

SỞ Y TẾ AN GIANG
BVĐKTT AN GIANG
KHOA NỘI TIM MẠCH - LÃO HỌC

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Ký hiệu: MTCL-KNTM-LH

Long Xuyên, ngày 01 tháng 04 năm 2010



ISO 9001 : 2008
KHOA NỘI TIM MẠCH – LÃO HỌC

PHẦN 1: MỤC TIÊU CHẤT LƯỢNG



Người lập

**Phê duyệt
Giám đốc**

BS PHẠM CHÍ HIỀN

TS.BS NGUYỄN VĂN SÁCH

Ký hiệu: MTCL01-KNTM-LH

Long Xuyên, ngày 01 tháng 04 năm 2010

MỤC TIÊU CHẤT LƯỢNG

<u>Tên mục tiêu</u>	CHỐNG QUÁ TẢI NGƯỜI BỆNH NỘI TRÚ
<u>Công thức đo</u>	Giảm số ngày điều trị trung bình / một người bệnh < 8,5 ngày.
<u>Nguồn dữ liệu</u>	Lấy số liệu thống kê từ phòng Kế hoạch Tổng hợp bệnh viện.
<u>Tần suất đo</u>	Hàng tháng.
<u>Người chịu trách nhiệm hành động đối với dữ liệu</u>	Điều dưỡng trưởng khoa
<u>Kế hoạch hành động</u>	Xem kế hoạch hành động bên dưới

Ký hiệu : MTCL02-KNTM-LH

Long Xuyên, ngày 01 tháng 04 năm 2010

KẾ HOẠCH HÀNH ĐỘNG

STT	Bước công việc (các giải pháp)	Thời gian thực hiện (bắt đầu - kết thúc)	Người thực hiện	Người giám sát
1	Tuân thủ chặt chẽ, đúng theo quy trình tiếp nhận bệnh, điều trị nội trú đúng phác đồ và quy trình ra viện nhằm duy trì và nâng cao chất lượng chuyên môn.	Tháng 01 – 12/2010	Toàn bộ nhân viên KNTM- LH	Trưởng, Phó khoa, Điều dưỡng Trưởng khoa
2	Cải thiện số ngày điều trị trung bình / một người bệnh.	Tháng 01 – 12/2010	BS điều trị	Trưởng, Phó khoa
3	Sơ kết, báo cáo kết quả thực hiện mục tiêu.	Cuối mỗi quý	Trưởng khoa	Trưởng, Phó khoa
4	Tổng hợp, báo cáo kết quả thực hiện mục tiêu.	Cuối tháng 12/2010	Trưởng khoa	Trưởng, Phó khoa

SỞ Y TẾ AN GIANG
BVĐKTT AN GIANG
KHOA NỘI TIM MẠCH – LÃO HỌC

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Ký hiệu: QCHĐ-KNTM-LH

Long Xuyên, ngày 01 tháng 04 năm 2010



ISO 9001 : 2008
KHOA NỘI TIM MẠCH – LÃO HỌC

PHẦN 2: QUY CHẾ HOẠT ĐỘNG



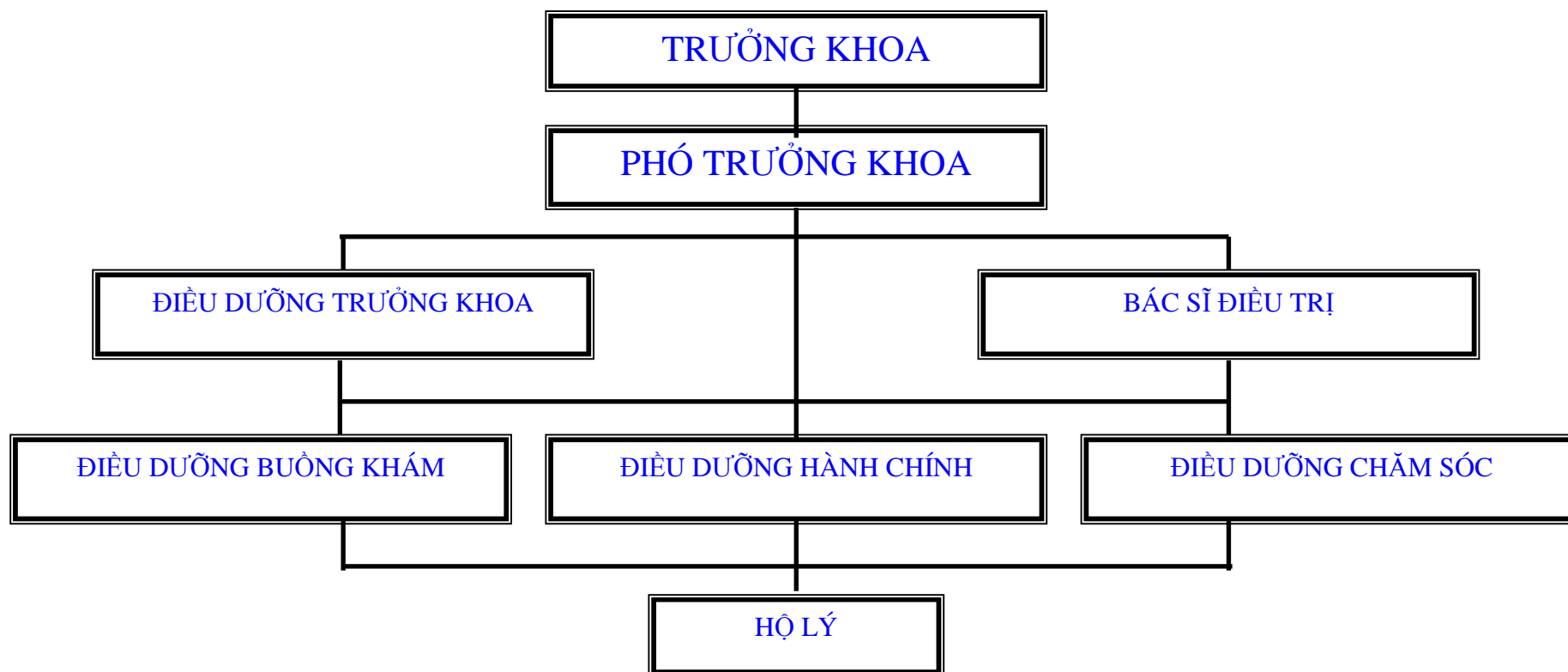
Người lập

Phê duyệt
Giám đốc

BS PHẠM CHÍ HIỀN

TS. BS NGUYỄN VĂN SÁCH

SƠ ĐỒ TỔ CHỨC KHOA NỘI TIM MẠCH – LÃO HỌC



QUY CHẾ CÔNG TÁC KHOA NỘI TIM MẠCH – LÃO HỌC

I. QUY CHẾ CHUNG

1. Khoa nội Tim mạch – lão học là khoa lâm sàng thực hiện các phương pháp không phẫu thuật để chữa bệnh, có nhiệm vụ:

- a. Tổ chức tiếp nhận người bệnh đến khám bệnh tại khoa.
- b. Khám bệnh, chọn lọc người bệnh vào điều trị nội trú, thực hiện công tác điều trị nội trú và hướng dẫn chăm sóc sức khoẻ ban đầu.
- c. Tổ chức khám bệnh, theo dõi tình hình bệnh tật trong vùng dân cư được phụ trách để có biện pháp ngăn ngừa bệnh tật.
- d. Tổ chức quy trình khám bệnh nội trú theo nhiệm vụ được giao.

2. Khoa nội Tim mạch – lão học phải chịu trách nhiệm về chất lượng khám chuyên khoa, điều trị ngoại trú tại khoa Khám bệnh. Phân công bác sĩ có trình độ chuyên môn luân phiên 01 – 06 tháng đến khám bệnh ngoại trú tại phòng khám tim mạch tại khoa Khám bệnh.

3. Khoa nội Tim mạch – lão học được bố trí buồng bệnh theo quy định, có đủ trang thiết bị y tế và biên chế phục vụ theo phân hạng bệnh viện.

II. QUY CHẾ CỤ THỂ :

1. Tiếp đón người bệnh :

- a- Trưởng khoa nội Tim mạch – lão học có nhiệm vụ :
 - Bố trí bác sĩ, điều dưỡng có kinh nghiệm về chuyên môn kỹ thuật, có tinh thần trách nhiệm, thái độ niềm nở, hoà nhã, trang phục chỉnh tề tiếp đón người bệnh ngay từ lúc ban đầu đến khám bệnh.
 - Tổ chức nơi chờ có đủ ghế ngồi, nước uống ấm về mùa đông, mát về mùa hè cho người bệnh.
 - Tổ chức tuyên truyền giáo dục sức khoẻ, phòng dịch bệnh với các hình thức thích hợp như qua kênh truyền hình O2, thông tin qua báo, đài phát thanh truyền hình, họp hội đồng người bệnh, tư vấn trực tiếp.
- b- Điều dưỡng có trách nhiệm :
 - Thăm hỏi, an ủi người bệnh và gia đình người bệnh để họ yên tâm, tin tưởng vào việc khám chữa bệnh.
 - Thực hiện các thủ tục hành chính chuyên môn theo quy định, hướng dẫn hoặc đưa người bệnh đến các buồng điều trị nội trú.
 - Ghi chép đầy đủ chế độ chăm sóc cho người bệnh vào bệnh án, ghi đầy đủ các cột mục theo quy định.

- Hàng ngày dành thời gian phổ biến, hướng dẫn người bệnh về kiến thức giáo dục sức khỏe.
- Thực hiện việc báo cáo hàng ngày, hàng tuần, quý, năm và đột xuất theo quy định.
- Bảo quản hồ sơ bệnh án, sổ sách theo quy định.

2. Khám bệnh tại các buồng khám chuyên khoa tại khoa NTM-LH và KKB:

- a- Bác sĩ khám bệnh có trách nhiệm :
 - Thăm khám người bệnh tỉ mỉ, thận trọng và chính xác, thăm khám toàn cơ thể hoặc từng bộ phận theo chuyên khoa, kết hợp xét nghiệm cận lâm sàng.
 - Chỉ định điều trị thích hợp sau khi khám và xác định mức độ bệnh.
 - kê đơn thuốc về nhà điều trị và theo dõi ở tuyến y tế cơ sở hoặc làm hồ sơ bệnh án điều trị nội trú.
- b. Điều dưỡng có trách nhiệm:
 - Tiếp đón người bệnh theo quy chế công tác khoa khám bệnh.

3. Thực hiện các thủ thuật chuyên khoa :

- a- Bác sĩ chuyên khoa tại khoa NTM-LH được thực hiện thủ thuật chuyên khoa cho người bệnh đã được khám tại khoa và có trách nhiệm :
 - Thực hiện quy chế công tác khoa ngoại và quy chế công tác khoa phẫu thuật gây mê hồi sức.
 - Thực hiện đúng các Quy trình kỹ thuật bệnh viện.
- b- Điều dưỡng có trách nhiệm :
 - Phụ bác sĩ làm thủ thuật chuyên khoa theo đúng quy trình.
 - Ghi sổ thủ thuật chuyên khoa theo mẫu quy định.

4. Đảm bảo trật tự, vệ sinh :

- a- Giám đốc bệnh viện có trách nhiệm tạo điều kiện :
 - Có đủ ghế ngồi cho người bệnh ngồi chờ.
 - Có đủ buồng vệ sinh cho người bệnh và nhân viên khoa.
 - Có quầy bán thuốc phục vụ người bệnh ngoại trú.
 - Có nơi để xe đạp, xe máy riêng cho người bệnh và nhân viên khoa.
- b- Trưởng khoa nội tim mạch – lão học có trách nhiệm tổ chức thực hiện:
 - Có sơ đồ hướng dẫn sự bố trí của khoa, các buồng khám và điều trị nội trú, buồng thủ thuật chuyên khoa.
 - Có nội quy của khoa nội tim mạch – lão học, quy định về Ý đức, quy định về quyền lợi và nghĩa vụ người bệnh và gia đình người bệnh đối với bệnh viện.
 - Xây dựng lịch làm việc của khoa, niêm yết tại nơi tiếp đón người bệnh.
 - Có biển đề tên buồng điều trị, bác sĩ, điều dưỡng phụ trách. Quy cách biển, chữ viết và màu sắc đồng bộ trong bệnh viện./.

BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC TRƯỞNG KHOA

- I. Bộ phận : Khoa nội tim mạch – lão học
II. Chức vụ : Trưởng Khoa
III. Cấp báo cáo : Ban Giám đốc bệnh viện
IV. Phạm vi quản lý : Khoa nội tim mạch – lão học
V. Trách nhiệm :

Dưới sự lãnh đạo của giám đốc bệnh viện, trưởng khoa lãnh đạo toàn bộ công tác của khoa với những nhiệm vụ và quyền hạn:

A. Nhiệm vụ:

1. Căn cứ kế hoạch của bệnh viện, xây dựng kế hoạch hoạt động của khoa để trình giám đốc bệnh viện phê duyệt và tổ chức thực hiện.
2. Kiểm tra đôn đốc các thành viên trong khoa thực hiện tốt quy định về Y đức và làm theo lời dạy của Bác Hồ "Lương y phải như từ mẫu".
3. Tổ chức, chỉ đạo các thành viên trong khoa thực hiện tốt nhiệm vụ của khoa và Quy chế bệnh viện.
4. Tham gia giảng dạy, hướng dẫn học viên đến thực tập tại khoa và các lớp học do giám đốc bệnh viện phân công.
5. Làm nghiên cứu khoa học. Sơ kết, tổng kết, rút kinh nghiệm công tác chuyên môn và quản lý.
6. Hướng về cộng đồng tổ chức, chỉ đạo mọi thành viên trong khoa tham gia công tác chăm sóc sức khoẻ ban đầu và chỉ đạo tuyến dưới.
7. Kiểm tra sát sao việc thực hiện Quy chế bệnh viện, Quy trình Kỹ thuật bệnh viện, Quy chế quản lý và sử dụng vật tư, thiết bị y tế, các trang bị thông dụng và việc thực hiện vệ sinh và bảo hộ lao động.
8. Định kỳ sơ kết, tổng kết công tác báo cáo giám đốc, những diễn biến bất thường, đột xuất phải báo cáo ngay.
9. Chủ trì giao ban khoa hàng ngày và dự giao ban bệnh viện.
10. Chủ trì các buổi hội chẩn, các buổi kiểm điểm tử vong tại khoa hoặc liên khoa.
11. Bố trí nhân lực trong khoa cho phù hợp với công việc.
12. Chỉ định các phương pháp chẩn đoán, điều trị, sử dụng thuốc, chăm sóc NB toàn diện, xử lý các trường hợp bất thường cho NB trong khoa.
13. Ký các giấy tờ cho người bệnh vào viện, chuyển khoa, ra viện, chứng nhận tình trạng sức khoẻ (chưa đến mức phải giám định) cho người bệnh, duyệt người bệnh ra viện.
14. Nhận xét các thành viên trong khoa, kể cả học viên thực tập về tinh thần trách nhiệm, thái độ phục vụ, khả năng chuyên môn, báo cáo giám đốc bệnh viện xét đề bạt, đào tạo, nâng lương, khen thưởng, kỷ luật.

15. Tổ chức tiếp đón người bệnh đến khám bệnh, chữa bệnh; chẩn đoán, điều trị và chăm sóc người bệnh trong khoa. Ngoài số giường trực tiếp điều trị trưởng khoa lâm sàng phải có kế hoạch thăm khám hội chẩn tất cả người bệnh trong khoa đặc biệt chú ý người bệnh cấp cứu, bệnh nặng để chỉ đạo các bác sĩ điều trị xử lý kịp thời những tình huống bất thường.

16. Sắp xếp các buồng bệnh liên hoàn, hợp lý theo từng chuyên khoa để đảm bảo công tác chuyên môn và tránh lây nhiễm bệnh tật .

17. Theo dõi sát sao và nắm chắc diễn biến bệnh lý của NB trong khoa.

18. Khám lại người bệnh trước khi hội chẩn, chuyên khoa, chuyên viện, ra viện. Những trường hợp khó, đặc biệt phải báo cáo ngay giám đốc bệnh viện xin ý kiến giải quyết.

19. Tổ chức thường trực và công tác cấp cứu liên tục 24 giờ, sẵn sàng phục vụ khi có yêu cầu.

20. Thực hiện các thủ thuật chuyên khoa trong khám bệnh, chữa bệnh theo đúng quy chế công tác khoa ngoại, quy chế công tác khoa PT - GMHS.

21. Tổ chức tốt công tác hành chính trong khoa. Đảm bảo chất lượng hồ sơ bệnh án theo quy định, cập nhật chính xác mọi số liệu. Tài liệu, sổ sách phải được lưu trữ theo quy định.

22. Thực hiện công tác đào tạo, làm nghiên cứu khoa học, tổng kết công tác điều trị và chăm sóc người bệnh.

23. Thực hiện công tác tuyên truyền giáo dục sức khoẻ cho NB tại khoa.

24. Tham dự họp Hội đồng người bệnh cấp khoa.

25. Tổ chức tuyên truyền giáo dục phòng chống bệnh tim mạch trong bệnh viện và tại cộng đồng.

B. Quyền hạn:

1. Điều hành, quản lý, phân công công việc trong khoa.

2. Tham mưu cho Ban giám đốc bệnh viện về chuyên môn, nhân sự, đào tạo, trang thiết bị y tế và hoạt động của khoa.

3. Ủy quyền cho phó trưởng khoa giải quyết công việc khi vắng mặt.

VI. Yêu cầu tối thiểu:

1. Học vấn / chuyên môn : Tốt nghiệp Đại học Y khoa, có bằng chuyên khoa cấp I hoặc thạc sĩ.

2. Kinh nghiệm : 3 năm.

3. Kỹ năng khác :

- Ngoại ngữ : Chứng chỉ B ngoại ngữ.

- Tin học : Biết sử dụng tin học văn phòng.

- Chính trị : Có bằng tốt nghiệp Trung cấp chính trị.

- Quản lý: Có bằng tốt nghiệp Quản lý hành chính.

- Có kỹ năng lãnh đạo, truyền đạt, thuyết trình ./.

BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC PHÓ TRƯỞNG KHOA

- I. Bộ phận : Khoa nội Tim mạch – lão học
- II. Chức vụ : Phó trưởng Khoa
- III. Cấp báo cáo : Trưởng khoa
- IV. Phạm vi quản lý : Khoa nội tim mạch – lão học
- V. Trách nhiệm :
- A. Nhiệm vụ:
1. Giúp trưởng khoa điều hành, lãnh đạo khoa.
 2. Cụ thể có các nhiệm vụ sau :
 - 2.1. Thay thế trưởng khoa giải quyết công việc của khoa khi trưởng khoa vắng mặt.
 - 2.2. Thực hiện kế hoạch công tác và chỉ đạo thực hiện khi đã thông qua trưởng khoa.
 - 2.3. Thường xuyên tìm hiểu tình hình tư tưởng, tinh thần thái độ công tác, năng lực nghiệp vụ của cán bộ công chức trong khoa.
 - 2.4. Lãnh đạo, đôn đốc cán bộ công chức trong khoa tuân thủ Quy chế bệnh viện, Quy trình kỹ thuật bệnh viện, các Quy định của nhà nước có liên quan đến hoạt động của khoa.
 - 2.5. Phụ trách công tác chuyên môn của khoa.
 - 2.6. Nghiên cứu khoa học.
- B. Quyền hạn :
- Điều hành, quản lý, phân công công việc trong khoa khi trưởng khoa vắng mặt.
- VI. Yêu cầu tối thiểu :
1. Học vấn / chuyên môn: Tốt nghiệp Đại học Y khoa, có bằng Chuyên khoa cấp I hoặc thạc sĩ.
 2. Kinh nghiệm: 3 năm
 3. Kỹ năng khác :
 - Ngoại ngữ : Chứng chỉ B ngoại ngữ.
 - Tin học : Biết sử dụng vi tính văn phòng.
 - Chính trị : Có bằng tốt nghiệp Trung cấp chính trị.
 - Quản lý: Có bằng tốt nghiệp Quản lý hành chính.
 - Có kỹ năng lãnh đạo, truyền đạt, thuyết trình./.

BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC ĐIỀU DƯỠNG TRƯỞNG KHOA

- I. Bộ phận : Khoa nội tim mạch – lão học
II. Chức vụ : Điều dưỡng trưởng khoa
III. Cấp báo cáo : Trưởng khoa.
IV. Phạm vi quản lý : Khoa nội tim mạch – lão học
V. Trách nhiệm :

Dưới sự chỉ đạo của trưởng khoa nội tim mạch – lão học và trưởng phòng điều dưỡng bệnh viện, điều dưỡng trưởng khoa Nội Tim mạch – lão học có những nhiệm vụ và quyền hạn sau :

A. Nhiệm vụ:

1. Quản lý chuyên môn :

- Tổ chức thực hiện công tác chăm sóc người bệnh toàn diện.
- Hàng ngày đến các buồng bệnh để kiểm tra, đôn đốc điều dưỡng và hộ lý thực hiện y lệnh của bác sĩ điều trị, Quy chế bệnh viện, Quy trình kỹ thuật bệnh viện, Quy chế giao tiếp. Phát hiện kịp thời các thiếu sót để chấn chỉnh hay báo cáo trưởng khoa xin ý kiến giải quyết.

- Tổ chức và theo dõi việc thực hiện công tác tuyên truyền giáo dục sức khỏe, vệ sinh phòng bệnh. Đôn đốc, kiểm tra việc thực hiện nội quy về vệ sinh trong các buồng bệnh.

- Tổ chức việc đón tiếp người bệnh ân cần, chu đáo. Theo dõi, điều hoà việc phân loại, chọn lọc người bệnh sắp xếp vào các buồng bệnh, đặc biệt chú ý đến người bệnh nặng, người bệnh nghi ngờ mắc bệnh truyền nhiễm, những người bệnh cần được ưu tiên.

- Giải quyết những ý kiến thắc mắc của người bệnh và gia đình người bệnh về phương diện tổ chức, chính sách có liên quan đến quyền lợi và nghĩa vụ của người bệnh và gia đình người bệnh.

- Theo dõi, ghi nhận ý kiến đóng góp của người bệnh đang điều trị để có sự giải thích, hướng dẫn phù hợp hoặc đề cải tiến công tác phục vụ người bệnh được công bằng, chu đáo, không để người bệnh phiền hà .

- Thường xuyên kiểm tra công tác vệ sinh khoa phòng và việc thực hiện quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn.

2. Quản lý và điều hành nhân lực :

- Phân công, điều phối công việc hợp lý cho nhân viên điều dưỡng và hộ lý phù hợp với khả năng từng người.

- Lập bảng phân công công việc, phân công thường trực hàng tháng cho bác sĩ, điều dưỡng và hộ lý trình trưởng khoa phê duyệt. Điều động điều dưỡng, hộ lý đột xuất khi cần thiết.

- Lập kế hoạch cho nhân viên nghỉ phép, nghỉ bù hợp lý.

- Hàng tháng tổng hợp bảng chấm công lao động, chấm công trực, chấm công làm thêm giờ (nếu có) nộp các phòng chức năng liên quan.

- Kiểm tra sự hoàn thành nhiệm vụ, kỷ luật lao động đối với từng điều dưỡng, hộ lý để đề bạt biểu dương hoặc nhắc nhở.

3. Quản lý tài sản:

- Lập yêu cầu về trang thiết bị y tế, văn phòng phẩm, ấn chỉ cho công tác chăm sóc và phục vụ người bệnh định kỳ theo quy định.

- Lập bảng liệt kê theo dõi tài sản hàng năm và báo cáo những dụng cụ cần thanh lý.

- Giám sát việc sử dụng, bảo quản dụng cụ, trang thiết bị y tế.

- Chịu trách nhiệm về tài sản trong khoa.

- Lập yêu cầu sửa chữa hoặc bảo dưỡng cơ ngơi, trang thiết bị y tế đột xuất hay định kỳ.

4. Quản lý hành chính :

- Chịu trách nhiệm tổng quát về mọi công tác giấy tờ, sổ sách, báo cáo thống kê, lưu trữ trong khoa.

- Kiểm tra sự phù hợp về thủ tục hành chính của hồ sơ bệnh án và các vấn đề liên quan đến hoạt động của khoa.

- Phổ biến cho nhân viên các thông báo, chỉ thị của các cấp lãnh đạo.

- Thường xuyên liên lạc với phòng điều dưỡng bệnh viện và điều dưỡng trưởng các khoa, phòng khác để trao đổi công việc cần thiết phục vụ người bệnh.

5. Hướng dẫn huấn luyện :

- Hướng dẫn, huấn luyện cho điều dưỡng, hộ lý biết thành thạo các kỹ thuật chăm sóc người bệnh.

- Hướng dẫn, giải thích, giám sát công tác của điều dưỡng, hộ lý mới.

- Hướng dẫn nhân viên điều dưỡng, hộ lý thi tay nghề.

B. Quyên hạn :

1. Phân công điều dưỡng, hộ lý đáp ứng yêu cầu công việc của khoa.

2. Kiểm tra, đánh giá việc thực hiện Quy chế bệnh viện, các Quy trình kỹ thuật bệnh viện, Quy chế giao tiếp của điều dưỡng, hộ lý trong khoa.

VI. Yêu cầu tối thiểu:

1. Trình độ chuyên môn: Điều dưỡng trung học.

2. Đã được đào tạo về quản lý điều dưỡng, có kinh nghiệm về quản lý nguồn nhân lực và Quy trình kỹ thuật chăm sóc.

3. Có kỹ năng giao tiếp, hướng dẫn và giảng dạy.

4. Có tinh thần trách nhiệm, mẫu mực trong công việc và quản lý.

5. Thâm niên công tác: Có 03 năm công tác trở lên./.

BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC **BÁC SĨ ĐIỀU TRỊ**

- I. Bộ phận : Khoa nội tim mạch – lão học
II. Chức vụ : Bác sĩ điều trị
III. Cấp báo cáo : Trưởng khoa.
IV. Phạm vi quản lý : Khoa nội tim mạch – lão học
V. Trách nhiệm :

Dưới sự chỉ đạo của trưởng khoa, bác sĩ điều trị khoa nội Tim mạch – lão học chịu trách nhiệm trước trưởng khoa về việc khám bệnh và chữa bệnh nội, ngoại trú. Bác sĩ điều trị có nhiệm vụ và quyền hạn sau:

A. Nhiệm vụ:

1. Nghiêm chỉnh thực hiện Quy chế bệnh viện, đặc biệt phải chú ý các quy chế: Chẩn đoán bệnh, làm hồ sơ bệnh án và kê đơn điều trị, quy chế cấp cứu, quy chế hội chẩn, quy chế vào viện, chuyển khoa, chuyển viện, ra viện, quy chế quản lý buồng bệnh, buồng thủ thuật, quy chế sử dụng thuốc, quy chế kiểm soát nhiễm khuẩn.

2. Đối với những người bệnh mới vào hoặc từ khoa khác chuyển đến phải khám ngay, cho y lệnh về thuốc, chế độ chăm sóc, ăn uống. Trong 24 giờ phải hoàn thành bệnh án, các xét nghiệm cần thiết. Người bệnh cấp cứu phải làm bệnh án ban đầu ngay sau khi vào viện.

3. Khi bác sĩ trưởng khoa thăm khám người bệnh, bác sĩ điều trị có trách nhiệm báo cáo đầy đủ diễn biến của người bệnh trong quá trình điều trị để xin ý kiến hướng dẫn của trưởng khoa.

4. Hàng ngày, buổi sáng phải khám từng người bệnh trong đơn nguyên mình phụ trách, cho y lệnh về thuốc, chế độ chăm sóc, ăn uống. Buổi chiều đi thăm lại người bệnh một lần nữa và cho y lệnh bổ sung khi cần thiết. Đối với người bệnh nặng phải được theo dõi sát, xử lý kịp thời khi có diễn biến bất thường.

5. Thực hiện chế độ hội chẩn theo đúng quy định đối với những trường hợp sau:

- Người bệnh nặng, nguy kịch.
- Người bệnh đã được chẩn đoán và điều trị nhưng bệnh thuyên chuyển chậm hoặc không có kết quả.

6. Thực hiện các thủ thuật chuyên khoa do trưởng khoa phân công. Trước khi thực hiện phải thăm khám lại người bệnh và ra y lệnh chuẩn bị chu đáo để đảm bảo điều kiện an toàn nhất cho người bệnh.

7. Hàng ngày phải kiểm tra:

- Các chỉ định về thuốc, chế độ chăm sóc, ăn uống, nghỉ ngơi của người bệnh, việc thực hiện y lệnh điều trị, chăm sóc của điều dưỡng, hộ lý.

- Các chỉ định không còn phù hợp với tình trạng bệnh phải được thay đổi ngay.

- Sự đảm bảo vệ sinh cá nhân người bệnh đồng thời hướng dẫn, giáo dục y tế với người bệnh việc tự chăm sóc và giữ gìn sức khỏe. 8. Hàng ngày, cuối giờ làm việc phải ghi vào sổ bàn giao cho bác sĩ thường trực những trường hợp bệnh nặng, bệnh đặc biệt, những yêu cầu theo dõi và những y lệnh cần thiết còn lại trong ngày của từng người bệnh.

9. Tham gia thường trực theo lịch phân công của trưởng khoa.

10. Tham gia hoạt động chăm sóc sức khỏe ban đầu ở tuyến y tế cơ sở theo sự phân công của giám đốc bệnh viện và trưởng khoa.

11. Tham gia hội chẩn, kiểm thảo tử vong khi được yêu cầu. Tổng kết bệnh án cho người bệnh chuyển khoa, ra viện, chuyển viện theo quy chế vào viện, chuyển khoa, chuyển viện, ra viện.

12. Hướng dẫn học viên thực tập theo sự phân công của trưởng khoa.

13. Thực hiện công tác nghiên cứu khoa học, tham dự hội nghị khoa học theo sự phân công của trưởng khoa và giám đốc bệnh viện.

14. Thường xuyên động viên người bệnh tin tưởng, an tâm điều trị.

15. Thực hiện nghiêm chỉnh Quy định về Y đức, Quy chế giao tiếp.

B. Quyền hạn:

1. Khám bệnh, chẩn đoán, kê đơn thuốc, ra y lệnh điều trị, chăm sóc người bệnh theo Quy chế bệnh viện.

2. Ký đơn thuốc, phiếu lĩnh thuốc.

VI. Yêu cầu tối thiểu :

- Học vấn / Chuyên môn: Tốt nghiệp Đại học Y khoa

- Ngoại ngữ: Chứng chỉ A ngoại ngữ.

- Tin học: Biết sử dụng tin học văn phòng./.

BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC **ĐIỀU DƯỠNG HÀNH CHÍNH KHOA**

- I. Bộ phận : Khoa nội Tim mạch – lão học
II. Chức vụ : Điều dưỡng viên
III. Cấp báo cáo : Điều dưỡng trưởng khoa
IV. Phạm vi quản lý : Khoa nội tim mạch – lão Học
V. Trách nhiệm :

Dưới sự chỉ đạo của trưởng khoa và điều dưỡng trưởng khoa, điều dưỡng hành chính khoa có nhiệm vụ sau:

1. Thực hiện công việc thống kê theo quy định:
 - a. Ghi cập nhật sổ đăng ký người bệnh vào viện, chuyển khoa, chuyển viện, ra viện và tử vong.
 - b. Báo cáo tình hình người bệnh hàng ngày, hàng tháng 3, 6, 9 và 12 tháng theo quy định.
2. Bảo quản hồ sơ bệnh án, ấn chỉ, vật dụng khoa trại, sổ sách, tài liệu trong khoa trong phạm vi được phân công:
 - a. Lập sổ mua, lãnh và bảo quản văn phòng phẩm, ấn chỉ, vật dụng khoa trại theo dự trù của điều dưỡng trưởng khoa.
 - b. Lập sổ cấp phát để sử dụng theo kế hoạch của điều dưỡng trưởng khoa.
 - c. Kiểm tra sự hoàn chỉnh, chuyển bệnh án đã được trưởng khoa duyệt của người bệnh ra viện, tử vong đến phòng lưu trữ.
3. Quản lý thuốc dùng hàng ngày cho người bệnh trong khoa.
 - a. Tổng hợp thuốc dùng hàng ngày theo y lệnh và viết phiếu lĩnh thuốc để trình trưởng khoa duyệt.
 - b. Lĩnh thuốc và bàn giao thuốc hàng ngày để điều dưỡng chăm sóc thực hiện cho từng người bệnh theo y lệnh.
 - c. Kiểm tra sử dụng thuốc trực hàng ngày và bổ sung thuốc trực theo cơ số quy định.
 - d. Thu hồi thuốc thừa để trả lại khoa dược theo quy chế sử dụng thuốc.
 - e. Tổng hợp thuốc đã dùng cho một người bệnh trước lúc ra viện.
4. Tham gia thường trực và chăm sóc người bệnh khi cần.
5. Thay điều dưỡng trưởng khoa khi được uỷ quyền.

VI. Yêu cầu tối thiểu :

- Tốt nghiệp Điều dưỡng trung cấp.
- Có bằng A tin học./.

BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC **ĐIỀU DƯỠNG CHĂM SÓC**

- I. Bộ phận : Khoa Nội Tim Mạch – Lão Học
II. Chức vụ: Điều dưỡng chăm sóc
III. Cấp báo cáo: Điều dưỡng trưởng khoa
IV. Phạm vi quản lý: Khoa nội tim mạch – lão học
V. Trách nhiệm:

Dưới sự chỉ đạo của trưởng khoa và điều dưỡng trưởng khoa, điều dưỡng chăm sóc có nhiệm vụ sau:

1. Nghiêm chỉnh thực hiện Quy chế bệnh viện, đặc biệt chú ý thực hiện quy chế chăm sóc người bệnh toàn diện, quy chế quản lý buồng bệnh và buồng thủ thuật, quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn.
2. Nghiêm chỉnh thực hiện đầy đủ y lệnh của thầy thuốc.
3. Thực hiện chăm sóc người bệnh theo đúng quy trình kỹ thuật bệnh viện:
 - a. Điều dưỡng trung cấp thực hiện được các kỹ thuật cơ bản như: Lập kế hoạch chăm sóc cho người bệnh, uống thuốc, thực hiện kỹ thuật tiêm thuốc, truyền dịch thay băng, đặt thông, kỹ thuật cấp cứu theo quy định và vận hành bảo quản các thiết bị y tế trong khoa theo sự phân công.
 - b. Điều dưỡng cao đẳng, điều dưỡng: Ngoài việc thực hiện các công việc như điều dưỡng trung cấp phải thực hiện các kỹ thuật chăm sóc phức tạp khi điều dưỡng trung cấp không thực hiện được, tham gia đào tạo, quản lý và sử dụng thành thạo các thiết bị y tế trong khoa.
4. Đối với những người bệnh nặng nguy kịch phải chăm sóc theo y lệnh và báo cáo kịp thời những diễn biến bất thường cho bác sĩ điều trị xử lý kịp thời.
5. Ghi những thông số, dấu hiệu, triệu chứng bất thường của người bệnh và cách xử lý vào phiếu theo dõi và phiếu chăm sóc theo quy định.
6. Hàng ngày cuối giờ làm việc phải bàn giao người bệnh cho điều dưỡng trực và ghi vào sổ những y lệnh còn lại trong ngày, những yêu cầu theo dõi, chăm sóc đối với từng người bệnh, đặc biệt là người bệnh nặng.
7. Bảo quản tài sản, thuốc, dụng cụ y tế; trật tự và vệ sinh buồng bệnh, buồng thủ thuật trong phạm vi được phân công.
8. Tham gia nghiên cứu khoa học về lĩnh vực chăm sóc người bệnh và hướng dẫn thực hành về công tác chăm sóc người bệnh cho học viên khi được điều dưỡng trưởng khoa phân công.
9. Tham gia thường trực theo sự phân công của điều dưỡng trưởng khoa.
10. Động viên người bệnh an tâm điều trị.
11. Thực hiện nghiêm chỉnh Quy định về y đức, Quy chế giao tiếp.

12. Thường xuyên tự học, cập nhật kiến thức.

VI. Yêu cầu tối thiểu :

- Tốt nghiệp Điều dưỡng trung cấp.

BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC HỘ LÝ

- I. Bộ phận : Khoa nội tim mạch – lão học
II. Chức vụ: Hộ lý
III. Cấp báo cáo: Điều dưỡng trưởng khoa
IV. Phạm vi quản lý: Khoa nội tim mạch – lão học
V. Trách nhiệm:

Dưới sự chỉ đạo của trưởng khoa, điều dưỡng trưởng khoa, hộ lý có nhiệm vụ sau:

1. Thực hiện vệ sinh sạch, đẹp, ngăn nắp, trật tự trong các buồng bệnh, buồng thủ thuật, buồng tắm, buồng vệ sinh, hành lang, cầu thang, buồng làm việc của khoa theo quy chế quản lý buồng bệnh và buồng thủ thuật và quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện.

2. Phục vụ người bệnh:

a- Thay, đổi đồ vải của người bệnh theo quy định.

b- Đồ bỏ, chất thải của người bệnh.

c- Cọ rửa và tiệt khuẩn dụng cụ đựng chất thải của người bệnh, đảm bảo luôn khô, sạch.

3. Phụ điều dưỡng chăm sóc người bệnh toàn diện:

a- Hỗ trợ người bệnh thực hiện vệ sinh thân thể.

b- Vận chuyển người bệnh.

c- Vận chuyển phương tiện và thiết bị phục vụ người bệnh và mang sửa chữa thiết bị hỏng.

4. Thu gom, quản lý chất thải trong khoa:

a- Đặt các thùng rác tại các vị trí quy định của khoa (có lót túi nilon ở trong).

b- Tập trung, phân loại rác từ các buồng bệnh, buồng thủ thuật vào thùng rác chung của khoa.

c- Buộc túi ni lon khi rác đầy 3/4 túi và dán nhãn, ghi rõ tên khoa trên nhãn.

d- Thu gom bỏ rác vào thùng không để rác rơi vãi ra ngoài.

e. Cọ rửa thùng rác hàng ngày.

5. Bảo quản tài sản trong phạm vi được phân công.

6. Thực hiện nghiêm chỉnh Quy định về y đức, Quy chế giao tiếp.

7. Thực hiện các nhiệm vụ chuyên môn khác theo sự phân công của điều dưỡng trưởng khoa, **cụ thể như sau :**

a. Công việc thường xuyên:

- Làm vệ sinh sàn nhà 2 lần trong ngày và khi cần.

- Tổng vệ sinh buồng bệnh, vật tư y tế trong phạm vi được phân công quản lý hàng tuần.

- Gởi đồ vải giặt theo quy định.

- Gởi mẫu bệnh phẩm xét nghiệm.
- Chuyển người bệnh vào buồng bệnh, bàn giao hồ sơ bệnh án cho điều dưỡng phụ trách buồng bệnh.
- Nhắc nhở người bệnh và gia đình người bệnh giữ nội quy khoa trong lúc làm vệ sinh buồng bệnh.

b. Công việc khi có yêu cầu:

- Chăm sóc hay phụ điều dưỡng chăm sóc người bệnh khi điều dưỡng chăm sóc yêu cầu.
- Phụ điều dưỡng hành chánh lãnh thuốc, lãnh văn phòng phẩm, ấn chỉ, trả hồ sơ bệnh án ra viện.
- Nộp sổ sách, công văn đến các phòng chức năng.
- Thực hiện những công việc do điều dưỡng trưởng khoa trực tiếp phân công.

VI. Yêu cầu tối thiểu :

- Có đầy đủ sức khoẻ đáp ứng nhu cầu công việc.
- Có đạo đức nghề nghiệp.
- Chấp hành kỷ luật lao động./.

Ký hiệu: QCHĐ10-KNTM-LH

Long Xuyên, ngày 01 tháng 04 năm 2010

LỊCH SINH HOẠT

THỨ	Sáng	Chiều
Hai	- 7h-7h30: Giao ban cấp 1. - 7h30–8h30: Trưởng khoa giao ban cấp 2.	- Trưởng khoa tham gia khám bệnh tại buồng khám nội tim mạch khoa khám bệnh.
Ba	- 7h-7h30: Giao ban cấp 1. - 7h30–8h30: Trưởng khoa giao ban cấp 2.	- 14h-17h: Sinh hoạt chuyên môn điều dưỡng cấp bệnh viện (tuần 1,3). Sinh hoạt chuyên môn điều dưỡng cấp khoa (tuần 4). - 14h-17h: ĐDTK họp ĐDTK BV (tuần 2 và tuần cuối tháng).
Tư	- 7h-7h30: Giao ban cấp 1. - 7h30–8h30: Trưởng khoa giao ban cấp 2.	- 15h30-17h: Họp hội đồng người bệnh cấp khoa. - 14h-17h: Họp hội đồng trưởng khoa BV (tuần cuối tháng, nếu có).
Năm	- 7h-7h30: Giao ban cấp 1. - 7h30–8h30: Trưởng khoa giao ban cấp 2. - 9h30-11h: Trưởng khoa đi buồng định kỳ.	- 14h-17h: Sinh hoạt chuyên môn bác sĩ cấp bệnh viện.
Sáu	- 7h-7h30: Giao ban cấp 1. - 7h30–8h30: Trưởng khoa giao ban cấp 2. - 8h30-9h: Trưởng khoa họp duyệt lịch mổ khối ngoại. - 9h30-11h: Kiểm điểm tử vong và bình hồ sơ điều trị (nếu có).	- 15h-17h: Sinh hoạt chuyên môn bác sĩ cấp khoa (tuần 3). - 15h-17h: Họp khoa tháng, quý, năm (tuần cuối tháng).

Ghi chú :

- Họp đột xuất hoặc thay đổi lịch họp do Trưởng khoa quyết định./.

MỤC LỤC

STT	NỘI DUNG	KÝ HIỆU	SỐ TRANG
1.	Sơ đồ tổ chức khoa nội tim mạch – lão học	QCHĐ01-KNTM-LH	2
2.	Quy chế công tác khoa nội tim mạch – lão học.	QCHĐ02-KNTM-LH	3 - 4

3.	Bảng mô tả công việc trưởng khoa	QCHĐ03-KNTM-LH	5 - 6
4.	Bảng mô tả công việc phó trưởng khoa.	QCHĐ04-KNTM-LH	7
5.	Bảng mô tả công việc điều dưỡng trưởng khoa.	QCHĐ05-KNTM-LH	8 - 9
6.	Bảng mô tả công việc bác sĩ điều trị.	QCHĐ06-KNTM-LH	10 - 11
7.	Bảng mô tả công việc điều dưỡng hành chính khoa.	QCHĐ07-KNTM-LH	12
8.	Bảng mô tả công việc điều dưỡng chăm sóc.	QCHĐ08-KNTM-LH	13 - 14
9.	Bảng mô tả công việc hộ lý.	QCHĐ09-KNTM-LH	15 - 16
10.	Lịch sinh hoạt.	QCHĐ10-KNTM-LH	17
11.	Mục lục.		18

SỞ Y TẾ AN GIANG BVĐKTT AN GIANG KHOA NỘI TIM MẠCH - LÃO HỌC	CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM <u>Độc lập - Tự do - Hạnh phúc</u>
Ký hiệu: QTCL-KNTM-LH	Long Xuyên, ngày 01 tháng 04 năm 2010



ISO 9001: 2008
KHOA NỘI TIM MẠCH – LÃO HỌC

Phần 3: QUY TRÌNH CHẤT LƯỢNG



Người lập

*Phê duyệt
Giám đốc*

BS PHẠM CHÍ HIỀN

TS.BS NGUYỄN VĂN SÁCH

SỞ Y TẾ AN GIANG
BVĐKTT AN GIANG

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

QUY TRÌNH TIẾP NHẬN NGƯỜI BỆNH KHÁM NGOẠI TRÚ

I. MỤC ĐÍCH:

1. Người đến khám bệnh, chữa bệnh là đối tượng phục vụ của bệnh viện, của khoa nội tim mạch – lão học và được đối xử bình đẳng, lịch sự.
2. Phải đảm bảo các thủ tục hành chính quy định.
3. Không được gây phiền hà cho người bệnh.
4. Tạo cho người bệnh có niềm tin, an tâm điều trị.

II. PHẠM VI ÁP DỤNG:

- Buồng nhận bệnh tại khoa Nội tim mạch – lão học.

III. TÀI LIỆU LIÊN QUAN:

1. Quy chế bệnh viện – năm 1997 – Bộ Y tế.
2. Quyết định 526/BYT-QĐ ngày 10/06/1993 của Bộ Y tế Quy định về chế độ trách nhiệm của Y tá trong việc chăm sóc bệnh nhân tại bệnh viện.
3. Quyết định 4031/2001/QĐ-BYT ngày 27/09/2001 của Bộ Y tế về việc ban hành bản “ Quy định về chế độ giao tiếp trong các cơ sở khám, chữa bệnh”.
4. Bảng điểm kiểm tra bệnh viện năm 2009.

IV. ĐỊNH NGHĨA THUẬT NGỮ:

1. NB = Người bệnh và / hoặc thân nhân người bệnh.
2. YLĐT = Y lệnh điều trị của bác sĩ.
3. BS = Bác sĩ.
4. DD = Điều dưỡng.

V. NỘI DUNG:

1. Đối với NB:

- 1.1. Đăng ký khám chữa bệnh tại bàn nhận bệnh.
- 1.2. Lấy số thứ tự khám chữa bệnh.
- 1.3. Đóng tiền viện phí khám chữa bệnh.
- 1.4. Chờ đến lượt khám bệnh theo quy định.
- 1.5. Được DD lấy dấu hiệu sinh tồn, đo điện tim, hướng dẫn thực hiện xét nghiệm, cận lâm sàng cần thiết có liên quan đến bệnh lý theo YLĐT.
- 1.6. Được BS khám bệnh, chẩn đoán bệnh, cấp toa thuốc điều trị và hướng dẫn cần thiết.
- 1.7. Nhận (mua) thuốc từ cửa hàng thuốc bệnh viện.
- 1.8. Thực hiện y lệnh theo đơn thuốc điều trị và sự hướng dẫn.

2. Đối với DD tiếp nhận NB:

2.1. Đối tượng NB được cấp đơn thuốc / hồ sơ điều trị ngoại trú:

- 2.1.1. DD chủ động tiếp đón với thái độ niềm nở và sẵn sàng giúp đỡ NB.

2.1.2. Xem thủ tục hành chính của NB (nếu có) như giấy hẹn khám bệnh, giấy ra viện, giấy chuyển viện của tuyến trước, ...

2.1.3. Cho NB lấy số thứ tự khám bệnh. Ưu tiên NB nặng, người già, phụ nữ có thai.

2.1.4. Nhập dữ liệu của NB vào sổ khám bệnh / máy vi tính để lưu trữ.

2.1.5. Hướng dẫn NB ngồi chờ đúng nơi quy định.

2.1.6. Hướng dẫn NB đóng viện phí và làm các thủ tục hành chính cần thiết.

2.1.7. Báo BS phụ trách để khám NB.

2.1.8. Gọi họ tên NB theo số thứ tự để BS khám bệnh.

2.1.9. Lấy dấu hiệu sinh tồn (mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở) ghi vào hồ sơ khám bệnh, đo điện tim hay hướng dẫn NB thực hiện xét nghiệm, cận lâm sàng cần thiết có liên quan đến bệnh lý theo YLĐT.

2.1.10. Có nhiệm vụ phụ giúp bác sĩ trong suốt thời gian khám bệnh. Cung cấp các chỉ số sinh tồn và tình hình NB sau quá trình tiếp xúc, theo dõi. Chuẩn bị dụng cụ, phương tiện, biểu mẫu ấn phẩm cần thiết cho yêu cầu khám bệnh và ghi hồ sơ điều trị của BS.

2.1.11. Nhập dữ liệu của NB sau khi hoàn tất việc khám bệnh vào sổ khám bệnh / máy vi tính để lưu trữ.

2.1.12. Hướng dẫn NB thực hiện chế độ điều trị, chăm sóc, ăn uống, nghỉ ngơi, luyện tập phục hồi chức năng theo YLĐT đã ghi trong đơn thuốc / hồ sơ điều trị ngoại trú.

2.2. Đối tượng NB được BS chỉ định nhập viện điều trị nội trú:

2.2.1. Thực hiện như từ 2.1.1 đến 2.1.11.

2.2.2. Chuẩn bị hồ sơ bệnh án nội trú, các phiếu cận lâm sàng để BS làm hồ sơ bệnh án nhập viện. (Hồ sơ bệnh án: Điều dưỡng ghi từ mục số 1 – 10. Các phiếu cận lâm sàng: Điều dưỡng ghi phần hành chính).

2.2.3. Nhập dữ liệu của NB vào sổ vào viện / máy vi tính để lưu trữ.

2.2.4. Thực hiện tiếp (xem quy trình tiếp nhận người bệnh nhập viện nội trú, ký hiệu QTCL02-KNTM-LH từ 1.1.9 đến 1.1.13)

3. Đối với BS khám bệnh:

3.1. Thăm khám NB, chỉ định cận lâm sàng, chẩn đoán bệnh.

3.2. Kê đơn điều trị / làm hồ sơ điều trị ngoại trú.

3.3. Hướng dẫn NB thực hiện chế độ điều trị, chăm sóc, ăn uống, nghỉ ngơi và luyện tập phục hồi chức năng.

3.4. Nếu chỉ định NB nhập viện điều trị nội trú: Làm hồ sơ bệnh án ban đầu theo quy chế chẩn đoán bệnh, chỉ định thuốc và phương pháp điều trị, cận lâm sàng, phân cấp chăm sóc, chỉ định NB nằm buồng điều trị phù hợp./.

Long Xuyên, ngày 01 tháng 04 năm 2010

QUY TRÌNH TIẾP NHẬN NGƯỜI BỆNH NHẬP VIỆN NỘI TRÚ

I. MỤC ĐÍCH:

1. Người đến khám bệnh, chữa bệnh là đối tượng phục vụ của khoa và được đối xử bình đẳng, lịch sự.
2. Phải đảm bảo các thủ tục hành chính quy định.
3. Không được gây phiền hà cho người bệnh.
4. Tạo cho người bệnh có niềm tin, an tâm điều trị.

II. PHẠM VI ÁP DỤNG:

- Buồng nhận bệnh tại khoa Nội tim mạch – lão học.

III. TÀI LIỆU LIÊN QUAN:

1. Quy chế bệnh viện – năm 1997.
2. Quyết định 526/BYT-QĐ ngày 10/06/1993 của Bộ Y tế Quy định về chế độ trách nhiệm của Y tá trong việc chăm sóc bệnh nhân tại bệnh viện.
3. Quyết định 4031/2001/QĐ-BYT ngày 27/09/2001 của Bộ Y tế về việc ban hành bản “ Quy định về chế độ giao tiếp trong các cơ sở khám, chữa bệnh”.
4. Bảng điểm kiểm tra bệnh viện năm 2009.

IV. ĐỊNH NGHĨA THUẬT NGỮ:

1. NB = Người bệnh và / hoặc thân nhân người bệnh.
2. YLĐT = Y lệnh điều trị của bác sĩ.
3. BS = Bác sĩ.
4. ĐD = Điều dưỡng.

V. NỘI DUNG:

1. Đối với NB không cấp cứu:

1.1. Đối với NB do khoa các khoa khác trong bệnh viện chuyển đến, điều dưỡng nhận bệnh thực hiện:

- 1.1.1. Chủ động tiếp đón NB với thái độ niềm nở và sẵn sàng giúp đỡ NB.
- 1.1.2. Hướng dẫn NB nằm hay ngồi chờ đúng nơi quy định.
- 1.1.3. Lấy dấu hiệu sinh tồn (mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở) và ghi vào hồ sơ bệnh án.
- 1.1.4. Ký bàn giao tình trạng NB, hồ sơ bệnh án, thuốc men và những giấy tờ liên quan đến NB với ĐD đã chuyển NB đến.
- 1.1.5. Báo BS phụ trách khám người bệnh.

1.1.6. Thực hiện YLĐT hay cận lâm sàng tại chỗ nếu có chỉ định, như thực hiện thuốc, đo điện tim, lấy mẫu bệnh phẩm xét nghiệm.

1.1.7. Có nhiệm vụ giúp bác sĩ trong suốt thời gian khám bệnh. Cung cấp các chỉ số sinh tồn và tình hình NB sau quá trình tiếp xúc, theo dõi. Chuẩn bị dụng cụ, phương tiện, biểu mẫu ấn phẩm cần thiết cho yêu cầu khám bệnh và ghi hồ sơ bệnh án của bác sĩ.

1.1.8. Nhập dữ liệu của NB vào sổ vào viện / máy vi tính để lưu trữ.

1.1.9. Hướng dẫn NB những quy định của bệnh viện, của khoa, bổ sung thủ tục hành chính cần thiết, đóng tạm ứng viện phí.

1.1.10. Thông báo ĐD phụ trách khu vực buồng bệnh sẽ chuyển NB đến nằm điều trị để sắp xếp buồng / giường bệnh.

1.1.11. Thông báo hộ lý phụ trách để chuẩn bị giường.

1.1.12. Kết hợp hộ lý hay thân nhân NB chuyển NB đến giường nằm.

1.1.13. Bàn giao NB, hồ sơ bệnh án cho điều dưỡng phụ trách giường bệnh.

1.2. Đối với NB vào thẳng khoa, điều dưỡng tiếp nhận NB thực hiện:

1.2.1. Quy trình khám bệnh ngoại trú tại khoa (ký hiệu QTCL01-KNTM-LH từ 2.2.1 đến 2.2.3)

1.2.2. Thực hiện tiếp từ 1.1.9 đến 1.1.13.

2. Đối với NB cấp cứu:

ĐD tiếp nhận NB khi có nghi ngờ hay xác định NB đang trong tình trạng cấp cứu (qua tri giác, mạch, huyết áp kẹt, ngưng tuần hoàn hô hấp, thể hiện trong giấy chuyển viện của tuyến trước, hồ sơ bệnh án ...), thực hiện:

2.1. Dùng brancard chuyển ngay NB vào buồng cấp cứu, có thể nhờ bất cứ ai có mặt gần đó để phụ di chuyển NB.

2.2. Thông tin và bàn giao NB cho ĐD buồng cấp cứu để sắp xếp giường nằm.

2.3. Hỗ trợ ĐD buồng cấp cứu sơ cứu / cấp cứu NB nếu cần.

2.4. Hoàn tất các thủ tục hành chính, hồ sơ bệnh án phân nhiệm vụ thường lệ của mình và bàn giao hồ sơ bệnh án cho ĐD buồng cấp cứu./.

Long Xuyên, ngày 01 tháng 04 năm 2010

QUY TRÌNH GIẢI QUYẾT NGƯỜI BỆNH RA VIỆN, CHUYỂN VIỆN, CHUYỂN KHOA

I. MỤC ĐÍCH:

1. Người đến khám bệnh, chữa bệnh là đối tượng phục vụ của khoa và được đối xử bình đẳng, lịch sự.
2. Phải đảm bảo các thủ tục hành chính quy định.
3. Không được gây phiền hà cho người bệnh.
4. Đảm bảo chính xác, trung thực khi thanh toán viện phí.
5. Để người bệnh được thanh toán viện phí, nhận giấy ra viện, lãnh thuốc bảo hiểm y tế ra viện sớm nhất có thể được.
6. Tránh phiền hà giữa các khoa chuyển và nhận người bệnh.

II. PHẠM VI ÁP DỤNG:

- Khoa Nội tim mạch – lão học.

III. TÀI LIỆU LIÊN QUAN:

1. Quy chế bệnh viện – năm 1997 – Bộ Y tế.
2. Quyết định 526/BYT-QĐ ngày 10/06/1993 của Bộ Y tế Quy định về chế độ trách nhiệm của Y tá trong việc chăm sóc bệnh nhân tại bệnh viện.
3. Quyết định 4031/2001/QĐ-BYT ngày 27/09/2001 của Bộ Y tế về việc ban hành bản “ Quy định về chế độ giao tiếp trong các cơ sở khám, chữa bệnh”.
4. Bảng điểm kiểm tra bệnh viện năm 2009.
5. Quy trình chuyển viện (ký hiệu QT03-KHTH). Quy trình ra viện (ký hiệu QT04-KHTH) – ISO 9001 phòng kế hoạch tổng hợp bệnh viện năm 2009.

IV. ĐỊNH NGHĨA THUẬT NGỮ:

- NB = Người bệnh và / hoặc thân nhân người bệnh.
- BS = Bác sĩ.
- ĐD = Điều dưỡng.
- YLĐT = Y lệnh điều trị của bác sĩ.
- ĐDCS = Điều dưỡng chăm sóc
- ĐDHC = Điều dưỡng hành chánh
- HSBA = Hồ sơ bệnh án.
- BHYT = Bảo hiểm y tế.

V. NỘI DUNG:

A. NB ra viện, chuyển viện có dự kiến:

1. Một ngày trước ngày NB ra viện, chuyển viện:

1.1. Buổi sáng:

1.1.1. BS: Chỉ định ra viện, cho YLĐT ngày hôm đó và cả ngày ra viện, chuyển viện (nếu cần), cho y lệnh cấp thuốc BHYT ra viện (nếu cần).

1.1.2. ĐDCS: Thông báo đến ĐDHC các trường hợp ra viện, chuyển viện ngày hôm sau (bằng sổ), gửi sổ lãnh thuốc BHYT ra viện (nếu có) đến ĐDHC.

1.1.3. ĐDHC căn cứ vào sổ báo NB ra viện, chuyển viện nhập liệu tất cả chi phí điều trị của NB đến thời điểm đó, in phiếu tổng hợp thanh toán ra viện.

1.2. Buổi chiều:

1.2.1. BS: Hoàn tất HSBA, giấy ra viện, chuyển viện (nếu có thể được).

1.2.2. ĐDCS: Gửi HSBA của NB ra viện, chuyển viện ngày hôm sau đến ĐDHC trước 15 giờ.

1.2.3. ĐDHC: Kiểm tra HSBA ra viện, chuyển viện theo quy định:

- Sự hoàn chỉnh về phần hành chánh.
- Đối chiếu chi phí điều trị giữa HSBA và phiếu thanh toán ra viện.
- Nếu phần hành chánh chưa hoàn chỉnh hay chi phí điều trị giữa HSBA và phiếu thanh toán chưa phù hợp phải chỉnh sửa, bổ sung và in lại phiếu thanh toán ra viện nếu kịp thời gian. Kẹp phiếu lãnh thuốc BHYT ra viện vào sổ BHYT của NB nếu NB có lãnh thuốc BHYT ra viện, bàn giao lại ĐDCS.

2. Ngày ra viện, chuyển viện:

2.1. Buổi sáng:

2.1.1. BS: Hoàn tất HSBA, giấy ra viện, chuyển viện, ký tên phiếu lãnh thuốc BHYT ra viện... sau khi đi buồng khám bệnh.

2.1.2. ĐDCS: Thực hiện y lệnh xong, hoàn tất HSBA phần điều dưỡng, chuyển HSBA, giấy ra viện, chuyển viện, sổ lãnh thuốc BHYT ra viện đến ĐDHC trước 9 giờ.

2.1.3. ĐDHC: Thực hiện đồng thời:

- Hướng dẫn NB thanh toán ra viện.
- Hướng dẫn NB lãnh thuốc BHYT ra viện.
- Trình Ban giám đốc bệnh viện ký duyệt giấy ra viện, chuyển viện.

2.1.4. ĐDHC: Cấp giấy ra viện, chuyển viện, trả thẻ BHYT cho NB khi thực hiện xong (2.1.3).

2.2. Buổi chiều:

2.2.1. ĐDHC hoàn tất HSBA phần hành chánh: Ghi sổ trang, đóng mộc giáp lai, trình trưởng khoa ký tổng kết HSBA.

2.2.2. ĐDHC chuẩn bị thủ tục trả phiếu thanh toán ra viện, HSBA theo quy định của bệnh viện.

B. NB ra viện, chuyển viện đột xuất:

1. BS: Hoàn tất HSBA, giấy ra viện, giấy chuyển viện theo quy định.

2. Trong giờ hành chánh:

2.1. ĐDCS: Hoàn tất HSBA phần điều dưỡng, chuyển HSBA, giấy ra viện, giấy chuyển viện đến ĐDHC.

2.2. ĐDHC: Đối chiếu chi phí điều trị và số tiền viện phí NB đã tạm ứng để ghi phiếu cho NB tạm ứng thêm nếu cần.

2.3. ĐDHC: Trình Ban giám đốc bệnh viện ký duyệt giấy ra viện, giấy chuyển viện, bàn giao lại ĐDCS hay NB. Trả thẻ BHYT (nếu có) cho NB.

2.4. ĐDHC hẹn NB hay thân nhân NB đến thanh toán viện phí trong vòng 1 tuần theo quy định bệnh viện.

3. Ngoài giờ hành chính:

3.1. ĐDCS thực hiện cả B.2.1 đến B.2.4.

4. ĐDHC hoàn tất HSBA phần hành chính, nhập liệu chi phí điều trị, in phiếu thanh toán ra viện, đối chiếu chi phí điều trị và hướng dẫn việc thanh toán viện phí khi NB trở lại thanh toán.

C. NB chuyển khoa:

1. BS: Hoàn tất HSBA chuyển khoa theo quy định.

2. Trong giờ hành chính:

2.1. ĐDCS hoàn tất HSBA phần điều dưỡng, chuyển HSBA đến ĐDHC.

2.2. ĐDHC thực hiện tiếp B.2.2.

2.3. ĐDCS chuyển NB và HSBA sang khoa mới.

3. Ngoài giờ hành chính: ĐDCS thực hiện cả C.2.1 đến C.2.2.

4. ĐDHC hoàn tất việc nhập liệu các chi phí điều trị trong thời gian NB điều trị tại khoa đến thời điểm chuyển khoa.

D. Quy trình xử lý một số trường hợp đặc biệt:

1. Không thể phát sinh chi phí điều trị sau khi ĐDHC in phiếu thanh toán ra viện. Nếu có, tất cả phát sinh phải được ĐDCS thông báo ĐDHC để nhập liệu bổ sung và in lại phiếu thanh toán ra viện. Nếu không thể thanh toán trong ngày ra viện, ĐDHC thực hiện tiếp B.2.2 và B.2.4.

2. Trường hợp NB BHYT chưa thanh toán ra viện hay chưa đóng tạm ứng viện phí thêm khi ra viện đột xuất: Giữ thẻ BHYT, hẹn NB đến thanh toán theo thời gian quy định và trả thẻ BHYT sau khi NB thanh toán. Nếu NB chưa đến thanh toán theo hẹn, ĐDHC gửi kèm thẻ BHYT cùng phiếu quyết toán viện phí người bệnh không thanh toán viện phí về phòng Tài chính – kế toán bệnh viện theo quy định.

3. Tiền phòng dịch vụ không được thể hiện tại phiếu in thanh toán ra viện (mẫu 38) và được thu bằng phiếu thu riêng (phiếu thu dịch vụ). ĐDHC / ĐDCS phải ghi cụ thể số tiền phòng dịch vụ vào phiếu nộp viện phí để phòng Tài chính – kế toán bệnh viện thu theo./.

Long Xuyên, ngày 01 tháng 04 năm 2010

QUY TRÌNH CẤP THUỐC NGƯỜI BỆNH NỘI TRÚ

I. MỤC ĐÍCH:

1. Thuốc đến tay người bệnh được nhanh, gọn, đầy đủ, chính xác theo y lệnh điều trị, tránh thất thoát thuốc.
2. Phải đảm bảo các thủ tục hành chính quy định.
3. Không được gây phiền hà cho người bệnh.
4. Tạo cho người bệnh có niềm tin, an tâm điều trị.
5. Không bị động trong công tác cung ứng thuốc cho người bệnh.
6. Tạo sự phối hợp nhịp nhàng giữa điều dưỡng chăm sóc và điều dưỡng hành chánh trong công tác cung ứng thuốc cho người bệnh.

II. PHẠM VI ÁP DỤNG:

- Khoa Nội tim mạch – lão học, gồm các bộ phận: Bác sĩ điều trị, điều dưỡng hành chánh, điều dưỡng chăm sóc.

III. TÀI LIỆU LIÊN QUAN:

1. Quy chế bệnh viện – năm 1997 – Bộ Y tế.
2. Quyết định 526/BYT-QĐ ngày 10/06/1993 của Bộ Y tế Quy định về chế độ trách nhiệm của Y tá trong việc chăm sóc bệnh nhân tại bệnh viện.
3. Quyết định 4031/2001/QĐ-BYT ngày 27/09/2001 của Bộ Y tế về việc ban hành bản “ Quy định về chế độ giao tiếp trong các cơ sở khám, chữa bệnh”.
4. Bảng điểm kiểm tra bệnh viện năm 2009.
5. Quy trình cấp phát thuốc của khoa dược bệnh viện.

IV. ĐỊNH NGHĨA THUẬT NGỮ:

- Từ “thuốc” trong quy trình này bao gồm: Tất cả các dạng thuốc, hóa chất, vật tư tiêu hao... thuộc khoa Dược bệnh viện quản lý và cấp phát.
- NB = Người bệnh và / hoặc thân nhân người bệnh.
- BS = Bác sĩ.
- ĐD = Điều dưỡng.
- YLĐT = Y lệnh điều trị.
- ĐDCS = Điều dưỡng chăm sóc
- ĐDHC = Điều dưỡng hành chánh
- HSBA = Hồ sơ bệnh án.
- BHYT = Bảo hiểm y tế.

V. NỘI DUNG:

1. Đối với NB có thể cho YLĐT trước:

1.1. BS: Sau khi khám bệnh buổi sáng, ngoài việc cho YLĐT ngày hôm đó, thực hiện tiếp:

1.1.1. Từ thứ 2 đến thứ 5: Cho thêm YLĐT ngày hôm sau.

1.1.2. Ngày thứ 6: Cho thêm YLĐT ngày thứ 7, chủ nhật, thứ 2.

1.1.3. Nghỉ lễ, tết: Cho thêm YLĐT những ngày nghỉ và 1 ngày sau nghỉ.

1.2. ĐDHC:

1.2.1. Nhập liệu vi tính, lãnh thuốc vào buổi sáng.

1.2.2. Chuẩn bị thuốc trước cho từng NB, buồng bệnh trong buổi chiều.

1.2.3. Bàn giao ĐDCS thuốc đã chuẩn bị sẵn vào sáng sớm. Riêng ngày thứ 6 bàn giao thuốc của ngày thứ 7, CN vào buổi chiều. Trước 1 đợt nghỉ, bàn giao thuốc của những ngày nghỉ vào buổi chiều liền trước đợt nghỉ.

1.3. ĐDCS:

1.3.1. Nhận bàn giao thuốc từ ĐDHC.

1.3.2. Thực hiện y lệnh thuốc cho NB.

1.3.3. Chiều thứ 6 hay buổi chiều liền trước 1 đợt nghỉ, mỗi bộ phận (cấp cứu, buồng 1-3, buồng 4-12b) cử một ĐDCS đến buồng hành chánh phân thuốc cho NB cùng ĐDHC.

2. Đối với NB chưa được cho YLĐT ngày hôm trước:

2.1. BS cho YLĐT vào HSBA sau khi khám bệnh buổi sáng.

2.2. ĐDCS thực hiện y lệnh, nếu:

2.2.1. Trong ngày làm việc và trước khi ĐDHC in phiếu tổng hợp lãnh thuốc: Mượn tủ trực các loại thuốc cần sử dụng ngay.

2.2.2. Trong ngày nghỉ hay sau khi ĐDHC đã in phiếu tổng hợp lãnh thuốc: Xuất thuốc tủ trực hay mượn thuốc kho dược bệnh viện.

2.3. ĐDHC:

2.3.1. Trong ngày làm việc và trước khi in phiếu tổng hợp lãnh thuốc: Nhập liệu “y lệnh”, lãnh thuốc, phân thuốc cho từng NB, bàn giao thuốc cho ĐDCS trong buổi sáng.

2.3.2. Trong ngày nghỉ hay sau khi đã in phiếu tổng hợp lãnh thuốc: Nhập liệu “bù trực”, lãnh thuốc, trả khoa dược các thuốc đã mượn, bù thuốc tủ trực vào ngày hôm sau hay ngày làm việc đầu tiên sau 1 đợt nghỉ.

3. NB có thay đổi YLĐT trong ngày, NB mới nhập viện:

3.1. BS cho YLĐT / y lệnh thay đổi vào HSBA.

3.2. ĐDCS thực hiện y lệnh, nếu:

3.2.1. Bổ sung thuốc: Thực hiện như 2.2.

3.2.2. Giảm liều thuốc hoặc ngưng YLĐT: Nhận lại thuốc thừa từ NB và ghi nhận vào sổ trả thuốc thừa.

3.3. ĐDHC:

3.3.1. Nếu bổ sung thuốc: Thực hiện như 2.3.1 hoặc 2.3.2.

3.3.2. Nếu giảm liều thuốc hoặc ngưng YLĐT: Thực hiện trả thuốc thừa theo quy định vào ngày hôm sau hay ngày làm việc đầu tiên sau 1 đợt nghỉ./.

Long Xuyên, ngày 01 tháng 04 năm 2010

QUY TRÌNH BÀN GIAO TRỰC CỦA ĐIỀU DƯỠNG

I. MỤC ĐÍCH:

1. Thực hiện đúng quy chế bệnh viện.
2. Đảm bảo thực hiện tốt công tác chăm sóc, điều trị người bệnh.
3. Tránh thất thoát tài sản của các tua / ca trực quản lý.
4. Phân định được trách nhiệm của các tua / ca trực.

II. PHẠM VI ÁP DỤNG:

- Khoa Nội tim mạch – lão học, bộ phận điều dưỡng chăm sóc có tham gia thường trực.

III. TÀI LIỆU LIÊN QUAN:

- Quy chế bệnh viện – năm 1997 – Bộ Y tế.
- Hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh tập 2 – 2004 – Bộ Y tế.

IV. ĐỊNH NGHĨA THUẬT NGỮ:

V. NỘI DUNG:

A. Quy định chung:

1. Giờ bàn giao được tiến hành 30 phút trước giờ làm việc chính thức của tua (hoặc ca sau).
2. Bàn giao và ký nhận đầy đủ: Tài sản, thuốc, hồ sơ bệnh án và người bệnh.

B. Quy định cụ thể:

1. Người bàn giao:

- 1.1. Phải hoàn thành tất cả công việc chuẩn bị cho bàn giao 30 phút trước giờ làm việc chính thức của tua trực sau (hoặc ca sau).
- 1.2. Hoàn tất vệ sinh người bệnh, dụng cụ. Sắp xếp đồ đạc, dụng cụ thuộc phạm vi phụ trách và sử dụng vào đúng vị trí quy định đảm bảo sạch, ngăn nắp.
- 1.3. Tập hợp đủ hồ sơ bệnh án, phim X quang, các phiếu cận lâm sàng chưa thực hiện, sổ sách trong phạm vi phụ trách sắp xếp vào nơi quy định.
- 1.4. Kiểm tra tủ thuốc trực và ghi đầy đủ vào sổ xuất thuốc tủ trực tất cả những thuốc đã sử dụng: Họ tên, tuổi, số hồ sơ, số giường, số buồng người bệnh, tên thuốc, hàm lượng, số lượng và ký để bàn giao.
- 1.5. Kiểm tra và ghi bổ sung đầy đủ các loại phiếu theo dõi, phiếu chăm sóc...thuộc phạm vi ghi chép của điều dưỡng.
- 1.6. Kiểm tra và ghi lại việc sử dụng những dụng cụ, máy móc, những dụng cụ và phương tiện khử khuẩn, tiệt khuẩn, bảo dưỡng, sửa chữa hoặc hủy bỏ.... Ký bàn giao.

1.7. Ghi đầy đủ những diễn biến trong tua trực (ca làm việc) theo quy định của quy chế bệnh viện và quy định của bệnh viện.

1.8. Ghi và ký sổ bàn giao người bệnh chăm sóc cấp I (hay sổ bàn giao bệnh nặng) với nội dung: Họ tên, tuổi, số hồ sơ, số giường, số buồng người bệnh, chẩn đoán, những y lệnh và những vấn đề đặc biệt cần theo dõi, chăm sóc tiếp theo.

1.9. Người bệnh chăm sóc cấp I, người bệnh có chỉ định theo dõi, chăm sóc đặc biệt cần được bàn giao tại giường.

2. Người nhận bàn giao:

2.1. Có mặt để nhận bàn giao trước giờ làm việc chính thức ít nhất 30 phút.

2.2. Nhận bàn giao tỷ mỉ, chi tiết và ký nhận đầy đủ.

2.3. Nhận bàn giao người bệnh chăm sóc cấp I, người bệnh có chỉ định theo dõi, chăm sóc đặc biệt thực tế trên người bệnh.

2.4. Kiểm tra lại thông tin của người giao, nếu có vấn đề gì chưa rõ thì hỏi ngay.

2.5. Thực hiện tiếp các y lệnh và phân việc được giao./.

Long Xuyên, ngày 01 tháng 04 năm 2010

QUY TRÌNH ĐI BUỒNG CỦA ĐIỀU DƯỠNG TRƯỞNG KHOA

I. MỤC ĐÍCH:

1. Hướng dẫn, đôn đốc và giám sát công tác chăm sóc phục vụ người bệnh của điều dưỡng và hộ lý và việc sử dụng vật tư tiêu hao.
2. Thăm người bệnh và tiếp nhận những ý kiến góp ý của người bệnh về công tác chăm sóc phục vụ.
3. Đánh giá kết quả thực hiện y lệnh điều trị và chăm sóc của điều dưỡng viên và tiến triển của người bệnh.
4. Nhận mệnh lệnh điều trị, chăm sóc của trưởng khoa trong khi đi buồng cùng trưởng khoa

II. PHẠM VI ÁP DỤNG:

- Khoa Nội tim mạch – lão học.

III. TÀI LIỆU LIÊN QUAN:

- Quy chế bệnh viện – năm 1997 – Bộ Y tế.
- Hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh tập 2 – 2004 – Bộ Y tế.

IV. ĐỊNH NGHĨA THUẬT NGỮ:

V. NỘI DUNG:

1. Thời gian đi buồng:

1.1. Đi buồng thường ngày: Do điều dưỡng trưởng khoa chủ động thu xếp thời gian đi buồng thường quy trong ngày. Nên đi buồng hàng ngày vào giờ đầu tiên sau giao ban sáng.

1.2. Đi buồng đột xuất: Vào bất cứ thời gian nào trong ngày để giám sát công tác chăm sóc, phục vụ người bệnh.

1.3. Đi buồng cùng trưởng khoa theo lịch của trưởng khoa: Để tiếp nhận mệnh lệnh của trưởng khoa.

2. Nội dung đi buồng:

2.1. Thăm và tiếp xúc với người bệnh.

2.2. Tiếp thu và giải đáp những ý kiến phản ánh, đề nghị của người bệnh và gia đình người bệnh, đồng thời nhắc nhở người bệnh và gia đình người bệnh chấp hành quy định của khoa và nội quy bệnh viện.

2.3. Quan sát, đôn đốc, nhắc nhở điều dưỡng viên chăm sóc và thực hiện các kỹ thuật chăm sóc trên người bệnh đúng quy trình đã được quy định.

2.4. Kiểm tra, đôn đốc, nhắc nhở việc thực hiện y lệnh, ghi chép phiếu theo dõi, chăm sóc...thuộc phạm vi điều dưỡng.

2.5. Kiểm tra, đôn đốc, nhắc nhở việc thực hiện quy trình vệ sinh khoa phòng, buồng bệnh của hộ lý.

2.6. Quan sát việc sử dụng những mặt hàng tiêu hao.

3. Ghi sổ đi buồng:

3.1. Sau mỗi lần đi buồng, điều dưỡng trưởng khoa phải ghi nhận xét vào sổ đi buồng.

3.2. Nếu đi buồng cùng trưởng khoa, ghi lại những ý kiến của trưởng khoa đề tổ chức cho điều dưỡng và hộ lý thực hiện.

4. Báo cáo trưởng khoa:

4.1. Những việc đột xuất được phát hiện khi đi buồng mà những việc này ngoài khả năng giải quyết của điều dưỡng trưởng khoa đề xin ý kiến chỉ đạo.

4.2. Những vấn đề tồn tại chưa được khắc phục sau nhiều lần nhắc nhở.

5. Hành động khắc phục:

5.1. Thông báo cho điều dưỡng, hộ lý phụ trách những vấn đề đặc biệt cần giải quyết, khắc phục và hướng giải quyết.

5.2. Tổ chức và đôn đốc việc thực hiện các y lệnh điều trị, chăm sóc của trưởng khoa được bổ sung khi đi buồng./.

MỤC LỤC

STT	NỘI DUNG	KÝ HIỆU	SỐ TRANG
1.	Quy trình tiếp nhận người bệnh khám ngoại trú.	QTCL01-KNTM-LH	2 – 3
2.	Quy trình tiếp nhận người bệnh nhập viện nội trú.	QTCL02-KNTM-LH	4 – 5
3.	Quy trình giải quyết người bệnh ra viện, chuyển viện, chuyển khoa.	QTCL03-KNTM-LH	6 – 8
4.	Quy trình cấp thuốc người bệnh nội trú.	QTCL04-KNTM-LH	9 – 10
5.	Quy trình bàn giao trực của điều dưỡng.	QTCL05-KNTM-LH	11 – 12
6.	Quy trình đi buồng của điều dưỡng trưởng khoa.	QTCL06-KNTM-LH	13 – 14
7.	Mục lục		15

SỞ Y TẾ AN GIANG
BVĐKTT AN GIANG
KHOA NỘI TIM MẠCH - LÃO HỌC

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Ký hiệu: PD-KNTM-LH

Long Xuyên, ngày 01 tháng 04 năm 2010



ISO 2001: 2008
KHOA NỘI TIM MẠCH – LÃO HỌC

PHẦN 4: PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ



Người lập

*Phê duyệt
Giám đốc*

BS PHẠM CHÍ HIỀN

TS.BS NGUYỄN VĂN SÁCH

Ký hiệu: PD01-KNTM-LH

Long Xuyên, ngày 01 tháng 04 năm 2010

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

I. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN:

1. Cách đo huyết áp

Có thể đo tư thế ngồi hoặc tùy tình huống.

- Bệnh nhân ngồi trong trạng thái thư giãn, ngưng uống cà phê và hút thuốc lá trước đó 5 phút.

- Bệnh nhân ngồi, cánh tay để ngang tim.

- Bao quấn của máy đo huyết áp đúng kích cỡ (80% vòng cánh tay)

- Đo hai lần cách nhau 2 phút, lấy trị số trung bình. Đo cả hai tay và chọn kết quả có số đo cao nhất.

- Huyết áp tâm thu: ghi nhận ở tiếng thứ nhất của Korotkoff (pha I).

- Huyết áp tâm trương: tiếng thứ hai của Korotkoff (pha V).

2. Phân loại tăng huyết áp ở người từ 18 tuổi trở lên (JNC VI)

Hạng	Huyết áp tâm thu (mmHg)	Huyết áp tâm trương (mmHg)
Tối ưu	<120	<80
Bình thường	<130	< 85
Bình thường cao	130 –139	85 –89
Tăng huyết áp độ 1	140 –159	90 – 99
Tăng huyết áp độ 2	160 -179	100 – 109
Tăng huyết áp độ 3	≥ 180	≥ 110

* Khi nào huyết áp tâm thu và tâm trương rơi vào hai hạng khác nhau thì hạng nào cao hơn sẽ được chọn, nên ghi thêm tổn thương cơ quan đích.

* Dựa trên trung bình của hai hoặc nhiều hơn hai lần đo tại một thời điểm và của hai hoặc nhiều lần thăm bệnh sau lần sàng lọc đầu tiên.

II. ĐIỀU TRỊ:

A. Điều trị không dùng thuốc:

- Giảm cân: đặc biệt ở bệnh nhân có cân nặng lớn hơn 10% cân nặng lý tưởng.

- Giảm uống rượu.

- Tập thể dục đều đặn nếu tình trạng lâm sàng cho phép.

- Hạn chế muối < 6g/ngày.

B. Điều trị bằng thuốc:

Có thể sử dụng một hoặc phối hợp các nhóm thuốc sau:

1. Nhóm ức chế beta giao cảm:

-Atenolol	25 – 100 mg/ngày
-Metoprolol	50 – 200 mg/ngày
-Propranolol	40 – 240 mg/ngày
-Labetolol	200 – 1200 mg/ngày.

2. Nhóm ức chế calci:

-Nifedipin	30 – 120 mg/ngày
-Nifedipin XL	30 – 90 mg/ngày
-Diltiazem	90 – 360 mg/ngày
-Verapamil	80 – 480 mg/ngày
-Amlordipine	2,5 – 10 mg/ngày
-Felodipine	5 – 20 mg/ngày
-Nicardipine	60 – 120 mg/ngày

3. Nhóm ức chế men chuyển:

-Captopril	12,5 – 150 mg/ngày
-Enalapril	2,5 - 40 mg/ngày
-Lisinopril	5 – 40 mg/ngày
-Ramipril	1,5 – 20 mg/ngày
-Benazepril	10 – 40 mg/ngày

4. Nhóm ứ chế thụ thể Angiotensine:

- Candesartan	8-32 mg/ngày
- Irbesartan	150-300 mg/ngày
- Losartan	25-100 mg/ngày
- Telmisartan	20-80 mg/ngày
- Valsartan	80-320 mg/ngày
- Olmesartan	20-40 mg/ngày
- Eprosartan	400-800 mg/ngày

5. Nhóm lợi tiểu:

- Hydrochlorothiazide	12,5 – 50 mg/ngày
- Furosemide	20 – 320 mg/ngày
- Amiloride	5 – 10 mg/ngày
- Spironolactone	25 – 50 mg/ngày
- Triamterene	50 – 150 mg/ngày

6. Nhóm ức chế alpha:

- Prazosin	1-20 mg/ngày
------------	--------------

7. Nhóm dẫn mạch trực tiếp:

- Hydralazine	50 – 200 mg/ngày
---------------	------------------

8. Thuốc giao cảm trung ương:

- Methyl dopa	250 – 2000 mg/ngày
---------------	--------------------

III. ĐIỀU TRỊ VÀI TRƯỜNG HỢP TĂNG HUYẾT ÁP ĐẶC BIỆT:

1. Con tăng huyết áp:

Là sự gia tăng HA đáng kể, thường huyết áp tâm trương > 120 – 130 mmHg.

Phân loại:

- **Con tăng huyết áp khẩn cấp (urgencies):** Trị số huyết áp tăng kèm triệu chứng nhưng không có tổn thương cơ quan đích cấp hoặc tiến triển.

- **Con tăng huyết áp cấp cứu (emergencies):** Trị số huyết áp tăng kèm tổn thương cơ quan đích cấp hay tiến triển.

Xử trí:

- Con tăng huyết áp khẩn cấp: việc kiểm soát huyết áp có thể tiến hành chậm hơn. Mục đích điều trị ban đầu là đạt được huyết áp tâm trương 100 – 110 mmHg.

- Con tăng huyết áp cấp cứu: hạ huyết áp tâm trương xuống 100 – 110 mmHg hoặc trị số huyết áp trung bình trong vòng 1 giờ.

*Trong cả hai trường hợp cần thận trọng khi hạ áp cho bệnh nhân để tránh làm thiếu máu não hoặc suy mạch vành.

2. Tăng huyết áp và thai kỳ:

- Bắt đầu điều trị khi huyết áp tâm thu >150-160mmHg hoặc tâm trương > 100 mmHg.

- Thuốc an toàn và ưu tiên lựa chọn : Methyldopa, Hydralazine.

- Thuốc lựa chọn hàng thứ hai : Labetolol, ức chế canxi (đặc biệt nifedipine tác dụng kéo dài).

- Ít được dùng: Atenolol, Metoprolol, Propranolol.

- Tránh dùng: lợi tiểu.

- Chống chỉ định: ức chế men chuyển.

3. Tăng huyết áp ở bệnh nhân tiểu đường kèm bệnh thận:

Chọn một hoặc phối hợp

- Nhóm ức chế men chuyển hoặc ức chế thụ thể: Cần chú ý vấn đề tăng kali máu.

- Nhóm ức chế calci.

4. Tăng huyết áp có dày thất trái:

- Nên chọn nhóm ức chế men chuyển.

5. Tăng huyết áp kèm bệnh mạch vành:

- Nên chọn nhóm ức chế beta.

- Nhóm ức chế calci nên dùng một cách thận trọng ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp.

- Nitrates và ức chế men chuyển có thể có ích.

6. Tăng huyết áp kèm suy thận mạn:

Chọn một hoặc phối hợp:

- Lợi tiểu. Nếu creatinine máu > 2,5mg%, chọn lợi tiểu quai.

- Methyldopa

- Hydralazine.

- Nhóm ức chế calci.

7. Tăng huyết áp kèm suy tim ứ huyết:

- Nên chọn nhóm ức chế men chuyển.

- Hydralazine và Nitrates: tốt, nhưng cần chú ý tình trạng tim nhanh phản xạ.

- Thuốc ức chế calci dùng cẩn thận vì có thể làm giảm sức co bóp cơ tim.

8. Tăng huyết áp kèm bệnh mạch máu não:

- Chỉ điều trị khi tình trạng huyết áp cao và giảm huyết áp từ từ. Bắt đầu điều trị khi:

* Huyết áp tâm thu > 220 mmHg

* Hoặc huyết áp trung bình > 130 mmHg

- Có thể dùng thuốc đường tĩnh mạch, theo dõi sát tránh tụt huyết áp.

9. Tăng huyết áp kèm hẹp động mạch thận:

- Thuốc: không dùng ức chế men chuyển, ức chế thụ thể angiotensin II.

- Phẫu thuật, nong mạch thận qua da.

10. Tăng huyết áp kèm viêm phế quản – bệnh đường dẫn khí mạn tính

- Ức chế men chuyển hoặc ức chế thụ thể.

11. Tăng huyết áp kèm gout:

- Nên tránh dùng lợi tiểu.

- Dùng liều thấp có hiệu quả và phối hợp để tránh tác dụng phụ, tăng hiệu quả hạ huyết áp./.

Tài Liệu Tham Khảo

1. Phạm Nguyễn Vinh (2007), Bệnh học tim mạch, Nxb Y học, TP Hồ Chí Minh, tập 2, tr 229-284.

2. Huỳnh Văn Minh và cộng sự (2008), " *Khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp ở người lớn* ", Khuyến cáo 2008 về các bệnh lý tim mạch và chuyển hoá , Nxb Y học, TP Hồ Chí Minh, tr 235-294.

Ký hiệu: PD02-KNTM-LH

Long Xuyên, ngày 01 tháng 04 năm 2010

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ĐAU THẮT NGỰC KHÔNG ỔN ĐỊNH VÀ NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP KHÔNG CÓ ST CHÊNH LÊN

I. CHẨN ĐOÁN:

1. Định nghĩa thuật ngữ và các từ viết tắt:

- Chỉ định nhóm I: Có chỉ định, tức có bằng chứng và /hoặc nhất chí chung cho rằng biện pháp áp dụng, thủ thuật hoặc điều trị là có lợi và có hiệu quả.
- Chỉ định nhóm IIa: Các bằng chứng/ý kiến cho thấy có lợi ích/hiệu quả.
- Chỉ định nhóm III: Không có chỉ định.
- ĐTD : Điện tâm đồ
- ĐTN : Đau thắt ngực
- ĐTN không ổn định: Đau thắt ngực không ổn định
- NMCT : Nhồi máu cơ tim
- NMCT cấp có ST chênh lên, được gọi chung là NMCT cấp.
- ĐTN không ổn định và NMCT cấp không có ST chênh lên: Xu hướng gọi chung là Hội chứng động mạch vành cấp.

2. Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTN không ổn định :

Có ít nhất 1 trong 3 tiêu chuẩn:

Đau thắt ngực khi nghỉ	Đau thắt ngực xảy ra khi nghỉ và kéo dài thường trên 20 phút.
Đau thắt ngực mới xuất hiện	Đau thắt ngực mới xuất hiện và nặng từ mức III theo phân độ của CCS trở lên.
Đau thắt ngực gia tăng	Ở các bệnh nhân đã được chẩn đoán đau thắt ngực trước đó mà : đau với tần số gia tăng , kéo dài hơn hoặc có giảm ngưỡng gây đau ngực (nghĩa là tăng ít nhất một mức theo phân độ CCS và tới mức III trở lên)

3. Tiêu chuẩn chẩn đoán NMCT cấp :

Có một trong yếu tố sau cho phép chẩn đoán NMCT:

1) Có sự tăng và/hoặc giảm của troponin với ít nhất một giá trị > 99% bách phân vị của giới hạn trên (Troponin T \geq 0,1 ng/ml) kèm theo ít nhất một trong những dấu chứng sau:

- + Các triệu chứng thiếu máu.
- + Thay đổi của điện tim cho thấy có dấu thiếu máu (ST-T mới biến đổi hoặc bloc nhánh trái mới xuất hiện).

- + Sự xuất hiện của các sóng Q bệnh lý trên điện tim.
- + Chẩn đoán hình ảnh có sự bất thường vận động vùng.

2) Đột tử kèm triệu chứng gợi ý thiếu máu cơ tim, kèm theo sự mới chên lên của ST hoặc block nhánh trái mới xuất hiện, và/hoặc bằng chứng của cục máu đông mới qua chụp mạch vành và/hoặc khi phẫu thuật tử thi.

4. Phân tầng nguy cơ:

Nguy cơ ngắn hạn của tử vong hoặc NMCT không gây tử vong ở các bệnh nhân ĐTN không ổn định và NMCT không có ST chên lên dựa trên khuyến cáo ACC/AHA.

	Nguy cơ cao (ít nhất một trong các yếu tố sau)	Nguy cơ trung bình (không có yếu tố nguy cơ cao ; có 1 trong các yếu tố sau)	Nguy cơ thấp (Có 1 trong các yếu tố sau ; không có yếu tố nguy cơ cao hay trung bình)
Bệnh sử	Triệu chứng cơ năng TMCB tiến triển trong 48 giờ vừa qua	Tiền sử NMCT, bệnh mạch ngoại vi, bệnh máu não, phẫu thuật bắc cầu ĐMV hoặc trước đó có uống aspirin	
Đặc điểm của đau	Đau ngực lúc nghỉ kéo dài và không ngưng (>20 phút)	Đau ngực lúc nghỉ kéo dài(>20phút) nay đã bớt đau; đau ngực lúc nghỉ <20 phút ; đau ngực giảm khi nghỉ hay ngậm Nitroglycerin	Đau thắt ngực mới khởi phát (CCSIII hoặc IV) trong 2 tuần trước, không đau ngực lúc nghỉ kéo dài (> 20 phút)
Biểu hiện lâm sàng	Phù phổi (TMCB) âm thổi 2 lá mới hoặc ran mới xuất hiện hay nặng hơn; hạ HA; tim chậm, tim nhanh, tuổi >75	Tuổi >70	
ECG	Đau ngực lúc nghỉ kèm ST thay đổi thoáng qua (>0,05 mv); block nhánh mới xuất hiện ; nhịp nhanh thất kéo dài.	T đảo (>0,2 mv) sóng Q bệnh lí	ECG bình thường hoặc không thay đổi trong cơn đau ngực
Biến đổi men	Troponin T hoặc I tăng cao (>0,1 ng/ml)	Tăng nhẹ Troponin (>0,01 nhưng < 0,1mg/ml)	Bình thường

Phân độ đau thắt ngực theo hội tim mạch Canada (CCS) áp dụng cho đau thắt ngực ổn định:

Độ	Mô tả
I	Các hoạt động thể lực bình thường không gây đau thắt ngực . Đau thắt ngực chỉ xảy ra khi hoạt động thể lực mạnh.
II	Giới hạn nhẹ hoạt động thể lực bình thường . Đau thắt ngực xảy ra khi đi bộ với chiều dài trên hai dãy nhà và leo trên một tầng gác.
III	Giới hạn đáng kể hoạt động thể lực. Đau thắt ngực xảy ra khi đi bộ khoảng 1 - 2 dãy nhà và leo một tầng gác.
IV	Khó khăn khi thực hiện bất cứ một hoạt động thể lực nào, triệu chứng đau ngực có thể xuất hiện cả khi nghỉ.

II. ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN

- Bệnh nhân (BN) nguy cơ thấp: Điều trị ngoại trú + Nghiệm pháp gắng sức
- BN nguy cơ trung bình , nguy cơ cao: Nhập viện điều trị

A. Điều trị chống thiếu máu cơ tim :

a. Chỉ định nhóm I :

1. Nghỉ tại giường và theo dõi ĐTĐ liên tục đối với các bệnh nhân vẫn còn đau ngực khi nghỉ.
2. Nitroglycerin (NTG) ngậm dưới lưỡi hoặc dùng dạng xịt, tiếp theo dùng đường truyền tĩnh mạch .
3. Thở oxy đối với các bệnh nhân tím hoặc có suy hô hấp, theo dõi oxy mao mạch đầu ngón tay hoặc làm khí máu động mạch để đảm bảo $SpO_2 > 90\%$.
4. Morphin sulfat đường tĩnh mạch khi các triệu chứng không đỡ ngay khi dùng NTG hoặc khi có phù phổi cấp và / hoặc bệnh nhân kích thích nhiều .
5. Dùng thuốc chẹn beta giao cảm trong vòng 24 giờ , nếu không có chống chỉ định, bằng đường uống và theo dõi cẩn thận.
6. Bệnh nhân có chống chỉ định thuốc chẹn beta giao cảm và còn tiếp tục có biểu hiện thiếu máu cơ tim hặc thiếu máu cơ tim tái phát: sử dụng một thuốc chẹn kênh canxi không phải nhóm Dihydropyridin (Verapamil hoặc Diltiazem) nếu không có rối loạn chức năng thất trái nặng hoặc không có chống chỉ định .
7. Dùng một thuốc ức chế men chuyển đường uống trong vòng 24 giờ của bệnh nếu bệnh nhân có biểu hiện suy tim ứ huyết (EF < 40%) và huyết áp tâm thu không < 100mmHg hoặc tụt > 30mmHg so với bình thường của bệnh nhân (huyết áp nền) và không có chống chỉ định.
8. Dùng các thuốc ức chế thụ thể angiotensin cho những bệnh nhân không dung nạp với thuốc ức chế men chuyển.
9. Không dùng các thuốc NSAID , ngoại trừ aspirin(ASA).

b. Chỉ định nhóm II:

1. Dùng thuốc chẹn kênh canxi đường uống **tác dụng dài** nếu không có chống chỉ định đối với biểu hiện thiếu máu cơ tim tái phát sau khi đã dùng cả thuốc chẹn beta giao cảm và nitrates.

c. Chỉ định nhóm III:

1. Không dùng NTG truyền tĩnh mạch khi có huyết áp thấp (< 100mmHg).
2. Không dùng thuốc chẹn kênh canxi nhóm Dihydropyridin giải phóng nhanh mà không dùng kèm thuốc chẹn beta giao cảm.

d. Các loại Nitrates thường dùng:

Tên thuốc	Đường dùng	Liều	Số lần/ ngày
* Nitroglycerin	Viên ngậm dưới lưỡi	0,15 - 0,6 mg	Theo nhu cầu
	Dạng xịt	0,4 mg	Theo nhu cầu
	Viên giải phóng chậm	2,5 - 9,0 mg	Mỗi 6 - 12 giờ
	Miếng dán	1,25 - 5 cm	Mỗi 24 giờ
* Isosorbide Dinitrate	Viên	1mg	Mỗi 3 - 5 giờ
	Viên dưới lưỡi	2,5 - 10 mg	Mỗi 2 - 3 giờ
	Viên chậm	40 - 80 mg	Mỗi 8 - 12 giờ
* Isosorbide -5-Mononitrate	Viên ngậm dưới lưỡi	10 - 40 mg	Mỗi 12 giờ
	Viên chậm	60 mg	Mỗi 24 giờ

B. Điều trị chống đông và chống ngưng tập tiểu cầu

a. Chỉ định nhóm I :

1. Aspirin được dùng ngay cho mọi bệnh nhân khi có thể và kéo dài vô thời hạn (nếu không có chống chỉ định).
2. Clopidogrel dùng cho các bệnh nhân đã nhập viện với liều nạp và sau đó duy trì ở người không thể dùng được aspirin(quá mẫn cảm hoặc không dung nạp vì biến chứng dạ dày ruột).
3. Cần cho thêm các thuốc kháng bơm proton ở bệnh nhân có tiền sử bệnh lí dạ dày tá tràng.
4. Bệnh nhân không có dự định can thiệp mạch vành sớm thì **nên** dùng Clopidogrel (liều nạp và theo sau là liều duy trì) cùng với Aspirin ngay khi nhập viện và kéo dài ít nhất 12 tháng .
5. Bệnh nhân có dự định can thiệp mạch vành qua da : ngoài ASA cần phải cho thêm Clopidogrel với liều nạp và theo sau là liều duy trì .

6. Điều trị chống đông bằng Heparin trọng lượng phân tử thấp tiêm dưới da hoặc Heparin thường cần được thêm vào với điều trị chống ngưng tập tiểu cầu bằng Aspirin và/ hoặc clopidogrel.

7. Thuốc chống đông loại Fondaparinux hoặc Bivalirudin được dùng thay thế cho Heparin trọng lượng phân tử thấp ở những bệnh nhân có nguy cơ chảy máu cao.

b. Chỉ định nhóm III:

1. Không điều trị thuốc tiêu huyết khối đường tĩnh mạch ở các bệnh nhân **không** có đoạn ST chênh lên cấp hoặc NMCT vùng sau hoặc Block nhánh trái mới.

Bảng liều lượng

Điều trị chống ngưng tập tiểu cầu đường uống	
Aspirin	Liều khởi đầu là 325 mg dạng giải phóng nhanh (không bọc) tiếp theo là 75 - 160 mg/ngày dạng bọc hoặc không bọc cho bệnh nhân không can thiệp.
Clopidogrel	Liều nạp ban đầu là 4-8 viên (300 - 600 mg) dùng trong trường hợp cấp, tiếp theo 75mg/ngày kéo dài 1 năm.
Các Heparin và chống đông mới	
Enoxaparin	1mg/kg tiêm dưới da mỗi 12h; liều đầu tiên có thể bắt đầu bằng tiêm thẳng tĩnh mạch 30mg
Heparin không phân đoạn	Tiêm tĩnh mạch 60 - 70 U/kg (tối đa 5000U) tiếp đó truyền tĩnh mạch 12 - 15 U/kg/h (tối đa 1000 U/h) điều chỉnh sao cho aPTT từ 1,5 - 2,5 lần chứng.
Fondaparinux	2,5 mg tiêm dưới da / ngày nếu không can thiệp Nếu can thiệp : 50 - 60 UI/kg cân nặng TM
Bivalirudin	0,1 mg/kg cân nặng tiêm TM sau đó truyền TM 0,25 mg/kg/giờ

C. Chỉ định can thiệp sớm (trong vòng dưới 24-48 giờ) ở bệnh nhân ĐTN không ổn định hoặc NMCT không có ST chênh lên:

a. Chỉ định nhóm I:

1. Đau thắt ngực hoặc biểu hiện thiếu máu tái phát khi nghỉ hoặc khi hoạt động thể lực nhẹ mặc dù đã điều trị nội khoa tích cực .
2. Bệnh nhân được đánh giá có nguy cơ cao trên lâm sàng và xét nghiệm và có các bệnh tật nặng đi kèm .
3. Tăng TnT hoặc TnI.
4. Đoạn ST chênh xuống mới .
5. Đau thắt ngực hoặc biểu hiện thiếu máu tái phát có triệu chứng suy tim, tiếng ngực phi , phù phổi, xuất hiện ran ở phổi , hở van hai lá mới hoặc nặng lên.
6. Có các dấu hiệu nguy cơ cao trên các thăm dò gắng sức không xâm lấn (nếu có chỉ định).
7. Giảm chức năng tâm thu thất trái ($EF < 40\%$).
8. Tình trạng huyết động không ổn định.
9. Nhịp nhanh thất bền bỉ.
10. Mới can thiệp mạch vành trong vòng 6 tháng.
11. Mổ bắc cầu nối chủ vành trước đó.

b. Chỉ định nhóm IIa:

1. Các trường hợp không có các dấu hiệu trên: có thể áp dụng điều trị bảo tồn hoặc can thiệp sớm nếu cơ sở có kinh nghiệm.

c. Chỉ định nhóm III:

1. Không chụp động mạch vành các bệnh nhân có nhiều bệnh phối hợp (suy gan hoặc bệnh phổi nặng, ung thư), các bệnh nhân mà nguy cơ của điều trị can thiệp không vượt quá lợi ích của điều trị này .
2. Không chụp động mạch vành ở các bệnh nhân có đau ngực cấp tính nhưng có khả năng thấp có hội chứng vành cấp.

D. Xuất viện và chăm sóc sau xuất viện:

a. Điều trị nội khoa dài hạn khi ra viện:

1. Aspirin 75 - 160mg/ngày và uống lâu dài nếu không có chống chỉ định.
2. Clopidogrel 75 mg/ ngày (nếu không có chống chỉ định) khi bệnh nhân không dung nạp aspirin.
3. Clopidogrel được cho thêm cùng aspirin trong 12 tháng sau ĐTN không ổn định / NMCT không có ST chênh lên.
4. Thuốc chống đông đường uống (warfarin) cho liều thấp , duy trì INR từ 2 - 3 ở những bệnh nhân có yêu cầu bắt buộc .
5. Dùng thuốc chẹn beta giao cảm nếu không có chống chỉ định.
6. Dùng thuốc UCMC đối với các bệnh nhân có suy tim, rối loạn chức năng thất trái ($EF < 40\%$), tăng huyết áp, hoặc đái tháo đường.

7. Thuốc ức chế thụ thể angiotensin nên cho bệnh nhân không dung nạp với thuốc UCMC.
8. Thuốc kháng aldosteron nên cho ở những bệnh nhân ĐTN không ổn định / NMCT không ST chênh lên có suy tim và không bị suy thận.
9. Nitroglycerin để điều trị triệu chứng đau ngực.
10. Chẹn kênh calci được chỉ định khi bệnh nhân không được khống chế tốt bởi chẹn beta giao cảm hoặc có chống chỉ định.

11. Thuốc hạ lipid cần được tiến hành cho sớm trong 24 giờ sau khi đánh giá tình trạng rối loạn lipid máu. Statin là nhóm được lựa chọn hàng đầu.

Mục tiêu hạ LDL - C < 100mg/dl và tối ưu < 70mg/dl.

Điều trị hạ các loại thành phần lipid khác cũng cần được quan tâm trong bối cảnh ưu tiên hạ tích cực LDL - C.

b. Thay đổi các yếu tố nguy cơ :

Chỉ định nhóm I:

1. Ngừng hút thuốc lá, đạt được hoặc duy trì cân nặng tối ưu, tập thể dục, hàng ngày, và chế độ ăn kiêng hợp lý.
2. Kiểm soát tăng huyết áp sao cho huyết áp ở mức < 130/85 mmHg (< 125/80 mmHg ở bệnh nhân đái tháo đường).
3. Kiểm soát chặt chẽ tình trạng tăng đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường.
4. Đau thắt ngực kiểu Prinzmetal

Chỉ định nhóm I

1. Chụp động mạch vành ở các bệnh nhân có đau ngực theo chu kỳ và có đoạn ST chênh lên nhưng mất đi khi dùng NTG và /hoặc chẹn kênh Canxi .
2. Điều trị bằng nitrat và thuốc chẹn kênh Canxi ở các bệnh nhân có chụp động mạch vành bình thường hoặc có các tổn thương không gây tắc hoàn toàn.

III. Các tiêu chuẩn đánh giá nguy cơ sớm khi thăm khám ban đầu:

Thang điểm TIMI:

Thang điểm này cho 1 điểm cho mỗi yếu tố sau :

- + Tuổi trên 65
- + Có từ 3 yếu tố nguy cơ ĐMV trở lên
- + Có bị hẹp ĐMV đã được chứng minh bằng chụp ĐMV trước đó
- + Có ít nhất 2 cơn đau ngực trong vòng 24 giờ
- + Có thay đổi ST trên ĐTĐ
- + Có tăng men tim
- + Đã được dùng Aspirin trong vòng 7 ngày.

Nếu có từ 0 - 1 điểm là nguy cơ thấp; từ 2 - 3 là nguy cơ vừa và có từ 4 trở lên là nguy cơ cao.

Liên quan điểm TIMI và các tỉ lệ biến cố chính (tử vong , nhồi máu cơ tim, tái can thiệp mạch) sau 7 ngày:

Điểm TIMI	Tỷ lệ biến cố (%)
0 - 1	4,7
2	8,3
3	13,2
4	19,9
5	26,2
6 - 7	40,9

Tài liệu tham khảo:

1. Phạm Nguyễn Vinh (2003), Bệnh học tim mạch, Nxb Y học, TP Hồ Chí Minh, tập 2, tr 85-98.
2. Nguyễn Lâm Việt và cộng sự (2008), " *Khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam về chẩn đoán, điều trị đau thắt ngực không ổn định và nhồi máu cơ tim không ST chênh lên* ", Khuyến cáo 2008 về các bệnh lý tim mạch và chuyển hoá , Nxb Y học, TP Hồ Chí Minh, tr 351-393.
3. Jeffrey L. Anderson J L, et al (2007), " *ACC/AHA 2007 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non–ST-Elevation Myocardial Infarction: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2002 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non–ST-Elevation Myocardial Infarction)*", *Circulation*. (116),148-304./.

Ký hiệu: PD03-KNTM-LH

Long Xuyên, ngày 01 tháng 04 năm 2010

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP CÓ ST CHÊNH LÊN

I. CHẨN ĐOÁN

Có một trong yếu tố sau cho phép chẩn đoán NMCT:

1) Có sự tăng và/hoặc giảm của troponin với ít nhất một giá trị > 99% bách phân vị của giới hạn trên (Troponin T \geq 0,1 ng/ml) kèm theo ít nhất một trong những dấu chứng sau:

- + Các triệu chứng thiếu máu.
- + Thay đổi của điện tim cho thấy có dấu thiếu máu (ST-T mới biến đổi hoặc bloc nhánh trái mới xuất hiện).
- + Sự xuất hiện của các sóng Q bệnh lý trên điện tim.
- + Chẩn đoán hình ảnh có sự bất thường vận động vùng.

2) Đột tử kèm triệu chứng gợi ý thiếu máu cơ tim, kèm theo sự mới chên lên của ST hoặc bloc nhánh trái mới xuất hiện, và/hoặc bằng chứng của cục máu đông mới qua chụp mạch vành và/hoặc khi phẫu thuật tử thi.

II. ĐIỀU TRỊ

1. TRƯỚC KHI ĐẾN BỆNH VIỆN

Chỉ định nhóm I:

- Các nhân viên cấp cứu nên làm điện tâm đồ 12 chuyển đạo cho các bệnh nhân đau thắt ngực nghi ngờ NMCT cấp và cho các bệnh nhân này uống luôn 100 - 300 mg aspirin trừ khi có chống chỉ định hay bệnh nhân đã dùng thuốc rồi.

- Sử dụng thuốc tiêu sợi huyết trước khi đến bệnh viện : nên được tiến hành khi có bác sĩ trên xe cấp cứu hay các nhân viên y tế đã được đào tạo về cấp cứu tim mạch và có kinh nghiệm trong điều trị NMCT cấp có đoạn ST chên lên , được trang bị máy điện tim đồ 12 chuyển đạo.

2. TẠI BỆNH VIỆN:

2.1. Các biện pháp chung:

- Sau 12-24 giờ có thể cho bệnh nhân có tình trạng huyết động chưa ổn định hay vẫn còn thiếu máu cơ tim được vận động nhẹ nhàng trên giường.(IIa)

- Thở oxy:

Nên cho các bệnh nhân có SpO₂ <90% thở oxy (I). Đánh giá lại nhu cầu oxy sau 6 giờ.

+ Có thể cho các bệnh nhân NMCT cấp không biến chứng thở oxy trong vòng 6 giờ đầu. Liều : 2-3 lít/phút (IIa).

- Nitroglycerin:

+ Bệnh nhân đang bị đau ngực: ngậm 0,4mg nitroglycerin dưới lưỡi mỗi 5 phút, tối đa có thể dùng tới 3 liều, sau đó xem xét việc truyền nitroglycerin tĩnh mạch (5- 400mcg/phút) (I).

+ Truyền nitroglycerin tĩnh mạch (5- 400mcg/phút) trong vòng 48 giờ (I). Có thể > 48 giờ nếu đau ngực tái phát hay suy tim ứ huyết.

+ Nitrates không nên sử dụng cho các bệnh nhân có: huyết áp tâm thu < 90 mmHg hay giảm đi > 30 mmHg so với huyết áp nền, nhịp chậm < 50ck/ph, nhịp nhanh > 100ck/ph, nghi ngờ NMCT thất phải (III).

+ Không nhất thiết phải sử dụng thường quy dài ngày .

- Morphin sulfate tiêm tĩnh mạch với 2-4mg, có thể tiêm nhắc lại sau mỗi 5- 15phút với liều cao hơn 2-8mg, là thuốc được ưu tiên lựa chọn để giảm đau cho các bệnh nhân NMCT cấp (I).

- Ngưng thuốc chống viêm, giảm đau không steroid (ngoại trừ aspirin), cả các thuốc chọn lọc và không chọn lọc với COX-2 tại thời điểm NMCT (I) (Tăng nguy cơ tử vong, tái NMCT, THA, suy tim và vỡ tim).

2.2. Thuốc ức chế ngưng tập tiểu cầu

- Aspirin

Chỉ định nhóm I

1. Aspirin nên được nhai (hay uống thuốc bột) nếu bệnh nhân chưa được sử dụng aspirin trước khi bị NMCT cấp và không có chống chỉ định.(I). Liều khởi đầu nên từ 162-325 mg. Phải dùng aspirin kéo dài (có thể suốt đời) với liều 75-162 mg/ngày.

Giảm kích ứng dạ dày của aspirin bằng cách dùng aspirin hoà tan, aspirin đặt hậu môn, dùng kèm các thuốc bọc dạ dày hay thuốc giảm tiết axit dạ dày, viên aspirin bọc.

2. Thienopyridine (ưu tiên clopidogrel) nên sử dụng cho các bệnh nhân không thể dùng thuốc aspirin do quá nhạy cảm hay kích ứng hệ tiêu hoá (I).

- Thienopyridine

1. Clopidogrel liều 75 mg/ngày nên sử dụng phối hợp cùng với aspirin cho các bệnh nhân NMCT cấp cho dù các bệnh nhân có được tái tưới máu bằng thuốc tiêu sợi huyết hay không (I). Điều trị phối hợp với clopidogrel kéo dài 1năm. (IIa)

2. Bệnh nhân < 75 tuổi cho dù có được điều trị tái tưới máu bằng thuốc tiêu sợi huyết hay không, nên sử dụng clopidogrel liều tấn công 300mg (IIa).

2.3. Thuốc chẹn beta giao cảm

1. Thuốc chẹn beta giao cảm đường uống bắt đầu sử dụng trong vòng 24 giờ đầu nếu không có một trong các dấu hiệu sau: (1) dấu hiệu suy tim; (2) bằng chứng của tình trạng giảm cung lượng tim; (3) tăng nguy cơ bị sốc tim; (4) các chống chỉ định tương đối khác của thuốc chẹn beta giao cảm (khoảng

PR > 0,24 giây, block nhĩ thất độ 2-3, hen phế quản đang hoạt động, hay bệnh đường hô hấp phản ứng) (I).

2. Nếu có chống chỉ định sử dụng thuốc chẹn beta giao cảm trong 24 giờ đầu cần xem xét lại việc sử dụng thuốc chẹn beta giao cảm trong phòng ngừa thứ phát (I).

2.4. Thuốc ức chế hệ thống Renin-Angiotensin- Aldosterone:

Chỉ định nhóm I:

1. Sử dụng UCMC trong vòng 24 giờ sau khi bị NMCT cấp cho các bệnh nhân NMCT thành trước, ứ huyết ở phổi hay phân số tổng máu thất trái EF < 40% khi không có chống chỉ định (HA tâm thu < 100 mmHg hay giảm > 30 mmHg so với HA nền).

2. Nếu có chống chỉ định: UCMC nên được dùng trong giai đoạn hồi phục và nên tiếp tục sử dụng kéo dài.

3. Thuốc ức chế thụ thể AT1 của angiotensin (valsartan và candesartan) được dùng thay thế khi bệnh nhân không dung nạp được UCMC.

Chỉ định nhóm Iia:

1 Cho tất cả các bệnh nhân NMCT cấp có đoạn ST chênh lên uống thuốc UCMC trong vòng 24 giờ đầu sau khi bị nhồi máu nếu không có chống chỉ định.

2. Thuốc kháng aldosterone sử dụng kéo dài cho các bệnh nhân đã được điều trị với thuốc UCMC, có phân số tổng máu thất trái EF # 40%, và có triệu chứng của suy tim ứ huyết hay đái tháo đường.

2.5. Thuốc chống đông:

Chỉ định nhóm I

- Các bệnh nhân được tái tưới máu bằng thuốc tiêu sợi huyết nên sử dụng thuốc chống đông ít nhất 48 giờ và nên sử dụng trong thời gian bệnh nhân nằm viện tối đa tới 8 ngày.

- Enoxaparin:

+ Nam giới có creatinin máu < 2,5 mg/dl và nữ giới < 2,0 mg/dl, < 75 tuổi: Bắt đầu với liều 30 mg tiêm tĩnh mạch, sau đó 15 phút tiêm dưới da 1,0 mg/kg cho mỗi 12 giờ .

+ Bệnh nhân ≥ 75 tuổi: Không tiêm liều tĩnh mạch, liều tiêm dưới da giảm xuống 0,75 mg/kg cho mỗi 12 giờ.

+ Nếu mức độ thanh thải creatinin < 30 ml/ phút, tiêm liều dưới da 1mg/kg cho mỗi 24 giờ, không phụ thuộc vào tuổi tác của người bệnh.

2.6. Thuốc chống đông nhóm đối kháng vitamin K

Chỉ định nhóm I

1. Thuốc chống đông nhóm đối kháng vitamin K (Warfarin, Sintrom) (INR 2,0 - 3,0) được sử dụng cho bệnh nhân sau NMCT cấp có cơn rung nhĩ kịch phát hay rung nhĩ kéo dài.

2. Các bệnh nhân sau NMCT cấp có huyết khối bẩm thành: sử dụng thuốc chống đông nhóm đối kháng vitamin K (INR 2,5 - 3,5) ít nhất 3 tháng và có thể dùng kéo dài ở các bệnh nhân không có nguy cơ chảy máu cao.

Chỉ định nhóm IIa

Thuốc chống đông nhóm đối kháng vitamin K (INR 2,5 - 3,5) đơn thuần hay thuốc chống đông nhóm đối kháng vitamin K (INR 2,0 - 3,0) kết hợp với aspirin (75-162 mg/ngày) nên dùng cho các bệnh nhân sau NMCT cấp < 75 tuổi có các chỉ định đặc biệt phải sử dụng thuốc chống đông.

2.7. Điều trị rối loạn lipid máu

Chỉ định nhóm I:

1. Mục tiêu điều trị LDL-C < 100 mg/dL đối với các bệnh nhân NMCT và LDL-C < 70 mg/dL nếu có kèm theo đái tháo đường .
2. Dùng nhóm thuốc statin trước khi ra viện.

Chỉ định nhóm IIa

1. Sử dụng nhóm thuốc niacin hay fibrat để làm tăng HDL-C ở các bệnh nhân có LDL-C < 100 mg/dL nhưng HDL-C < 40 mg/dL.
2. Có thể sử dụng thêm niacin hay fibrat ngoài chế độ ăn kiêng nếu triglycerid > 500 mg/dL.

2.8. Kiểm soát chặt đường huyết

Chỉ định nhóm I:

Truyền insulin để bình thường hoá glucose máu cho các bệnh nhân NMCT cấp có đoạn ST chênh lên bị biến chứng.

Chỉ định nhóm IIa:

Trong giai đoạn cấp (24-48 giờ đầu) các bệnh nhân NMCT cấp có tăng glucose máu nên được truyền insulin để kiểm soát nồng độ glucose máu kể cả khi bệnh nhân không có biến chứng.

2.9. Magne:

Chỉ định nhóm IIa:

1. Sử dụng magne cho các bệnh nhân NMCT cấp có bằng chứng thiếu bằng chứng thiếu magne.
2. Tiêm tĩnh mạch trong 5 phút 1 - 2 g magne cho các bệnh nhân có cơn xoắn đỉnh đi kèm với khoảng QT kéo dài.

Chỉ định nhóm III:

- Không sử dụng magne đường tĩnh mạch một cách thường qui cho tất cả các bệnh nhân NMCT cấp nếu không có bằng chứng rối loạn điện giải hay cơn xoắn đỉnh.

- Không nên truyền magne cho các bệnh nhân có huyết áp tâm thu thấp hơn 80-90 mmHg (có thể gây dẫn mạch và tụt áp).

2.10. Thuốc chẹn kênh canxi:

Chỉ định nhóm IIa:

- Sử dụng verapamil và diltiazem cho các bệnh nhân có chống chỉ định với thuốc chẹn beta giao cảm hay dùng điều trị rung nhĩ, cuồng nhĩ nhanh sau NMCT.

Chỉ định nhóm III:

- Không sử dụng Nifedipin loại tác dụng ngắn trên bệnh nhân NMCT cấp có đoạn ST chênh lên (gây nhịp tim nhanh và tụt huyết áp).

2.11. Tái tưới máu bằng thuốc tiêu sợi huyết

Chỉ định nhóm I:

- Sử dụng thuốc tiêu sợi huyết nếu không có chống chỉ định cho những bệnh nhân có biểu hiện đau thắt ngực trong vòng 3 giờ kể từ lúc khởi phát, có kèm theo biểu hiện đoạn ST chênh lên (1mm ở ít nhất 2 chuyển đạo ngoại vi, 2mm ở 2 chuyển đạo liên tiếp trước tim) và / hoặc biểu hiện block nhánh trái mới xuất hiện trên điện tim đồ.

Chỉ định nhóm IIa:

- Sử dụng thuốc tiêu sợi huyết nếu không có chống chỉ định cho những bệnh nhân có biểu hiện đau thắt ngực trong vòng 3 - 12 giờ kể từ lúc khởi phát, có kèm theo biểu hiện đoạn ST chênh lên (1mm ở ít nhất 2 chuyển đạo ngoại vi, 2mm ở 2 chuyển đạo liên tiếp trước tim) và / hoặc biểu hiện block nhánh trái mới trên điện tâm đồ.

- Liều

1. rt-PA (recombinant tissue plasminogen activator): 15mg TM, sau đó truyền TM 0,75 mg/kg (tối đa 50mg) trong 30 phút, sau đó 0,5mg/kg (tối đa 35mg) TTM trong 60 phút.

2. Streptokinase: TTM 1,5 triệu đơn vị trong 60 phút.

2.12. Can thiệp ĐMV qua da

Chỉ định can thiệp ĐMV thì đầu.

Chỉ định nhóm I:

1. Nếu bệnh nhân đến viện trong vòng 3 giờ kể từ khi khởi phát đau ngực và nếu thời gian kể từ khi bệnh nhân đến viện cho đến khi được can thiệp ĐMV so với thời gian từ khi bệnh nhân đến viện khi được dùng thuốc tiêu sợi huyết là:

+ Trong vòng 1 giờ: Can thiệp ĐMV thì đầu.

+ Trên 1 giờ: Dùng thuốc tiêu sợi huyết loại chọn lọc với fibrin.

2. Nếu các triệu chứng kéo dài trên 3 giờ thì can thiệp ĐMV thì đầu càng sớm càng tốt, tốt nhất là trong vòng 90 phút kể từ khi bệnh nhân đến viện.

3. Bệnh nhân NMCT cấp có đoạn ST chênh lên hoặc block nhánh trái mới xuất hiện trên điện tâm đồ, có sốc tim trong vòng 36 giờ, tuổi <75, can thiệp ĐMV có thể tiến hành trong vòng 18 giờ kể từ khi sốc tim.

4. Can thiệp ĐMV thì đầu tiến hành càng sớm càng tốt (trong vòng 90 phút kể từ khi đến viện) cho các bệnh nhân bị suy tim nặng và / hoặc phù phổi trong vòng 12 giờ kể từ khi khởi phát đau ngực.

Chỉ định nhóm IIa:

- Bệnh nhân NMCT cấp có đoạn ST chênh lên hoặc block nhánh trái mới xuất hiện trên điện tim đồ, bị sốc tim trong vòng 36 giờ, tuổi ≥ 75 , can thiệp ĐMV có thể tiến hành trong vòng 18 giờ kể từ khi sốc tim .

Chỉ định nhóm III

1. Không chỉ định can thiệp ĐMV thì đầu cho những bệnh nhân NMCT cấp có đoạn ST chênh lên > 12 giờ kể từ khi khởi phát đau ngực , hiện không còn triệu chứng và có tình trạng huyết động và điện học ổn định.

2. Không can thiệp ĐMV thì đầu tại các bệnh viện không có khả năng phẫu thuật bắt cầu nối chủ vành và không thể nhanh chóng chuyển bệnh nhân đến các bệnh viện có khả năng phẫu thuật tim mạch ở gần hoặc không có đủ khả năng hồi sức trong quá trình vận chuyển .

Chỉ định can thiệp ĐMV sau điều trị tiêu sợi huyết hay bệnh nhân không được tái tưới máu thì đầu:

Chỉ định nhóm I:

1. Có bằng chứng bị tái NMCT.
2. Có triệu chứng thiếu máu cơ tim tự phát mức độ trung bình đến nặng trong giai đoạn hồi phục sau NMCT cấp.
3. Có biểu hiện sốc tim hay huyết động không ổn định.

Chỉ định nhóm IIa:

1. Cho các bệnh nhân có $EF \leq 40\%$, suy tim mạn tính, hay có rối loạn nhịp thất nặng .
2. Cho các bệnh nhân có biểu hiện suy tim trên lâm sàng trong giai đoạn cấp cho dù chức năng tâm thu thất trái còn bảo tồn ($EF > 40\%$)/.

Tài liệu tham khảo:

1. Phạm Nguyễn Vinh (2003), Bệnh học tim mạch, Nxb Y học, TP Hồ Chí Minh, tập 2, tr 63–84.

2. Nguyễn Lâm Việt và cộng sự (2008), " *Khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam về xử trí nhồi máu cơ tim cấp có đoạn ST chênh lên* ", Khuyến cáo 2008 về các bệnh lý tim mạch và chuyển hoá , Nxb Y học, TP Hồ Chí Minh, tr 394-437.

3. Elliott M. Antman E. M , et al (2004). "ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction- executive summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1999 Guidelines for the Management of Patients With Acute Myocardial Infarction)", J Am Coll Cardiol (44), pp. 671-719.

Ký hiệu: PD04-KNTM-LH

Long Xuyên, ngày 01 tháng 04 năm 2010

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH TIM THIẾU MÁU CỤC BỘ MẠN TÍNH

I.Đại cương:

1. Định nghĩa:

Cơn đau thắt ngực là hậu quả của thiếu máu cục bộ cơ tim, xảy ra có thể do cung cấp máu của động mạch vành không đủ cho cơ tim hoặc gia tăng nhu cầu oxy cơ tim. Sự gia tăng này có thể gia tăng tần số tim, tăng sức căng thành thất trái và tăng co bóp của tim.

2.Thuật ngữ:

Đau thắt ngực ổn định còn được gọi là Bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ mạn tính hoặc suy vành.

II.Chẩn đoán:

1.Bệnh sử:

Khai thác bệnh sử là phần quan trọng nhất trong chẩn đoán, khi các đặc điểm của cơn đau (tần xuất, độ nặng, thời gian đau, giờ xuất hiện và yếu tố làm nặng) không thay đổi trong 60 ngày trước. Từ đau rất dễ hiểu lầm, người bệnh khai mỗi người mỗi khác ở ngực, đồng thời cần khai thác: yếu tố xuất hiện cơn đau, vị trí, thời gian...

2.Triệu chứng lâm sàng:

2.1.Triệu chứng cơ năng:

2.1.1. Xác định cơn đau thắt ngực

- Hoàn cảnh xuất hiện: thường xuất hiện khi gắng sức, xúc cảm mạnh, gặp lạnh, sau bữa ăn nhiều hoặc hút thuốc.Một số trường hợp đau về đêm, thay đổi tư thế hoặc khi kèm nhịp nhanh.

- Vị trí: sau xương ức và thường là một vùng (chứ không phải một điểm), đau có thể lan lên cổ, vai, tay, hàm. Hay gặp nhất là lan lên vai trái rồi lan xuống mặt trong tay trái, có khi xuống tận các ngón tay 4,5.

- Tính chất: bệnh nhân mô tả cơn đau như thắt lại, nghẹt, rát, bị đè nặng trước ngực. Một số bệnh nhân có khó thở, mệt lả, đau đầu, buồn nôn, vã mồ hôi.

- Cơn đau: cơn đau thường kéo dài khoảng vài phút, có thể dài hơn nhưng không quá 20 phút.

- Giảm đau khi nghỉ ngơi hoặc dùng thuốc Nitrates

2.1.2. Xác định cơn đau thắt ngực điển hình do bệnh mạch vành bao gồm 3 yếu tố :

(1) Đau thắt chẹn sau xương ức với tính chất và thời gian điển hình

(2) Xuất hiện khi gắng sức hoặc xúc cảm

(3) Đờ đau khi nghỉ hoặc dùng Nitrates

2.1.3. Đau thắt ngực không điển hình: Chỉ gồm 2 yếu tố trên.

2.1.4. Không phải đau thắt ngực: Chỉ có 1 hoặc không có yếu tố nào nói trên

2.2. Triệu chứng thực thể

- Các yếu tố nguy cơ cao của bệnh động mạch vành như là tăng huyết áp hay bệnh mạch máu ngoại vi.

- Trong cơn đau có thể nghe thấy tiếng T3, T4.

- Khám lâm sàng giúp chẩn đoán phân biệt các nguyên nhân khác gây đau ngực.

3. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm: Glycemie, Ure, Creatinine, Cholesterol, HDL, LDL, Triglyceric, Hemoglobine, Fibrinogen.

- Đo điện tim.

- X quang tim phổi thẳng.

- CT - Scanner khi cần.

- Siêu âm tim.

- Holter ECG.

III. Chẩn đoán phân biệt

1. Viêm thân kinh liên sườn, viêm khớp ức sườn, gãy xương sườn.

2. Viêm phổi, viêm màng phổi, thuyên tắc phổi, tràn khí màng phổi.

3. Bóc tách động mạch chủ, viêm màng ngoài tim.

4. Viêm loét dạ dày _ tá tràng, viêm túi mật, viêm tụy.

IV. Điều trị

1. Mục tiêu điều trị

- Tăng chất lượng cuộc sống (giảm triệu chứng cơ năng).

- Phòng ngừa nhồi máu cơ tim và tử vong.

- Giảm nhịp tim 60-70 nhịp / phút.

2. Điều trị không dùng thuốc

- Ngưng thuốc lá.

- Giảm mỡ.

- Giảm rượu.

- Giảm muối.

- Giảm Stress.

- Giảm cân (đối với những người béo phì).

- Vận động thể lực.

3. Điều trị yếu tố nguy cơ

- Tăng huyết áp.

- Đái tháo đường.

- Rối loạn lipid máu.

- Phì đại thất trái.
- Béo phì.

4. Điều trị nội khoa:

4.1. Chống kết tập tiểu cầu (IA):

- Aspirine 81mg 1 viên / ngày.
- Nếu chống chỉ định: Clopidogrel 75mg / viên / ngày.

4.2. Thuốc chẹn beta giao cảm: Chọn một trong các thuốc sau (IA):

- Metoprolol succinate 25mg, 50mg 1 đến 2 viên uống / ngày.
- Atenolol 50mg, 100mg 1 viên uống / ngày.

4.3. Thuốc ức chế men chuyển: Chọn một trong các thuốc sau (IA):

- Enalapril 5mg, 10mg liều dùng từ 5mg – 40mg / ngày.
- Lisinopril 5mg, 10mg liều dùng từ 10mg – 40mg / ngày.
- Perindopril 4mg, 8mg liều dùng từ 4mg – 8mg / ngày.

Nếu có tác dụng phụ thì có thể chọn một trong các thuốc sau:

- Candesartan 8mg, 16mg liều dùng từ 8mg – 32mg / ngày
- Irbesartan 150mg, 300mg liều dùng từ 150mg – 300mg / ngày.
- Telmisartan 40mg, 80mg liều dùng từ 20mg – 80mg / ngày.
- Valsartan 80mg, 160mg liều dùng từ 40mg – 160mg / ngày.

4.4. Thuốc điều chỉnh rối loạn lipid máu: chọn một trong các thuốc sau (IA):

- Simvastatin 10mg 1 viên uống / ngày.
- Fluvastatin 80mg 1 viên uống / ngày.
- Atorvastatin 10mg 1 viên uống / ngày.
- Rosuvastatin 5mg, 10mg 1viên uống / ngày.

4.5. Thuốc Nitrates: chọn một trong các thuốc sau (IC):

- Nitroglycerin 2,5mg 1viên x 2 lần/ ngày.
- Isosorbide – 5 – Mononitrate 40mg, 60mg 1viên / ngày.

4.6. Thuốc chẹn kênh Calcium:

Khi thuốc ức chế beta bị chống chỉ định hay cần kết hợp điều trị tăng huyết áp thì chọn một trong các thuốc sau (IA):

- Amlodipine 5mg, 10mg liều dùng từ 2,5mg – 10mg / ngày.
- Felodipine 5mg liều dùng từ 2,5mg – 10mg / ngày.
- Lacidipine 2mg, 4mg 1 đến 2 viên / ngày.

4.7. Thuốc tác động lên nút xoang (IIB):

- Ivabradin 5mg, 7,5mg 1 đến 2 viên / ngày

4.8. Thuốc tác động lên chuyển hóa tế bào cơ tim: Chọn một trong các thuốc sau (IIB):

- Trimetazidine 20mg 1viên x 3 lần / ngày.
- Trimetazidine MR 35mg 1 viên x 2 lần / ngày.
- Trimetazidine SR 60mg 1viên / ngày.

Lưu ý:

- Thuốc từ nhóm (4.1) đến nhóm (4.4) là thuốc chính không thể thay thế nếu không có chống chỉ định.

- Nếu không đạt mục tiêu điều trị thì có thể thêm các nhóm thuốc từ (4.5) đến (4.8) tùy theo lâm sàng của mỗi bệnh nhân.

5. Điều trị ngoại khoa

Khi điều trị nội khoa tích cực mà tình trạng bệnh không cải thiện thì phải chuyển lên tuyến trên để :

- Can thiệp động mạch vành qua da.
- Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành./.

Tài liệu tham khảo

1. Bệnh học Tim Mạch tập 2 NXB Y Học 2008 Phạm Nguyễn Vinh.
2. Khuyến cáo 2008 về các bệnh lý Tim mạch và Chuyển hóa, NXB Y Học, Hội Tim Mạch Học Việt Nam.
3. Harrison's Principles of Internal Medicine 17th Volume II, 2008 Mc Graw Hill.
4. Current Medical Diagnosis & Treatment 47th 2008 Mc Graw Hill.
5. The Washington Manual of Medical Therapeutics 32nd Edition, 2007 LWW.
6. Compendium of Abridged ESC Guidelines, 2008 LWW.

Ký hiệu: PD05-KNTM-LH

Long Xuyên, ngày 01 tháng 04 năm 2010

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SUY TIM

I. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN:

A. Triệu chứng:

1. Triệu chứng cung lượng tim thấp:
 - Mệt mỏi, tay chân lạnh
 - Lượng nước tiểu giảm
2. Triệu chứng sung huyết phổi:
 - Khó thở khi gắng sức, phải ngồi
 - Dẫn tĩnh mạch cổ
 - Phù chi, dịch màng phổi, dịch màng tim
 - Sung huyết gan: gan to.
3. Triệu chứng cận lâm sàng:
 - ECG, X quang, ECHO.

B. Phân độ suy tim (theo NYHA):

- Độ I : Có bệnh tim nhưng không bị hạn chế trong vận động
Độ II : Có bệnh tim giới hạn nhẹ vận động (hồi hộp, khó thở...)
Độ III: Có bệnh tim giới hạn nhiều vận động. Bệnh nhân khoẻ khi nghỉ ngơi.
Độ IV : Bệnh tim vận động rất nhẹ hoặc nghỉ ngơi cũng xuất hiện các triệu chứng: khó thở, hồi hộp....

II. ĐIỀU TRỊ:

A. Điều trị nguyên nhân và những yếu tố thúc đẩy:

Những yếu tố thúc đẩy:

1. Thiếu máu hoặc nhồi máu cơ tim.
2. Tăng huyết áp.
3. Rối loạn nhịp thất hoặc trên thất.
4. Nhiễm trùng.
5. Thiếu máu.
6. Thai nghén.
7. Bệnh lý tuyến giáp.
8. Quá tải thể tích.
9. Độc tố: rượu, Doxorubicin.
10. Thuốc: ức chế Beta giao cảm, ức chế canxi, kháng viêm non-steroid.
11. Thuyên tắc phổi.

12. Không uống thuốc đúng liều.
13. Chế độ ăn không tốt.

B. Điều trị cụ thể:

Tổng quát:

- Thở oxy: 3-4 lít/phút
- Nghỉ ngơi, hạn chế vận động
- Giảm cân nặng nếu thừa cân.
- Giảm muối nhập (< 2g Na⁺ /ngày)
- Hạn chế nước uống < 1 lít/ngày

Thuốc:

1. Lợi tiểu:

Để giải quyết sự ứ đọng muối, nước làm giảm nhẹ tải.

Trofurit dạng tiêm dùng trong suy tim cấp liều 20 mg - 40 mg/ngày

Trofurit dạng uống 20 - 40 mg/ngày; dùng khi có phù nhiều.

Nhóm thiazide gây thải muối nước ít, nhưng gây mất kali vừa phải.

Phối lợi tiểu tiết kiệm kali như Spironolactone, Teriam.

2. Ức chế men chuyển:

Nên cho ngay trong giai đoạn đầu nếu không có chống chỉ định. Thuốc chúng tỏ cải thiện tốt triệu chứng lâm sàng và có khả năng kéo dài đời sống của bệnh nhân suy tim.

3. Digitalis:

Cải thiện tốt triệu chứng suy tim đặc biệt là suy tim cung lượng thấp nhưng không kéo dài tuổi thọ bệnh nhân suy tim. Chỉ dùng khi có chỉ định.

+ Chỉ định chính:

- Suy tim kèm rung nhĩ đáp ứng thất nhanh.
- Suy chức năng tâm thu thất trái

+ Liều: Digoxine: uống, tiêm mạch. Tấn công: 1 - 1,5mg/36-48giờ. Duy trì : 0,625 - 0,125 mg/ngày.

4. Dẫn mạch tĩnh mạch:

+ Nhóm Nitrate: Dùng khi suy tim mãn có dấu chứng ứ đọng phổi hoặc bệnh lý động mạch vành.

- Nitroglycerine dạng truyền tĩnh mạch dùng trong suy tim trái cấp: Khởi đầu: 10mcg/phút TTM. Tối đa: ≤ 300 mcg/phút.

- Nhóm nitrate dạng uống, dán: Dùng trong suy tim trái mãn.

5. Một số thuốc khác:

- Vận mạch:

Dùng trong suy tim nhịp chậm, suy tim đáp ứng kém với điều trị thông thường.

Dopamin 2-5mcg/Kg/phút. Tối đa ≤ 10 mcg/Kg/phút

Dobutamin 1-2mcg/Kg/phút. Tối đa ≤ 20 mcg/Kg/phút.

Hydralazine: Dùng khi ức chế men chuyển có chống chỉ định hoặc bị tác dụng phụ

Liều dùng thông thường 25-100mg/ngày.

- Ức chế thụ thể angiotensin II :

Có thể có lợi tương tự như ức chế men chuyển.

- Ức chế beta:

Dùng cho mọi bệnh nhân suy tim và/hoặc rối loạn chức năng thất trái, cả bệnh nhân đã ổn định với các thuốc khác.

Liều:

1. Bisoprolol 1,25-10mg x 1 lần/ngày

2. Carvedilol 3,125-25mg x 2 lần/ngày

3. Metoprolol succinate extended 12,5-200mg x 1 lần/ngày./.

Tài Liệu Tham Khảo

1. Đặng Vạn Phước (2001). Suy tim trong thực hành lâm sàng. Nhà Xuất Bản Đại Học Quốc Gia TP. Hồ Chí Minh, tr.33-63, 143-175, 176-203.

2. Phạm Nguyễn Vinh và cộng sự (2008), " *Khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam về chẩn đoán, điều trị suy tim* ", Khuyến cáo 2008 về các bệnh lý tim mạch và chuyên hoá , Nxb Y học, TP Hồ Chí Minh, tr 438-475.

Ký hiệu: PD06-KNTM-LH

Long Xuyên, ngày 01 tháng 04 năm 2010

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ PHÙ PHỔI CẤP (OAP)

I. Phù phổi cấp do tim:

1. Chẩn đoán:

- Con đột ngột về đêm, ngứa họng, ho khan, khó thở tăng dần, hốt hoảng.
- Khạc đàm có bọt hồng.
- Âm thổi bệnh lý tim mạch.
- Ran ẩm, nhỏ hạt to hạt như thủy triều dâng.
- X quang: Tim to, phù vùng mạch máu quanh rốn phổi, phù phế nang, mô kẽ, đường Kerly B, tràn dịch màng phổi.

2. Điều trị:

- 2.1. Nằm đầu cao hoặc ngồi hai chân buông lỏng.
- 2.2. Thở oxy ẩm liều cao 6-10 L/phút
- 2.3. Garrot ba chi luân phiên mỗi 10 phút.
- 2.4. Nitroglycerin ngậm dưới lưỡi 5-20mg hoặc nitroglycerine TTM khởi đầu 5mcg/1 phút.
- 2.5. Furosemide 20mg 1-2A TMC. Có thể lập lại sau 5-10 phút khi cần (đề phòng hạ kali máu từ trước).
- 2.6. /Morphine 2-5mg TM, lập lại mỗi 10-25 phút sau nếu cần. Chú ý các chống chỉ định (xanh tím – hen phế quản – bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính).
- 2.7. Trợ tim:
 - Dobutamine có hạ huyết áp hoặc choáng.
 - Digitalis
- 2.8. Có thể sử dụng thêm Salbutamol khí dung hoặc Aminophilline 4,8% pha loãng TMC nếu không có chống chỉ định.
- 2.9. Thở máy.
- 2.10. Điều trị các yếu tố thúc đẩy.

II. Phù phổi cấp tổn thương:

1. Thở oxy 4-8 L/phút.
2. Thở máy áp lực dương (PEEP).

3. Bảo đảm thông đường hô hấp: Hút đàm nhớt, đặt nội khí quản, mở khí quản.
4. Corticoid liều cao: Prednisone 15 –30mg/kg x 2-3 ngày.
5. Chống chỉ định dùng Morphine (nhất là OAP do nhiễm độc).
6. Điều trị cụ thể tùy theo nguyên nhân:
 - + Ngộ độc heroin: Naloxone 4mg 1 ống TMC.
 - + Do nhiễm trùng: Dùng kháng sinh thích hợp./.

Tài liệu tham khảo:

1. Đặng Vạn Phước (2001). Suy tim trong thực hành lâm sàng. Nhà Xuất Bản Đại Học Quốc Gia TP. Hồ Chí Minh, tr.33-63, 143-175, 176-203.

2. Phạm Nguyễn Vinh và cộng sự (2008), " *Khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam về chẩn đoán, điều trị suy tim* ", Khuyến cáo 2008 về các bệnh lý tim mạch và chuyên hoá , Nxb Y học, TP Hồ Chí Minh, tr 438-475.

Ký hiệu: PD07-KNTM-LH

Long Xuyên, ngày 01 tháng 04 năm 2010

BÓC TÁCH ĐỘNG MẠCH CHỦ

I. Chẩn Đoán:

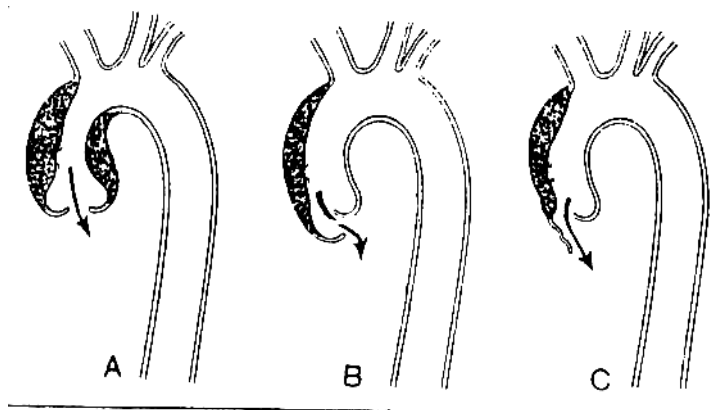
- Tần suất bệnh : nam gấp 2 lần nữ.
- Thường gặp : 60-70 tuổi.

1. Cơ năng:

- Đau ngực rất nặng, đau như dao đâm, đau lan xuống lộ trình ĐMC hoặc lan lên cổ, hàm. Có thể đau ở sau lưng, giữa 2 xương bả vai.
- Các biểu hiện đi kèm:
 - + Toát mồ hôi, buồn nôn, ngất xỉu.
 - + Dấu hiệu suy tim sung huyết : do hở ĐMC cấp.
 - + Ngất: Bóc tách ĐMC vỡ vào màng tim gây chẹn tim.
 - + Dấu hiệu tai biến mạch máu não.
 - + Liệt chi dưới.

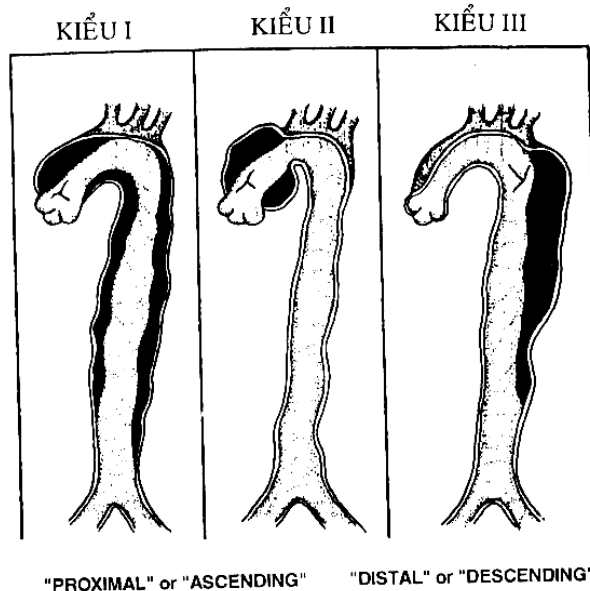
2. Thực thể:

- Khuyết mạch: thường ở chi trên, bóc tách lan đến gốc ĐM dưới đòn hoặc một mảnh nội mạc chẹn lòng ĐM dưới đòn.
- Âm thổi tâm trương của hở van ĐMC (có ở 2/3 bóc tách gần ĐMC). Có thể có âm điệu như nhạc ở bờ phải xương ức.



- Dấu hiệu do ĐMC chèn ép các cơ quan xung quanh:
 - + Hội chứng Horner : chèn ép hạch giao cảm.
 - + Nói khàn : chèn ép dây thần kinh quặt ngược.
 - + Co phế quản : chèn ép khí phế quản.
 - + Khái huyết : vỡ vào khí quản.
 - + Xuất huyết tiêu hóa: vỡ vào thực quản.

- + Block nhĩ thất: bóc tách đào hang vào vách liên nhĩ rồi nút nhĩ thất.
 - Âm thổi liên tục: Bóc tách dò vào nhĩ phải hay thất phải.
3. Cận lâm sàng:
- Huyết học và sinh hóa:
 - + Bạch cầu có thể tăng 14.000 - 15.000/mm³
 - + SGOT, MBCK: Thường bình thường.
 - ECG:
 - + Thường có dày thất trái (dấu hiệu đã có THA từ lâu)
 - + Không có thiếu máu cục bộ cơ tim. Không có dấu thiếu máu cơ tim ở người bệnh đang đau ngực nặng: gợi ý bóc tách ĐMC.
 - X quang:
 - + Nơi bóc tách: Có thể phồng lên, bóng ĐMC có thể giãn rộng.
 - + Dấu vôi: Lớp nội mạc bị vôi hóa sẽ cách khoảng lớp ngoại mạc trên 1cm: **Dấu hiệu đặc trưng của bóc tách ĐMC.**
 - + Dấu lệch khí quản hoặc tràn dịch màng phổi trái: Có thể có.
 - Chụp cắt lớp điện toán (CT SCANNER) và ảnh cộng hưởng từ nhân (IMR): Giúp chẩn đoán xác định.
 - Chụp ĐMC có cản quang: Giúp chẩn đoán xác định, xác định độ lan rộng của bóc tách và sự tương quan với các cấu trúc chung quanh, xác định miệng vào của bóc tách ĐMC.
 - Siêu âm:



- + Độ nhạy của siêu âm qua thành ngực: 79-90%, độ chuyên biệt: 90%.
- + Siêu âm qua thực quản: Độ nhạy: 99% và độ chuyên biệt: 98%.
- + Dấu hiệu: Dẫn nở ĐMC khu trú hay lan tỏa, thành ĐMC tách đôi cho hai hình ảnh cản âm echo.
- + Có thể thấy dòng máu cuộn hay cục máu đông trong lòng giả.

+ Doppler màu: Xác định dòng chảy trong lòng giả, có thể xác định miệng vào của bóc tách.

II. Điều Trị :

- Không điều trị: 25% chết trong giờ đầu, 50% trong tuần đầu, 75% trong tháng đầu, > 90% trong năm đầu.

- Cần kết hợp điều trị nội - ngoại khoa.

1. Điều trị cấp cứu:

- Cần được hồi sức tích cực, theo dõi sát: Huyết áp, nhịp tim, áp lực TM trung tâm, lượng nước tiểu.

- Giảm đau ngay và ổn định huyết áp tâm thu trong khoảng: 100-120 mmHg.

- Hạ huyết áp: Sodium Nitroprusside, Labetalol, Nicardipine, ức chế beta. có thể dùng nifedipine ngậm dưới lưỡi. Ức chế beta làm giảm tốc độ dòng máu.

2. Điều trị lâu dài:

Thường kết hợp nội - ngoại khoa.

- Điều trị ngoại khoa có hiệu quả hơn nội trong trường hợp bóc tách ĐMC gần và cấp.

- Chỉ định điều trị nội - ngoại khoa lâu dài bóc tách ĐMC:

Ngoại khoa:

1. Điều trị chọn lọc bóc tách ĐMC gần, cấp.

2. Điều trị bóc tách ĐMC cấp có biến chứng:

+ Lan tỏa đến các cơ quan sống chủ yếu.

+ Vỡ hoặc đe dọa vỡ.

+ Hở ĐMC .

+ Lan ngược về ĐMC lên.

+ Bóc tách ở Hội chứng Marfan.

Nội khoa:

1. Điều trị chọn lọc ở bóc tách ĐMC xa không biến chứng.

2. Điều trị bóc tách cung ĐMC đơn độc và ổn định.

3. Điều trị chọn lọc bóc tách ĐMC ổn định (trên 2 tuần và không biến chứng).

□ Dù điều trị nội hay ngoại khoa, về lâu dài cần ổn định huyết áp liên tục. Huyết áp tâm thu nên giữ cao nhất: 130-140 mmHg.

Nên dùng các thuốc có tác dụng giảm sức co bóp cơ tim: Ức chế beta, ức chế canxi./.

Tài liệu tham khảo:

1. Phạm Nguyễn Vinh (2006). Siêu âm tim và bệnh lý tim mạch. NXB Y học Chi nhánh TPHCM, tập 2, trang 299 – 306.

Ký hiệu: PD08-KNTM-LH

Long Xuyên, ngày 01 tháng 04 năm 2010

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

I. ĐỊNH NGHĨA :

Đái tháo đường là tình trạng tăng đường huyết mạn tính đặc trưng bởi những rối loạn chuyển hoá carbon hydrat, mỡ, protein kết hợp với giảm tuyệt đối hoặc tương đối insulin dẫn đến hậu quả đường huyết tăng cao và đường niệu dương tính.

II. CHẨN ĐOÁN :

1. Lâm sàng :

a. Đái tháo đường type 1 :
- Bắt đầu < 30 tuổi .
- Triệu chứng lâm sàng rầm rộ .
- Thể trạng bình thường hoặc gầy .
- Tiền sử gia đình có người bị đái tháo đường và/hoặc các bệnh lý tự miễn dịch khác .

- Có bệnh lý tự miễn dịch phối hợp .

- Điều trị bằng Sulfamide hạ đường huyết không có kết quả .

- Biến chứng cấp tính hay gặp là hôn mê nhiễm ceton .

b. Đái tháo đường type 2 :

- Người lớn > 30 tuổi .

- Triệu chứng lâm sàng không rầm rộ , phát hiện tình cờ .

- Thể trạng béo , hay gặp kiểu nam .

- Tiền sử : ở nữ đái tháo đường thai nghén .

- Điều trị lâu dài có hiệu quả bằng chế độ ăn và sulfamide hạ đường huyết , có trường hợp cần phải kết hợp thêm insulin .

2. Cận lâm sàng :

- Đường huyết , đường niệu , HbA1C .

- Cholesterol , Triglyceride , HDL-C , LDL-C .

- Creatinin máu , Ure máu .

- Albumin niệu hoặc Protein niệu.

3. Tiêu chuẩn chẩn đoán :

3.1. Đái tháo đường:

- Đường huyết khi đói ≥ 7.8 mmol/l ($\geq 1,26$ g/l) ít nhất 2 lần

- Đường huyết làm bất kỳ thời điểm nào 2h sau ăn ≥ 2 g/l ($> 11,1$ mmol/l

)

3.2. Rối loạn dung nạp đường:

- Đường huyết khi đói < 7.8 mmol/l

- Đường huyết sau OGTT 2h ≤ 7.8 mmol/l và < 11 mmol/l

3.3. Rối loạn đường huyết khi đói nếu: < 6.1 mmol/l và ≤ 6.9 mmol

III. ĐIỀU TRỊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG :

A. Chế độ dinh dưỡng cho người đái tháo đường :

1. Chế độ ăn hợp lý:

Nguyên tắc:

- Đủ năng lượng, đủ thành phần cân đối.
- Phù hợp với tập quán ăn uống theo địa dư, dân tộc của từng gia đình.
- Bữa ăn phù hợp, không làm tăng đường máu nhiều sau ăn.

Nên tránh:

- Ăn uống quá kiêng cử.
- Ăn quá nhiều làm tăng các yếu tố nguy cơ như rối loạn mỡ máu, tăng huyết áp, suy thận.

2. Vận động thể lực :

- Chế độ luyện tập phải phù hợp tuổi, sức khỏe và sở thích.

3. Giáo dục bệnh nhân : Giáo dục cho bệnh nhân tự biết theo dõi và kiểm soát bệnh:

- Biết diễn biến tự nhiên của bệnh.
- Biết thay đổi đặc biệt của bệnh.
- Biết cách theo dõi đường máu, đường niệu, huyết áp.
- Biết điều chỉnh chế độ ăn, luyện tập.

B. Các thuốc điều trị đái tháo đường :

1. Insulin:

1.1. Chỉ định :

- Để điều trị đái tháo đường type 1.
- Để điều trị đái tháo đường type 2 khi có:
 - + Nhiễm khuẩn nặng
 - + Cần phải phẫu thuật.
 - + Khi thuốc uống không đủ tác dụng làm hạ đường huyết.
 - + Có thai.
 - + Suy gan, suy thận nặng.
 - + Các trường hợp cấp cứu.

1.2. Liều dùng :

- Đái tháo đường type 1 liều cần thiết từ 0,5 – 1,0 đơn vị /kg.
- Đái tháo đường type 2 liều khởi đầu từ 0.2 - 0.4 đơn vị/kg.
- Liều insulin nên 0,1 – 0,2 đơn vị / kg .
- lưu ý :
 - + Khi thay đổi từ phác đồ này sang phác đồ khác cần kiểm tra đường huyết chặt chẽ để tránh biến chứng hạ đường huyết.
 - + Một liều đã cho nên giữ 2 - 3 ngày.
 - + Căn cứ vào mức đường huyết mà tăng giảm liều, mỗi lần tăng 2-4 đơn vị.
 - + Không cho quá 40 đơn vị cho một lần tiêm.

- + Đối với phác đồ 4 mũi tiêm thì cần cho liều cao vào 2 bữa ăn chính , liều thấp vào bữa điếm tâm và lúc đi ngủ.
- + Cần thận tiêm nhiều mũi tiêm cho người già cô đơn, kém linh hoạt.
- + Không được dùng insulin tác dụng nhanh trước khi đi ngủ.

1.3. Cách tiêm:

- + Tiêm dưới da là chủ yếu. Vị trí tiêm: Cánh tay, đùi, da bụng xung quanh rốn. Nên thay đổi hàng ngày.
- + Tiêm tĩnh mạch để dành cho cấp cứu.

1.4. Biện chứng của Insulin:

- + Hạ đường huyết.
- + Loạn dưỡng mỡ do Insulin.
- + Kháng Insulin.
- + Dị ứng.

1.5. Cách bảo quản :

- Bảo quản tốt insulin ở nhiệt độ từ 2 – 15 độ C nhưng tuyệt đối không để trong đông lạnh.
- Ở nhiệt độ 25 độ C Insulin đang sử dụng có thể giữ được 24 – 36 tháng , chính vì vậy không nhất thiết phải để lọ insulin đang dùng ở trong tủ lạnh.

1.6. Các loại insulin :

- Insulin tác dụng nhanh : Insulin actrapid
- Insulin tác dụng trung bình (bán chậm) : Insulin lente
- Insulin hỗn hợp (insulin có 2 pha tác dụng) : Insulin mixtard
- Insulin tác dụng chậm : Ultralente
- Insulin largin (insulin nền)

1.7. Biện chứng của insulin :

- Hạ đường huyết
- Kháng insulin
- Hội chứng Somogyi
- phản ứng tại chỗ

1.8. Các phác đồ điều trị insulin :

- Đa số đáp ứng với phác đồ 1-2 mũi tiêm/ngày , nên sử dụng insulin hỗn hợp (mixtard 30/70) hay insulin bán chậm vào 2 bữa ăn sang và tối.

1.9. Khi thất bại với phác đồ trên thì chuyển sang :

- Tiêm 3 lần/ngày bao gồm 2 mũi insulin nhanh và 1 mũi insulin bán chậm , hoặc 1 mũi insulin nhanh và 2 mũi insulin bán chậm.
- Tiêm 4 lần/ngày bao gồm 3 mũi insulin nhanh và 1 mũi insulin bán chậm.

2. Thuốc uống giảm đường huyết:

2.1. Chỉ định : Đái tháo đường type 2 nhất là bệnh nhân thừa cân hay béo phì.

2.2. Các thuốc uống :

- Sulfamid hạ đường huyết (Gliclazid, Glimépirid, Gliburid)
- Biguanid (Metfomin)
- Glucosidase (Acarboz, Miglitol)

- Thiazolidinedione (Pioglitazone, Rosiglitazone)
- Benfluorex (Metdiator).
- Meglitinid (Analog).

2.3. Liều dùng:

Thuốc	Hàm lượng	Liều hằng ngày	Thời gian tác dụng
SULFONYLURE - Gliburid, Glibenclamid - Gliclazid (Diamicon, Predian) - Gliclazid MR (Diamicon MR) - Glimépirid (Amaryl)	1.25; 2.5; 5mg 80mg 30mg 1; 2; 4mg	1,25-20mg uống 1-2 lần 80 - 320mg chia 2-3 lần 30-120mg uống 1 lần 1-4mg uống 1-2 lần	đến 24h đến 24h đến 24h đến 24h
MEGLITINID (Analog) -Repaglinig (NOVO Norm)	0.5 – 1.2mg	4mg chia làm 2 lần uống 15 phút trước bữa điểm tâm và ăn tối.	3h
BIGUANID - Metformin (Glucophage, Brot, Fordia)	500; 850; 1.000mg	1 – 2g uống sau mỗi bữa ăn 1v/1lần	7 – 12h
THIAZOLIDINDIONE - Rosidlitazone (Avandia) - Pioglitazone	2, 4, 8 mg 15, 30, 45 mg	4-8mg uống 1 hoặc chia 2lần 15-45 mg uống 1lần	24-30h 30h
Ức chế và Glucosidaz Acarboz	50, 100 mg	75-300mg chỉ làm 3lần lúc bắt đầu ăn.	4h

2.4. Chống chỉ định và tác dụng phụ:

Chú ý từng loại thuốc hạ đường huyết dạng uống có chống chỉ định và tác dụng phụ riêng biệt cần tham khảo thêm tài liệu dược lý .

IV. ĐIỀU TRỊ:

Mục tiêu điều trị :

1. Gluco máu gần bình thường:

HbA₁C < 6.5%

Glycémie đói 90-126mg/dl (5.0- 7.8mmol/l)

Đỉnh (glycémie) sau ăn < 180mg/dl (10.6 mmol/l)

2. Huyết áp <130/8 mmHg

3. Lipid huyết thanh:

LDT < 100mg/dl (< 2.6 mmol/l)

Triglicérid <150mg/dl (< 1.7 mmol/l)

HDL > 40mg/dl.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Quản lý tích cực và toàn diện bệnh đái tháo đường – Bộ Y Tế 2006
2. Nội tiết học đại cương (Mai Thế Trạch – Nguyễn Thy Khuê)
3. Staged Diabetes Management – Hochiminh City VN 2005
4. Endocrinologie (Concours Medical Internat) (Catherine Deneux – Tharaux Patrice Darmon)
5. Harrison's Manual of Medicine (786 – 719p)
6. Textbook of Diabetes (Johnc – Pickup – Gareth Williams).

Ký hiệu: PD09-KNTM-LH

Long Xuyên, ngày 01 tháng 04 năm 2010

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG

Viêm phổi mắc phải ở cộng đồng là hiện tượng nhiễm khuẩn ở nhu mô phổi xảy ra ở ngoài bệnh viện, bao gồm: Viêm phế nang, ống và túi phế nang, tiểu phế quản tận cùng hoặc viêm tổ chức kẽ của phổi. Tác nhân gây viêm phổi có thể là vi khuẩn, virus, ký sinh vật, nấm, nhưng không phải là trực khuẩn lao.

I. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN:

Trên bệnh nhân đang sống ở ngoài cộng đồng hoặc không ở bệnh viện trong vòng 2 tuần lễ ít nhất trước đó, mới xuất hiện và có ít nhất 3 trong 4 dấu hiệu sau:

1. Có 1 trong các biểu hiện toàn thân: Mệt mỏi, ớn lạnh (hoặc sốt), chán ăn, sa sút tri giác mới xuất hiện.
2. Có 1 trong các biểu hiện cơ năng hô hấp: Nặng ngực, khó thở, ho, khạc đàm đục.
3. Các biểu hiện thực thể khi khám phổi: Tiếng thở thất thường, ral nổ.
4. X quang ngực: Hình ảnh thâm nhiễm (tổn thương lấp đầy phế nang) mới.

II. TIÊU CHUẨN PHÂN LOẠI NẶNG:

Xếp loại ngay khi nhập viện.

Bệnh nhân sẽ được xếp loại nặng theo các tiêu chuẩn sau:

1. Tuổi trên 65.
2. Giảm tri giác mới xuất hiện: Ý thức u ám, nói chuyện lẫn lộn, tiểu không tự chủ.
3. Nhịp thở nhanh trên 30 lần/phút và hoặc $SpO_2 < 90\%$ ($FiO_2=21\%$).
4. Huyết áp tối đa $< 90\text{mmHg}$.

Xếp loại:

- Nhóm 1 (nhẹ): Nếu không có triệu chứng nào kể trên
- Nhóm 2 (nguy cơ nặng): Nếu có 1 triệu chứng trở lên.
- Nhóm 3 (nặng): Nếu có từ 2 triệu chứng kể trên.

III 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 11 lần trong 3 tháng cuối.

A. Cushing do dùng thuốc kháng viêm kéo dài(suy giảm miễn dịch).

B. 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.

IV. CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ NẶNG KẾT HỢP:

Xác định trong vòng 12- 24 giờ:

- Yếu tố I: suy thận (Urê máu > 8mmol/l).

- 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 < 35g/l).

V. 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, creatinin, urê, protide, Na, K) - Cây máu và đờm (*) (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, creatinin, urê, protide, Na, K) - CRP. - ECG. - Khí máu (Nếu SpO ₂ <90%). - Cây máu và đờm (*) (Nếu có A-D). - Các xét nghiệm khác nếu nghi ngờ có bệnh lý khác kết hợp.	- Xquang ngực thẳng. - CTM - Sinh hóa máu (SGOT, SGPT, Bilirubin, Glucose, creatinin, urê, protide, Na, K). - CRP. - ECG. - Cây máu và đờm (*) (nếu có A-D). - Khí máu (Nếu SpO ₂ <90%). - Các xét nghiệm khác nếu nghi ngờ có bệnh lý khác kết hợp.

Chú thích: (*) Cây đờm và dịch phế quản định lượng và làm kháng sinh đồ.

VI. 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, SpO2(Nếu cần)	Huyết áp, Nhiệt độ, Sáng- chiều- tối Nhịp thở, Tri giác, SpO2 (Nếu cần) 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.

VII. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

1. Lao phổi:

- Ho dai dẳng, có thể ho ra máu, sốt nhẹ về chiều, gầy sút.
- Tổn thương trên phim chụp X-quang phổi chủ yếu là những nốt mờ thâm nhiễm vùng hạ đòn 2 bên, có thể thấy hình hang. Số ít trường hợp tổn thương dưới dạng đám mờ hoặc thậm chí hình tam giác với đáy quay ra ngoài giống viêm phổi.
- Chẩn đoán xác định bằng việc tìm thấy trực khuẩn lao trong đàm hoặc dịch phế quản. Ngoài ra có thể căn cứ vào phản ứng khuếch đại chuỗi (PCR) với trực khuẩn lao. Phản ứng Mantoux dương tính mạnh có giá trị gợi ý. Bệnh nhân không đáp ứng với điều trị kháng sinh thông thường.

2. Tràn dịch màng phổi:

Có hội chứng ba giảm, chọc dò màng phổi thấy có dịch hoặc chụp phổi với tư thế người bệnh nằm nghiêng về bên nghi có tràn dịch hoặc làm siêu âm để xác định.

3. Nhồi máu phổi:

- Đau ngực dữ dội, có khi sốc, ho ra máu.
- Thường xảy ra trên bệnh nhân có bệnh van tim hoặc phẫu thuật ở vùng tiểu khung.
- ECG có thể thấy dấu hiệu S1Q3.
- Khí máu có thể thấy PaO2 giảm và PaCO2 giảm.

4. Ung thư phổi:

- Nghi đến ung thư phổi khi có ho ra đàm lẫn máu nhất là ở người trên 50 tuổi nghiện thuốc lá.
- Có thể tiến hành ngay việc soi phế quản, chụp CT- Scanner lồng ngực những trường hợp nghi ngờ hoặc sau khi điều trị hết nhiễm khuẩn nhưng tổn thương phổi vẫn còn tồn tại trên 1,5 tháng hoặc viêm phổi tái phát ở cùng một khu vực.

5. Dàn phế quản bội nhiễm:

- Bệnh nhân ho khạc đàm mủ kéo dài, có sốt.
- Cần chụp phim CT-Scan lồng ngực độ phân giải cao, hoặc chụp phế quản cản quang để xác định.

VIII. ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc chung:

- Xử trí tùy theo mức độ nặng: cần tuân thủ trình tự theo sơ đồ một.
- Lựa chọn kháng sinh theo căn nguyên gây bệnh nhưng ban đầu thường theo kinh nghiệm lâm sàng, yếu tố dịch tễ, mức độ nặng của bệnh, tuổi bệnh nhân, các bệnh kèm theo, các tương tác, tác dụng phụ của thuốc.
- Thời gian dùng kháng sinh: từ 7-10 ngày nếu do các tác nhân không điển hình.
- Điều trị triệu chứng nếu cần:
 - + Giảm đau, hạ sốt bằng Paracetamol 0.5g x 4 lần/ngày nếu sốt trên 38⁰C.
 - + Bồi phụ nước điện giải, Vitamin B1B6 liều cao cho người nghiện rượu.
 - + Đảm bảo dinh dưỡng, cung cấp đủ Oxy.

2. Điều trị:

- Amoxicillin 30-50mg/kg/ngày + Macrolid (Erythromycin 2g/ngày hoặc Clarythomycin 15mg/kg/ngày) khi nghi ngờ do vi khuẩn không điển hình.
- Có thể dùng Beta-lactam/ ức chế men Beta-lactamase (Amoxicillin-clavulanat) kết hợp với một thuốc Macrolid.
- Có thể dùng Cephalosporin thế hệ 2 hoặc 3 (Cefuroxime 1,5g x 3lần/ngày hoặc Cefotaxim 1g x 3lần/ngày) kết hợp với một thuốc Macrolid.
- Thở Oxy đảm bảo duy trì PaO₂ > 60mmHg hoặc SaO₂ > 90%.
- Giữ ổn định cân bằng nước điện giải và thăng bằng kiềm toan.

IX. SƠ ĐỒ XỬ TRÍ:

Viêm phổi cộng đồng? Đến khám bệnh.

Chẩn đoán (+) VPCĐ (khi có 3 trong 4 tiêu chuẩn chẩn đoán)

- Xếp loại mức độ nặng: nhóm 1,2,3.
- Xác định có hay không có yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn đặc biệt A, B, C, D.

- BN nhóm 1(+/- A-D) Nên điều trị ngoại trú. Nếu cần nhập viện: XN1, TD1 PĐ 1(hoặc PĐ1+ và xét nghiệm vi trùng học nếu có A-D)	- BN nhóm 2 (+/- A-D) Cần nhập viện. XN2, TD2 PĐ 2(hoặc PĐ2+ và xét nghiệm vi trùng học nếu có A-D)	- BN nhóm 3 (+/- A-D) Xem xét khả năng nhập ICU. XN3, TD3 PĐ3 (hoặc PĐ3 + và xét nghiệm vi trùng học).
---	---	--

Trong vòng 12-24 giờ (ngày 1)

Xác định có hay không có các yếu tố nguy cơ I-IV.
Và điều trị các yếu tố nguy cơ.

Sau khi sử dụng kháng sinh 72 giờ (ngày 2-4)
Đánh giá hiệu quả điều trị.

Tốt	Xấu
<ul style="list-style-type: none">- Giảm bậc theo dõi.- Xem xét chuyển thuốc uống và chuyển điều trị ngoại trú.	<ul style="list-style-type: none">- Tăng bậc theo dõi.- Xem lại chẩn đoán và điều trị các bệnh kết hợp.- Xét nghiệm vi trùng học.- Điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ hoặc tăng bậc.

Tốt

Sau 72 giờ tiếp theo (ngày 5-7)
Đánh giá hiệu quả điều trị.

X. 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. **PD 1:** Amoxicillin 1g uống / mỗi 8 giờ hoặc Erythromycin 0.5g uống/ mỗi 6 giờ (hoặc Clarythomycin 0.5g uống/ mỗi 12 giờ).

PD 1+: Amoxicillin/a.clavulanic (Thí dụ: Augmentin 1g uống mỗi 8 giờ).

Hoặc Fluoroquinolone có tác dụng với Pneumococci (thí dụ: Levofloxacin 0.5g uống mỗi 12-24 giờ).

b. **PD 2:** Amoxicillin 1g tĩnh mạch / mỗi 8giờ.

PD 2+: Amoxicillin/a.clavulanic (Thí dụ: Augmentin 1g uống mỗi 8 giờ).

Hoặc Erythromycin 0.5g uống mỗi 6 giờ (hoặc Clarythomycin 0.5g uống mỗi 12 giờ).

c. **PD 3:** Ceftriaxone 2g tĩnh mạch/ngày hoặc Cefotaxime (thí dụ: Zinacef 0.75g hoặc 1.5g tĩnh mạch/ mỗi 8giờ).

Kết hợp với:

- Fluoroquinolon có tác dụng với Pneumococci (thí dụ: Levofloxacin 0.5g tĩnh mạch/mỗi 12-24 giờ).

- Hoặc Macrolid thế hệ mới (thí dụ: Azithomycin, ngày 1: 0.25g x 2 viên uống/ một lần/ngày, ngày 2-5 : 1.25g x 1 viên uống/một lần/ngày hoặc Clarythomycin 0.5g uống/mỗi 12 giờ).

d. **PD 4:** Ceftazidime (thí dụ: Fortum 1g tĩnh mạch/ mỗi 8 giờ).

Kết hợp Fluoroquinolone có tác dụng với Pneumococci (thí dụ: Levofloxacin 0.5g tĩnh mạch/ 12-24 giờ).

Kết hợp hay không Tobramycin 80mg tĩnh mạch/mỗi 8 giờ hoặc Amikacin 500mg tĩnh mạch/mỗi 12 giờ.

Lưu ý: Các thuốc cần được điều chỉnh theo chức năng gan thận.

XI. TIÊU CHUẨN ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ:

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 giảm.
- Có hay không tổn thương X-quang ngực giảm.

2. Xấu:

- Triệu chứng cơ năng và toàn thân 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, mũ màng phổi, nhiễm trùng máu, viêm phúc mạc, viêm màng não, viêm nội tâm mạc...)

- Có hay không bạch cầu không giảm.
- Có hay không tổn thương trên X-quang ngực không giảm.

3. Các trường hợp cần điều trị ở khoa săn sóc đặc biệt (ICU):

Cần điều trị tại khoa ICU những bệnh nhân có 2 trong 3 tiêu chuẩn sau:

- Tổn thương rộng nhiều thùy phổi.
- PaO₂/FiO₂ (bảo hòa Oxy máu động mạch/phân xuất Oxy trong khí thở vào) < 250.

- Huyết áp tối đa <90 mmHg.
- Hoặc có 1 trong các tiêu chuẩn sau:

- Cần thở máy.
- Sốc nhiễm trùng.

4. Tiêu chuẩn ra viện:

Nên cho bệnh nhân ra 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.

5. Phòng bệnh:

- Điều trị tốt các ổ nhiễm trùng tai mũi họng.
- Gây miễn dịch bằng tiêm chủng vaccin chống virus, vi khuẩn ở trường hợp có bệnh phổi mãn tính, suy tim, tuổi trên 65 hoặc đã bị cắt lách.
- Loại bỏ những yếu tố kích thích độc hại: thuốc lá, thuốc lào.
- Giữ ấm cổ ngực trong mùa lạnh./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ y tế. Hướng dẫn điều trị. Tập 1, NXB Y học 2005.
2. Phác đồ điều trị của TS NGUYỄN VĂN THÀNH. Phác đồ điều trị và quy trình một số kỹ thuật trong thực hành nội khoa bệnh phổi. NXB Cần Thơ 2006.
3. 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.

Ký hiệu: PD10-KNTM-LH

Long Xuyên, ngày 01 tháng 04 năm 2010

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH (COPD)

I. Định nghĩa:

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD-Chronic Obstructive Pulmonary Disease) 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. Bệnh sử

- Ho mạn tính
- Khạc đàm mạn tính
- Khó thở tăng dần theo thời gian
- Có những đợt viêm phế quản cấp tái diễn
- Hút thuốc lá >20 gói năm, môi trường ô nhiễm

2. Lâm sàng

- Lồng ngực biến dạng hình thùng, giảm di động
- Nói hụt hơi, co kéo cơ hô hấp phụ cả khi nghỉ ngơi
- Giảm thông khí ở phổi
- Có thể có các triệu chứng của suy tim phải

3. Cận lâm sàng

- X quang ngực thẳng
- Đo điện tâm đồ
- Khí máu động mạch
- **Đo chức năng hô hấp** (tiêu chuẩn vàng)
- FEV1/FVC < 70% sau dùng thuốc giãn phế quản

III. Chẩn đoán phân biệt

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

IV. Phân giai đoạn (GOLD 2007)

<u>Giai đoạn</u>	<u>Chức năng hô hấp</u>
Giai đoạn I	FEV1 \geq 80%
Giai đoạn II	50% \leq FEV1 < 80%
Giai đoạn III	30% \leq FEV1 < 50%
Giai đoạn IV	FEV1 < 30% hoặc < 50% kèm theo suy hô hấp mạn

V. Điều trị giai đoạn ổn định:

1. Giai đoạn I:

- Dùng thuốc dẫn phế quản tác dụng ngắn khi cần
- Fenoterol/Ipratropium MDI
- Salbutamol MDI
- Salbutamol 2-4mg viên

2. Giai đoạn II:

- Kháng Cholinergic tác dụng kéo dài + kích thích Beta 2
- SABA (Salbutamol CR 4mg uống 1-2 lần/ngày) hoặc LABA (Bambuterol 10mg 1v/ngày) + Fenoterol/Ipratropium MDI 2 nhát hoặc Salbutamol MDI khi cần
- Theophylline 200-400mg x 2 lần/ngày + SABA (Salbutamol 2-4mg uống khi cần).

3. Giai đoạn III:

- Titotropium 18 μ hít 1 lần/ngày \pm Salmeterol/Fluticasone 25/125 2 nhát x 2 lần/ngày hoặc Formoterol/Budesonide 4.5/160 2 nhát x 2 lần/ngày \pm Theophyllin 200-400mg x 2 lần/ngày + Fenoterol/Ipratropium MDI 2 nhát hoặc Salbutamol MDI
- Salbutamol CR 4-8mg uống 1-2 lần/ngày hoặc Bambuterol 10mg 1v/ngày \pm Theophyllin 200-400mg x 2 lần/ngày + Fenoterol/Ipratropium MDI 2 nhát hoặc Salbutamol MDI
- Theophyllin 200-400mg x 2 lần/ngày + Salbutamol 2-4mg uống + Prednisolone liều thấp

4. Giai đoạn IV

- Giống giai đoạn III
- Oxy trị liệu tại nhà
- Điều trị các biến chứng: Tâm phế mạn, đa hồng cầu./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn điều trị, tập 1-2 NXB Y học 2006
2. C.Lenfant, N.Khal tacv. Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD 2005 – update 2006).
3. Trevor T.Hansel, P.Jbarnes. An Atlas of chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). The Parthenon Publishing Group 2004.
4. 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.

Ký hiệu: PD11-KNTM-LH

Long Xuyên, ngày 01 tháng 04 năm 2010

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ 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 trong cơ chế sinh bệnh. Tình trạng viêm nói trên là nguyên nhân gây tăng phản ứng của đường thở với các tác nhân kích thích. Biểu hiện bằng hiện tượng phù nề niêm mạc, tăng tiết, co thắt cơ trơn phế quản và có thể dẫn đến biến đổi mạn tính cấu trúc phế quản.

II. Chẩn đoán

1. Tiền sử

- Bệnh thường khởi phát từ lúc nhỏ
- Bản thân bệnh nhân hay gia đình mắc các bệnh dị ứng
- Cơ khó thở hay các triệu chứng cải thiện rõ khi sử dụng thuốc dẫn phế quản hay Corticosteroid

2. Lâm sàng:

- Ho
- Nặng ngực
- Khó thở
- Thở khò khè hay thở rít
- Các triệu chứng trên hay xuất hiện về đêm hoặc sáng sớm, sau tiếp xúc yếu tố kích thích, sau gắng sức...

3. Cận lâm sàng:

- Đo chức năng hô hấp
- Tăng FEV1 \geq 12% (hay \geq 200ml) hoặc PEF > 20% (hay > 60L) sau khi cho thuốc dẫn phế quản (Salbutamol 400 μ trong 10-20 phút)
- Dao động PEF sáng – chiều > 20%

III. Chẩn đoán phân biệt:

- Tắc nghẽn đường thở cao
- Viêm phế quản cấp thể hen
- Đợt cấp của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính
- Hen tim

IV. Phân bậc:

Bậc 1 (Hen thưa)

- Con xuất hiện < 1 lần/tuần
- PEF dao động < 20%

Bậc 2 (Hen nhẹ)

- Con xuất hiện > 1 lần/tuần
- PEF \geq 80% ; PEF dao động 20-30%

Bậc 3 (Hen trung bình)

- Con xuất hiện hằng ngày
- PEF 60-80%; PEF dao động > 30%

Bậc 4 (Hen nặng)

- Con tồn tại liên tục và ảnh hưởng đến hoạt động thể lực
- PEF \leq 60%; PEF dao động >30%

V. Điều trị:

- Bậc 1: Thuốc hằng ngày không cần thiết
- Bậc 2: Thuốc hằng ngày liều thấp ICS
- Bậc 3: Thuốc hằng ngày liều thấp đến trung bình ICS + LABA hít
- Bậc 4: Thuốc hằng ngày liều cao ICS + LABA hít + 1 trong các thuốc (Theophylline chậm, LABA uống, Corticosteroid uống)

Ghi chú

- ICS (Inhaler Corticosteroid): Budesonide, Fluticasone.
- SABA (Short Acting Beta 2 Agonist): Salbutamol, Terbutaline.
- LABA (Long Acting Beta 2 Agonist): Formoterol, Salmeterol./.

Tài liệu tham khảo

1. Hướng dẫn điều trị tập 1-2 NXB Y học 2006 Bộ Y Tế.
2. Global Strategy for Asthma Management and Prevention (GINA 2005, update 2006)
3. Phác đồ điều trị và quy trình một số kỹ thuật trong thực hành Nội khoa bệnh phổi. BVĐKTH Cần Thơ - Trường ĐHYD cần Thơ năm 2007.

Ký hiệu: PD12-KNTM-LH

Long Xuyên, ngày 01 tháng 04 năm 2010

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM CƠ TIM (VCT)

I. ĐỊNH NGHĨA, NGUYÊN NHÂN, PHÂN LOẠI:

- VCT xảy ra khi có sự xâm nhập các tế bào đáp ứng miễn dịch vào trong cơ tim.
- VCT có thể do nhiễm trùng (thường gặp nhất là virus) hay không nhiễm trùng (hóa chất; độc tố; tác nhân vật lý; dị ứng thuốc: Methyldopa, các penicilline, các sulfamide, tetracycline và các thuốc chống lao). Bệnh cơ tim chu sinh cũng được xếp vào nhóm VCT.
- Theo sinh lý bệnh, có thể có VCT cấp, VCT mạn và bệnh cơ tim do viêm.
 - Hiện tượng hoại tử tế bào cơ tim trong VCT cấp: Chỉ hiện diện trong 7 - 10 ngày đầu của bệnh.
 - VCT mạn: co thất trái bình thường (EF > 55%) hoặc rối loạn vận động vùng vách tim.
 - Bệnh cơ tim do viêm: cơ tim có viêm mạn, tổn thương cơ cơ tim (EF < 55%), dẫn bùồng thất.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

Thay đổi, nhiều trường hợp không có triệu chứng. Bệnh nhân điển hình của VCT cấp thường là người tương đối trẻ, trung niên và khỏe mạnh; ít gặp VCT ở người cao tuổi. Một số triệu chứng hoặc bệnh cảnh gợi ý chẩn đoán VCT cấp:

- Tim đập nhanh không phù hợp với sốt nhẹ.
- Ngoại tâm thu rất nhiều, mới khởi phát trên người trước đó khỏe mạnh.
- Biến đổi ST và T có dạng thay đổi.
- Người trẻ khỏe mạnh, ít yếu tố nguy cơ bệnh ĐMV có biểu hiện NMCT cấp mà chụp ĐMV bình thường.

2. Cận lâm sàng:

- XN sinh hóa, huyết học và vi trùng thường không giúp chẩn đoán: có thể VS tăng, bạch cầu tăng, MB-CK tăng, troponin tăng (troponin tăng dễ tiến triển đến bệnh cơ tim do viêm), huyết thanh chẩn đoán virus (chỉ chứng tỏ nhiễm virus cấp, không xác định được VCT cấp).

- ECG: điện thế thấp, nhịp nhanh xoang, loạn nhịp trên thất, loạn nhịp thất, bloc nhánh, bloc nhĩ thất hoàn toàn, biến đổi ST và T, QT dài, đôi khi có biểu hiện như NMCT cấp.

- Siêu âm tim: có thể buồng tim giãn, rối loạn chức năng toàn thể tim hoặc rối loạn vận động vùng khu trú, thành tim dày, huyết khối trong buồng thất, đôi khi có biểu hiện giống bệnh cơ tim.

- Phương tiện để chẩn đoán xác định VCT là sinh thiết cơ tim.

3. Các nguyên nhân thường gặp của VCT:

<u>Tác nhân hoặc rối loạn phối hợp</u>	<u>Mẫu chốt lâm sàng</u>	<u>Phương pháp chẩn đoán</u>
Virus/Coxsackie B	Triệu chứng giống cảm cúm	Sinh thiết cơ tim
Thấp tim	Tiêu chuẩn Jones	Phết họng cấy, ASLO
Bệnh Lyme	Tiền sử bị bọ cắn	Huyết thanh chẩn đoán
Doxorubicin / anthracycline	Tiền sử điều trị ung bướu	LS, sinh thiết cơ tim
Bệnh Chagas	Du lịch vùng Trung, Nam Mỹ	Huyết thanh chẩn đoán
Bệnh cơ tim chu sinh	Tam cá nguyệt cuối thai kỳ hoặc 6 tháng đầu sau sinh	Lâm sàng

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Điều trị VCT cấp:

- Nhập hồi sức (cấp cứu) nếu có biến đổi ECG và tăng MBCK
- Đặt ECG monitoring (nguy cơ tử vong do loạn nhịp hoặc suy tim nặng cao)
 - Người bệnh cần nằm nghỉ cho tới khi không còn viêm
 - Điều trị suy tim: ức chế men chuyển, lợi tiểu, digitalis và chẹn beta, có thể cần dụng cụ trợ tim và ghép tim
 - Loạn nhịp thất: đa số cải thiện khi điều trị tốt suy tim, nếu nặng sử dụng thêm amiodarone hoặc cấy máy phá rung chuyển nhịp.
 - Bloc nhĩ thất hoàn toàn cần đặt máy tạo nhịp tạm thời
 - Trên 50% bệnh nhân phục hồi tốt chỉ với nghỉ ngơi và điều trị suy tim, không sử dụng thuốc chống miễn dịch hoặc immunoglobulins, thuốc chống virus chưa có nghiên cứu. Có bệnh nhân sau khi ra khỏi giai đoạn VCT cấp sẽ bị VCT mạn và bệnh cơ tim giãn nở.

2. Điều trị VCT mạn và bệnh cơ tim do viêm (VCT còn tiếp diễn dù virus không còn sinh sản):

- Nếu sinh thiết cơ tim cho thấy VCT do tăng bạch cầu ái toan hoặc VCT tế bào khổng lồ, sử dụng ngay thuốc chống miễn dịch bên cạnh điều trị cơ bản về suy tim.

- Các trường hợp VCT mạn khác, kéo dài trên 6 tháng, không cải thiện chức năng tim dù điều trị suy tim, nên sử dụng thêm thuốc chống miễn dịch.

3. Cách sử dụng thuốc chống miễn dịch:

Phác đồ điều trị chống miễn dịch gồm corticosteroids, phối hợp azathioprine hoặc cyclosporin A.

- Liều α - methylprednisolone thường là 1mg/kg/ngày/ 4 tuần đầu, giảm liều 8-12mg mỗi 2 tuần lễ cho tới liều duy trì là 12mg/ngày. Điều trị kéo dài trong 6 tháng.

- Trường hợp vẫn còn viêm (35-40%): azathioprine được dùng kèm liều thấp corticosteroid. Dấu hiệu có hiệu quả khi lympho bào trong máu giảm ở mức 1000/ μ L./.

Tài liệu tham khảo: Phạm Nguyễn Vinh, Bệnh học tim mạch tập II, 2006.

Ký hiệu: PD13-KNTM-LH

Long Xuyên, ngày 01 tháng 04 năm 2010

PHÁC ĐỒ CẤP CỨU NGỪNG TUẦN HOÀN - HÔ HẤP

Cấp cứu ngừng tuần hoàn - hô hấp là cả một quá trình liên tục và khẩn trương bao gồm các biện pháp hồi sinh cơ bản, hồi sinh nâng cao và sẵn sàng sau hồi sức.

1. Gọi ngay người trợ giúp
2. Tiến hành các bước cấp cứu cơ bản.
3. Tiến hành sốc điện sớm.
4. Hồi sinh tim phổi nâng cao.

CÁC HÌNH THỨC NGỪNG TIM:

- Rung thất hoặc nhịp nhanh thất mất mạch.
- Vô tâm thu.
- Hoạt động điện vô mạch.

CÁC YẾU TỐ GÂY NGỪNG TIM:

- Giảm khối lượng tuần hoàn	- Ngộ độc
- Giảm oxy	- Chèn ép tim cấp
- Toan máu nặng	- Tràn khí màng phổi áp lực
- Tăng hoặc giảm kali máu	- Thuyên tắc (mạch vành, phổi)
- Hạ thân nhiệt	- Chấn thương

1. HỒI SINH CƠ BẢN:

Đánh giá xem bệnh nhân có đáp ứng hay không? Lay gọi to bệnh nhân.

Nếu không đáp ứng:

1. Gọi sự giúp đỡ.

2. Khai thông đường thở và kiểm tra hô hấp:

- Đặt bệnh nhân trên nền cứng và ở tư thế nằm ngửa.

- Khai thông đường thở và đánh giá nhịp thở:

+ Ngửa đầu nếu không có bằng chứng chấn thương đầu hoặc cổ. Nếu có chấn thương cột sống cổ, làm kỹ thuật kéo hàm, nếu không có hiệu quả thì tiến hành nghiệm pháp nghiêng đầu và nâng hàm.

- + Lấy bỏ dị vật hoặc mảnh vụn bằng forceps hoặc hút.
- + Giữ khai thông đường thở, quan sát lồng ngực, lắng nghe và cảm nhận hơi thở của nạn nhân <10 giây để xác định nếu nạn nhân thở bình thường.
- + Hỗ trợ hô hấp miệng - miệng, qua mask.

3. Kiểm tra dấu hiệu tuần hoàn:

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

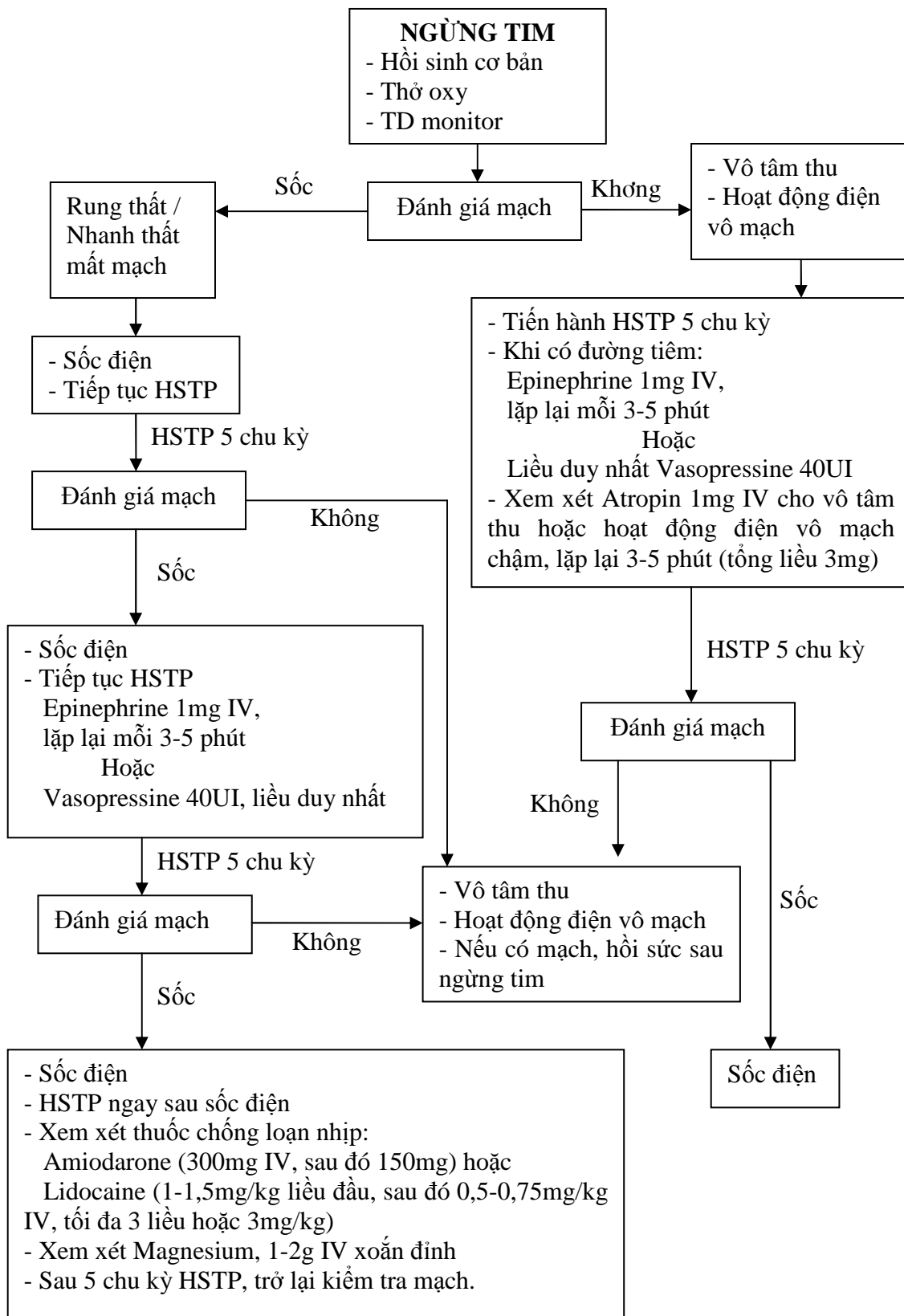
Tiến hành hồi sinh tim phổi:

- Nhấn nhanh và mạnh.
- Vị trí ngang đường núm vú.
- Biên độ 4 – 5cm.
- Tỷ lệ 30:2 (xoay bóp tim : thông khí). Nếu bệnh nhân đã đặt NKQ, xoay bóp tim 100 lần/phút không phải gián đoạn và hỗ trợ hô hấp khoảng 10 lần/phút. Kiểm tra hiệu quả hồi sinh mỗi 2 phút hoặc 5 chu kỳ hồi sinh tim phổi.
- Thời gian thở vào khoảng > 1 giây và cho đủ thể tích khí để lồng ngực nhô lên bình thường. Cung cấp oxy càng sớm.
- Tiến hành sốc điện

HỒI SINH NÂNG CAO (theo sơ đồ):

- Đặt airway.
- Hút sạch dịch (máu, đàm, dịch dạ dày).
- Thông khí: bóp bóng qua mask, đặt NKQ...thể tích khí lưu thông 6-7ml/kg. Tần số hô hấp 8 - 10 lần/phút.
- Thở oxy, theo dõi SpO₂ và khí máu động mạch.
- Đánh giá điện tâm đồ (qua Monitor), tiến hành sốc điện hay không?
- Tiến hành sốc điện nếu là rung thất/nhịp nhanh thất mất mạch. Sốc điện lần đầu: hai pha 120 – 200J hoặc một pha 360J. Sốc điện lần sau: hai pha 200J hoặc một pha 360J.
- Cần đánh giá và dùng sớm các thuốc co mạch hoặc thuốc chống loạn nhịp.

SƠ ĐỒ HỒI SINH NÂNG CAO

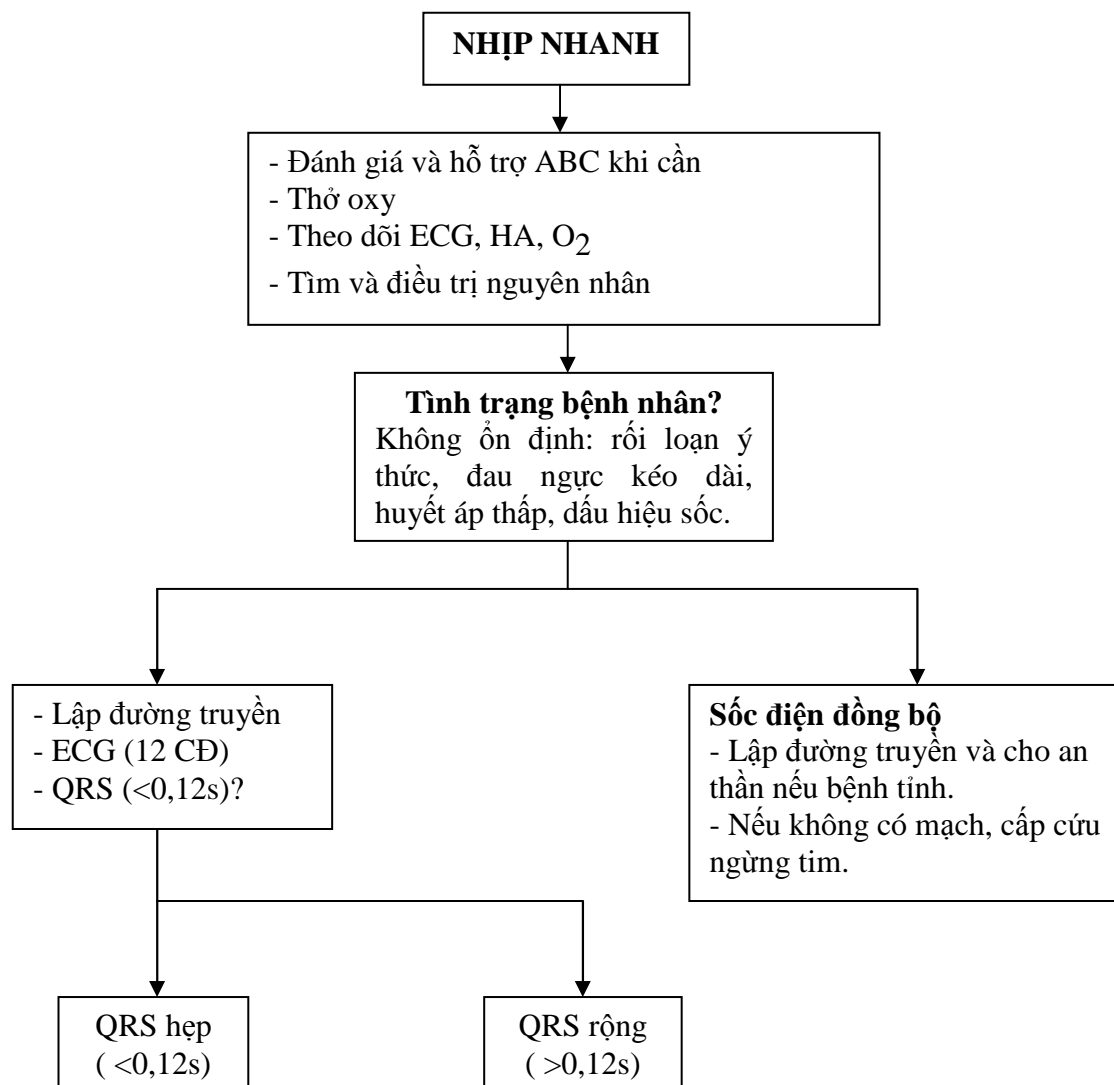


- Nhịp nhanh trên thất vòng vào lại không ổn định.
- Rung nhĩ không ổn định.
- Cường nhĩ không ổn định.
- Nhanh thất đơn dạng không ổn định.

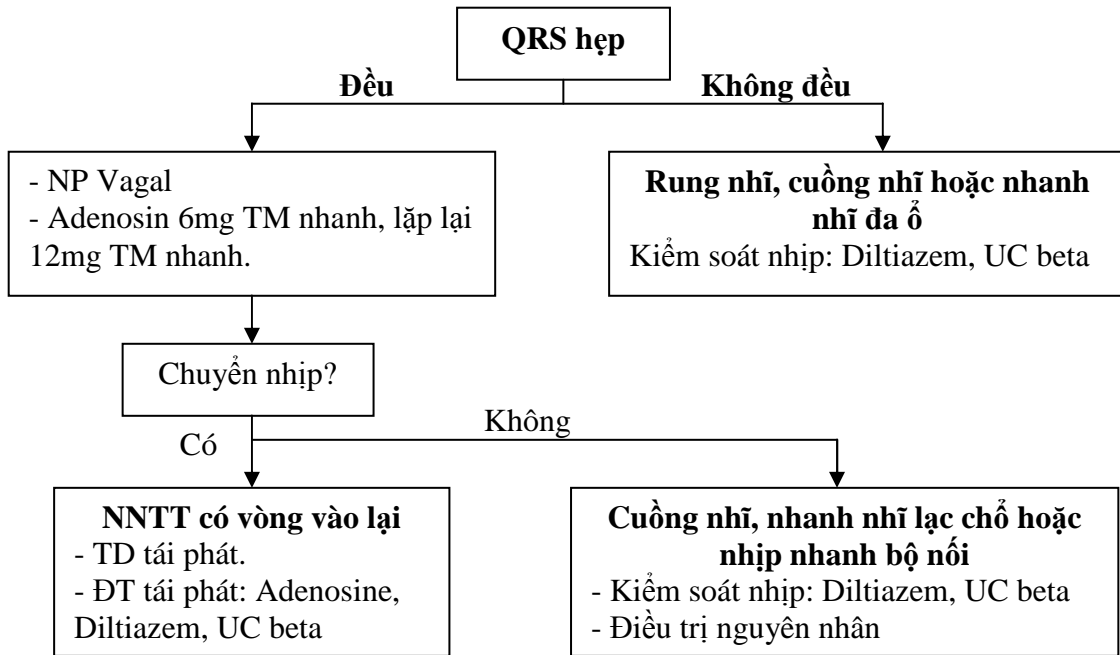
Mức năng lượng đối với chuyển nhịp sóng 1 pha:

- Rung nhĩ: 100 – 200J.
- Cường nhĩ và nhịp nhanh trên thất khác: 50 – 100J.
- Nhanh thất đơn dạng: 100J.
- Chuyển nhịp không hiệu quả đối với nhịp nhanh bộ nối hoặc rung nhĩ lạc chỗ hoặc rung nhĩ đa ổ.

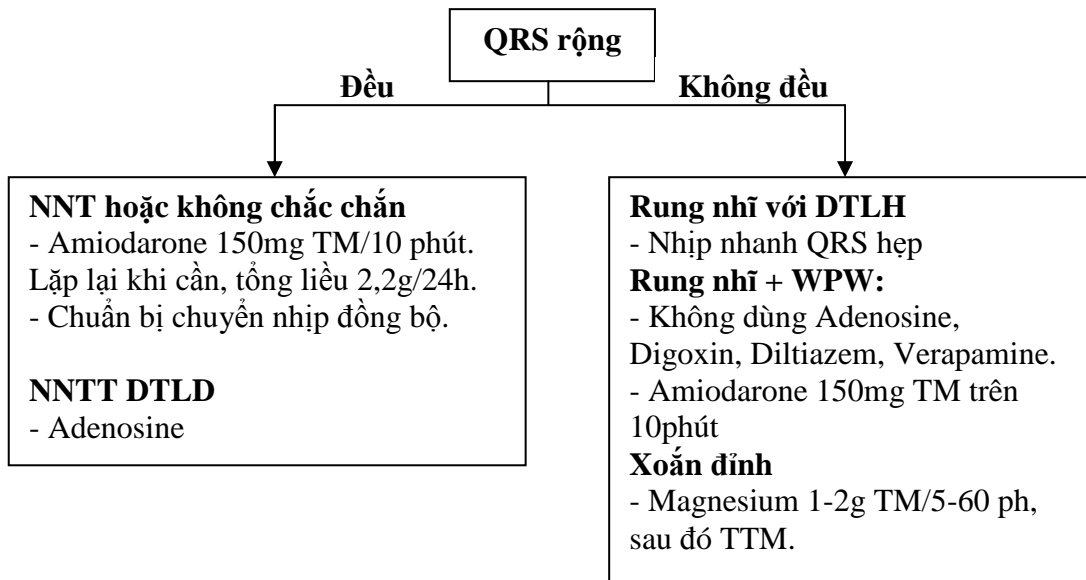
Sốc điện không đồng bộ: Nhịp nhanh thất đa dạng và không ổn định.



2.2. Nhịp nhanh phức bộ QRS hẹp:



2.3. Nhịp nhanh phức bộ QRS rộng:



3. SẴN SỐC SAU HỒI SINH:

3.1. Điều hòa thân nhiệt:

- Giữ thân nhiệt 32 – 34°C trong 12 – 24 giờ.
- Cải thiện sống còn và thần kinh.

3.2. Kiểm soát đường huyết

3.3. Hô hấp:

- Tránh tăng thông khí
- Đảm bảo oxy máu.

3.4. Tuần hoàn:

- TMCBCT / NMCT
- Ổn định huyết động
- Suy thượng thận
- Loạn nhịp tim

3.5. Thần kinh:

- Duy trì áp lực tưới máu não
- Giảm tiêu thụ oxy của mô não: tăng thân nhiệt, co giật./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Guidelines 2005 for CPR and Emergency Cardiovascular Care, AHA. Circulation 2005.
2. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005. Resuscitation 2005.

MỤC LỤC

STT	NỘI DUNG	KÝ HIỆU	SỐ TRANG
12.	Tăng huyết áp	PĐ01-KNTM-LH	2 - 5
13.	Đau thắt ngực không ổn định và nhồi máu cơ tim cấp không có ST chênh lên.	PĐ02-KNTM-LH	6 - 13
14.	Nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên.	PĐ03-KNTM-LH	14 - 19
15.	Bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính.	PĐ04-KNTM-LH	20 - 23
16.	Suy tim	PĐ05-KNTM-LH	24 - 26
17.	Phù phổi cấp (OAP)	PĐ06-KNTM-LH	27 - 28
18.	Bóc tách động mạch chủ	PĐ07-KNTM-LH	29 - 31
19.	Đái tháo đường	PĐ08-KNTM-LH	32 - 36
20.	Viêm phổi cộng đồng	PĐ09-KNTM-LH	37 - 43
21.	Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính	PĐ10-KNTM-LH	44 - 45
22.	Hen phế quản	PĐ11-KNTM-LH	46 - 47
23.	Viêm cơ tim	PĐ12-KNTM-LH	48 - 50
24.	Cấp cứu ngừng tuần hoàn – hô hấp.	PĐ13-KNTM-LH	51 - 57
25.	Mục lục		58