

SỞ Y TẾ AN GIANG
BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG



ISO 9001: 2008
KHOA NỘI TỔNG HỢP

SỞ Y TẾ AN GIANG
BỆNH VIỆN ĐA KHOA
TRUNG TÂM AN GIANG
Ký hiệu : NTH

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



ISO 9001 : 2008
KHOA NỘI TỔNG HỢP

Biên soạn
Trưởng Khoa

Phê duyệt
Giám đốc

BS. NGUYỄN THỊ THU TRANG

TS.BS NGUYỄN VĂN SÁCH

MỤC LỤC

PHẦN I:

Sơ đồ tổ chức khoa	4
--------------------------	---

PHẦN II:

Quy chế công tác khoa	5
Quy định hoạt động khoa	7
Quy định đối với nhân viên	8

PHẦN III:

Bảng mô tả công việc	9
----------------------------	---

PHẦN IV:

Quy chế sử dụng thuốc	21
Quy chế chống nhiễm khuẩn	23
Quy chế xử lý chất thải	26

PHẦN V:

Phác đồ điều trị	27
------------------------	----

PHẦN VI:

Quy trình tiếp nhận bệnh mới	61
Quy trình điều dưỡng	62

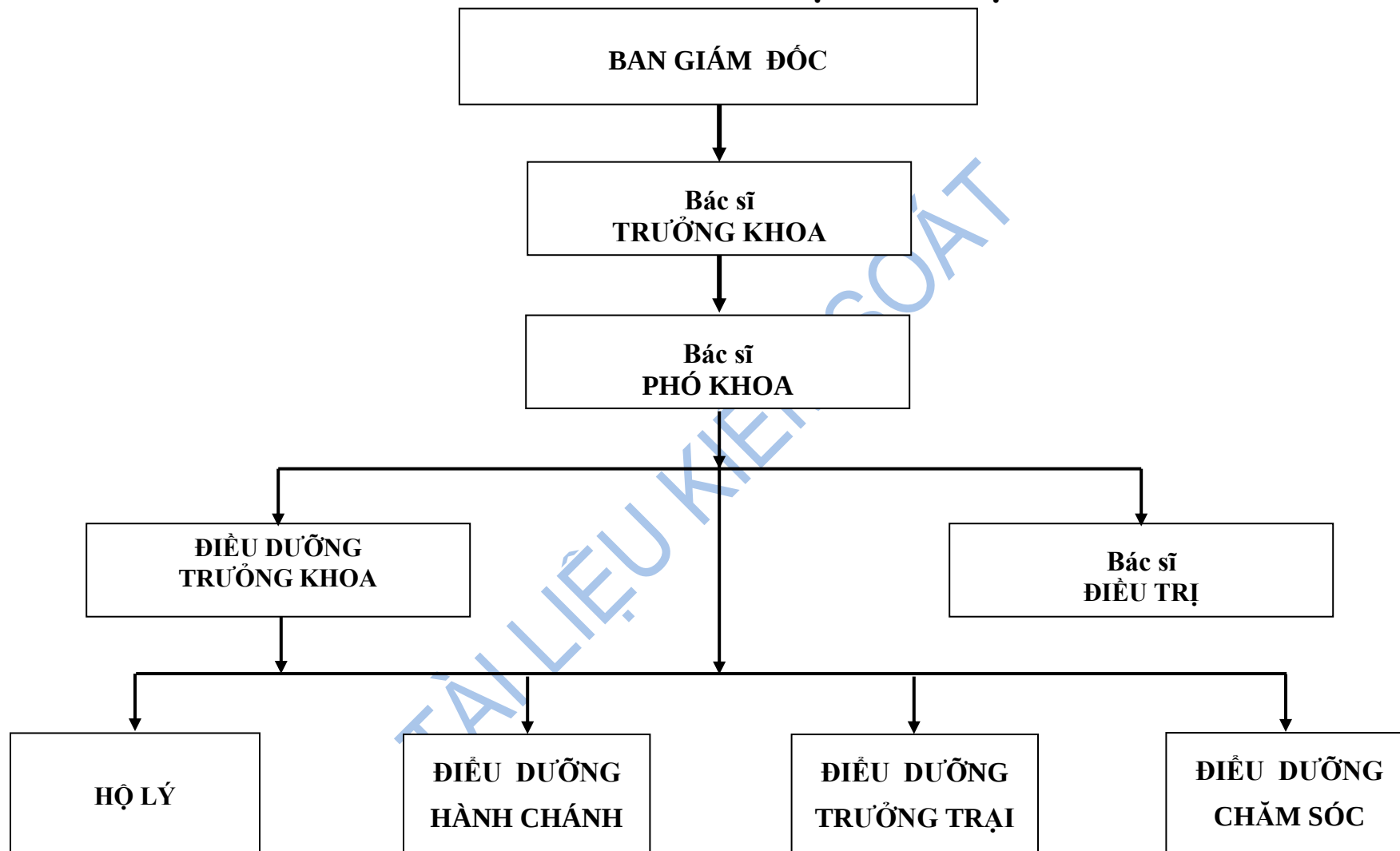
PHẦN VII:

Mục tiêu chất lượng	66
---------------------------	----

PHẦN VIII:

Tài liệu chất lượng	68
---------------------------	----

SƠ ĐỒ TỔ CHỨC KHOA NỘI TỔNG HỢP



Ngày tháng năm 2010
PHÊ DUYỆT

QUY CHẾ CÔNG TÁC KHOA NỘI TỔNG HỢP

(Theo Quy chế Bệnh Viện - Ban hành theo quyết định của Bộ Trưởng Bộ Y Tế
số 1895/1997/BYT - QĐ, ngày 19/09/1997)

A) Qui định chung:

- 1) Khoa nội là khoa lâm sàng, thực hiện các phương pháp không phẫu thuật để chữa bệnh.
- 2) Trong khám bệnh, chữa bệnh phải kết hợp chặt chẽ lâm sàng, các kết quả xét nghiệm cận lâm sàng và kết hợp với các chuyên khoa.
- 3) Khoa nội là khoa trọng điểm, có liên quan đến nhiều chuyên khoa trong bệnh viện; khoa phải bố trí ở trung tâm bệnh viện, thuận tiện cho công tác hồi sức cấp cứu người bệnh, làm các xét nghiệm lâm sàng
- 4) Tham gia đào tạo, nghiên cứu khoa học và chỉ đạo tuyến dưới.

B. QUY ĐỊNH CỤ THỂ:

1) Giám đốc bệnh viện có trách nhiệm:

- Giao kế hoạch giường bệnh, căn cứ vào nhiệm vụ của bệnh viện phù hợp theo nhóm bệnh: hô hấp, tiêu hóa nội tiết, huyết học, buồng người bệnh nặng, nhẹ, buồng cấp cứu...
- Tạo điều kiện cho khoa đảm bảo nhiệm vụ: có buồng làm thủ thuật, để dụng cụ, thuốc cấp cứu, chuẩn bị tiêm truyền, chuẩn bị ăn cho người bệnh. Đủ nước sạch cho người bệnh sử dụng.
- Bố trí nơi làm việc của trưởng khoa, bác sĩ điều trị, buồng hành chính khoa, buồng tắm cho các thành viên trong khoa sử dụng.

2) Trưởng khoa nội có trách nhiệm:

- Thực hiện quy chế nhiệm vụ trưởng khoa lâm sàng.

3) Bác sĩ điều trị có nhiệm vụ:

- Thăm khám người bệnh ngay, bổ sung hồ sơ bệnh án, cho làm các xét nghiệm cần thiết, chẩn đoán xác định bệnh, ghi y lệnh điều trị, chế độ chăm sóc dinh dưỡng...
- Mời hội chẩn theo quy chế hội chẩn trong các trường hợp bệnh nặng, khó chẩn đoán hoặc có liên quan đến các khoa khác.
- Phát hiện kịp thời và xử lý khẩn trương theo quy chế cấp cứu cho người bệnh có diễn biến nguy kịch.
- Thăm khám lại cho người bệnh ít nhất mỗi ngày một lần; sau mỗi lần thăm khám phải ghi vào hồ sơ bệnh án, ghi rõ họ, tên, chức danh.
- Khi thực hiện các thủ thuật nội khoa, phải giải thích cho người bệnh biết, thực hiện các quy định kỹ thuật bệnh viện, đảm bảo chất lượng, an toàn cho người bệnh; trường hợp phối hợp với các chuyên khoa khác phải trao đổi để chọn kỹ thuật phù hợp, ghi vào hồ sơ bệnh án đầy đủ và chuẩn bị phương tiện cấp cứu chu đáo.

4) Y tá (điều dưỡng) có trách nhiệm:

- Đón tiếp ngay người bệnh và đưa người bệnh vào buồng bệnh.

- Khai thác các chỉ tiêu sinh tồn mời bác sĩ điều trị đến thăm khám và nghiêm chỉnh thực hiện y lệnh.
- Đưa người bệnh có chỉ định đi khám chuyên khoa trong hoặc ngoài bệnh viện và mang theo hồ sơ bệnh án của người bệnh.
- Phổ biến nội quy bệnh viện, hướng dẫn nơi ăn, ở, vệ sinh, giáo dục sức khỏe cho người bệnh; phải thực hiện nghiêm chỉnh quy chế chăm sóc người bệnh toàn diện.
- Hỗ trợ người bệnh nặng tắm rửa, cắt tóc và vệ sinh cá nhân theo quy chế chăm sóc người bệnh toàn diện.

TÀI LIỆU KIỂM SOÁT

QUY ĐỊNH HOẠT ĐỘNG KHOA NỘI TỔNG HỢP

Để đảm bảo cho công tác điều trị được tốt, yêu cầu người bệnh và người nhà của người bệnh khi vào khoa cần thực hiện đúng các nội quy sau:

1. Chấp hành nội quy của bệnh viện và y lệnh của bác sĩ điều trị.
2. Tạm ứng tiền thuốc tại phòng thu phí của bệnh viện. Nếu người bệnh thuộc diện chính sách, bảo hiểm y tế,... thì cần xuất trình giấy tờ liên quan để được giải quyết theo chế độ hiện hành.
3. Thăm bệnh theo giờ quy định:
 - Sáng: 5 giờ đến 6 giờ 30.
 - Trưa: 11 giờ đến 13 giờ.
 - Chiều: 16 giờ 30 đến 21 giờ.
4. Ở lại nuôi bệnh qua đêm phải có thẻ nuôi bệnh (mỗi người bệnh chỉ được một người nuôi) và xuất trình giấy tờ tùy thân khi lực lượng bảo vệ kiểm tra.
5. Thực hiện nếp sống văn minh, đi nhẹ nói khẽ, đảm bảo yên tĩnh cho người bệnh nghỉ ngơi và an dưỡng.
6. Giữ vệ sinh trong cũng như ngoài buồng bệnh, không khạc nhổ hay vứt rác bừa bãi... Đồ đạc phải được thu xếp gọn gàng, ngăn nắp.
7. Cần truy hô và báo ngay cho phòng trực gần nhất khi phát hiện cháy nổ hoặc có kẻ gian trong buồng bệnh để kịp thời xử lý.
8. Nên liên hệ điều dưỡng trưởng trại khi có thắc mắc về chuyên môn hoặc tinh thần thái độ phục vụ.
9. Dự họp hội đồng người bệnh tại khoa vào lúc 14 giờ, thứ tư hàng tuần để đóng góp ý kiến xây dựng cho khoa, đồng thời để được nghe phổ biến nội quy và các kiến thức phổ thông về một số bệnh nội khoa thường gặp.
10. Làm thủ tục ra viện tại phòng hành chánh của khoa sau khi được thông báo ra viện. Giấy ra viện sẽ được cấp lúc 15 giờ mỗi ngày.

QUY ĐỊNH ĐỐI VỚI NHÂN VIÊN

KHOA NỘI TỔNG HỢP

- 1) Phải chấp hành tốt chủ trương, chính sách, pháp luật của Đảng, Nhà nước, nội quy và quy chế bệnh viện.
- 2) Rèn luyện, giữ gìn y đức và tác phong giao tiếp.
- 3) Rèn luyện, học tập, trao dồi năng lực chuyên môn.
- 4) Đoàn kết, tương trợ trong công tác, đấu tranh tích cực với các biểu hiện tr ì truệ và sai phạm.
- 5) Sống lành mạnh, trung thực, có tinh thần tiết kiệm, có ý thức phòng cháy chữa cháy, cảnh giác với tội phạm, thực hiện tốt nếp sống văn minh, giữ gìn khoa, phòng sạch đẹp và tạo mọi điều kiện thuận lợi cho người bệnh và thân nhân yên tâm trong thời gian điều trị tại khoa.

BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC

1. **Bộ phận:** Khoa Nội Tổng hợp.
2. **Chức danh:** Bác sĩ.
3. **Chức vụ:** Trưởng khoa.
4. **Cấp báo cáo:** BGĐ bệnh viện.
5. **Phạm vi hoạt động:** Khoa Nội Tổng hợp.
6. **Trách nhiệm:**
 - 6.1) Căn cứ vào kế hoạch bệnh viện xây dựng kế hoạch hoạt động của khoa, trình Giám đốc bệnh viện phê duyệt và chỉ đạo thực hiện.
 - 6.2) Tổ chức tiếp đón người bệnh đến khoa và tổ chức lãnh đạo công tác chẩn đoán, điều trị trong khoa để phục vụ chu đáo cho người bệnh.
 - Tham gia thăm khám và giải quyết những bệnh nguy kịch, bệnh nặng, khó chẩn đoán và khó điều trị.
 - Đi buồng 3 ngày/tuần để xác định lại việc chẩn đoán, điều trị và cho hướng điều trị nếu cần.
 - 6.3) Tổ chức thường trực và công tác cấp cứu 24 giờ, sẵn sàng phục vụ khi có yêu cầu.
 - 6.4) Quyết định hội chẩn trong khoa hay đề nghị hội chẩn liên khoa hoặc toàn bệnh viện. Tự mình hoặc chỉ định bác sĩ đi hội chẩn các khoa khác trong bệnh viện hay ngoài bệnh viện.
 - 6.5) Kiểm tra các bệnh án vào viện, xét duyệt hay quyết định cho bệnh nhân ra hoặc chuyển viện.
 - 6.6) Tổ chức và chủ trì các buổi giao ban, bình bệnh án, kiểm thảo tử vong và sinh hoạt chuyên môn cũng như các buổi họp khác trong khoa.
 - 6.7) Làm nghiên cứu khoa học, tham gia giảng dạy, hướng dẫn học viên thực tập tại khoa do giám đốc phân công.
 - 6.8) Tổ chức chỉ đạo các thành viên trong khoa tham gia công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu và chỉ đạo tuyến dưới.
 - 6.9) Đôn đốc nhân viên thực hiện chức trách, quy tắc chuyên môn.
 - 6.10) Thường xuyên giáo dục cho nhân viên về tinh thần, thái độ phục vụ người bệnh.
 - Thường xuyên tìm hiểu tình hình, tư tưởng, tinh thần, thái độ công tác, năng lực nghiệp vụ của nhân viên để kịp thời biểu dương và phê bình hay nêu ra ý kiến nhận xét để đề bạt khen thưởng.
 - 6.11) Nắm được tình hình, tư tưởng của bệnh nhân và lắng nghe ý kiến của bệnh nhân để cải tiến công tác, chấn chỉnh tổ chức trong khoa.
 - 6.12) Thường xuyên nhận xét về hoạt động của khoa để có hướng chấn chỉnh trong công tác, cải tiến tổ chức, cải tiến kỹ thuật.
 - Sử dụng có hiệu quả các phương tiện cận lâm sàng trong chẩn đoán và theo dõi kết quả điều trị.
 - Theo dõi sát sao việc sử dụng thuốc cho người bệnh, phát hiện kịp thời những tác dụng phụ và mọi tai biến khi dùng thuốc để xử lý kịp thời cho người bệnh.
 - Tổ chức thực hiện nghiêm chỉnh quy chế sử dụng thuốc, quy chế bệnh viện, theo dõi chăm sóc người bệnh.
 - 6.13) Định kỳ phải báo cáo công tác hoạt động của khoa với Ban Giám Đốc bệnh viện, khi có những trường hợp bất thường hay quan trọng phải kịp thời báo cáo ngay để có chủ trương giải quyết

- 6.14) Lập mục tiêu chất lượng và triển khai thực hiện cho bộ phận của mình.
- 6.15) Phân tích dữ kiện theo định kỳ, đôn đốc các nhân viên của mình thực hiện theo hệ thống ISO.
- 6.16) Giám sát, đôn đốc toàn thể nhân viên trong khoa thực hiện hệ thống quản lý chất lượng theo ISO 9001:2008 đã ban hành; Xác định các hành động chưa phù hợp để đưa ra các cơ hội cải tiến, đáp ứng ổn định các yêu cầu của dịch vụ khám chữa bệnh và nâng cao sự thỏa mãn của bệnh nhân.
- 6.17) Thực hiện các nhiệm vụ khác do Ban Giám đốc giao.

7. Quyền hạn:

- Điều hành quản lý công việc trong khoa.
- Tham mưu cho Ban Giám đốc chỉ đạo cho hoạt động trong khoa.
- Ủy quyền cho phó khoa giải quyết công việc khi vắng mặt.

8. YÊU CẦU TỐI THIỂU:

a) Học vấn:

- Tốt nghiệp đại học y dược, chuyên khoa I.
- Ngoại ngữ: chứng chỉ B
- Tin học: thực hành được tin học văn phòng.
- Quản lý: tốt nghiệp lớp quản lý hành chính nhà nước.

b) Kinh nghiệm: 03 năm thực hành lâm sàng:

c) Kỹ năng:

- Truyền đạt, thuyết minh, thuyết phục.
- Lắng nghe, phân tích, ra quyết định.
- Điều hành, phân công công việc.

BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC



- | | |
|------------------------------|-------------------|
| 1. BỘ PHẬN: | khoa Nội Tổng hợp |
| 2. CHỨC DANH: | Bác sĩ |
| 3. CHỨC VỤ: | Phó khoa |
| 4. CẤP BÁO CÁO: | Trưởng khoa |
| 5. PHẠM VI HOẠT ĐỘNG: | khoa Nội Tổng hợp |
| 6. TRÁCH NHIỆM : | |

- 6.1) Nghiêm chỉnh thực hiện quy chế bệnh viện, đặc biệt phải chú ý quy chế Chẩn đoán bệnh, làm hồ sơ bệnh án và kê đơn điều trị.
- 6.2) Đối với người bệnh mới vào khoa phải khám ngay xác định chẩn đoán, cho y lệnh về thuốc, chế độ theo dõi, chăm sóc, ăn uống và các cận lâm sàng cần thiết. Trong 36h phải hoàn thành hồ sơ bệnh án, những trường hợp cấp cứu nặng phải hoàn thành hồ sơ bệnh án trong 24 giờ.
- 6.3) Khi bác sĩ Trưởng khoa khám bệnh, bác sĩ phó khoa có trách nhiệm báo cáo đầy đủ diễn biến bệnh trong quá trình điều trị, xin ý kiến hướng dẫn.
- 6.4) Hàng ngày mỗi buổi sáng phải thăm khám từng người bệnh được phân công phụ trách, ghi chẩn đoán, cho y lệnh về thuốc, chế độ chăm sóc, theo dõi, ăn uống. Buổi chiều đi thăm lại người bệnh và cho y lệnh bổ sung khi cần thiết. Đối với bệnh nặng phải được theo dõi sát và xử lý kịp thời khi có diễn biến bất thường.
- 6.5) Thực hiện chế độ hội chẩn khoa, liên khoa theo qui định đối với các trường hợp:
 - + Bệnh nặng, nguy kịch .
 - + Người bệnh đã được chẩn đoán và điều trị nhưng bệnh thuyên giảm chậm hoặc không thuyên giảm.
 - + Bệnh chuyên viện.
 - + Bệnh cần hội chẩn chuyên khoa.
- 6.6) Thực hiện các thủ thuật khi cần thiết hoặc do trưởng khoa phân công. Trước khi thực hiện phải khám lại bệnh nhân, ra y lệnh chuẩn bị thủ thuật. Sau khi thực hiện phải ghi tình trạng người bệnh vào hồ sơ bệnh án.
- 6.7) Hàng ngày phải kiểm tra lại các chỉ định về thuốc, chế độ chăm sóc, theo dõi, ăn uống. Kiểm tra vệ sinh cá nhân của từng người bệnh, hướng dẫn người bệnh tự chăm sóc.
- 6.8) Hàng ngày, cuối giờ làm việc phải ghi vào sổ theo dõi bệnh nặng để bàn giao cho bác sĩ trực những trường hợp bệnh nặng cần theo dõi và các y lệnh còn lại trong ngày.
- 6.9) Tham gia trực theo sự phân công của trưởng khoa.
- 6.10) Ký duyệt hồ sơ bệnh án mới nhận ngày hôm trước theo sự phân công của trưởng khoa
- 6.11) Tham gia hội chẩn, kiểm thảo tử vong, bình bệnh án, sinh hoạt chuyên môn khi được yêu cầu. Tổng kết bệnh án ra viện, chuyển khoa, chuyển viện theo quy chế bệnh viện.
- 6.12) Tham gia hoạt động chăm sóc sức khỏe ban đầu và chỉ đạo tuyến theo sự phân công của trưởng khoa.
- 6.13) Hướng dẫn học viên thực tập theo sự phân công của Trưởng khoa.
- 6.14) Thực hiện công tác nghiên cứu khoa học, tham gia hội nghị khoa học theo sự phân công của trưởng khoa.

6.15) Bản thân thực hiện tốt quy định về y đức và quy tắc ứng xử.

6.16) Thực hiện nhiệm vụ do trưởng khoa ủy quyền. Báo cáo đầy đủ công việc được giao.

7. QUYỀN HẠN :

- 1) Khám bệnh, chẩn đoán, kê đơn thuốc, ra y lệnh điều trị, chăm sóc người bệnh theo quy chế.
- 2) Ký đơn thuốc, phiếu lĩnh thuốc
- 3) Quản lý điều hành công việc của khoa, theo sự phân công của BGĐ, Tr ưởng khoa.

8. YÊU CẦU TỐI THIỂU:

a. Học vấn:

- Tốt nghiệp đại học y dược.

b. Kinh nghiệm: 02 năm hoạt động trong ngành.

c. Kỹ năng khác:

- Ngoại ngữ: chứng chỉ B.
- Tin học: thực hành được tin học văn phòng.
- Quản lý: tốt nghiệp lớp quản lý hành chính nhà nước.
- Chính trị: tốt nghiệp trung cấp chính trị
- Kỹ năng lãnh đạo: truyền đạt.

BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC



- | | |
|------------------------------|-------------------|
| 1. BỘ PHẬN: | khoa Nội Tổng hợp |
| 2. CHỨC DANH: | Bác sĩ |
| 3. CHỨC VỤ: | Điều trị |
| 4. CẤP BÁO CÁO: | Trưởng khoa |
| 5. PHẠM VI HOẠT ĐỘNG: | khoa Nội Tổng hợp |
| 6. TRÁCH NHIỆM : | |

- 6.1) Nghiêm chỉnh thực hiện quy chế bệnh viện, đặc biệt phải chú ý quy chế Chẩn đoán bệnh, làm hồ sơ bệnh án và kê đơn điều trị.
- 6.2) Đối với người bệnh mới vào khoa phải khám ngay xác định chẩn đoán, cho y lệnh về thuốc, chế độ theo dõi, chăm sóc, ăn uống và các cận lâm sàng cần thiết. Trong 36h phải hoàn thành hồ sơ bệnh án, những trường hợp cấp cứu nặng phải hoàn thành hồ sơ bệnh án trong 24 giờ.
- 6.3) Khi bác sĩ Trưởng khoa khám bệnh, bác sĩ điều trị có trách nhiệm báo cáo đầy đủ diễn biến bệnh trong quá trình điều trị, xin ý kiến hướng dẫn.
- 6.4) Hàng ngày mỗi buổi sáng phải thăm khám từng người bệnh được phân công phụ trách, ghi chẩn đoán, cho y lệnh về thuốc, chế độ chăm sóc, theo dõi, ăn uống. Buổi chiều đi thăm lại người bệnh và cho y lệnh bổ sung khi cần thiết. Đối với bệnh nặng phải được theo dõi sát và xử lý kịp thời khi có diễn biến bất thường.
- 6.5) Thực hiện chế độ hội chẩn khoa, liên khoa theo qui định đối với các trường hợp:
 - + Bệnh nặng, nguy kịch .
 - + Người bệnh đã được chẩn đoán và điều trị nhưng bệnh thuyên giảm chậm hoặc không thuyên giảm.
 - + Bệnh chuyển viện.
 - + Bệnh cần hội chẩn chuyên khoa.
- 6.6) Thực hiện các thủ thuật khi cần thiết hoặc do trưởng khoa phân công. Trước khi thực hiện phải khám lại bệnh nhân, ra y lệnh chuẩn bị thủ thuật. Sau khi thực hiện phải ghi tình trạng người bệnh vào hồ sơ bệnh án.
- 6.7) Hàng ngày phải kiểm tra lại các chỉ định về thuốc, chế độ chăm sóc, theo dõi, ăn uống. Kiểm tra vệ sinh cá nhân của từng người bệnh, hướng dẫn người bệnh tự chăm sóc.
- 6.8) Hàng ngày, cuối giờ làm việc phải ghi vào sổ theo dõi bệnh nặng để bàn giao cho bác sĩ trực những trường hợp bệnh nặng cần theo dõi và các y lệnh còn lại trong ngày.
- 6.9) Tham gia trực theo sự phân công của trưởng khoa.
- 6.10) Tham gia hội chẩn, kiểm thảo tử vong, bình bệnh án, sinh hoạt chuyên môn khi được yêu cầu. Tổng kết bệnh án ra viện, chuyển khoa, chuyển viện theo quy chế bệnh viện.
- 6.11) Tham gia hoạt động chăm sóc sức khỏe ban đầu và chỉ đạo tuyến theo sự phân công của trưởng khoa.
- 6.12) Hướng dẫn học viên thực tập theo sự phân công của Trưởng khoa.
- 6.13) Thực hiện công tác nghiên cứu khoa học, tham gia hội nghị khoa học theo sự phân công của trưởng khoa.
- 6.14) Bản thân thực hiện tốt quy định về y đức và quy tắc ứng xử.

7. QUYỀN HẠN :

- Khám bệnh, chẩn đoán, kê đơn thuốc, ra y lệnh điều trị, chăm sóc người bệnh

theo quy chế.

- Ký đơn thuốc, phiếu lĩnh thuốc

8. YÊU CẦU TỐI THIỂU:

- Có kỹ năng giao tiếp
- Thực hiện một số thủ thuật cần thiết
- Lập kế hoạch và thực hiện chăm sóc người bệnh.

TÀI LIỆU KIỂM SOÁT

BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC

1. **BỘ PHẬN:** khoa Nội Tổng hợp
2. **CHỨC DANH:**
3. **CHỨC VỤ:** Điều dưỡng trưởng khoa
4. **CẤP BÁO CÁO:** Trưởng khoa
5. **PHẠM VI HOẠT ĐỘNG:** khoa Nội Tổng hợp
6. **NHIỆM VỤ :**

6.1) Chăm sóc người bệnh:

- Tiếp nhận người bệnh khi mới vào khoa, kiểm tra các thủ tục hành chánh, giới thiệu nội quy khoa, phòng và của bệnh viện.
- Quan sát tình trạng người bệnh để có kế hoạch phân công điều dưỡng, hộ lý theo dõi và chăm sóc.
- Thường xuyên đi buồng thăm bệnh để đánh giá sự tiến triển của người bệnh, đồng thời tìm hiểu những nhu cầu, nguyện vọng của người bệnh để giải quyết và đáp ứng kịp thời.
- Đi buồng bệnh thăm người bệnh cùng với BS trưởng khoa để nhận những nhu cầu về điều trị và phân công điều dưỡng thực hiện cho phù hợp.
- Chuẩn bị mọi phương tiện để sẵn sàng cấp cứu người bệnh khi cần. Hướng dẫn cho các điều dưỡng về các kỹ thuật chăm sóc hay các kỹ thuật cấp cứu đối với các trường hợp bệnh nhân nặng.

6.2) Quản lý buồng bệnh:

- Hằng ngày kiểm tra, đôn đốc các điều dưỡng, hộ lý, thân nhân và người bệnh giữ buồng bệnh được sạch sẽ, trật tự trong khoa.

6.3) Công tác kiểm tra:

- Kiểm tra, đôn đốc điều dưỡng, hộ lý thực hiện y lệnh của bác sĩ điều trị
- Kiểm tra việc thực hiện các quy trình điều dưỡng.
- Kiểm tra việc thực hiện các quy chế bệnh viện.
- Tham gia trực điều dưỡng trưởng bệnh viện.

6.4) Công tác quản lý và điều hành nhân sự :

- Phân công và điều phối công việc hợp lý cho nhân viên phù hợp với năng lực của từng người.
- Lập bảng trực hàng tháng cho nhân viên.
- Lập kế hoạch nghỉ phép năm và kế hoạch nghỉ bù hợp lý cho nhân viên.
- Hàng tháng tổng hợp bảng chấm công như: chấm công trực, ngày công để nộp phòng tổ chức cán bộ.
- Kiểm tra sự hoàn thành nhiệm vụ, kỷ luật lao động đối với nhân viên khoa để biểu dương, đề bạt hay nhắc nhở.

6.5) Công tác quản lý hành chánh:

- Chịu trách nhiệm chung về mọi mặt công tác, giấy tờ, sổ sách, báo cáo, thống kê và lưu trữ trong khoa.
- Kiểm tra các thủ tục cho bệnh nhân vào viện, chuyển viện, ra viện, bệnh nhân tử vong và hướng dẫn thân nhân người bệnh hoặc người bệnh các thủ tục hành chánh khi cần.
- Giải thích cho người bệnh hay gia đình người bệnh các quy định của khoa và

bệnh viện.

- Phổ biến cho nhân viên các thông báo, chỉ thị của các cấp lãnh đạo.
- Thường xuyên liên lạc phòng điều dưỡng hay tham gia họp do phòng điều dưỡng tổ chức để trao đổi những công việc cần thiết cho việc chăm sóc, phục vụ người bệnh.

6.6) Công tác quản lý tài sản vật tư khoa:

- Chịu trách nhiệm tất cả các vật dụng và tài sản trong khoa.
- Lập những yêu cầu về trang thiết bị y tế, văn phòng phẩm... phục vụ cho công tác chăm sóc người bệnh.
- Lập những yêu cầu sửa chữa hoặc bảo quản các trang thiết bị trong khoa
- Giám sát việc sử dụng bảo quản, giữ gìn các trang thiết bị y tế và phương tiện dụng cụ trong khoa
- Lập bản theo dõi tài sản hàng năm và báo cáo phòng vật tư xử lý những vật dụng hay trang thiết bị y tế.
- Kiểm soát việc sử dụng tiết kiệm các mặt hàng tiêu dùng cũng như điện nước.

6.7) Công tác huấn luyện:

- Hướng dẫn và huấn luyện điều dưỡng, hộ lý thành thạo kỹ thuật chăm sóc người bệnh trong khoa.
- Hướng dẫn nhân viên thực hiện các kỹ thuật chăm sóc phức tạp, cũng như áp dụng những cải tiến mới trong lĩnh vực điều trị và chăm sóc người bệnh.
- Làm nghiên cứu khoa học và tham gia hướng dẫn học viên thực tập tại khoa.
- Cung cấp cơ sở thực hành, giúp đỡ phương tiện và tạo điều kiện cho học sinh thực tập.
- Hàng tuần tổ chức các cuộc họp hội đồng người bệnh tại khoa để phổ biến nội quy và giáo dục sức khỏe cho người bệnh và thân nhân người bệnh.

7. QUYỀN HẠN :

- Phân công điều dưỡng và hộ lý đáp ứng yêu cầu các công việc của khoa.
- Kiểm tra điều dưỡng và hộ lý thực hiện chăm sóc người bệnh và thực hiện đúng những quy trình và quy chế bệnh viện.

8. NĂNG LỰC TỐI THIỂU:

- Nắm vững những quy chế quản lý.
- Quy trình tiếp xúc tâm lý người bệnh.
- Thành thạo các thủ thuật chuyên khoa
- Nắm vững các quy trình chăm sóc người bệnh.

BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC

1. **BỘ PHẬN:** khoa Nội Tổng hợp
2. **CHỨC DANH:**
3. **CHỨC VỤ:** Điều dưỡng hành chính
4. **CẤP BÁO CÁO:** ĐD Trưởng khoa
5. **PHẠM VI HOẠT ĐỘNG:** khoa Nội Tổng hợp
6. **TRÁCH NHIỆM:**

❖ **Hành chính khoa**

- 1) Ghi nhận, cập nhật sổ đăng ký người bệnh vào viện, chuyển khoa, chuyển viện, ra viện, tử vong.
- 2) Chuyển bệnh án đã được trưởng khoa duyệt của người bệnh ra viện, tử vong đến phòng lưu trữ.
- 3) Bảo quản bệnh án, ấn chỉ và tài liệu trong khoa.
- 4) Lãnh dụng cụ y tế, văn phòng phẩm.
- 5) Thường xuyên kiểm tra việc sử dụng, bảo dưỡng, quản lý tài sản, vật tư và sửa chữa các dụng cụ hư hỏng.
- 6) Hoàn tất hồ sơ ra viện: BHYT, kiểm tra thuốc bệnh BHYT và thu phí.
- 7) Báo cáo số liệu hàng tuần.
- 8) Quản lý hồ sơ, sổ sách trong phạm vi trại.
- 9) Hướng dẫn các chế độ BHYT và miễn phí.
- 10) Giải quyết các thủ tục thanh toán ra viện cho bệnh nhân.
- 11) Tham gia trực chăm sóc người bệnh (như điều dưỡng chăm sóc) khi khoa cần.
- 12) Thay thế điều dưỡng trưởng khoa vắng mặt khi được ủy quyền.

❖ **Hành chính dược**

- 1) Quản lý thuốc dùng hàng ngày cho bệnh nhân trong khoa:
- 2) Tổng hợp thuốc dùng hàng ngày theo y lệnh và viết phiếu lãnh thuốc để trình Trưởng khoa duyệt.
- 3) Lãnh thuốc và bàn giao thuốc hàng ngày để ĐD chăm sóc thực hiện cho từng người bệnh theo y lệnh.
- 4) Kiểm tra sử dụng thuốc trực hàng ngày và bổ sung thuốc trực theo cơ sở quy định.
- 5) Thu hồi thuốc thừa để trả lại khoa dược theo quy chế sử dụng thuốc.
- 6) Tổng hợp thuốc đã dùng cho mỗi người bệnh trước lúc ra viện.

7. **NĂNG LỰC TỐI THIỂU :**

- Như điều dưỡng chăm sóc.
- Biết sử dụng vi tính.

BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC

1. BỘ PHẬN:	khoa Nội Tổng hợp
2. CHỨC DANH:	
3. CHỨC VỤ:	Điều dưỡng trưởng trại
4. CẤP BÁO CÁO:	ĐD Trưởng khoa
5. PHẠM VI HOẠT ĐỘNG:	khoa Nội Tổng hợp
6. TRÁCH NHIỆM:	

6.1) Thực hiện công tác chuyên môn:

- Hàng ngày đi thăm người bệnh cùng bác sĩ, nhận các y lệnh điều trị và chăm sóc.
- Kiểm tra, đôn đốc các điều dưỡng trong trại thực hiện đúng quy trình chăm sóc.
- Báo cáo kịp thời những diễn biến đột xuất của người bệnh.
- Phân công điều dưỡng chăm sóc người bệnh toàn diện.
- Trong trường hợp bệnh nặng cùng bác sĩ hội chẩn để đề xuất về kế hoạch chăm sóc.
- Thường xuyên kiểm tra tủ thuốc trực cấp cứu, vệ sinh ngăn nắp.
- Quản lý buồng bệnh, vệ sinh trật tự ngăn nắp.
- Tham gia chăm sóc người bệnh cùng điều dưỡng viên ở trại.

6.2) Quản lý, điều hành:

- Lập kế hoạch phân công chăm sóc theo mô hình chăm sóc người bệnh toàn diện.
- Sắp xếp, phân công trực trong trại.
- Kiểm tra sự hoàn thành nhiệm vụ của nhân viên để biểu dương và nhắc nhở.
- Thường xuyên kiểm tra việc sử dụng, bảo dưỡng, quản lý tài sản, vật tư và sửa chữa các dụng cụ hư hỏng.
- Hoàn tất hồ sơ ra viện: BHYT, kiểm tra thuốc bệnh BHYT và thu phí.
- Báo cáo số liệu hàng tuần.
- Quản lý hồ sơ, sổ sách trong phạm vi trại.
- Tuyên truyền giáo dục sức khỏe.
- Hướng dẫn các chế độ BHYT và miễn phí.
- Giải quyết các thủ tục thanh toán ra viện cho người bệnh.

7. NĂNG LỰC TỐI THIỂU :

- Như điều dưỡng chăm sóc.
- Biết sử dụng vi tính.

BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC

- 1. BỘ PHẬN:** khoa Nội Tổng hợp
- 2. CHỨC DANH:**
- 3. CHỨC VỤ:** Điều dưỡng chăm sóc
- 4. CẤP BÁO CÁO:** ĐD Trưởng khoa
- 5. PHẠM VI HOẠT ĐỘNG:** khoa Nội Tổng hợp
- 6. TRÁCH NHIỆM :**
- 6.1) Công tác chuẩn bị người bệnh chu đáo, phụ giúp bác sĩ khám bệnh và thực hiện các thủ thuật.
 - 6.2) Có nhiệm vụ ghi nhận sinh hiệu, các biểu hiện lâm sàng trong ngày (thường trong thời gian thực hiện chăm sóc người bệnh) ghi nhận vào phiếu theo dõi và chăm sóc báo cáo đến bác sĩ trực.
 - 6.3) Điều dưỡng nghiêm chỉnh thực hiện đầy đủ y lệnh của thầy thuốc và có quyền tạm ngưng y lệnh và báo cáo ngay cho bác sĩ để xử lý kịp thời khi phát hiện người bệnh có diễn biến bất thường.
 - 6.4) Điều dưỡng phải biết chăm sóc chủ động và ghi nhận các vấn đề của người bệnh để xử lý kịp thời.
 - 6.5) Điều dưỡng phải hướng dẫn thân nhân người bệnh cách chăm sóc (vệ sinh cơ thể, ăn uống, diu đỡ, xoay trở...) cho từng người bệnh cụ thể. Điều dưỡng phải biết ghi nhận thông tin từ người nhà trong quá trình nuôi bệnh nhằm ghi nhận thêm triệu chứng và dấu hiệu bất thường của người bệnh. . .
 - 6.6) Bàn giao bệnh nặng, y lệnh, thuốc men và y dụng cụ.
 - 6.7) Bảo quản tài sản, thuốc, dụng cụ y tế, trật tự và vệ sinh buồng bệnh, buồng trực trong phạm vi được phân công.
 - 6.8) Tham gia nghiên cứu khoa học và hướng dẫn học viên khi được điều dưỡng trưởng phân công.
 - 6.9) Tham gia trực gác theo sự phân công.
 - 6.10) An ủi động viên người bệnh an tâm điều trị. Bản thân phải thực hiện tốt qui định về y đức và giao tiếp.
 - 6.11) Thường xuyên tự học tập, cập nhật kiến thức.
- 7. NĂNG LỰC TỐI THIỂU:**
- Nắm vững các qui trình chăm sóc người bệnh.
 - Biết được một số thủ thuật chuyên khoa.
 - Nắm vững các quy trình sơ cứu, cấp cứu của khoa.
 - Có kỹ năng giao tiếp.

BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC

1. BỘ PHẬN: khoa Nội Tổng hợp

2. CHỨC DANH:

3. CHỨC VỤ: Hộ Lý

4. CẤP BÁO CÁO: ĐD Trưởng khoa

5. PHẠM VI HOẠT ĐỘNG: khoa Nội Tổng hợp

6. TRÁCH NHIỆM :

6.1) 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 lí buồng bệnh và buồng thủ thuật và quy chế chống nhiễm khuẩn bệnh viện.

6.2) Phục vụ người bệnh :

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

b) Đổ chất thải của người bệnh.

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

6.3) Phụ điều dưỡng trong 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 trang thiết bị phục vụ người bệnh và mang sửa chữa thiết bị hỏng.

6.4) Thu gom, quản lí chất thải trong khoa :

a) Đặt các thùng rác tại các vị trí quy định của khoa (có lót túi nylon ở trong đúng màu theo quy chế của Bộ Y tế).

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

c) Thu gom và bỏ rác vào thùng không để rác rơi vãi ra ngoài và vận chuyển đến nơi quy định.

d) Cọ rửa thùng rác.

6.5) Bảo quản tài sản trong phạm vi được phân công.

6.6) Tham gia trực theo sự phân công của điều dưỡng trưởng khoa.

6.7) Thực hiện các nhiệm vụ chuyên môn khác theo sự phân công của điều dưỡng trưởng khoa.

7. NĂNG LỰC TỐI THIỂU :

- Nắm vững các quy trình xử lý chất thải.
- Nắm vững quy trình chống nhiễm khuẩn.
- Có kỹ năng giao tiếp.

QUY CHẾ SỬ DỤNG THUỐC

I) QUY ĐỊNH CHUNG :

- 1) Sử dụng thuốc cho người bệnh phải bảo đảm an toàn, hợp lí, hiệu quả và kinh tế.
- 2) Thuốc phải được bảo đảm đến cơ thể người bệnh.
- 3) Phải thực hiện đúng các quy định về bảo quản, cấp phát, sử dụng và thanh toán tài chính.

II) QUY ĐỊNH CỤ THỂ :

1) Chỉ định sử dụng và đường dùng thuốc cho người bệnh :

Bác sĩ được quyền và chịu trách nhiệm ra y lệnh sử dụng thuốc và phải thực hiện các quy định sau :

- a) Y lệnh dùng thuốc phải ghi đầy đủ, rõ ràng vào hồ sơ bệnh án gồm : tên thuốc, hàm lượng, liều dùng, đường dùng và thời gian dùng.
- b) Thuốc được sử dụng phải :
 - Phù hợp với chẩn đoán bệnh, kết quả lâm sàng.
 - Phù hợp với độ tuổi, cân nặng, tình trạng và cơ địa người bệnh.
 - Dựa vào hướng dẫn thực hành điều trị, bảo đảm liệu trình điều trị.
 - Chỉ sử dụng thuốc khi thật sự cần thiết, đúng mục đích, có kết quả nhất và ít tổn kém.
- c) Khi thay đổi thuốc phải phù hợp với diễn biến của bệnh. Không sử dụng đồng thời các thuốc tương kỵ, các loại thuốc tương tác bất lợi và các thuốc có cùng tác dụng trong một thời điểm.
- d) Chỉ định sử dụng thuốc độc bảng A-B, thuốc gây nghiện phải theo đúng quy chế thuốc độc.
- e) Phải giáo dục, giải thích cho người bệnh tự giác chấp hành đúng y lệnh của bác sĩ điều trị.
- f) Nghiêm cấm chỉ định sử dụng những thuốc có hại đến sức khỏe đã được thông báo hoặc khuyến cáo.
- g) Bác sĩ điều trị căn cứ vào tình trạng người bệnh, mức độ bệnh lí và tính chất dược lí của thuốc mà ra y lệnh đường dùng thuốc thích hợp:
 - Đường dưới lưỡi, với những thuốc cần tác dụng nhanh.
 - Đường uống, với những thuốc không bị dịch vị và men tiêu hóa phá hủy.
 - Đường da, niêm mạc với những thuốc thấm qua da, niêm mạc, thuốc nhỏ mắt, nhỏ mũi.
 - Đường trực tràng, âm đạo, với những thuốc đặt, đạn, trứng.
 - Đường tiêm với những thuốc tiêm trong da, tiêm dưới da, tiêm bắp thịt, tiêm mạch máu, truyền tĩnh mạch.
- h) Chỉ dùng đường tiêm khi:
 - Người bệnh không uống được.
 - Cần tác dụng nhanh của thuốc.
 - Thuốc dùng đường tiêm.
- i) Khi tiêm vào mạch máu phải có mặt của bác sĩ điều trị. Truyền máu phải do bác sĩ, điều dưỡng có kinh nghiệm thực hiện và bác sĩ điều trị chịu trách nhiệm về an toàn truyền máu.

- j) Dung môi pha chế thuốc đã chọn kim, chỉ được dùng trong ngày, nước cất làm dung môi phải có loại chai riêng, không dùng dung dịch mặn, ngọt đẳng trương làm dung môi pha thuốc.
- k) Nghiêm cấm việc ra y lệnh tiêm mạch máu các thuốc chứa dung môi dầu, nhũ tương và các chất làm tan máu.
- 2) Lĩnh thuốc và phát thuốc :
- a) Điều dưỡng trưởng khoa, điều dưỡng hành chính khoa có nhiệm vụ tổng hợp thuốc và thực hiện các quy định sau :
- Tổng hợp thuốc phải đúng y lệnh.
 - Phiếu lĩnh thuốc phải viết rõ ràng, không viết tắt và phải được trưởng khoa kí duyệt.
 - Thuốc độc bảng A-B, thuốc gây nghiện phải có phiếu lĩnh thuốc, đơn thuốc riêng theo quy chế thuốc độc.
- b) Điều dưỡng hành chính khoa có nhiệm vụ lĩnh thuốc và thực hiện các quy định sau :
- Phải có phiếu lĩnh thuốc đúng theo mẫu quy định.
 - Nhận thuốc phải kiểm tra chất lượng, hàm lượng, số lượng, đối chiếu với phiếu lĩnh thuốc và kí xác nhận đủ vào phiếu lĩnh.
 - Lĩnh xong phải mang thuốc về ngay khoa điều trị và bàn giao cho điều dưỡng chăm sóc, để thực hiện theo y lệnh.
- 3) Bảo quản thuốc :
- a) Thuốc lĩnh về khoa phải :
- Sử dụng hết trong ngày theo y lệnh, trừ ngày thứ bảy, chủ nhật và ngày nghỉ.
 - Bảo quản thuốc tại khoa, trong tủ thường trực theo đúng quy định.
 - Trong tuần trả lại khoa được những thuốc dư ra do thay đổi y lệnh, người bệnh ra viện, chuyển viện, hoặc tử vong ; phiếu trả thuốc phải có xác nhận của trưởng khoa điều trị.
- a) Nghiêm cấm việc cho cá nhân vay mượn và đổi thuốc.
- b) Mất thuốc, hỏng thuốc do bất cứ nguyên nhân nào đều phải lập biên bản, vào sổ theo dõi chất lượng thuốc, quy trách nhiệm và xử lý theo chế độ bồi thường vật chất, do giám đốc bệnh viện quyết định.
- 4) Theo dõi người bệnh sau khi dùng thuốc :
- a) Bác sĩ điều trị có trách nhiệm theo dõi tác dụng và xử lý kịp thời các tai biến sớm và muộn do dùng thuốc.
- b) Điều dưỡng chăm sóc có trách nhiệm ghi chép đầy đủ các diễn biến lâm sàng của người bệnh vào hồ sơ bệnh án, phát hiện kịp thời các tai biến và khẩn cấp báo cáo bác sĩ điều trị
- c) Phải đặc biệt chú ý các phản ứng quá mẫn, choáng phản vệ do thuốc diễn biến xấu, hoặc tử vong.
- 5) Chống nhầm lẫn thuốc :
- a) Bác sĩ điều trị kê đơn, ra y lệnh điều trị và thực hiện.
- Phải viết đầy đủ và rõ ràng tên thuốc, dùng chữ viết nam, chữ la tinh hoặc tên biệt dược.
 - Phải ghi y lệnh dùng thuốc theo trình tự thuốc tiêm, thuốc viên, thuốc nước tiếp đến các phương pháp điều trị khác.

- Dùng thuốc độc bảng A-B, thuốc gây nghiện, kháng sinh phải đánh số theo dõi ngày dùng, liều dùng, tổng liều.
- b) Điều dưỡng chăm sóc phải đảm bảo thuốc đến cơ thể người bệnh an toàn và thực hiện các quy định sau :
 - Phải công khai thuốc được dùng hàng ngày cho từng người bệnh.
 - Phải có sổ thuốc điều trị, mỗi khi đã thực hiện xong phải đánh dấu vào sổ.
 - Phải có khay thuốc, lọ đựng thuốc uống sáng, chiều và tối cho từng người bệnh.
 - Khi gặp thuốc mới hoặc y lệnh sử dụng thuốc quá liều quy định phải thận trọng, hỏi lại bác sĩ điều trị.
 - Trước khi tiêm thuốc, cho người bệnh uống thuốc phải thực hiện :
 - 3 kiểm tra :
 - + Họ tên người bệnh.
 - + Tên thuốc.
 - + Liều dùng.
 - 5 đối chiếu :
 - + Số giường.
 - + Nhân thuốc.
 - + Đường dùng.
 - + Chất lượng thuốc.
 - + Thời gian dùng thuốc.
 - Phải bàn giao thuốc còn lại của người bệnh cho kíp thường trực sau.
 - Khoa điều trị phải có sổ theo dõi tai biến do thuốc.
 - Nghiêm cấm việc tự ý thay đổi thuốc và việc tự ý trộn lẫn các thuốc để tiêm

QUY CHẾ CHỐNG NHIỄM KHUẨN

I) QUY ĐỊNH CHUNG :

- 1) Công tác chống nhiễm khuẩn bệnh viện là việc thực hiện đúng quy định kỹ thuật bệnh viện về vô khuẩn, khử khuẩn, tiệt khuẩn; bao gồm các dụng cụ y tế, vệ sinh ngoại cảnh, vệ sinh khoa, phòng, vệ sinh cá nhân và vệ sinh an toàn thực phẩm.
- 2) Các điều kiện để thực hiện công tác chống nhiễm khuẩn bao gồm : nước sạch, dụng cụ, phương tiện, hóa chất khử khuẩn...

II) QUY ĐỊNH CỤ THỂ :

1) Kỹ thuật vô khuẩn :

- a) Dụng cụ, bông, gạc thuốc sử dụng trong những kỹ thuật vô khuẩn phải được tiệt khuẩn.
- b) Dụng cụ y tế nhiễm khuẩn sau khi dùng xong phải được ngâm vào dung dịch tẩy uế trước khi loại bỏ hoặc xử lý để dùng lại. Dụng cụ, dây truyền dịch, dây truyền máu, kim luồn mạch máu, ống thông mạch máu, bơm tiêm nhựa được sử dụng một lần. Những dụng cụ được phép dùng lại phải cọ rửa đúng quy định trước khi khử khuẩn, tiệt khuẩn.
- c) Dụng cụ, vật dụng sau khi khử khuẩn, tiệt khuẩn phải được bảo quản trong hộp kín, có niêm phong ghi rõ hạn dùng, cất giữ trong tủ kín.
- d) Trước khi tiến hành các phẫu thuật, thủ thuật vô khuẩn, người thực hiện kỹ thuật phải thực hiện đúng quy định kỹ thuật bệnh viện về vô khuẩn.
- e) Kỹ thuật vô khuẩn phải được tiến hành trong điều kiện vô khuẩn và đúng quy định kỹ thuật bệnh viện.

2) Trật tự vệ sinh khoa và phòng bệnh :

a) Vệ sinh buồng bệnh và các phòng khác :

- Có đủ thùng rác có nắp đậy, để trên hành lang, nơi thuận tiện, đủ để dễ sử dụng cho người bệnh và các thành viên trong khoa.
- Trần, tường, bệ cửa, cánh cửa các khoa, buồng bệnh phải luôn sạch, không có mạng nhện.
- Nền các buồng bệnh được lát gạch men hoặc vật liệu tương đương bảo đảm nhẵn, khô, không thấm nước, luôn sạch.
- Thực hiện lau bằng dung dịch xà phòng, dung dịch khử khuẩn theo quy định kỹ thuật bệnh viện : nền nhà, tường nhà, bàn ghế, giường tủ, cộc truyền, xe tiêm, xe đẩy, cánh đẩy, thiết bị y tế và thiết bị thông thường có trong các buồng bệnh.
- Buồng bệnh, buồng thủ thuật phải được tổng vệ sinh một tuần một lần.
- Gởi giặt tại Khoa Chống Nhiễm Khuẩn:
 - + Quần áo chuyên môn các thành viên trong khoa
 - + Quần áo người bệnh
- Buồng vệ sinh, buồng tắm bảo đảm sạch, không tắc, không mùi hôi, không có ruồi nhặng và các côn trùng khác.

b) Vệ sinh người bệnh :

- Người bệnh phải được mặc quần áo bệnh viện.

- Thân nhân trực tiếp vệ sinh người bệnh dưới sự hướng dẫn của nhân viên trong Khoa.

c) Vệ sinh cá nhân :

- Các thành viên trong bệnh viện phải bảo đảm vệ sinh cá nhân, móng tay cắt ngắn, mặc quần áo công tác, đội mũ y tế theo quy chế trang phục y tế.
- Gương mẫu vệ sinh cá nhân và vệ sinh chung, nơi làm việc vệ sinh ngăn nắp.

TÀI LIỆU KIỂM SOÁT

QUY CHẾ CÔNG TÁC XỬ LÝ CHẤT THẢI

I) QUY ĐỊNH CHUNG :

- 1) Chất thải bệnh viện bao gồm chất thải rắn, lỏng và khí là những chất thải được thải được thải ra trong quá trình điều trị, chẩn đoán, chăm sóc và sinh hoạt.
 - Chất thải bệnh viện có đặc tính lí học, hóa học và sinh học vừa là nguồn gây ô nhiễm môi trường vừa là nguồn lây bệnh, vì vậy xử lí và kiểm soát nghiêm ngặt chất thải là nhiệm vụ quan trọng của bệnh viện.
- 2) Khoa chịu trách nhiệm tổ chức thực hiện và giám sát việc xử lí chất thải trong Khoa.
- 3) Nơi tập trung thùng chứa chất thải của Khoa phải tiện cho việc thu chất thải

II) QUY ĐỊNH CỤ THỂ :

1) Xử lí chất thải rắn :

- a) Mọi người làm phát sinh ra chất thải phải tự thu gom, phân loại bỏ vào đúng nơi quy định.
- b) Chất thải rắn được phân làm 3 loại và đựng trong túi nilon hoặc hộp cứng theo quy định.
 - Túi nilon màu xanh đựng chất thải chung không độc.
 - Túi nilon màu vàng đựng chất thải nhiễm khuẩn.
 - Hộp cứng màu vàng đựng các vật sắc nhọn.
- c) Tập trung chất thải tại nơi quy định để tiện cho mỗi buổi sáng Khoa Chống Nhiễm khuẩn thu gom.

2) Xử lí chất thải lỏng, nước thải sinh hoạt :

- Nước thải cọ rửa dụng cụ, nước thải sinh hoạt được thải theo hệ thống cống chung tại bệnh viện.

BỆNH PHỔI TÁC NGHẼN MẠN TÍNH

I. CHẨN ĐOÁN:

A. Chẩn đoán xác định:

1. Bệnh sử cần nghĩ đến COPD khi:

- Ho mạn tính: thường liên tục trong một ngày, ít khi về đêm.
- Khạc đàm mạn tính.
- Có những đợt viêm phế quản cấp tái diễn.
- Khó thở: tiến triển tăng dần theo thời gian, tồn tại liên tục, tăng lên khi gắng sức và sau mỗi đợt nhiễm khuẩn hô hấp.
- Tiền sử hút thuốc lá (thường từ 20 gói/năm trở lên) hay sống trong môi trường ô nhiễm khí thở.

Đơn vị gói/năm = (số điều thuốc hút trung bình 1 ngày/20* số năm hút thuốc).

2. Khám lâm sàng và cận lâm sàng:

a. Các triệu chứng thực thể tùy theo mức độ bệnh, rõ ở giai đoạn nặng:

- Biến dạng lồng ngực kiểu hình thùng.
- Co kéo cơ hô hấp phụ cả lúc nghỉ ngơi.
- Giảm thông khí ở phổi.
- Các triệu chứng của suy tim phải.

b. Xquang ngực: có thể thấy hình ảnh khí phế thũng, tăng áp động mạch phổi.

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

d. Khí máu động mạch: có thể phát hiện giảm oxy, có hay không kèm theo tăng CO₂.

3. Chức năng hô hấp:

Đây là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định: $FEV_1/FVC < 70\%$ sau dùng thuốc giãn phế quản. (FEV₁: thể tích khí thở ra tối đa trong 1 giây. FVC: dung tích sống gắng sức).

B. Chẩn đoán phân biệt: hen phế quản, suy tim xung huyết, dẫn phế quản, lao phổi.

II. PHÂN GIAI ĐOẠN: Bảng 1: phân giai đoạn COPD

Giai đoạn	Mức độ khó thở	Chức năng hô hấp
0: nguy cơ COPD	- Ho, khạc đàm mạn tính - Khó thở khi gắng sức nặng Hút thuốc lá hay sống trong môi trường ô nhiễm khí thở.	Bình thường
I: COPD nhẹ	Khó thở khi đi nhanh trên mặt bằng hay dốc nhẹ.	- $FEV_1/FVC < 70\%$ - $FEV_1 \geq 80\%$
II: COPD trung bình	Đi bộ chậm hơn người cùng tuổi vì khó thở hoặc phải dừng lại để thở khi đi bình thường trên mặt bằng.	- $FEV_1/FVC < 70\%$ - $50\% \leq FEV_1 < 80\%$
III: COPD nặng	Khó thở ngay khi đi bộ chậm trên mặt bằng khoảng 100 m	- $FEV_1/FVC < 70\%$ - $30\% \leq FEV_1 < 50\%$
IV: COPD rất nặng	Khó thở ngay trong các động tác sinh hoạt nhẹ: ăn, nói, tắm, gội, thay quần áo.	$FEV_1/FVC < 70\%$, $FEV_1 < 30\%$ hoặc $FEV_1 < 50\%$ nếu có suy hô hấp mạn * hoặc suy tim phải.

III. XỬ TRÍ COPD ỔN ĐỊNH:

Bảng 2: Xử trí COPD theo giai đoạn

Giai đoạn	0	I	II	III	IV
Điều trị	Tránh các yếu tố nguy cơ, tiêm vaccin cúm.				
	→	Thêm thuốc dẫn phế quản tác dụng ngắn khi cần.			
	→	- Thêm một hoặc nhiều thuốc dẫn phế quản tác dụng kéo dài. - Thêm phục hồi chức năng hô hấp.			
	→	Thêm Corticosteroids hít nếu có nhiều đợt cấp (mỗi năm).			
	→	- Thêm trị liệu oxy kéo dài nếu có suy hô hấp mạn tính ($< 60\text{mmHg}$ hoặc $\text{SaO}_2 < 90\%$). - Xem xét khả năng phẫu thuật.			

V. XỬ TRÍ ĐỢT CẤP COPD:

A. Chẩn đoán:

Đợt cấp COPD là sự xấu đi đột ngột tình trạng ổn định của bệnh: tăng khó thở, tăng ho, và/hoặc tăng lượng đàm, khiến bệnh nhân phải thay đổi cách điều trị thường ngày.

B. Chẩn đoán phân biệt:

Viêm phổi, thuyên tắc phổi, tràn khí hoặc tràn dịch màng phổi, suy tim, loạn nhịp tim, chấn thương ngực, tác dụng phụ của thuốc an thần hoặc thuốc ức chế beta.

C) Đánh giá mức độ nặng đợt cấp COPD:

Bảng 3: Phân loại mức độ nặng đợt cấp COPD

Tiêu chuẩn Đánh giá	Mức độ	Nhẹ (1)	Trung bình (2)	Nặng (3)
<u>Bệnh sử:</u>				
- Có bệnh đồng phát (*)		Không	Có thể có	Có
- Tiền sử các đợt cấp trong 3 năm cuối		< 1 lần/năm	1 lần/năm	> 1 lần/năm
- Mức độ nặng của COPD		Giai đoạn I	Giai đoạn II	Giai đoạn III-IV
<u>Khám thực thể:</u>				
- Tri giác		Bình thường	Bình thường	Rối loạn tri giác
- Nhịp thở (lần/phút)		<30	30 – 35	>35 hoặc <18
- Cơ kéo cơ hô hấp phụ		Nhẹ	Trung bình	Nặng
- HA tối đa		Bình thường	Bình thường	< 90mmHg
- Các triệu chứng còn sau trị liệu ban đầu		Hết	Còn ít	Không đáp ứng hoặc tăng lên

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

D) Phân loại xét nghiệm trong đợt cấp điều trị trong bệnh viện:

Bảng 4: Phân loại yêu cầu xét nghiệm trong đợt cấp:

Đợt cấp COPD Nhẹ (XN 1)	Đợt cấp COPD Trung bình (XN 2)	Đợt cấp COPD Trung bình (XN 3)
- SpO ₂	- SpO₂ (khí máu động mạch nếu SpO₂ < 90% sau khi thở oxy 2lit1/p) - X-quang ngực - CTM - Sinh hóa máu (ure, creatinin, glucose, ion đồ, protein) - ECG - Cây đàm (cây đàm và dịch phế quản định lượng và làm kháng sinh đồ) nếu cần - Các xét nghiệm khác nếu nghi ngờ có bệnh lý kết hợp (siêu âm, xét nghiệm sinh hóa, nước tiểu)	- SpO₂ - Khí máu động mạch - X- quang ngực - CTM - Sinh hóa máu (ure, creatinin, glucose, ion đồ, protein, SGOT, SGPT) - ECG - Cây đàm (cây đàm và dịch phế quản định lượng và làm kháng sinh đồ) - Các xét nghiệm khác nếu nghi ngờ có bệnh lý kết hợp (siêu âm, xét nghiệm nước tiểu)

E) Điều trị đợt cấp COPD: Bảng 5: Hướng dẫn xử trí thuốc trong đợt cấp

Điều trị	Đợt cấp COPD Nhẹ (ĐT1)	Đợt cấp COPD Trung bình (ĐT2)	Đợt cấp COPD Nặng (ĐT3)
Thuốc dẫn phế quản	- Ipratropium và/hoặc SABA dạng MDI/NEB khi cần. - Xem xét dùng LABA kết hợp.	- Ipratropium và/hoặc SABA dạng MDI/NEB/mỗi 4-6 giờ. - Xem xét dùng LABA kết hợp - Xem xét điều trị bằng Methylxanthin nếu không có hiệu quả hoặc không dung nạp với xử trí trên (Chú ý tác dụng phụ) ^(a)	- Ipratropium và/hoặc SABA dạng MDI/NEB/mỗi 2-4 giờ. - Xem xét dùng LABA kết hợp - Xem xét điều trị bằng Methylxanthin nếu không có hiệu quả hoặc không dung nạp với xử trí trên (Chú ý tác dụng phụ) ^(a)
Corticosteroid	- Uống Prednisolone 30-40mg/ngày x 7 - 14 ngày - Xem xét việc duy trì bằng ICS hoặc NEB. ^(b)	- Uống Prednisolone 30-40mg/ngày x 7 -14 ngày (hay Methylprednisolone liều tương đương). Nếu không đáp ứng sau 24 - 48 giờ, Methylprednisolone 40mg TM/mỗi 8 giờ trong 3 ngày, sau đó chuyển sang thuốc uống trong 7-10 ngày. - Xem xét việc duy trì corticosteroid bằng ICS hoặc NEB ^(b)	- Methylprednisolone 40mg TM/mỗi 8 giờ trong 3 ngày, sau đó chuyển sang thuốc uống trong 7-10 ngày. - Xem xét việc duy trì corticosteroid bằng ICS hoặc NEB ^(b)
Kháng sinh: - Khi có chỉ định ^(c) - Nên dựa trên tình hình kháng thuốc của địa phương	- Amoxicillin 2g/ngày, Macrolide mới (Clarithromycin 500mg) 2 viên/ngày, Cephalosporine thế hệ II, III (Aldinir 300mg 2 viên/ngày) - Nếu không đáp ứng: Amox/Clav, Quinolone mới (thí dụ Levofloxacin 0,5g/ngày)	- Cephalosporine thế hệ II, III. - Amox/Clav 1g x 2 lần/ngày, Quinolone mới (thí dụ Levofloxacin 0,5g/12-24 giờ). (Điều chỉnh theo KSD nếu không đáp ứng). - Nếu nghi ngờ nhiễm P. aeruginosa hoặc Enterobacteriaceae ^(d): kết hợp thuốc (Ceftazidime 1g TM /8 giờ + Amikacin 500mgTM/12 - 24 giờ)	- Cephalosporine thế hệ II, III. - Amox/Clav 1g x 2 lần/ngày, Quinolone mới (thí dụ Levofloxacin 0,5g/12-24 giờ). (Điều chỉnh theo KSD nếu không đáp ứng). - Nếu nghi ngờ nhiễm P. aeruginosa hoặc Enterobacteriaceae ^(d): kết hợp thuốc (Ceftazidime 1g TM /8 giờ + Amikacin 500mgTM/12 - 24 giờ)
Oxy		Thở oxy nếu SaO ₂ < 90%	- Thở oxy theo khí máu - Thở máy nếu có chỉ định

Chú thích:

- **SABA** (Short-acting beta₂ agonist): thuốc kích thích beta₂ tác dụng ngắn.
- **LABA** (Long-acting beta₂ agonist): thuốc kích thích beta₂ tác dụng dài.
- **ICS** (Inhaled-corticosteroid): Corticosteroid dạng hít.
- **MDI** (Metered-dose inhaler): thuốc dạng hít định liều.
- **NEB** (nebulization): dạng dung dịch khí dung bằng máy.
- (a) Liều Theophyllin khởi đầu 10mg/ngày. Nếu vừa sử dụng Theophyllin trước đó thì không nên quá 5mg/ngày khi không định lượng được nồng độ thuốc trong máu.
- (b) COPD giai đoạn III, IV hoặc có biểu hiện quá phản ứng đường thở.
- (c) có 3 chỉ định kháng sinh.
 - Đợt cấp COPD có cả 3 triệu chứng: tăng khó thở, tăng lượng đàm và đàm mủ.
 - Đợt cấp COPD có 2 trong 3 triệu chứng trên và đàm mủ là một trong 2 triệu chứng này.
 - Đợt cấp COPD mức độ nặng.
- (d) Nguy cơ nhiễm *P. aeruginosa* và *Enterobacteriaceae*.
 - Mới xuất viện.
 - Dùng kháng sinh thường xuyên (4 đợt trong năm trước).
 - COPD giai đoạn IV.
 - Phân lập được *P. aeruginosa* trong đợt cấp trước đó.

F. Phân loại y lệnh theo dõi trong đợt cấp điều trị trong bệnh viện

Bảng 6: phân loại theo dõi đợt cấp

Đợt cấp COPD Nhẹ (TD1)	Đợt cấp COPD Trung bình (TD2)	Đợt cấp COPD Nặng (TD3)
Mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO ₂ Sáng – chiều	Tri giác, mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO ₂ Sáng – chiều – tối	Tri giác, mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO ₂ Mỗi 6 giờ

G. Đánh giá diễn biến đợt cấp dưới điều trị**1. Tốt:**

- Lâm sàng cải thiện: bệnh nhân bớt khó thở, mức độ co kéo cơ hô hấp phụ giảm, nhịp thở giảm, triệu chứng thực thể tại phổi giảm.
- Khí máu động mạch cải thiện: pH máu trở về giới hạn bình thường, PaCO₂ giảm, PaO₂ ≥ 60mmHg, SaO₂ ≥ 90%.

2. Xấu:

- Lâm sàng không cải thiện hoặc có khuynh hướng xấu hơn (chuyển độ nặng).
- Khí máu động mạch xấu hơn: pH máu giảm, PaO₂ tăng, PaO₂ < 60mmHg, SaO₂ < 90%.

H. Tiêu chuẩn xuất viện đợt cấp COPD

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1) Phác đồ điều trị và quy trình một số kỹ thuật trong thực hành nội khoa bệnh phổi Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ..
- 2) Hướng dẫn thực hành nội khoa bệnh phổi - Trường Đại học Y dược Tp. HCM 2009
- 3) Điều trị COPD – TS Nguyễn Văn Thành – Trường Đại học Y dược Cần Thơ 2005.

VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG NGƯỜI LỚN

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm phổi cộng đồng là tình trạng viêm nhu mô phổi do vi khuẩn có nguồn gốc từ cộng đồng (không phải bệnh viện).

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN:

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

1. Có một 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 bất thường, ran nổ.
4. X quang ngực: hình ảnh thâm nhiễm (tổn thương lấp đầy phế nang) mới.

III. TIÊU CHUẨN PHÂN LOẠI NẶNG:

Xếp loại ngay khi nhập viện: bệnh nhân 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 lộn lộn, tiểu không tự chủ.
3. Nhịp thở tăng > 30 lần/phút và/hoặc $SpO_2 < 90\%$ ($FiO_2 = 21\%$).
4. Huyết áp tối đa < 90 mmHg, Huyết áp tối thiểu < 60 mmHg.

Phân nhóm bệnh nhân:

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

IV. CÁC TIÊU CHUẨN NGHI NGỜ NHIỄM KHUẨN ĐẶC BIỆT (*trực khuẩn gram âm, Pseudomonas sp*) VÀ KHÁNG THUỐC:

Xác định ngay khi nhập viện:

A: Tiền sử có bệnh phổi mạn tính thường phải điều trị ngoại trú hoặc phải nhập viện ít nhất 1 lần trong 3 tháng cuối.

B: Cushing do dùng thuốc kháng viêm kéo dài (hoặc suy giảm miễn dịch).

C: Phải nằm tại giường trên 72 giờ (hoặc có nguy cơ cao viêm phổi hít).

D: Vừa mới điều trị kháng sinh trong tháng trước vì một bệnh lý nhiễm khuẩn khác.

V. CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ NẶNG KẾT HỢP:

Xác định trong vòng 12 -24 giờ:

- Yếu tố **I**: Suy thận (ure máu > 8 mmol/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 < 35 g/l).

VI. PHÂN LOẠI THỰC HIỆN XÉT NGHIỆM:

Thực hiện xét nghiệm ngay khi nhập viện:

Bệnh nhân nhóm 1 (XN1)	Bệnh nhân nhóm 2 (XN2)	Bệnh nhân nhóm 3 (XN3)
- X quang ngực thẳng - CTM - Sinh hóa máu (glucose, ure, creatinin, Na, K, Protit) - Cây máu và đàm^(*) (nếu có A-D) - CRP - Các xét nghiệm khác nếu nghi ngờ có bệnh lý khác kết hợp.	- X quang ngực thẳng - CTM - Sinh hóa máu (glucose, ure, creatinin, Na, K, Protit) - CRP - ECG - Khí máu (nếu SpO₂ <90%) - Cây máu và đàm^(*) (nếu có A-D) - Các xét nghiệm khác nếu nghi ngờ có bệnh lý khác kết hợp.	- X quang ngực thẳng - CTM - Sinh hóa máu (glucose, ure, creatinin, Na, K, Protit) - CRP - ECG - Khí máu (nếu SpO₂ <90%) - Cây máu và đàm^(*) (nếu có A-D) - Các xét nghiệm khác nếu nghi ngờ có bệnh lý khác kết hợp.

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

VII. PHÂN LOẠI Y LỆNH THEO DỐI:

Bệnh nhân nhóm 1 (TD1)	Bệnh nhân nhóm 2 (TD2)	Bệnh nhân nhóm 3 (TD3)
Nhiệt độ: sáng – chiều	Huyết áp Nhiệt độ Nhịp thở Tri giác SpO₂ (nếu cần) Sáng-chiều	Huyết áp Nhiệt độ Nhịp thở Tri giác SpO₂ (nếu cần) Sáng-chiều- tối Nước tiểu: trong 24 giờ

VIII. ĐIỀU TRỊ:

1) Nguyên tắc chung:

- Nghỉ ngơi.
- Thuốc ho nếu bệnh nhân ho khan nhiều.
- Vật lý trị liệu được chỉ định trong tăng tiết phế quản, rối loạn phản xạ ho, khi đặt NKQ.
- Oxy trị liệu trong giảm oxy máu.
- Phòng ngừa thuyên tắc động mạch phổi.
- Thở máy sớm khi có dấu hiệu suy hô hấp cấp xuất hiện.

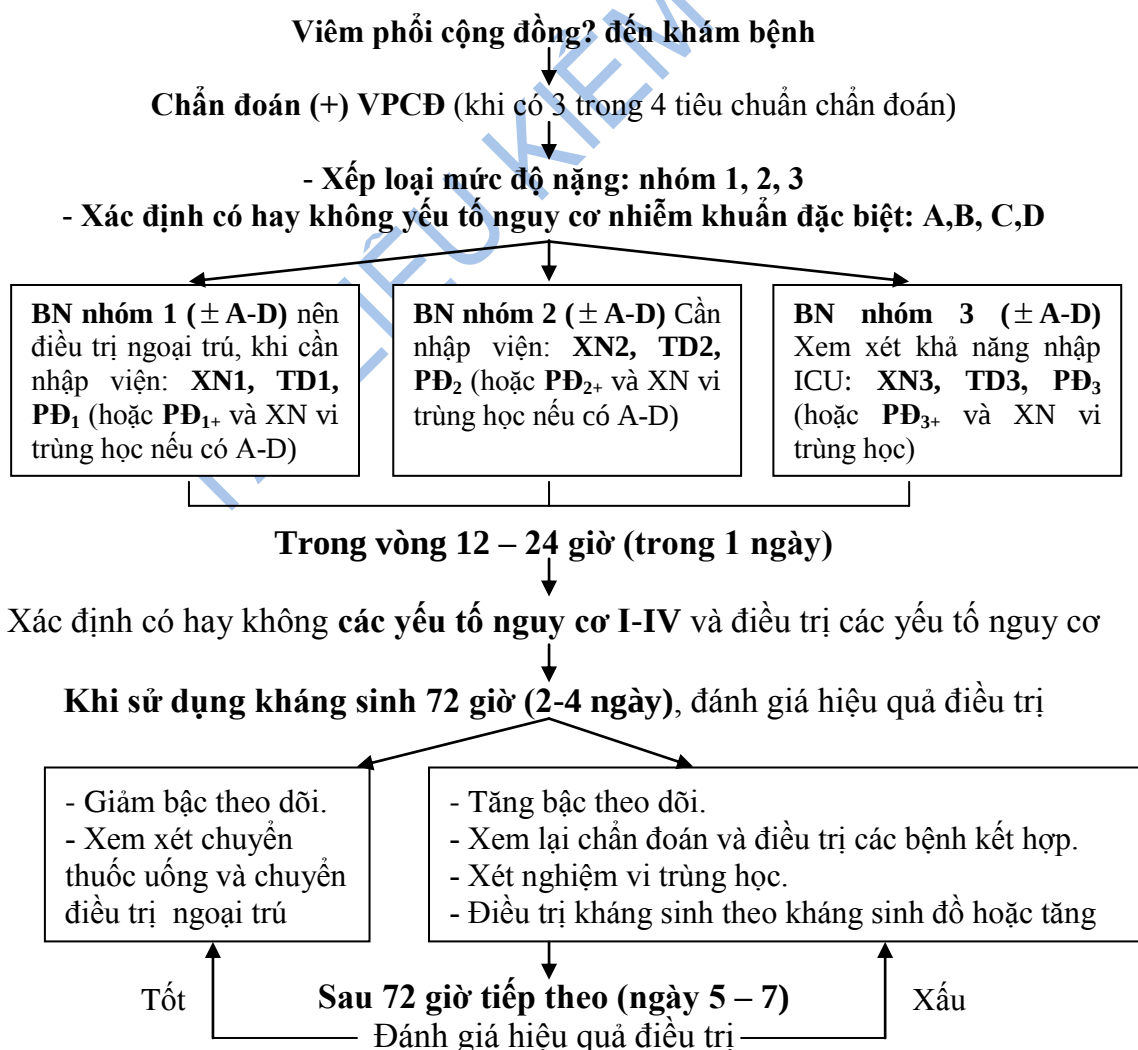
2) Các phác đồ kháng sinh kinh nghiệm

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

- a. PD1: Amoxicillin 1g uống/mỗi 8 giờ.
Hoặc Erythromycin 0.5g uống/mỗi 6 giờ (Hoặc Clarythromycin 0,5g) uống/mỗi 12 giờ.
- PD₁₊: 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.PD2: Amoxicillin 1g tĩnh mạch/mỗi 8 giờ.
- PD₂₊: Amoxicillin/a.clavulanic (thí dụ: Augmentin 1g tĩnh mạch/mỗi 8 giờ)

- Hoặc Fluoroquinolone có tác dụng với pneumococci (thí dụ: Levofloxacin 0,5g tĩnh mạch/mỗi 12-24 giờ).
- c. PD3:** Ceftriaxone 2g tĩnh mạch/ngày hoặc Cefotaxime 1g (thí dụ: Claforan) tĩnh mạch/mỗi 8 giờ.
Hoặc Cefuroxime (thí dụ: Zinacef 0,75g hoặc 1,5g tĩnh mạch/mỗi 8 giờ)
Kết hợp với: Fluoroquinolone có tác dụng với pneumococci (thí dụ: Levofloxacin 0,5 uống hoặc tĩnh mạch/mỗi 12-24 giờ).
- PD₃₊:** Amoxicillin/a.clavulanic (thí dụ: Augmentin 1g tĩnh mạch/mỗi 8 giờ)
Kết hợp với:
- Fluoroquinolone có tác dụng với pneumococci (thí dụ: Levofloxacin 0,5g tĩnh mạch/mỗi 12-24 giờ).
 - Hoặc Macrolid thế hệ mới (thí dụ: Azithromycin, ngày 1: 0,25g x 2 viên uống/một lần/ngày, ngày 2 – 5: 0,25g x 1 viên uống/một lần/ngày hoặc Clarythromycin 0,5g uống/mỗi 12 giờ)
- d. PD4:** 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/mỗi 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 và thận.

SƠ ĐỒ XỬ TRÍ



IX. TIÊU CHUẨN ĐÁNH GIÁ HIỆU 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 (CPR) giảm.
- Có hay không triệu chứng thực thể tại phổi giảm.
- Có hay không bạch cầu máu (BC) giảm.
- Có hay không tổn thương X-quang ngực giảm.

2. Xấu:

- TC cơ năng và toàn thân không giảm hoặc xấu đi (đặc biệt là sốt không ↓).
- 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 BC không giảm.
- Có hay không tổn thương X-quang ngực không giảm.

X. CÁC TRƯỜNG HỢP CẦN ĐIỀU TRỊ Ở KHOA CHĂM SÓC ĐẶC BIỆT (ICU):

A. Cần điều trị tại Khoa chăm sóc đặc biệt những bệnh nhân có 2 trong 3 tiêu chuẩn:

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

Hoặc có một trong hai tiêu chuẩn:

- Cần thở máy.
- Sốc nhiễm trùng.

B. Xếp loại nặng theo các tiêu chuẩn CURB-65:

- 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 tăng > 30 lần/phút và/hoặc $\text{SpO}_2 < 90\%$ ($\text{FiO}_2 = 21\%$).
- 4) Huyết áp tối đa $< 90\text{mmHg}$, Huyết áp tối thiểu $< 60\text{mmHg}$.
- 5) Uremia $> 7\text{mmol/lit}$.

Mỗi yếu tố được 1 điểm, ≥ 3 điểm nhập ICU.

C. Xếp loại nặng theo IDSA-ATS 2007:

- *Tiêu chuẩn chính:*
 - o Cần thở máy.
 - o Sốc nhiễm trùng.
- *Tiêu chuẩn phụ:*

o Nhịp thở $\geq 30\text{l/p}$	$\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 250$
o Viêm phổi nhiều thùy	$\text{Hamax} < 90/\text{Mamin} < 60$
o Lú lẫn/mất định hướng	$\text{BUN} > 20\text{mg\%}$
o Bạch cầu máu $< 4000/\text{mm}^3$	Giảm TC $< 1000/\text{mm}^3$
o $\text{T}^\circ < 36^\circ\text{C}$	Hạ HA cần truyền dịch nhiều
o Tăng đường huyết	Say rượu/cai rượu
o Hạ Na/máu	Toan chuyển hóa hay tăng lactate
o Cắt lách	Xơ gan

Cần thở máy không xâm lấn có thể thay thế cho NT $\geq 30\text{l/p}$ hay $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 250$.

Tiêu chuẩn nhập ICU:

- Hoặc 3 tiêu chuẩn phụ.
- Hoặc 1 trong 2 tiêu chuẩn chính (cần thở máy hay sốc nhiễm trùng)

XI. 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1) Phác đồ điều trị và quy trình một số kỹ thuật trong thực hành nội khoa bệnh phổi.
- 2) Hướng dẫn thực hành nội khoa bệnh phổi - Trường Đại học Y dược Tp. HCM 2009.
- 3) Điều trị học nội khoa - Trường Đại học Y dược Tp. HCM 2009.

TÀI LIỆU KIỂM SOÁT

HEN PHẾ QUẢN

I ĐẠI CƯƠNG:

1. Định nghĩa:

HPQ là tình trạng **viêm mạn tính đường thở** làm tăng phản ứng của đường thở tạo ra các cơn ho, khó thở, nặng ngực, thở khò khè **lặp đi lặp lại**, thường xảy ra vào **bán đêm** và **sáng sớm**. Các cơn này xảy ra với mức độ khác nhau, có thể hồi phục tự nhiên hoặc có điều trị

2) Các yếu tố tạo ra cơn hen nặng:

- Đã có lần phải thở máy vì hen phế quản
- Phải nhập viện điều trị vì hen phế quản năm trước
- Sử dụng corticosteroid toàn thân thường xuyên
- Vừa ngưng ICS (Corticosteroid dạng hít (Inhaled - Corticosteroid) đột ngột.
- Lạm dụng SABA (thuốc kích thích beta2 tác dụng ngắn (Short-acting beta2 agonist)
- Tiền sử tâm thần hay sử dụng thuốc tâm thần kéo dài
- Không tuân thủ kế hoạch điều trị kiểm soát hen

II. CHẨN ĐOÁN :

1) Chẩn đoán HPQ:

* Về lâm sàng cần nghĩ đến HPQ khi có **một trong bốn** triệu chứng sau :

- Ho
- Nặng ngực
- Khó thở
- Thở khò khè hay thở rít

* Các triệu chứng trên có đặc điểm :

- Thường xuất hiện hay nặng lên về đêm, sáng sớm, sau khi gắng sức, sau khi tiếp xúc với các yếu tố kích thích đường thở
- Bệnh thường khởi phát từ lúc nhỏ
- Bản thân bệnh nhân hay gia đình có mắc các bệnh dị ứng hay HPQ
- Các triệu chứng thường cải thiện rõ khi sử dụng thuốc dẫn phế quản hay corticosteroid

* Đo chức năng hô hấp có tăng FEV1 hay PEF từ 15% trở lên sau khi hít thuốc dẫn phế quản

2) Đánh giá mức độ nặng cơn hen khi nhập viện :

Các tiêu chuẩn	Mức độ Nhẹ	Mức độ Trung bình	Mức độ Nặng	Mức độ Nguy kịch
Khó thở	Khi gắng sức	Khi nghỉ ngơi	Không nói chuyện nổi	Đe dọa ngừng thở
Khám lâm sàng	-Không co kéo cơ hô hấp phụ -Ran ngáy ít -Thông khí phổi rõ	-Có co kéo nhẹ cơ hô hấp phụ -Ran ngáy & rít rõ -Thông khí phổi rõ	-Có co kéo nặng cơ hô hấp phụ -Vã mồ hôi -Nhiều ran ngáy và rít tạo nên tiếng thở ồn ào -Thông khí phổi còn rõ	-Tri giác giảm, lơ mơ -Đờ các cơ hô hấp -Hô hấp đảo ngược ngực-bụng - Thông khí phổi giảm
Khí máu	-SpO ₂ > 95% -PaO ₂ bình thường	- SpO ₂ : 90-95% - PaO ₂ > 60mmHg	- SpO ₂ < 90% - PaO ₂ : 40-60mmHg	- SpO ₂ < 90% - PaO ₂ < 45mmHg
PEF	> 80% giá trị tốt nhất	60-80% giá trị tốt nhất	< 60% giá trị tốt nhất	Không đo được

3) Chẩn đoán phân biệt :

- Khó thở do tắc nghẽn đường thở cao : dị vật, u...
- Viêm phế quản cấp
- Đợt cấp COPD
- Hen tim

II. ĐIỀU TRỊ CƠN HEN PHẾ QUẢN:**1) Xử trí cơn HPQ theo mức độ nặng ngay lần khám đầu tiên:**

Mức độ nặng	Xét nghiệm cần làm	Xử trí	Theo dõi
Nhẹ	PEF hay FEV ₁ CTM	Salbutamol khí dung 5mg/2ml: 2,5 – 5mg mỗi 20 phút trong 1 giờ đầu	TD1: Nhịp thở, nhiệt độ: sáng, chiều
Trung bình	SpO ₂ , PEF hay FEV ₁ , CTM Ure, creatinine, Glycémie, Ion đồ đồ XQ ngực	Salbutamol khí dung 5mg/2ml: 2,5 – 5mg mỗi 20 phút trong 1 giờ đầu	TD2: Nhịp thở, mạch, HA, nhiệt độ: sáng, chiều
Nặng	SpO ₂ hoặc KMĐM PEF hay FEV ₁ CTM Ure, creatinine, Glycemi, Ion đồ Protid XQ ngực ECG	. Thở oxy để SpO ₂ > 90% hoặc PaO ₂ > 60mmHg . Salbutamol khí dung 5mg/2ml: 2,5 – 5mg mỗi 20 phút trong 1 giờ đầu . Methylprednisolone 40mg TM/6 giờ hoặc Hydrocortisone 100mg TM/6 giờ, khi khởi cơn nặng cần giảm liều và chuyển sang đường uống, kết hợp với thuốc dạng hít.	TD3: Tri giác, nhịp thở, mạch, HA, nhiệt độ, SPO ₂ : sáng, chiều
Nguy kịch	XN ₄ KMĐM PEF hay FEV ₁ CTM Ure, creatinine, Glycémie Protid, Ion đồ, XQ ngực (tại giường) ECG (tại giường)	. Bóp bóng ambu với oxy 100% . Adrenalin tiêm tĩnh mạch (khởi đầu Adrenaline 0.3mg pha 3 ml Nacl 0,9% TM chậm mỗi 5 phút. Nếu cần TTM chậm tốc độ 0,2 – 0,3 mg/giờ. Nếu không hiệu quả tăng dần 0,3 mg/giờ mỗi 15 phút đến khi có hiệu quả. Liều tối đa có thể tới 1,5mg/ giờ. . Methylprednisolone 40mg TM/6 giờ hoặc Hydrocortisone 100mg TM/6 giờ, khi khởi cơn nặng cần giảm liều và chuyển sang đường uống, kết hợp với thuốc dạng hít. . Chuyển nhanh tới HSCC	TD4: Tri giác, nhịp thở, mạch, HA, nhiệt độ, SPO ₂ : mỗi 30 pht

Tiếp tục xử trí theo đánh giá đáp ứng

Thời điểm	Mức độ nặng	XN cần làm	Xử trí	Theo dõi
Đánh giá đáp ứng 1 giờ sau xử trí ban đầu	Đáp ứng tốt: Đáp ứng duy trì sau 1 giờ điều trị liều cuối cùng Khám thực thể bình thường SaO ₂ > 90% PEF > 70% giá trị tốt nhất		. Tiếp tục SABA hít. . Prednisolone uống (khởi đầu 0,5 – 1mg/kg/ngày hoặc Methylprednisolone liều tương đương) . Giáo dục bệnh nhân cách sử dụng thuốc và cách xử trí tại nhà . Xem xét khả năng xuất viện	TD1
	Đáp ứng trung bình: - Bệnh nhân có nguy cơ cao xuất hiện cơn hen nặng - Khám thực thể có các triệu chứng nhẹ đến trung bình - SaO ₂ không cải thiện - PEF < 70% giá trị tốt nhất	Đo nồng độ theophyllin trong máu nếu có thể	. Berodual: (Inpratropium bromid + feneterol) dung dịch khí dung: 0,25mg/ml khí dung kết hợp hay không với một SABA khác. . Methylprednisolone 40mg TM mỗi 4 – 6 giờ hoặc Hydrocortisone 100mg TM mỗi 4 – 6 giờ, khi khởi cơn nặng cần giảm liều và chuyển sang đường uống, kết hợp với thuốc dạng hít. . Thở oxy . Salbutamol (Ventolin ống 0,5mg/ml hoặc Terbutalin (Bricanyl) 0,5mg/ml: TDD hoặc pha trong NaCl 0,9% TTM chậm qua bơm tiêm điện, tốc độ 0,5mg/giờ (khoảng 0,1 – 0,2 mcg/kg/phút. Nếu cần có thể tăng liều TTM 0,5mg/giờ mỗi 15 phút cho tới khi có hiệu quả, có thể đến tốc độ 40mg/giờ). . Xem xét sử dụng Diaphyllin truyền tĩnh mạch ống 0,24 mg pha trong 100ml NaCl 0,9% truyền trong 1 giờ, sau đó có thể duy trì nhưng không quá 10mg/kg/ngày).	TD2
	Không đáp ứng: - Bệnh nhân có nguy cơ cao xuất hiện cơn hen nặng - Khám thực thể có các triệu chứng mức độ nặng, có rối loạn tri giác - PaO ₂ < 60mmHg, PaCO ₂ > 45mmHg - PEF < 30% giá trị tốt nhất	Đo nồng độ theophyllin trong máu nếu có thể	. Berodual: (Inpratropium bromid + feneterol) dung dịch khí dung: 0,25mg/ml khí dung kết hợp hay không với một SABA khác. . Methylprednisolone 40mg TM mỗi 4 – 6 giờ hoặc Hydrocortisone 100mg TM mỗi 4 – 6 giờ, khi khởi cơn nặng cần giảm liều và chuyển sang đường uống, kết hợp với thuốc dạng hít. . Thở oxy . Salbutamol (Ventolin) ống 0,5mg/ml hoặc Terbutalin (Bricanyl) 0,5mg/ml: TDD hoặc pha trong NaCl 0,9% TTM chậm qua bơm tiêm điện, tốc độ 0,5mg/giờ (khoảng 0,1 – 0,2 mcg/kg/phút. Nếu cần có thể tăng liều TTM 0,5mg/giờ mỗi 15 phút cho tới khi có hiệu quả, có thể đến tốc độ 40mg/giờ). . Xem xét sử dụng Diaphyllin truyền tĩnh mạch ống 0,24 mg pha trong 100ml NaCl 0,9% truyền trong 1 giờ, sau đó có thể duy trì nhưng không quá 10mg/kg/ngày). . Xem xét khả năng đặt nội khí quản, thở máy.	TD3
3-6 giờ sau NV	Không đáp ứng		. Xem xét khả năng chuyển ICU . Đặt nội khí quản, thở máy	TD4

Sau khi ra khỏi cơn cấp, bệnh nhân cần được quản lý hen cao hơn một bậc so với trước khi có cơn hen cấp. Đối với các trường hợp có cơn **hen nặng** hoặc **nguy kịch**, cần quản lý hen tiếp tục **ít nhất là từ bậc 3**

3). Các điều trị khác:

- Bù dịch theo nhu cầu cơ bản và điều chỉnh rối loạn điện giải theo ion đồ, nhất là khi sử dụng thuốc dẫn phế quản đường tĩnh mạch và corticosteroid gây hạ kali máu trầm trọng đe dọa tính mạng.
- Kháng sinh (hỏi kỹ tiền sử dị ứng thuốc và test trước mỗi lần tiêm) chỉ được chỉ định khi có biểu hiện nhiễm trùng.
- Các thuốc long đàm và kháng histamine thường không hiệu quả.
- Không được dùng các thuốc an thần nếu chưa có chỉ định thở máy.
- Bicarbonate nếu không có chỉ định đặt biệt vì nguy cơ ức chế hô hấp và nhiễm toan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1) Phác đồ điều trị và quy trình một số kỹ thuật trong thực hành nội khoa bệnh phổi.
- 2) Hướng dẫn thực hành nội khoa bệnh phổi - Trường Đại học Y dược Tp. HCM 2009.
- 3) Điều trị hen phế quản – TS Nguyễn Văn Thành – Trường Đại học Y dược Cần Thơ 2005.

CHOÁNG NHIỄM TRÙNG

Tiêu chuẩn Δ :

- 1) Nhiễm khuẩn huyết: ≥ 2 tiêu chuẩn
 - Nhiệt độ $> 38^{\circ}\text{C}$ hoặc $< 36^{\circ}\text{C}$.
 - Tần số tim > 90 lần/phút.
 - Tần số hô hấp > 20 lần/phút hoặc $\text{PaO}_2 < 32\text{mmHg}$.
 - SLBC $> 12.000/\text{mm}^3$ hoặc $< 4.000/\text{mm}^3$ hoặc $> 10\%$ band.
- 2) Choáng nhiễm trùng:
 - $\text{HA}_{\text{TT}} < 90\text{mmHg}$ hoặc giảm 40mmHg so với huyết áp bình thường.Hai tiêu chuẩn trên (nhiễm khuẩn huyết).
Có bằng chứng liên quan đến tưới máu cơ quan không đầy đủ.

*** Biểu hiện lâm sàng của nhiễm trùng và choáng nhiễm trùng:**

- 1) Có ổ nhiễm trùng, đôi khi không tìm được ổ nhiễm trùng ở đâu cả.
- 2) Đáp ứng viêm toàn thân
 - Sốt, hạ thân nhiệt.
 - Nhịp tim nhanh.
 - Thở nhanh.
 - Tăng hoặc giảm bạch cầu hạt.
- 3) Rối loạn chức năng đa cơ quan (do tưới máu không đầy đủ)
 - Tim mạch: mạch nhanh hoặc giảm.
 - Suy thận: tiểu ít, ure, creatinine tăng.
 - Phổi: thở nhanh, khó thở ngày càng nặng, không đáp ứng với tăng nồng độ oxy trong khí thở vào.
 - Tổn thương gan: vàng da nhanh, suy tế bào gan.
 - Thiếu oxy não: giãy dụa, lơ mơ.
 - DIC.

*** Hồi sức ban đầu của choáng nhiễm trùng:**

- 1) Các xét nghiệm cần thực hiện:
 - Huyết đồ.
 - Sinh hóa: ure, creatinine, ion đồ, glycémie, SGOT, SGPT, Bilirubin TT, GT, CK-MB, Troponine T.
 - Đông máu: TQ, TCK, Fibrinogen.
 - Cây máu (nếu có).
 - Cây bệnh phẩm (nếu có).
 - KMĐM.
 - X-quang ngực thẳng, EHO bụng, ECG.
 - Nước tiểu: TP TNT, soi tươi và cấy.
- 2) Đặt sonde tiêu, sonde dạ dày
- 3) Hồi sức ABCs.

Mục tiêu cần đạt:

- $\text{HAm}_{\text{ax}} \geq 90\text{mmHg}$ và HA trung bình $\geq 70\text{mmHg}$.
- $\text{SpO}_2 \geq 90\%$.
- Tri giác ổn định.
- Da ấm.
- Lượng nước tiểu $> 50\text{ml/giờ}$.

I. Hồi sức thể tích: (tốt nhất đặt CVP để truyền dịch theo CVP)

- Truyền dịch khối lượng lớn và nhanh.

- Dung dịch truyền NaCl 0,9%, LR 20 – 40 ml/kg/30 phút.
- Theo dõi sát M, HA, nhịp thở, tri giác.
- Truyền lập lại đến khi:
 - o Đạt HA mong muốn.
 - o Phổi có ran.
 - o CVP ≥ 12 cm H₂O
- Hồi sức ban đầu nhanh trong 30 – 60 phút, thể tích dịch truyền 2 – 3 lít và khi quá tải nên dùng vận mạch để tiếp tục giữ ổn định HA.

II. Thuốc vận mạch:

- Dopamin: nếu HA giảm, CLT thấp hoặc bình thường mà tưới máu đa cơ quan giảm.
- Dobutamin.
- Nonadrenalin: khi CLT cao, HA thấp, khởi đầu Nonadrenalin.
- Adrenalin.
- Hầu hết tác giả khuyên dùng Dopamin (2 – 5µg/kg/phút).
- Khi nào kết hợp thuốc vận mạch.

1) Khi dopamin > 20 µg/kg/phút mà không tăng HA mà cải thiện tưới máu.

2) Dopamin < 20µg/kg/phút nâng HA tới mức mong muốn nhưng nhịp tim nhanh ≥ 130 lần/phút.

- Kết hợp thường dùng:
 - o Dopamin (2 – 5µg/kg/phút) - Nonadrenalin (0,01 – 1,6µg/kg/phút)
 - o Dobutamin (2-5µg/kg/phút) - Nonadrenalin (0,01 – 1,6µg/kg/phút)
 - o Dobutamin – Dopamin

III. Chỉ định sử dụng kháng sinh:

- Dùng kháng sinh phổ rộng diệt Gr (+), Gr(-) dùng theo kinh nghiệm.
- Kháng sinh được thực hiện sau khi:
 - o Cây máu.
 - o Cây bệnh phẩm.
- Cần đặt vấn đề phẫu thuật hay dẫn lưu sớm khi có ổ nhiễm trùng rõ ràng.

IV. Các biện pháp khác:

- Thở oxy 3 – 6 lít/phút.
- Lập ít nhất 2 đường truyền.
- Kiểm soát thân nhiệt: thường không cần thiết trừ các trường hợp sau:
 - o T° > 40°C
 - o Bệnh nhân có sẵn bệnh lý khác như tim mạch...
- Kiểm soát đường huyết: tùy theo lượng đường huyết nên sử dụng insulin.
- Bù rối loạn điện giải (nếu có).
- Truyền máu: truyền HC lắng để duy trì Hb 10 -12 g/dl
- Truyền tiểu cầu khi:
 - o LS có chảy máu.
 - o Số lượng tiểu cầu > 40.000/l.
 - o Hoặc bệnh nhân không có chảy máu nhưng số lượng tiểu cầu < 20.000/l.
- Hỗ trợ dinh dưỡng:
 - o Nếu ổ nhiễm trùng không phải đường tiêu hóa → vẫn cho bệnh nhân ăn qua đường ruột.
 - o Nếu không thì nuôi ăn qua đường tĩnh mạch hoàn toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1) Phác đồ điều trị - Bệnh viện truyền máu và huyết học.
- 2) Harrison 17th
- 3) The Washington Manual of Medical Therapeutics 32rd Editon.

TÀI LIỆU KIỂM SOÁT

XUẤT HUYẾT TIÊU HOÁ

I/ ĐẠI CƯƠNG :

1) XHTH biểu hiện bằng 5 cách:

- Ói máu đỏ tươi hoặc nâu đen
- Tiêu phân đen
- Tiêu máu đỏ
- Chảy máu ẩn
- Triệu chứng thiếu máu hoặc mất máu

2) XHTH được chia làm hai loại dựa vào giải phẫu của đường ống tiêu hoá.

- A) XHTH TRÊN: tổn thương chảy máu từ góc Treitz trở lên bao gồm: thực quản, dạ dày và tá tràng. Có hai hình thức biểu hiện bên ngoài là ói ra máu và đi cầu ra máu.
- B) XHTH DƯỚI: tổn thương chảy máu từ góc Treitz trở xuống bao gồm: toàn bộ ruột non, manh tràng, hồi tràng và đại tràng biểu hiện bằng đi cầu ra máu

3) XHTH khoảng 80% là XHTH trên, còn lại 15-20% là XHTH dưới.

4) XHTH ảnh hưởng đến tính mạng người bệnh thường do 2 nhóm bệnh

- Viêm loét dạ dày tá tràng ăn vào động mạch.
- Tăng áp tĩnh mạch cửa (có kèm suy gan hoặc không suy tế bào gan) làm giãn vỡ tĩnh mạch thực quản.

II. PHÂN LOẠI MỨC ĐỘ XHTH : xác định mức độ mất máu

1) Độ 1 : Chảy máu mức độ nhẹ

- Lượng máu mất khoảng 10% toàn cơ thể
- Giảm tưới máu ở các cơ quan ngoại biên : cơ , mô mỡ...
- Triệu chứng lâm sàng khi thăm khám còn kín đáo
- Dấu hiệu sinh tồn còn ổn định
- Dấu hiệu CLS: HC ≥ 3 triệu, HCT $\geq 30\%$

2) Độ 2: Chảy máu mức độ trung bình:

- Lượng máu mất khoảng 20% -30% thể tích khối lượng tuần hoàn toàn cơ thể
- Giảm tưới máu ở các cơ quan trung ương có khả năng chịu đựng được tình trạng mất máu trong một thời gian ngắn như ruột, dạ dày, lách thận, gan...
- Triệu chứng lâm sàng: đã biểu hiện rõ: da xanh, niêm nhợt cảm giác mệt, sây xầm, chóng mặt...
- Dấu hiệu sinh tồn: mạch nhanh nhưng ≤ 100 lần /phút HA tối đa đã bắt đầu giảm so với huyết áp bình thường của bệnh nhân
- Dấu hiệu cận lâm sàng.

$$2 \text{ triệu} < HC < 3 \text{ triệu}$$

$$20\% < HCT < 30\%$$

3) Độ 3: chảy máu mức độ nặng:

- Lượng máu mất khoảng $>35\%$ thể tích khối lượng tuần hoàn trở lên.
- Giảm tưới máu ở các cơ quan trung ương nhưng không có khả năng chịu đựng được tình trạng mất máu như: tim, não, phổi dẫn đến rối loạn toàn chuyển hoá bắt đầu xuất hiện.
- Triệu chứng lâm sàng: là dấu hiệu mất máu trầm trọng bằng dấu thiếu oxy não:
 - o Bệnh nhân hốt hoảng , lo âu, bứt rứt hoặc vật vã li bì, hôn mê.
 - o Xuất hiện cơn tụt huyết áp tư thế.

- Có thể ngất xỉu trong giây lát.
- Khát nước, nhừ đầu, vã mồ hôi, chân tay lạnh.
- Da niêm mạc trắng, nhợt nhạt.
- Nước tiểu giảm – có thể dẫn đến vô niệu (suy thận cấp).
- Thở kiểu toan máu.
- Dấu hiệu sinh tồn:
 - Mạch nhanh, nhỏ nhẹ khó bắt, có thể không đếm được $M > 100$ lần / phút)
 - Huyết áp tối đa tụt, kẹt, giao động tình trạng shock do giảm thể tích tuần hoàn, xuất hiện và ngày càng trầm trọng nên không được điều trị kịp thời
 - Thân nhiệt tăng nhẹ từ 37.5°C - 38°C (do tăng hấp thu đạm trong lòng ống tiêu hoá làm tăng chuyển hoá)
- Dấu hiệu cận lâm sàng
 - Hồng cầu ≤ 2 triệu
 - Hct $\leq 20\%$

Với những người có bệnh tim mạch và lớn tuổi HC ≤ 2 triệu rưỡi, Hct $\leq 25\%$ đã có thể xuất hiện shock.

- Ure máu tăng nhưng thường ≤ 1 g/l nếu có suy thận xuất hiện creatinin sẽ tăng
- Dự trữ kiềm có xu hướng giảm

4) Những điều cần chú ý khi xác định mức độ XHTH

- Giai đoạn đầu mới XHTH : triệu chứng lâm sàng sẽ xuất hiện trước CLS.
- Dấu hiệu sinh tồn thường trung thực khi mới XHTH.
- Dấu hiệu CLS: sau 6 h (kể từ lúc XHTH) mới bắt đầu có dấu hiệu giảm, sau 24-48 h dấu hiệu CLS mới phản ánh đúng.

Vì vậy khi làm Hct và hồng cầu cần theo dõi mỗi 6-12 h / lần để đánh giá khu vực trong và ngoài lòng mạch. Lượng nước tiểu $< 50\text{ml/h}$ là bắt đầu thiếu niệu. Nếu trên lâm sàng có dấu hiệu thiếu oxy não: cần nghĩ XHTH mức độ nặng ngay

III HỒI SỨC NỘI KHOA

- Thành lập đường truyền tĩnh mạch: Natrichlorua 0,9%, Lactate ringer. Cho BN nằm đầu thấp, nếu nặng cho thở oxy.
- Làm các xét nghiệm cần thiết cơ bản: CTM, Hct, ure, Creatinin, Ionđô, ECG. Sau đó phân loại mức độ XHTH.

Nếu ở mức độ nhẹ :sau khi đã lập đường truyền tĩnh mạch tiến hành theo bước hai : chẩn đoán nguyên nhân và điều trị theo nguyên nhân đó.

Nếu ở mức độ TB-nặng tính lượng máu mất theo trọng lượng cơ thể BN. Truyền dịch, máu với tỉ lệ 1/3 là máu, 2/3 là dịch mặn đẳng trương.

Truyền đến khi :

- M,HA ổn định
- Hết dấu thiếu oxy não
- Hct $\geq 20\%$, HC ≥ 2 M (với BN lớn tuổi có bệnh tim mạch nên nâng Hct $\geq 25\%$, HC $\geq 2,5$ M)

CHÚ Ý: Khi có tình trạng shock xảy ra:

- Không nên dùng thuốc vận mạch để nâng HA vì lúc này cơ thể đã tiết ra Catecholamin tối đa.
- Đây là shock giảm thể tích vì vậy phải bồi hoàn thể tích đúng và đủ.

- Ở BN lớn tuổi dễ phòng dấu thiếu máu cơ tim, thiếu máu não sẽ tăng lên.

IV. ĐIỀU TRỊ CHẢY MÁU DO LOÉT DD- TT

- Khoảng 80-85% bệnh tự ngưng chảy máu trong 48 h
- 25% chảy máu tái phát (10% tử vong)
- 40-50% BN XHTH >60 tuổi vì thường lạm dụng các thuốc kháng viêm làm tăng nguy cơ.

*** Hai biểu hiện đặc trưng của XHTH ở dạ dày tá tràng:**

- XHTH rỉ rỉ kéo dài.
- XHTH ồ ạt dễ tái phát.

Nguy cơ XHTH tái phát gồm các dấu hiệu sau (dấu hiệu nội soi).

- Loét với mạch máu đang chảy ít: 75%-85%.
- Loét với ngòi động mạch không chảy: 50%.
- Loét không có dấu hiệu chảy máu.

Chỉ định điều trị XHTH qua nội soi.

- O loét đang phun máu.
- Máu chảy rỉ rỉ loang quanh đáy ổ loét.
- Nốt đen hoại tử trên đáy ổ loét.
- Cục máu đông nằm trên đáy ổ loét.
- Ngòi động mạch chồi lên trên đáy ổ loét.

*** ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC:**

- Omeprazole (hoặc các PPIs khác): 80mg bolus, sau đó IV 8mg/h* 5 ngày.
- Transamin 5ml/ống*3 ống/ngày cách mỗi 8h.
- Phosphalugel, có thể dùng đến 12 gói /ngày chia làm 4-5 lần.
- Nếu nội soi có ổ loét hoặc viêm dạ dày có H.P (+) nên ĐT tiết trừ.

*** PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TIẾT TRỪ H.P:**

1. OAC.
2. OAM.
3. OBTM.

- Omeprazole 20mg*2/d, Amoxycillin 1g*2/d, Clarithromycin 500mg*2/d, BBS 2viên*4/d, Metronidazole 500mg*2/d, Tetracycline 500mg*4/d.

Ngoài ra ta có thể dùng phác đồ: BBS+T+M; Rantidin bismuthcitrat+T+C.
Các phác đồ đều dùng 14 ngày.

4. Isomeprazole 20mg*2/d + Amoxycillin 1g*2/d*4-5 ngày đầu, tiếp theo Isomeprazole 20mg*2/d + Amoxycillin 1g*2/d + Clarithromycin 500mg*2/d + Tinidazole 500mg*2/d*4-5 ngày sau.

Sau khi sử dụng phác đồ tiết trừ H.P, cần dùng thêm các PPIs hoặc ức chế H2 thêm 4- 8 tuần nữa, NS lại xem đã lành ổ loét chưa.

V) Điều trị XHTH do giãn vỡ TMTQ do xơ gan

- 1) **Phân chia độ giãn TMTQ:** áp lực TMTQ bình thường: 1-4 mmHg, nếu ≥ 12 mmHg sẽ vỡ giãn TMTQ.

Trong TALTMC:

- 90% XHTH do giãn vỡ TMTQ.
- 10% XHTH do giãn vỡ tĩnh mạch vùng phình vị.

- 2) **Hỏi sức nội khoa:** đánh giá mức độ mất máu như trên để truyền dịch và máu.

-thuốc: Sandostatin 0,1mg(1ống) 2ống bolus, sau đó TTM 1/2-1 ống/h *5 ngày.

- 3) **Phương pháp cầm máu trong vỡ giãn TMTQ:**

- Đặt và chọn sond Blackmore nếu giãn TMTQ – chọn sond Clinton nếu giãn TM phình vị.
 - Chích xơ.
 - Cột các búi TM giãn lớn hoặc đang chảy máu.
- Chỉ định nhắc lại :sau 7-10 ngày và chích 4-5 lần tiếp theo.
- Đợt II được áp dụng sau khi đã giảm độ varis, 3 tháng /mỗi một đợt chích 2-3 lần kế tiếp nhau.

4) Phòng ngừa XHTH tái phát (đã ngưng chảy máu)

a) Propranolol

CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Đang XHTH.
 - Nhịp chậm <55 lần / phút.
 - HA thấp.
 - Hen suyễn ,tiểu đường ,suy gan nặng ,suy tim không kiểm soát được.
- Dùng liều thấp tăng dần từ 10mg *2 lần/ngày đến khi đạt được:
- Nhịp tim giảm 20% so với trước khi sử dụng.
 - HA giảm 10% so với trước sử dụng thì duy trì liều trên.

b) Isosorbid 5 mononitrat

CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Shock tim, tụt HA , giảm V tuần hoàn nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1) Bệnh tiêu hoá gan-mật.Ts.Bs Hoàng Trọng Bảng 2006.
- 2) Xuất huyết tiêu hoá.Bs Trần Kiều Miên,Đại học y dược TPHCM, 2003.
- 3) Điều trị xuất huyết tiêu hoá trên, Bs Kha Hữu Nhân, Đại học y dược Cần Thơ, 2005.
- 4) Tài liệu hồi sức cấp cứu-Bệnh viện Chợ Rẫy-200 4.
- 5) Manualof Medicin Therapeutics 31th edition 2006.
- 6) Harrison 2006.

ĐÁI THÁO ĐƯỜNG VÀ NGOẠI KHOA

I. MỤC TIÊU ĐIỀU TRỊ:

- Ngăn ngừa các tình huống rối loạn chuyển hóa, dị hóa đạm, rối loạn điện giải, nhiễm trùng hậu phẫu, biến chứng cấp tăng đường huyết...bằng cách ổn định mức đường huyết trước phẫu thuật là 108- 180 mg/dl (6- 10 mmol/l) và phải duy trì mức đường huyết này cho tới sau phẫu thuật.
- Kết hợp kiểm soát tình trạng tim mạch và biến chứng mạn của ĐTĐ.

II. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN TRƯỚC PHẪU THUẬT:

*** Các vấn đề cần đặc biệt quan tâm:**

- Tim mạch:
 - + Khám kỹ và phát hiện bệnh lý: TMCTCB, TBMMN, NMCT (thể yên lặng), bệnh cơ tim.
 - + Rối loạn thần kinh tự chủ.
 - + Suy tim.
 - Đo điện tim trước phẫu thuật.
- Biến chứng thận: nếu có Albumin hoặc đạm trong nước tiểu.
 - Đo ure, creatinin.
 - Nếu Kali > 5 mmol/l phải hạ đến bình thường trước phẫu thuật.
- Hô hấp: chụp XQ phổi, KMĐM.
- Mất: cần tránh tăng huyết áp đột ngột có thể gây vỡ mạch máu võng mạc.
- Nhiễm trùng: BN ĐTĐ rất dễ bị nhiễm trùng, rất khó kiểm soát. Nếu có thể được nên hoãn mổ cho đến khi kiểm soát được nhiễm trùng.

*** Xác định mức độ phẫu thuật:**

- Phẫu thuật nhỏ:
 - + BN có thể ăn trở lại bình thường 04 giờ sau phẫu thuật.
 - + Phẫu thuật kéo dài dưới 02 giờ.
 - + Không xâm phạm vào các xoang cơ thể, không thay khớp hông toàn bộ và dự đoán mất máu không nhiều.
- Phẫu thuật lớn:
 - + Nhịn ăn hơn 04 giờ sau phẫu thuật.
 - + Phẫu thuật kéo dài trên 02 giờ.
 - + Xâm phạm vào các xoang cơ thể, thay khớp hông toàn phần.
 - + Khả năng mất nhiều máu.

*** Xác định BN ĐTD típ 1 hay ĐTD típ 2**

*** Xác định tình trạng kiểm soát đường huyết:**

- Trước phẫu thuật:
 - + đo mẫu đường huyết bất kỳ, mỗi 04 giờ cho BN ĐTĐ típ 1;
 mỗi 08 giờ cho BN ĐTĐ típ 2.
 - + Tìm đường và ceton/ nước tiểu mỗi 08 giờ.
- Đường huyết kiểm soát kém (đường huyết > 10mmol/l): trì hoãn phẫu thuật; giảm đường huyết bằng Insuline tác dụng nhanh tiêm 03 lần trong ngày cho ổn định và sau đó chuyển sang phác đồ 2.
- Đường huyết kiểm soát tốt (< 10mmol/l) chuyển sang phác đồ 1.

III. XỬ TRÍ:

Nên xếp lịch mổ đầu tiên vào buổi sáng và xử trí theo phác đồ sau:

1. BN được ổn định đường huyết bằng chế độ ăn:

- Không cần can thiệp đặc hiệu gì trước phẫu thuật.

- Đo đường huyết buổi sáng- trước phẫu thuật- trong phẫu thuật nếu cuộc phẫu thuật kéo dài > 01 giờ.
- Phẫu thuật nhỏ không can thiệp gì.
- Phẫu thuật lớn và đường huyết > 200mg/dl cần truyền Insulin và glucose theo phác đồ 2.

2. BN được điều trị bằng thuốc viên hạ đường huyết:

- Các loại Sulfamide hạ đường huyết thế hệ 2 cần ngưng 01 ngày trước phẫu thuật. (riêng Chlopropamide phải ngưng 2- 3 ngày trước phẫu thuật). Glinid, Thiazolidine dione có thể dùng đến ngày phẫu thuật.
- Metformine cần ngưng thuốc 1-2 ngày trước phẫu thuật, nhất là trên BN nặng, phải chịu cuộc phẫu thuật có nguy cơ giảm tưới máu đến thận, thiếu oxy mô và tích tụ lactate.
- Đường huyết cần kiểm tra trước và ngay sau phẫu thuật. Nếu BN có truyền Insuline cần theo dõi ĐH mỗi giờ; trong và ngay sau khi chấm dứt phẫu thuật
- Đối với phẫu thuật nhỏ:
ĐH > 200mg/dl có thể xử trí Insuline tác dụng nhanh liều thấp 04- 10 đơn vị TDD. Sau phẫu thuật, có thể chuyển sang thuốc uống khi BN ăn uống được bằng đường miệng.
- Đối với phẫu thuật lớn hoặc đường huyết không kiểm soát tốt có thể dùng phác đồ 2 để kiểm soát đường huyết.

3. BN được điều trị bằng Insuline:

* **Phác đồ 1:** Áp dụng trong trường hợp phẫu thuật nhỏ và kiểm soát đường huyết tốt.

- ĐTĐ típ2:

+ Tiền phẫu: dùng thuốc như thường cho đến ngày trước phẫu thuật. Nếu BN được điều trị bằng Insulin tác dụng kéo dài (Ultralene...) phải chuyển sang dạng bán chậm 1- 2 ngày trước phẫu thuật chương trình.

+ Ngày phẫu thuật:

Không dùng thuốc viên hạ đường huyết.

Đo ĐH 01 giờ trước phẫu thuật, sau đó:

- Nếu phẫu thuật kéo dài < 1 giờ: đo ĐH 1 lần trước phẫu thuật, sau phẫu thuật và sau đó mỗi 2 giờ cho đến khi BN ăn lại được
- Nếu phẫu thuật kéo dài > 1 giờ: đo ĐH mỗi giờ cho đến khi phẫu thuật xong, sau đó đo ĐH mỗi 2 giờ cho đến khi BN ăn lại được.

+ Hậu phẫu:

Khi BN ăn lại được bình thường dùng lại thuốc viên hạ đường huyết.

- ĐTĐ típ 1:

+ Tiền phẫu: bệnh nhân không ăn 01 bữa trước phẫu thuật.

+ Ngày phẫu thuật: Đo ĐH 1 giờ trước phẫu thuật.

- Nếu PT < 1 giờ : đo ĐH 1 lần trước và sau phẫu thuật.
- Nếu PT > 1 giờ : đo ĐH mỗi giờ.

Sau PT đo ĐH mỗi 2 giờ cho đến khi BN ăn uống lại được, sau đó mỗi 4 giờ

+ Hậu phẫu: Ngay sau khi BN ăn lại được, tiêm dưới da trở lại liều Insuline thường dùng.

* **Phác đồ 2:** Phác đồ này áp dụng cho BN phẫu thuật lớn hoặc phẫu thuật nhỏ có ĐH kiểm soát không tốt (ĐH> 10 mmol/l).

- Tiền phẫu:

+ Dừng thuốc như thường cho đến ngày trước phẫu thuật, ngoại trừ Sulfonyl ure tác dụng kéo dài ngưng 02 ngày trước phẫu thuật, Metformine ngưng 01 ngày trước phẫu thuật.

+ BN cần nhập viện 2- 3 ngày trước phẫu thuật để đánh giá nếu ĐH chưa được tối ưu ($HbA1C > 8\%$). Đánh giá trước phẫu thuật bao gồm khám lâm sàng (chú ý thần kinh tự chủ và bệnh lý tim mạch), ion đồ, creatinine, cetone nước tiểu. Sự hiện diện thần kinh tự chủ cảnh báo nguy cơ tụt HA, ngưng thở, huyết động không ổn định lúc phẫu thuật.

- Ngày phẫu thuật: áp dụng 1 trong 2 phương án sau

→ **Phương án 1:** Không có bơm tiêm Insuline

Bắt đầu truyền tĩnh mạch glucoz 5%- 10% 500ml trong vòng 4- 6 giờ. Trong dung dịch này pha thêm Insuline và kali như sau:

Đường huyết mg/dl (mmol/l)	Insulin tác nhanh Pha vào dịch truyền (đơn vị)	Kali máu mEq/l (mmol/l)	KCl mEq/l (mmol/l) Pha vào dịch truyền
< 72 (4)	Không tiêm Insulin		
72- 108 (4- 6)	5	<3	20
108- 180 (6- 10)	10	3- 5	10
180- 360 (10- 20)	15	>5	không
>360 (20)	20		

Khi đã ổn định dùng lại cách điều trị thường dùng trước mổ

→ **Phương án 2:** dùng bơm tiêm Insulin

Insulin và dịch truyền được truyền theo 2 đường khác nhau, dễ chỉnh liều hơn.

Pha 50 đơn vị Insulin tác dụng nhanh trong 50 ml NaCl 0,9% (nồng độ 1đv/ 1ml)

Đường huyết mg/l (mmol/l)	Insulin truyền qua bơm tiêm (đơn vị/h)
<90 (5)	0
91- 180 (5.1- 10)	1
181- 270 (10.1- 15)	2
271- 360 (15.1- 20)	3
> 360 (>20)	6 và xem lại

- Ngày hậu phẫu:

+ ĐTĐ típ 2 : Ngưng truyền Insulin và bắt đầu uống lại thuốc viên hạ đường huyết khi ăn uống được bình thường.

+ ĐTĐ típ 1: Ngưng truyền Insulin khi ăn uống được bình thường.

Tính tổng liều đơn vị Insulin đã dùng trong ngày PT, chia liều đó làm 3- 4 lần tiêm dưới da trong 24 giờ, dùng Insulin tác dụng nhanh. Có thể tăng hay giảm liều cho đến khi đạt mục tiêu đường huyết.

MỘT SỐ TÌNH HUỐNG CẦN LƯU Ý:

- Nếu BN dùng corticoid, liều Insulin thể cao hơn

- BN suy thận mạn, suy dinh dưỡng liều Insulin có thể thấp hơn.

- Trường hợp cực kỳ khẩn cấp và không thể hoãn mổ thì có thể tiến hành PT và trong khi phẫu thuật theo dõi và điều trị như cấp cứu tăng đường huyết nếu đường huyết BN tăng cao

Tài liệu tham khảo:

1. Điều trị cấp cứu nội tiết và một số bệnh nội tiết thường gặp 2004, Bệnh viện Chợ Rẫy Khoa nội tiết.
- 2) Nội tiết học đại cương 2003, MAI THẾ TRẠCH, NGUYỄN THY KHUÊ
- 3) HANDBOOK OF DIABETES, Edited by GARETH WILLIAMS; JOHN C. PICKUP

TÀI LIỆU KIỂM SOÁT

GOUT

I. Định nghĩa:

Gout là tình trạng rối loạn chuyển hóa acid uric. Bệnh nhân bị gout có thể do tăng tạo quá mức hoặc thường gặp hơn là giảm đào thải acid uric trong cơ thể hoặc phối hợp cả hai cơ chế.

II. Chẩn đoán

1. Chẩn đoán xác định: dựa vào các đặc điểm:

- Giới : > 90% là nam giới.
- Tuổi : Nam giới đa số khởi bệnh ở cuối tuổi 30 và 40.
Nữ giới bệnh khởi phát trễ hơn, sau tuổi mãn kinh.
- Hoàn cảnh khởi phát: sau ăn quá mức, uống rượu, gắng sức, stress, lạnh, nhiễm trùng, phẫu thuật, lạm dụng thuốc lợi tiểu,...
- Vị trí : đa số bắt đầu ở khớp bàn ngón chân I hoặc khớp cổ chân.
- Tính chất của cơn viêm khớp cấp: đột ngột đau dữ dội kèm sưng to, phù nề, nóng, đỏ, sung huyết... ở một khớp, tái đi tái lại, không đối xứng, thường xảy ra về đêm khoảng 1-2 giờ sáng, cơn kéo dài đến sáng thì giảm dần. Triệu chứng viêm khớp tăng tối đa trong 24-48 giờ và kéo dài từ 1-2 tuần (trung bình 5 ngày) rồi có thể tự khỏi, không để lại di chứng.
- Triệu chứng toàn thân: sốt nhẹ $T^{\circ} 38^{\circ}-39^{\circ}$, có thể rét run, sốt càng cao thì bệnh nhân càng đau nhiều.

✚ TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN GOUT CỦA ILAR VÀ OMERACT (2000).

- Có tinh thể urate đặc trưng trong dịch khớp, và / hoặc :
- Tophi được chứng minh có chứa tinh thể urate bằng phương pháp hoá học hoặc kính hiển vi phân cực, và / hoặc :
- Có 6/12 trạng thái lâm sàng, xét nghiệm và Xquang sau:

☐ Có hơn 1 cơn viêm khớp cấp. ☐ Viêm khớp ở 1 khớp. ☐ Đỏ vùng khớp. ☐ Sưng, đau khớp bàn ngón chân I. ☐ Viêm khớp bàn ngón chân I ở 1 bên. ☐ Viêm khớp cổ chân 1 bên.	☐ Tophi nhìn thấy được. ☐ Sưng khớp không đối xứng. ☐ Tăng acid uric máu. ☐ Nang dưới vỏ xương, hốc khuyết xương. ☐ Cây vi sinh âm tính.
---	---

2. Chẩn đoán phân biệt

* Cơn viêm khớp gout cấp :

- Viêm khớp nhiễm trùng
- Giả gout (Vôi hoá sụn khớp)
- Chấn thương khớp và quanh khớp
- Lao khớp

* Viêm khớp Gout mãn :

- Viêm khớp dạng thấp
- Thoái hoá khớp

IV. Điều trị:

Nguyên tắc: điều trị liên tục, lâu dài và toàn diện, kết hợp từ đầu giữa điều trị và phòng bệnh với mục đích :

1. Khống chế các đợt viêm khớp gout cấp : càng nhanh, càng sớm, càng tốt.

***Kháng viêm Nonsteroid (NSAIDs)** : là thuốc chủ yếu sử dụng để khống chế cơn Gout cấp hiện nay

Thuốc	Liều dùng
Diclofenac	50 mg x 4 lần / ngày
Piroxicam	40 mg hàng ngày
Meloxicam	15 mg hàng ngày
Celecoxib	200mg hàng ngày

*** Colchicine** : dùng càng sớm càng hiệu quả, trước đây còn dùng để chẩn đoán bệnh. Hiện ít sử dụng trong điều trị cơn gout cấp do nhiều tác dụng phụ.

- Liều dùng : 2 – 6mg/ngày đầu tiên (0,6mg/h đến khi giảm đau hoặc xuất hiện tác dụng phụ hoặc tối đa 6mg), tiếp theo 1 – 2 mg/ngày trong vài ngày sau, sau đó 1mg/ngày cho đến khi hết đau hoàn toàn.
- Phòng ngừa cơn gout cấp khi bắt đầu sử dụng các thuốc làm giảm acid uric máu.

*** Corticosteroids** dùng khi các thuốc trên không hiệu quả hoặc chống chỉ định

- Methylprednisolone 40mg/ngày TM hoặc Prednisolon uống 40-60mg/ngày trong 3 – 5 ngày rồi giảm liều dần và ngưng thuốc trong vòng 7 – 10 ngày.
- Thường dùng trên bệnh nhân : Suy thận, tăng SGOT, SGPT.

2. Làm giảm và duy trì acid uric máu ở mức cho phép ($< 300 \mu\text{mol/L}$ hay $< 5 \text{ mg/dL}$): Đây cũng chính là việc phòng bệnh

***Nguyên tắc :**

- Không sử dụng khi đang đợt viêm cấp.
- Bắt đầu ở liều thấp, tăng dần tới liều điều trị, sử dụng liên tục.
- Giai đoạn đầu cần dùng kèm các thuốc để ngừa cơn gout cấp.

***Thuốc chống tổng hợp acid uric:** nếu acid uric niệu $> 800 \text{ mg/24h}$ và chức năng thận bình thường

□ **Allopurinol** (Zyloric, Zyloprim...)

- Khởi đầu 100mg/ngày, tăng liều mỗi tuần nếu cần, liều thường dùng 300mg/ngày, uống một liều duy nhất, sau ăn. Liều tối đa 800–900mg/ngày, chia 2-3 lần/ngày (để duy trì acid uric máu $< 300 \mu\text{mol/L}$ hay $< 5 \text{ mg/dL}$)
- Cần giảm liều Allopurinol ở bệnh nhân suy thận.

□ **Febuxostat** (Adenuric), có thể thay thế (khi dị ứng Allopurinol) hoặc kết hợp cùng Allopurinol.

- Liều dùng : 80 – 120mg/ngày

***Thuốc tăng thải acid uric khỏi cơ thể:** nếu acid uric niệu $< 800 \text{ mg/24h}$, bệnh nhân < 60 tuổi, không tiền sử sỏi thận, suy thận.

- **Probenecid** (Benemid) bắt đầu 250mg x 2 lần/ngày uống, tăng dần tới liều 1g x 2 lần/ngày (tăng mỗi 500mg/tuần) và duy trì 500mg x 2 lần/ngày.
- **Sulfinpyrazone** (Anturan, Desuric) bắt đầu 50mg x 2lần/ngày uống, tăng dần tới 100mg x 3 lần/ngày, tối đa 200 mg x 3 - 4 lần/ngày.

***Dùng thuốc ngừa cơn gout cấp khi bắt đầu sử dụng thuốc làm giảm acid uric máu** : từ 3 tuần đến 6 tháng (đến khi acid uric máu giảm và ổn định).

- Colchicin 0,6 - 1,2 mg/ngày, uống sau ăn tối.
- Hoặc một loại NSAID liều trung bình, sau các bữa ăn.

****Lưu ý các phản ứng có hại của thuốc trong quá trình điều trị gout.***

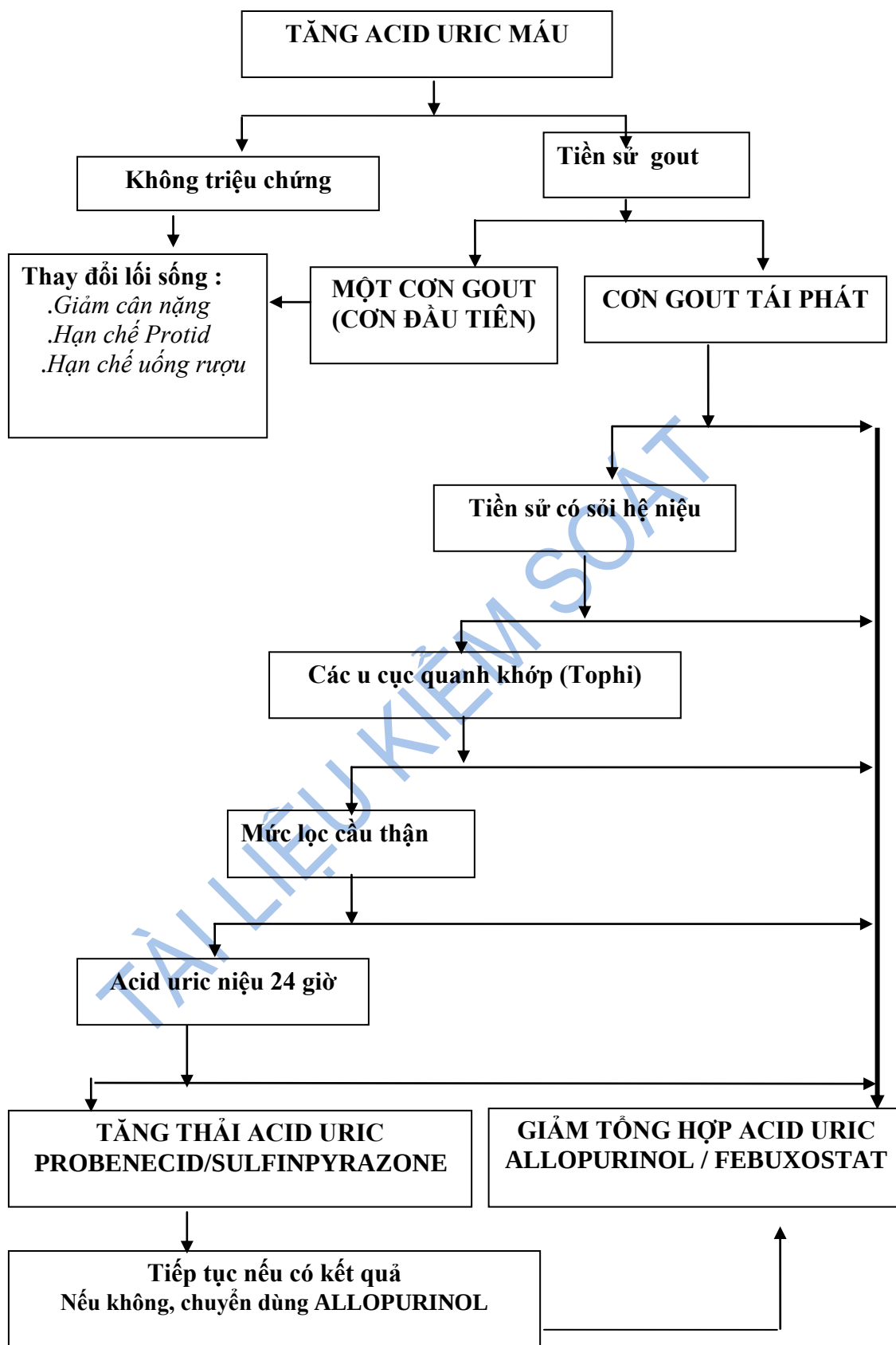
3. Các điều trị khác

- Thay đổi thói quen ăn uống và sinh hoạt, giảm cân nặng, tập thể dục.
- Kiêng thực phẩm giàu purin: thịt đỏ (trâu, bò, dê,...), phủ tạng động vật (tim, gan, thận, óc,...), các loại cá béo, trứng gia cầm, hải sản, các loại đậu hạt, thực phẩm có tốc độ tăng trưởng nhanh (măng tre, nấm, giá, bạc hà,...). Tăng cường thực phẩm giàu chất xơ.
- Có thể ăn trứng, sữa, trái cây. Không ăn quá 150mg thịt/ngày.
- Không uống rượu bia, hạn chế đồ uống có gaz, nhiều đường, đồ uống có tính toan (nước cam, chanh, nước trái cây,...).
- Uống nhiều nước (2,5 đến 3 lít nước/ngày), nước khoáng không ga có độ kiềm cao.
- Điều trị các nguyên nhân gây tăng acid uric thứ phát: bệnh đa hồng cầu, thiếu máu tán huyết, viêm cầu thận mãn, suy thận, ngưng sử dụng các thuốc gây tăng acid uric (lợi tiểu, corticosteroid, ...),...
- Kiểm soát tốt các bệnh lý kèm theo (nếu có) : tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, đái tháo đường, bệnh mạch vành,....

***Tài liệu tham khảo:**

1. Bệnh học nội khoa – Trường Đại học Y Dược TP.HCM 2009
2. Chẩn đoán và điều trị những bệnh cơ xương khớp thường gặp – Bệnh viện Bạch Mai Hà Nội 2009
3. Harrison's Principles of Internal Medicine 16th edition 2005
4. Phác đồ điều trị gout – Bệnh viện Chợ Rẫy TP.HCM
5. Washington manual of medical therapeutics 32nd edition 2007

Hướng dẫn điều trị tăng acid uric máu



VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

I. Định nghĩa

Viêm khớp dạng thấp là một bệnh tự miễn khá điển hình ở người, dưới dạng viêm mãn tính ở nhiều khớp ngoại biên với biểu hiện khá đặc trưng: sưng, đau khớp, cứng khớp buổi sáng và đối xứng hai bên. Ngoài ra, người bệnh còn có các biểu hiện toàn thân (mệt mỏi, xanh xao, sốt, sụt cân,...) và tổn thương các cơ quan khác.

Bệnh VKDT là bệnh mang tính xã hội vì tỷ lệ mắc bệnh cao, bệnh diễn biến kéo dài, hậu quả dẫn đến tàn phế.

II. Chẩn đoán

A. Chẩn đoán xác định theo tiêu chuẩn của Viện Thấp khớp học Mỹ (ARA) năm 1987:

1. **Cứng khớp (tại khớp v quanh khớp) buổi sáng** : kéo dài tối thiểu 1 giờ trước khi cải thiện tối đa.

2. **Viêm tối thiểu 3 nhóm khớp**: Sưng phần mềm hay tràn dịch tối thiểu ba nhóm khớp trong số 14 nhóm sau (kể cả 2 bên) khớp ngón tay gần, khớp bàn ngón tay, khớp cổ tay, khớp khuỷu, khớp gối, khớp cổ chân và khớp bàn ngón chân (do thầy thuốc xác định).

3. **Viêm các khớp ở bàn tay** : Sưng tối thiểu một nhóm trong số các khớp: cổ tay, khớp ngón gần, khớp bàn ngón.

4. **Viêm khớp đối xứng**: Riêng khớp ngón gần, khớp bàn ngón tay, khớp bàn ngón chân đối xứng tương đối.

5. **Hạt dưới da**: (5 – 10%) trên nền xương, ở phía mặt duỗi của khớp, ở quanh khớp (do thầy thuốc xác định).

6. **Yếu tố dạng thấp trong huyết thanh (+)** 65 – 75%, thường xuất hiện muộn, sau 6 tháng – 1 năm.

7. **Dấu hiệu Xquang** : thường xuất hiện từ năm thứ 2. Những dấu hiệu điển hình của VKDT trên phim thẳng bàn tay và cổ tay thấy hình bào mòn xương, hẹp khe khớp, mất vôi hình dải (không tính những dấu hiệu hư khớp).

***Chẩn đoán xác định**: khi có ≥ 4 tiêu chuẩn trở lên, tiêu chuẩn từ 1 đến 4 tồn tại ít nhất > 6 tuần.

B. Chẩn đoán phân biệt

✚ Trong giai đoạn cấp

- Thấp khớp cấp: dựa vào tuổi, tính chất di chuyển.
- Thấp khớp phản ứng: xuất hiện sau các bệnh nhiễm khuẩn, viêm khớp không đối xứng, không để lại di chứng.
- Hội chứng Reiter: viêm khớp, viêm niệu đạo và kết mạc mắt.

✚ Trong giai đoạn sau

- Hội chứng Pierre Marie: viêm nhiều khớp, ngón tay ngón chân dùi trống, nguyên nhân do K phế quản.
- Biểu hiện khớp trong các bệnh tạo keo nhất là bệnh lupus ban đỏ hệ thống và xơ cứng bì. Phân biệt dựa vào các dấu hiệu toàn thân, nội tạng, và xét nghiệm đặc hiệu.
- Gout: viêm nhiều khớp, tophy hay gặp nhất ở khớp bàn ngón chân cái, acid uric/máu tăng cao, chủ yếu ở nam giới tuổi trên 30.
- Viêm cột sống dính khớp: bệnh ở nam giới, viêm cột sống và các khớp lớn ở chân.
- Thấp khớp vẩy nến: viêm khớp kèm theo vẩy nến ngoài da.

- Biểu hiện khớp trong các bệnh tiêu hóa (như viêm đại trực tràng chảy máu), trong bệnh thần kinh (bệnh Tabès), bệnh máu, ung thư,...
- Thoái hóa khớp: đau mỗi là dấu hiệu chủ yếu, ít khi thấy sưng nóng đỏ.

IV. Điều trị:

Nguyên tắc chung: điều trị toàn diện, tích cực và dài hạn.

1. Điều trị triệu chứng

✚ **Kháng viêm nonsteroid:** dùng một trong số các thuốc sau:

- DICLOFENAC : 75mg x 2lần/ngày TB x 3-7 ngày
Sau đó : 50-75mg x 2lần/ngày uống.
- MELOXICAM : 15mg/ngày TB hoặc uống.
- CELECOXIB : 100-200mg/ngày uống

Nếu sau 1- 3 tuần sử dụng thuốc mà không đầy lùi được đợt tiến triển thì đổi thuốc hoặc chuyển sang dùng corticosteroide.

✚ **Corticosteroide**

- Thở vừa: METHYLPRENISOLONE 16mg/ngày uống lúc 8 giờ sáng.
- Thở nặng: METHYLPRENISOLONE 40mg/ngày TM giảm dần và ngưng khi điều trị cơ bản có hiệu lực (sau 3-6 tháng).
- Thở tiến triển cấp tính nặng, đe dọa tính mạng METHYLPRENISOLONE 500-1000mg TTM 30-45phút/ngày x 3ngày liên tục rồi trở về liều 1mg/kg/ngày sau đó giảm liều dần.
- Điều trị dài hạn khi cần : METHYLPRENISOLONE 16-20 mg/ngày lúc 8 giờ sáng sau đó giảm dần liều và duy trì 5-7,5mg lúc 8 giờ sáng hằng ngày.

2. Điều trị cơ bản: dùng thuốc có thể làm chậm hoặc ngừng tiến triển của bệnh

✚ **HYDROXYCHLOROQUIN**

- Liều dùng: 200mg x 2lần/ngày x 6 tháng sau đó tiếp tục 200mg/ngày nếu có hiệu quả.
- Tác dụng phụ: rối loạn tiêu hóa, xạm da, đục giác mạc, viêm võng mạc → cần kiểm tra mắt mỗi 3 tháng.

✚ **METHOTREXATE**

- Liều dùng: 2,5-15mg uống/tuần tối đa 20mg
- Chống chỉ định: quá mẫn với thuốc, suy thận, suy gan nặng, suy tủy, nghiện rượu, có thai, cho con bú, đang nhiễm trùng, loét miệng, loét đường tiêu hóa, đang dùng Sulfonamide, Cloramphenicol, Pyrazole, Indomethacin, Diphenylhydantoin.
- Tác dụng phụ: buồn nôn, nôn, khó nuốt, viêm miệng, hầu họng, rối loạn tiêu hóa, vô niệu, giảm tinh trùng, rối loạn kinh nguyệt, tăng men gan, viêm phổi, nhiễm độc thần kinh, đỏ da, xạm da, ngứa, rụng tóc.

✚ Tiêm khớp **METHYLPRENISOLONE AXETAT** 20-40-80 mg/khớp (nhỏ - vừa - lớn)

- Chỉ định: khi còn 1-2 khớp không đáp ứng với điều trị toàn thân, tối đa 3 lần/năm cho 1 khớp, cần phối hợp calcium 1,5g/ngày và vitamin D 400-800UI/ngày.

3. Các biện pháp hỗ trợ

- Chế độ ăn uống dinh dưỡng: tăng cường chất đạm, vitamin và khoáng chất (calcium, phospho, magne,...).
- Tập vận động:
 - Trong đợt viêm cấp: để khớp ở tư thế cơ năng, tránh kê, độn gây cứng khớp ở tư thế sai.

- ☐ Tập ngay khi giảm viêm, tăng dần, nhiều lần trong ngày cả chủ động và thụ động theo đúng các chức năng sinh lý của khớp.
 - Vật lý trị liệu, phẫu thuật chống dính.
- 4. Phòng ngừa và điều trị các biến chứng của điều trị, các bệnh kèm theo**
- Phòng ngừa bệnh lý dạ dày do thuốc bằng ức chế bơm proton, antacid,...: loãng xương bằng calcium, vitamin D, calcitriol,...
 - Kiểm soát tốt các bệnh lý kèm theo (nếu có): viêm loét dạ dày tá tràng, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, đái tháo đường, bệnh mạch vành, suy thận, nhiễm trùng, phụ thuộc Corticosteroid,...
- 5. Theo dõi**
- VKDT là bệnh lý diễn biến rất phức tạp, các thuốc điều trị dùng kéo dài, có thể gây tác dụng phụ với nhiều cơ quan: tiêu hóa, tim mạch, xương,... do đó phải được theo dõi thường xuyên, liên tục và gần như suốt đời.
 - Trong quá trình điều trị:
 - ☐ Xét nghiệm: huyết đồ, chức năng gan, thận 2 tuần/lần/tháng đầu, 1 tháng/lần/3 tháng tiếp theo, mỗi 3 tháng/năm đầu và mỗi 6 tháng trong những năm sau.
 - ☐ Đột xuất khi cần theo diễn biến bệnh.

***Tài liệu tham khảo:**

1. Bệnh học nội khoa – Trường Đại học Y Dược TP.HCM 2009
2. Bệnh viêm khớp dạng thấp – Lê Anh Thư – NXB Y học 2007
3. Chẩn đoán và điều trị những bệnh cơ xương khớp thường gặp – Bệnh viện Bạch Mai Hà Nội 2009
4. Harrison's Principles of Internal Medicine 16th edition 2005
5. Phác đồ điều trị Viêm khớp dạng thấp – Bệnh viện Chợ Rẫy TP.HCM
6. Washington manual of medical therapeutics 32nd edition 2007

VIÊM TỤY CẤP

I. ĐỊNH NGHĨA:

Viêm tụy cấp là do sự viêm cấp mô tụy và mô xung quanh tụy do khả năng hoạt hoá của men tụy lên tuyến tụy, đặc biệt là trypsin.

II. NGUYÊN NHÂN:

- Đa số do rượu và bệnh sỏi mật.
- Ít hơn: chấn thương bụng, tăng canxi máu, tăng mỡ máu, do thuốc, viêm tụy do ERCP, siêu vi... và 20% không rõ nguyên nhân.

III. CHẨN ĐOÁN:

Là chẩn đoán loại trừ các nguyên nhân khác của đau bụng cấp.

1) Lâm sàng:

- Đau bụng, buồn nôn, nôn.
- Dấu Mayo-robson: điểm đau sườn lưng trái.
- Dấu Mallet Guy – Tôn Thất Tùng: điểm chiếu sườn lưng trái ở thành trước.
- Dấu Cullen: mảng bầm tím dưới da vùng quanh rốn (xuất huyết trong xoang phúc mạc).
- Dấu Turner-Grey: mảng bầm tím dưới da vùng lưng trái và hông trái (xuất huyết sau xoang phúc mạc).
- Triệu chứng khác: sốt, vàng da, rối loạn vận chuyển ruột (táo bón hoặc tiêu chảy), tiết dịch trong xoang bụng.

2) Cận lâm sàng:

- Men tụy:
 - o Amylase, lipase máu tăng trên 3 lần giá trị bình thường (Amylase máu > 500UI).
 - o Amylase dịch màng bụng > 5000UI/l.
 - o Amylase nước tiểu tăng cao > 1000UI/l.
- X-quang: dấu hiệu quai ruột canh gác, đại tràng cắt đục, sỏi đường mật, tràn dịch màng phổi trái.
- Siêu âm bụng: hình ảnh tụy to, phù nề, hoại tử tụy, abscess tụy, nang giả tụy, tụ dịch quanh tụy, bệnh lý đường mật (sỏi, giun...).
- o CT scan bụng có giá trị chẩn đoán xác định.

IV. PHÂN LOẠI:

- Các yếu tố tiên lượng nặng của bệnh:
 - o Phối hợp với suy cơ quan và/hoặc biến chứng khu trú như hoại tử tụy.
 - o Biểu hiện lâm sàng: BIM > 30, Hct > 44%, tuổi > 70.
 - o Suy cơ quan: sốc, $PO_2 < 60$, suy thận, chảy máu đường tiêu hoá.
 - o ≥ 3 tiêu chuẩn Ranson.
- Apache II score > 8.

* Tiêu chuẩn Ranson:

- Lúc nhập viện:
 - o Tuổi > 55.
 - o Bạch cầu > $16000/mm^3$.
 - o Glycemice > 10mmol/l.
 - o LDH > 350 UI/l.
 - o SGOT > 250 UI/l.
- Qua 48h theo dõi:
 - o Ure huyết > 3mmol/l.

- $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$.
- $\text{Calcemice} < 2 \text{ mmol/l}$.
- Hct giảm $> 10\%$.
- HCO_3 (dự trữ kiềm giảm) $> 4 \text{ mmol/l}$.
- Thoát dịch mô kẽ $> 6\text{l}$
- Nếu có từ 3 yếu tố trở lên là VTC nặng.

IV. ĐIỀU TRỊ:

1) *Các nguyên tắc chung:*

- Điều trị kết hợp nội ngoại khoa: hồi sức nội khoa và theo dõi diễn tiến VTC để chỉ định can thiệp ngoại khoa thích hợp.
- Để tuyến tụy nghỉ ngơi tránh kích thích tụy bằng thuốc và nhịn ăn.
- Điều trị nâng đỡ.
- Phòng ngừa và điều trị các biến chứng.

2) *Điều trị nội:* nhằm giảm đau, giảm tiết tụy, chống sốc, nuôi ăn, dùng kháng sinh khi bội nhiễm, điều trị hỗ trợ khác.

a) *Giảm đau:*

- Meperidine (dolargan) ống 100mg/2ml, 50 – 100mg mỗi 4 – 6 giờ IM, IV.
- Nospa.

b) *Giảm tiết dịch tụy:*

- Đặt ống thông dạ dày và hút dịch (không cần thiết trong trường hợp nhẹ).
- Thuốc chống tiết dịch vị như ức chế thụ thể H_2 (Ranitidin 50mg 2 – 3l/ngày IM; Famotidin 20mg 1 – 2 lq/ngày, IV); ức chế bơm proton (Omeprazol 40mg 1 – 2 lq/ngày, IV; Pantoprazol 1 – 2 lq/ngày, IV).
- Octreotide 100mcg x 3 lần/ngày TDD, IV.
- Metoclopramide (primperan) 10mg 2 – 3 ống/ngày, IM.

c) *Nuôi ăn:*

- Đường tĩnh mạch trong 1 – 2 ngày đầu, 30calo/kg/ngày tăng dần lên 50 – 60 calo/kg/ngày.
- Khi bệnh nhân hết đau bụng thì chuyển dần sang nuôi ăn đường miệng theo trình tự: nước đường, cháo đường, cơm nhão rồi cơm bình thường.
- Kiêng sữa, mỡ, béo.

d) *Phòng và điều trị sốc:*

- Truyền dịch lượng nhiều (4 – 6 lít/ngày) trong những ngày đầu.
- Điều chỉnh rối loạn nước điện giải, thăng bằng kiềm toan (lưu ý hạ canxi máu).
- Khi có sốc điều trị theo nguyên nhân (xuất huyết, nhiễm trùng, nhiễm độc).
- Đặt catheter đo CVP, sử dụng vận mạch nếu cần (khi có sốc).

e) *Vấn đề sử dụng kháng sinh:*

- Lợi ích của kháng sinh dự phòng trong điều trị viêm tụy cấp hoại tử vẫn còn đang tranh cãi.
- Trong viêm tụy cấp hoại tử có thể dùng Imipenem cilastin 0,5g TM, 3 lần/ngày, 7 ngày hoặc Cefuroxim 1,5g TM, 3 lần/ ngày, 7 ngày. Nếu có thể dùng Ceftriaxone 1,2g IV/24 giờ, Metronidazole 0,5g TTM trong 1 giờ/cách 6 – 8 giờ, Ceftazidime 1 – 2g, IV/8 – 12 giờ.

3) *Chỉ định can thiệp ngoại khoa:*

- Khi có nghi ngờ trong chẩn đoán, khi không loại được bệnh ngoại khoa khác.
- Có biến chứng ngoại khoa như xuất huyết nội, viêm phúc mạc, áp xe tụy, hoại tử nhiễm trùng.

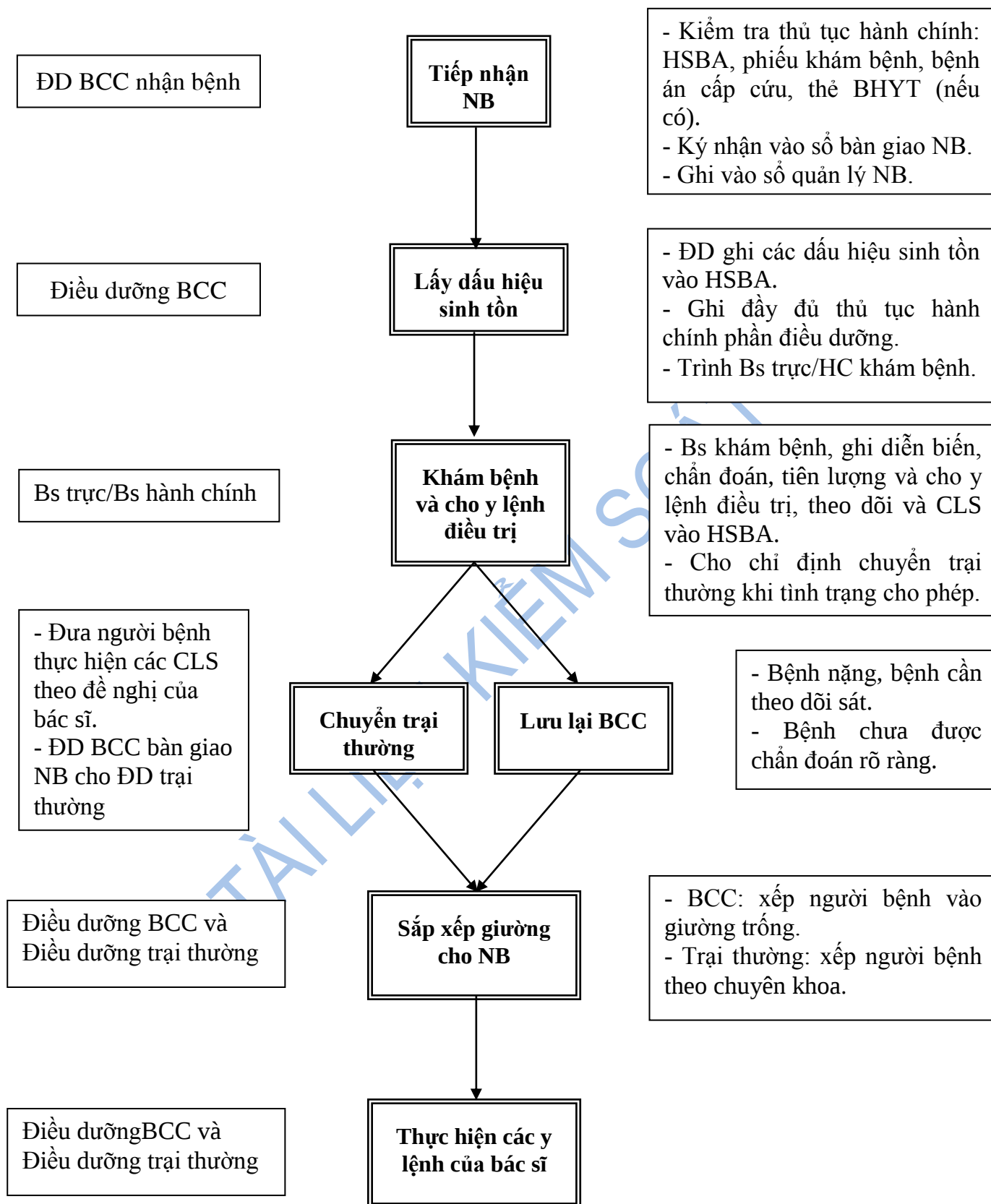
- Có bệnh đường mật kết hợp chỉ định can thiệp ngoại để giải toả, dẫn lưu đường mật, ngày nay kỹ thuật lấy sỏi qua nội soi làm giảm đáng kể chỉ định này.
- Thất bại trong điều trị nội, khi điều trị nội tích cực mà không cải thiện tình trạng bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1) Điều trị nội khoa – Trường Đại học y dược Tp. HCM 2009.
- 2) Phác đồ điều trị khoa Hồi sức BV ĐKTTAG năm 2008.
- 3) The Washington Manual of Medical Therapeutics, 32th Edition.
- 4) Harrison's Principles of Internal Medicine, 17th Edition.

TÀI LIỆU KIỂM SOÁT

QUY TRÌNH TIẾP NHẬN BỆNH MỚI



QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH XUẤT HUYẾT ĐƯỜNG TIÊU HOÁ

I. MỤC TIÊU:

- Giúp điều dưỡng theo dõi, chăm sóc tốt và phát hiện kịp thời các biến chuyển nặng của bệnh theo từng mức độ.
- Tạo sự an tâm cho người bệnh và gia đình.

II. ĐẠI CƯƠNG:

Xuất huyết đường tiêu hoá là một cấp cứu nội, người bệnh phải được theo dõi sát, đánh giá đúng tình trạng mất máu và tìm nguyên nhân gây chảy máu để điều trị kịp thời, có hiệu quả, bởi vì nó có thể đe dọa đến tính mạng người bệnh trong một thời gian ngắn. Do vậy điều dưỡng phải phối hợp với bác sĩ có thái độ xử trí kịp thời để tránh nguy hiểm đến tính mạng người bệnh.

III. NỘI DUNG:

1) Đối với người bệnh chảy máu đường tiêu hoá mức độ nhẹ:

- Trấn an người bệnh, động viên giảm bớt lo lắng.
- Để đầu nằm thấp không gối, buồng bệnh yên tĩnh.
- Theo dõi sát mạch, huyết áp, nhịp thở và các dấu hiệu toàn thân trong 48 giờ đầu, không có gì bất thường xảy ra chứng tỏ người bệnh ở mức độ nhẹ và đã cầm chảy máu.

2) Người bệnh bị mất máu vừa và nặng:

- Việc đầu tiên cần chăm sóc tinh thần, trấn an người bệnh để họ an tâm không hoảng sợ. Tư thế nằm cũng rất quan trọng cho người bệnh nằm bất động tại giường, đầu thấp nghiêng an toàn, đặt khay hạt đậu cạnh giường để đề phòng khi bị nôn.
- Thực hiện các y lệnh:
 - o Khẩn trương đặt ngay đường truyền tĩnh mạch khi mất khối lượng máu nhiều.
 - o Chuẩn bị y cụ phụ bác sĩ đặt ống thông tĩnh mạch trung tâm để bù nhanh khối lượng tuần hoàn (dịch hoặc máu), đề phòng chảy máu ồ ạt, tụt huyết áp, trụy mạch.
 - o Thực hiện y lệnh các thuốc cầm máu, kháng sinh, nâng huyết áp...
 - o Thực hiện các xét nghiệm: nhóm máu, công thức máu, khí máu...
- Theo dõi bệnh rất quan trọng, góp phần đánh giá mức độ chảy máu hoặc đã cầm máu.
 - o Theo dõi, đánh giá các dấu hiệu sống 15 phút/lần, 30 phút/lần hoặc 1 giờ/lần phải phụ thuộc vào tình trạng hiện tại của người bệnh.
 - o Theo dõi chất nôn và phân: số lượng, tính chất, màu sắc để đánh giá sự chảy máu.
 - o Theo dõi nước tiểu 24 giờ: 6 giờ/lần, đánh giá, số lượng, màu sắc...
 - o Theo dõi da, niêm mạc, tinh thần, sự khát nước, đau bụng, sốt... nếu bất thường báo ngay bác sĩ để xử lý kịp thời.
 - o Ghi điện tâm đồ để theo dõi tìm dấu hiệu thiếu máu cơ tim.
- Phối hợp với bác sĩ thực hiện các thủ thuật: đặt ống thông dạ dày, chuẩn bị dụng cụ phụ giúp bác sĩ nội soi.

- Đảm bảo dinh dưỡng:
 - o Không được ăn khi đang chảy máu.
 - o Khi đã ngừng chảy máu: cho ăn lỏng, ăn nhiều bữa, không ăn nhiều quá một lúc hoặc nhịn đói, tránh thức ăn có tính kích thích như cay, chua, giảm chất xơ, tránh rượu và các đồ uống sinh hơi, khi đỡ cho ăn đặc dần.
- Vệ sinh thân thể hàng ngày.
- Giáo dục sức khỏe cho người bệnh và gia đình:
 - o Giải thích tình trạng bệnh, động viên họ an tâm, tin tưởng.
 - o Hướng dẫn chế độ nghỉ ngơi, làm việc sau khi ra viện.
 - o Hướng dẫn chế độ ăn uống: tăng đậm, nhiều vitamin, hoa quả, tránh các thức ăn có tính kích thích như cay, chua, tránh rượu mạnh, các đồ uống sinh hơi.
 - o Giáo dục các kiến thức về bệnh tật để họ tự chăm sóc sức khỏe tại nhà, nâng cao sức khỏe.

Hướng dẫn dùng thuốc theo đơn, tái khám đúng hẹn, phát hiện sớm khi bệnh tái phát và biến chứng.

QUY TRÌNH

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH HEN PHẾ QUẢN

I. MỤC TIÊU

- Giúp điều dưỡng theo dõi, chăm sóc tốt và phát hiện kịp thời các biến chuyển nặng của bệnh.
- Tạo sự an tâm cho người bệnh và gia đình.

II. ĐẠI CƯƠNG:

Hen phế quản là một trạng thái hoạt động quá mức của phế quản, biểu hiện bằng những cơn khó thở do co thắt cơ trơn phế quản, phù nề viêm mạc phế quản và tăng tiết dịch nhầy phế quản.

III. NỘI DUNG:

1) Cải thiện lưu thông đường thở:

- Tập thở sâu, thở mím môi (chụm môi).
- Tăng cường lượng dịch vào cơ thể để làm loãng đàm.
- Theo dõi tình trạng hô hấp.

2) Chống mất nước và điện giải:

- Bù dịch và điện giải theo chỉ định bằng đường truyền.
- Khuyến khích bệnh nhân uống nhiều nước.

3) Không chế sự lây nhiễm:

- Dùng kháng sinh theo chỉ định.
- Nếu bệnh nhân sốt cao: dùng thuốc hạ nhiệt theo chỉ định, lau mát, theo dõi nhiệt độ.

4) Chế độ nghỉ ngơi:

- Cho bệnh nhân nằm phòng yên tĩnh, tránh những kích thích về cảm giác do khách thăm.
- Đặt bệnh nhân ở tư thế thoải mái dễ thở.
- Áp dụng các bệnh nhân làm bệnh nhân dễ ngủ: xoa bóp, nghe nhạc nhẹ, có thể dùng thuốc an thần nếu có chỉ định.
- Hạn chế những yếu tố gây căng thẳng (stress) cho người bệnh.
- Động viên, an ủi bệnh nhân và luôn có mặt khi bệnh nhân lên cơn hen.
- Giải thích cho bệnh nhân hiểu về bệnh tật.
- Lập kế hoạch cho bệnh nhân tập thở, nghỉ ngơi.

5) Giáo dục sức khỏe:

- Giảm những yếu tố gây dị ứng: không dùng đồ len, dạ, lông, hạn chế bụi, khói, không nuôi những con vật: mèo, chó, chim... không trồng cây có phấn hoa, nấm mốc...
- Hạn chế các yếu tố gây stress làm bệnh nhân căng thẳng lo lắng, cáu gắt.
- Tăng cường rèn luyện nâng cao sức khỏe, duy trì dinh dưỡng, uống đủ nước, chế độ nghỉ ngơi vận động hợp lý.
- Tránh ra khỏi nhà khi độ ẩm ngoài trời cao hoặc khi môi trường bên ngoài quá ô nhiễm.

- Tích cực tập thở, tập ho.
- Không hút thuốc.
- Nếu có bất thường về hô hấp hay nhiễm khuẩn phải đi khám bệnh ngay.

Giải thích cho bệnh nhân hiểu: không chữa khỏi bệnh hen phế quản nhưng có thể kiểm chế được nó.

TÀI LIỆU KIỂM SOÁT

Ký hiệu : MTCL01-NTH

Long Xuyên, ngày 25 tháng 03 năm 2010

MỤC TIÊU CHẤT LƯỢNG NĂM 2010 KHOA NỘI TỔNG HỢP

I. ĐÁNH GIÁ TÌNH HÌNH:

1) KẾT QUẢ ĐẠT ĐƯỢC:

- Số lượng bệnh nhân nội trú năm 2009 là 12.032 bệnh, tỷ lệ đạt 133%, với tổng số ngày điều trị là 98.415 ngày. Ngày điều trị trung bình 8,1 ngày/bệnh.

2) PHÂN TÍCH ĐÁNH GIÁ:

- Điểm Mạnh: *(nội bộ-có thể phát huy)*
 - Chuyên môn.
 - Tập thể đoàn kết.
- Điểm Yếu: *(nội bộ-có thể khắc phục)*
 - Lực lượng nhân sự đa số còn trẻ chưa có kinh nghiệm.
- Khó Khăn: *(bên ngoài-có thể né tránh)*
 - Cơ sở vật chất hiện tại không thuận lợi cho việc bố trí phòng ốc theo yêu cầu của khoa.
- Thuận Lợi: *(bên ngoài-có thể tận dụng)*
 - Được các cấp lãnh đạo quan tâm.

II. MỤC TIÊU CHẤT LƯỢNG CỦA KHOA/ PHÒNG:

(Qua phân tích đánh giá, hãy chọn một nội dung quan trọng mà bộ phận quan tâm nhất làm MTCL - Mục tiêu phải đo được, cụ thể, khả thi, thực tế, có thời hạn, mang tính thách thức để cải tiến...)

Rút ngắn ngày điều trị trung bình bệnh nhân từ 8,1 ngày/bệnh giảm xuống còn ≤ 7 ngày/bệnh.

- Công thức tính hoặc chỉ số: (của mục tiêu chất lượng)

[tổng số ngày điều trị trong năm(TTPL)/ Tổng số bệnh nhân trong năm]

Nguồn dữ liệu: số liệu tổng hợp từ phòng KHTH bệnh viện.

III. KẾ HOẠCH HÀNH ĐỘNG:

(các nhiệm vụ và giải pháp cần thực hiện để đạt được mục tiêu)

STT	Bước công việc	Thời gian thực hiện (Bắt đầu → kết thúc)	Người thực hiện	Người giám sát
1	Sớm có chẩn đoán xác định chính xác	Năm 2010	Bs. Điều trị	Bs Trưởng khoa
2	Áp dụng tối ưu các phát đồ điều trị, quy trình chăm sóc và quy trình chống nhiễm khuẩn	Năm 2010	Bs. Điều trị NV Điều dưỡng	Bs Trưởng khoa
3	Giải quyết kịp thời các trường hợp bệnh nặng, cấp cứu, khó chẩn đoán và điều trị.	Năm 2010	Bs Trưởng khoa Bs. Điều trị	Bs Trưởng khoa
4	Hội chẩn đúng quy chế để nâng cao chất lượng điều trị chuyên môn.	Năm 2010	Bs Trưởng khoa Bs. Điều trị	Bs Trưởng khoa
5	Chuyển viện sớm các trường hợp quá khả năng điều trị.	Năm 2010	Bs Trưởng khoa Bs. Điều trị	Bs Trưởng khoa
6	Ra viện phải được dặn dò chu đáo và hẹn tái khám tại cơ sở y tế đúng với yêu cầu chuyên môn.	Năm 2010	Bs Trưởng khoa Bs. Điều trị Nv Điều dưỡng	Bs Trưởng khoa
7	Tổ chức sinh hoạt chuyên môn, bình bệnh án, tập huấn định kỳ mỗi tháng cho các nhân viên về quy chế chuyên môn nhằm đảm bảo công tác điều trị, tư vấn, hướng dẫn cách sử dụng và chăm sóc bệnh nhân chu đáo hơn.	Ngày thứ 6 của tuần thứ 3 mỗi tháng.	Bs Trưởng khoa Bs. Điều trị Nv Điều dưỡng	Bs Trưởng khoa
8	Tổng hợp, báo cáo thực hiện mục tiêu.	Cuối tháng 6 và 12 năm 2010.	Bs Trưởng khoa Bs Phó khoa	BGD bệnh viện

DANH MỤC HỒ SƠ CHẤT LƯỢNG

STT	Tên hồ sơ	Mã số	Nơi lưu trữ	NV lưu trữ	Phương pháp lưu trữ	Người được phân xem hồ sơ	Thời gian lưu trữ	Phương pháp hủy bỏ
1	Sổ nhận bệnh (Vv+ Rv + Cv)	HSCL01-NTH	Tủ hồ sơ	ĐDHC	Theo thời gian	BCN khoa	5 năm	Trả về phòng KHTH
2	Sổ báo cáo tuần	HSCL02-NTH	-nt-	ĐDTK	-nt-	-nt-	-nt-	-nt-
3	Sổ báo giao chuyển khoa	HSCL03-NTH	-nt-	ĐDHC	-nt-	-nt-	-nt-	-nt-
4	Sổ báo giao chuyển viện	HSCL04-NTH	-nt-	ĐDHC	-nt-	-nt-	-nt-	-nt-
5	Sổ mời hội chẩn	HSCL05-NTH	-nt-	ĐDHC	-nt-	-nt-	-nt-	-nt-
6	Sổ báo bệnh hội chẩn	HSCL06-NTH	-nt-	ĐDHC	-nt-	-nt-	-nt-	-nt-
7	Sổ giao ban cấp I + II	HSCL07-NTH	-nt-	ĐDHC	-nt-	-nt-	-nt-	-nt-
8	Sổ họp khoa	HSCL08-NTH	-nt-	ĐDTK	-nt-	-nt-	-nt-	-nt-
9	Sổ họp công đoàn	HSCL09-NTH	-nt-	ĐDTK	-nt-	-nt-	-nt-	-nt-
10	Sổ bình bệnh nhân	HSCL10-NTH	-nt-	ĐDTK	-nt-	-nt-	-nt-	-nt-
11	Sổ bình hồ sơ chăm sóc	HSCL11-NTH	-nt-	ĐDTK	-nt-	-nt-	-nt-	-nt-
12	Sổ sinh hoạt chuyển môn điều dưỡng	HSCL12-NTH	-nt-	ĐDTK	-nt-	-nt-	-nt-	-nt-
13	Sổ sai sót chuyển môn	HSCL13-NTH	-nt-	ĐDTK	-nt-	-nt-	-nt-	-nt-
14	Sổ chỉ đạo tuyến	HSCL14-NTH	-nt-	ĐDTK	-nt-	-nt-	-nt-	-nt-
15	Sổ tạo, bồi dưỡng chuyển môn	HSCL15-NTH	-nt-	ĐDTK	-nt-	-nt-	-nt-	-nt-
16	Sổ bồi dưỡng	HSCL16-NTH	-nt-	ĐDTK	-nt-	-nt-	-nt-	-nt-
17	Sổ chăm sóc	HSCL17-NTH	-nt-	ĐDTK	-nt-	-nt-	-nt-	-nt-
18	Sổ gặp gỡ người bệnh	HSCL18-NTH	-nt-	ĐDTK	-nt-	-nt-	-nt-	-nt-
19	Sổ sinh hoạt hội đồng người bệnh	HSCL19-NTH	-nt-	ĐDTK	-nt-	-nt-	-nt-	-nt-
20	Sổ họp điều dưỡng trưởng khoa	HSCL20-NTH	-nt-	ĐDTK	-nt-	-nt-	-nt-	-nt-
21	Sổ báo bệnh kiểm tra tử vong	HSCL21-NTH	-nt-	ĐDTK	-nt-	-nt-	-nt-	-nt-
22	Sổ trả hồ sơ ra viện BHYT	HSCL22-NTH	-nt-	ĐDHC	-nt-	-nt-	-nt-	-nt-
23	Sổ phòng công trực	HSCL23-NTH	-nt-	ĐDTK	-nt-	-nt-	-nt-	-nt-

24	Sổ sao y lệnh	HSCL24-NTH	-nt-	ĐDHC	-nt-	-nt-	-nt-	-nt-
25	Sổ bàn giao tủ thuốc trực	HSCL25-NTH	-nt-	ĐDHC	-nt-	-nt-	-nt-	-nt-
26	Sổ bàn giao y dụng cụ	HSCL26-NTH	-nt-	ĐDHC	-nt-	-nt-	-nt-	-nt-
27	Sổ thủ thuật	HSCL27-NTH	-nt-	ĐDHC	-nt-	-nt-	-nt-	-nt-
28	Sổ ADR	HSCL28-NTH	-nt-	ĐDTK	-nt-	-nt-	-nt-	-nt-
29	Sổ kiểm tra	HSCL29-NTH	-nt-	ĐDTK	-nt-	-nt-	-nt-	-nt-
30	Sổ giáo dục truyền thông sức khỏe	HSCL30-NTH	-nt-	ĐDTK	-nt-	-nt-	-nt-	-nt-
31	Sổ tài sản khoa	HSCL31-NTH	-nt-	ĐDTK	-nt-	-nt-	-nt-	-nt-
32	Sổ theo dõi khám bệnh nhân viên	HSCL32-NTH	-nt-	ĐDTK	-nt-	-nt-	-nt-	-nt-
33	Sổ theo dõi rủi ro vật sắc nhọn	HSCL33-NTH	-nt-	ĐDTK	-nt-	-nt-	-nt-	-nt-
34	Sổ theo dõi nhầm lẫn thuốc	HSCL34-NTH	-nt-	ĐDTK	-nt-	-nt-	-nt-	-nt-
35	Sổ lưu công văn đi	HSCL35-NTH	-nt-	ĐDTK	-nt-	-nt-	-nt-	-nt-
36	Sổ lưu công văn đến	HSCL36-NTH	-nt-	ĐDTK	-nt-	-nt-	-nt-	-nt-

DANH MỤC TÀI LIỆU BÊN NGOÀI HIỆN HÀNH

TT	Tên tài liệu	Mã số	Tác giả/Nơi ban hành	Ngày ban hành	Nơi lưu trữ		Ghi chú
					Máy tính	Tủ tài liệu	
1	Bản phân loại bệnh quốc tế 10 (ICD-10)		Bộ Y tế			x	
2	Qui chế bệnh viện		Bộ Y Tế	1997		x	
3	Hướng dẫn thực hành nội khoa bệnh phổi		Trường Đại học Y dược Tp. HCM	2009		x	
4	Phác đồ điều trị và quy trình một số kỹ thuật trong thực hành nội khoa bệnh phổi		Ts. Nguyễn Văn Thành	2005		x	
5	Phác đồ điều trị		Bệnh viện truyền máu và huyết học			x	
6	Bệnh tiêu hoá gan-mật		Hoàng Trọng Bảng	2006		x	
7	Tài liệu hồi sức cấp cứu		Bệnh viện Chợ Rẫy	2004		x	
8	Điều trị cấp cứu nội tiết và một số bệnh nội tiết thường gặp		Khoa nội tiết-Bệnh viện Chợ Rẫy	2004		x	
9	Nội tiết học đại cương		Mai Thế Trạch, Nguyễn Thy Khuê	2003		x	
10	HANDBOOK OF DIABETES		Gareth williams; John c. Pickup			x	
11	Bệnh học nội khoa		Trường Đại học Y Dược TP.HCM	2009		x	
12	Điều trị học nội khoa		Trường Đại học Y Dược TP.HCM	2009		x	
13	Chẩn đoán và điều trị những bệnh cơ xương khớp thường gặp		Bệnh viện Bạch Mai Hà Nội	2009		x	
14	Phác đồ điều trị gout		Bệnh viện Chợ Rẫy TP.HCM			x	
15	Phác đồ điều trị Viêm khớp dạng		Bệnh viện Chợ Rẫy TP.HCM			x	

	thấp						
16	Bệnh viêm khớp dạng thấp		Lê Anh Thư – NXB Y học	2007		x	
17	Điều trị xuất huyết tiêu hoá trên		Kha Hữu Nhân, Đại học Y Dược Cần Thơ	2005		x	
18	Harrison's Principles of Internal Medicine 16 th -17 th edition		McGraw-Hill Professional	2008		x	
19	The Washington Manual of Medical Therapeutics, 32 th edition.		Washington University School of Medicine	2007		x	

TÀI LIỆU KIỂM SOÁT

DANH MỤC TÀI LIỆU NỘI BỘ HIỆN HÀNH

TT	Tên tài liệu	Mã số	Lần ban hành	Ngày ban hành	Nơi lưu trữ		Lần sửa đổi				
					Máy tính	Tủ tài liệu	01	02	03	04	05
1	Phác đồ điều trị	PDD-NTH	01	03/2010	x	x					
2	Quy trình tiếp nhận bệnh mới	QT01-NTH	01	03/2010	x	x					
3	Quy trình chăm sóc	QT02-NTH	01	03/2010	x	x					
4	Quy chế công tác khoa	QC01-NTH	01	03/2010	x	x					
5	Quy chế sử dụng thuốc	QC03-NTH	01	03/2010	x	x					
6	Quy chế chống nhiễm khuẩn	QC04-NTH	01	03/2010	x	x					
7	Quy chế xử lý chất thải	QC05-NTH	01	03/2010	x	x					
8	Mục tiêu chất lượng	MTCL01-NTH	01	03/2010	x	x					
9	Quy chế hoạt động khoa nội TH	QC02-NTH	01	03/2010	x	x					