

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

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



PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ

KHOA KHÁM BỆNH

- 2012 -

MỤC LỤC

	<i>Trang</i>
1. Đái tháo đường.....	3
2. Cường giáp.....	9
3. Viêm phổi cộng đồng người lớn	14
4. Hen phế quản.....	17
5. Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD)	21
6. Viêm phế quản cấp.....	27
7. Thiếu máu cơ tim	30
8. Tăng huyết áp.....	33
9. Suy tim mạn	38
10. Nhiễm trùng tiết niệu	42
11. Hội chứng thận hư.....	45
12. Viêm cầu thận mạn.....	49
13. Viêm loét dạ dày tá tràng	53
14. Diệt Helicobacter Pylori.....	55
15. Viêm đại tràng mạn.....	57
16. Xơ gan	59
17. Loãng xương	62
18. Thoái hoá khớp và thoái hoá cột sống	66
19. Viêm khớp dạng thấp	69
20. Đau thần kinh tọa	73
21. Gút.....	75
22. Đau đầu	79

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

I. ĐỊNH NGHĨA:

Đái tháo đường là một trong những bệnh tăng chuyển hóa hay gặp. Bao gồm rối loạn chuyển hóa chất glucid, lipid, protid kèm theo tình trạng thiếu Insulin dẫn đến hậu quả đường huyết tăng cao và đường niệu dương tính.

II. PHÂN LOẠI ĐÁI THÁO ĐƯỜNG:

1. Đái tháo đường nguyên phát:

- Đái tháo đường type 1: Đái tháo đường phụ thuộc Insulin.
- Đái tháo đường type 2: Đái tháo đường không phụ thuộc Insulin.

2. Đái tháo đường thứ phát:

- Bệnh lý tuyến tụy: viêm tụy mãn, cắt bỏ tụy, K tụy.
- Rối loạn nội tiết: Cushing, to đầu chi, Basedow.

3. Rối loạn dung nạp Glucose.

4. Đái tháo đường thai kỳ.

III. TIÊU CHÍ CHẨN ĐOÁN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG KHUYẾN CÁO MỚI ADA 2010 (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION)

1. Triệu chứng tăng đường huyết và đường huyết bất kỳ $\geq 200\text{mg/dl}^*$

Hay

2. Đường huyết lúc đói $\geq 126\text{mg/dl}^*$

Hay

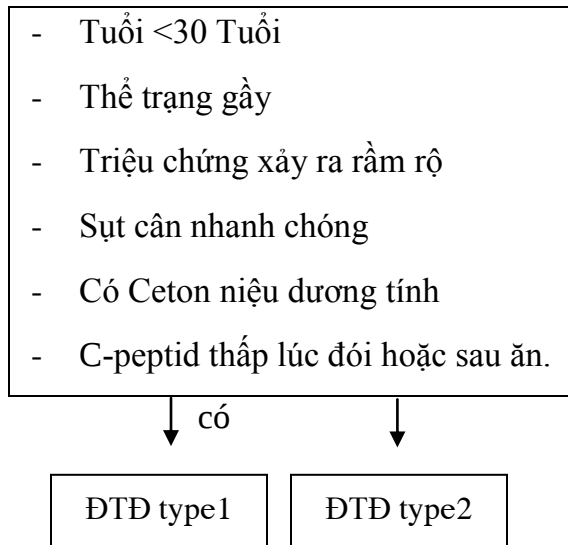
3. Đường huyết 2 giờ sau uống 75g glucose $\geq 200\text{mg/dl}^*$

Hay

4. HbA1c $\geq 6,5\%$

*Lặp lại xét nghiệm lần 2 nếu không có triệu chứng lâm sàng

III. CHẨN ĐOÁN TYPE ĐÁI THÁO ĐƯỜNG:



IV. PHÒNG CHỐNG BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG:

A. Điều trị đúng:

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

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

B. Chế độ ăn hợp lý:

Nguyên tắc:

- Đủ năng lượng thành phần cân đối.
- Phù hợp với nghề nghiệp, thói quen, khẩu vị cá nhân.
- Phân bố bữa ăn phù hợp.

C. Luyện tập hợp lý.

D. Thuốc sử dụng đúng:

- Dùng thuốc phải dựa trên tổn thương thực tế từng người bệnh.
- Để hạ đường máu có thể dùng đơn hoặc đa trị liệu.
- Điều trị tích cực.

1. Insulin:

- Để điều trị đái tháo đường type 1.
 - Để điều trị đái tháo đường type 2 khi có:
 - + Nhiễm khuẩn nặng
 - + Cần phải phẫu thuật.
 - + Khi thuốc uống không đủ tác dụng làm hạ đường huyết.
 - + Có thai
 - + Suy gan, thận nặng.
 - Liều lượng:
 - + Liều khởi đầu: 0.25-0.50 đơn vị/kg.
 - + Căn cứ vào mức đường huyết mà tăng giảm liều. Mỗi lần tăng 2-4 đơn vị.
 - + Không cho quá 40 đơn vị cho một lần tiêm.
 - Chọn loại Insulin thích hợp khi muốn có tác dụng nhanh hay chậm.
Insulin đơn pha.
Insulin hai pha:
 - + 15% Insulin nhanh/ 85% Insulin Neutrogen Protamin Human.
 - + 30% Insulin nhanh/ 70% Insulin Neutrogen Protamin Human.
 - + 50% Insulin nhanh/ 50% Insulin Neutrogen Protamin Human.
 - Insulin 2 pha: biệt dược Mixtard 30 (30% tác dụng nhanh và 70% tác dụng bán chậm)
 - Cách tiêm:
 - + Tiêm dưới da là chủ yếu. Vị trí tiêm: cánh tay, đùi, da bụng xung quanh rốn.
- Nên thay đổi hằng ngày.
- Biện chứng của Insulin:
 - + Hạ đường huyết.
 - + Loạn dưỡng mỡ do Insulin.
 - + Kháng Insulin.
 - + Dị ứng.

2. Thuốc uống giảm đường huyết:

Thuốc	Hàm lượng	Liều hằng ngày	Thời gian tác dụng
SULFONYLURE Gliclazid (diazide, pyme diapro...) GliclazidMR (diamicronMR, glyzimMR) Glimepirid (getzglim, amapirid, mekoaryl)	80mg 30mg 1, 2, 4mg	80 - 320mg chia 2-3 lần 30-120mg uống 1 lần 1-4mg uống 1-2 lần	đến 24h đến 24h đến 24h
BIGUANID Metformin (glucophage, glucomet...)	500, 850, 1000mg	1 - 2g uống sau mỗi bữa ăn 1v/1lần	7 - 12h
Ức chế α Glucosidaz Acarboz (glucarbose...)	50, 100 mg	75-300mg chỉ làm 3lần lúc bắt đầu ăn.	4h

V. MỤC TIÊU ĐIỀU TRỊ:

1) Glucose máu gần bình thường: - HbA _{1C} < 6.5% - Glycémie đói 90-130mg/dl (5.0-7.2mmol/l) - Đỉnh (glycémie) sau ăn < 180mg/dl (10.6 mmol/l)
2) Huyết áp <130/80 mmHg
3) Lipid huyết thanh: - LDT < 100mg/dl (< 2.6 mmol/l) - Triglicérid <150mg/dl (< 1.7 mmol/l) - HDL > 40mg/dl

VI. PHÁC ĐỒ KHUYẾN CÁO CỦA ADA 2010:

Khởi đầu và điều chỉnh điều trị đái tháo đường type2

Bước 1:

Thay đổi lối sống để giảm cân và tăng vận động

+

Metformin

Bước 2:

Thay đổi lối sống

+

Metformin

+

Sulfonylurea

Đường huyết không ổn thì dùng :

Thay đổi lối sống
+
Metformin
+
Insulin nền

Bước 3:

Thay đổi lối sống
+
Metformin
+
Insulin tích cực

Đái tháo đường type 1 : điều trị bằng Insulin đã có ở trang 02.

VI. Điều trị bệnh bệnh kết hợp:

1. Có cao huyết áp:
 - Ức chế thụ thể angiotensin:
Irbesartan (sunirovel, aprovel 150mg...)
Candesartan (atasart 8,16mg...)
 - Ức chế men chuyển:
Lisinopril (listril 5mg...)
Enalapril (aginaril, enahaxan 5mg...)
Perindopril (coversyl...)
2. Có rối loạn lipid máu:
 - Artovastatin
 - Rosuvastatin....
 - Fenofibrat

VII. THEO DÕI BỆNH NHÂN:

- Test HbA₁C (2-4 lần/năm)
- Thăm khám mắt (mỗi năm)
- Chăm sóc bàn chân (tự bệnh nhân chăm sóc, bác sĩ chăm sóc 2 lần/năm)
- Định lượng microalbumin niệu mỗi năm, nếu có microalbumin niệu (+) thì 2 – 4 tuần làm lại.

- Bilan lipid máu mỗi năm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường . ADA – 2010
2. Quản lý tích cực và toàn diện bệnh đái tháo đường – Bộ Y Tế 2006
3. GS Mai Thế Trạch – PGS Nguyễn Thy Khê. Nội tiết học đại cương – Đại Học Y Dược TPHCM 2007 (trang 379-405)
4. Ernesto Bernal Mizrachi and Carlos Bernal Mizrachi .the Washington Manual of Medical Therapeutics.2007 (p600-623)

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CƯỜNG GIÁP

A. CHẨN ĐOÁN:

I. Định nghĩa:

Cường giáp được xem đồng nghĩa với nhiễm độc giáp là một hội chứng bao gồm các bệnh cảnh lâm sàng gây nên do hormone giáp tăng nhiều và thường xuyên trong máu.

II. Triệu chứng:

1. *Lâm sàng:*

- a. Triệu chứng cơ năng: hồi hộp, mệt khi gắng sức, nóng nảy, dễ giận, dễ cáu gắt, mất ngủ, run rẩy, sụt cân dù ăn uống bình thường, không chịu được nóng, đổ mồ hôi nhiều, yếu cơ, đi tiêu nhiều lần.
- b. Triệu chứng thực thể:
 - Tim: nhịp tim nhanh thường >100 lần/phút. Tim đập mạnh, T1 đánh, có thể nghe được âm thổi tâm thu ở tim.
 - Có thể có rối loạn nhịp tim thường gặp rung nhĩ.
 - Da mịn, ẩm, ẩm, ướt mồ hôi.
 - Run chủ yếu ở đầu chi, biên độ nhỏ đều, đôi khi run toàn thân.
 - Cơ yếu, cơ teo rõ rệt ở thái dương, ở cơ tứ đầu đùi. Đôi khi có tình trạng liệt chu kỳ.
 - Tóc dễ rụng, móng tay dễ gãy.
 - Ánh mắt sáng, có thể có triệu chứng co kéo cơ nâng mi trên.
 - Trong bệnh nhân Basedow có bướu giáp lan tỏa.

2. *Triệu chứng cận lâm sàng:*

- FT4, FT3, T4, T3 toàn phần đều tăng.
- TSH giảm
- Trị số bình thường: TSH: 0.270 – 4.20 UIU/ml

FT4: 12.00 – 22.00 pmol/l

- Xét nghiệm TSH siêu nhạy với mức giới hạn $0.01\mu\text{UI/ml}$ cho phép phân biệt TSH giảm do bệnh lý tuyến giáp và bệnh lý ngoài tuyến giáp.
- Đa số bệnh nhân cường giáp lâm sàng có mức TSH giảm dưới $0.01\mu\text{UI/ml}$.
- Bệnh lý ngoài tuyến giáp: TSH có giảm nhưng không đạt được mức trên.

III. Chẩn đoán nguyên nhân:

1. Nguyên nhân thường gặp:

a. Bệnh Basedow:

- Là bệnh tự miễn liên hệ đến hệ thống HLA.
- Có sự hiện diện của tự kháng thể thu thể TSH thuộc nhóm globulin miễn dịch kích thích tuyến giáp và tự kháng thể kháng microsom.
- Bệnh có thể kết hợp với các bệnh tự miễn khác như: nhược cơ, suy thượng thận, bạch biến.
- Lâm sàng:
 - Hội chứng cường giáp.
 - Bướu giáp lan tỏa.
 - Lồi mắt.
 - Phù niêm trước xương chày.

Ở người lớn tuổi có thể bệnh vô cảm, hoặc biểu hiện tim mạch nổi bật

- Cận lâm sàng:

- Echo tuyến giáp: tăng sinh mạch máu ở tuyến giáp.
- Kích thước tuyến giáp lớn hơn bình thường.
- TSH giảm, FT4, T3, T4 toàn phần tăng cao.

b. Bướu giáp đa nhân độc:

- Thường gặp ở phụ nữ lớn tuổi, có bướu giáp từ lâu, gần đây mới xuất hiện cường giáp.
- CLS: TSH giảm, T3, T4, FT4 tăng. Cũng có khi chỉ có FT3 tăng
- Siêu âm tuyến giáp: bướu giáp đa nhân.

2. Nguyên nhân không thường gặp:

- Nhân độc giáp

- Cường giáp thoáng qua trong các trường hợp viêm tuyến giáp
- Cường giáp giả
- Cường giáp do quá tải Iod

B. Điều trị:

I. Điều trị nội khoa:

1. Thuốc có tác dụng nhanh:

a. Thuốc ức chế β (beta):

- Thuốc có tác dụng rất tốt để điều trị các triệu chứng như hồi hộp, lo lắng, run tay, đổ mồ hôi, tim nhanh... Ngoài ra Propranolol còn có tác dụng giảm sự chuyển T4 thành T3 ở ngoại vi. Cho đến nay thuốc Propranolol được sử dụng nhiều nhất, sau đó là Atenolol liều thông thường 40 – 120mg chia làm 4 – 6 lần/uống vì tác dụng của Propranolol nhanh nhưng ngắn.
- Chống chỉ định: hen suyễn, loét dạ dày – tá tràng, Block nhĩ thất.
- Đối với suy tim, ý kiến chưa thống nhất vì nó làm giảm tác dụng co bóp của tim. Cũng có ý kiến cho là vẫn có thể dùng nhưng cần dè dặt.
- Thuốc ức chế β thường được chỉ định trong các trường hợp:
 - + Phối hợp thuốc kháng giáp tổng hợp để làm giảm các triệu chứng khó chịu cho BN.
 - + Sửa soạn tiền phẫu, trước khi điều trị Iod 131.
 - + Con báo giáp trạng.

b. Corticoid:

- Corticoid được xem có thể ngăn chặn sự tiết hormone bởi tuyến giáp và ức chế sự chuyển T4 thành T3 ở ngoại vi.
- Corticoid được chỉ định trong các trường hợp: cơn bão giáp, cường giáp nặng, lòi mắt nặng.

2. Thuốc có tác dụng kéo dài:

Thuốc kháng giáp tổng hợp. đó là những dẫn xuất của Thionamid gồm 2 phân nhóm là:

- Nhóm Thiouracid: MTU, PTU, BTU.

- Nhóm Imidazol: Methimazol và Carbimazol

Tác dụng chủ yếu là ngăn cản sự tổng hợp hormone giáp ở nhiều khâu:

- Ngăn sự Iod hữu cơ hóa
- Ngăn sự hình thành và kết hợp của DIT
- Ngăn sự chuyển T4 thành T3 ở ngoại vi

⊗ Liều lượng – cách sử dụng:

Nhóm	Hàm lượng mg/ viên	Liều tấn công mg/ ngày	Liều duy trì mg/ ngày
Thiouracil PTU (PTU, proracil...)	50mg	200 - 400 mg	50 - 100 mg
Imidazol Carbimazol (Neomercazole, carbimazol)	5mg	15 - 30mg 30 - 45mg	5 - 10mg 5 - 10 mg

Khi đã chẩn đoán chắc chắn cường giáp thì nên sử dụng ngay liều cao có hiệu quả.

Thuốc kháng giáp tổng hợp thường dùng với các liều lượng khác nhau ở các giai đoạn điều trị:

- Giai đoạn tấn công: 6 – 8 tuần.
- Giai đoạn duy trì: có khi kéo dài 18 – 24 tháng, ở giai đoạn này liều lượng giảm dần dần mỗi 1 – 2 tháng dựa theo sự cải thiện các triệu chứng.

⊗ Tai biến của thuốc kháng giáp tổng hợp:

- Giảm bạch cầu: thường gặp.
- Rối loạn tiêu hóa: ít gặp
- Hội chứng vàng da do tắc mật hoặc viêm gan. Nếu có, thay bằng liệu pháp Iod, dung dịch Lugol tạm thời hoặc vĩnh viễn.

II. Chỉ định:

Không có chỉ định nào là lý tưởng cho mọi trường hợp. Cần phải cân nhắc cho mỗi trường hợp cụ thể: tùy theo tuổi, tình trạng cơ thể, điều kiện kinh tế, tình trạng bệnh tật ... mà quyết định.

1. Bệnh Basedow:

Bướu giáp nhỏ và vừa:

Bệnh nhân dưới 50 tuổi: điều trị nội khoa trong 18 tháng – theo dõi:

- Nếu tái phát sau ngưng thuốc cho điều trị nội khoa lại đến đạt được bình giáp điều trị ngoại khoa.

Bệnh nhân trên 50 tuổi; điều trị bằng Iod đồng vị phóng xạ.

2. Bướu giáp nhân hoặc bướu giáp lan tỏa:

Điều trị nội khoa về bình giáp sau đó phẫu thuật tuyến giáp.

3. Biểu hiện mắt nặng (lồi mắt ác tính):

- Không nên điều trị bằng Iod phóng xạ.
- Điều trị nội khoa bằng kháng giáp tổng hợp.
- Có thể phẫu thuật khi bình giáp.
- Điều trị lồi mắt bằng corticoid.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. GS Mai Thế Trạch –PGS Nguyễn Thy Khê – Nội tiết học đại cương 2007 (trang 160 – 161)
2. Catherins Deneux – Tharaux Patrick Darmou- Endocrinologie 2000 (p146 – 160)
3. Wayne Bardin MD Current Therapy in Endocrinology and Metabolish -2000 (p73 – 77)
4. GS Mai Thế Trạch- Nội tiết học – Bệnh bướu cổ-2002 (trang 62 – 69)
5. GS. PTS Thái Hồng Quang - Bệnh nội tiết – Học viện Quân Y (trang 117 –125)

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG NGƯỜI LỚN

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

I. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN:

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

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

II. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

1. Lao phổi:
2. Tràn dịch màng phổi:
3. Nhồi máu phổi:
4. Ung thư phổi:
5. Dẫn phế quản bội nhiễm:

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc chung:

- Lựa chọn kháng sinh theo căn nguyên gây bệnh nhưng ban đầu thường theo kinh nghiệm lâm sàng, yếu tố dịch tễ, mức độ nặng của bệnh, tuổi bệnh nhân, các bệnh kèm theo, các tương tác, tác dụng phụ của thuốc.
- Thời gian dùng kháng sinh: từ 7-10 ngày nếu do các tác nhân không điển hình.
- Điều trị triệu chứng nếu cần:

Giảm đau, hạ sốt bằng Paracetamol 0.5g x 4 lần/ngày nếu sốt trên 38⁰C. Bồi phụ nước điện giải, Vitamin B1B6 liều cao cho người nghiện rượu, đảm bảo dinh dưỡng.

2. Điều trị:

- Amoxicillin/ A. Clavulanic (Curam, Augmentin, Klamentin) 1g×3 lần/ ngày
- Hoặc Clarythromycin 0.5g×2 lần/ ngày
- Hoặc Azithromycin 0,25 × 2 viên /1lần/ ngày
- Hoặc Levofloxacin 0,75g× 1 lần /ngày
- Hoặc Cephalosporin thế hệ 2, 3 (Cefuroxim 0,5mg x 3 lần/ngày hoặc Cefpodoxim 200mg x 2 lần/ngày).
- Khi ho khan nhiều gây mất ngủ, có thể cho các thuốc giảm ho như:
 - + Terpin codein (biệt dược Acodin...) 15 - 30mg / 24giờ
 - + Dextromethophan 10 – 20mg / 24giờ.
- Khi ho đàm nhiều có thể kết hợp với thuốc long đàm:
 - Acetylcystein 200mg x 3gói / 24giờ.

IV. TIÊU CHUẨN ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ:

1. Tốt:

- Triệu chứng cơ năng và toàn thân tốt lên (đặc biệt là sốt giảm hoặc hết sốt)
- C-Reactive Protein (CRP) giảm.
- Có hay không triệu chứng thực thể tại phổi giảm.
- Có hay không bạch cầu máu giảm.
- Có hay không tổn thương trên X-quang ngực giảm.

2. Xấu:

- Triệu chứng cơ năng và toàn thân diễn biến xấu hơn (đặc biệt là sốt không giảm).
- CRP không giảm.
- Triệu chứng thực thể tại phổi (+/-)
- Có hay không biến chứng (áp-xe phổi, mũ màng phổi, nhiễm trùng máu, viêm phúc mạc, viêm màng não, viêm nội tâm mạc...)
- Tăng bạch cầu (+/-)

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

V. PHÒNG BỆNH:

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Y tế. Hướng dẫn điều trị. Tập 1, NXB Y học 2005.(Trang199-205)
2. TS Nguyễn Văn Thành. Phác đồ điều trị và quy trình một số kỹ thuật trong thực hành nội khoa bệnh phổi. Đại Học Y Cần Thơ. NXB Cần Thơ 2006. (Trang 1-13)
3. TS Trần Văn Ngọc - Bệnh Học Nội Khoa - Đại Học Y Dược TPHCM - 2009 (Trang 289-300)
4. TS Trần Văn Ngọc - Điều Trị H học Nội Khoa - Đại Học Y Dược TPHCM - 2009 (Trang 290-307).

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ HEN PHẾ QUẢN

I. ĐỊNH NGHĨA:

Hen phế quản là tình trạng viêm mạn tính đường thở, với sự tham gia của nhiều thành phần tế bào và tế bào trong cơ chế sinh bệnh. Tình trạng viêm mạn tính nói trên là nguyên nhân gây tăng phản ứng của đường thở với các tác nhân kích thích. Biểu hiện bằng hiện tượng phù nề niêm mạc, tăng tiết, co thắt cơ trơn phế quản và có thể dẫn đến biến đổi mạn tính cấu trúc phế quản. Bệnh cảnh lâm sàng là các cơn ho, khó thở, nặng ngực, thở khò khè lặp đi lặp lại, thường xảy ra vào ban đêm và sáng sớm. Các cơn này xảy ra với mức độ khác nhau, có thể hồi phục tự nhiên hoặc khi có điều trị.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Chẩn đoán xác định:

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

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

Các triệu chứng trên có đặc điểm là thường xuất hiện hay nặng lên về đêm, sáng sớm, sau khi gắng sức, sau khi tiếp xúc với các yếu tố kích thích đường thở (dị nguyên, khói, bụi, thay đổi thời tiết...). Bệnh thường khởi phát từ lúc nhỏ. Bản thân bệnh nhân hay gia đình có mắc các bệnh dị ứng, hen phế quản. Thông thường cơn khó thở hay các triệu chứng cải thiện rõ khi sử dụng thuốc dẫn phế quản hay corticosteroid.

Chẩn đoán được củng cố thêm khi đo chức năng hô hấp có tăng $FEV_1 \geq 12\%$ (hay $\geq 200\text{mL}$) hoặc $PEF > 60\text{L}$ (hay $\geq 20\%$) sau khi hít thuốc dẫn phế quản (salbutamol 400mcg trong 10-20 phút), dao động PEF sáng – chiều trên 20%.

Bảng 1. Bảng câu hỏi và khám chẩn đoán hen phế quản

A. Có triệu chứng (trong vòng 12 tháng qua)	B. Yếu tố kích phát	C. Tiền sử gia đình hay bản thân
- ☐ Ho khan hay nặng ngực ban đêm không liên quan đến những đợt cảm lạnh - ☐ Có tiếng khò khè (hay khò khi) trong lồng ngực - ☐ Có tiếng thở khò khè khi gắng sức - ☐ Thở khò khè phải thức giấc ban đêm - ☐ Có cơn khó thở khò khè nói không hết câu ngay khi nghỉ - ☐ Có cơn khó thở khò khè phải đi khám cấp cứu hay nhập viện - ☐ Đang thở khò khè	- ☐ Thường có triệu chứng hô hấp (ho, nặng ngực, khó thở hay thở khò khè) khi tiếp xúc với một chất kích thích đường thở - ☐ Thường có triệu chứng hô hấp kể trên khi đến nơi làm việc và triệu chứng giảm hay hết khi ra khỏi nơi làm việc	- ☐ Phải điều trị kháng sinh vì “viêm phế quản cấp” từ 3 lần trở lên trong một năm qua - ☐ Bản thân bị chàm (eczema), sốt mùa (hay fever) - ☐ Trong gia đình có bố, mẹ, anh chị em ruột bị hen - ☐ Khai “bị hen từ nhỏ” - ☐ Sử dụng thuốc dẫn phế quản thường xuyên^(*) - ☐ Sử dụng corticosteroid vì triệu chứng hô hấp thường xuyên^(*)

* Sử dụng thuốc thường xuyên: Đã sử dụng có hiệu quả (thường mang thuốc theo người hoặc phải sử dụng hàng ngày).

Đánh giá: Được phép chẩn đoán hen khi có ít nhất **hai** câu trong nội dung A và ít nhất **một** câu trong nội dung B hoặc C.

2. Chẩn đoán phân biệt:

Cơ khó thở thường phải chẩn đoán phân biệt với khó thở do tắc nghẽn đường thở cao (dị vật đường thở, u nội lòng khí - phế quản, khó thở thanh quản...), viêm phế quản cấp có triệu chứng giống cơn hen, đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), hen tim. Trong đa số các trường hợp, chẩn đoán phân biệt cần dựa trên hỏi kỹ tiền sử và bệnh sử.

III. ĐIỀU TRỊ:

Đánh giá mức độ nặng và điều trị theo phân bậc nặng:

Tất cả bệnh nhân khám lần đầu đều cần đánh giá mức độ nặng và có kế hoạch điều trị theo phân bậc mức độ nặng. Những lần tái khám sau cần đánh giá mức độ kiểm soát và điều trị theo mức độ kiểm soát hen.

Bảng 2. Phân bậc mức độ nặng và điều trị theo bậc người lớn và trẻ em trên 5 tuổi

(*)

Ở tất cả các mức độ:			
- Ngoài thuốc khuyến cáo sử dụng hàng ngày, thuốc SABA^(a) nên sử dụng khi cần nhưng không nên quá 3-4 lần / ngày. - Cần giáo dục kỹ lưỡng bệnh nhân về phòng bệnh và cách sử dụng thuốc. - Tình trạng hen được xem là đã khống chế khi triệu chứng lâm sàng ổn định (bảng 5) trong ít nhất 2-3 tháng và điều trị tiếp theo duy trì ở mức thấp nhất để có thể duy trì kiểm soát được triệu chứng			
Bậc	Mức độ triệu chứng	Thuốc hàng ngày	Các lựa chọn khác
Bậc 1- Hen thừa	- Các triệu xuất hiện trong thời gian ngắn và dưới mức một lần / tuần. Bệnh nhân hoàn toàn bình thường về triệu chứng và chức năng ngoài cơn - PEF dao động: < 20%	Không cần thiết	
Bậc 2- Hen nhẹ	- Các triệu chứng có ít nhất một lần / tuần nhưng không hàng ngày - Triệu chứng ban đêm >2 lần / tháng	Liều thấp (bảng 2) ICS ^(b)	- Theophylline chậm

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

Chú thích:

(*) Theo GINA 2004

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

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

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

Thuốc thường dùng Khoa Khám Bệnh:

Ventolin (MDI): SABA. Xịt 2 nhát khi cần

Berodual(MDI): SABA kết hợp với kháng cholinergic. Xịt 2 nhát khi cần

Seretide 25/125 (MDI): LABA kết hợp corticoid hít. 2 nhát x 2 lần/ngày.

Symbicort 4.5/160 (MDI): LABA kết hợp corticoid hít. 2 nhát x 2 lần/ngày

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

I. ĐỊNH NGHĨA:

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (tiếng Anh: **Chronic Obstructive Pulmonary Disease – COPD**) là tình trạng bệnh lý được đặc trưng bằng hiện tượng hạn chế lưu thông khí trên đường thở không hồi phục hoàn toàn. Hiện tượng hạn chế lưu thông khí này thường tiến triển tăng dần và kết hợp với một quá trình viêm bất thường của phổi dưới tác động của ô nhiễm khí thở kéo dài.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Chẩn đoán xác định:

b. Bệnh sử:

Cần nghĩ đến COPD khi:

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

Đơn vị gói – năm = (Số điếu thuốc hút trung bình một ngày: 20) × Số năm hút thuốc

c. Khám lâm sàng và cận lâm sàng:

▪ Triệu chứng thực thể:

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

- Biến dạng lồng ngực kiểu hình thùng, giảm di động.
- Nói ngắn hơi, co kéo cơ hô hấp phụ cả lúc nghỉ ngơi.
- Giảm thông khí ở phổi.
- Các triệu chứng của suy tim phải.

- Xquang ngực: Có thể thấy hình ảnh khí phế thũng, tăng áp động mạch phổi.
- ECG: Có thể thấy dấu hiệu dày nhĩ phải, thất phải.
- Khí máu động mạch: Có thể phát hiện giảm oxy, có hay không kèm theo tăng CO₂

d. Chức năng hô hấp:

Đây là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định, nên thực hiện ở những nơi có điều kiện: $FEV_1 / FVC < 70\%$ sau dùng thuốc dẫn phế quản.

1. Chẩn đoán phân biệt:

Nên phân biệt COPD với các bệnh thường gặp sau:

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

III. PHÂN GIAI ĐOẠN:

Bảng 2. Phân giai đoạn COPD (theo GOLD 2007)^(*)

Giai đoạn	Triệu chứng	Chức năng hô hấp	
		Khả năng gắng sức	FEV ₁ % GTLT ^(**)
I: Nhẹ	Có hay không kèm theo triệu chứng khác: ho, khạc đàm nhưng không thường xuyên. Bệnh nhân thường không cảm thấy khó thở.		≥ 80 %
II: Trung bình	Có triệu chứng khó thở khi gắng sức nhẹ. Ở giai đoạn này bệnh nhân thường đi khám bệnh vì triệu chứng hô hấp hoặc vì các đợt cấp.	 Khó thở khi gắng sức nhẹ	50 ≤ – < 80 %
III: Nặng	Có triệu chứng khó thở thường xuyên, giảm khả năng gắng sức, có nhiều đợt cấp hơn và chất lượng cuộc sống giảm sút.	 Khó thở khi đi chậm	30 ≤ – < 50 %
IV:	Bệnh nhân khó thở nặng thường	 Khó thở khi cử động nhẹ	< 30 %

Rất nặng	xuyên. Các đợt cấp luôn đe dọa tử vong. Có thể có biểu hiện tâm phế mạn tính. Chất lượng cuộc sống giảm nặng.		hoặc < 50% kèm theo suy hô hấp mạn ^(***)
-----------------	---	--	--

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

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

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

IV. XỬ TRÍ COPD GIAI ĐOẠN ỔN ĐỊNH:

1. Đánh giá mức độ nặng (giai đoạn) và điều trị theo giai đoạn:

Tất cả bệnh nhân khám lần đầu đều cần đánh giá mức độ nặng và có kế hoạch điều trị theo mức độ nặng đã được xác định

Bảng 3. Xử trí COPD ổn định theo giai đoạn (theo GOLD 2006)

Giai đoạn	I (nhẹ)	II (trung bình)	III (nặng)	IV (rất nặng)
Mức độ khó thở tương ứng	Khó thở khi gắng sức nặng	Khó thở khi gắng sức nhẹ	Khó thở khi đi lại bình thường	Khó thở ngay trong các cử động nhẹ
FEV ₁ (sau khi dùng thuốc dẫn phế quản)	≥80%	50≤ - <80%	30≤ - <50%	< 30%

Tránh tiếp xúc các yếu tố nguy cơ, vaccin phòng cúm

Thêm: Dẫn phế quản tác dụng ngắn (khi cần)

Thêm:

- Kết hợp điều trị liên tục với 1 hoặc nhiều thuốc dẫn phế quản tác dụng kéo dài (khi cần).
- Phục hồi chức năng hô hấp

Thêm: Kết hợp trị liệu corticosteroid hít liên tục nếu có nhiều đợt cấp

Thêm: Trị liệu oxy kéo dài nếu suy hô hấp mạn tính.

Xem xét khả năng phẫu thuật

2. Phác đồ điều trị COPD giai đoạn ổn định:

Kế hoạch điều trị cần phải thiết kế cho từng người bệnh tùy theo khả năng sử dụng thuốc của người bệnh (thí dụ: bệnh nhân có biết cách sử dụng các chế phẩm dạng hít không, dung nạp được thuốc không, bệnh nhân có khả năng mua

thuốc hay được bảo hiểm trả tiền thuốc không). Như vậy sẽ có nhiều phác đồ điều trị COPD. Các phác đồ cần phải thiết kế theo trình tự ưu tiên: theo hiệu quả điều trị, theo tiện ích điều trị, theo giá chi phí điều trị, theo khả năng cung cấp thuốc. Dựa trên khuyến cáo của GOLD, chúng ta có thể có các phác đồ điều trị theo từng bước với trình tự ưu tiên như trên.

Bảng5: Phác đồ điều trị COPD theo giai đoạn và theo thứ tự thuốc ưu tiên chọn lựa.

(Tất cả giai đoạn kèm theo tránh tiếp xúc yếu tố nguy cơ (thuốc lá), tiêm ngừa cúm)

Giai đoạn 1	
Tình huống lâm sàng	Thuốc sử dụng
Bệnh nhân chỉ khó thở khi gắng sức nặng, chưa cần dùng thuốc DPQ tác dụng dài	Dùng dẫn phế quản tác dụng ngắn khi cần
	1.a. Berodual MDI 2 hoặc Ventolin MDI nhất khi cần.
	1.b. Salbutamol 2- 4mg khi cần.

Giai đoạn 2	
Tình huống lâm sàng	Thuốc sử dụng
Nên dùng DPQ tác dụng kéo dài khi tình trạng khó thở phải dùng DPQ tác dụng ngắn 3 – 4 lần/ ngày.	2.a. Spiriva 18 µg hít 1 lần/ ngày + Berodual MDI 2 hoặc Ventolin (MDI) 2 nhất khi cần.
	2.b. Ventolin CR 4mg uống 1- 2 lần/ngày, hoặc Bambuterol 10 mg 1 v/ngày + Berodual MDI 2 nhất hoặc Ventolin MDI khi cần.
	2.c. Theophylline viên phóng thích chậm 200-400 mg x 2 lần/ngày (không quá 10 mg/kg/ngày) + Salbutamol 2 - 4mg uống khi cần.

Giai đoạn 3	
Tình huống lâm sàng	Thuốc sử dụng
- Xem xét dùng phối hợp các thuốc DPQ tác dụng kéo dài để làm giảm tình trạng khó thở. Dùng 1, 2 hay 3 loại DPQ tùy vào mức độ	3.a. Tiotropium 18 µg hít 1 lần/ ngày ± Seretide 25/125 (MDI) 2 nhất x 2 Hay Symbicort 4.5/160 2 nhất x 2 lần/ngày ± Theophyllin viên phóng thích chậm 20-400mg x 2 lần/ngày

khó thở của mỗi bệnh nhân và diễn biến bệnh. - Các trường hợp có đợt cấp lặp đi lặp lại, hay có biểu hiện tăng phản ứng phế quản xem xét dùng corticoid hít	+ Berodual MDI 2 nhát hoặc Ventolin (MDI) 2 nhát khi cần.
	3.b. Ventolin CR 4-8mg uống 1-2 lần/ngày, hoặc Bambuterol 10 mg 1 v/ngày ±Theophyllin 200-400mg x2 lần/ngày + Berodual MDI 2 nhát hoặc Ventolin MDI khi cần.
	3.c. Theophyllin 200-400mg x2 lần/ngày + Salbutamol 2-4mg uống khi cần. + Prednisolone liều thấp nhất có hiệu quả khi có chỉ định dùng corticoid.

Giai đoạn 4	
Tình huống lâm sàng	Thuốc sử dụng
-Mức độ khó thở tăng dần và xuất hiện biến chứng	- Điều trị như bước 3 - Oxy trị liệu kéo dài tại nhà khi có chỉ định - Điều trị các biến chứng nếu có: Tâm phế mạn, đa hồng cầu.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHẾ QUẢN CẤP

Viêm phế quản cấp là tình trạng viêm nhiễm cấp tính của các phế quản. Nguyên nhân thường do virus, vi khuẩn hoặc cả virus – vi khuẩn. Bệnh thường tiến triển lành tính.

I. Chẩn đoán:

Thể điển hình: Viêm phế quản cấp do virus.

1. Lâm sàng:

Thường gặp vào mùa đông . Tiến triển thường bắt đầu từ từ, khởi phát bằng viêm họng đường hô hấp trên với sốt nhẹ, viêm mũi họng (hắt hơi, sổ mũi, đau rát họng) có thể viêm mũi nước, viêm xoang, viêm Amydal, viêm tai giữa sau lan xuống khí quản - phế quản.

- Đôi khi bệnh bắt đầu một cách rầm rộ: sốt cao, ho nhiều, ho khạc đàm, có thể đàm dính máu.
- Tổn thương phế quản qua 2 giai đoạn:

✿ Giai đoạn khô:

+ Bệnh nhân thường có cảm giác rát bỏng sau xương ức, cảm giác này tăng lên khi ho.

+ Ho khan, ho từng cơn dai dẳng, có thể khàn tiếng.

- **Triệu chứng toàn thân:** thường sốt mức trung bình khoảng 38⁰C. Nhức đầu, mệt mỏi, biếng ăn, đau mỏi lưng, đau đầu, đau ngực có nguồn gốc do cơ và những cơn ho liên tục.

- Khám phổi: lúc đầu bình thường, sau có thể nghe ran rít và ran ngáy. Giai đoạn này kéo dài 3 - 4 ngày thì chuyển sang giai đoạn ướt.
- Cảm giác đau rát bỏng sau xương ức giảm dần rồi hết, khó thở nhẹ, ho khạc đàm nhầy, đàm vàng mủ hoặc dính máu.
- Gõ không thấy vùng đục, nghe phổi có thể thấy ran ngáy, ran ẩm. Giai đoạn này kéo dài 4 - 5 ngày và khoảng 10 ngày là khỏi.
- Một số trường hợp ho khan kéo dài nhiều tuần (do tăng tính phản ứng phế quản sau nhiễm khuẩn).

- **Trường hợp nặng:**

Ngoài những triệu chứng trên còn thấy khó thở rõ rệt, co kéo lồng ngực tím tái, nhịp thở nhanh trên 25 lần/phút ở người lớn.

2. Cận lâm sàng:

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

3. Các thể lâm sàng:

- Thể co thắt dạng hen phế quản
- Thể ho ra máu: ho máu ít do phù nề, xung huyết niêm mạc phế quản.

II. Điều trị:

- Ở người lớn bình thường, đa số các trường hợp viêm phế quản cấp tự khỏi không cần điều trị.
- Chủ yếu điều trị triệu chứng với nghỉ ngơi tại giường, cho đủ lượng nước uống, các thuốc giảm đau, kháng viêm, không phải corticoid.
- Khi ho khan nhiều gây mất ngủ, có thể cho các thuốc giảm ho như:
 - ++ Codein 15 - 30mg / 24giờ
 - ++ Dextromethophan 10 – 20mg / 24giờ.
- Một đợt corticoid đường uống: Prednisolon 0.5mg/kg/ngày trong 5 – 7ngày.
- Trong trường hợp co thắt phế quản, có thể dùng các thuốc giãn phế quản cường β_2 đường hít như ventoline, Bicarnyl hoặc khí dung Ventoline 5mg x 2-4 nang khí dung trong 24h hoặc Salbutamol 4mg uống (2- 4 viên/24h).
- Không cần dùng kháng sinh cho viêm phế quản cấp ở người bình thường.
- Nếu ho kéo dài và khạc đàm mủ trên 7 ngày, cơ địa bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính hoặc có viêm mũi mủ, viêm Amydal, viêm tai giữa phối hợp thì sử dụng thuốc:
 - Kháng sinh nhóm betalactam như:
 - \$ Amoxicillin liều 2-3g/ 24h
 - Hoặc Macrolid như:
 - Azithomycine 0.5g uống 1 lần /ngày.

Clarythomycine 250- 500mgx 2lần/ ngày

- Hoặc:
 - Spiramycine 1.5 – 3MUI x 3 lần/ ngày
 - Cephalexin 250 – 500mg/ 6h/1lần; Hoặc 500mg - 1g/ 12h/ 1lần. Không quá 4g/ngày.
- Kết hợp với thuốc long đàm: Acetyl Cystein 200mg x 3gói/ 24giờ.
- Ngưng hút thuốc lá, thuốc lào.

Phòng bệnh:

- Loại bỏ yếu tố kích thích: không hút thuốc, tránh khói bụi trong – ngoài nhà, môi trường ô nhiễm.
- Giữ gìn sức khỏe, giữ ấm nhất là mùa lạnh.

Tài liệu tham khảo:

1. Hướng dẫn điều trị - Tập I – Bộ Y Tế (NXB Y học) – 2005. (Trang196-199).
- 2.TS Trần Văn Ngọc - Bệnh Học Nội Khoa - Đại Học Y Dược TPHCM – Năm 2009 (Trang 289-377).

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ THIẾU MÁU CƠ TIM

Khi cơ tim bị thiếu máu biểu hiện trên lâm sàng bằng những cơn đau thắt ngực (ĐTN), đôi khi chỉ biểu hiện trên ECG.

ĐAU THẮT NGỰC ỔN ĐỊNH (ĐTNOĐ)

(Bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ mạn tính hay suy vành)

Chẩn đoán: Cơn đau thắt ngực điển hình gồm 3 yếu tố:

- Đau thắt ngực sau xương ức, lan lên cổ, vai tay trái có thể xuống tới ngón 4-5, hàm dưới, thượng vị, sau lưng với tính chất (thắt lại, nghẹt, rát, đè nặng, cảm giác buốt. Đôi khi khó thở, mệt, nhức đầu buồn nôn và vã mồ hôi ...) và thời gian điển hình là vài phút nhưng không quá 20 phút.
- Xuất hiện khi gắng sức hoặc cảm xúc
- Giảm đau khi nghỉ hoặc dùng nitrates

ĐTN không điển hình chỉ gồm 2 yếu tố trên.

- ECG: thay đổi của ST và T: ST ↓, T âm hoặc dẹt. Đôi khi ST ↑, T cao nhọn đối xứng. Tuy nhiên khoảng 60% ĐTNOĐ ECG bình thường.
- Siêu âm tim : có hình ảnh rối loạn vận động vùng.
- Có thể chuyển tuyến trên để làm điện tâm đồ gắng sức, xạ hình tim, chụp mạch vành nếu chưa xác định rõ.

Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm sụn ức sườn.
- Viêm thần kinh liên sườn.
- Zona.
- Viêm loét dạ dày – tá tràng.
- Viêm thực quản trào ngược hay co thắt thực quản.
- Đau khớp bả vai cánh tay.
- Viêm màng ngoài tim.

Khi chẩn đoán ĐTNOD cần đánh giá yếu tố nguy cơ bệnh ĐMV:

- Tăng huyết áp
- Tuổi cao
- Hút thuốc lá
- Phái nam, phụ nữ mãn kinh
- Rối loạn lipid máu
- Tiền sử gia đình có bệnh ĐMV sớm, nam < 55 tuổi, nữ < 65 tuổi.
- Đái tháo đường.

Xử trí:

- Nghỉ ngơi yên tĩnh, tránh gắng sức, tránh những kích thích không cần thiết
- Aspirin 75- 325 mg/ ngày. Nếu chống chỉ định aspirin thì dùng clopidogrel 75mg/ngày.
- Chọn β :
 - Bisoprolol 5-10mg 1lần/ngày
 - Metoprolol 50- 200mg 1lần/ngày
 - Carvedilol 12.5- 25mg chia 2lần/ngày
- Hạ lipid máu: Atorvastatin 10mg/ngày khi LDL-C >100mg%
- Dẫn mạch vành: nitrat có tác dụng kéo dài như Isosorbide mononitrat 60mg (ISMN 60mg) /ngày.
- Có thể dùng ức chế canxi có tác dụng kéo dài (nifedipin retard, amlodipin, diltiazem) nếu có kèm THA hoặc có chống chỉ định ức chế β .
- Dùng thêm ức chế men chuyển nếu có ĐTD, sau NMCT, RL CN thất trái hoặc THA.
- Điều chỉnh yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được: THA (đưa HA dưới 130/80mmHg, nếu có ĐTD thì HA dưới 125/80 mmHg), ĐTD, rối loạn lipid máu, hút thuốc lá.

Nếu ĐT nội khoa thất bại, chuyển tuyến trên chụp mạch vành để can thiệp MV

THIẾU MÁU CƠ TIM YÊN LẶNG

Định nghĩa: Là những lúc đoạn ST chênh xuống mà không kèm cơn ĐTN

Chẩn đoán:

- Thường được phát hiện qua thăm khám sức khỏe (có đo ECG) hoặc trên khám lâm sàng có biểu hiện của rối loạn nhịp tim (cơn nhịp nhanh hay ngoại tâm thu) mà người bệnh không có biểu hiện ĐTN
- Theo dõi ECG thấy ST↓ hoặc thay đổi của sóng T thường xảy ra vào buổi sáng.

Xử trí: tương tự như ĐTNOD.

Tài liệu tham khảo:

1. PGS-TS Trương Quang Bình - Bệnh Học Nội Khoa - Đại Học Y Dược TPHCM-2009 (trang 62-87)
2. Gs. Nguyễn Huy Dung- Bệnh mạch vành - Đại Học Y Dược TPHCM – 2002.
3. PGS TS Võ Thành Nhân - Điều Trị Học Nội Khoa - Đại Học Y Dược TPHCM -2009 (Trang 87-99)
4. GS TS Phạm Gia Khải và cộng sự. Khuyến cáo về các bệnh lý tim mạch và chuyển hóa. Giai đoạn 2006-2010 của HỘI TIM MẠCH HỌC VIỆT NAM (Trang 329-348).

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

ĐỊNH NGHĨA

- THA khi HA $\geq 140/90$ mmHg được đo ít nhất 3 lần tại phòng khám.
- Hoặc khi HA $\geq 135/85$ mmHg (đo tại nhà vài lần)
- Hoặc khi HA $\geq 125/80$ mmHg được đo bằng Holter.

PHÂN ĐỘ VÀ CHẨN ĐOÁN: theo JNC VII

Phân loại	HUYẾT ÁP TÂM THU (mmHg)	HUYẾT ÁP TÂM TRƯỞNG (mmHg)
HA bình thường	< 120	< 80
Tiền tăng huyết áp	120 – 139	80 – 89
THA độ I	140 – 159	90 – 99
THA độ II	160 – 179	> 100

Chú ý:

- Khi trị số HATT và HAT/T không tương xứng, chọn huyết áp cao hơn để phân loại.
- HA được đo tại phòng khám.

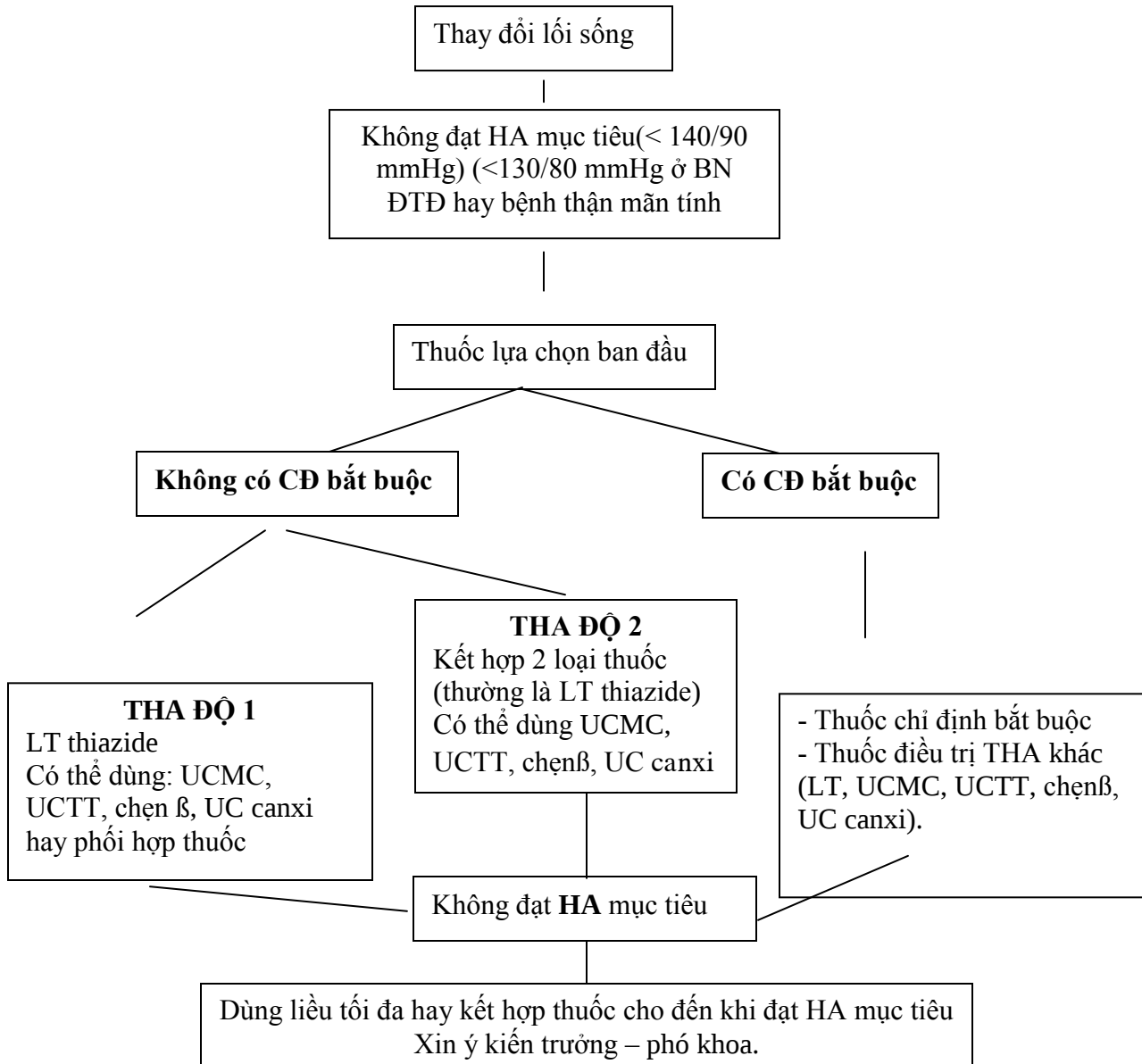
XỬ TRÍ:

- 90% là THA tiên phát, cần điều trị suốt đời.
- 5 - 10% là THA thứ phát: thương gặp ở người trẻ, cần tìm nguyên nhân (thận đa nang, hẹp động mạch thận, u tủy thượng thận, hội chứng Cushing, do thuốc...)
- Điều trị bao gồm: thay đổi lối sống và dùng thuốc.
- Mục tiêu chung là đưa HA < 140/90 mmHg. Nếu THA kèm với một số bệnh lý khác có thể đưa HA thấp hơn.

Thay đổi lối sống:

- **Chế độ ăn uống:**
 - Giảm thức ăn chứa nhiều mỡ bão hòa: mỡ heo, mỡ bò, mỡ gà, mỡ vịt. Nên ăn nhiều cá.
 - Giảm thức ăn có nhiều muối NaCl, tăng cường thức ăn có nhiều Kali.

- Ngưng thuốc lá, giảm rượu, giảm café.
- Ăn nhiều rau quả, trái cây tươi.
- Giảm stress.
- **Tập luyện:** tập thể dục giữ cho cân nặng lý tưởng BMI (18.5 – 22.9)



Hướng xử trí nhóm bệnh viện THA đặc biệt:

1. Người cao tuổi: LT thiazide và UC Canxi. Có thể phối hợp 2 loại đó
2. Người trẻ: Nên tìm nguyên nhân như thận đa nang, hẹp ĐM thận, u tủy thượng thận...
3. THA và đột quỵ: UCMC, (peridopril, losartan, +/- indapamide)
4. THA và ĐTĐ: UCMC, UCTT- AT1, UCCa, LT thiazide. Đôi khi cần phối hợp 3 thứ thuốc. HA mục tiêu < 130/80mmHg.
5. THA và bệnh thận mãn:
 - Chưa suy thận: UCMC, UCTT-AT1, +/- LT thiazide
 - Đã suy thận:
- * CL creatinin > 15 ml/phút: UCMC, UCTTAT, LT quay, UC ∞ 2TW (methyldopa).
- * CL creatinin < 15ml/phút: LT quay và UCCa
- HA mục tiêu < 130/80mmHg, HA tối ưu < 125/75 mmHg.
6. THA và HC chuyển hóa (IDF- 2005): thay đổi lối sống là chủ yếu. Thuốc: UCMC, UCTT-AT1.
7. THA và bệnh MV: UC β là chủ yếu, UCCa (DHP tác dụng kéo dài hoặc non-DHP), UCMC. Không hạ HA TTr < 60mmHg.
- * Nếu có suy tim: UCMC, UCTT-AT1, UC β , LT giữ K⁺(spironolactone liều thấp: 12,5-25mg/ngày)
- * HA mục tiêu: 110-130 mmHg.
8. THA và phì đại thất T: UCMC, UCTT-AT1, có thể dùng LT thiazide, UCCa, UC β
9. THA và thai kỳ:
 - Có 4 dạng: THA mạn tính, TSG, THA thai kỳ, TSG/THA mạn tính
 - Điều trị khi HA tâm thu > 150mmHg hoặc HA tâm trương > 100mmHg hoặc có tổn thương cơ quan đích.
 - Thuốc: methyldopa, hydralazin, ức chế β
10. THA / bệnh nhân cho con bú:
 - Nếu THA độ I nên ngưng thuốc trong vài tháng.

- Các thuốc có thể dùng: methyldopa, hydralazin, propranolon, labetolon

11. THA kháng trị: cần tìm nguyên nhân

12. THA cấp cứu, THA khẩn trương:

- THA khẩn trương: khi HA TTr>120mmHg, không tổn thương cơ quan đích:

Có thể điều trị ngoại trú, cho BN dùng thuốc đường uống hoặc ngâm dưới lưỡi: Captopril 25mg(6,26-50mg), Nitroglycerin 0.4mg ND. Hạ HA trong vài giờ, HATTr (100-110mmHg)

- THA cấp cứu: khi HA>180/120mmHg, có tổn thương cơ quan đích. Cho BN nhập viện ngay và dùng thuốc đường TM.

Một số thuốc thường dùng trên lâm sàng:

	Tên thuốc	Liều (mg/ngày)	Số lần/ngày
Lợi tiểu	Idapamide	1,25 – 2,5	1
	Furosemide	20 – 80	2
	Spironolacton	20 – 50	1
Chẹn β	Bisoprolon	2,5 – 10	1
	Metoprolon	50 – 100	1
	Carvedilon	12,5 – 50	2
UMCM	Enalapril	5 – 40	1 – 2
	Lisinopril	10 – 40	1
	Perindopril	4 – 8	11
UCTT.AT1	Candesartan	8 – 32	1
	Losartan	25 – 100	1 – 2
	Irbesatan	150 – 300	1
UC Ca ⁺	Amlodipin	2,5 – 10	1
	Felodipin	2,5 – 20	1
	Nifedipine, Nifedipine LP	10 – 20	1 – 2
UC∞2TW	Methyldopa	250 – 1000	2

Ghi chú: UCCa: ức chế can xi

Ucβ: ức chế beta

UCMC: ức chế men chuyển

UCTTAT: ức chế thụ thể angiotensin

LT : lợi tiểu

UC∞2TW: ức chế thần kinh trung ương

Tài liệu tham khảo:

1. Hội tim mạch học Việt Nam. Khuyến cáo 2008 về các bệnh lý tim mạch và chuyển hoá. NXB Y học, 2008 (235 – 291).
2. GS. Đặng Văn Phước. Tăng huyết áp trong thực hành lâm sàng. NXB Y học, 2008 (49 – 164).
3. Daniel H. Cooper, MD The Washington manual of medical therapeutics. Lippincott Williams & Wilkinss, 2007 (102 – 118).

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SUY TIM MẠN

I. ĐỊNH NGHĨA:

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

II. NGUYÊN NHÂN:

- Bệnh động mạch vành
- Tăng huyết áp
- Bệnh van tim
- Bệnh cơ tim
- Các nguyên nhân khác: rượu, nhiễm trùng, thuốc...
- Chưa rõ nguyên nhân.

III. PHÂN ĐỘ SUY TIM:

- Độ I: Không hạn chế vận động thể lực
- Độ II: Hạn chế nhẹ vận động thể lực
- Độ III: Hạn chế nhiều vận động thể lực
- Độ IV: Không vận động thể lực nào mà không gây khó chịu.

IV. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN:

Hỏi bệnh sử và khám lâm sàng thật kỹ giúp hướng chẩn đoán suy tim.

Tiêu chuẩn Framingham:

1. Tiêu chuẩn chính:

- Cơ khó thở kích hoạt về đêm hoặc khó thở phải ngồi.
- Phồng tĩnh mạch cổ
- Ran phổi
- Tim lớn
- Phù phổi cấp
- Tiếng T3
- Áp lực tĩnh mạch hệ thống >16cm nước

- Thời gian tuần hoàn >25 giây
- Phản hồi gan tĩnh mạch cổ.

2. Tiêu chuẩn phụ:

- Phù cổ chân
- Ho về đêm
- Khó thở khi gắng sức
- Gan lớn
- Tràn dịch màng phổi
- Dung tích sống giảm 1/3 so với tối đa
- Tim nhanh >120 lần/phút.

3. Tiêu chuẩn chính hay phụ:

Giảm 4,5 – 5kg/ngày khi điều trị suy tim.

▪ **Chẩn đoán xác định suy tim:**

- Có 2 tiêu chuẩn chính
- Hoặc 1 tiêu chuẩn chính + 2 tiêu chuẩn phụ.

▪ Các cận lâm sàng giúp hỗ trợ chẩn đoán, xác định nguyên nhân và độ nặng của suy tim.

- ECG: cho thấy nhịp tim nhanh, rung nhĩ, nhồi máu củ, thiếu máu cơ tim...
- X quang ngực: bóng tim to, tái phân phổi tuần hoàn phổi...
- Siêu âm tim: phát hiện các bệnh lý van tim, cơ tim, bệnh tim bẩm sinh, phân suất tống máu giảm...
- Định lượng BNP: khi BNP<100pg/ml có giá trị loại trừ suy tim.

V. ĐIỀU TRỊ:

Kết hợp biện pháp không dùng thuốc và dùng thuốc.

1. Không dùng thuốc:

- Tránh gắng sức.
- Hạn chế muối
- Tập thể dục khi tình trạng suy tim đã ổn định: 30 – 45ph/ngày, 3-5 ngày/tuần.
- Ngưng thuốc lá, giảm rượu bia.

2. Dùng thuốc:

a) Digoxin:

- Thường dùng cho suy tim có kèm theo rung nhĩ.
- Liều khởi đầu 0,125-0,25 mg/ngày (uống 1 lần) sau khoảng 1 tuần chuyển sang liều duy trì:
 - + Đối với NB còn trẻ: 0,125-0,25 mg/ngày (uống 1 lần)
 - + Đối với NB lớn tuổi: 0,0625-0,125 mg/ngày (uống 1 lần).
- Nếu NB có suy giảm chức năng thận cần giảm liều.

b) Lợi tiểu:

- Furosemide: 20 – 600mg /ngày (uống 1-2 lần)
- Indapamide: 2,5 – 5mg /ngày (uống 1 lần)
- Spironolacton: 25 – 50mg /ngày (uống 1 lần)

c) Úc chế men chuyển (UCMC):

Tên thuốc	Khởi đầu (mg)	Duy trì (mg)	Số lần/ ngày (uống)
Enalapril	2,5	10	2
Lisinopril	2,5 – 5	20	1
Perindopril	2mg x 2	4	1
Captopril	6,25 x 3	50	3 – 4

d) Chẹn thụ thể AT1: (khi không dung nạp UCMC)

- Candesartan (Atarsart): khởi đầu 4 – 8mg /lần, tối đa 32mg/lần.
- Valsartan (diovan): khởi đầu 20 – 40mg x 2lần, tối đa 160mg x 2lần.

e) Dẫn mạch:

- Nitroglycerin (nitroco, nitromin, sustonic...): 2,5 – 6,5mg x 2-3 lần/ngày.
- Isosorbide mononitrate (imdur, vasotrol...): 10-60mg x 2lần / ngày.

f) Chẹn β: (khi tình trạng suy tim đã ổn định).

- Carvedilol (suncardivas): khởi đầu 6,25mg x 2lần/ngày tăng dần tới 50mg/ngày trong 6 tuần.
- Bisoprolol (concor, bisocor): khởi đầu 1,25mg/lần/ngày tăng dần tới 10mg/ngày mỗi 2-4 tuần.

- Metoprolol (betaloc zok): khởi đầu 5mg/ngày tăng dần tới 100mg/ngày trong 7 tuần.

✦ **Sự phối hợp thuốc tùy theo mức độ suy tim:**

- Suy tim độ II: Lợi tiểu + UCMC (hoặc chẹn thụ thể AT1) + dẫn mạch + chẹn β
- Suy tim độ III, IV: Digoxin + lợi tiểu + UCMC (hoặc chẹn thụ thể AT1) + dẫn mạch + chẹn β .

✦ **Khi điều trị cần tìm các yếu tố nguy làm nặng thêm suy tim:**

- Không tuân thủ điều trị
- Tăng huyết áp
- Loạn nhịp tim
- Nhiễm trùng
- Bệnh lý tuyến giáp
- Sử dụng thuốc không phù hợp
- Quá tải dịch
- Dùng nhiều rượu

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Hội tim mạch học Việt Nam. Khuyến cáo 2008 về các bệnh lý tim mạch và chuyển hoá. Nhà xuất bản Y học 2008 (439 – 471).
2. GS. Đặng Văn Phước. Suy tim trong thực hành lâm sàng. Đại học quốc gia TP HCM 2001, (33 – 63).
3. Daniel H. Cooper, MD. The Washington manual of medical therapeutics. Lippincott Williams & Wilkins 2007, (167 – 176).

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG TIẾT NIỆU

I. ĐỊNH NGHĨA:

- Nhiễm trùng tiết niệu (NTTN) là sự xâm nhập của vi sinh vật vào bất cứ nơi nào của hệ tiết niệu từ lỗ niệu đạo đến võ thận.
- NTTN tái phát: do cùng vi trùng gây bệnh lần trước, xuất hiện 1-3 tuần sau đợt nhiễm trùng trước.
- Vi trùng gây bệnh chủ yếu là Ecoli.
- NTTN không biến chứng: là một đợt viêm bàng quang, niệu đạo do vi trùng xâm nhập vào niêm mạc bàng quang niệu đạo nhưng không gây ra những hậu quả nghiêm trọng.
- NTTN biến chứng: thường gặp trong nhiễm trùng nhu mô như viêm bể thận hoặc tiền liệt tuyến và có yếu tố nguy cơ như tắc nghẽn đường tiêu, dễ tái phát.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Viêm bể thận cấp:

- Lâm sàng:
 - Sốt cao, lạnh run, có thể buồn nôn
 - Tiểu khó, tiểu gắt, tiểu nhiều lần
 - Nước tiểu đục, có thể có máu
 - Đau hông lưng, gốc cột sống, khám có thể thấy thận to đau
- Cận lâm sàng:
 - Phân tích nước tiểu nhiều bạch cầu, hồng cầu, vi trùng
 - Cây nước tiểu có vi trùng
 - Công thức máu: Bạch cầu tăng cao, chủ yếu là bạch cầu đa nhân
 - Chẩn đoán hình ảnh: siêu âm, Xquang tìm dấu hiệu tắc nghẽn do sỏi.

2. Viêm bàng quang cấp:

- Lâm sàng:
 - Tiểu khó, tiểu gắt, tiểu nhiều lần

- Nước tiểu đục, có thể có máu
- Đau hạ vị
- Thường không có triệu chứng nhiễm trùng toàn thân.
- Cận lâm sàng:
 - Phân tích nước tiểu nhiều bạch cầu, hồng cầu, vi trùng
 - Cấy nước tiểu có vi trùng.

3. Viêm tiền liệt tuyến:

- Lâm sàng:
 - Thường ở tuổi trung niên
 - Sốt cao, lạnh run, có thể buồn nôn
 - Đau vùng dưới lưng
 - Tiểu khó, tiểu gắt, tiểu nhiều lần
 - Khám trực tràng tiền liệt tuyến căng to, đau
 - Nước tiểu đục có thể có máu
 - Đau hông lưng, gốc cột sống, khám có thể thấy thận to đau.
- Cận lâm sàng:
 - Phân tích nước tiểu nhiều bạch cầu, hồng cầu, vi trùng
 - Cấy nước tiểu có vi trùng.
 - Công thức máu: Bạch cầu tăng cao, chủ yếu là bạch cầu đa nhân

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Viêm bàng quang cấp không biến chứng ở phụ nữ:

- Phác đồ 7 ngày:
 - Fluoroquinolone:
 - Ciprofloxacin 250 – 500mg uống 2 lần/ngày
 - Ofloxacin 200 – 400 mg uống 2 lần/ngày
 - Levofloxacin 0.75g 1 lần / ngày
- Phác đồ 7 – 14 ngày: áp dụng cho bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ sau:
 - Triệu chứng kéo dài trên 7 ngày
 - Nhiễm trùng tiểu tái phát
 - Tuổi trên 65

- Đái tháo đường
- Điều trị bằng:
 - Fluoroquinolone
 - Cephalosporin (Cephalexin 250mg uống 4 lần/ngày, Cefuroxim 250mg uống ×3 lần/ngày hoặc Cefixim 200mg uống × 2 lần/ngày).

2. Nhiễm trùng tiểu tái phát ở phụ nữ:

Nên kéo dài thời gian điều trị trên 2 tuần.

3. Nhiễm trùng tiểu nam:

- Ít gặp, nên điều trị 7 – 14 ngày
- Fluoroquinolone
- Amoxicillin a.clavulanic: Curam, Augmentin 1g uống ×2 lần/ngày.
- Cephalosporin. (cefuroxim 250mg uống ×3 lần/ngày...)

4. Nhiễm trùng tiểu không có triệu chứng:

- Chỉ điều trị với phụ nữ có thai hoặc phẫu thuật tiết niệu
- Phụ nữ có thai: điều trị 7 ngày với Amoxicillin 250 – 500mg uống× 3 lần/ngày hoặc Cephalexin 250mg uống× 4 lần/ngày.

5. Viêm tiền liệt tuyến:

- Viêm cấp: Fluoroquinolone uống 14 ngày
- Viêm mạn: kéo dài thời gian điều trị Quinolon trong 1 tháng.

6. Nhiễm trùng tiểu do vi khuẩn không điển hình (*Mycoplasma Chlamydia*):

- Doxycycline 100mg:
 - + Ngày đầu: 2 viên/ngày
 - + Ngày kế tiếp: 1 viên/ngày/ 5 – 7 ngày.
- Azithromycin 500mg 1 viên/ngày/ 5 – 7 ngày.
- Spiramycin (Ery, Rova...) 1,5 – 3 MUI / 2 – 3 lần/ngày/ 5 – 7 ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Phác đồ điều trị Bệnh viện Chợ Rẫy năm 2009.

2. Thận học căn bản – JICA – năm 2007.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG THẬN HƯ

I. ĐẠI CƯƠNG:

Hội chứng thận hư là một hội chứng do nhiều nguyên nhân, bao gồm phù, tiểu đạm $\geq 3,5\text{g}/24\text{h}$, giảm đạm máu $< 25\text{g/l}$ và tăng lipid máu, gần 90% hội chứng thận hư là nguyên phát, chủ yếu do sang thương cầu thận tối thiểu.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Triệu chứng lâm sàng:

+ Phù: phù toàn thân, phù nhiều kéo dài, có thể phù dữ dội, ngoài ra còn có thể có các dấu hiệu tràn dịch màng phổi, màng bụng, màng tim, màng tinh hoàn.

+ Tiểu ít, nước tiểu thường $< 500\text{ml}/\text{ngày}$

2. Cận lâm sàng:

+ Protein niệu $\geq 3,5\text{g}/24\text{h}$

+ Protein máu $\downarrow < 60\text{g/l}$

+ Albumin máu $\downarrow < 30\text{g/l}$

+ Tăng cholesterol máu

+ Tăng triglyceride máu

3. Chẩn đoán xác định:

a/ Tiêu chuẩn chính:

- Protein $\geq 3,5\text{g}/24\text{h}$ và kéo dài

- Protein máu $\downarrow < 60\text{g/l}$

- Albumin máu $\downarrow < 30\text{g/l}$

b/ Tiêu chuẩn phụ:

- Phù
- Cholesterol máu ↑
- Triglyceride máu ↑

III. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

1. Viêm cầu thận cấp:

- Phù, cao huyết áp, tiểu hồng cầu, đạm máu bình thường
- Cholesterol máu bình thường

2. Phù do giảm đạm máu:

- Phù
- Nước tiểu bình thường
- Cholesterol máu bình thường

IV. ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc điều trị:

- + Điều trị đặc hiệu dùng thuốc ức chế miễn dịch
- + Điều trị triệu chứng
- + Điều trị biến chứng
- + Những biện pháp chung để kiểm soát đạm niệu nếu bệnh không đáp ứng với điều trị thuốc ức chế miễn dịch

2. Điều trị đặc hiệu:

a) Điều trị lần đầu:

- Liều tấn công: Prednison 1mg/kg/ngày đến khi hết đạm niệu (có thể kéo dài **12 tuần**).

- Củng cố: Prednison 1mg/kg/cách ngày/4 tuần.
- Giảm dần Prednison dùng cách ngày giảm liều dần, mỗi tháng giảm 0,2mg/kg (giảm 2 viên prednison/ 1 tháng/ người 50 kg)
- giảm liều dần từ 6-8 tháng

- Ngưng đột ngột corticoid hoặc giảm liều nhanh khi lui bệnh có thể gây tái phát.

b) Tái phát không thường xuyên:

- Điều trị như lần đầu

c) Nếu tái phát xảy ra trong khi đang giảm liều: phải tăng liều prednison tới mức tạo được lui bệnh. Sau đó, giảm liều nhanh tới mức tái phát xảy ra thì giảm chậm lại để tránh tái phát.

d) Tái phát thường xuyên hoặc lệ thuộc corticoid:

Điều trị như lần đầu sau đó dùng prednison liều thấp cách ngày lâu dài để duy trì lui bệnh.

e) Kháng corticoid:

- Ít gặp, thường do xơ cầu thận khu trú từng vùng, cần sinh thiết thận, điều trị như tái phát thường xuyên.

3. Điều trị triệu chứng:

a) Phù:

- Hạn chế muối và nước trong giai đoạn phù (2 - 3g muối/ngày)

- Lợi tiểu:

+ Chỉ định lợi tiểu:

- Phù không đáp ứng với tiết chế muối

- Phù nhiều, báng bụng to, tràn dịch màng phổi, phù phổi gây khó thở

- Phù đi kèm với nhiễm trùng nặng

+ Thuốc lợi tiểu dùng trong hội chứng thận hư: Spironolacton, Furosemide

b) Điều trị tăng lipid máu:

- Chỉ điều trị những bệnh nhân có rối loạn lipid kéo dài và những bệnh nhân có nguy cơ cao của bệnh tim mạch

- Thuốc lựa chọn là nhóm statin (lovastatin, simvastatin)

c) Biện pháp hỗ trợ khác:

- Cho thêm Vitamin D

- Cho thêm Calcium

4. Điều trị biến chứng:

a. Nhiễm trùng:

- Khi nghi ngờ nhiễm trùng phải điều trị kháng sinh phổ rộng

b. Tắc mạch: nhập viện điều trị nội trú.

5. Những biện pháp chung làm giảm đạm niệu:

- Nếu HCTH không đáp ứng với điều trị thuốc ức chế miễn dịch và bệnh nhân bị suy thận thì dùng các biện pháp không đặc hiệu để làm giảm đạm niệu:

+ Chế độ ăn hạn chế protein

+ Dùng thuốc ức chế men chuyển

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM:

- Hẹn tái khám mỗi 2 – 4 tuần

- Theo dõi đạm niệu – 24 giờ và theo dõi tác dụng phụ của thuốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. TS. Trần Thị Bích Hương - Thân học căn bản – Bệnh viện Chợ Rẫy – 2004 (Trang 75-105)
2. TS. Trần Thị Bích Hương - Bệnh học nội khoa – ĐHY Dược TP. Hồ Chí Minh – 2009 (Trang 319-329)
3. TS. Trần Thị Bích Hương - Điều trị nội khoa – ĐHY Dược TP Hồ Chí Minh-2009 (Trang 404-424).

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM CẦU THẬN MẠN (CHRONIC GLOMERULO NEPHRITIS)

I. ĐẠI CƯƠNG:

1. Định nghĩa : Viêm cầu thận mạn (VCTM) là một bệnh lý tổn thương tiểu cầu thận, tiến triển từ từ, kéo dài nhiều năm. Biểu hiện lâm sàng có thể có tiền sử phù, protein niệu, hồng cầu niệu, tăng huyết áp, nhưng cũng có thể chỉ có hồng cầu niệu, protein niệu đơn độc.

II. NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH :

- Do viêm cầu thận cấp (10-20%)
- Do viêm cầu thận có hội chứng thận hư.
- Do các bệnh toàn thân như :Lupus ban đỏ hệ thống, ban dạng thấp Schlein-Henoch.
- Hoặc do bệnh chuyển hoá như đái tháo đường, bệnh cầu thận di truyền...
- Không rõ nguyên nhân.

III. TRIỆU CHỨNG LINH SÀNG VÀ CẬN LINH SÀNG :

1. Phù :
2. Tăng huyết áp : trên 80 % bệnh nhân có tăng huyết áp.
3. Thiếu máu : là triệu chứng thường gặp, khi đã có suy thận thì triệu chứng càng nặng.
4. Hồng cầu niệu : thường có, ít khi có đái máu đại thể. Nếu sau điều trị protein niệu âm tính nhưng hồng cầu niệu dương tính thì nguy cơ bệnh tái phát vẫn còn.
5. Protein niệu : trong 24 giờ gần như thường xuyên dương tính và giao động trong khoảng 0.5-3 g/ngày. Protein niệu (+++) thường gặp ở mẫu nước tiểu

lúc sáng sớm. Những mẫu nước tiểu kế tiếp sau đó có thể âm tính; protein niệu cách hồi. Khi protein niệu âm tính thì phải làm protein niệu 24 giờ.

6. Trụ niệu : trụ hồng cầu, trụ trong, trụ hình hạt.

IV. TIẾN TRIỂN VÀ TIÊN LƯỢNG :

- Tiến triển âm ỉ, phù tái phát nhiều lần, rồi đến suy thận.
- Trong quá trình tiến triển có thể xuất hiện nhiều đợt có hội chứng thận hư.
- Tiên lượng tùy theo thể bệnh : có thể kéo dài 5-10 năm, có trường hợp trên 20 năm mới có suy thận nặng.
- Tiên lượng còn tùy thuộc các yếu tố gây bệnh nặng như tăng huyết áp ác tính, các đợt nhiễm khuẩn, có thai,....

V. CHẨN ĐOÁN VÀ CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT :

1. Chẩn đoán xác định :

Dựa vào phù, tăng huyết áp, Uré, Creatinin máu tăng, protein niệu, hồng cầu niệu, trụ niệu.

2. Chẩn đoán phân biệt :

- Tăng huyết áp ác tính
- Viêm thận- bể thận mạn tính :
- Protein niệu lành tính :

VI. ĐIỀU TRỊ :

1. Điều trị :

Điều trị triệu chứng :

- Chống nhiễm khuẩn : nhiễm khuẩn có thể là nguồn cung cấp kháng nguyên hoặc là yếu tố khởi phát, vì vậy sử dụng kháng sinh là cần thiết. Dùng kháng sinh ít độc tính với thận, dùng đường uống là chủ yếu. Các kháng sinh thường dùng là : Ampicillin, Azithromycin, Rovamycin. Thời gian dùng kháng sinh từ 7-10 ngày.
- Điều trị phù : dùng các thuốc lợi tiểu quai (như Lasix, Furosemide).

Lasix 40mg x 2-4 viên/ ngày, tùy theo khối lượng nước tiểu 24 giờ điều chỉnh liều Lasix cho hợp lý, lượng nước tiểu 24 giờ phải trên 1000ml, nếu lượng nước tiểu ít hơn phải tăng liều lợi tiểu.

- Điều trị tăng huyết áp : phải sử dụng các thuốc hạ áp không ảnh hưởng đến chức năng thận, các nhóm thuốc thường dùng là :

+ Thuốc ức chế Canxi : dùng 1 trong những thuốc sau :

++ Nipeditipin 30mg x 1-2 viên/ ngày.

++ Amlordipin 5mg x 1-2 viên/ ngày.

++ Felodipin 5mg x 1-2 viên/ ngày.

+ Thuốc ức chế beta : dùng 1 trong những thuốc sau :

++ Bisoprolol 5mg x 1-2 viên/ ngày.

++ Carvedilol 25mg x 1-2 viên/ ngày.

+ Lợi tiểu quai : Furosemid.

Có thể kết hợp 2 loại thuốc lợi tiểu khác nhóm, thận trọng khi sử dụng các thuốc ức chế men chuyển, Hypothazid.

. Corticoid liệu pháp :

Chỉ định :

- VCTM tiên phát có HCTH.
- Tổn thương thận trong các bệnh hệ thống : Lupus ban đỏ hệ thống, viêm da-cơ, bệnh tổ chức liên kết hỗn hợp.
- Các bệnh mạch máu : viêm mạch máu dạng nút, bệnh u hạt Wegener.
- Hội chứng Goodpasture.
- Viêm cầu thận tăng sinh ngoài mao mạch.

Thuốc và liều dùng :

- Corticoid :

+ Prednisolon 1-1,5mg/ kg/ ngày, uống 1 lần sau khi ăn sáng (6-7 giờ sáng).
Dùng thuốc kéo dài cho đến lúc protein niệu âm tính hoặc protein niệu dưới 0,5 g/ ngày, sau đó giảm liều dần. Thời gian điều trị là 06 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1- Brenner B.M., Mackenzie H.S., (1998) “Disturbances of renal function” , Harrison’s principles of internal medicine, 14 th ED, Mc Graw- Hill, New York, pp. 1498- 1513.
- 2- Hoàng Đàn (2002) “Viêm cầu thận mạn”, giáo trình giảng dạy đại học và sau đại học, Học viện Quân Y Hà Nội. (trang269-294)
- 3- GS.TS Nguyễn Văn Xang, TS. Đỗ Thị Liệu (2004) “Viêm cầu thận mạn”, bài giảng bệnh học nội khoa , Trường Đại Học Y Hà Nội. (trang199-205).

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM LOÉT DẠ DÀY – TÁ TRÀNG

I. CHẨN ĐOÁN:

1. Chẩn đoán dựa vào:

- Đau vùng thượng vị, đau có chu kỳ (mang tính chất gợi ý) hoặc đã có biến chứng.
- X-quang: Chụp dạ dày – tá tràng có cản quang.
- Tốt nhất: Nội soi dạ dày – tá tràng và làm Clotest.

2. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm dạ dày.
- K dạ dày.
- Giun sán.

II. ĐIỀU TRỊ:

A. Chế độ ăn uống và nghỉ ngơi:

- Ăn thức ăn mềm dễ tiêu, ăn trước khi ngủ 3 giờ.
- Cữ chua, cay, thuốc lá, cà phê, rượu, thức ăn còn nóng, nước có gas, dầu mỡ...
- Người bệnh được nghỉ ngơi nằm viện: Khi có đau rầm rộ, cần cắt cơn đau và yếu tố stress, khi có biến chứng.

B. Điều trị bằng thuốc:

a. Antacid không hòa tan như: Phosphalugel, gastropugite, trimafor, tenamyd gel

Cách dùng;

- Thường dùng 3-4 lần/ngày: cho uống sau bữa ăn từ 30phút- 1giờ. Dùng 3 lần theo bữa ăn và 1 lần vào buổi tối trước khi đi ngủ.
- Điều trị liên tục 8 tuần.

b. Nhóm H2:

- Cimetidin: viên 300mg 3-4viên/24giờ
- Ranitidin:(albis, ranudom ...) viên 150mg 1-2 viên/ ngày
- Duy trì 6-8 tuần.

+ Suy gan, suy thận giảm ½ liều.

c. Ức chế bơm proton: chọn một trong những thuốc sau:

- Omeprazol 20mg × 1 lần/ngày duy trì 4-6 tuần.
- Pantoprazol 40mg × 1 lần/ngày duy trì 4-6 tuần.
- Rabeprazol 20mg × 1 lần/ngày duy trì 4-6 tuần.
- Esomeprazol 20mg × 1 lần/ngày duy trì 4-6 tuần

d. Khi có nôn:

- Domperidon (Motilium M, Ocupal, Pymepelium) 10mg 2-3 lần/ ngày

e. Ngoài ra còn sử dụng một số thuốc giảm đau, chống co thắt:

Mebeverin hydroclorid 135mg (Vermeb) 2-3 lần/ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. BSCK2 Trần Kiều Miên - Bệnh học Nội khoa - Bộ môn Nội Đại Học Y Dược TPHCM 2009 (Trang 242-257)
2. BSCK2 Trần Kiều Miên - Ths Quách Trọng Đức - Bệnh học Nội khoa - Bộ môn Nội Đại Học Y Dược TPHCM 2009 (Trang 163-190).
3. Harrison's Principles of Internal Medicine 1999.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ DIỆT *HELICOBACTER PYLORI*

1. Chỉ định:

- Loét dạ dày.
- Loét tá tràng.
- Tổn thương dạ dày-tá tràng do viêm mạn type B hoạt động những bất thường của dạ dày dạng đại thể hay vi thể.
- Sau cắt dạ dày vì K có nhiễm H.P
- Tiền căn gia đình có K dạ dày và luôn bị nhiễm H.P

2. Các công thức:

- ***Ức chế bơm proton(PPI) x 2/ngày, lúc bụng đói***
 - + Amoxicillin 1g x2 lần/ngày, sau bữa ăn chính.
 - + Clarithromycin 500mg x 2 lần/ngày, sau bữa ăn chính.Tấn công: 7-14 ngày. Sau đó cắt A.C, giữ PPI duy trì khoảng 4-6tuần.
- ***Ức chế bơm proton (PPI) x 2/ngày. 4-6tuần***
 - + Clarithromycin 500mg x 2 /ngày.7-14 ngày
 - + Tinidazole 0.5g x2 /ngày. 7-14 ngày
- ***Ức chế bơm proton (PPI):***
 - Omeprazol 20mg
 - Pantoprazol 40mg
 - Rabeprazol 20mg
 - Esomeprazol 20mg
- ***Phác đồ điều trị trình tự:***
 - 5 ngày đầu: Amoxicillin 1g x 2 lần/ngày+ Rabeprazol 20mg x 2 lần/ngày
 - 5 ngày kế tiếp:
 - Tinidazole 500mg x 2 lần/ngày.
 - Clarithromycin 500mg x 2 lần/ngày.
 - Rabeprazol 20mg x 2 lần/ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. BSCK2. Trần Kiều Miên - Bài giảng bệnh học Nội khoa - Bộ môn Nội Đại Học Y Dược TPHCM 2009 (Trang 242-257).
2. BSCK2. Trần Kiều Miên - Ths Quách Trọng Đức - Bệnh học Nội khoa - Bộ môn Nội Đại Học Y Dược TPHCM 2009 (Trang 163-190).

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM ĐẠI TRÀNG MẠN

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Viêm đại tràng mãn có nhiều nguyên nhân.
- Cần phải chẩn đoán phân biệt cancer đại tràng.

II. NGUYÊN NHÂN:

1. Các bệnh nhiễm: nhiễm khuẩn lao, Salmonella, Shigella.
 - Nhiễm ký sinh trùng: amide, Giardia.
 - Nhiễm nấm Candida.
2. Không rõ nguyên nhân:

Viêm đại trực tràng xuất huyết (viêm loét đại tràng).

III. TRIỀU CHỨNG:

1. Lâm sàng:

- Đau bụng kiểu đau dọc khung đại tràng hố chậu (P) (T), hông (P) (T) ngang rốn đau quặn thắt từng cơn trên nền đau âm ỉ.
- Rối loạn đi cầu: lúc bón, lúc chảy.

2. Cận lâm sàng:

- Khảo sát phân.
- Nội soi, sinh thiết.

IV. ĐIỀU TRỊ:

A. Chế độ ăn uống:

Kiêng ăn các thức ăn nhiều dầu mỡ, đồ hộp, sữa, rau sống, các gia vị chua cay. Nếu tiêu chảy nên dùng thức ăn lỏng; nếu táo bón nên ăn đặc để tăng nhu động ruột.

B. Điều trị nguyên nhân:

1. Amip:

- a. Lâm sàng: Đau bụng âm ỉ, giảm đau sau khi đi cầu, phân chứa đàm lẫn máu, không tốt.
- b. Xét nghiệm phân có kyste Entamoeba.
- c. X-quang đại tràng tăng: nhu động.
- d. Soi trực tràng: niêm mạc đỏ có nhiều vết loét nhỏ.

e. Thuốc: Metronidazol: 20-30 mg/kg/ngày x 7ngày.

2. Do giun:

- Vermox 0,1g x 2viên/ngày x 3ngày.
- Fugacar 1viên/ lần

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Ths Võ Thị Mỹ Dung - Bệnh Học Nội Khoa – Đại Học Y Dược TPHCM - 2009 (Trang 257-267).
2. Ths Võ Thị Mỹ Dung – Điều trị học nội khoa - Đại học Y Dược TPHCM - 2009 (Trang 267-280).

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ XƠ GAN

I. ĐẠI CƯƠNG:

Xơ gan là bệnh thường gặp và do nhiều nguyên nhân gây ra. Tổn thương giải phẫu bệnh gồm viêm và thoái hóa hoại tử tế bào gan, tái tạo và tăng sinh tế bào gan dạng nốt, xơ hóa tổ chức liên kết.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

- Bệnh cảnh lâm sàng của xơ gan rất đa dạng, phụ thuộc vào bệnh căn gây xơ gan.
- Biểu hiện lâm sàng bằng hai hội chứng chính:

+ **Hội chứng suy tế bào gan**; giai đoạn sớm triệu chứng: mệt mỏi, chán ăn, rối loạn tiêu hóa. Muộn hơn sụt cân, phù chân, phù mềm ấn lõm, vàng da xám da, có thể có xuất huyết dưới da, chảy máu cam, rối loạn tiêu hóa, đầy bụng chướng hơi, ăn uống kém.

+ **Hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa**: cổ chướng, lách to, tuần hoàn bàng hệ cửa chủ, xuất huyết tiêu hóa gan thường teo nhỏ đối với các nguyên nhân xơ gan sau ngoại tử, gan to đối với các nguyên nhân xơ gan ứ đọng, gan mật độ chắc, có thể thấy mật độ gan gồ ghề.

2. Cận lâm sàng:

- Siêu âm bụng: bờ gan không đồng đều, gan to hay gan teo, siêu âm giúp loại trừ các khối u gan, có dịch ổ bụng tự do. Tĩnh mạch cửa giãn rộng, lách to
- Sinh hóa:
 - Ứ mật: Billirubin máu tăng cao cả liên hợp và bilirubin tự do.
 - Transaminase tăng do hoại tử tế bào gan.
 - Công thức máu: có thể có thiếu máu nếu có xuất huyết tiêu hóa.Đặc biệt: số lượng tiểu cầu giảm, số lượng bạch cầu có thể giảm.

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Điều trị nguyên nhân: rất hạn chế

- Cai rượu nếu xơ gan do rượu.

- Điều trị viêm gan siêu vi B nếu do viêm gan B: Lamivudin 100mg 1 viên/ ngày.
- Ăn uống đủ chất đạm trong trường hợp do suy dinh dưỡng.
- Điều trị tốt suy tim nếu do suy tim
- Điều trị nguyên nhân gây tắc mật: sỏi đường mật, giun.

2. Điều trị bảo tồn và tiết chế:

- Nghi ngơi tránh làm việc gắng sức.
- Cân nhắc, thận trọng nên tránh dùng các thuốc gây độc cho gan: acetaminophen, an thần...
- Chế độ ăn: nên dùng đạm thực vật
- Cho thêm sinh tố nhất là vitamin nhóm B liều cao, vitamin C (nếu xơ gan do rượu).
- Các thuốc trợ gan nhằm giúp:
 - + Bảo vệ tế bào gan tránh hoại tử xơ hóa tiếp tục: legalon...
 - + Tránh tăng NH₃/ xơ gan: Arginin, L ornithin...

3. Điều trị cổ chướng :

- Nghi ngơi
- Chế độ ăn nhạt
- Hạn chế nước
- Thuốc lợi tiểu:

+ Dùng đơn độc nên bắt đầu bằng nhóm kháng Aldosterone liều 100-300mg

+ Dùng kết hợp: lợi tiểu kháng Aldosterone / Furosemid liều 100mg/40mg nếu không đáp ứng có thể tăng liều cũng với tỉ lệ này sẽ hạn chế rối loạn điện giải, liều tối đa 300/120mg.

Có thể dùng kéo dài và cần theo dõi điện giải đồ.

Khi đáp ứng có thể giảm liều lợi tiểu cũng theo tỉ lệ, đáp ứng với furosemid nên ngưng

4. Điều trị tăng áp lực tĩnh mạch cửa: phòng ngừa xuất huyết tiêu hóa do vỡ tĩnh mạch thực quản.

- **Ức chế beta không chọn lọc:**

Propanolol liều thường dùng: 20-180mg/ngày

Cần lưu ý tác dụng phụ khi dùng thuốc chẹn beta

- **Nhóm nitrat** : Nitrat tác dụng dài: isosorbide-5-mononitrate như biệt dược (Imdur....) viên 30mg, 60mg liều 60mg/ ngày.

Tài liệu tham khảo:

1. TS Nguyễn Quốc Ánh, PGS TS Ngô Quý Châu và cộng sự.(2011). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa.
2. Mark Feldman et all, gastrointestinal and liver disease pathology/diagnosis/management. Sauders Elsevier, 8 th edition
3. C. haslett et all, Davison- medicine interne principes et pratique, 19 eme edition. Maloine.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ LOÃNG XƯƠNG

I/ Định nghĩa :

Loãng xương là một hội chứng với đặc điểm sức bền của xương bị suy giảm dẫn đến gia tăng nguy cơ gãy xương. Sức bền của xương phản ánh sự kết hợp của mật độ xương – chất khoáng trong xương và chất lượng xương.

II/ Các yếu tố góp phần gây ra loãng xương :

1/ Giảm kích thích tố (hormon) : Tắt kinh sớm dưới 45 tuổi

2/ Di truyền thể tạng :

- Da trắng (Châu Á)
- Gia đình.
- Nhỏ người.

3/ nếp sống – Dinh dưỡng :

- Không sinh con
- Tắt kinh thứ phát kéo dài
- Hút thuốc , uống rượu , café
- Bất động kéo dài
- Nhẹ cân

4/ Bệnh nội khoa :

- Chán ăn, kém hấp thu do bệnh đường ruột, bệnh gan mật cường cấp giáp nguyên phát, cường giáp.
- Suy sinh dục nguyên phát, u tiết prolactin, cường võ thượng thận, viêm đa khớp dạng thấp, bệnh phổi mạn tính, suy thận mạn, đái tháo đường type I, sau ghép cơ quan.

5/ Thuốc :

- Điều trị corticoid kéo dài
- Dùng nhiều hormon giáp
- Thuốc kháng đông

- Hóa trị liệu ung thư...

III/ Chẩn đoán loãng xương :

1/ **Bệnh sử** : hỏi các yếu tố nguy cơ

2/ **Triệu chứng lâm sàng** : những biểu hiện lâm sàng chỉ xuất hiện khi trọng lượng xương giảm trên 30%.

a/ Đau xương : thường đau ở vùng xương chịu tải của cơ thể (cột sống thắt lưng, chậu hông) đau nhiều nếu sau chấn thương, đau âm ỉ nếu tự phát, đau tăng khi vận động đi lại, giảm khi nằm nghỉ.

b/ Hội chứng kích thích rễ thần kinh: đau dọc theo thần kinh liên sườn, dọc theo thần kinh tọa, đau tăng khi ho, hắt hơi... Không bao giờ gây nên hội chứng chèn ép tủy.

c/ Thăm khám:

- Cột sống: biến dạng đường cong bình thường như gù ở vùng lưng hay thắt lưng, chiều cao có thể giảm so với lúc trẻ.

d/ Tiến triển: Đau tiến triển từng đợt, khi tăng, khi giảm, thường trỗi lên khi vận động hoặc sau chấn thương nhẹ, rất dễ gãy xương: gãy cổ xương đùi, gãy 2 xương cẳng tay, gãy cổ xương đùi hoặc lún đốt sống chèn ép các rễ thần kinh gây đau nhiều, không đi lại được.

3/ Cận lâm sàng:

- CTM, VS, canxi HT, albumin, phosphat, phosphatase, alkaline, SGOT, SGPT, điện di đạm.
- Tổng phân tích nước tiểu.
- Xquang cột sống ngực bụng.
- Testosterone, gonadotropin trên nam giới.
- Đo mật độ xương. (DXA hoặc SXA).

* **Tiêu chuẩn chẩn đoán loãng xương do WHO đề nghị:**

Chẩn đoán	Tiêu chuẩn
Bình thường- Normal	$T > -1$
Thiếu Xương- Osteopenia	$-2.5 < T < -1.1$
Loãng xương- Osteoporosis	$T < -2.5$
Loãng xương nghiêm trọng	Loãng xương + Tiền sử

(severe osteoporosis)

gãy xương gần đây

Chỉ định đo mật độ xương cho phụ nữ theo NOF đề nghị:

1/ Tất cả phụ nữ sau mãn kinh, dưới 65 tuổi và có một trong những yếu tố nguy cơ sau:

- Tiền sử gãy xương ở sau tuổi 30.
- Có thân nhân từng bị gãy xương (cha mẹ, anh chị em).
- Người da trắng
- Cao tuổi
- Phụ nữ # 46 tuổi.
- Mất trí nhớ(dementia).
- Sức khỏe yếu
- Hút thuốc lá.
- Trọng lượng thấp (<56 Kg).
- Thiếu nội tiết tố nữ: mãn kinh sớm(trước 45 tuổi hay do phẫu thuật), thời gian tiền mãn kinh (kéo dài hơn 5 năm).
- Thiếu canxi
- Nghiện bia rượu
- Suy yếu thị lực
- Hay bị té ngã
- Thiếu vận động cơ thể.

2/ Tất cả phụ nữ 65 tuổi trở lên.

3/ Phụ nữ sau mãn kinh với tiền sử gãy xương.

4/ Phụ nữ muốn được điều trị phòng chống loãng xương và nếu xét nghiệm MĐX cho thấy họ có MĐX thấp.

5/ Phụ nữ đã từng được điều trị bằng liệu pháp thay thế hormon trong một thời gian dài hơn 10 năm.

IV/ Điều trị loãng xương và phòng ngừa gãy xương:

A- Điều trị hàng đầu:

1/ Thay đổi các thói quen xấu và nếp sống.

2/ Điều chỉnh sự thiếu canxi và sinh tố D.

- Khẩu phần không có sữa: 300mg calcium (1 tách sữa hay 1 lát phô mai bằng 300 mg).
- Lượng calci cần dùng 1000 – 1200mg/ngày.
- Lượng sinh tố D tối thiểu 400UI/ngày.

3/ Liệu pháp thay thế hormon:

- Calcitonin (Miacalcin) : ■ 200UI xịt mũi hàng ngày.
- Alendronat (alenta10mg,70mg, alenbe10mg,70mg...):
 - 10mg uống hàng ngày hoặc 70mg uống hàng tuần.
- Risedronat (Actonel) 5mg uống hàng ngày hoặc 35mg uống hàng tuần.

B/ Đối tượng cần điều trị:

Theo Tổ chức loãng xương Hoa Kỳ (NOF):

- ❖ Nếu chỉ số T của mật độ xương trên (-1): không cần điều trị.
- ❖ Nếu T nằm trong khoảng (-1) đến (-2.4) có gãy xương thì nên điều trị.
- ❖ Nếu T dưới (-2.5) : cần điều trị.
- ❖ Nữ thời kỳ sau mãn kinh hơn 20 năm.
- ❖ Nữ trên 75 tuổi.

Tài liệu tham khảo:

1. PGS Nguyễn Văn Tuấn, TS Nguyễn Đình Nguyên. Loãng xương, nguyên nhân, chẩn đoán, điều trị và phòng ngừa. NXB Y học 2007.
2. PGS.TS. Trần Ngọc Ân. Bệnh thấp khớp nhà sản xuất bản Y học Hà Nội 1998 (trang 22 – 32).
3. Meryls Le Boff Bài Giảng: Bệnh loãng xương thế kỷ 21.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA KHỚP VÀ THOÁI HÓA CỘT SỐNG

I. ĐỊNH NGHĨA:

Thoái hóa khớp là những bệnh của khớp và cột sống mạn tính, đau và biến dạng, không có biểu hiện viêm. Tổn thương cơ bản của bệnh là tình trạng thoái hóa của sụn khớp và đĩa đệm (của cột sống), phối hợp với những thay đổi ở phần dưới sụn và màng hoạt dịch.

II. CHẨN ĐOÁN LÂM SÀNG:

A. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG:

1. Đau:

- Kiểu “cơ giới” đau khi vận động và giảm khi nghỉ ngơi.
- Vị trí: thường đối xứng 2 bên, đau ở vị trí của khớp hoặc đoạn cột sống bị thoái hóa, ít lan xa (trừ khi có chèn ép rễ và dây thần kinh).
- Tính chất: đau âm ỉ, có thể có cơn đau cấp (ở cột sống) xuất hiện và tăng khi vận động, thay đổi tư thế, đau nhiều vào buổi chiều, giảm đau về đêm và khi nghỉ ngơi.
- Đau diễn tiến thành từng đợt, dài ngắn tùy trường hợp, hết đợt có thể hết đau, sau đó tái phát đợt khác, có thể liên tục tăng dần.
- Đau không kèm theo với các biểu hiện như: sốt, viêm, sưng, nóng đỏ.

2. Hạn chế vận động:

- Hạn chế một phần các động tác của khớp và đoạn cột sống thoái hóa.
- Hạn chế nhiều do các phản ứng cơ cơ kèm theo.
- Không làm được một số động tác: quay cổ, cúi sát đất, ngồi xổm....
- Cứng khớp vào buổi sáng.

3. Biến dạng:

Không nhiều như các bệnh khớp khác: biến dạng do mọc gai xương, do lệch trục khớp hoặc thoát vị màng hoạt dịch ở ngón tay bị thoái hóa, các gai xương tạo nên hình hạt lồi lên ở khớp ngón xa.

4. Các dấu hiệu khác:

- Teo cơ: do ít vận động ở các cơ bị tổn thương.
- Tiếng lạo sạo khi vận động ít có giá trị vì có thể thấy ở người bình thường hoặc ở các bệnh khác.
- Tràn dịch khớp: đôi khi thấy ở khớp gối do phản ứng xung huyết và tiết dịch.

5. **Dấu hiệu toàn thân:** Không có biểu hiện toàn thân.

B. TRIỆU CHỨNG CẬN LÂM SÀNG:

1. **X-quang:** có 3 dấu hiệu cơ bản

- a. Hẹp khe khớp khe không đồng đều, ở cột sống chiều cao đĩa đệm giảm, không bao giờ dính khớp.
- b. Đốt xương dưới sụn: phần đầu xương hõm khớp, mâm đốt sống có hình đậm đặc, căn quang nhiều, trong phần xương đặc thấy một số hốc nhỏ sáng hơn.
- c. Mọc gai xương: ở phần tiếp giáp giữa xương, sụn và màng hoạt dịch; rìa ngoài của thân đốt sống, gai xương có hình thô và đậm đặc, một số mảnh rơi ra nằm trong ổ khớp hay phần mềm quanh khớp.

III. ĐIỀU TRỊ VÀ PHÒNG BỆNH:

A. Điều trị:

\$ Không có thuốc chữa quá trình thoái hóa, điều trị triệu chứng và phục hồi chức năng là quan trọng, phải phối hợp nội khoa, vật lý và ngoại khoa.

1. Nội khoa:

Thuốc giảm đau thường dùng từ 2-4 tuần.

- Giảm đau chọn một trong các thuốc theo bậc thang giảm đau của tổ chức Y tế thế giới (WHO):
 - Nhóm Acetaminophen (Paracetamol, Efferalgan), Efferalgan codein, Paracetamol 0,5g liều từ 1-3viên / ngày.
 - Nhóm kháng viêm nonsteroid:
 - + Diclofenac (voltaren...) viên 50mg x 2 viên/ ngày hoặc viên 75mg 1viên / ngày sau ăn no.
 - + Hoặc Ức chế chọn lọc COX 2:
 - Celecoxib 100 – 200mg/ngày.

- Piroxicam 10mgx2lần/ngày
- Meloxicam(Mobic) 7,5mgx2lần/ngày
- Edosic (Etodolac) 200-400mg/ngày
- Nabumetone (Korum, Novidol...) 500-100mg/ngày

Thuốc tăng cường dinh dưỡng sụn, thường dùng từ 4-6 tháng.

- Glucosamin 500 – 1500mg/ngày.

B. Phòng bệnh:

\$ Phòng bệnh rất quan trọng bằng cách ngăn ngừa và hạn chế các tác động cơ giới quá mức ở khớp và cột sống, ta có thể dự phòng có kết quả các bệnh thoái hóa khớp, cột sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. PGS.TS.BS Trần Ngọc Ân. Bệnh thấp khớp – Nhà xuất bản Y Học 1998.
2. TS BS LÊ ANH THU. Chẩn đoán và điều trị bệnh thoái hóa khớp – BV Chợ Rẫy – 2006
3. TS Đinh Hiếu Nhân - Bệnh Học Nội Khoa – Đại Học Y Dược TPHCM - 2009 (trang 538-544).

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM KHỚP DẠNG THẤP (Rheumatoid Arthritis)

I. Định nghĩa:

Viêm khớp dạng thấp là bệnh tự miễn có biểu hiện toàn thân, có đặc điểm là viêm màng hoạt dịch của nhiều khớp. Viêm khớp dạng thấp được đặc trưng bởi các biểu hiện ở các khớp đối xứng hai bên.

II. Nguyên nhân gây bệnh: chưa được rõ ràng

Một số yếu tố gây bệnh:

1) Những yếu tố di truyền:

- + Gen nhóm I : HLA-A, HLA-B, HLA-C
- + Gen nhóm II: HLA-DR, HLA-DQ, HLA-DP

2) Những tác nhân nhiễm khuẩn:

- Parvovirus B19.
- Bệnh Lyme.
- Virus Epstein-Barr.
- Proteus mirabilis.
- Vi khuẩn lao.

3) Những yếu tố Hormon.

4) Chế độ ăn.

5) Các yếu tố ngẫu nhiên.

III. Triệu chứng lâm sàng:

Chẩn đoán viêm khớp dạng thấp cần dựa vào biểu hiện của một tập hợp các dấu hiệu lâm sàng và xét nghiệm trong tiêu chuẩn chẩn đoán của viện thấp khớp học Mỹ 1987.

A. Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm khớp dạng thấp của viện thấp khớp học Mỹ 1987 (American college of Rheumatology – ACR).

- 1) Cứng khớp buổi sáng ở một khớp nào đó trong khoảng thời gian 1 giờ, trước khi giảm tối đa.
- 2) Sưng mô mềm ở ba khớp trở lên.

- 3) Viêm khớp ở khớp liên đốt ngón xa bàn tay, khớp bàn ngón tay và chân, khớp cổ tay, khớp cổ chân, khớp gối, khớp khuỷu.
- 4) Viêm khớp đối xứng.
- 5) Các nốt dưới da.
- 6) Xét nghiệm yếu tố dạng thấp (RF) dương tính.
- 7) Tổn thương ăn mòn, loãng xương ở các khớp bàn tay và cổ tay trên X-quang (tiêu chuẩn có độ nhạy 91,2%; độ đặc hiệu 89,3%).

Để chẩn đoán xác định cần có ít nhất 4 trong 7 tiêu chuẩn nêu trên, tiêu chuẩn 1 - 4 tồn tại ít nhất trong 6 tuần.

B. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm khớp vẩy nến.
- Viêm khớp phản ứng.
- Hội chứng Reiter.
- Viêm cột sống dính khớp.
- Lupus ban đỏ hệ thống.
- Các bệnh Sarcoidosis.
- Viêm nội tâm mạc bán cấp.
- Viêm khớp nhiễm khuẩn.

IV. Cận lâm sàng:

- Yếu tố dạng thấp (Rheumatoid factor – RF) dương tính.
- CRP (C – Reactive Proteine) tăng.
- VS tăng.
- X-quang quy ước.
- Trong viêm khớp dạng thấp:
 - Mới mắc X-quang bình thường
 - Tiếp theo có hình ảnh tổn thương ăn mòn kinh điển (Erosion) ở cạnh khớp.
 - Muộn hơn nữa là hình ảnh ăn mòn lan rộng ra sụn khớp, hẹp khe khớp, bán trật khớp, lệch trục khớp.

V. Điều trị:

- Bệnh viêm khớp dạng thấp là bệnh chưa có khả năng chữa khỏi. Mục đích cao nhất của điều trị là đạt được sự lui bệnh, ngăn chặn các biến chứng.
- Về nguyên tắc, việc điều trị phải kéo dài suốt đời nếu không có tác dụng phụ buộc phải ngưng thuốc.

1) Các biện pháp không dùng thuốc:

- Giảm áp lực ở khớp bằng cách nghỉ ngơi, cố định khớp bằng nẹp, dùng các nạng chống.
- Mọi điều trị vật lý, lý liệu và tập luyện đều không được quá mức.
- Chế độ ăn uống dinh dưỡng tăng cường chất đạm, vitamin và các khoáng chất.

2) Thuốc:

a. Thuốc giảm đau

- Giảm đau chọn một trong các thuốc theo bậc thang giảm đau của tổ chức Y tế thế giới (WHO):
- Nhóm Acetaminophen (Paracetamol, Efferalgan), Efferalgan codein, Paracetamol 0,5g liều từ 1- 2viên/ngày/4 ngày.
- Nhóm kháng viêm nonsteroid:
 - + Diclofenac (voltaren...) viên 50mg x 2 viên/ ngày hoặc viên 75mg 1viên / ngày sau ăn no.
 - + HoặcỨc chế chọn lọc COX 2:
 - Celecoxib 100 – 200mg/ngày.
 - Piroxicam 10mgx2lần/ngày
 - Meloxicam (Mobic) 7,5mgx2lần/ngày
 - Edosic (Etodolac) 200-400mg/ngày
 - Nabumeton (Korum, Novidol...) 500-100mg/ngày

b. Nhóm Corticosteroid:

- Prednisolon 7,5mg/ngày/8h sáng.
- Methylprednisolone 5-10mg/ngày/8h sáng.

c. Nhóm thuốc chống thấp khớp tác dụng chậm: Methotrexat.

- Liều dùng: 10-20mg/tuần, tiêm bắp hoặc uống. Thường dùng đường uống bắt đầu bằng liều 10mg; uống 4 viên (2,5mg/viên) vào một ngày nhất định trong tuần. Thuốc có hiệu quả sau 1-2 tháng. Có thể chỉnh liều tùy theo đáp ứng của bệnh. Trong trường hợp thuốc kém hiệu quả hoặc kém dung nạp bằng đường tiêm bắp (ống tiêm 10 hoặc 15mg) mỗi tuần một mũi duy nhất.
- Chống chỉ định: hạ bạch cầu, suy gan thận, tổn thương phổi mạn tính.
- Tác dụng không mong muốn: Thường gặp loét miệng, nôn, buồn nôn. Có thể gây độc tế bào gan và tủy.
- Nhằm hạn chế tác dụng không mong muốn của methotrexat cần bổ sung acid folic, liều bằng liều methotrexat (viên 5mg, 02 viên/tuần chia 2 ngày trong tuần khi dùng liều 10mg methotrexat/tuần).
- Lưu ý: tác dụng phụ có hại của thuốc điều trị viêm khớp dạng thấp trên: tiêu hóa, huyết học, tim mạch, gan, thận, phổi. Vì vậy cần kiểm tra thường xuyên các chức năng trên trước khi điều trị và sau mỗi tháng, ba tháng, hay đột xuất theo diễn biến của bệnh.

Tài liệu tham khảo:

- 1) American college of Rheumatology Subcommittee on Rheumatoid Arthritis 2002.
- 2) ABC of Rheumatology fourth edition 2010.
- 3) Current Diagnosis Treatment in Rheumatology 2007.
- 4) Kelly's textbook of Rheumatology 2008.
- 5) Bệnh viêm khớp dạng thấp NXBYH 2007.
- 6) The Washington Manual of Medical Therapeutics 33RD edition 2010.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ĐAU THẦN KINH TỌA

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Thần kinh tọa là một dây thần kinh lớn của cơ thể được tạo nên bởi các rễ thần kinh từ đốt sống thắt lưng L3, L4, L5, S1.
- Tuổi thường gặp nhất từ 30-60 tuổi.
- Nguyên nhân thường gặp nhất là do thoát vị đĩa đệm. Điều trị nội khoa là chính, tuy nhiên nếu đau kéo dài ảnh hưởng nhiều đến khả năng vận động, cần xem xét phẫu thuật

II. CHẨN ĐOÁN ĐAU THẦN KINH TỌA DO THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM:

1. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH: chủ yếu dựa triệu chứng lâm sàng

a. Triệu chứng cơ năng:

- Đau thắt lưng lan xuống mông và căng chân theo đường đi của thần kinh hông. Có khi đau âm ỉ nhưng thường đau dữ dội, đau tăng về đêm, giảm khi nằm yên trên giường cứng và gối co lại, có thể kèm theo cảm giác kiến bò hoặc kim châm bờ ngoài bàn chân chéo qua mu chân đến ngón cái, ở gót chân hoặc ngón út.

b. Triệu chứng thực thể:

- Cột sống: phản ứng co cứng cơ cạnh cột sống, cột sống mất đường cong sinh lý.
- Triệu chứng trên ép rễ: dấu hiệu lasague dương tính. Khám phản xạ, cảm giác, vận động, tình trạng teo cơ để xác định vị trí dễ bị tổn thương.
- Rễ L5: phản xạ gân gót bình thường, giảm hoặc mất cảm giác phía ngón cái.
- Rễ S1: phản xạ gót giảm hoặc mất, cảm giác giảm hoặc mất phía ngón út, không đi được bằng mũi chân, teo cơ bắp căng chân.

2. CẬN LÂM SÀNG: Chẩn đoán hình ảnh:

- Chụp X quang thường quy: đánh giá hình thái cột sống, đốt sống để loại trừ các nguyên nhân khác như khối u, xẹp lún đốt sống, viêm đốt sống đĩa đệm...
- Chụp cắt lớp vi tính cột sống khi có nghi ngờ tổn thương cấu trúc xương, ống sống...

III. ĐIỀU TRỊ ĐAU THẦN KINH TỌA DO THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM:

*** Điều trị nội:**

- Điều trị không dùng thuốc:
 - Chế độ bất động trong giai đoạn đau cấp tính:
 - + Vận động hợp lý trong những giai đoạn đau.
 - + Thể dục, vận động thân thể tăng cường sự khỏe mạnh của cơ cột sống
- Điều trị bằng thuốc:
 - Giảm đau chọn một trong các thuốc theo bậc thang giảm đau của tổ chức Y tế thế giới (WHO):
 - Nhóm Acetaminophen (Paracetamol, Efferalgan), Efferalgan codein, Paracetamol 0,5g liều từ 1-2viên x 3-4 lần / ngày.
 - Nhóm kháng viêm nonsteroid:
 - + Diclofenac (voltaren...) viên 50mg x 2 viên/ ngày hoặc viên 75mg 1viên / ngày sau ăn no.
 - + HoặcỨc chế chọn lọc COX 2:
 - Celecoxib 100 – 200mg/ngày.
 - Piroxicam 10mgx2lần/ngày
 - Meloxicam(Mobic) 7,5mgx2lần/ngày
 - Etodolac (edosic...) 200-400mg/ngày
 - Nabumeton (korum, novidol...) 500-1000mg/ngày
 - Thuốc dẫn cơ chọn một trong các thuốc sau:
 - + Mydocalm: 150mg x 3 viên / ngày hoặc mydocalm 50mg 4 viên/ ngày.
 - + Myonal 50mg X 3 viên/ ngày
 - Vitamin B12 : Methylcobal: 500 mcgx2 lần/ ngày (uống)

Tài liệu tham khảo:

1. TS Nguyễn Quốc Ánh, PGS TS Ngô Quý Châu và cộng sự.(2011). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa.
2. Malmivaara and et al (1995), the treatment of acute low back pain- best rest, exercises or ordinary activity. N Engl Med. 1995, 332:351-5
3. Mark P.Arts, MD and et all(2009), tubular diskectomy vs conventional microdiskectomy for sciatica, vol. 302, No, July 8.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH GÚT

I. Định nghĩa và bệnh nguyên:

Gout là tình trạng rối loạn chuyển hóa acid uric. Bệnh xảy ra chủ yếu do tăng tạo quá mức acid uric trong máu và trong mô hoặc do giảm đào thải acid uric trong cơ thể hoặc phối hợp cả hai cơ chế. Bệnh được đặc trưng bởi những đợt viêm khớp cấp và sau đó diễn tiến thành mãn tính, gây tổn thương mô mềm và thận.

II. Chẩn đoán:

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

- Giới: >90% là nam
- Tuổi:
 - o Nam giới đa số khởi bệnh sau tuổi dậy thì.
 - o Nữ giới khởi bệnh sau thời kỳ mãn kinh.
- Hoàn cảnh khởi phát: sau khi uống rượu ăn nhiều thịt, nhiễm trùng, gắng sức.
- Vị trí: Đa số bắt đầu ở khớp bàn ngón chân cái tỉ lệ 75%. Thỉnh thoảng cũng gặp ở 1 số khớp khác như cổ chân, các ngón chân.
- Tính chất của đợt viêm khớp cấp. Đau dữ dội, sưng, nóng đỏ và rất căng ở một khớp không đối xứng, thường xảy ra ban 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 kéo dài vài tuần, có thể tự khỏi không để lại di chứng.
- Toàn thân sốt 38⁰-39⁰C có thể rét run.
- Nốt Tophi tìm thấy khoảng 20% điển hình ở loa tai. Ngoài ra còn có ở mỏm khuỷu tay, trước xương bánh chè, gân cơ.

***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 hóa học hoặc kính hiển vi phân cực và hoặc:

Có 6/12 trạng thái lâm sàng, xét nghiệm và x-quang sau:

- Có hơn 1 cơn viêm khớp cấp.
- Viêm khớp ở một khớp.

- Đỏ vùng khớp.
- Sưng, đau khớp bàn ngón chân 1.
- Viêm khớp bàn ngón chân 1 ở 1 bên.
- Viêm khớp cổ chân 1 bên.
- Tophi nhìn thấy được.
- Sưng khớp không đối xứng.
- Tăng acid uric máu: 7mg/dl nam, 6mg/dl nữ.
- Nang dưới vỏ xương hốc khuyết xương.
- Cây vi sinh âm tính.

2. Chẩn đoán phân biệt:

* Con viêm khớp gout cấp:

Viêm khớp nhiễm trùng.

Bệnh giả gout (vôi hóa sụn khớp).

Lao khớp.

* Viêm khớp gout mãn:

Viêm khớp dạng thấp, thoái hóa khớp.

III. Điều trị:

Nguyên tắc: điều trị liên tục, lâu dài kết hợp giữa điều trị và phòng bệnh.

1. **Đợt viêm khớp gout cấp:**

* **Nhóm Thuốc giảm đau:**

- Giảm đau chọn một trong các thuốc theo bậc thang giảm đau của tổ chức Y tế thế giới (WHO):
- Nhóm Acetaminophen (Paracetamol, Efferalgan), Efferalgan codein, Paracetamol 0,5g liều từ 1-3viên / ngày.
- Nhóm kháng viêm nonsteroid:
 - + Diclofenac (voltaren...) viên 50mg x 2 viên/ ngày hoặc viên 75mg 1viên / ngày sau ăn no.
 - + HoặcỨc chế chọn lọc COX 2:
 - Celecoxib 100 – 200mg/ngày.
 - Piroxicam 10mgx2lần/ngày

- Meloxicam(Mobic) 7,5mgx2lần/ngày
- Etodolac (edosic...) 200-400mg/ngày
- Nabumeton (korum, novidol...) 500-100mg/ngày

* **Colchicin:** hiện tại ít sử dụng do có nhiều tác dụng phụ, chỉ sử dụng khi NSAIDS và glucocorticoids chống chỉ định hoặc không dung nạp.

-Liều 2-6mg/ ngày đầu tiên.

1-2mg/ngày, vài ngày sau.

1mg/ngày, cho đến khi hết đau.

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

- Prednisolon uống 40-60mg/ngày trong 3-5 ngày rồi giảm liều dần và ngưng thuốc trong 7-10 ngày.

- Thường dùng cho bệnh nhân suy thận, suy gan.

2. **Làm giảm và duy trì acid uric máu ở mức cho phép** (<300 μ mol/l hay <5mg/dl)

+ Bắt đầu liều thấp, tăng dần tới liều điều trị, sử dụng liên tục.

- **Thuốc chống tổng hợp acid uric:** nếu Acid uric niệu >800mg/24h và chức năng thận bình thường.

***Allopurinol.**

- Khởi đầu 100mg/ngày, tăng liều mỗi tuần.

- Thường dùng 300mg/ngày/1 lần uống nhiều nước.

- Bệnh nhân suy thận.

Nếu đồ lọc cầu thận -GFR<40ml/P150mg/ngày, GFR<20ml/P 100mg/72 giờ.

****Lưu ý** các tác dụng phụ có hại của thuốc điều trị gout.

3. **Điều trị không dùng thuốc:**

- Tập thể dục, giảm cân.

- Kiêng thực phẩm giàu Purin: thịt đỏ (thịt trâu, bò, dê,...) phủ tạng động vật (tim, gan, thận, óc,...)

- Kiêng ăn hải sản, thịt rừng.

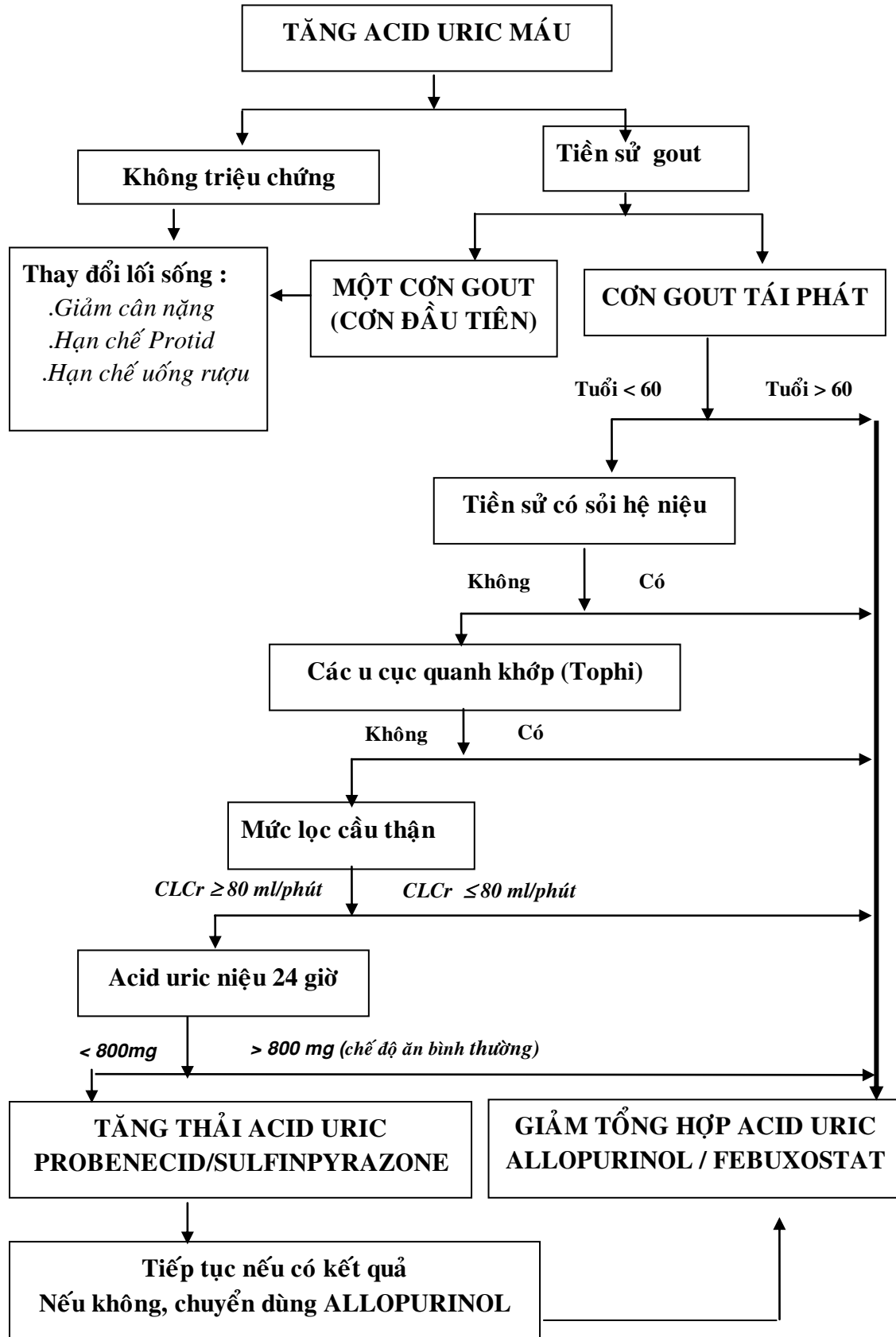
- Không uống rượu, bia.

- Không hút thuốc lá.
- Uống nhiều nước (2,5-3l nước/ngày) nước khoáng không có gas, có độ kiềm cao

Tài liệu tham khảo:

1. Bệnh học nội khoa Trường ĐHYD TPHCM 2009
2. Phác đồ điều trị gout Bệnh viện chợ Rẫy TPHCM.
3. Kelly's textbook of Rheumatology 2008.
4. Manual of Rheumatology and out patient Orthopedic Disorders. Diagnosis and Therapy 2009.
5. The Washington Manual of Medical Therapeutics 33RD edition 2010.

HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ TĂNG ACID URIC MÁU



PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ĐAU ĐẦU

I. ĐỊNH NGHĨA:

- Đau đầu là cảm giác khó chịu ở vùng giới hạn bởi ụ chẩm và hốc mắt do sự kích thích của các cảm giác thụ đau.
- Đau đầu là cảm giác rất thường gặp trong thực hành y khoa, là triệu chứng của nhiều bệnh khác nhau.

II. PHÂN LOẠI ĐAU ĐẦU:

- Bảng phân loại đau đầu quốc tế lần II – 2004 (ICHP-II: The International Classification of Headache Disorder II Edition 2004) được đánh giá là phân loại tốt nhất hiện nay.
- Bảng phân loại Đau đầu quốc tế lần II – 2004:

<i>Phần 01: Đau đầu nguyên phát: (không có nguyên nhân khác)</i>
1. Migraine 2. Đau đầu căng cơ 3. Đau đầu từng cụm 4. Các đau đầu nguyên phát khác: đau đầu khi gắng sức, đau đầu khi ngủ, đau nửa đầu liên tục.
<i>Phần 02: Đau đầu thứ phát.</i>
1. Đau đầu sau chấn thương đầu và cổ. 2. Đau đầu do bệnh mạch máu trong sọ 3. Đau đầu liên quan bệnh nội sọ khác không do nguyên nhân mạch máu, tăng áp lực nội sọ tự phát, đau đầu sau co giật động kinh. 4. Đau đầu do thuốc 5. Đau đầu do nhiễm trùng thần kinh trung ương 6. Đau đầu do rối loạn cân bằng nội mô: tăng huyết áp, thiếu oxy mô 7. Đau đầu do bệnh ở cổ, mắt, tai mũi họng 8. Đau đầu do rối loạn tâm thần.

III. ĐAU ĐẦU MIGRAINE:

1. ĐẶC ĐIỂM ĐAU ĐẦU MIGRAINE:

- ***Dấu hiệu báo trước :***

Trong vài giờ hoặc một ngày trước khi có cơn đau đầu, bệnh nhân có các triệu chứng về tâm thần hoặc thần kinh thực vật.

- **Tiền triệu:**

- Âm điểm chói sáng
- Bán manh đồng danh
- Tê tay và mặt một bên
- Mất ngôn ngữ thoáng qua

- **Đau đầu:**

- Thường một bên đầu
- Đau theo nhịp mạch
- Cường độ tăng dần và dữ dội
- Thời gian 4-72 giờ

- **Triệu chứng đi kèm:** nôn, sợ tiếng động, sợ ánh sáng, chóng mặt

2. ĐIỀU TRỊ ĐAU ĐẦU MIGRAIN:

a. Điều trị cắt cơn:

- Thuốc giảm đau;
 - Giảm đau chọn một trong các thuốc theo bậc thang giảm đau của tổ chức Y tế thế giới (WHO):
 - Nhóm Acetaminophen (Paracetamol, Efferalgan), Efferalgan codein, Paracetamol 0,5g liều từ 1-3viên / ngày.
 - Nhóm kháng viêm nonsteroid:
 - + Diclofenac (voltaren...) viên 50mg x 2 viên/ ngày hoặc viên 75mg 1viên / ngày sau ăn no.
 - + HoặcỨc chế chọn lọc COX 2:
 - Celecoxib 100 – 200mg/ngày.
 - Piroxicam 10mgx2lần/ngày
 - Meloxicam(Mobic) 7,5mgx2lần/ngày
 - Etodolac (edosic...) 200-400mg/ngày
 - Nabumeton (korum, novidol...) 500-100mg/ngày
- Thuốc đặc hiệu Migrain :
 - Dihydroergotamin (Tamik) 3mg 1-2 lần / ngày

b. .Thuốc ngừa cơn:

+ Thuốc ức chế beta:

- Propranolol 40-240mg/ ngày
- Metoprolol 50-200 mg / ngày

Lưu ý tác dụng phụ và chống chỉ định của thuốc

c. Tránh các yếu tố khởi phát cơn:

- Tránh các thuốc dẫn mạch , thuốc ngừa thai
- Sinh hoạt ăn uống nghỉ ngơi điều độ
- Tránh các căng thẳng tâm lý
- Tránh các thức ăn chứa rượu bia
- Giới hạn sử dụng cafe

IV. ĐAU ĐẦU CĂNG CƠ:

1. Đặc điểm lâm sàng:

- Cơn đau đầu âm ỉ kéo dài vài phút đến nhiều ngày.
- Cảm giác đau như siết chặt, nặng đầu ở cả 2 bên.
- Đau không theo nhịp mạch
- Cường độ đau trung bình
- Không nôn ói nhưng có thể có triệu chứng sợ ánh sáng hoặc tiếng ồn.

2. Điều trị:

- Thuốc giảm đau: đáp ứng với thuốc giảm đau thông thường.
 - Acetaminophen: (hapacol, acepon...) 650 – 1000mg mỗi 6 – 8 giờ.
 - Celecoxib 200mg mỗi ngày.
- Thuốc giãn cơ:

Tolperison (Mydocalm) 150mg 2-3 viên / ngày
- Chống trầm cảm: Sulpiride (dogmantin, sulpiride stada...) 50 – 100mg / ngày.
- Không dùng thuốc:
 - Nằm nghỉ yên tĩnh
 - Tránh uống nhiều rượu
 - Tránh căng thẳng.

V. ĐAU ĐẦU TỪNG CỤM:

1. Đặc điểm lâm sàng:

- Cường độ rất dữ dội, đau tập trung một bên hốc mắt, cơn kéo dài 15 – 180 phút nếu không điều trị.
- Đau đầu phối hợp với ít nhất một trong những triệu chứng sau đây ở phía bên đau:
 - Sung huyết kết mạc mắt
 - Chảy nước mắt
 - Chảy nước mũi
 - Vã mồ hôi vùng trán và mặt
 - Phù mi mắt...

2. Điều trị:

- Điều trị cắt cơn:
Dyhydroergotamin dạng uống: Tamik 3mg uống 1 – 2 lần.
- Điều trị ngừa cơn:
Cần tiếp tục điều trị cho đến khi bệnh nhân hết đau đầu ít nhất 2 tuần, khi ngưng thuốc giảm liều từ từ, tránh ngưng thuốc đột ngột.
 - Nhóm thuốc động kinh:
Val proate (Alpovic, deparkin...) 250mg 600 – 2000mg / ngày chia 2 – 3 lần / ngày.
- Nhóm thuốc Giảm đau:
 - Giảm đau chọn một trong các thuốc theo bậc thang giảm đau của tổ chức Y tế thế giới (WHO):
 - Nhóm Acetaminophen (Paracetamol, Efferalgan), Efferalgan codein, Paracetamol 0,5g liều từ 1-3viên / ngày.
 - Nhóm kháng viêm nonsteroid:
 - + Diclofenac (voltaren...) viên 50mg x 2 viên/ ngày hoặc viên 75mg 1viên / ngày sau ăn no.
 - + HoặcỨc chế chọn lọc COX 2:
 - Celecoxib 100 – 200mg/ngày.

- Piroxicam 10mgx2lần/ngày
- Meloxicam(Mobic) 7,5mgx2lần/ngày
- Etodolac (edosic...) 200-400mg/ngày
- Nabumeton (korum, novidol...) 500-100mg/ngày

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. PGSTS. Vũ Anh Nhị - Thần kinh học – Đại Học Y Dược TPHCM - 2006
(Trang 135-147).
2. PGSTS. Vũ Anh Nhị - Lâm sàng và thần kinh học - Đại Học Y Dược
TPHCM -2004 (trang 257-267).