giảm chức năng não, nhức đầu, u sầu, thất điều.

. Nếu nặng gây toan máu, lơ mơ, đôi khi gây ngưng thở và có thể tử vong.

. Xử trí: Nên giảm liều Oxy, không nên ngưng Oxy đột ngột sẽ gây rối loạn thêm nữa.

3. Thở máy :

3.1. Chỉ định :

- Tần số hô hấp > 35 lần/phút.

- Thở vào gắng sức tối đa $< - 25\text{ cmH}_2\text{O}$.

- Dung tích sống $< 10-15\text{ ml/Kg}$ cân nặng.

- $PaO_2 < 60\text{ mmHg}$ với $FiO_2 > 60\%$.

- $PaCO_2 > 50\text{ mmHg}$ với $pH < 7,2 - 7,25$ đối với bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính hoặc $pH < 7,3$ đối với suy hô hấp do các nguyên nhân khác.

3.2. Theo dõi bệnh nhân thở máy:

- Nhịp thở, Vt, sử dụng cơ hô hấp phụ, có thở nghịch thường không?
- Khí máu động mạch.
- Theo dõi cẩn thận biến chứng thở máy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO :

1. Vũ Văn Đỉnh và cộng sự, suy hô hấp cấp, Hồi sức cấp cứu toàn tập, Nhà xuất bản y học, 2003, 44-53.

2. Trần văn ngọc, suy hô hấp cấp, Hồi sức cấp cứu nội khoa, nhà xuất bản y học chi nhánh thành phố Hồ Chí Minh, 2004, 152 – 158.

3. Michael E . Chansky, Respiratory distress, Emergency medicine, Fifth edition, McGraw – Hill International editions, 2000, 191 – 196.

THỞ MÁY KHÔNG XÂM LẤN

I. ĐẠI CƯƠNG :

- 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.
- 2 mode thông khí thường được sử dụng là :
 - + CPAP: Continuous Positive Airway Pressure
 - + BiPAP: Bilevel Positive Airway Pressure
- Hiệu quả của thông khí không xâm lấn trong cấp cứu nội khoa tùy thuộc vào đội ngũ chuyên môn và trang thiết bị của từng cơ sở y tế.

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH :

1. Chỉ định :

- Suy hô hấp cấp :
 - + $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$ với $\text{FiO}_2 > 60 \%$
 - + $\text{pH} < 7,35$; $\text{Pa CO}_2 > 45 \text{ mmHg}$; nhịp thở > 25 lần/ph
- Nguy ngập hô hấp từ vừa tới nặng : Rối loạn hô hấp nặng, dùng cơ hô hấp phụ, chuyển động bụng nghịch đảo.

1.1. Áp dụng thông khí không xâm lấn trong các trường hợp sau:

- Đợt cấp COPD
- OAP có nguồn gốc từ tim

1.2. Có thể áp dụng thông khí không xâm lấn trong các trường hợp

sau:

- Suy hô hấp giảm Oxy trong suy giảm miễn dịch
- Sau mổ lồng ngực và bụng
- Chiến lược cai máy của thông khí xâm lấn COPD
- Phòng ngừa suy hô hấp cấp sau rút nội khí quản
- Chấn thương lồng ngực kín

- Mất bù của bệnh lý thần kinh cơ mãn tính và suy hô hấp mãn hạn chế khác

2. Chống chỉ định tuyệt đối :

- Thiếu đội ngũ chuyên khoa
- Bệnh nhân không hợp tác
- Đặt nội khí quản sắp xảy ra, giảm Oxy nặng ($\text{PaO}_2 < 40 \text{ mmHg}$ hoặc $\text{PaO}_2 / \text{FiO}_2 < 200 \text{ mmHg}$).
- Hôn mê hay Glasgow < 10 điểm
- Kiệt quệ hô hấp
- Shock, rối loạn nhịp thất nặng, tụt huyết áp
- Nhiễm trùng huyết nặng
- Ngưng tim, ngưng thở
- Tràn khí màng phổi không được dẫn lưu
- Vết thương ngực
- Tắc nghẽn đường khí trên, không khả năng khắc đàm được
- Ôi mửa không chịu đựng được
- Xuất huyết tiêu hóa trên
- Chấn thương đầu mặt nặng
- Liệt tứ chi, chấn thương cấp giai đoạn khởi đầu

III. CHUẨN BỊ VÀ CHĂM SÓC BỆNH NHÂN :

- Giải thích, hướng dẫn, trấn an bệnh nhân. Bệnh nhân quá lo lắng có thể dùng an thần nhẹ.

- Hút sạch đàm nhớt trước và trong khi thông khí hỗ trợ. Dùng các biện pháp làm loãng đàm như truyền dịch, thuốc loãng đàm.

- Đặt sonde dạ dày và nuôi ăn: có thể đặt sonde dạ dày trước hoặc trong khi thông khí để giảm chướng bụng và nuôi ăn. Khi bệnh nhân không đặt

được sonde dạ dày thì có thể nuôi ăn bằng đường tiêm truyền hoặc tạm thời tháo mask để cho ăn đường miệng nếu tình trạng bệnh nhân cho phép

- Nên dùng mask kích thước phù hợp, băng gạc đệm để mask đỡ cán vào mặt, tránh bầm loét.

IV. PHƯƠNG PHÁP TIẾN HÀNH :

1. Chọn mask :

Tùy theo đánh giá của bác sĩ, có 2 loại mask:

- Mask mũi miệng
- Mask mũi

2. Làm ấm luồng khí hít vào :

3. Kiểu thông khí :

Tùy theo đánh giá của bác sĩ, có 2 loại :

- CPAP
- BiPAP: thường dùng trong trường hợp cấp tính

4. Điều khiển khởi đầu về áp lực :

- Mức PEEP: 5-10 cmH₂O
- Áp lực hít vào: 11-18 cmH₂O

Áp lực hít vào không vượt quá 20 cmH₂O để tránh khí vào dạ dày

5. Theo dõi :

5.1. Lâm sàng :

Mạch, huyết áp, tần số thở, tri giác, thờ co kéo, thờ nghịch đảo, tím tái, SpO₂, độ dung nạp của bệnh nhân, biến chứng.

5.2. Cận lâm sàng :

- KMDM sau 1 giờ thở máy, sau đó 1-2 lần trong ngày.
- Mặc monitoring theo dõi SpO₂, ECG và huyết áp.
- Xquang tim phổi : trước và trong khi thở máy.
- Các XN thường qui khác.

V. THUẬN LỢI VÀ HẠN CHẾ :

1. Thuận lợi:

- Đầu bệnh nhân tự do cho phép mọi cử động, Bn có thể đọc sách, xem tivi, Bn có thể ăn uống bằng đường miệng nếu có thể cho phép.
- Giảm biến chứng nhiễm trùng: đặc biệt là viêm phổi và viêm xoang bệnh viện.
- Giảm sử dụng thuốc an thần, cải thiện thoải mái.
- Tránh những chấn thương thanh quản và khí quản.
- Giảm thời gian thông khí, giảm thời gian lưu trú bệnh viện, giảm tỷ lệ tử vong, giảm giá thành điều trị.

2. Hạn chế :

2.1. Về phía thầy thuốc :

Kỹ thuật không dễ dàng sử dụng, nó tốn kém thời gian của thầy thuốc và điều dưỡng, nhất là thời gian khởi đầu theo dõi sát đáp ứng hiệu quả của thông khí không xâm lấn.

2.2. Về phía bệnh nhân:

- Không hữu ích đối với nhóm bệnh nhân không hợp tác.
- Hiệu quả của thông khí không xâm lấn tùy thuộc vào phần lớn nguyên nhân suy hô hấp.

VI. NHỮNG TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN VÀ BIỆN PHÁP PHÒNG NGỪA VÀ XỬ TRÍ :

Nguồn gốc biến chứng	Những biến chứng	Biện pháp phòng ngừa và xử trí
Mask	- Đỏ, loét da	- Bảo vệ da - Sự siết chặt dây cố định phải thích hợp - Thay đổi mask
	- Dị ứng da	- Thay đổi mask
	- Hít lại CO ₂ thở ra	- Giảm khoảng chết, dùng mask có van cho khí thở ra.

	- Loét mũi	- Thay mask, đặt NKQ.
- Lưu lượng hay áp lực	- Khô đường hô hấp trên	- Làm ẩm.
	- Căng chướng dạ dày ruột	- Giảm áp lực. - Đặt sonde dạ dày.
	- Đau tai, đau mũi xoang	- Giảm áp lực. - Cài đặt thông khí cho thích hợp.
	- Tràn khí màng phổi	- Dẫn lưu khí. - Ngưng thở máy.
- Khác	- Thoát khí	- Cố định lại dây giữ mask - Thay mask.
	- Biến chứng về kết mạc	- Cài đặt các thông số cho thích hợp. - Thay mask.

VII. THỜI GIAN THỞ MÁY KHÔNG XÂM LẤN VÀ TIÊU CHUẨN NGỪNG MÁY:

- Thở máy liên tục trong 24h đầu tiên, với ngắt quãng cho thở tự nhiên trong 15phút. Toàn bộ thời gian từ 1 – 4 ngày.

- Lâm sàng phải cải thiện 1 cách nhanh chóng, nếu không cải thiện sau 1 giờ thở máy thì phải xem lại các thông số thở máy và nếu thông số cài đặt thích hợp thì phải đổi mask. Nếu tăng PaCO_2 sau 1 giờ thở máy thì phải đổi mask.

- Cai máy thì từ từ tùy theo KMDM và lâm sàng. Khởi đầu 15 phút với Oxy, nếu tần số thở trên 30 l/ phút, co kéo cơ hô hấp phụ, tăng huyết áp, tim nhanh, kích động → dùng lại máy thở.

- Ngưng thở máy không xâm lấn:

+ Ở những bệnh nhân điều trị thành công: tần số thở, mạch, các triệu chứng suy hô hấp khác cải thiện trong vòng 2 giờ đầu.

+ Ý thức bình thường, hoàn toàn tỉnh táo.

+ Tần số hô hấp phải < 25 hay > 10 .

+ Tỷ lệ $\text{PaO}_2 / \text{FiO}_2 > 200$ hay tăng lên 100 so với tỷ lệ $\text{PaO}_2 / \text{FiO}_2$ ban đầu.

+ Hết khó thở, không co kéo hô hấp cũng không có hô hấp nghịch thường.

+ $\text{PaO}_2 > 75 \text{ mmHg}$ với $\text{FiO}_2 \leq 50\%$ mà không thở BIPAP ở bệnh nhân giảm Oxy máu.

+ Bệnh nhân COPD: thì $\text{PaO}_2 \geq 60 \text{ mmHg}$ hay $\text{SpO}_2 \geq 90\%$ với $\text{O}_2 = < 3 \text{ l/p}$.

+ $\text{pH} > 7,35$ $\text{PCO}_2 < 45 \text{ mmHg}$ (có thể > 45 ở người tăng CO_2 mãn tính, còn nếu biết mức PaCO_2 cơ bản của bệnh nhân thì PaCO_2 hiện tại $< \text{PaCO}_2$ cơ bản + 10 mmHg).

TÀI LIỆU THAM KHẢO :

1. Thở máy không xâm lấn. Bs. Phạm Ngọc Thảo. Giáo trình hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Chợ Rẫy, 2001.

2. 3^e conférence de consensus commune sur la ventilation non invasive au cours de l'insuffisance respiratoire aiguë, le 12 Oct 2006, La SFAR, SPLF, SRLF.

3. Samir FABER, Gérald CHANQUES, Jean Jacques ELEDJAM. La ventilation non invasive. Urgence pratique. 2006, N° 77:11-16.

4. Laurence Vignaux, Ventilation non invasive et casque de ventilation. Journées d' Anesthésie- Réanimation Chirurgicale d' Aquitaine, 2004:41-49.

5. E. L' Her, Généralités sur la ventilation non invasive au cours de l'insuffisance respiratoire aiguë, Urgences médicales. CHU de la Cavale-Blanche, 2004.

6. Sylvie Rouault, Ventilation non invasive dans les exacerbations de BPCO. ADEP assistance, 2006.

7. Bs. Lê Hồng Hà. Những vấn đề thiết yếu trong thông khí cơ học. Nhà xuất bản Đà Nẵng, 2002.

THỞ MÁY XÂM LẤN

I. ĐẠI CƯƠNG :

- Phương pháp thông khí xâm lấn (qua NKQ, MKQ) cung cấp sự hỗ trợ nhân tạo để trao đổi O_2 và thông khí.

- Máy thở đang sử dụng trong cấp cứu dùng áp suất dương để thổi khí vào phổi bệnh nhân

- Lượng áp suất cần có để phổi nở ra tùy thuộc vào kháng lực, sự giãn nở của phổi, thể tích khí lưu thông và lưu lượng khí được thổi vào phổi

II. CHỈ ĐỊNH :

1. Thở máy không xâm lấn thất bại :

Tình trạng suy hô hấp được đánh giá trên lâm sàng và khí máu động mạch không cải thiện hoặc diễn tiến nặng hơn trong vòng 2 giờ kể từ lúc thở máy không xâm lấn.

2. Những chống chỉ định của thở máy không xâm lấn :

Thông thường sử dụng trong các trường hợp sau : Ngưng tim ngưng thở, ARDS, bệnh lý thần kinh cơ ...

III. PHƯƠNG PHÁP TIẾN HÀNH :

1. Lựa chọn thông khí thể tích hoặc thông khí áp lực :

- Thông thường chọn máy thở với thông khí thể tích
- Lựa chọn thông khí áp lực tùy thuộc vào nhiều yếu tố:
 - + Máy có chế độ thông khí áp lực ?
 - + Có chỉ định đặc biệt không ?
 - + BS và điều dưỡng có thông thạo ?

2. Chọn máy thở :

Tùy theo đánh giá của Bác sĩ

3. Chọn mode thở :

Khởi đầu chọn mode assist/control (A/C)

4. Thể tích khí thường lưu Vt (Tidal volume) : Đối với thông khí thể tích

- Từ 8 → 10 ml/kg (phổi bình thường: hậu phẫu, dùng thuốc quá liều, rối loạn thần kinh cơ)

- ARDS, đợt cấp COPD, hen phế quản, xẹp phổi : 6 → 7ml/kg

5. Mức áp lực (Pressure control level) : Đối với thông khí áp lực

- Mức áp lực sẽ được cài đặt bằng áp lực bình nguyên.

- Nếu máy không đo được áp lực bình nguyên, cài mức áp lực = PIP – 5cm H₂O

6. Tần số thở :

Từ 12 – 16 lần/phút (có thể 15 – 25 lần/phút), cài đặt tần số cao hơn trong trường hợp dùng Vt thấp hoặc khí máu động mạch trước lúc đặt NKQ có PaCO₂ cao.

7. Thời gian hít vào hoặc tỉ lệ I/E :

- Khởi đầu cài I/E = 1/2, nếu KMĐM có ứ CO₂ thì cài I/E = 1/3, 1/4

- Đ/v máy thở chu kỳ thể tích : Flow và Vt quyết định thời gian hít vào (thường hiển thị trên máy thở).

- Cài đặt I/E đảo ngược: chỉ dùng khi PEEP thất bại.

8. Tốc độ dòng (Peak flow)

- Đ/v máy thở chu kỳ thể tích: cài đặt peak flow tùy thuộc vào I/E mà ta mong muốn: $\text{Flow (ml/s)} = \text{Vt/Ti (s)}$

- Đ/v máy thở chu kỳ thời gian: phần lớn các máy tự động tính tốc độ dòng.

9. Sensitivity hoặc Trigger:

- Đ/v trigger áp lực cài : từ -1 hoặc - 2cm H₂O

- Đ/v trigger dòng cài: từ 3 – 5 LPM

10. Nồng độ Oxy (FiO₂):

Cài đặt ban đầu 100%, sau đó giảm dần, tốt nhất duy trì < 50%

11. Báo động áp lực thấp (Low pressure alarm) 10cmH₂O dưới PIP.

12. Báo động áp lực cao (High pressure alarm) 10cmH₂O trên PIP.

13. Báo động thông khí phút thấp (Low minute Volume alarm) = 90% V_e

14. Báo động thể tích khí thường lưu trữ ra thấp (Low V_te alarm) = 80% V_t cài đặt hoặc V_t mong muốn đối với thông khí áp lực.

15. PEEP:

- Khi có PEEP nội sinh cài PEEP ngoài từ 50 – 75% của PEEP nội sinh

- ARDS: cài PEEP bắt đầu từ 5 – 8 cm H₂O tăng lên từ từ có thể đến 10-15cm H₂O

- Không có ARDS cài PEEP < 5cm H₂O

- Cài PEEP = 0 nếu huyết động học không ổn, tăng áp lực nội sọ, dò màng phổi phế quản (Brochopleural fistule)

IV. PHÁC ĐỒ CHO THÔNG KHÍ THỂ TÍCH THẤP TRONG ARDS :

Mục tiêu : V_t 6 ml/kg, P_{pl} < 30cm H₂O, pH = 7,30 – 7,45

- Bước 1 :

1. Tính trọng lượng bệnh nhân theo công thức :

$$\text{Nam} = 50 + [2,3 \times (\text{chiều cao (inches)} - 60)]$$

$$\text{Nữ} = 45.5 + [2,3 \times (\text{chiều cao (inches)} - 60)]$$

$$(1\text{cm} = 0,4\text{in})$$

2. Cài đặt khởi đầu V_t = 8ml/kg

3. PEEP = 5- 7cm H₂O

4. Giảm V_t : 1ml/kg mỗi 2 giờ cho đến khi V_t = 6ml/ kg

- Bước 2 : Khi V_t tới 6 ml/kg thì đo áp lực bình nguyên (P_{pl})

1. P_{pl} mục tiêu < 30 cm H₂O

2. Nếu Ppl > 30 cm H₂O, giảm Vt 1ml/ kg từng bước cho tới khi Ppl < 30cm H₂O. Hoặc Vt < 4ml/ kg (4cc/kg).

- **Bước 3** : Theo dõi khí máu động mạch đối với toan hô hấp

1. pH mục tiêu = 7,30 – 7,45 .

2. Nếu pH = 7,15 - 7,30, ↑ tần số hô hấp cho tới khi pH > 7,30 hay tần số = 35 lần/ph.

3. Nếu pH < 7,15, ↑ tần số tới 35lần /1ph. Nếu pH vẫn còn <7,15. ↑ Vt : 1ml/kg để đạt pH> 7,15

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ CÁC TÌNH HUỐNG TRONG THỞ MÁY :

1. Theo dõi về lâm sàng :

- Tri giác
- Dấu hiệu sinh tồn
- Quan sát bệnh nhân: màu sắc da, tình trạng khó thở, phù
- Đánh giá dinh dưỡng cơ
- Nghe thông khí phổi 2 bên, nghe tim, tình trạng bụng ...

2. Theo dõi cận lâm sàng:

- Đo : Paw, Ppl, auto-PEEP, PIP.
- Khí máu động mạch
- Rx tim phổi
- Cây đàm, cấy máu + KSD, nếu có sốt và đàm có mủ.
- Các XN cơ bản khác : Ion đồ máu, Protid máu ...

3. Xử trí :

3.1. Xác định yêu cầu hợp lý của thở máy :

PaO ₂	Phổi bình thường	≥ 80- 100 mmHg
	Tổn thương phổi nhẹ	≥ 70 mmHg
	Tổn thương phổi TB	≥ 60 mmHg
	Tổn thương phổi nặng	≥ 50 mmHg

PaCO ₂	Phổi bình thường	≥ 35- 45 mmHg
	Tổn thương phổi Palv↑	< 100 mmHg
PH	Phổi bình thường	7,35 – 7,45
	Tổn thương phổi Palv↑	≥ 7,2

3.2. Điều chỉnh thừa, thiếu Oxy : Dựa vào khí máu động mạch

* Thừa Oxy : Điều chỉnh:

- PaO₂ / FiO₂ > 400 mmHg : ↓ FiO₂ 40%

- Dựa vào CT

PaO₂ cần đạt x FiO₂ đang dùng

FiO₂ cần chỉnh = -----

PaO₂ đo được

- Duy trì SpO₂ ≥ 90-96 %

* Thiếu Oxy máu : Xử trí :

- Tách rời bệnh nhân khỏi máy

- Bóp bóng giúp thở bằng tay với FiO₂= 100%

- Tìm nguyên nhân xử trí

- Điều chỉnh FiO₂ dựa vào công thức trên

- Nếu FiO₂ ≥ 60% mà PaO₂ < 60 mmHg → dùng PEEP, trường

hợp PEEP thất bại dùng tỉ lệ I/E đảo ngược

3.3. Điều chỉnh thông khí phế nang: Đánh giá dựa vào PaCO₂

* Tăng PaCO₂ : Xử trí :

- ↑ thông khí phút :

+ Nếu tình trạng sản xuất CO₂ và khoảng chết bình thường, có 2

cách điều chỉnh : ↑ Vt hoặc ↑ f

PaCO₂ đo được x Vt ban đầu

Vt = -----

PaCO₂ mong muốn

$$f = \frac{\text{PaCO}_2 \text{ đo được} \times f \text{ ban đầu}}{\text{PaCO}_2 \text{ mong muốn}}$$

+ Nếu sản xuất CO₂ bình thường, khoảng chết bất thường (tắc đàm, TKMP... → xử trí theo nguyên nhân)

- Kiểm tra chế độ dinh dưỡng : Nếu bệnh nhân được nuôi dưỡng chủ yếu bằng Carbonhydrat hậu quả sẽ làm ↑ sản xuất CO₂.

* $\text{PaCO}_2 \downarrow$:

- Nguyên nhân thường gặp là thông khí phế nang quá mức do đặt tần số thở cao (f) hoặc Vt cao hoặc cả 2.

- Xử trí :

+ ↓ f hoặc ↓ Vt theo công thức trên.

+ Trường hợp bệnh nhân thở nhanh → $\text{PaCO}_2 \downarrow$

Xử trí : dùng thuốc an thần hơn là ↓ Vt hoặc ↓ f

3.4. Áp lực đường thở cao : Xử trí :

- Bệnh nhân cần NKQ, NKQ bị gấp, đàm trong NKQ.

- Giải quyết tràn khí, tràn dịch nếu có

- Chống co thắt phế quản, ↑ sức đàn của phổi:

+ ↓ Vt (5- 8 ml/ kg nhưng có thể ứ CO₂, nếu có thì ↑ f để đảm bảo Ve

+ ↓ flow nhưng chú ý I/E

+ Chuyển thông khí thể tích sang thông khí áp lực

3.5. Áp lực đường thở thấp : Xử lý các nguyên nhân gây áp lực đường thở thấp như : Đường dẫn khí bị sút, hở hay thủng đường ống, bóng NKQ không bơm hay bị hư.

3.6. Ve thấp : Xử lý các nguyên nhân gây Ve thấp:

- Có thể đường ống bị hở

- Có hiện tượng ứ khí phế nang do cài đặt Te ngắn
- Hoặc bộ phận Flow Transducer của van thở ra bị hư

3.7. Bệnh nhân chống máy: Xử trí:

- Tách rời bệnh nhân ra khỏi máy thở
- Bóp bóng giúp thở với FiO₂ :100%
- Tìm nguyên nhân xử trí:

+ Nếu cải thiện ngay sau khi bóp bóng giúp thở, nguyên nhân là do máy thở

+ Nếu không cải thiện sau khi bóp bóng giúp thở nguyên nhân là do bệnh nhân

- Dùng thuốc an thần giãn cơ để cải thiện tình trạng chưa thích ứng với máy của bệnh nhân. Thuốc thường được chọn :

+ Morphine: 1-5mgTM/5ph cho đến khi hiệu quả. Liều duy trì từ 1-10 ml/giờ TTM

+ Benzodiazepine

. Lorazepam (Ativan) : 1-4 mgTM/ 15 ph cho đến khi kiểm soát được, tổng liều tấn công 10-20 mg, liều duy trì:1-4 mg TTM mỗi 2 -8 giờ.

. Midazolam (Hypnovel) : Liều 1-4 mg mỗi 2-3 ph cho đến khi kiểm soát được, tổng liều tấn công 10-30 mg, liều duy trì TTM: 2-15 mg/giờ

. Không nên dùng Valium vì tác dụng kéo dài sẽ ảnh hưởng đến cai máy

+ Thuốc dẫn cơ :

. Pancuronium (Pavilon): Liều tấn công 0,05- 0,1mg/kgTM, sau đó duy trì 1-2mg mỗi giờ. Chống chỉ định : dị ứng, suy thận rối loạn đông máu.

.Vecuronium (Norcuron) : liều 0,1mg/kg TM duy trì 0,5 – 1,5 μ g/kg/ph TTM. Chống chỉ định : dị ứng, suy thận nặng, suy gan nặng, nhịp chậm.

* Tác dụng bất lợi của thuốc dẫn cơ :

- . Che dấu các triệu chứng thực thể
- . Ức chế hoàn toàn phản xạ ho, có thể tạo điều kiện cho xẹp phổi và viêm phổi.
- . Đe dọa tình trạng bệnh nhân trong trường hợp bị sút máy
- . Gây mệt mỏi cơ kéo dài làm cai máy khó khăn

* Chỉ nên dùng thuốc dẫn cơ khi dùng các thuốc an thần giảm đau không hiệu quả.

3.8. Xử trí PEEP nội sinh (Auto-PEEP)

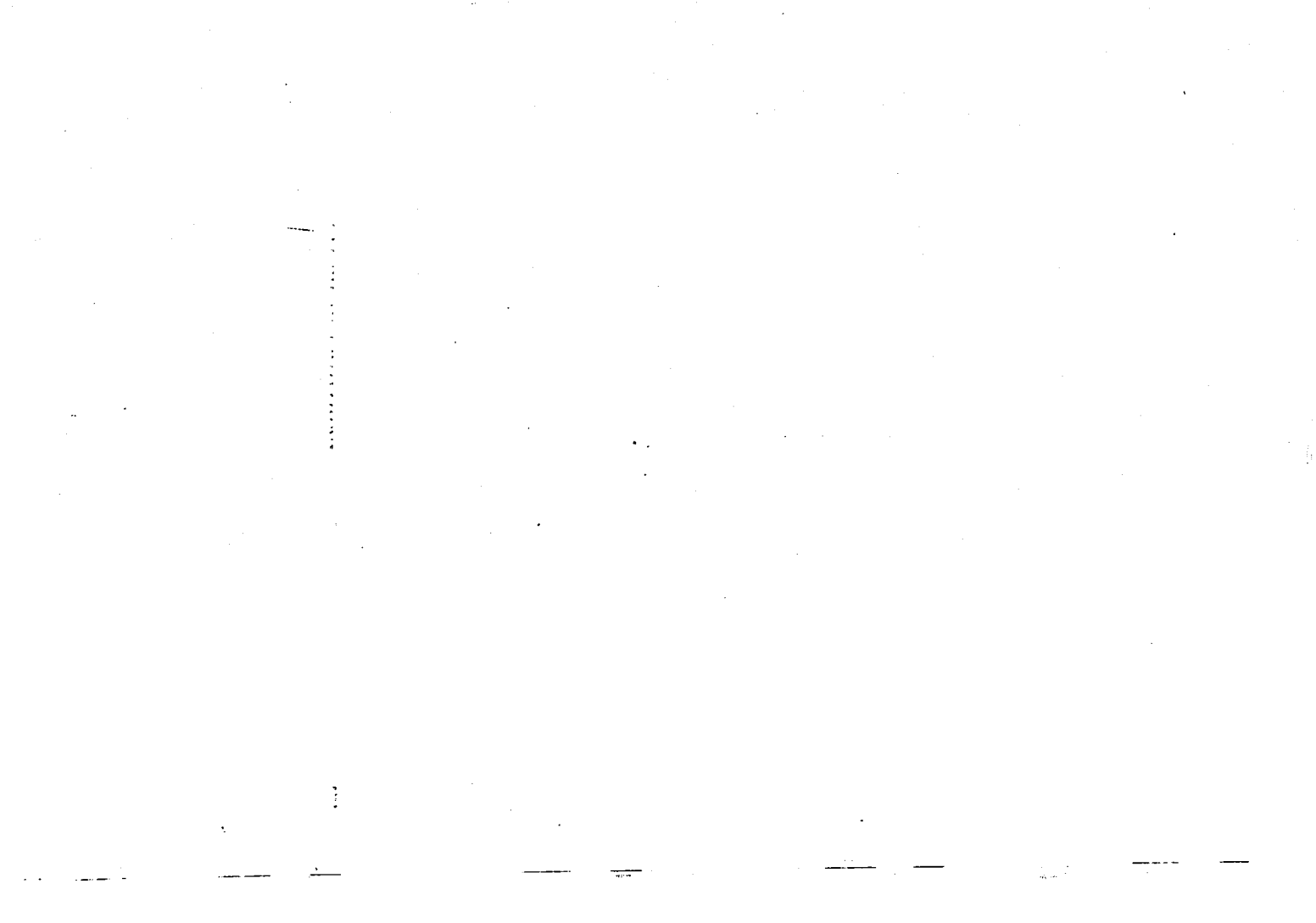
- Dùng thuốc dẫn phế quản
- Ống NKQ không tắc đàm
- Vt thấp (6-7 ml/kg)
- Kéo dài thời gian thở ra ($I/E=1/3$)
- Đặt PEEP 50-75 % của Auto PEEP
- Dùng thuốc an thần dẫn cơ

VI. CÁC THÔNG SỐ VÀ DỮ KIỆN CƠ BẢN ĐỂ CAI MÁY THỞ :

- $PaO_2 \geq 60$ mmHg với $FiO_2 \leq 0,50$ và $PEEP \leq 5$
- Trung tâm điều khiển thông khí không tổn thương
- Tim mạch ổn định
- Các chất điện giải bình thường
- Thân nhiệt bình thường
- Tình trạng dinh dưỡng đầy đủ
- Không có suy hệ thống nội tạng khác

TÀI LIỆU THAM KHẢO :

1. Paul L.Marino.The ICU BOOK .Third edition (2007). Lippincott Williams & Wilkins.
2. Bs. Lê Hồng Hà. Những vấn đề thiết yếu trong thông khí cơ học. Nhà xuất bản Đà Nẵng, 2002.
3. Thông khí nhân tạo.Bs Phan Thị Xuân. Giáo trình ICU, BV Chợ Rẫy, 2001.
4. Chống máy và vấn đề sử dụng các loại thuốc dẫn cơ, an thần ở bệnh nhân thở máy. Bs Phạm Thị Ngọc Thảo. Giáo trình ICU, BV Chợ Rẫy, 2001.



PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ
GÂY MÊ HỒI SỨC

7
1944-1945

Chất dinh dưỡng Nutriflex 2 ngăn

Nutriflex[®] Peri – Nutriflex Plus – Nutriflex[®] Special

Chất dinh dưỡng Nutriflex được thiết kế thuận lợi
cho việc hàng ngày



Để giải quyết các vấn đề của bệnh nhân
chẩn đoán rối loạn tiêu hóa

Chẩn đoán rối loạn tiêu hóa

Chẩn đoán rối loạn tiêu hóa

Chẩn đoán rối loạn tiêu hóa

Chẩn đoán rối loạn tiêu hóa

Chẩn đoán rối loạn tiêu hóa

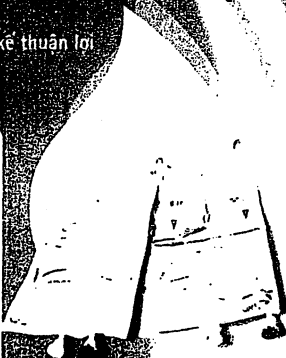
Chẩn đoán rối loạn tiêu hóa

Chẩn đoán rối loạn tiêu hóa

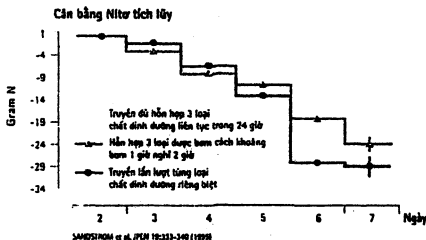
Chẩn đoán rối loạn tiêu hóa

Chẩn đoán rối loạn tiêu hóa

Linh động trong kết hợp các chất dinh dưỡng

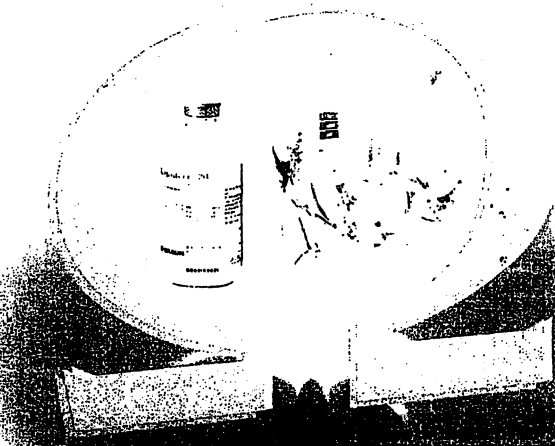


Lợi ích chuyên hoá của việc sử dụng tủ
dinh "Tất cả trong một-AIO":



Lipidem® 20%

Nhũ dịch béo thể hệ thứ 3 trong
dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch



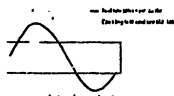
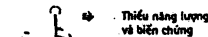
TỈ LỆ



SIRS: Hội chứng đáp ứng viêm hệ thống



CARS: Hội chứng đáp ứng kháng viêm còn bù

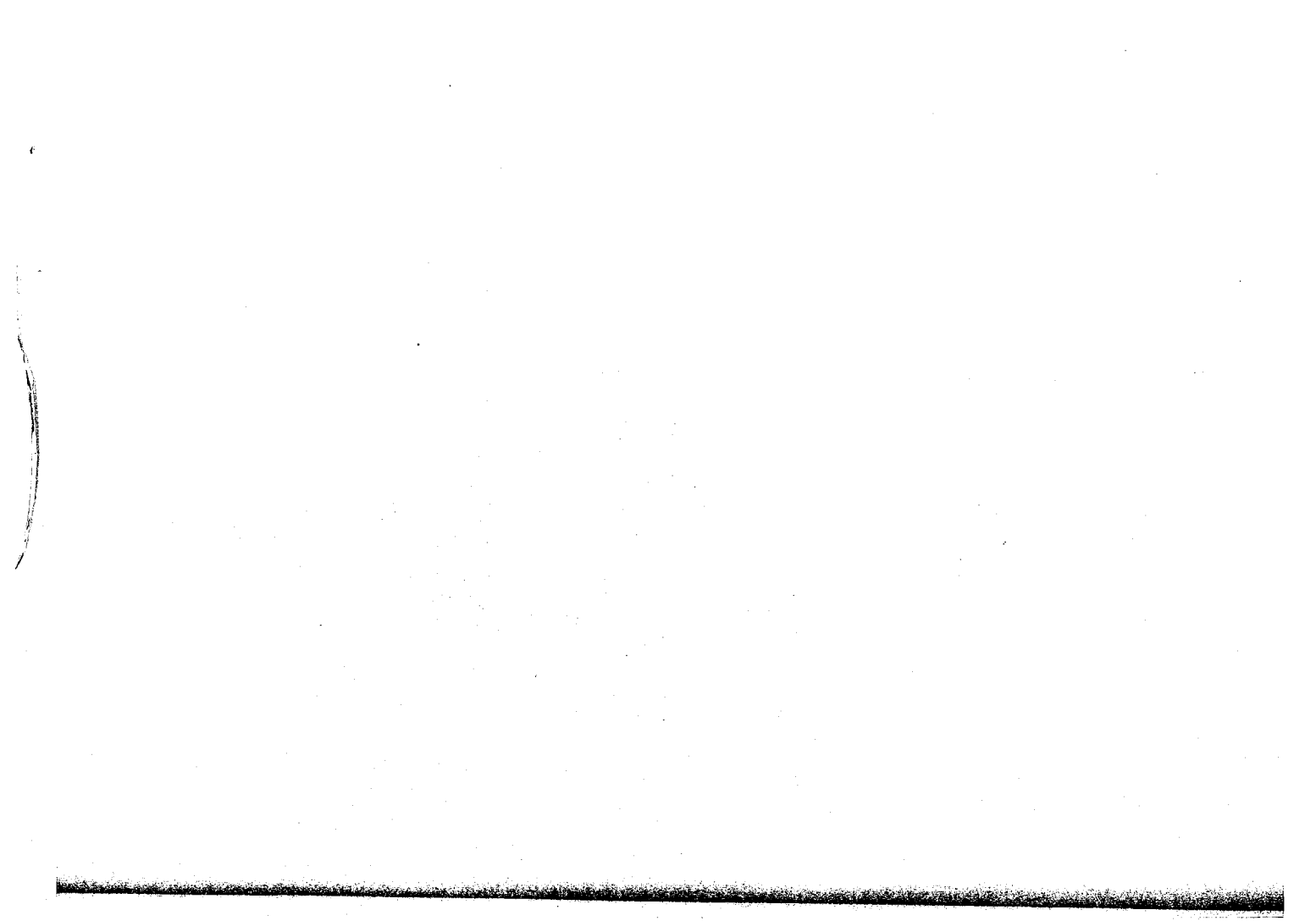


Điểm cân bằng
Điểm mất cân bằng
Điểm mất cân bằng
Điểm mất cân bằng
Điểm mất cân bằng

Lợi ích của cân bằng tỉ lệ acid béo $\Omega 3:\Omega 6$

Điểm cân bằng, điểm mất cân bằng Điểm mất cân bằng, điểm mất cân bằng	Điểm mất cân bằng
Điểm cân bằng, điểm mất cân bằng	Điểm mất cân bằng
Điểm mất cân bằng, điểm mất cân bằng	Điểm mất cân bằng
Điểm mất cân bằng, điểm mất cân bằng	Điểm mất cân bằng
Điểm mất cân bằng, điểm mất cân bằng	Điểm mất cân bằng
Điểm mất cân bằng, điểm mất cân bằng	Điểm mất cân bằng

Lưu ý: Sản phẩm này không phải là thuốc và không thay thế cho thuốc điều trị.



HỒI SỨC CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO SAU MỔ

I. KHÁI NIỆM :

- Trong điều kiện bình thường, áp lực nội sọ (PIC) được định nghĩa là áp lực thủy tĩnh của dịch não tủy ở não thất.

- Ở vị trí nằm ngang (nằm ngang) PIC là 10mmHg

- Tăng áp lực nội sọ có thể xảy ra do tất cả các tổn thương não. Tùy theo tác giả mà cho rằng tăng PIC là khi $PIC > 15-25 \text{ mmHg}$

- Áp lực tưới máu não = Huyết áp trung bình - Áp lực nội sọ

II. ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc điều trị:

- Tư thế: đầu cao 30° , cổ để thẳng nếu áp lực nội sọ không tăng. Trường hợp tăng áp lực nội sọ 24h đầu đặt đầu cao không quá 10° so với mặt phẳng ngang, tùy thuộc vào huyết động học

- Áp lực tĩnh mạch trung tâm: $5-8 \text{ cmH}_2\text{O}$

- Huyết áp trung bình $> 90 \text{ mmHg}$

- Nước tiểu: $0,5-1 \text{ ml /kg/giờ}$

- Khí máu: duy trì $\text{PaO}_2 > 70 \text{ mmHg}$, $\text{PaCO}_2: 30-35 \text{ mmHg}$

- Điện giải: chú ý hạ Natri và Kali, tránh tăng đường huyết

- Áp lực thẩm thấu máu: 290 mOsmol/l

- Duy trì áp lực trong sọ $< 15 \text{ mmHg}$

- Duy trì áp lực tưới máu não $\geq 70 \text{ mmHg}$

2. Hồi sức chống phù não:

2.1 Hô hấp

- Thở máy: tần số 12l/phút, $V_t = 8-10 \text{ ml / kg}$, chế độ A/C. Khi chuẩn bị cai máy chuyển sang SIMV

- Khí máu : duy trì $\text{PaO}_2 > 70\text{mmHg}$, PaCO_2 : 30-35mmHg.

- Lưu ý: Không để $\text{PaCO}_2 < 30\text{mmHg}$

2.2 Tuần hoàn:

- Duy trì huyết áp ổn định: nếu huyết áp tâm thu $< 90\text{mmHg}$ thì dễ bị thiếu máu nuôi ở não.

- Có thể dùng thuốc vận mạch: Dopamin hoặc Noradrenalin để nâng huyết áp, duy trì áp lực tưới máu não $\geq 70\text{mmHg}$

2.3 Mannitol :

- Liều khởi đầu: 0.5g/kg

- Duy trì 0,25-0,5mg/kg mỗi 6 giờ. Dùng 4 – 5 ngày, tùy theo lâm sàng.

- Cân bằng nước điện giải.

2.4 Lợi tiểu

- Furosemide :10-20mg mỗi 6 giờ khi huyết áp tâm trương tăng cao.

2.5 Hạ sốt:

- Lau mát

- Dùng thuốc: Acetaminophen: nhét hậu môn, qua sonde dạ dày, truyền tĩnh mạch

2.6 Giảm đau, an thần, dẫn cơ

- Mục đích: để bệnh nhân nằm yên, không vật vã, thờ không chống máy

- Giảm đau: Morphine 5mg TM mỗi 4 giờ

- An thần: Propofol 0,3-3 mg/kg/giờ hoặc Midazolam: 0,03-0,2mg/kg/giờ phối hợp Fentanyl.

- Dẫn cơ: Norcuron: 1mcg/Kg/ phút, Esmeron hoặc Tracrium tùy tình trạng lâm sàng

2.7. Theo dõi áp lực trong sọ và dẫn lưu dịch não thất

- Bắt đầu điều trị tăng áp lực trong sọ khi áp lực trong sọ $> 20\text{mmHg}$

- Rút bớt dịch não tủy qua chỗ đo áp lực trong sọ, khi áp lực bắt đầu tăng

- Duy trì áp lực trong sọ < 15mmHg

3. Ổn định huyết động học:

- Duy trì huyết áp trung bình $\geq 80\text{mmHg}$
- Duy trì CVP 5-8 cmH₂O
- Lượng nước tiểu từ 0,5-1 ml/kg/giờ. Nếu > 300ml/giờ, kiểm tra tỉ trọng nước tiểu.
- Cân bằng lượng dịch xuất nhập.

4. Phòng ngừa nhiễm trùng:

- Kháng sinh:
 - + Cephalosporine thế hệ thứ 3: Ceftriaxone 1g * 2/24h TM
hoặc Cefoperazone phối hợp Sulbactam 1g*2/24h TM
hoặc Cefazidime 1g* 2 -3 /24h TM
 - + Tazocine 4,5g * 3 lq/ 24 h TTM
 - + Phối hợp Aminoglycoside: Amikacine 0,5g * 2 /24h TTM
hoặc Quinolone: Ciprofloxacin 0.2 g * 2 TTM /24h
hoặc levofloxacin 0,75 g – 1g TTM/24h
- Trường hợp tổn thương xoang hàm mắt: Metronidazole 0,5g *2 /24h
- Sau khi có kết quả Kháng sinh đồ, điều trị theo kháng sinh đồ.

5. Phòng ngừa chống động kinh:

- Diphenyl hydantoin 0,1g * 2 /24h/sonde dạ dày
- Hoặc Deparkin 0,5g * 2/ 24h/sonde dạ dày

6. Phòng ngừa xuất huyết tiêu hóa:

- Ranitidin 50mg * 2 / 24h TM
- Omeprazol 40mg/ 24h TM

7. Chống dị hóa:

- Decadurabolin 25 mg/ TB, lặp liều sau 05-07 ngày

8. Dinh dưỡng

24h sau mổ nuôi ăn qua sonde dạ dày (khi không có tổn thương ống tiêu hoá phổi hợp), dùng các loại sữa, súp dễ hấp thu, giàu năng lượng, số lượng ít sau tăng dần, cung cấp khoảng 2000 Kcal/24h

9. Công tác điều dưỡng chăm sóc bệnh nhân

- Hút đàm đúng kỹ thuật.
- Xoay trở chống loét 2g/ lần
- Vệ sinh răng miệng, các lỗ tự nhiên
- Chăm sóc ống NKQ hoặc mở khí quản
- Cho ăn qua sonde dạ dày, thay sonde dạ dày 4-5 ngày
- Tập vật lý trị liệu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Chấn thương sọ não và Hồi sức chấn thương sọ não nặng Sổ tay hướng dẫn lâm sàng Bệnh Viện Chợ Rẫy- 2005, Tr 43-57
2. GS Lê Minh Đại- Gây mê hồi sức trong Chấn thương sọ não Đại học y khoa Phạm Ngọc Thạch 2007, Tr20-40
3. TS Đoàn Thanh Tâm - Gây mê và hồi sức trong mổ chấn thương sọ não Tr 299-310 Bài giảng Gây Mê Hồi Sức Đại Học Y Hà Nội
4. Pr Beydon Laurent- Anesthesie en Neurochirurgie P.367-382-Le livre de L' interne anesthesiologie- Hôpital Tenon et Hopital Saint- Antoine 2002
5. Pr Jean Marie Démont- Traumatisme Crânien Grave- FEEA 2009

GÂY TÊ TUỖ SỐNG ĐỂ PHẪU THUẬT

I. ĐẠI CƯƠNG

Gây tê tuỷ sống còn gọi là gây tê dưới màng nhện, là một phương pháp gây tê vùng; thực hiện bằng cách đưa một lượng thuốc tê thích hợp vào khoang dưới màng nhện, thường thuốc tê này có nồng độ lớn, khi thuốc tê hoà chung vào dịch não tủy nó sẽ tác dụng vào những rễ thần kinh gây nên mất cảm giác và liệt vận động.

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

1. Chỉ định: gây tê tuỷ sống để mổ cho tất cả cơ quan từ vùng rốn trở xuống là an toàn, bao gồm:

- Phẫu thuật chi dưới
- Phẫu thuật khớp háng
- Phẫu thuật tiết niệu
- Phẫu thuật vùng đáy chậu
- Phẫu thuật bụng dưới
- Phẫu thuật bệnh nhân đang bị bệnh lý hô hấp: viêm phổi, hen PQ, khí phế thũng, lao phổi.
- Phẫu thuật những bệnh nhân có chức năng gan, thận kém.
- Phẫu thuật bệnh nhân bị bệnh tiểu đường.

2. Chống chỉ định:

2.1. Tuyệt đối:

- Người bệnh không đồng ý.
- Nhiễm khuẩn da vùng định chọc kim, lao cột sống.
- Giảm khối lượng tuần hoàn, sốc, huyết áp tối đa dưới 90 mmHg.
- Mạch chậm dưới 50 lần/phút.
- Rối loạn đông máu, đang dùng thuốc kháng đông.

- Tăng áp lực nội sọ.
- Không có phương tiện hô hấp nhân tạo.
- Dị ứng thuốc tê.

2.2. Tương đối:

- Đau lưng.
- Nhức đầu.
- Thiếu máu.
- Suy dinh dưỡng.
- Tăng huyết áp điều trị chưa ổn định.
- Hẹp van hai lá.
- Hẹp van động mạch chủ.

III. DỤNG CỤ, THUỐC:

- Cồn iode, cồn 70 độ, bông gòn để khử trùng da.
- Một bộ đồ để làm tê đã được tiệt trùng:
 - + Ống tiêm 2ml, 5ml
 - + Kim số 22-25 để làm tê tại chỗ
 - + Kim chọc dò tuỷ sống số 25,27,29G
 - + Khăn có lỗ
 - + 02 chén inox và gòn đã được tiệt trùng.
 - + 01 Kelly
- Thuốc:
 - + Lidocain 1% - 2% để gây tê tại chỗ.
 - + Bupivacain Spinal Heavy 0,5% (Marcain).
 - + Fentanyl (không có chất bảo quản).
 - + hoặc Morphin (không có chất bảo quản).
- Băng vô trùng.

IV. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH :

- Ngày trước mổ: khám toàn diện bệnh nhân, xem xét đánh giá tình trạng người bệnh, tình trạng cột sống. Đánh giá các xét nghiệm cận lâm sàng: huyết học, sinh hoá, nước tiểu, XQ tim phổi, ECG, đông máu toàn bộ. Bệnh nhân nghi ngờ bệnh lý tim mạch, hô hấp phải làm ECHO tim, đo chức năng hô hấp và phải có ý kiến thăm khám chuyên khoa trước. Giải thích cho người bệnh hiểu về phương pháp vô cảm. Giải thích cho thân nhân người bệnh rõ những yếu tố nguy cơ trong và sau mổ.

- Đêm trước mổ:

+ Cho thuốc an thần.

+ Thụt tháo sạch.

- Sáng ngày mổ:

+ Thăm khám bệnh nhân

+ Chuẩn bị dụng cụ, dịch truyền, thuốc men: Atropin, Ephedrin, Noradrenaline, Dolargan.

+ Phương tiện cấp cứu tuần hoàn, hô hấp.

+ Phương tiện theo dõi điện tim, mạch, huyết áp, SpO₂

+ Thuốc tiền mê. Midazolam 0,02 mg/ kg.

V. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT:

- Lập đường truyền với kim lùn 16-18G

- Cho dịch chảy nhanh: LactateRinger hoặc NatriChlorua 0,9% 500-1000ml chảy trong vòng 20-30 phút

- Mặc các phương tiện theo dõi gồm có: Mạch, huyết áp, ECG, SpO₂

- Tư thế người bệnh: Tư thế ngồi trên bàn mổ hoặc tư thế nằm nghiêng cong lưng tròn.

- Sát khuẩn vùng chọc kim, trải khăn lỗ.

- Xác định đốt sống định chọc kim: từ liên đốt L2-L3 trở xuống, thường chọc L3-L4, L4-L5.

- Chọc dò tủy sống.

- Xác định kim đã vào khoang dưới nhện: có nước não tủy trong chày ra khi rút thông nòng hoặc hút bằng bơm tiêm.

- **Liều lượng thuốc:** Marcain Heavy 0.5%: 0,2-0,3mg/ kg, **tổng liều không quá 15mg.** Người già và phụ nữ có thai phải giảm liều 1/3.

- **Lưu ý:** Khi phối hợp với Fentanyl thì phải giảm liều Marcain

- Lắp bơm tiêm đã có thuốc tê, hút nhẹ bơm tiêm trước khi bơm thuốc.

- Cố định kim một cách chắc chắn và bơm thuốc nhẹ nhàng từ từ khoảng 1-2ml trong 2-3 phút.

- Rút kim ra sau khi đã bơm xong thuốc.

- Sát khuẩn lại và băng chỗ chọc kim.

- Đặt tư thế người bệnh thuận tiện cho phẫu thuật.

- Theo dõi mức độ tê và hồi sức người bệnh.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN:

1. Tụt huyết áp:

Cho dịch chảy nhanh, thở oxy, cho thuốc co mạch: Ephedrin, Noradrenalin. Trường hợp bệnh nhân mất nhiều máu, phải đánh giá lượng máu mất, và bù dịch, cao phân tử hoặc các sản phẩm của máu khi cần thiết.

2. Mạch chậm:

Cho Atropin 0,01mg/ kg tiêm tĩnh mạch.

3. Thở yếu, suy thở :

Thở oxy, hô hấp hỗ trợ.

4. Buồn nôn, nôn :

Nâng huyết áp, cho thở oxy.

5. Lạnh run :

Cho Midazolam 2mg tĩnh mạch, có thể Dolargan 25mg TM, hoặc Ketamin 20 – 30 mg

6. Bí tiểu :

Chườm nóng, xoa vùng bàng quang, đặt sonde tiểu.

7. Nhức đầu:

Nằm nghỉ, uống nhiều nước hay truyền dịch, băng chườm bụng, giảm đau. Trường hợp nặng phải vá màng cứng bằng máu tự thân.

8. Đau lưng:

Nằm nghỉ ngơi, dùng thuốc giảm đau thông thường.

9. Nhiễm trùng :

Ngoài ra có thể biến chứng thần kinh: viêm màng não tủy, liệt thần kinh rất hiếm gặp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Hướng dẫn Qui Trình Kỹ Thuật Bệnh Viện tập II- Tr 550-552 – NXB Y Học 2001

2. GSTS Nguyễn Văn Chùng – Gây tê tủy sống - Gây Mê Hồi Súc – Tr 105 – 118 – NXB Y Học 2004

3. TS Công Quyết Thắng- Gây tê tủy sống - tê ngoài màng cứng Tr 44-83- Gây Mê Hồi Súc Đại Học Y Hà Nội 2002

4. BSCKII Tô Văn Thịnh- gây tê tủy sống - tê ngoài màng cứng- Gây Mê Sản Khoa- Bệnh Viện Hùng Vương 2002.

5. Pr Jean Marc Malinovsky –Rachianesthésie et Peridural P44-60- Anesthésie Locorégional. FEEA – 2009.

GÂY Mê NỘI KHÍ QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Gây mê nội khí quản là phương pháp vô cảm bằng cách đặt một ống thông vào khí quản và dùng thuốc mê đường hô hấp hay tĩnh mạch phối hợp với thuốc giảm đau, dẫn cơ để duy trì độ mê.

- Gây mê nội khí quản rất thông dụng, có nhiều lợi điểm:

- + Kiểm soát hô hấp một cách hữu hiệu
- + Hút khí phế quản dễ dàng
- + Dễ dàng hô hấp hỗ trợ hay chỉ huy
- + Đảm bảo hô hấp trong suốt cuộc gây mê ở các tư thế, các giai

đoạn nguy kịch và hồi sức sau phẫu thuật.

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

1. Chỉ định:

- Tất cả những cuộc mổ mà người gây mê cần kiểm soát chắc chắn đường hô hấp: mổ vùng đầu, mặt, trong miệng, vùng cổ và vùng bụng trên.

- Những cuộc mổ phải hô hấp điều khiển: mổ trong lồng ngực, dùng máy thở và dẫn cơ.

- Những cuộc mổ bệnh nhân ở tư thế bất thường: nằm nghiêng, nằm sấp, ngồi.

- Những cuộc mổ lớn, kéo dài, cần hồi sức tích cực.

- Những bệnh nhân có dạ dày đầy.

- Mổ ở vùng nhiều phản xạ: hậu môn, tử cung, bàng quang.

- Mổ ở trẻ em.

2. Chống chỉ định: có tính chất tương đối

- Túi phồng ở cung động mạch chủ

- Viêm thanh quản cấp tính

- Lao phổi trong thời kỳ tiến triển

- Nhiễm trùng đường tiêu hóa và hô hấp trên
- Không đủ phương tiện hồi sức
- Không thành thạo kỹ thuật
- Suy hô hấp mãn

III. DỤNG CỤ, THUỐC:

1. Dụng cụ:

- Đèn soi thanh quản với lưỡi đèn thẳng, cong, các cỡ khác nhau, phải kiểm tra đèn sáng trước khi dùng.

- Ống nội khí quản các cỡ khác nhau.
- Cây thông nòng
- Ống nâng lưỡi(airway)
- Ống nối.
- Ống tiêm, dầu bôi trơn, kẹp Magill.
- Máy hút, ống hút, nguồn dưỡng khí phải đủ mạnh.
- Mặt nạ các cỡ.
- Xylocain 5% khí dung.
- Salbutamol khí dung.
- Găng sạch, băng keo cố định ống nội khí quản.

2. Thuốc:

- Giảm đau: Fentanyl 2- 5mcg/kg người lớn..
- Thuốc mê tĩnh mạch: dùng một trong các thuốc sau để dẫn đầu:
 - + Thiopental: 5- 7mg/kg tĩnh mạch chậm, nồng độ 1-2,5%.
 - + Propofol: khởi mê 2- 2,5mg/kg tĩnh mạch chậm.
 - + Ketamin: 1- 3mg/kg tĩnh mạch chậm.
 - + Etomidate: 0,25- 0,4mg/kg tĩnh mạch chậm.
 - + Midazolam: 0,15- 0.30mg/kg.

- Thuốc dẫn cơ:

+ Loại khử cực: Succinylcholin 1 - 1.5mg/kg tĩnh mạch (chỉ dùng khi dạ dày đầy và nội khí quản khó)

+ Loại không khử cực: chọn một trong các thuốc sau:

. Norcuron: 0,8- 1mg/kg thể trọng cơ thể

. Esmeron: 0,6- 1mg/kg tĩnh mạch

. Tracrium: 0,4- 0,5mg/kg tĩnh mạch

- Thuốc gây mê hô hấp: Isofluran hoặc Sevofluran

IV. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH

- Ngày trước mổ:

+ Khám toàn diện người bệnh, xem xét đánh giá tình trạng NB.

+ Đánh giá các xét nghiệm cận lâm sàng: huyết học, sinh hoá máu, đông máu toàn bộ, nước tiểu, XQ tim phổi, ECG...Giải thích cho người bệnh hiểu về phương pháp vô cảm.

+ Trường hợp bệnh nhân có bệnh lý tim mạch phải có ECHO tim, có bệnh lý hô hấp phải đo chức năng hô hấp và được thăm khám có ý kiến chuyên khoa trước.

- Đêm trước mổ:

+ Cho thuốc an thần

+ Sau 22h đến sáng: nhịn ăn; nếu phẫu thuật vào chiều hôm sau: 8h sáng có thể cho bệnh nhân uống 01 cốc nhỏ nước đường.

+ Phẫu thuật dạ dày: bơm rửa sạch trước mổ, phẫu thuật đại tràng phải thắt tháo cho đến sạch phân.

- Sáng ngày mổ:

+ Thăm khám bệnh nhân.

+ Chuẩn bị dụng cụ, dịch truyền, thuốc.

+ Phương tiện cấp cứu tuần hoàn, hô hấp.

V. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT:

- Mặc phương tiện theo dõi điện tim, mạch, huyết áp, nhiệt độ, SpO₂ và ET CO₂

- Cho thở Oxy 100% trước, tối thiểu 3-5 phút (lưu lượng Oxy từ 6-8 lít/phút).

1. Tiền mê:

Midazolam: 0,02 mg/kg.

2. Khởi mê:

- Đa số bắt đầu bằng Fentanyl
- Thuốc mê tĩnh mạch (Thiopental, Propofol, etomidate, ketamin)
- Thuốc dẫn cơ (succinylcholin, norcuron, esmeron, tracrium)

Lưu ý: chỉ tiêm thuốc dẫn cơ khi hô hấp bằng mặt nạ có hiệu quả.

3. Đặt nội khí quản:

3.1. Kỹ thuật đặt nội khí quản đường miệng:

- Điều chỉnh bàn mổ thích hợp
- Bệnh nhân nằm ngửa, cổ ngửa, đầu đặt trên gối cao 8-10cm.
- Sau khi xác định độ mê đủ, tay phải mở miệng người bệnh, tay trái cầm đèn soi thanh quản; cho đỉnh lưỡi đèn theo sát mặt trên bên phải của lưỡi và gạt lưỡi từ phải qua trái cho đến khi nhìn thấy sụn nắp.
- Cho đỉnh lưỡi đèn vào góc làm bởi đáy lưỡi và sụn nắp.
- Nâng đèn soi thanh quản lên cao và nhẹ nhàng tiến về phía trước, nhìn thấy thanh môn.
- Tay phải cầm ống NKQ và cho đầu ống thông chui qua giữa hai dây thanh; khi đầu ống thông chui qua dây thanh 2-3cm hoặc khi túi hơi qua khỏi dây thanh thì dừng lại.
- Đặt ống chặn lưỡi và rút đèn ra
- Giúp thở và kiểm tra phổi của người bệnh

- Bơm căng túi hơi vừa đủ kín ống thông và thanh khí quản
- Cố định ống thông

3.2. Kỹ thuật đặt nội khí quản đường mũi:

- Chọn lỗ mũi nào thở mạnh nhất.
- Bệnh nhân được nằm ngay ngắn trên bàn, đầu đặt trên gối mỏng, cổ ngửa

- Xịt thuốc tê vào hầu mũi, chờ vài phút cho thuốc tê tác dụng
- Cho ống thông qua mũi thật nhẹ nhàng, xoay nhẹ khi đẩy ống vào
- Đưa ống vào được 15 -16cm, dùng đèn soi thanh quản, mở miệng bệnh nhân và dùng kẹp Magill điều chỉnh đầu ống thông đẩy vào qua hai dây thanh, chú ý không làm rách túi hơi

- Kiểm tra vị trí ống nội khí quản
- Cố định ống khí quản

4. Duy trì mê:

- Gây mê nội khí quản có thể để tự thở hoặc thở chỉ huy tùy trường hợp
- Duy trì mê bằng thuốc mê đường hô hấp hoặc mê tĩnh mạch, phối hợp fentanyl và thuốc dẫn cơ

- Theo dõi các thông số: Mạch, huyết áp, ECG, SpO₂, EtCO₂
- Trước khi kết thúc cuộc phẫu thuật, giảm liều thuốc mê dần

5. Giải dẫn cơ:

Sau khi người bệnh tự thở, tiến hành hóa giải thuốc dẫn cơ

- Neostigmin: 0,04mg/kg, thường dùng 2-4 ống
- Atropin: 0,01mg/kg, thường dùng 1-3 ống

6. Kỹ thuật rút nội khí quản:

6.1 Tiêu chuẩn rút ống nội khí quản sau gây mê

- Người bệnh tỉnh, làm theo y lệnh: mở mắt, há miệng, nắm chặt tay, nhấc đầu cao giữ được 5 giây

- Hô hấp ổn định: tự thở sâu, đều, tần số thở trên 14 lần/ phút.
- Tuần hoàn ổn định: Mạch, huyết áp ổn định, SpO_2 98-100%, không có biểu hiện mất máu tiếp diễn.

6.2. Những việc làm khi rút ống nội khí quản:

- Chuẩn bị dụng cụ đặt lại nếu cần
- Hút sạch đàm dãi trong khí, phế quản đúng nguyên tắc: dùng ống hút vô trùng cho sâu theo ống nội khí quản, chỉ hút khi rút ra, vừa hút vừa xoay nhẹ, thời gian mỗi lần hút không quá 15 giây. Cho thở dưỡng khí 3-5 phút trước khi rút ống.

- Hút ống thông dạ dày (nếu có)
- Tháo bóng ống nội khí quản
- Rút nội khí quản ra nhẹ nhàng

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN :

- Tai biến do đặt nội khí quản:
 - + Mạch nhanh, huyết áp tăng, loạn nhịp do độ mê chưa đạt
 - + Chấn thương khi đặt: rách môi, gãy răng, rách lưỡi, rách hầu, thủng khí hay thực quản
 - + Thất bại không đặt được ống: phải khám người bệnh trước, tiên lượng và xử trí đặt nội khí quản khó
 - + Đặt nhầm vào dạ dày: nghe phổi kiểm tra, cần phát hiện tức thời, thường gây tử vong.
 - + Co thắt phế quản.
 - Gập ống nội khí quản, tụt ống, ống bị đẩy sâu vào một bên phổi: theo dõi các thông số SpO_2 , $EtCO_2$, áp lực đường thở.
 - Nhiễm trùng phổi nếu không tôn trọng nguyên tắc vô trùng
- Tai biến lâu dài:
 - + Nuốt đau, nuốt khó, khàn tiếng: thường khỏi sau 5-7 ngày.

- + U hạt hay bướu gai ở dây thanh.
- + Chít hẹp dưới thanh môn hay khí quản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO :

1. Hướng dẫn Qui Trình Kỹ Thuật Bệnh Viện tập II- gây mê có đặt nội
085khí quản- Tr 540-544 -NXB Y Học 2001
2. PGSTS Nguyễn Văn Chùng- Gây Mê Hồi Súc cơ bản- Gây Mê Nội
Khí Quản -Tr 92-99- NXB Y Học 2009
3. PGSTS Nguyễn Văn Chùng- Lâm sàng thuốc gây mê hồi súc- Tr74-
119- NXB Y Học 2006
4. Charles Paugam- Intubation et intubation difficile p.160-177- Le
livre de L' interne anesthesiologie- Hopital Tenon et Hôpital Saint- Antoine
2002
5. Paul Lennon- Conduit de l'anesthesie general p.80-98- Manuel d'
anesthesie clinique- Massachusettes General Hôpital 2005.

GÂY TÊ ĐÁM RỐI THẦN KINH CÁNҺ TAY

1. Đại cương:

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay là phương pháp vô cảm được sử dụng trong những phẫu thuật vùng cánh, cẳng và bàn tay. Phương pháp này thực hiện đơn giản, ít tai biến, đỡ tốn kém và đặc biệt giúp cho bệnh nhân không phải chịu một cuộc gây mê với nhiều thuốc độc hại cho gan, thận cũng như giúp tránh được những tai biến của gây mê.

2. Chỉ định, chống chỉ định:

2.1. Chỉ định:

Vô cảm để phẫu thuật vùng cánh, cẳng, bàn tay.

2.2. Chống chỉ định:

- Tình trạng huyết động không ổn định.
- Bệnh nhân không hợp tác hoặc rối loạn tri giác.
- Dị ứng với thuốc tê.
- Nhiễm trùng hoặc tổn thương da vùng định gây tê.

3. Dụng cụ, thuốc:

- Cồn Iode, bông gòn để khử trùng da.
- Máy kích thích thần kinh cơ, điện cực dán da, kim gây tê chuyên dụng.
- Ống tiêm 20ml
- Kim cánh bướm 22G, 24G
- Thuốc:
 - + Lidocain 2% ống 20ml
 - + Bupivacain 0,5% ống 20ml (Marcain)
 - + Adrenaline

4. Chuẩn bị người bệnh:

- Ngày trước mổ:

+ Khám toàn diện bệnh nhân; đánh giá các xét nghiệm lâm sàng:
Huyết học, sinh hóa, ECG, X quang tim phổi...

+ Giải thích cho người bệnh hiểu về phương pháp vô cảm.

+ Yêu cầu điều dưỡng vệ sinh vùng da dự định gây tê

- Đêm trước mổ cho thuốc an thần.

- Sáng ngày mổ:

+ Thăm khám bệnh nhân

+ Chuẩn bị dụng cụ: dịch truyền, thuốc tê, Midazolam, Thiopental.

+ Phương tiện cấp cứu tuần hoàn, hô hấp.

+ Phương tiện theo dõi điện tim, huyết áp, SpO₂.

5. Liều lượng thuốc tê:

5.1. Bệnh nhân trẻ, không bệnh lý tim mạch, huyết áp <140 mm Hg:

- Lidocain 1,5-2% với Epinephrine 1/200.000: 7 - 8 mg/kg. Thời gian chờ tác dụng 5- 20 phút, thời gian tác dụng 120-180 phút.

- Bupivacain 0,25-0,5%: 1mg/kg. Thời gian chờ tác dụng 5- 20 phút, thời gian tác dụng 180-240 phút.

- Thể tích 30-40 ml cho người lớn.

5.2. Bệnh nhân lớn tuổi, có hoặc nghi ngờ có bệnh lý tim mạch hoặc huyết áp > 140 mm Hg:

- Lidocain 1,5-2%: 3-5 mg/kg + Bupivacain 0,25-0,5%: 1mg/kg. Thời gian chờ tác dụng 5- 20 phút, thời gian tác dụng 180-240 phút.

- Thể tích 30-40 ml cho người lớn.

6. Tiến hành kỹ thuật:

6.1. Gây tê vùng nách:

- Phẫu thuật bàn tay, cẳng tay và 1/3 dưới cánh tay.

- Sử dụng kim bướm để gây tê.

- Dùng 2 ngón tay sờ và giữa xác định vị trí động mạch nách.

- Dùng tay còn lại cầm 1 bên cánh của kim bướm chích vào phía trên động mạch nách, kim tạo mặt da 1 góc 45^0 , đi song song với đường đi của bó mạch thần kinh hướng vào hõm nách, khi ta có cảm giác kim bướm đi qua bao sợi thì dừng lại và bơm thuốc sau khi rút ngược pittông kiểm tra.

- Nếu kim đâm trúng động mạch hay tĩnh mạch (máu trào ngược ra đuôi kim) hay thần kinh (bệnh nhân tê nhói hoặc có phản xạ giật nhẹ) thì ta có thể đâm kim xuyên qua động mạch, tĩnh mạch hoặc rút kim lui trở lại dưới da và đi lệch qua bên cạnh vị trí vừa chích.

- Nếu cần vô cảm từ khuỷu tay trở lên ta có thể chặn đầu dưới bó mạch thần kinh trong khi bơm thuốc để thuốc tê lan lên cao hơn.

6.2 Gây tê trên đòn:

- Phẫu thuật chi trên gồm cả mỏm vai.

- Sử dụng kim tiêm thuốc số 24 để gây tê hoặc sử dụng máy kích thích thần kinh.

6.2.1 Kỹ thuật không dùng máy kích thích thần kinh:

- Sờ và xác định các bó cơ ức đòn chũm.

- Xác định khe nằm giữa cơ thang trước và cơ thang giữa (thường thì khe này nằm cấp bờ trong tĩnh mạch cảnh ngoài, đi vuông góc với trung điểm xương đòn).

- Vị trí chích nằm phía trên X.đòn khoảng 1- 1,5 cm, mũi kim đi vuông góc với X. đòn, hướng về xương sườn thứ 1, lui kim ra 1-2 mm và bơm thuốc.

- Nếu bơm thuốc thấy nặng tay thì có khả năng mũi kim đâm trúng dây thần kinh nên lui kim ra một chút cho đến khi bơm nhẹ tay.

6.2.2 Kỹ thuật dùng máy kích thích thần kinh cơ:

- Gắn điện cực vào máy kích thích thần kinh.

- Chính cường độ kích thích 1 mA

- Gắn kim gây tê vào máy và ống tiêm thuốc tê.

- Tiến hành chích tê tại khe giữa-bỏ trước và bỏ giữa của cơ thang. Khi cơ co giật tại vùng cần vô cảm để phẫu thuật (tùy thuộc vào dây thần kinh ta muốn gây tê sẽ có những phản xạ khác nhau), giảm cường độ kích thích xuống đến khoảng 0,1-0,5 mA, nếu cơ vẫn còn co giật tốt thì ta tiến hành bơm thuốc tê (cường độ kích thích càng thấp thì khả năng vô cảm càng tốt).

*** Lưu ý:**

- Nên rút ngược pittông kiểm tra mỗi khi bơm 5 ml thuốc tê để tránh bơm thuốc tê vào mạch máu.

- Có trường hợp bệnh nhân đã thấy nặng tay nhưng khi test da vẫn còn đau (có thể đã sót thần kinh cơ bị cánh tay trong hoặc cẳng tay ngoài). Khắc phục bằng cách cho bệnh nhân tiền mê với Midazolam 2 mg + Fentanyl 50 mcg tiêm mạch, nếu vẫn còn đau nhẹ có thể phối hợp thêm 30 mg Ketamin (tùy trường hợp lâm sàng, sau khi đã đảm bảo gây tê có hiệu quả và bệnh nhân đã nhìn ăn uống, không cao huyết áp và cho bệnh nhân thở oxy qua mask).

7. Tai biến và xử trí:

- Dị ứng thuốc tê: hiếm gặp. Nếu có shock phản vệ xảy ra thì xử trí giống phác đồ của Bộ Y Tế

- Đề phòng bằng cách rút ngược pittông trước khi tiêm thuốc. Với trường hợp thuốc tê có pha epinephrine thì khi thuốc vào mạch máu sẽ làm tăng nhịp tim.

- Ngộ độc thuốc tê:

+ Khi đó bệnh nhân có triệu chứng: Choáng váng, ù tai, hoa mắt, vị kim loại trong miệng có thể nặng dẫn đến co giật, động kinh, mất tri giác, hôn mê.

+ Ngay khi có triệu chứng đầu tiên phải ngưng tiêm thuốc tê, cho bệnh nhân thở oxy. Nếu bệnh nhân co giật có thể dùng Midazolam 2 mg tiêm

mạch hay Thiopental 50-200 mg tiêm mạch nếu cần thiết đặt nội khí quản cho bệnh nhân.

- Đặc biệt Bupivacain là thuốc độc cho cơ tim nếu vào mạch máu gây trụy tim mạch nên phải cân nhắc và sử dụng thật cẩn thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO :

1. PGS. Nguyễn Văn Chùng. Thuốc tê và các phương pháp gây tê - Bài giảng gây mê hồi sức - ĐHYD Tp. Hồ Chí Minh. NXB Y học 2002.
2. Th.s Công Quyết Thắng. Gây tê đám rối thần kinh cánh tay- Bài giảng gây mê hồi sức- ĐHYD Hà Nội. NXB Y học 2002.
3. Pr Elisabeth Gaertner. Bloc du plexus brachial- anesthésie régionale. Arnette 2004.
4. Jame B.Mayfield.Clinical Anesthesia Procedures of the Massachusetts General Hospital- Lippincott William & Wilkins Sith Edition 2002.
5. John E.Tetzlaff. Clinical Anesthesiology- The McGraw- Hill Third Edition 2002.

GÂY TÊ TUYỆT SỐNG MỖ LẮY THAI

1. Đại Cương :

Gây tê tủy sống còn gọi là gây tê dưới màng nhện là một phương pháp gây tê vùng; thực hiện bằng cách đưa một lượng thuốc tê thích hợp vào khoang dưới màng nhện, khi thuốc tê hòa chung vào dịch não tủy nó sẽ tác dụng vào những rễ thần kinh gây nên mất cảm giác và liệt vận động.

Hiện nay, trên thế giới tỉ lệ tê tủy sống để mổ lấy thai là trên 90%. Phương pháp vô cảm này có nhiều ưu điểm: kỹ thuật đơn giản, tác dụng nhanh, hiệu quả cao, sản phụ tỉnh, ít ảnh hưởng con, tránh nguy cơ trào ngược.

2. Chỉ định, chống chỉ định:

2.1. Chỉ định:

Tất cả sản phụ có chỉ định mổ lấy thai, đồng ý gây tê và không có các chống chỉ định.

2.2. Chống chỉ định:

- Sản phụ không đồng ý.
- Nhiễm trùng vùng lưng hoặc toàn thân.
- Nhau tiền đạo băng huyết, nhau bong non.
- Rối loạn đông máu, đang dùng thuốc kháng đông.
- Rối loạn thần kinh
- Tiền sản giật nặng, sản giật.
- Hẹp van hai lá.
- Hẹp van động mạch chủ.
- Dị ứng thuốc tê.
- Không có phương tiện hô hấp nhân tạo

3. Dụng cụ, thuốc:

- Cồn iode, cồn 70 độ, bông gòn để khử trùng da.

- Một bộ đồ để làm tê đã được tiệt trùng:

+ Ống tiêm 2ml, 5ml

+ Kim số 22-25 để làm tê tại chỗ

+ Kim chọc dò tuỷ sống số 27, 29G

+ Khăn có lỗ

+ 02 chén inox và gòn đã được tiệt trùng.

+ 01 Kelly

- Thuốc:

+ Lidocain 1%-2% để gây tê tại chỗ.

+ Bupivacain Spinal Heavy 0,5%(Marcain)

+ Fentanyl DBL (Không có chất bảo quản)

+ Morphine (Không có chất bảo quản)

- Băng vô trùng.

4. Chuẩn bị người bệnh:

- Hiện nay mổ lấy thai là phẫu thuật cấp cứu, bệnh nhân chỉ được xét nghiệm huyết học và định nhóm máu và đông máu toàn bộ

- Vệ sinh cơ thể và vùng mổ, rửa sạch sơn móng tay chân, tháo nữ trang và răng giả.

- Khi vào mổ:

+ Thăm khám bệnh nhân toàn diện trước gây tê, đánh giá tình trạng cột sống, giải thích cho người bệnh ưu điểm của phương pháp

+ Chuẩn bị dụng cụ, dịch truyền, thuốc men: atropin, ephedrin, noradrenalin, Oxytocin

+ Phương tiện cấp cứu tuần hoàn, hô hấp.

+ Phương tiện theo dõi: điện tim, mạch, huyết áp, SpO₂

5. Tiến hành kỹ thuật:

- Lắp đường truyền tĩnh mạch lớn với kim 16-18G.
- Truyền nhanh 500-1000ml Lactat Ringer trong 15-30 phút
- Mặc các phương tiện theo dõi: Mạch, Huyết áp, ECG, SpO2
- Ngừa hít dịch dạ dày: cho sản phụ uống 30 ml Citrate Na hoặc Ranitidin

50mg/TM

- Tư thế người bệnh: Tư thế ngồi hoặc tư thế nằm nghiêng trái cong lưng tôm.

- Sát khuẩn vùng chọc kim, trải khăn lỗ.
- Xác định đốt sống định chọc kim: thường chọc L3-L4 hoặc L2-L3.
- Chọc dò tuỷ sống với kim 27G
- Xác định kim đã vào khoang dưới nhện: có nước não tuỷ chảy ra khi rút thông nòng hoặc hút bằng bơm tiêm.

- Liều lượng thuốc: Marcain Heavy 0.5%: 09 -10mg.

Hoặc Marcain Heavy 0.5% : 7,5 mg + 25mcg

Fentanyl DBL

- Lắp bơm tiêm đã có thuốc tê, hút nhẹ bơm tiêm trước khi bơm thuốc.
- Cố định kim một cách chắc chắn và bơm thuốc nhẹ nhàng từ từ khoảng 1-2ml trong 2-3 phút.
- Rút kim ra sau khi đã bơm xong thuốc.
- Sát khuẩn lại và băng chỗ chọc kim.
- Đặt tư thế người bệnh thuận tiện cho phẫu thuật, thường hơi nghiêng trái.
- Theo dõi mức độ tê và hồi sức người bệnh: theo dõi huyết áp mỗi 1-2 phút trong 20 phút đầu, sau đó mỗi 3-5 phút.
- Khi bắt em bé ra, cho vào 500ml Lactat Ringer 4-6 ống Oxytocin, cho chảy 60-80g/phút.

- Hậu phẫu : theo dõi sinh hiệu, vết mổ, co hồi tử cung, sản dịch, phục hồi vận động cảm giác. Chỉ chuyển trại khi sinh hiệu ổn định, phục hồi hoàn toàn cảm giác, vận động.

6. Tai biến và xử trí tai biến:

6.1. Tụt huyết áp:

- Cho dịch chảy nhanh, thở oxy, cho thuốc co mạch: Ephedrin 4-5mg/lần, lập liều 1-2 phút cho đến khi HA tâm thu > 90mmHg. Trường hợp bệnh nhân mất nhiều máu, phải đánh giá lượng máu mất, và bù cao phân tử hoặc các chế phẩm của máu khi cần thiết.

- Trường hợp mạch rất nhanh, kèm với tụt huyết áp, không đo mất máu dùng Noradrenalin 5-10mcg TM/ lần, cách 1-2 phút.

6.2. Mạch chậm:

Cho Atropin 0,01mg/ kg tiêm tĩnh mạch.

6.3. Thở yếu, suy thở:

Thở oxy, hô hấp hỗ trợ khi cần thiết.

6.4. Buồn nôn, nôn:

Nâng huyết áp, cho thở oxy.

6.5. Lạnh run:

Cho Midazolam 2mg tĩnh mạch, có thể Dolargan 25mg TM sau khi bắt em bé.

6.6. Bí tiểu:

Chườm nóng, xoa vùng bàng quang, đặt sonde tiểu.

6.7. Nhức đầu:

Nghi ngời tại giường, uống nhiều nước hay truyền dịch, băng chặt bụng; giảm đau bằng Paracetamol. Trường hợp nặng phải vá màng cứng bằng máu tự thân tại phòng mổ.

6.8. Đau lưng:

- Biến chứng sau gây tê tùy sống không nhiều hơn sau gây mê.
- Nằm nghỉ ngơi, dùng thuốc giảm đau thông thường.

6.9. Nhiễm trùng.

Ngoài ra có thể biến chứng thần kinh: viêm màng não tùy, liệt thần kinh, rất hiếm gặp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO :

1. Qui trình kỹ thuật Bệnh Viện Tr II - Tr 550 - 552 - NXB Y Học 2001.
2. GSTS Nguyễn Văn Chùng-Gây Tê Tùy Sống- Gây Mê Hồi Súc - NXB Y Học 2004, Tr 105 - 118 - NXB Y Học 2004.
3. BSKII Tô Văn Thịnh - Gây Tê Tùy Sống mổ lấy thai - Gây Mê Hồi Súc sản khoa - Bệnh Viện Hùng Vương 2002.
4. Dr Lưu Minh Christine - Rachianesthesie en Obstétrique P 14 - 25 - L'hôpital Melun 2004.
5. Grossesse Et Anesthesie -Protocoles d'anesthésie Reanimation P100 - 105 - Hôpital de bicêtre 2006