

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

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



PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ

KHOA NỘI TỔNG HỢP

-2012-

MỤC LỤC

Cấp cứu ngừng tuần hoàn – hô hấp	3
Sốc phản vệ	10
Hạ Kali máu	14
Tăng Kali máu	16
Hạ Natri máu	18
Tăng Natri máu	21
Ngộ độc cấp hoá chất diệt chuột loại muối phosphua	23
Ngộ độc thuốc trừ sâu phospho hữu cơ	27
Hôn mê nhiễm ceton acid và tăng áp lực thẩm thấu trên bệnh nhân đái tháo đường ..	33
Đái tháo đường và ngoại khoa	31
Basedow.....	38
Cơn bão giáp	42
Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính	45
Viêm phổi cộng đồng người lớn	49
Hen phế quản	54
Bệnh lý não – gan	58
Xuất huyết tiêu hoá trên cấp	60
Viêm tụy cấp	67
Loét dạ dày tá tràng	70
Xơ gan	74
Điều trị phòng ngừa xuất huyết tiêu hoá do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản	78
Viêm gan siêu vi B mạn	81
Điều trị bệnh Thalassemia	86
Điều trị bệnh Suy tủy xương	89
Điều trị xuất huyết giảm tiểu cầu	92
Điều trị thiếu máu thiếu sắt	95
Gout	97
Viêm khớp dạng thấp	101
Điều trị tăng huyết áp	104
Bệnh tim thiếu máu cục bộ mãn tính	107

CẤP CỨU NGỪNG TUẦN HOÀN - HÔ HẤP

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

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

CÁC HÌNH THỨC NGỪNG TIM:

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

CÁC YẾU TỐ GÂY NGỪNG TIM:

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

I. HỒI SINH CƠ BẢN:

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

1. Gọi sự giúp đỡ.

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

- Đặt bệnh nhân trên nền cứng và ở tư thế nằm ngửa.
- Khai thông đường thở và đánh giá nhịp thở:
 - Ngửa đầu nếu không có bằng chứng chấn thương đầu hoặc cổ. Nếu có chấn thương cột sống cổ, làm kỹ thuật kéo hàm, nếu không có hiệu quả thì tiến hành nghiệm pháp nghiêng đầu và nâng hàm.
 - Lấy bỏ dị vật hoặc mảnh vụn bằng forceps hoặc hút.
 - Giữ khai thông đường thở, quan sát lồng ngực, lắng nghe và cảm nhận hơi thở của nạn nhân <10 giây để xác định nếu nạn nhân thở bình thường.
 - Hỗ trợ hô hấp miệng - miệng, qua mask.

3. Kiểm tra dấu hiệu tuần hoàn:

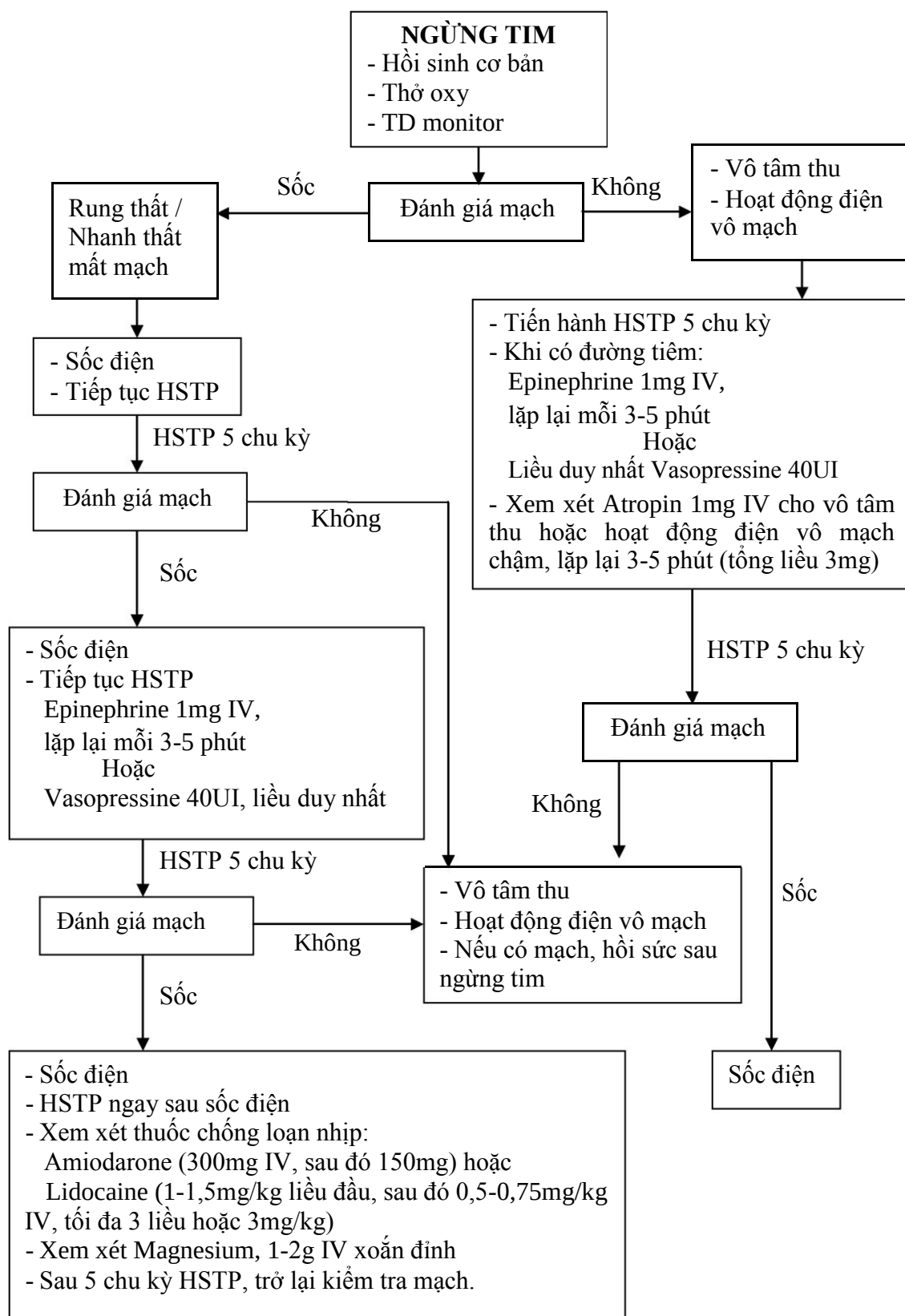
- Kiểm tra mạch cảnh trong vòng < 10 giây.
- Nếu có mạch và ngừng thở, hỗ trợ thông khí và kiểm tra mạch mỗi 10 phút.
- Nếu không có mạch và ngừng thở, tiến hành hồi sinh tim phổi ngay lập tức.

4. Tiến hành hồi sinh tim phổi:

- Nhấn tim nhanh và mạnh.
- Vị trí ngang đường núm vú.
- Biên độ 4 – 5cm.
- Tỷ lệ 30:2 (xoa bóp tim: thông khí).
- Nếu bệnh nhân đã đặt NKQ, xoa bóp tim 100lần/phút không phải gián đoạn và hỗ trợ hô hấp khoảng 10 lần/phút. Kiểm tra hiệu quả hồi sinh mỗi 2 phút hoặc 5 chu kỳ hồi sinh tim phổi.

- Thời gian thở vào khoảng > 1 giây và cho đủ thể tích khí để lồng ngực nhô lên bình thường. Cung cấp oxy càng sớm.
- Tiến hành sốc điện

II. HỒI SINH NÂNG CAO (theo sơ đồ):



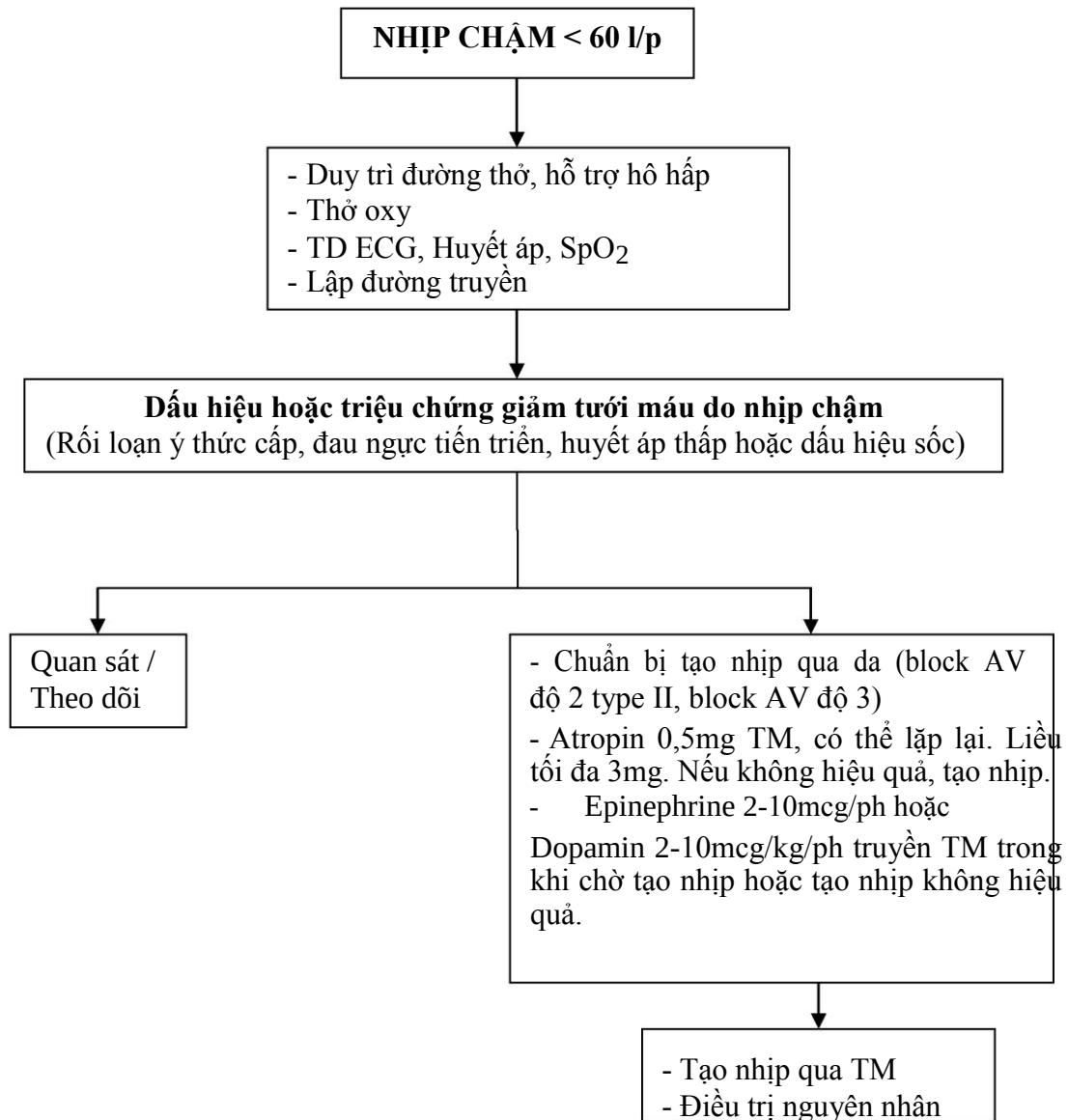
- Đặt airway.
- Hút sạch dịch (máu, đàm, dịch dạ dày).
- Thông khí: bóp bóng qua mask, đặt NKQ...thể tích khí lưu thông 6-7ml/kg. Tần số hô hấp 8 - 10 lần/phút.
- Thở oxy, theo dõi SpO2 và khí máu động mạch.

- Đánh giá điện tâm đồ (qua monitor), tiến hành sốc điện hay không?
- Tiến hành sốc điện nếu là rung thất/nhịp nhanh thất mất mạch. Sốc điện lần đầu: hai pha 120 – 200J hoặc một pha 360J. Sốc điện lần sau: hai pha 200J hoặc một pha 360J.
- Cần đánh giá và dùng sớm các thuốc co mạch hoặc thuốc chống loạn nhịp.

III. XỬ TRÍ RỐI LOẠN NHỊP:

1. Rối loạn nhịp chậm:

Cần xác định những dấu hiệu và triệu chứng giảm tưới máu do nhịp chậm gây ra, không cần điều trị nhịp chậm không có triệu chứng.



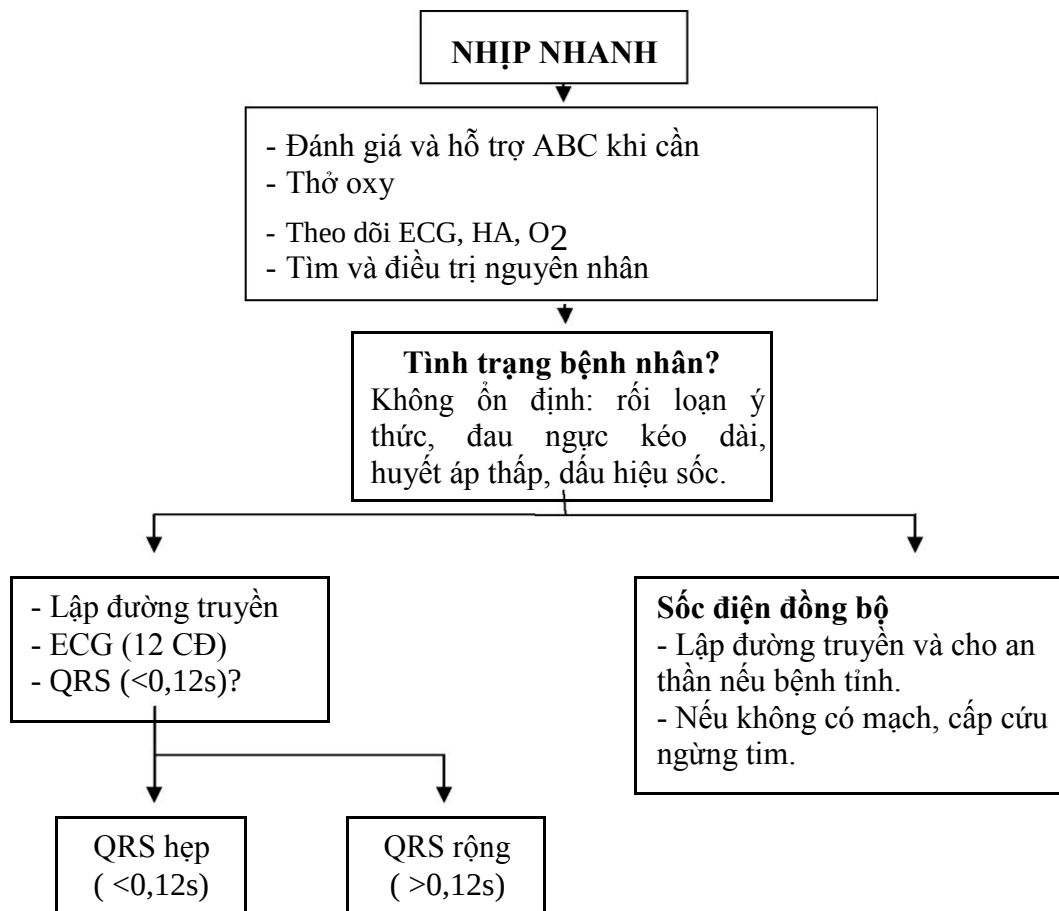
- Cần thận trọng dùng atropin trong trường hợp thiếu máu cơ tim hoặc nhồi máu cơ tim vì tăng nhịp tim có thể làm thiếu máu nặng hơn hoặc lan rộng vùng nhồi máu. Atropin không hiệu quả trong block AV độ 2 Mobitz II hoặc block AV độ 3.
- Dopamin có thể phối hợp với Epinephrine.

2. Rối loạn nhịp nhanh:

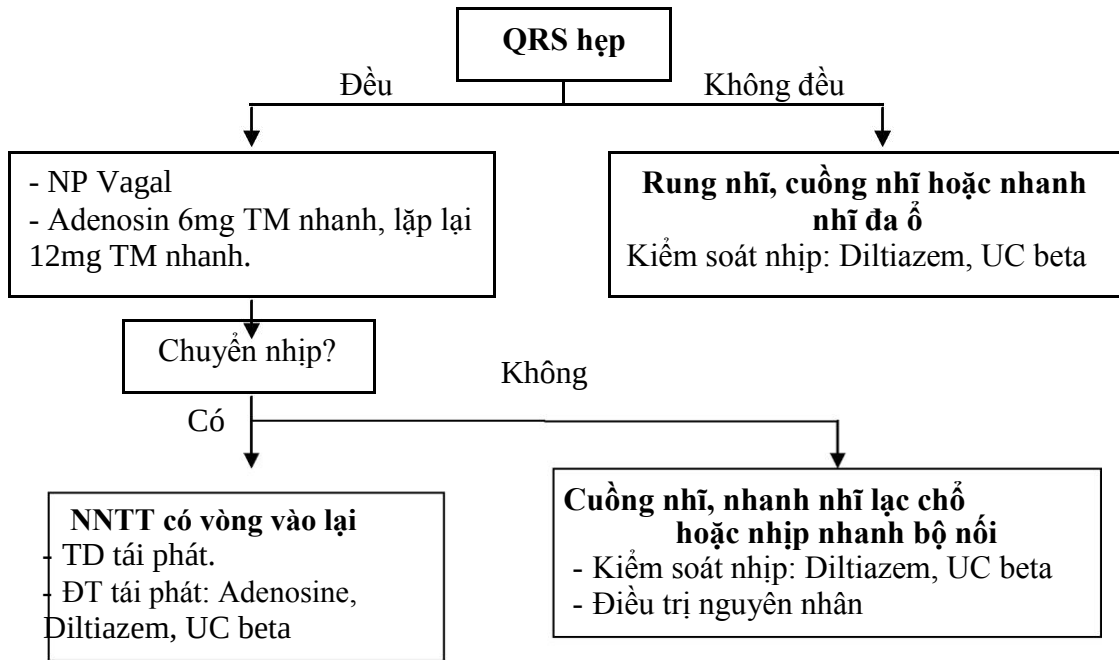
a. Chuyển nhịp đồng bộ và sốc điện không đồng bộ:

- Chuyển nhịp đồng bộ:
 - Nhịp nhanh trên thất vòng vào lại không ổn định.

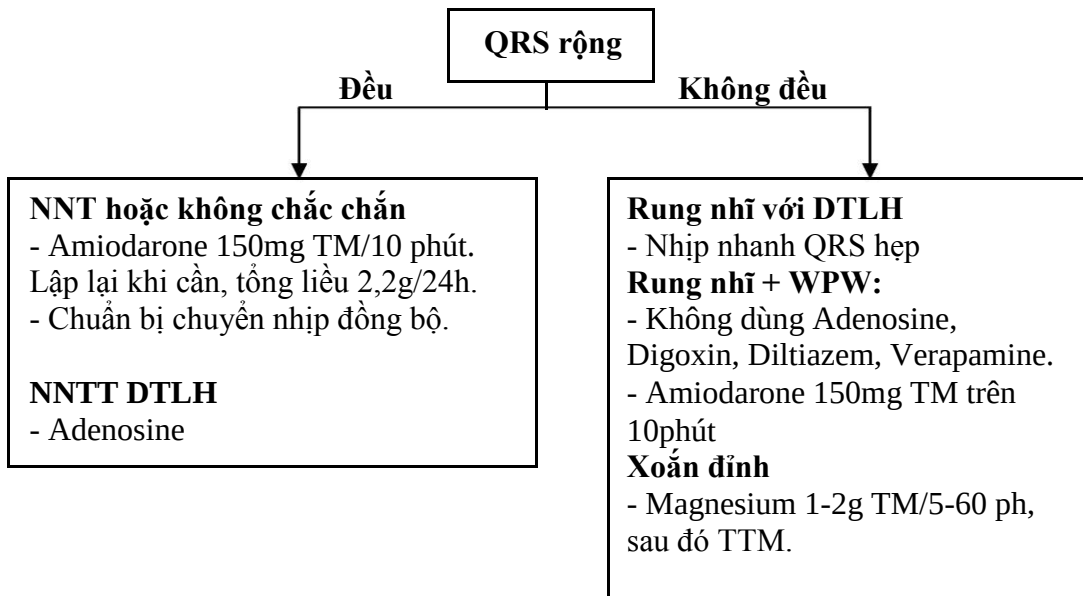
- Rung nhĩ không ổn định.
- Cuồng nhĩ không ổn định.
- Nhanh thất đơn dạng không ổn định.
- *Mức năng lượng đối với chuyển nhịp sóng 1 pha:*
 - Rung nhĩ: 100 – 200J.
 - Cuồng nhĩ và nhịp nhanh trên thất khác: 50 – 100J.
 - Nhanh thất đơn dạng: 100J.
 - Chuyển nhịp không hiệu quả đối với nhịp nhanh bộ nối hoặc rung nhĩ lạc chỗ hoặc rung nhĩ đa ổ.
- *Sốc điện không đồng bộ:* Nhịp nhanh thất đa dạng và không ổn định.



b. Nhịp nhanh phức bộ QRS hẹp



c. Nhịp nhanh phức bộ QRS rộng:



IV. SẴN SỐC SAU HỒI SINH:

1. Điều hòa thân nhiệt:

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

2. Kiểm soát đường huyết.

3. Hô hấp:

- Tránh tăng thông khí
- Đảm bảo oxy máu.

4. Tuần hoàn:

- TMCBCT / NMCT
- Ổn định huyết động

- Suy thượng thận

5. Thần kinh:

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

Tài liệu tham khảo:

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

SỐC PHẢN VỆ

I. ĐẠI CƯƠNG:

Sốc phản vệ là phản ứng quá mẫn tức thì đe dọa tính mạng bệnh nhân. Sốc phản vệ xảy ra khi có sự xâm nhập lần thứ 2 của dị nguyên vào cơ thể làm phóng thích các hóa chất trung gian (histamine, prostaglandin) gây tụt huyết áp (HA), truy tim mạch, hạ thân nhiệt, tăng tính thấm thành mạch và co thắt cơ trơn.

Sốc phản vệ có khó thở là nặng dù chưa có tụt huyết áp.

Các chất gây phản ứng phản vệ thường là:

- Thuốc: kháng sinh, kháng viêm nonstroid (NSAIDs), kháng histamin, Glucocorticoid, Vitamin,
- Dịch truyền
- Các sản phẩm máu: hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu, huyết tương,....
- Vacxin, huyết thanh kháng độc.
- Thuốc gây tê, gây mê
- Thuốc cản quang có Iod.
- Các hormon, enzym.
- Thức ăn: tôm, cua, sữa, trứng, đậu phộng,....
- Nọc của các sinh vật và côn trùng.

II. TRIỆU CHỨNG:

Ngay sau khi tiếp xúc với dị nguyên hoặc muộn hơn, xuất hiện :

- Cảm giác khác thường (bồn chồn, hốt hoảng, sợ hãi...), tiếp đó xuất hiện các triệu chứng ở một hoặc nhiều cơ quan.
- Mẩn ngứa, ban đỏ, mày đay lan rộng.
- Phù Quincke: không ngứa, sưng môi, mắt, lưỡi.
- Phù Quincke thanh quản: khàn giọng, khó nuốt, khó thở, thở rít, tím tái.
- Phù phổi cấp.
- Viêm mũi: sung huyết, ngứa, tiết dịch.
- Viêm kết mạc: chảy nước mắt, ngứa, phù mi mắt, kết mạc
- Mạch nhanh nhỏ khó bắt, huyết áp tụt có khi không đo được.
- Đau quặn bụng, buồn nôn, nôn, tiêu tiêu không tự chủ.
- Đau đầu, chóng mặt, choáng váng, vật vã, giãy giụa, co giật đôi khi hôn mê.

III. CHẨN ĐOÁN:

1. Hỏi bệnh:

- Tiền sử dị ứng (hen, chàm, viêm mũi dị ứng), dị ứng khi tiếp xúc với thuốc, thức ăn.
- Bệnh sử: mới tiếp xúc (vài phút đến vài giờ) với chất lạ.

2. Khám lâm sàng:

- Thể nhẹ:** biểu hiện ở da và tổ chức dưới da: đỏ da, ngứa, nổi mề đay, phù mạch.
- Thể trung bình:** có các biểu hiện tiêu hóa, hô hấp:
 - Đau bụng, buồn nôn, nôn, tiêu chảy.
 - Khó thở thanh quản, nghẹt thở, khò khè.
- Thể nặng:** tình trạng sốc phản vệ với mạch nhanh, huyết áp thấp, tay chân lạnh, vật vã bứt rứt, rối loạn ý thức, rối loạn cơ vòng.

3. Chẩn đoán xác định:

- Phản ứng phản vệ:** nổi mề đay, đỏ da, ngứa, đau bụng, nôn, mạch và HA bình thường.

b. Sốc phản vệ: phản ứng phản vệ + biểu hiện sốc.

4. Chẩn đoán phân biệt:

- Dị ứng: nổi mề đay, xuất hiện chậm sau vài giờ hay vài ngày, không có dấu hiệu khác kèm theo.
- Co thắt phế quản ở bệnh nhân hen.
- Ngất và trụy mạch: chỉ có tụt HA đơn thuần.
- Hạ đường huyết: xa bữa ăn, tay chân lạnh, vã mồ hôi, HA bình thường.

IV. ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc:

- Ngưng thuốc, dị nguyên gây sốc.
- Đảm bảo thông khí tốt và cung cấp oxy.
- Tiêm Adrenaline.
- Phòng ngừa.

2. Xử trí :

a. Xử trí ngay tại chỗ :

- Ngừng ngay tiếp xúc với dị nguyên (thuốc đang dùng tiêm, uống, bôi, nhỏ mắt, mũi).
- Cho bệnh nhân nằm tại chỗ.
- Adrenaline dung dịch 1/1.000, ống 1 ml = 1 mg, liều 0,3 – 0.5ml tiêm dưới da hoặc tiêm bắp ngay sau khi xuất hiện sốc phản vệ lập lại mỗi 5 phút cho đến khi huyết áp trở lại bình thường.
- Ủ ấm, đầu thấp chân cao, theo dõi huyết áp 10 – 15 phút/lần (nằm nghiêng nếu có nôn).
- Nếu sốc quá nặng đe dọa tử vong, ngoài đường tiêm dưới da có thể tiêm Adrenaline dung dịch 1/10.000 (pha loãng 1/10) liều 2,5ml tiêm tĩnh mạch chậm 2 – 5 phút, bơm qua nội khí quản hoặc tiêm qua màng nhĩ giáp. Nếu không cải thiện dùng Adrenaline 1/1000 truyền tĩnh mạch 1 – 4µg/phút tối đa 10 µg/phút.
- Cần theo dõi monitor vì có thể gây loạn nhịp và thiếu máu cơ tim.

b. Tùy theo điều kiện trang thiết bị y tế và trình độ chuyên môn kỹ thuật của từng tuyến có thể áp dụng các biện pháp sau :

- Xử trí hô hấp : Tùy theo tuyến và mức độ khó thở có thể sử dụng các biện pháp sau đây :
 - Thở oxy mũi - thổi ngạt.
 - Bóp bóng Ambu có oxy.
 - Đặt nội khí quản, thông khí nhân tạo. Mở khí quản nếu có phù thanh môn.
 - Truyền tĩnh mạch chậm: Aminophiline 1mg/kg/giờ
hoặc Terbutaline 0,2 microgam/kg/phút.

Có thể dùng :

Terbutaline 0,5mg, 1 ống tiêm dưới da. Tiêm lại sau 6 – 8 giờ nếu không đỡ khó thở.

Xịt họng Terbutaline, Salbutamol mỗi lần 4 – 5 nhát bóp. 4 – 5 lần/ngày.

- Các thuốc khác :

- Methylprednisolone 1 – 2mg/kg/4giờ hoặc Hydrocortisone hemisuccinate 100-200mg tiêm tĩnh mạch mỗi 6 giờ (có thể tiêm bắp ở tuyến cơ sở).
- Natriclorua 0,9% 1 – 2 lít ở người lớn (20ml/kg truyền TM nhanh, sau đó truyền 10 - 20 ml/kg/giờ).

- Nếu còn sốc, cho truyền dung dịch cao phân tử (Dextran 40 hoặc Dextran 70) 10 - 20 ml/kg/giờ, đo CVP và điều chỉnh tốc độ truyền theo CVP.
- Nếu CVP bình thường nhưng còn sốc kéo dài nên thay Epinephrine bằng Dopamine hoặc Dobutamine 3 – 10 µg/kg/phút.
- Dyphenhydramine 25 – 50mg tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch.
- Có thể sử dụng thêm anti-H2 : Ranitidine 1mg/kg TM mỗi 8 giờ hoặc Cimetidine 300mg TB/TM mỗi 6 giờ.
- Điều trị phối hợp :
 - Uống than hoạt 1g/kg nếu dị nguyên qua đường tiêu hóa.
 - Băng ép chi phía trên chỗ tiêm hoặc đường vào của nọc độc.

c. Theo dõi:

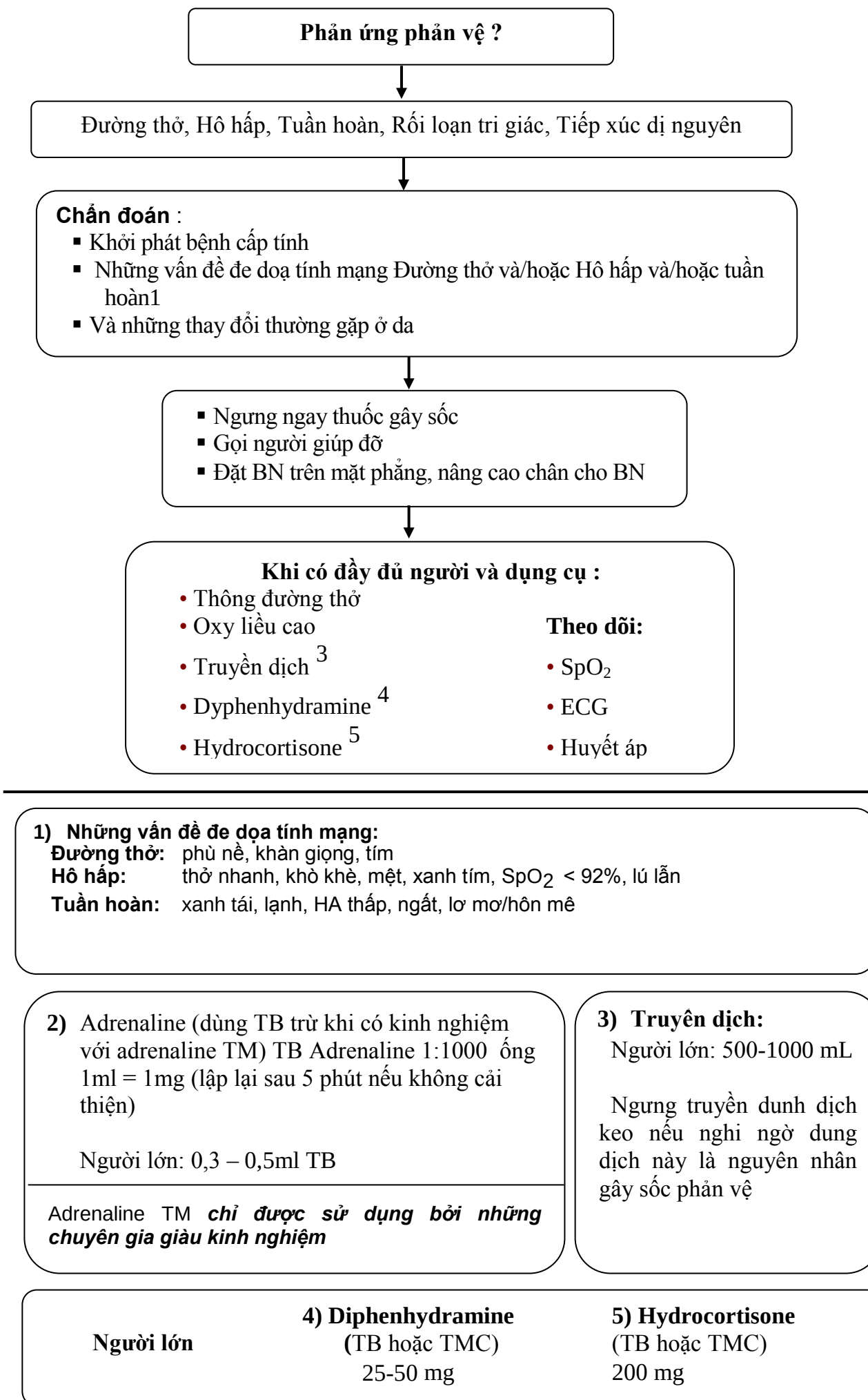
- Trong giai đoạn sốc: theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, tím tái, tri giác mỗi 15 phút cho đến khi ổn định.
- Trong giai đoạn huyết động học ổn định: theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, tím tái, tri giác, SaO2 mỗi 1-2 giờ trong 24 giờ tiếp theo.
- Tất cả bệnh nhân phản ứng hoặc sốc phản vệ đó cần được theo dõi tại bệnh viện ít nhất 24 - 48 giờ vì nguy cơ tái sốc.
- Đối với bệnh nhân chỉ biểu hiện dị ứng da: không xử trí adrenalin, chỉ cho kháng histamin và theo dõi.

d. Phòng ngừa:

- Sử dụng thuốc hợp lý, đúng chỉ định
- Hỏi tiền sử dị ứng thuốc, đặc biệt người có cơ địa dị ứng trước khi kê đơn và sử dụng thuốc.
- Thử Test lấy da trước tiêm. Cần lưu ý với liều test cũng có thể gây sốc phản vệ và test âm tính cũng không loại trừ được sốc phản vệ.
- Khi đang tiêm thuốc thấy khó chịu thì ngưng thuốc, theo dõi, có thể xử lý như sốc phản vệ nếu có triệu chứng.
- Cần sẵn sàng hộp chống sốc khi tiêm thuốc.
- Ghi vào sổ khám bệnh và thông báo cho bệnh nhân biết tác nhân gây sốc phản vệ để báo cho nhân viên y tế biết khi khám bệnh ở những lần sau.

Tài liệu tham khảo :

1. Bộ Y tế, Phác đồ cấp cứu sốc phản vệ, 1999.
2. Sốc phản vệ. Phác đồ điều trị Bệnh viện Bạch Mai, 2011, tr.101-104.
3. A Cheng, Emergency treatment of anaphylaxis in infants and children, Paediatr Child Health 2011;16(1):35-40.
4. Richard S Krause, Anaphylaxis. <http://emedicine.medscape.com/article/756150-treatment>, Updated: Mar 15, 2010.
5. Simon G A Brown, Raymond J Mullins and Michael S Gold, Anaphylaxis, MJA 2006; 185 (5): 283-289.



HẠ KALI MÁU

I. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định:

a. Lâm sàng:

- Yếu cơ (tứ chi, cơ hô hấp,...), đau cơ, co rút cơ, dị cảm, giảm phản xạ gân cơ.
- Loạn nhịp tim.
- Bụng trướng, giảm nhu động ruột, táo bón, nôn, buồn nôn.

b. Cận lâm sàng:

- ECG: có sóng U, sóng T dẹt, ST chênh xuống, QT kéo dài, dấu hiệu nặng trên ECG là loạn nhịp thất (nhịp nhanh thất, xoắn đỉnh).
- Xét nghiệm máu kali $< 3,5$ mmol/L.

2. Nguyên nhân:

a. Do thuốc:

- Thuốc gây vận chuyển kali vào nội bào:
 - Chất đồng vận β_2 -adrenergic, epinephrine.
 - Chống sung huyết: pseudoephedrine, phenylpropanolamin.
 - Dẫn phế quản: albuterol, terbutaline, fenoterol,...
 - Insulin
- Ngộ độc chloroquin.
 - Thuốc gây mất kali qua thận:
 - Lợi tiểu: thiazide, indapamide, furosemide.
 - Glucocorticoid liều cao
 - Kháng sinh liều cao: penicillin, ampicillin, carbenicillin, aminoglycoside, amphotericin B.
- Thuốc gây mất kali qua phân:
 - Sodium polystyrene sulfonate.
 - Phenolphthalein.

b. Không do thuốc:

- Vận chuyển kali vào tế bào:
 - Cường giáp.
 - Liệt chu kỳ do hạ kali máu gia đình
 - Nghiện rượu lâu ngày.
 - Điều trị thiếu máu ác tính bằng vitamin B12
- Chế độ ăn không đầy đủ: ăn kali < 1 g/ngày (25 mmol/ngày).
- Mất kali:
 - Qua phân: tiêu chảy, u bướu, dò ruột, kém hấp thu, bắc cầu hồi tràng.
 - Qua thận: toan hoá ống thận, cường Aldosteron.

II. ĐIỀU TRỊ:

1. Điều trị nguyên nhân

2. Bù kali bằng đường uống:

Đây là cách điều chỉnh an toàn hạ kali máu. Mức độ hạ kali máu không tương ứng với nồng độ kali máu. Giảm 1 mmol/L cho biết cơ thể thiếu 200-400mmol. Không có công thức đơn giản để tính lượng kali cần bù trong khi bệnh nhân tiếp tục mất kali. Kali tạm thời có thể tăng 1-1,5 mmol/L sau khi uống 40-60 mmol.

3. Bù kali bằng đường tĩnh mạch:

Dùng khi bệnh nhân hạ kali máu nặng hay không thể uống được

- Khi kali $> 2,5$ mmol/L và ECG không thay đổi có thể bù tới 10 mmol/giờ và nồng độ đến 30 mmol.

- Khi kali < 2,5 mmol/L kèm thay đổi ECG hoặc có biến chứng thần kinh cơ nặng có thể truyền kali bằng đường tĩnh mạch ngoại biên tốc độ 40 mmol/giờ, nồng độ lên đến 60 mmol.
- Trường hợp đe dọa tính mạng có thể dùng nồng độ cao 200 mmol/L, tốc độ 100 mmol/giờ qua tĩnh mạch đùi. Theo dõi ECG liên tục và đo kali máu mỗi 4 giờ.

Chú ý:

- Tránh truyền đường Glucose ở bệnh nhân hạ kali máu sẽ gây tăng bài tiết insulin làm giảm kali máu.
- Nồng độ kali clorid không quá 40 mmol/L (3g) nếu dùng đường truyền ngoại biên hoặc 60 mmol/L đường tĩnh mạch trung tâm. Tốc độ truyền không nên quá 20 mmol/giờ trừ khi có loạn nhịp thất ác tính.
- pH tăng 0,1 tương đương với kali giảm 0,4 mmol/L.
- 1g kali clorid có 13,6 mmol.

III. PHÒNG BỆNH:

Bù đủ kali bằng đường uống với những người có nguy cơ hạ kali máu.

Thực phẩm và hoa quả có nồng độ kali cao như: khoai tây, chuối, cam, đào.

Tài liệu tham khảo

1. Bùi Xuân Phúc, Đặng Vạn Phước (2009), *Rối loạn nước và điện giải*, Bệnh học nội khoa, nhà xuất bản y học, trang 23-35.
2. Nguyễn Quốc Anh, Ngô Quý Châu (2011), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa*, nhà xuất bản Y học, trang 145-150.
3. Anthony S. Fauci... (et al). Chapter 46: Fluid and electrolyte disturbances, p274-285, Harrison's principles of internal medicine 17th. Mac Graw Hill 2008.
4. Bala S, Steven Ch,. Chapter 9: Fluid and electrolyte management, p370-412, The Washington manual of medical therapeutics 33th. Lippincott Williams & Wilkins 2010.

TĂNG KALI MÁU

I. CHẨN ĐOÁN:

1. Chẩn đoán xác định dựa vào:

a. Lâm sàng: khi có biểu hiện lâm sàng bệnh nhân đã trong tình trạng nguy kịch như: loạn nhịp nhanh, rung thất, ngưng tuần hoàn.

b. Cận lâm sàng:

- Dấu hiệu trên điện tim:
 - Nhẹ ($K^+ = 5.5 - 6 \text{ mmol/l}$): Sóng T cao nhọn đối xứng, biên độ $\geq 2/3$ sóng R ở các chuyển đạo trước tim.
 - Vừa và nặng ($K^+ > 6 \text{ mmol/l}$): Khoảng PR kéo dài, sóng P dẹt, QRS dẫn rộng, sóng T và QRS dẫn rộng thành một $\rightarrow$ dấu hiệu báo động ngưng thất sắp xảy ra.
- Xét nghiệm kali máu $> 5 \text{ mmol/L}$.

2. Nguyên nhân:

- Tăng kali máu do tăng đưa vào:
 - Truyền máu
 - Truyền hoặc uống kali.
- Tăng kali máu do tăng chuyển từ trong tế bào ra ngoại bào:
 - Toan chuyển hoá
 - Do huỷ hoại tế bào (tiêu cơ vân, tan máu, bỏng,..)
- Tăng kali máu do giảm bài tiết:
 - Suy thận
 - Bệnh lý ống thận
 - Suy thượng thận
- Thuốc: lợi tiểu tiết kiệm kali, ức chế men chuyển, NSAID, succinylcholine,...).

3. Chẩn đoán phân biệt với giả tăng kali máu:

- Tăng bạch cầu $> 105/\mu\text{l}$ hoặc tiểu cầu $> 106/\mu\text{l}$: nếu mẫu máu bị đông sẽ làm kali phóng thích ra ngoài.
- Tan máu do lấy máu bằng kim nhỏ, mẫu máu để quá lâu hoặc garrot kéo dài hoặc siết quá chặt.

II. ĐIỀU TRỊ:

Điều trị cấp cứu khi kali huyết thanh $> 6 \text{ mmol}$ hoặc ECG có dấu hiệu tăng kali máu.

Theo dõi sát kali huyết thanh, theo dõi ECG liên tục.

1. Điều trị tức thời:

a. Ngưng các loại thức ăn, thuốc có chứa K^+ , lợi tiểu tiết kiệm K^+ .

b. Calcium gluconate: giảm kích hoạt màng tế bào. Liều thường dùng là Calcium gluconate 10% 10 ml tiêm mạch chậm trong 2-5 phút, nếu không có đáp ứng thì lập lại liều thứ hai sau 5 phút.

c. NaHCO_3 :

01 ống NaHCO_3 7,5% TTM chậm > 5 phút, lập lại mỗi 10-15 phút nếu còn thay đổi trên ECG, sẽ bắt đầu có tác dụng trong 15 phút và kéo dài vài giờ. Hoặc an toàn nhất là pha 03 ống NaHCO_3 7,5% (134 mmol) hay 8,4% (150 mmol) trong 1000 ml Glucose 5% truyền tĩnh mạch, và là lý tưởng nhất đối với những bệnh nhân tăng kali máu nặng kèm theo toan chuyển hoá. Những bệnh nhân suy thận giai đoạn cuối đáp ứng rất ít với điều trị này và có thể dư muối, quá tải tuần hoàn.

Nếu bệnh nhân có giảm Canxi máu, co giật và vọp bẻ có thể xảy ra khi pH máu tăng và Ion Ca^{++} tự do giảm do đó nên dung Canxi trước.

- d. Insulin và glucose:** pha 10 đơn vị Insulin thường vào Glucose 500 ml 10% và truyền TM trong 60 phút.
 - e. Đồng vận β_2 adrenergic:** Albuterol dạng bột hít liều 10-20 mg, dùng đường tĩnh mạch hay phun khí dung sẽ làm tăng hấp thu kali của các tế bào. Có đáp ứng sau 30 phút, nồng độ kali máu giảm 0.5-1 mmol/L, hiệu quả kéo dài 2-4 giờ.
 - f. Lợi tiểu quai và thiazide:** thường sử dụng kết hợp có thể tăng bài tiết kali nếu chức năng thận còn đầy đủ.
 - g. Sodium polystyrene sulfonate (kayexalate):** thúc đẩy sự trao đổi Na^+ và K^+ trong đường tiêu hoá.
 - Đường uống liều thường dùng 25-50 g pha với 100 ml Sorbitol 20% để phòng ngừa táo bón, có thể lập lại mỗi 3-4 giờ (4-5 liều /ngày).
 - Thụt giữ: Kayexalate 50 g pha với 50 ml sorbitol 70% trong 150 ml nước lọc. Bệnh nhân hậu phẫu không nên dùng sorbitol vì có thể gây hoại tử đại tràng.
 - Trường hợp tăng kali máu nhẹ có thể điều trị đơn độc bằng kayexalate. Trường hợp nặng điều trị bằng calcium gluconate, glucose và insulin, NaHCO_3 và kayexalate.
 - h. Chạy thận nhân tạo :** được chỉ định khi suy thận tăng kali máu đe dọa tính mạng không đáp ứng với điều trị bảo tồn tích cực.
- 2. Điều trị lâu dài :** điều trị nguyên nhân cơ bản n tăng kali máu. Điều chỉnh chế độ ăn, điều trị toan chuyển hoá, chú ý quá tải tuần hoàn, và dùng mineralocorticoid ngoại sinh.

III. PHÒNG BỆNH:

1. Thay đổi chế độ ăn ở những bệnh nhân có nguy cơ tăng kali máu.
2. Bệnh nhân chạy thận định kì cần tuân thủ đúng lịch.
3. Không dùng thuốc làm nặng thêm tình trạng tăng kali máu.

Tài liệu tham khảo

1. Bùi Xuân Phúc, Đặng Vạn Phước (2009), *Rối loạn nước và điện giải*, Bệnh học nội khoa, nhà xuất bản y học, trang 23-35.
2. Nguyễn Quốc Anh, Ngô Quý Châu (2011), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa*, nhà xuất bản Y học, trang 145-150.
3. Anthony S. Fauci...(et al). Chapter 46: Fluid and electrolyte disturbances, p274-285, Harrison's principles of internal medicine 17th. Mac Graw Hill 2008.
4. Bala S, Steven Ch,. Chapter 9: Fluid and electrolyte management, p370-412, The Washington manual of medical therapeutics 33th. Lippincott Williams & Wilkins 2010.

HẠ NATRI MÁU

I. CHẨN ĐOÁN:

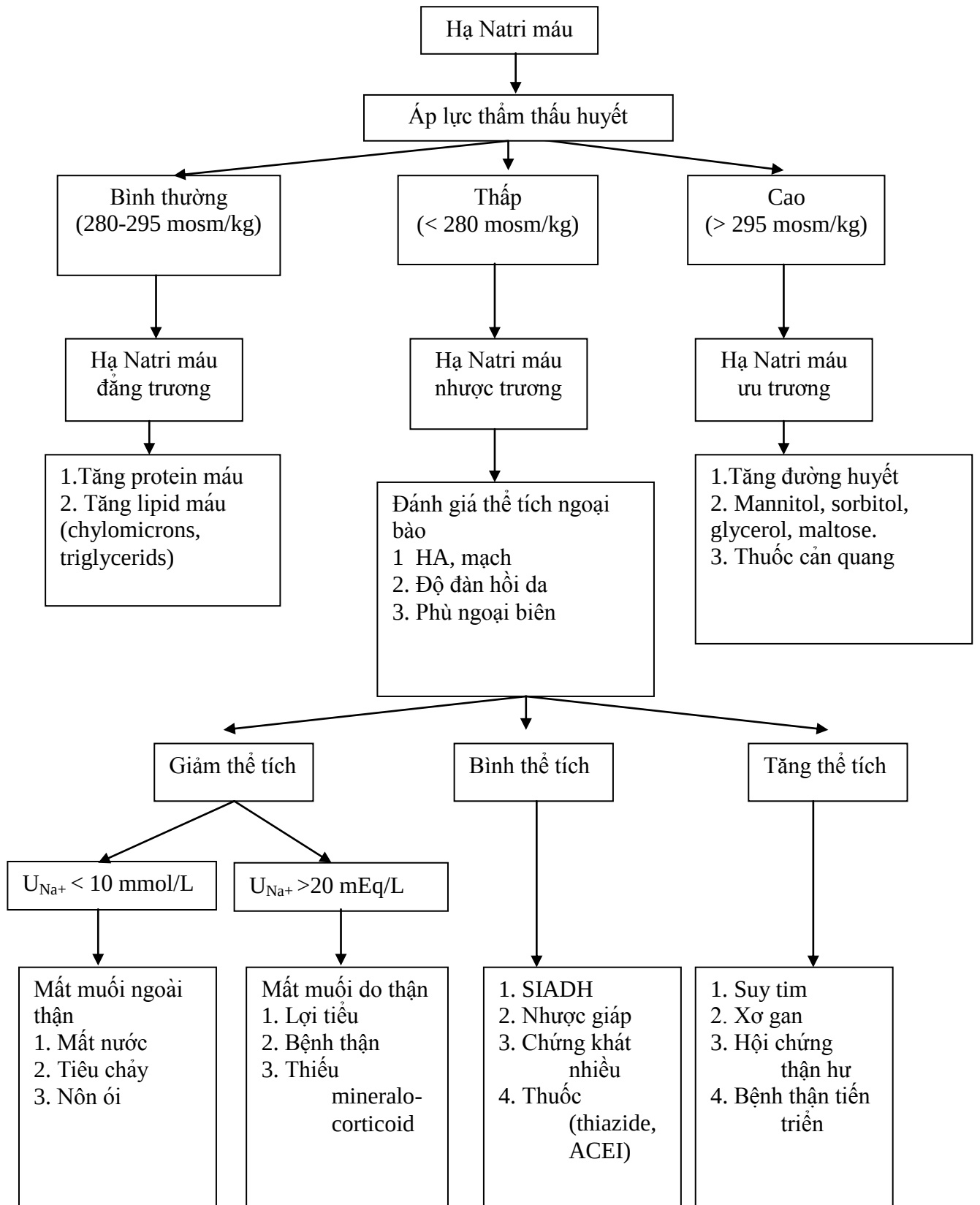
1. Triệu chứng lâm sàng:

Triệu chứng lâm sàng thay đổi tùy theo mức độ và tốc độ hạ Natri máu. Hạ natri máu nặng và nhanh có thể gây hôn mê, động kinh, tổn thương não vĩnh viễn, ngưng thở và tử vong.

- Hạ Natri máu nhẹ ($\text{Na}^+ = 130\text{-}135 \text{ mmol/L}$) bệnh nhân thường không có triệu chứng lâm sàng.
- Khi Natri máu giảm trong khoảng $125\text{-}130 \text{ mmol/L}$ bệnh nhân có thể buồn nôn, khó chịu.
- Khi Natri máu trong khoảng $115\text{-}120 \text{ mmol/L}$ bệnh nhân có thể nhức đầu, lơ mơ, mất định hướng.

2. Cận lâm sàng:

- Ion đồ máu
- Áp lực thẩm thấu huyết tương
- Áp lực thẩm thấu nước tiểu
- Ion đồ niệu
- Tùy theo định hướng chẩn đoán trên lâm sàng có thể làm thêm Protein máu, lipid máu, chức năng gan, chức năng thận, chức năng tuyến thượng thận hay tuyến giáp, các xét nghiệm hình ảnh trong chẩn đoán bệnh lý thần kinh trung ương...



Hình 1. Sơ đồ chẩn đoán hạ Natri máu

II. ĐIỀU TRỊ:

1. Hạ Natri máu cấp tính (< 2 ngày) có triệu chứng:

- Mục tiêu là nâng nồng độ Natri máu đến khi hết triệu chứng, không cần thiết đến mức bình thường.
- Hạn chế lượng dịch nhập, truyền NaCl ưu trương (NaCl 3% tốc độ 1-2 mmol/kg/giờ) trong 3-4 giờ, tuy nhiên không quá 12 mmol/L trong 24 giờ. Thuốc lợi tiểu quai (Furosemide 40mg TM/6 giờ) để tăng thải nước tự do.
- Bệnh nhân có các triệu chứng thần kinh nặng như co giật, hôn mê truyền NaCl ưu trương với tốc độ cao hơn nhưng phải theo dõi bệnh nhân và nồng độ Natri máu.

2. Hạ Natri máu mãn tính (> 3 ngày) có triệu chứng:

- Mục tiêu là nâng dần nồng độ natri máu để tránh hủy myelin não tốc độ tăng khoảng 0,5 mEq/L/giờ nhưng không hơn 10mEq/L trong 24 giờ đầu tiên và không hơn 18 mEq/L trong 48 giờ đầu tiên. Trong trường hợp natri máu < 105 mEq/L tốc độ bù trong những giờ đầu nhanh để tăng nồng độ Natri máu 1-2 mEq/L/giờ nhưng mục tiêu cả ngày không được vượt quá 0mEq/L.
- Hạn chế lượng dịch nhập truyền natri ưu trương có thể kèm với lợi tiểu quai

3. Hạ Natri máu mãn tính (> 3 ngày) không triệu chứng:

- Mục tiêu là tìm và điều trị bệnh nguyên nhân.
- Nếu bệnh nguyên nhân không tìm ra hoặc không thể điều trị thì điều trị bảo tồn:
 - Hạn chế dịch truyền
 - Lợi tiểu quai chỉnh liều tùy theo đáp ứng, thường khoảng 40 mg/ngày.
 - Demeclocycline 900-1200 mg/ngày đầu, sau 600-900 mg/ngày chia 3-4 lần đối với bệnh nhân Hội chứng lã ngái muối do não.
 - Lithium 900-1200 mg/ngày.
 - Urea 30-60 g/ngày.

Cách dùng Natri clorua 3%:

Lượng Natri cần bổ sung = $0,6 \times P \times (\text{Natri mục tiêu} - \text{Natri huyết thanh bệnh nhân})$. Nếu là nữ thì thay 0,6 bằng 0,5.
Một lít NaCl 3% chứa 513 mmol Na⁺.

Tài liệu tham khảo

1. Bùi Xuân Phúc, Đặng Vạn Phước (2009), Rối loạn nước và điện giải, Bệnh học nội khoa, nhà xuất bản y học, trang 23-35.
2. Nguyễn Quốc Anh, Ngô Quý Châu (2011), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa, nhà xuất bản Y học, trang 145-150.
3. Anthony S. Fauci... (et al). Chapter 46: Fluid and electrolyte disturbances, p274-285, Harrison's principles of internal medicine 17th. Mac Graw Hill 2008.
4. Bala S, Steven Ch., Chapter 9: Fluid and electrolyte management, p370-412, The Washington manual of medical therapeutics 33th. Lippincott Williams & Wilkins 2010.

TĂNG NATRI MÁU

I. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH:

1. Dấu hiệu lâm sàng gợi ý

- Toàn thân: khát, khó chịu, sốt.
- Thần kinh: yếu cơ, lú lẫn, mê sảng co giật, hôn mê, co cứng, tăng phản xạ.
- Tiêu hoá: buồn nôn, nôn.
- Dấu hiệu thay đổi thể tích dịch ngoại bào:
 - Tăng natri máu do giảm thể tích (sụt cân, da niêm khô, tĩnh mạch cổ xẹp, áp lực thẩm thấu máu giảm, tăng nhịp tim,...)
 - Tăng natri máu do tăng thể tích (tăng cân, không có dấu hiệu thiếu dịch ngoại bào, phù ngoại vi, tĩnh mạch cổ nổi, áp lực thẩm thấu máu tăng).

2. Xét nghiệm: Natri máu > 145 mmol/L.

II. NGUYÊN NHÂN:

1. Mất nước:

- Mất nước không nhận biết:
 - Tiết mồ hôi quá nhiều: sốt, tập thể dục.
 - Bỏng
 - Nhiễm trùng hô hấp
- Mất qua thận:
 - Đái tháo nhạt nguyên nhân trung ương (tuyến yên).
 - Đái tháo nhạt do nguyên nhân do thận
 - Lợi niệu thẩm thấu: glucose, urea, mannitol.
- Mất qua đường tiêu hoá: Tiêu chảy thẩm thấu (lactulose, kém hấp thu, một số nhiễm trùng ruột)
- Bệnh lý tuyến yên.

2. Giữ Natri:

- Dùng nhiều dung dịch NaCl hoặc NaHCO_3 ưu trương
- Ăn nhiều muối

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Tăng natri máu có tăng thể tích dịch ngoại bào.

Loại bỏ lượng muối dư bằng cách dùng lợi tiểu hoặc thẩm phân phúc mạc (khi có suy thận). Sau đó bồi hoàn lượng dịch mất bằng Glucose 5%.

2. Tăng natri có kèm giảm thể tích dịch ngoại bào:

Cần phân biệt 3 trường hợp:

- Mất nước ngoài thận (qua đường tiêu hoá hoặc không nhận biết): thể tích nước tiểu giảm, Uosm cao.
- Mất nước do thận: thể tích nước tiểu và Uosm đều cao.
- Đái tháo nhạt: thể tích nước tiểu và Uosm đều thấp.

Điều trị cụ thể:

- Nếu có ảnh hưởng đến huyết động (tụt huyết áp tư thế, tiểu ít,...) bù muối và nước thiếu bằng dung dịch đẳng trương.
- Huyết động ổn định : lượng nước tự do thiếu bù bằng dung dịch Glucose 5% hoặc NaCl 0,45%.
- Công thức tính lượng nước thiếu của cơ thể:

Lượng nước cần bổ sung = $0,6 \times P \times (\text{Natri bệnh nhân}/140-1)$. Nếu là nữ thì thay 0,6 bằng 0,5.

- Tốc độ truyền : tốc độ hạ natri máu không nên quá 1mEq/L/giờ. Thông thường ½ lượng nước thiếu sẽ được bù trong 24 giờ đầu. Lượng dịch còn lại sẽ được bù trong 1-2 ngày sau. Theo dõi điện giải 6 giờ/lần.

3. Các trường hợp đặc biệt:

- Đái tháo nhạt do tuyến yên : bù natri kết hợp với desmopressin acetate (Minirin) 5-10 mcg 1-2 lần/ngày.
- Đái tháo nhạt do thận: điều chỉnh tình trạng hạ Kali và tăng Canxi máu.

Tài liệu tham khảo

1. Bùi Xuân Phúc, Đặng Vạn Phước (2009), Rối loạn nước và điện giải, Bệnh học nội khoa, nhà xuất bản y học, trang 23-35.
2. Nguyễn Quốc Anh, Ngô Quý Châu (2011), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa, nhà xuất bản Y học, trang 145-150.
3. Anthony S. Fauci...(et al). Chapter 46: Fluid and electrolyte disturbances, p274-285, Harrison's principles of internal medicine 17th. Mac Graw Hill 2008.
4. Bala S, Steven Ch,. Chapter 9: Fluid and electrolyte management, p370-412, The Washington manual of medical therapeutics 33th. Lippincott Williams & Wilkins 2010.

NGỘ ĐỘC CẤP HOÁ CHẤT DIỆT CHUỘT LOẠI MUỐI PHOSPHUA (PHOSPHUA KẼM, PHOSPHUA NHÔM)

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Phosphua kẽm, phosphua nhôm là các muối có gắn các gốc phosphua. Gặp nước (và acid clohidric của dạ dày) sẽ xảy ra phản ứng hoá học sinh ra khí phosphin. Triệu chứng ngộ độc chủ yếu do độc tính của phosphin. Khí không màu, nặng hơn không khí, có mùi giống mùi tỏi hoặc cá chết.
- Liều gây độc: liều tử vong đã thấy ở người ≥ 4 gam phosphua kẽm hoặc ≥ 0.5 gam phosphua nhôm.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Chẩn đoán xác định:

a. Hỏi bệnh:

Đặc điểm hoá chất: hoá chất dạng bột (đựng trong gói) hoặc viên (đựng trong lọ nhôm) màu đen hoặc xám tro, có mùi cá chết hoặc tỏi, tên thương phẩm Fokeba, Zinphos,...

b. Triệu chứng:

- Các triệu chứng tiêu hoá xuất hiện sớm sau khi uống, tuy nhiên các triệu chứng toàn thân có thể xuất hiện sau vài giờ.
- Ngộ độc qua đường tiêu hoá là chính. Tiếp xúc qua da, niêm mạc có thể gây kích ứng tại chỗ.
- Tiêu hoá: buồn nôn, cảm giác nóng bỏng sau xương ức, nôn nhiều dịch dạ dày, đau bụng, tiêu chảy, viêm dạ dày – thực quản xuất huyết, xuất huyết tiêu hoá, viêm tụy cấp, dịch dạ dày có thể có mùi tỏi hoặc mùi cá chết và màu đen nếu bệnh nhân uống nhiều.
- Tim mạch:
 - Tụt huyết áp, sốc là biểu hiện chính, thường xuất hiện trong 6 giờ đầu, sốc không đáp ứng với các biện pháp điều trị báo hiệu tiên lượng xấu. Tăng tính thấm thành mạch.
 - Loạn nhịp tim, có thể gặp nhiều loại loạn nhịp tim, rối loạn dẫn truyền, rối loạn tái cực, thiếu máu cơ tim, suy tim cấp, tràn dịch màng ngoài tim (dấu hiệu xấu), nhồi máu dưới nội tâm mạc, Cơ tim bị viêm, suy tim ứ huyết.
- Hô hấp: thở nhanh, tím, ran ẩm, ran nổ hai phổi, phù phổi cấp, có thể do tim (tổn thương cơ tim, suy tim cấp), không do tim (tổn thương thành mạch, tổn thương phổi) hoặc do cả hai, ARDS.
- Thần kinh: đau đầu, mệt, chóng mặt, mất điều hoà, song thị, dị cảm, kích thích vật vã, co giật, hôn mê.
- Chuyển hoá:
 - Nhiễm toan chuyển hoá: rất thường gặp, do bản thân ngộ độc và do sốc. Bệnh nhân biểu hiện thở nhanh và sâu.
 - Hạ đường máu, dễ gặp nếu có hạ calci, maginesi đồng thời.
 - Hạ maginesi máu: dễ xuất hiện loạn nhịp tim hơn và nặng nề hơn, hạ maginesi kết hợp loạn nhịp tim là dấu hiệu xấu.
 - Kali máu: hạ kali máu do nôn, tiêu chảy, tăng kali máu do nhiễm toan chuyển hoá hoặc suy thận.
 - Hạ calci máu: thường gặp hơn với phosphua kẽm, có thể thứ phát sau hạ maginesi máu.

- Suy thuyên thượng thận: do tổn thương tuyến này, thường trong trường hợp nặng, góp phần làm tụt huyết áp đáp ứng kém với các biện pháp điều trị.
- Tăng phosphat máu, tăng magnesi máu: ít gặp hơn.
- Suy thận cấp: do sốc, do hoại tử ống thận.
- Viêm gan: thường xuất hiện muộn, là một nguyên nhân tử vong muộn, tổn thương hoại tử trung tâm tiêu thụ.
- Tan máu: có thể gặp ở cả người có G6PD bình thường.
- Methemoglobin máu: có thể gặp, biểu hiện tím, SpO₂ thấp, PaO₂ bình thường hoặc tăng, không đáp ứng với thở oxy. Xác định bằng cách dùng co-oxymetry, đo nồng độ methemoglobin máu.
- Tiêu cơ vân.

c. Xét nghiệm độc chất:

- Xét nghiệm độc chất nhanh: dùng miếng giấy có thấm nitrat bạc 0,1N, dịch dạ dày hoặc hơi thở của bệnh nhân nếu có phosphin sẽ làm miếng giấy này chuyển màu đen.
- Bán định lượng phosphine: cũng theo nguyên lý trên và sau đó theo phương pháp so màu.
- Sắc kí khí: có độ nhạy và đặc hiệu cao, có thể phát hiện phosphin trong khí thở với nồng độ rất thấp.

2. Chẩn đoán phân biệt:

- Ngộ độc các hoá chất diệt chuột khác:
- Loại kháng vitamin K (triệu chứng xuất hiện muộn, ban đầu không có triệu chứng, sau 2 – 3 ngày chảy máu trên lâm sàng, xét nghiệm PT% giảm, INR > 5)
- Nhóm Fluoroacetat (mẫu độc chất, xuất hiện rất nhanh sau uống, nổi bật là co giật, tăng trương lực cơ, rối loạn nhịp tim, toan chuyển hoá nhẹ hơn, suy thận, không có viêm gan).
- Đau bụng do các nguyên nhân khác: tắc ruột, viêm tụy cấp...

3. Chẩn đoán biến chứng:

- Suy tim cấp, loạn nhịp tim, phù phổi cấp.
- Thủng tạng rỗng.
- Suy gan, suy thận.

III. CÁC XÉT NGHIỆM GIÚP ĐÁNH GIÁ, XỬ TRÍ VÀ THEO DÕI:

- Điện tim 12 chuyển đạo, monitor theo dõi nhịp tim.
- Sinh hoá máu: ure, creatinin, đường máu, Na, K, Cl, Calci, magnesi, GOT, GPT, bilirubin, CPK, CK-MB, khí máu động mạch, methemoglobin máu, các xét nghiệm về tan máu.
- Huyết học: công thức máu, prothrombin (INR).
- Nước tiểu: tổng phân tích nước tiểu, hemolobin, myoglobin.
- Xquang phổi: siêu âm tim (nếu có thể).
- Xét nghiệm độc chất (như trên).

IV. ĐIỀU TRỊ:

Ngộ độc phosphua có triệu chứng rõ, bệnh nhân uống nhiều, cần được điều trị tại cơ sở hồi sức tốt.

1. Tẩy độc:

- Gây nôn:** nếu bệnh nhân uống trong vòng 1 giờ, còn tỉnh và hợp tác. Cho bệnh nhân uống nước, sau đó gây nôn bằng biện pháp cơ học, không dùng chất gây nôn.
- Rửa dạ dày** (cần kết hợp hút dẫn lưu khí phosphin sinh ra trong quá trình rửa):

- Nếu bệnh nhân mới uống chất độc trong vòng 6 giờ, tiến hành sau khi các tình trạng nặng của bệnh nhân đã được ổn định: ví dụ hôn mê cần phải được đặt nội khí quản và bơm bóng chèn của ống nội khí quản, bệnh nhân suy hô hấp cần được cấp cứu hô hấp trước, co giật cần được cắt cơn co giật và hỗ trợ hô hấp nếu cần, tụt huyết áp, loạn nhịp tim cần được cấp cứu trước...
- Rửa 3 – 5 lít, nước rửa cần pha thêm than hoạt 5 – 10g/lít, trước khi cho nước vào cần hút bớt hơi và dịch dạ dày trước, trong và sau khi rửa cũng nên hút nhẹ để dẫn lưu khí phosphin.

c. **Than hoạt:** 1gam/kg cân nặng, kết hợp với sorbitol liều gấp đôi.

2. Điều trị triệu chứng, điều trị hỗ trợ:

Cấp cứu, hồi sức tuần hoàn, hô hấp đóng vai trò rất quan trọng.

a. Tụt huyết áp:

- Có thể truyền natri clorua 0.9% kết hợp dung dịch keo như Haesteril 6%, albumin, đặt catheter tĩnh mạch trung tâm và truyền dịch theo áp lực tĩnh mạch trung tâm (ALTMET). Theo dõi sát khi truyền dịch để tránh phù phổi cấp. Dùng thuốc vận mạch, có thể dopamin, dobutamin, nonadrenalin, adrenalin hoặc kết hợp 2,3 hoặc tất cả thuốc.
- Đặt Catheter tĩnh mạch trung tâm hoặc catheter Swan Ganz (nếu có điều kiện) theo dõi huyết động.
- Corticoid: tuyến thượng thận có thể bị tổn thương. Hydrocortison, tiêm tĩnh mạch 400mg/lần, 4 – 6 lần/ngày hoặc dexamethason tiêm tĩnh mạch 4mg/lần, 6 lần/ngày.
- Bơm bóng chèn động mạch chủ: khi sốc không đáp ứng với tất cả các biện pháp điều trị.

b. **Chống nhiễm toan:** khi pH < 7,3 thì truyền bicarbonat (cần chú ý tránh hạ kali máu vì bệnh nhân ban đầu thường có hạ kali do nôn, tiêu chảy) hay lọc máu.

c. Suy hô hấp:

- Thở oxy hoặc bóp bóng mask, đặt nội khí quản bóp bóng hoặc thở máy tùy theo mức độ.
- Chống co thắt phế quản: dùng thuốc chống co thắt phế quản.
- Phù phổi cấp: hỗ trợ hô hấp tùy theo mức độ. Nếu phù phổi do tim có thể dùng trợ tim (an toàn và phù hợp hơn cả là dobutamin), lợi tiểu. Có thể đặt nội khí quản và bóp bóng hoặc thở máy. Có thể thông khí nhân tạo với áp lực dương liên tục (CPAP hoặc PEEP) nếu huyết áp ổn định.

d. Loạn nhịp tim:

- Điều trị tùy theo loạn nhịp cụ thể: dùng atropin tĩnh mạch nếu nhịp chậm, xylocain tĩnh mạch nếu ngoại tâm thu...
- Magnesi sulfat: có tác dụng ổn định màng tế bào cơ tim, có thể dùng kết hợp với các thuốc chữa loạn nhịp khác. Ban đầu truyền tĩnh mạch 2 gam trong 30 phút, sau đó truyền 5 gam trong 12 giờ sau. Có thể cần phải dùng liều nhắc lại để duy trì nồng độ magnesi máu. Nồng độ magnesi máu cần được đưa về bình thường nhanh chóng.
- Đặt máy tạo nhịp nếu cần.

e. **Co giật, kích thích vật vã:** nếu bệnh nhân đang co giật cần cắt cơn co giật bằng các thuốc tim tĩnh mạch kết hợp đảm bảo hô hấp tùy theo mức độ, có thể diazepam, tiêm tĩnh mạch 10mg/lần, nhắc lại sau 10 phút nếu không hết co giật, có thể nhắc lại 3 – 5 lần, nếu diazepam không đỡ thì dùng phenobarbital, tiêm tĩnh mạch chậm, có thể nhắc lại nhiều lần nếu cần. Cuối cùng, nếu bệnh nhân vẫn

không hết co giật thì gây mê, có thể kết hợp giãn cơ. Bệnh nhân hiện không có co giật nhưng có phản xạ gân xương tăng thì tiêm bắp diazepam.

f. Suy thận:

- Điều trị tích cực sốc, đảm bảo huyết áp, đảm bảo lưu lượng nước tiểu.
- Điều trị suy thận cấp theo các biện pháp thường quy.
- Suy gan: điều trị theo các biện pháp thường quy.

g. Nước, điện giải:

- Bù đủ dịch.
- Kali máu: điều trị tăng hoặc giảm kali máu theo các biện pháp thường quy để tránh nặng thêm các loạn nhịp tim.
- Điều trị hạ calci máu.
- Điều trị hạ magie máu.

h. Các bệnh nhân nhiễm toan nặng, rối loạn nước điện giải khó điều trị, suy thận, huyết động không ổn định: lọc máu liên tục (CVVH).

i. Tổn thương dạ dày do viêm, loét: có thể dùng thuốc bảo vệ niêm mạc dạ dày (ví dụ: Phosphalugel, Gastropulgit...), thuốc giảm tiết dịch vị (ví dụ: omeprazol, ranitidin...).

j. Dinh dưỡng đầy đủ, tránh hạ đường huyết.

V. PHÒNG TRÁNH NGỘ ĐỘC:

- Bảo quản, lưu giữ hoá chất cẩn thận.
- Không đóng gói, viên ở dạng có hàm lượng lớn. Dạng gói phosphua kẽm (Kobeba) hiện nay chứa 0,4g/gói tỏ ra góp phần tránh được ngộ độc cho nhiều bệnh nhân.
- Khám và điều trị chuyên khoa tâm thần cho bệnh nhân tự sát tránh ngộ độc tái diễn.

Tài liệu tham khảo:

1. Jefferey L. Burgess 2004, "Fumigant", Medical toxicology, Lippincott William & Wilkins, 3ed edition, PP. 1508-1512.
2. Mahdi Balali-mood 1997, "Phosphine", International Program on Chemical Safety, INCHEM, WHO, UNEP, ILO.
3. National poisons centre 2010, "Phophine", Toxinz, online version, New Zealand.
4. Surjit Singh 2005 "Aluminium phosphine poisoning: current managetment strategies, Workshop on Agrochemical Poisoning", Aouth Asian Clinical Toxicology, Research Collaboration, August, 2005, Colombo, Sri Lanka.
5. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa 2011, TS. Nguyễn Quốc Anh, PGS.TS. Ngô Quý Châu.

NGỘ ĐỘC THUỐC TRỪ SÂU NHÓM PHOSPHO HỮU CƠ

I. CHẨN ĐOÁN:

1. Chẩn đoán xác định:

a. Bệnh sử:

Uống đề tử tử, uống nhầm hay tiếp xúc thuốc trừ sâu (cần khai thác đường ngộ độc, thời gian, loại chất độc và số lượng)

b. Triệu chứng lâm sàng:

Người bệnh nhân có mùi thuốc trừ sâu qua hơi thở, quần áo, chất nôn. Có 3 hội chứng: Muscarinic, Nicotinic, thần kinh trung ương..

❖ HC Muscarinic (M):

- Đồng tử co nhỏ.
- Tăng tiết dịch mồ hôi, nước mắt, nước mũi, đàm nhớt, nước bọt, nôn ói, tăng nhu động ruột, tiêu chảy, đau bụng, có thể có xuất huyết tiêu hóa từ dạ dày, tiểu không tự chủ.
- Co thắt phế quản gây khó thở, tăng tiết phế quản.
- Nhịp tim chậm

❖ HC Nicotinic (N):

- Yếu cơ, run cơ, liệt cơ, nhất là cơ hô hấp, mất phản xạ gân xương, nặng hơn có thể liệt cơ hô hấp, rối loạn nhịp tim.

❖ HC TKTW:

- Ức chế hô hấp.
- Rối loạn tri giác, co giật, hôn mê.
- Suy tuần hoàn hô hấp, tử vong.

c. Cận lâm sàng:

- Định lượng cholinesterase huyết tương.
- Tìm phospho hữu cơ trong dịch dạ dày, tìm para-nitrophenol trong nước tiểu nếu có điều kiện.
- CTM: bạch cầu tăng.
- Ion đồ: giảm kali, natri, tăng đường huyết.
- ECG: hệ giao cảm kích thích: nhanh xoang, hệ phó giao cảm kích thích: chậm xoang.
- X-Quang phổi: có thể có hình ảnh viêm phổi do hít, phù phổi tổn thương, tăng sáng do co thắt phế quản và ứ khí.

2. Chẩn đoán mức độ:

Mức độ	Lâm sàng	Cholinesterase (3650-12900)
Nhẹ	M	20 - 50% (730 - 6450)
Trung bình	M + N hoặc M + TKTW	10 – 20% (365 – 2580)
Nặng	M + N + TKTW	< 10% (< 365 – 1290)
Nguy kịch	3 HC trên + suy tuần hoàn hô hấp	

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Cần phân biệt với ngộ độc morphin, barbiturate, thuốc trừ sâu khác.
- Test Atropin: Atropin 1mg/1ml (TMC) sau 5 phút nếu ngộ độc thuốc trừ sâu nhóm kháng men cholinesterase đồng tử sẽ không giãn hơn, nhịp tim sẽ không nhanh hơn so với trước tiêm.

II. ĐIỀU TRỊ:

1. Biện pháp chung:

a. **Bảo vệ đường thở:** hút đàm thường xuyên, thở oxy, đặt nội khí quản, mở khí quản, thở máy khi cần.

b. **Loại độc chất ra khỏi cơ thể:**

❖ **Ngộ độc qua da:** Thay quần áo, rửa sạch da, gội đầu bằng xà phòng, cần rửa nhiều lần với nước, tránh không chà xát mạnh.

❖ **Ngộ độc qua đường tiêu hóa:**

- Rửa dạ dày đến khi nước trong, không còn mùi phospho hữu cơ, đến muộn vẫn rửa.

- Than hoạt (1g/kg, tổng liều < 120g): 1 gói 20g x 6 (u)/2 giờ.

- Nếu xuất huyết tiêu hóa không dùng than hoạt, mà dùng thuốc băng niêm mạc dạ dày: sucralfat 1 - 2 gói uống mỗi 4 - 6 giờ, ức chế bơm proton (TMC).

- Sorbitol: 1 gói 5g, 4 gói uống mỗi 2 giờ cho đến khi đi tiêu than hoạt.

c. **Cơ giật:** Diazepam (TMC). Nếu chưa kiểm soát được dùng phenobarbital liều tấn công 10 – 20mg/kg TM với tốc độ 50mg/phút.

d. **Rối loạn nhịp thất:** lidocain, hoặc sốc điện khử rung. Có thể sử dụng isoproterenol, tạo nhịp hoặc TM Magnesium đối với nhịp nhanh thất đa dạng (xoắn đỉnh).

e. **Chống sốc:** vận mạch

f. **Nước điện giải và dinh dưỡng:**

Mỗi ngày cung cấp 2 -2,5 lít gồm 1 lít mặn + 1 lít ngọt 5% + 0,5 lít ngọt 30%, điều chỉnh theo ion đồ máu. Ngày đầu nhịn ăn, nuôi ăn qua đường tĩnh mạch chú ý tổng năng lượng 40 Kcalo/ngày. Ngày thứ 2 trở đi: có thể uống nước đường, ăn cháo đường, cháo thịt, tránh ăn dầu mỡ, trứng, sữa, chất béo. Bổ sung dung dịch đậm, vitamin khi bệnh nhân không ăn được hoặc thở máy kéo dài

Tránh tiếp xúc thuốc trừ sâu trong thời gian men cholinesterase chưa trở về bình thường

2. Điều trị đặc hiệu:

a. **Atropin:**

Mức độ	ATROPIN	PAM
Nhẹ	1 mg TB mỗi 60 phút Đến khi có dấu ngấm atropine	
Trung bình	2 mg TM mỗi 30 phút Đến khi có dấu ngấm atropine	TC: 0,5g pha trong 150ml NaCl 0,9% hoặc Glucose 5% TTM C g/p DT: 0,5g/2 giờ TTM trong 24-48 giờ
Nặng	4 mg TM mỗi 15 – 30 phút Đến khi có dấu ngấm atropin	TC: 1 – 2g pha trong 150ml NaCl 0,9% hoặc Glucose 5% TTM C g/p DT: 0,5g/giờ, TTM trong 24-48 giờ
Nguy kịch	6 – 8 mg TM mỗi 15 phút Đến khi có dấu ngấm atropin	

* **Dấu ngấm Atropin:** Đồng tử dẫn trên 4mm, da khô nóng đỏ, M>100l/p, BN sáng, hết dầu rung giật cơ, hết xuất tiết, phổi trong, không tiêu chảy, môi miệng khô, có cầu bàng quang.

- Khi có dấu ngấm atropin duy trì tiếp 1 – 2 giờ nữa, sau đó giảm 1/2 liều đang điều trị, đánh giá lại mỗi 4 – 6 giờ để giảm liều tiếp. Theo dõi sát trong

4 giờ đầu vì có thể ngưng thở đột ngột hoặc chuyển từ ngộ độc thuốc trừ sâu sang tình trạng ngấm atropin.

- Khi có thuốc đối kháng phải giảm 1/2 liều atropin với liều định sử dụng.
- Ngưng atropin khi liều còn 1mg/4 – 6 giờ (TB) trong 24 giờ. Sau ngưng TD 24 - 48 giờ, ổn mới cho ra viện.

b. PAM: dùng càng sớm càng tốt, thời gian điều trị tùy thuộc vào lâm sàng, ngưng PAM khi atropin < 4mg/24 giờ, ChE > 50% hoặc sau 4 ngày, có thể kéo dài 30 ngày đối với phospho hữu cơ tan trong mỡ: Fenthion, Chlorphenthion có thời gian bán hủy kéo dài.

c. Các thuốc không nên dùng:

- Adrenalin có thể gây rung thất.
- Morphin có thể ức chế hô hấp.
- Aminophylline làm tăng tiết dịch phế quản, tăng nhu cầu oxy, tăng kích thích cơ tim

d. Theo dõi:

- Mặc monitoring theo dõi: M, HA, ECG/30 phút.
- Dấu ngấm atropin, hô hấp, nước tiểu mỗi 2 giờ N₁, mỗi 4 giờ N₂
- Định lượng cholinesterase mỗi 12 giờ.

Tài liệu tham khảo:

1. Phác đồ điều trị ngộ độc phospho hữu cơ – Bệnh viện Chợ Rẫy – TP. HCM
2. Poisoning & drug overdose – Kent R. Olson – Fifth edition – 2006.

HÔN MÊ NHIỄM CETON ACID VÀ TĂNG ÁP LỰC THẨM THẤU TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

I. ĐẠI CƯƠNG:

Nhiễm ceton acid và tăng áp lực thẩm thấu máu là hai tình trạng mất bù cấp tính xảy ra trên bệnh nhân đái tháo đường không được ổn định tốt. Hai tình trạng này là do thiếu hoặc giảm chức năng trầm trọng của Insulin. Chúng có thể xảy ra riêng rẽ hoặc cùng xảy ra trên một bệnh.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Chẩn đoán xác định:

a. Triệu chứng lâm sàng:

❖ Hôn mê nhiễm ceton acid (C.A):

- Rối loạn ý thức các mức độ khác nhau từ vật vã kích thích đến hôn mê sâu.
- Buồn nôn, nôn, đau bụng và tăng thông khí (nhịp thở nhanh sâu, kiểu thở Kussmaul)
- Các dấu hiệu mất nước: da khô, tiểu ít, hạ huyết áp hay tình trạng sốc.
- Các biểu hiện lâm sàng của các yếu tố mất bù: nhiễm khuẩn hô hấp, tiết niệu...

❖ Hôn mê tăng áp lực thẩm thấu (TALTT):

- Rối loạn ý thức các mức độ khác nhau từ lơ mơ đến hôn mê sâu.
- Dấu hiệu mất nước nặng.
- Các biểu hiện triệu chứng của các yếu tố khởi phát (nhiễm khuẩn, tai biến mạch máu não...)

b. Triệu chứng cận lâm sàng:

❖ Hôn mê nhiễm C.A:

- Đường huyết $> 300\text{mg/l}$ ($14\text{mmol/L} < \text{ĐH} < 44\text{mmol/L}$)
- $\text{pH} < 7.3$
- $\text{HCO}_3 < 15 \text{ mEq/L}$
- Ceton/máu: (+)

❖ Hôn mê TALTT:

- Đường huyết $> 44\text{mmol/L}$
- ALTT máu $> 320 \text{ mmosl/KgH}_2\text{O}$
- $\text{HCO}_3 > 15 \text{ mEq/L}$
- Ceton/máu: không có hoặc rất ít.

2. Chẩn đoán phân biệt:

	Nhiễm C.A			Tăng ALTT máu
	Nhẹ	Trung bình	Nặng	
- Đường huyết (mmol/L)	> 14	> 14	> 14	> 33
- pH máu	7.25 – 7.30	7.00 – 7.24	< 7.00	> 7.30
- HCO ₃ (mEq/L)	15 – 18	10 – 15	< 10	< 18
- Ceton/nước tiểu	+	+	+	ít
- Ceton/máu	+	+	+	ít
ALTT máu (mOsm/KgH ₂ O)	Thay đổi	Thay đổi	Thay đổi	> 320
Khoảng trống anion	> 10	> 12	> 12	Thay đổi
Thay đổi tri giác	Tỉnh	Tỉnh/ngủ gà	Hôn mê	Hôn mê

ALTT máu ước tính = 2 Na^+ (mmol/L) + glucose (mmol/L) + urê (mmol/L)

Khoảng trống anion = $\text{Na}^+ - (\text{Cl}^- + \text{HCO}_3^-)$

3. Chẩn đoán nguyên nhân:

- Nhiễm khuẩn.
- Không tuân thủ điều trị (ngừng hoặc giảm liều Insulin)
- Không tuân thủ chế độ ăn của bệnh đái tháo đường.
- Dùng thuốc lợi tiểu quá nhiều
- TBMM não, NMCT,...

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Bù dịch:

a. Hôn mê nhiễm C.A:

- Lượng dịch mất trung bình khoảng 5 -11 lít.
- Tốc độ truyền trung bình: 1 lít/giờ x 1 – 4 giờ đầu tiên.
Sau đó 0.5 lít/giờ x 4 giờ kế tiếp.
Tiếp theo đó 250ml/giờ.
- Lượng dịch truyền thay đổi tùy tình trạng bệnh nhân.
- TD M.HA. nước tiểu/giờ (dự trữ nước tiểu 30 – 60ml/giờ)
- Bệnh nhân lớn tuổi, nghi ngờ có suy tim, NMCT hay suy thận $\Rightarrow$ đặt CVP.
- Trong 24h đầu tiên nên bù khoảng 75% lượng nước ước lượng đã mất.
- Nếu kết quả $\text{Na}^+ > 155 \text{ mmol/L}$ dùng Natri Clorua 4.5 %.
- Khi đường huyết đến 250mg/dl phải phối hợp Glucose 5% hoặc 10%, tốc độ 150 – 250 ml/giờ trong dịch truyền, trong khi vẫn tiếp tục dùng Insulin, NaCL 9‰ hoặc 4.5‰.

b. Tăng ALTT máu:

- Lượng dịch mất trung bình 8 – 18 lít.
- Bắt đầu truyền Natri Clorua 9‰ 1 lít/giờ.
- Nếu có giảm thể tích nặng gây tụt HA: truyền Natri Clorua 9‰ 1 lít/giờ cho đến khi huyết áp tối đa $> 90 \text{ mmHg}$.

- Nồng độ Natri Clorua bình thường hoặc tăng: truyền Natri Clorua 4.5‰ 250 – 500ml/giờ tùy tình trạng mất nước.

2. Insulin:

Sử dụng Insulin tác dụng nhanh.

a. *Hôn mê nhiễm C.A:*

- Tiêm tĩnh mạch 10 -20 đơn vị Insulin tác dụng nhanh.
- Tiếp theo truyền tĩnh mạch với liều:
 - 0.1 đơn vị/kg cân nặng/giờ nếu đường huyết > 200mg/dl.
 - 0.05 đơn vị/kg cân nặng/giờ nếu đường huyết < 200mg/dl.
- Theo dõi đáp ứng Insulin: khi điều trị đúng đường huyết sẽ giảm khoảng 75 – 90mg/dl mỗi giờ. Nếu không có thể do không bù đủ dịch hoặc có tình trạng đề kháng Insulin hoặc insulin vào cơ thể không đúng cách. Nếu nghi ngờ có đề kháng Insulin phải tăng liều Insulin tĩnh mạch 50 – 100% mỗi giờ.
- Nếu đường huyết giảm đến 250mg/dl, giảm liều Insulin đến 2 – 4 đơn vị truyền tĩnh mạch mỗi giờ.
- Khi bắt đầu truyền đường thì nồng độ dự trữ kiềm và khoảng trống anion sẽ giúp theo dõi diễn tiến điều trị tốt hơn. Khi $\text{HCO}_3^- > 15\text{mEq/L}$ và AG giảm có thể duy trì Insulin truyền tĩnh mạch với liều 1 – 2 đơn vị/giờ.
- Khi bệnh nhân ăn uống bằng đường miệng, thể ceton âm tính hoàn toàn có thể chuyển sang tiêm dưới da.

b. *Tăng ALTT: thường cần Insulin ít hơn.*

- Tiêm tĩnh mạch Insulin tác dụng nhanh với liều 5 – 10 đơn vị. Sau đó, truyền tĩnh mạch tốc độ trung bình 3 – 7 đơn vị/giờ.
- Khi đường huyết giảm đến 250mg/dl thì truyền thêm Glucose 5% hoặc glucose 10% và duy trì Insulin truyền tĩnh mạch 1 – 2 đơn vị/giờ cho đến khi ổn định hoàn toàn thì chuyển sang tiêm dưới da.

3. Bù Kali:

- Bù Kali theo kết quả Ion:

K^+ huyết thanh	K^+ cần bổ sung (mmol/L)
< 3.5	40
3.5 – 4.4	20
4.5 – 5.5	10
>5.5	Không bù, kiểm tra Kali/3 giờ và theo dõi ECG

- Theo dõi nồng độ Kali mỗi 2 giờ, nếu kali/máu: < 3mmol/L phải theo dõi mỗi giờ.
- Đo điện tim phát hiện sớm tình trạng hạ Kali máu.
- Kali được bù qua đường tĩnh mạch ngoại vi.
- Khi có suy thận giảm liều 20 – 50%.

4. Dung dịch kiềm:

- Chỉ định:
 - Khi pH < 7.0 hoặc

- $\text{HCO}_3^- < 5 \text{ mEq/L}$, pH < 7.2 kèm choáng hoặc hôn mê.
- Nếu pH từ 6.9 – 7.0: truyền 250ml dung dịch Natri Bicarbonate 1.4% trong 2 giờ.
- Nếu pH < 6.9 truyền 500ml dung dịch Natri bicarbonate 1.4% trong 2 giờ.
- Sau đó, xét nghiệm lại KMĐM.

5. Điều trị nguyên nhân:

6. Theo dõi và chăm sóc bệnh nhân hôn mê:

a. Theo dõi:

- Mạch, huyết áp, nhịp thở/30 phút – 1 giờ. Lượng nước tiểu/giờ. Nhiệt độ/4 giờ.
- Đường huyết mỗi ½ giờ hoặc mỗi giờ trong 4 giờ đầu tiên. Sau đó hoặc 2 giờ.
- Theo dõi điện giải trong máu mỗi 2 giờ cho đến khi ổn định, sau đó theo dõi mỗi 4 giờ.
- Theo dõi pH máu/mỗi 2 – 4 giờ cho đến khi pH > 7.0.

b. Chăm sóc bệnh nhân hôn mê:

- Xoay trở, vỗ lưng, hút đàm nhớt.
- Tránh đặt sonde tiểu thường qui, chỉ nên đặt khi có choáng, hôn mê, bàng quang thần kinh,...

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 Thụy Khuê.
3. Handbook of diabetes, edite by Gareth Williams; Jonh C. Pickup.
4. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa 2011, TS. Nguyễn Quốc Anh, PGS.TS. Ngô Quý Châu.

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:

1. Các vấn đề cần đặc biệt quan tâm:

a. *Tim mach:*

- + 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.

b. Biến chứng thận: nếu có Albumin hoặc đạm trong nước tiểu.

→ Do ure, creatinin.

Nếu Kali > 5 mmol/l phải hạ đến bình thường trước phẫu thuật.

c. Hô hấp: chụp XQ phổi, KMĐM.

d. Mắt: cần tránh tăng huyết áp đột ngột có thể gây vỡ mạch máu võng mạc.

e. Nhiễm trùng: BN ĐTD rất dễ bị nhiễm trùng, rất khó kiểm soát. Nếu có thể được nên hoãn mổ cho đến khi kiểm soát được nhiễm trùng.

2. 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.

3. Xác định BN ĐTD típ 1 hay ĐTD típ 2

4. 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:

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

❖ ĐTĐ típ 2:

- 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.

b. 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:

- Dùng 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.

IV. 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

I. CHẨN ĐOÁN:

1. Chẩn đoán xác định :

a. Triệu chứng lâm sàng:

- ❖ *Bướu giáp*: Bướu giáp lan tỏa, điển hình bướu mạch, đồng nhất cả 2 thùy, di động khi nuốt, không đau. Khi sờ có rung miu, nghe có âm thổi tâm thu, nghe rõ ở cực trên tuyến giáp.
- ❖ *Dấu hiệu cường giáp*:
 - Toàn thân: Gầy sút, sụt cân
 - Tim mạch: Hồi hộp, đánh trống ngực
Nhịp tim nhanh thường xuyên >90 l/p, tăng lên khi xúc động
Nghe tim có thể có tiếng thổi tâm thu cơ năng
 - Tiêu hóa: Tăng nhu động ruột, tiêu chảy
 - Thần kinh- cơ:
Run tay thường xuyên
Teo cơ, ưu thế gốc chi với giảm trương lực cơ, dấu hiệu “Ghế đẩu (+)”
Có thể có hạ kali máu gây liệt 2 chi dưới
 - Tăng nhẹ thân nhiệt, sợ nóng, ra nhiều mồ hôi
 - Các triệu chứng không đặc hiệu:
Dễ kích thích, dễ cáu gắt, dễ xúc động, khó ngủ, bứt rứt
Sạm da, rụng tóc, da nóng ẩm
- ❖ *Dấu hiệu mắt: thường ở cả 2 mắt*
 - Triệu chứng cơ năng: chói mắt, chảy nước mắt, cộm như có bụi bay vào mắt hoặc nóng rát.
 - Triệu chứng thực thể: Ánh mắt long lanh, mắt ít chớp. Khám có thể gặp các dấu hiệu:
 - Do cơ mi trên:
Dấu hiệu Dalrymple: hở khi mi, còn gọi “lồi mắt giả”
Dấu hiệu Stellwag: mi mắt nhắm không kín
Dấu hiệu Von Graefe: mắt đồng tác giữa nhãn cầu và cơ trán
Dấu Jenllinek: viền sạm màu quanh mi mắt
 - Lồi mắt
 - Liệt cơ vận nhãn
- ❖ *Dấu phù niêm trước xương chày*

b. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm đặc hiệu:
 - Hormon tuyến giáp: T3, FT4: tăng
TSH giảm
 - Kháng thể kháng thụ thể TSH (TRAb): tăng
- Các xét nghiệm khác:
 - CTM: có thể có thiếu máu thiếu sắt
 - Giảm Cholesterol, Triglycerid máu
 - Kali máu có thể giảm
- Siêu âm tuyến giáp: TG to, lan tỏa, giảm âm, không có nhân
- Xạ hình TG: cho thấy hình ảnh TG lớn hơn bình thường, bắt xạ đều và đồng nhất.

- Độ tập trung Iod phóng xạ tăng
- ECG: thường nhịp nhanh xoang; có thể thấy rung nhĩ, ngoại tâm thu, dày thất trái nếu đã có biến chứng tim mạch

2. Chẩn đoán phân biệt:

- Cường giáp do điều trị hormone giáp L.Thyroxin
- Bướu giáp đơn hoặc đa nhân độc
- Cường giáp do viêm TG bán cấp
- Cường giáp do u tuyến yên tiết TSH
- Nguyên nhân khác hiếm gặp: hc cận ung thư, carcinom TG...

II. ĐIỀU TRỊ:

A. ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA:

1. Chống lại sự tổng hợp hormone giáp:

a. *Kháng giáp tổng hợp (KGTH):*

Giai đoạn tấn công: 6- 8 tuần

Giai đoạn duy trì: 18- 24 tháng

Nhóm	Hàm lượng (mg)	Liều tấn công mg / ngày	Liều duy trì mg /ngày
THIOURACIL			
- PTU	50	200- 400	50- 100
- Basdene	25	100- 400	50- 100
IMIDAZOLE			
*Methimazole	5	15- 30	5- 10
Tapazole			
*Carbimazole	5	30- 45	5- 10
Neomercazole			

- Tác dụng phụ: Giảm hoặc mất bạch cầu hạt
Vàng da
Dị ứng mẩn ngứa ngoài da

b. *IOD vô cơ:*

❖ *Chỉ định:* Basedow không nặng.

Cơn bão giáp

Chuẩn bị phẫu thuật

BN có bệnh lý gan, bệnh tim kèm theo

Cần hạ nhanh nồng độ hormon giáp

❖ *Liều lượng:*

- DD Lugol 1%: 1ml= 20 giọt, có 25,3mg iod

DD Lugol 5%: 1ml= 20 giọt, có 126,5mg iod

Liều thông thường: Lugol 1%: uống 20- 60 giọt

Lugol 5%: uống 10- 20 giọt

Chia 2- 3 lần, uống vào các bữa ăn chính

- DD SSKI: 1- 2 giọt (50- 100mg), ngày uống 1- 2 lần

Iod có tác dụng sớm nhưng ngắn hạn, sau vài ngày bắt đầu có tác dụng và tác dụng mạnh nhất vào ngày 5- 15. Sau đó tác dụng giảm dần, muốn có tác dụng trở lại cần có thời gian nghỉ 1- 2 tuần.

2. Chống lại biểu hiện cường giao cảm:

- Thuốc chẹn giao cảm:
 - Propranolol (Inderal) viên 40mg

Liều thông thường: 40- 120mg/ ngày, chia 4-6 lần uống

- Metoprolol (Betaloc, Betaloc zok) viên 25mg; 50mg

Liều: 25- 100mg/ngày

- Atenolol (Tenormin) viên 50mg

Liều: 25- 100mg/ngày

- Bisoprolol (Concor) viên 2,5mg; 5mg

Liều : 2,5- 10mg/ngày

*** Chống chỉ định thuốc chẹn giao cảm:** hen suyễn, loét dạ dày- hành tá tràng, bloc nhĩ thất.

Khi có CCĐ thuốc chẹn β có thể dùng

+ Reserpin: 1- 1.5 mg/ngày

+ Guanethidin: 50-100mg/ngày

3. Điều trị hỗ trợ: chế độ nghỉ ngơi, chế độ dinh dưỡng, thuốc an thần, vitamin khi cần.

4. Theo dõi :

- Khám LS và XN T3. FT4. TSH (có thể TRAb) mỗi tháng trong thời gian điều trị.
- Xét nghiệm SGOT, SGPT , công thức BC trong những tháng đầu.
- Sau khi ngưng điều trị , khám lại 3-6 tháng trong năm đầu. Sau đó mỗi năm đánh giá có tái phát không.
- Tỷ lệ tái phát # 50%

B. ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA:

1. Chỉ định: Nghỉ ngơi ung thư

Tuyến giáp quá to, đơn nhân hoặc đa nhân

Phụ nữ có thai không dung nạp kháng giáp tổng hợp

BN muốn điều trị khỏi ngay nhưng từ chối điều trị phóng xạ

2. Chuẩn bị BN: Bao giờ cũng điều trị nội khoa trước phẫu thuật, trở về bình giáp

- KGTH: Điều trị cho đến khi bình giáp

Liều: 300- 600mg/ngày dùng khoảng 6 tuần , có thể thấp hơn khi tuyến giáp nhỏ

- Iod dùng dưới dạng dd Lugol, dùng trước phẫu thuật 2 tuần

- An thần, propranolol(ngưng propranolol từ 7- 10 ngày trước phẫu thuật)

3. Theo dõi:

- Khám LS và xn có đạt bình giáp hay suy giáp sau phẫu thuật
- Nếu có suy giáp thì điều trị thay thế L.Thyroxin

4. Biến chứng:

Suy giáp, tổn thương thần kinh quặt ngược, tụ máu, phù nề thanh quản, suy cận giáp.

C. ĐIỀU TRỊ IOD – 131:

1. Chỉ định:

- BN > 40 tuổi
- Thể trạng yếu hoặc có tai biến của điều trị nội khoa
- Tái phát sau điều trị nội khoa, ngoại khoa

2. Chống chỉ định : Phụ nữ có thai và cho con bú

Tài liệu tham khảo

1. Mai Thế Trạch, Nguyễn Thy Khuê(2007). “Bệnh Basedow”. Nội tiết học đại cương. Nhà xuất bản y học, trang 150- 154.
2. Nguyễn Quốc Anh, Ngô Quý Châu (2011). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Bệnh Nội khoa.

3. “Endocrinology Subspecialty Consult” (2009). The Washington Manual, Second edition.

CƠN BẢO GIÁP

I. CHẨN ĐOÁN :

Cơn bão giáp có thể xuất hiện trên BN cường giáp chưa được chẩn đoán, hoặc điều trị không đầy đủ và có stress nặng như :

1. Yếu tố thuận lợi:

- Nhiễm trùng.
- Phẫu thuật, nhất là phẫu thuật tuyến giáp.
- Chấn thương, sờ nắn tuyến giáp nhiều và mạnh.
- Biến chứng cấp tăng đường huyết, hạ đường huyết.
- Ngưng thuốc kháng giáp tổng hợp (KGTH) khi bệnh chưa ổn.
- Tai biến mạch máu não.
- Thuốc cản quang, uống iod, dùng hormon tuyến giáp quá liều.
- Sinh nở, thai độc.
- Stress tâm lý.

2. Triệu chứng :

a. Lâm sàng :

- Sốt 38- 41°C, đổ mồ hôi nhiều có thể đưa đến mất nước.
- Lo lắng, kích thích, lú lẫn, có thể hôn mê.
- Tim nhanh 120- 200l/p, có thể 300l/p.

Có thể có rối loạn nhịp tim(rung nhĩ, ngoại tâm thu, suy tim ứ huyết).

Nếu HA tụt thì tiên lượng xấu .

- Triệu chứng tiêu hóa : Buồn ói, đau bụng, tiêu chảy, có thể vàng da nhẹ, đôi khi có gan to. Dấu hiệu vàng da tiên lượng xấu.
- Nhược cơ:

Đôi khi có thể vô cảm, BN yếu liệt, nhiệt độ chỉ hơi tăng. Thể này hay bị các triệu chứng tim mạch như tim nhanh, suy tim che khuất

b. Cận lâm sàng :

- T3 , FT4 : tăng
TSH : giảm
- Bilirubin huyết thanh : tăng
SGOT, SGPT : tăng
- Thời gian prothrombin kéo dài
- Glycemie : nếu giảm là dự hậu xấu

c. Thang điểm :

BURCH và WARTORFSKY đưa ra hệ thống thang điểm giúp chẩn đoán phân biệt cường giáp nặng và cơn bão giáp

1. Rối loạn điều hòa thân nhiệt 37°2 – 37°7C 37° 8 – 38°3C 38° 4 – 38°8C 38° 9 – 39°4C 39° 4 – 39°9C >40°C	Điểm 5 10 15 20 25 30
2. Ảnh hưởng thần kinh trung ương Không có Kích động Nói sảng, rối loạn tâm thần, lừ đừ Kinh giật hoặc hôn mê	0 10 20 30
3. Rối loạn tiêu hóa Không có Tiêu chảy, buồn ói, ói đau bụng Vàng da không tìm được nguyên nhân	0 10 20
4. Rối loạn tim mạch - Tim đập nhanh: 90- 109 110- 119 120- 129 130- 139 >140 - Suy tim: Không có Nhẹ(phù) Trung bình (ran nổ 2 đáy) Nặng (phù phổi) - Rung nhĩ: Không có Có	5 10 15 20 25 0 5 10 15 0 10
5. Bệnh sử có yếu tố thuận lợi (phẫu thuật, nhiễm trùng,...) Không có Có	0 10

Khi không thể phân biệt là triệu chứng của bệnh đi kèm hoặc của cơn bão giáp, sẽ cho điểm cao nhất thuận lợi cho cơn bão giáp.

Kết quả: < 25 điểm: ít có khả năng là cơn bão giáp
25- 44 điểm: nhiều khả năng là cơn bão giáp
> 45 điểm: rất nhiều khả năng là cơn bão giáp

II. ĐIỀU TRỊ:

1. Điều trị đặc hiệu:

a. PTU: Liều đầu tiên uống 300- 400mg và sau đó uống 200mg mỗi 04 giờ hoặc 100mg mỗi 02 giờ trong ngày đầu. Sau đó uống 300- 600mg/ngày trong 3- 6 tuần đến khi kiểm soát được hội chứng cường giáp.

(Hoặc Neomercazole uống 30- 40mg liều đầu tiên và sau đó uống 20- 30mg/ 8 giờ trong ngày đầu. Những ngày sau uống 30- 60mg/ ngày)

b. DD Iod : chỉ dùng 1- 2 giờ sau khi dùng KGTH. Có thể dùng :

- DD Lugol 1%: 1ml = 20 giọt có 25,3 mg iod

DD Lugol 5%: 1ml = 20 giọt có 126,5 mg iod

Liều điều trị:

Lugol 1%: uống 20- 60 giọt

Lugol 5%: uống 10- 20 giọt

Chia 2- 3 lần uống

- Hoặc DD SSKI: 5 giọt uống mỗi 6- 8 giờ

- Hoặc NaI: 01 gam TTM chậm mỗi 8- 12 giờ

Hoặc 0.25 gam tiêm mạch mỗi 6 giờ.

- Hoặc dùng dd Iod bão hòa (SSKI): 05 giọt uống mỗi 6- 8 giờ

c. Corticoid :

Hydrocortison: 50- 100 mg/6- 8 giờ tiêm mạch

Hoặc Dexamethason: 2mg/6 giờ uống

d. Propranolol :

Liều 40- 80mg/6 giờ uống (nếu không chống chỉ định).

- Trong trường hợp không uống được thì truyền tĩnh mạch chậm tốc độ 1m/phút, liều tối đa 0.15mg/ kg , có thể lập lại sau 4 giờ

- Nếu suy tim, hen phế quản có thể dùng Reserpin với liều 1- 5mg TB, tiếp theo có thể 1- 2mg TB/6 giờ

2. Phục hồi và duy trì sinh hiệu:

- Bù đủ dịch và điện giải.

- Hạ nhiệt bằng Acetaminophen, lau mát (không dùng Aspirin).

- Điều trị suy tim nếu có (thở oxy, Digoxin, lợi tiểu).

- Dinh dưỡng đầy đủ và vitamine khi cần

3. Tìm và điều trị các yếu tố thuận lợi

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mai Thế Trạch, Nguyễn Thy Khuê(2007). “Bệnh Basedow”. Nội tiết học đại cương. Nhà xuất bản y học, trang 150- 154.
2. Nguyễn Quốc Anh, Ngô Quý Châu (2011). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Bệnh Nội khoa.
3. “Endocrinology Subspecialty Consult” (2009). The Washington Manual, Second edition.

BỆNH PHỔI TẮC 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 x 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: **FEV₁/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 ≥ 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% ≤ FEV ₁ < 80%
III: COPD nặng	Khó thở ngay khi đi bộ chậm trên mặt bằng khoảng 100 m	- FEV ₁ /FVC < 70% - 30% ≤ 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 lẫn 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 < 90mmHg, Huyết áp tối thiểu < 60mmHg.

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 > 8mmol/l)
- Yếu tố II: Suy gan (men gan tăng, bilirubin tăng, protid giảm).
- Yếu tố III: Suy tim (tiền sử có bệnh tim mạch hay bệnh phổi là nguy cơ gây suy tim, khó thở, bệnh cảnh suy tim hoặc $EF < 40\%$).

- Yếu tố IV: Suy dưỡng (bệnh cảnh suy dưỡng và/hoặc Albumin máu < 35g/l).

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 SpO ₂ (nếu cần) } Sáng-chiều	Huyết áp Nhiệt độ Nhịp thở Tri giác SpO ₂ (nếu cần) Nước tiểu: trong 24 giờ } Sáng-chiều- tối

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.PĐ1: 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.PĐ2: 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.PĐ3: 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).

PĐ₃₊: 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.PĐ4: 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

Viêm phổi cộng đồng? đến khám bệnh

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

↓
- Xếp loại mức độ nặng: nhóm 1, 2, 3

- Xác định có hay không yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn đặc biệt: A,B, C,D

BN nhóm 1 (± A-D) nên điều trị ngoại trú, khi cần nhập viện: XN1, TD1, PĐ₁ (hoặc PĐ₁₊ và XN vi trùng học nếu có A-D)

BN nhóm 2 (± A-D) Cần nhập viện: XN2, TD2, PĐ₂ (hoặc PĐ₂₊ và XN vi trùng học nếu có A-D)

BN nhóm 3 (± A-D) Xem xét khả năng nhập ICU: XN3, TD3, PĐ₃ (hoặc PĐ₃₊ và XN vi trùng học)

Trong vòng 12 – 24 giờ (trong 1 ngày)

↓
Xác định có hay không các yếu tố nguy cơ I-IV và điều trị các yếu tố nguy cơ

↓
Khi sử dụng kháng sinh 72 giờ (2-4 ngày), đánh giá hiệu quả điều trị

- Giảm bậc theo dõi.
- Xem xét chuyển thuốc uống và chuyển điều trị ngoại trú

- Tăng bậc theo dõi.
- Xem lại chẩn đoán và điều trị các bệnh kết hợp.
- Xét nghiệm vi trùng học.
- Điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ hoặc tăng

Tốt

Sau 72 giờ tiếp theo (ngày 5 – 7)

Xấu

Đánh giá hiệu quả điều trị

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 $> 7\text{mmol/lít}$.

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

C. Xếp loại nặng theo IDSA-ATS 2007:

1. Tiêu chuẩn chính:

- Cần thở máy.
- Sốc nhiễm trùng.

2. Tiêu chuẩn phụ:

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

3. 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.

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 beta 2 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, Glycemie, Ion 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, Glycemie 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

2. 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.

BỆNH LÝ NÃO – GAN

I. CHẨN ĐOÁN:

1. Chẩn đoán xác định:

a. Lâm sàng:

❖ **Rối loạn tri giác:** là triệu chứng nổi bật để chẩn đoán

- Kém trí nhớ, kém tập trung.
- Thay đổi hành vi, thái độ, mất phương hướng không gian - thời gian.
- Hôn mê từ nhẹ đến sâu.

❖ **Dấu hiệu thần kinh:**

- Rung vẩy.
- Tăng hoặc giảm phản xạ gân cơ.
- Tăng hoặc giảm trương lực cơ.
- Babinski (+) 2 bên.
- Co giật.

❖ **Dấu chứng đặc biệt:**

- Hơi thở có mùi gan.
- Thở nhanh và sâu.

b. Cận lâm sàng:

❖ Các xét nghiệm đánh giá chức năng gan: Albumin, Protein, A/G, SGOT, SGPT, GGT, TQ, TCK, Fibrinogen, Bilirubin TT, Bilirubin GT, NH3.

❖ Điện não đồ.

c. Nguyên nhân:

❖ Nguyên nhân cơ bản: là những bệnh dẫn đến suy gan (>80% tế bào gan bị suy) như viêm gan siêu vi, xơ gan giai đoạn cuối.

❖ Nguyên nhân thuận lợi:

- XHTH.
- Lợi tiểu mạnh.
- Chọc tháo dịch báng nhiều.
- Nhiễm trùng.
- Táo bón lâu ngày.
- Ăn nhiều đạm.
- Phẫu thuật nối cửa – chủ.
- Thuốc an thần, gây mê.

2. Chẩn đoán phân biệt:

- Sốt rét ác tính thể gan mật:
- Nhiễm xoắn khuẩn
- Nhiễm trùng đường mật

II. ĐIỀU TRỊ:

1. **Điều trị bệnh căn nguyên:** xơ gan, bệnh lý gan cấp (viêm gan siêu vi, viêm gan do thuốc...)

2. **Điều trị yếu tố thúc đẩy:** XHTH, rối loạn nước – điện giải, cân bằng kiềm toan, điều trị nhiễm trùng, ngưng sử dụng an thần, lợi tiểu.

3. Điều trị hôn mê gan:

a. Theo dõi bệnh nhân:

- Đánh giá trạng thái tâm thần kinh.
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn/4 giờ.
- Theo dõi bilan xuất – nhập.

- Theo dõi ion đồ.
- b. Chế độ ăn:**
 - Giảm đạm, tăng đường, kiêng mỡ dầu.
 - Đảm bảo cung cấp đủ năng lượng 1600 – 2500Kcal/ngày:
 - Đạm 0.5 – 0.7g/kg/ngày, đạm thực vật là tốt nhất,
 - Có thể truyền đạm: Morihepamin, Aminoleban.
 - Truyền Glucose 30% để bổ sung năng lượng.
- c. Làm sạch cặn, bả trong đường ruột:**
 - Đặc biệt trong trường hợp có XHTH, táo bón:
 - Nhuận tràng: Duphalac, Sorbitol.
 - Thụt tháo 1 – 2 lần/ngày.
 - Kháng sinh đường ruột: Neomycin 0.5 – 1g/6 giờ hoặc Metronidazole 250mg x 3 – 4 lần/ngày hoặc Vancomycin 1g x 2 lần/ngày. Ciprofloxacin 500mg x 2 lần/ngày.
- d. Ngăn chặn sự hấp thu:** Lactulose 30ml/giờ cho đến khi tiêu chảy, rồi sau đó 15 – 20ml x 2 – 4 lần/ngày, sau đó tiêu lỏng 2 – 3 lần/ngày.
- e. Biện dưỡng NH₃:** Ornicetil TTM 20 – 30g/ngày.

Tài liệu tham khảo:

1. Bài giảng bệnh học nội khoa sau đại học – Trường ĐH Y dược TP.HCM.
2. Điều trị xơ gan và các biến chứng – Gs. Ts. Lê Quang Nghĩa – Bs. Lê Quang Nhân – Nhà xuất bản Y học – 2005.
3. The Washington Manual of critical care 2012.

XUẤT HUYẾT TIÊU HOÁ TRÊN CẤP

I. 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 nhạt cảm giác mệt, xây xẩm, 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:
 - 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.
 - o Có thể ngất xỉu trong giây lát.
 - o Khát nước, nhức đầu, vã mồ hôi, chân tay lạnh.
 - o Da niêm mạc trắng, nhợt nhạt.
 - o Nước tiểu giảm – có thể dẫn đến vô niệu (suy thận cấp).
 - o Thở kiểu toan máu.
 - o Dấu hiệu sinh tồn:
 - Mạch nhanh, nhỏ nhẹ khó bắt, có thể không đếm được $M > 100$ lần/phút)
 - Huyết áp tối đa tụt, kẹp, dao động tình trạng shock do giảm thể tích tuần hoàn, xuất hiện và ngày càng trầm trọng nếu không được điều trị kịp thời
 - Thân nhiệt tăng nhẹ từ 37°C - 38°C (do tăng hấp thu đạm trong lòng ống tiêu hoá làm tăng chuyển hoá)
 - o Dấu hiệu cận lâm sàng
 - Hồng cầu ≤ 2 triệu
 - Hct $\leq 20\%$

Với những người có bệnh tim mạch và lớn tuổi HC $\leq 2,5$ M, Hct $\leq 25\%$ đã có thể xuất hiện shock.

- o Ure máu tăng nhưng thường ≤ 1 g/l nếu có suy thận creatinin sẽ tăng
- o 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 6h (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 <50ml/h là bắt đầu thiếu niệu. Nếu trên lâm sàng có dấu hiệu thiếu oxy não: cần nghĩ XHTH mức độ nặng ngay

Đánh giá bệnh nhân XHTH trên cấp:

▪ **Nhập ICU:**

- Tụt HA.
- Khởi phát chảy máu mức độ từ nhẹ đến trung bình trong lúc nằm viện vì những bệnh lý không liên quan.
- Huyết động không ổn định mặc dù đã được hồi sức tích cực.
- Hct tiếp tục giảm mặc dù đã được truyền máu.
- Hct < 25% ở bệnh nhân có bệnh lý tim phổi hoặc đột quỵ, < 20% ở các trường hợp khác.
- Sonde dạ dày ra máu đỏ tươi hoặc đỏ sẫm, đặc biệt sau rửa dạ dày vẫn còn máu.
- Những thông số về đông máu kéo dài (PT > 1,2 lần bình thường).
- Nhồi máu cơ tim, đột quỵ, hoặc là các biến chứng toàn thân khác do mất máu nhanh.
- Bất kỳ bệnh lý phối hợp không ổn định bao gồm cả thay đổi về tri giác.
- Chảy máu do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản.
- Có bằng chứng của rỉ máu, phun máu, hoặc lộ mạch trên nội soi.

▪ **Nhập khu điều trị thông thường:**

- Huyết động ổn sau khi hồi sức ban đầu.
- Giảm Hct < 5% so với ban đầu và/hoặc Hct >30%.
- Các thông số về đông máu ổn định.
- Sonde dạ dày ra dịch màu café, rửa sạch bằng nước.
- Không có các biến chứng toàn thân do mất máu.
- Không tìm được nguồn gốc chảy máu khi nội soi đường tiêu hóa trên.
- Chảy máu không do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản, hiện không còn chảy máu, nội soi có đáy sạch.

▪ **Nội soi khẩn cấp hoặc cấp cứu: (12 giờ đầu tiên)**

- Nghi ngờ hoặc đã biết chảy máu do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản.
- Huyết động không ổn định mặc dù đã được hồi sức.
- Sonde dạ dày ra máu đỏ tươi hoặc đỏ bầm, đặc biệt sau rửa dạ dày vẫn còn máu.
- Hct không tăng mặc dù đã được truyền máu.

▪ **Nội soi trì hoãn:** BN ổn định hoặc chảy máu ít (ói máu nâu đen, Hct ổn)

II. ĐIỀU TRỊ:

KIỂM SOÁT BAN ĐẦU XHTH CẤP

Hồi sức nội khoa

- Đặt 2 đường truyền tĩnh mạch (lớn) hoặc tĩnh mạch trung tâm.
- XN: nhóm máu, CBC, CMP, INR, PTT.
- Truyền dung dịch muối đẳng trương.
- Truyền máu trong trường hợp khẩn cấp có thể truyền ngay nhóm máu O.
- Thở oxy qua đường mũi.



- Ngưng các thuốc kháng đông (warfarin, heparin), thuốc tiêu sợi huyết.
- Ngưng thuốc kháng TC nếu được (aspirin, Clopidogrel)
- Ngưng các thuốc chống huyết khối nếu được.
- Điều chỉnh PT/INR kéo dài bằng truyền FFP và/hoặc tiêm Vitamin K.
- Điều chỉnh PPT kéo dài bằng truyền Protamine nếu cần.



Mức độ xuất huyết

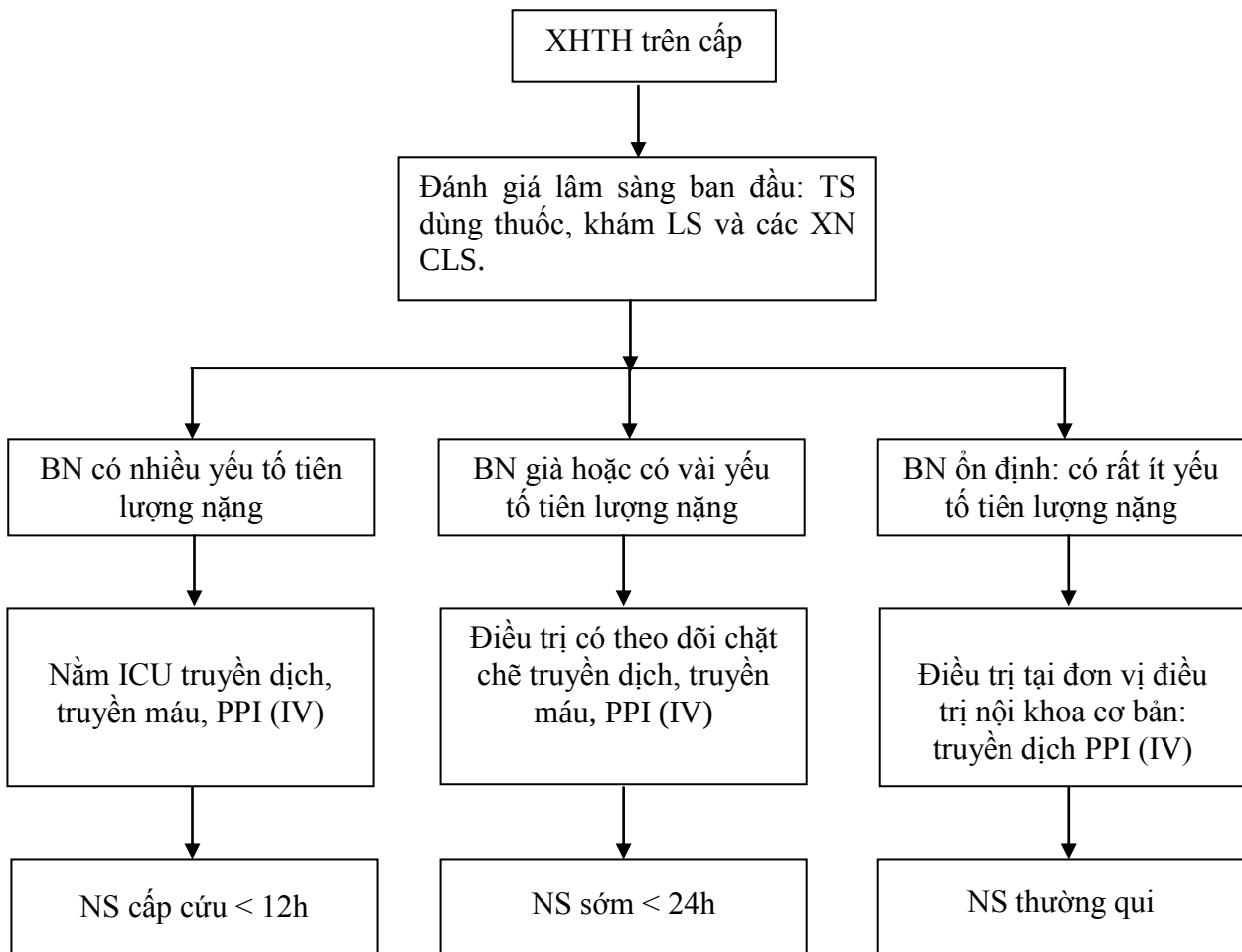
- Ói máu, tiêu phân đen gợi ý XHTH trên
- Tiêu phân đen thường gợi ý XHTH trên nhưng có thể có nguồn gốc phía dưới
- Tiêu phân đỏ tươi gợi ý XHTH dưới
- Bất kỳ xuất huyết nào có suy sụp tuần hoàn đều có thể là XHTH trên



Căn nguyên xuất huyết

- Nếu có biểu hiện xơ gan gợi ý xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản.
- Mới cắt polyp gợi ý chảy máu sau cắt polyp
- Đã có PT tạo mảnh ghép ĐMC trước đó gợi ý xuất huyết do dò ĐMC-ruột
- Đã có điều trị xạ trị trước đó gợi ý viêm ruột do tia xạ hoặc bệnh lý hậu môn
- Nôn nhiều trước khi nôn ra máu gợi ý rách tâm vị trong HC Mallory – Weiss

KIỂM SOÁT BAN ĐẦU XHTH TRÊN CẤP



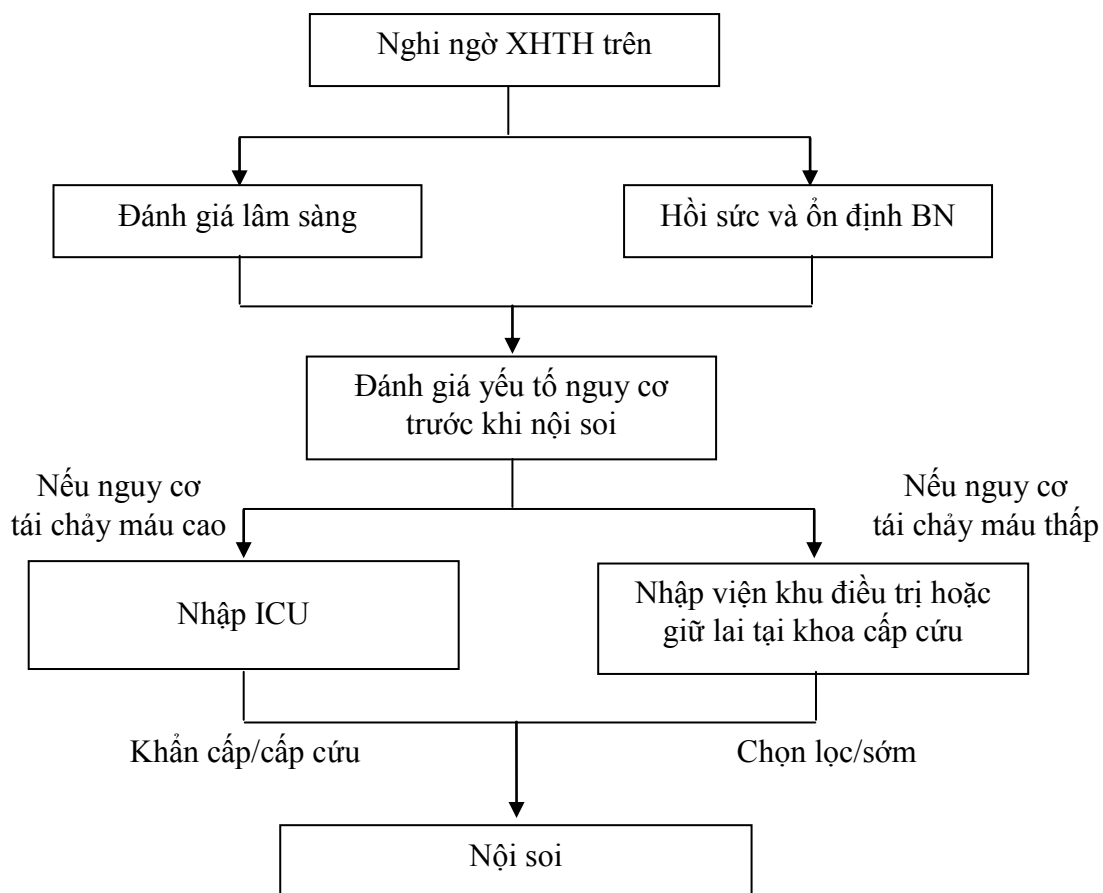
Đánh giá nguy cơ bằng điểm số Rockall

Điểm số	0	1	2	3
Tuổi	<60	70-79	>80	-
Shock	Không	Nhịp tim nhanh >100 lần/phút, SBP > 100mmHg	Hạ HA, nhịp tim > 100 lần/phút, SBP > 100mmHg	-
Bệnh phối hợp	Không có bệnh phối hợp quan trọng	-	Suy tim sung huyết, bệnh lý động mạch vành, bất kỳ bệnh phối hợp nào quan trọng	Suy thận hoặc suy gan, ung thư di căn
Chẩn đoán	Mallory-weiss, không có dấu hiệu xuất huyết gần đây	Tất cả các chẩn đoán khác	Ung thư đường tiêu hóa trên	-
Dấu hiệu chính yếu của các xuất huyết gần đây	Không có hoặc chỉ có điểm xuất huyết	-	Cục máu đông, mạch máu lộ hoặc là đang phun máu	-

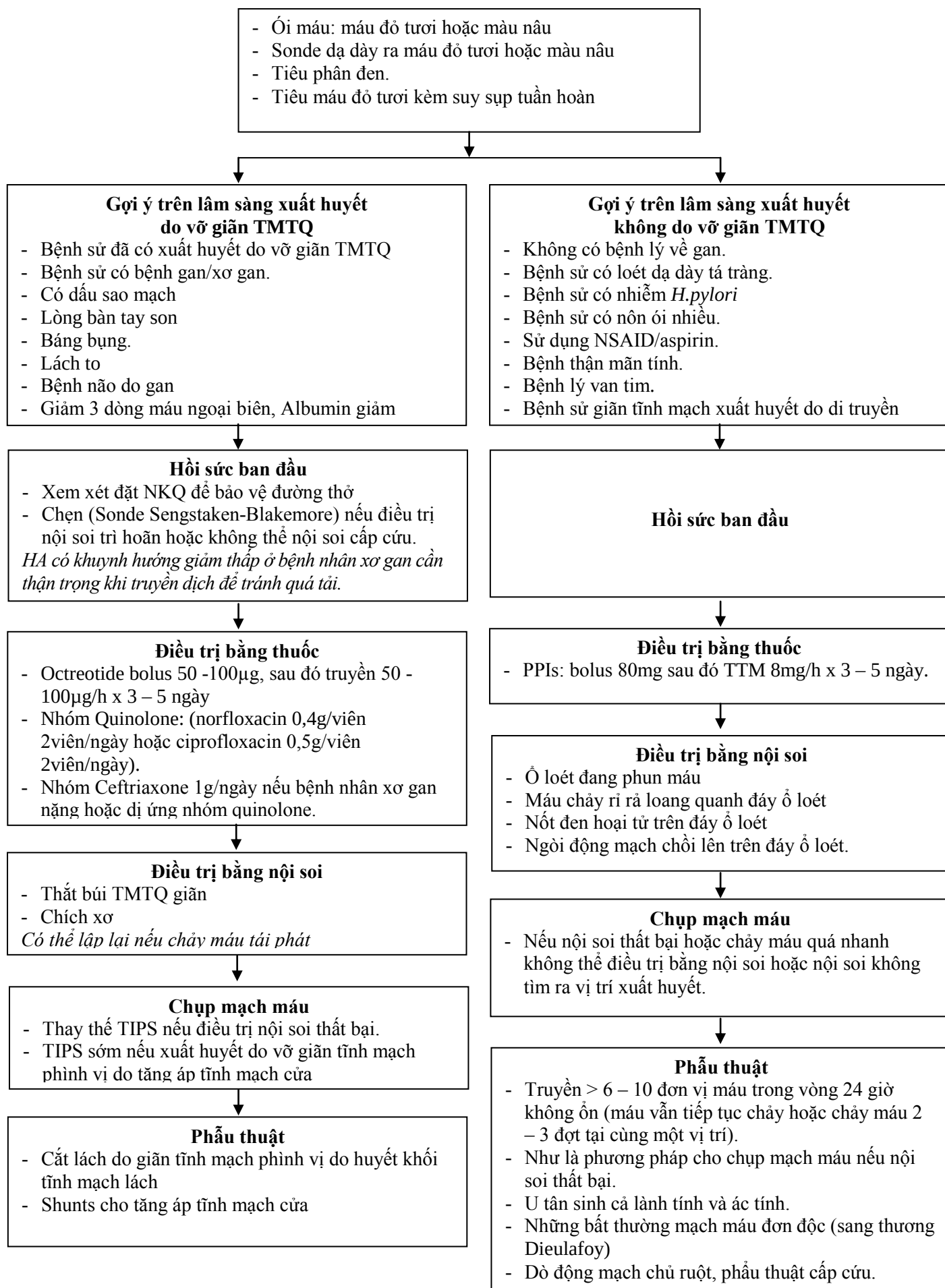
Yếu tố nguy cơ thấp: ≤ 2 điểm.

Yếu tố nguy cơ trung bình: 3 - 5 điểm.

Yếu tố nguy cơ cao: ≥ 6 điểm.



KIỂM SOÁT XHTH TRÊN CẤP



Các yếu tố tiên đoán kết cục xấu ở BN XHTH trên cấp:

- Tuổi > 65.
- Nhiều bệnh lý nội khoa phối hợp (bệnh gan, COPD, suy thận, bệnh lý động mạch vành, bệnh lý ác tính)
- XHTH do vỡ giãn tĩnh mạch.
- HA tâm thu < 100mmHg ngay lúc nhập viện.
- Ổ loét dạ dày tá tràng > 3cm.
- Đang chảy máu (có phun máu/nội soi).
- Truyền nhiều đơn vị máu.
- Khởi phát chảy máu cấp tính khi đang nằm viện vì một bệnh lý không liên quan.
- Cần phẫu thuật cấp cứu để kiểm soát chảy máu.

Phòng ngừa XHTH trên do vỡ giãn TMTQ:

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 x 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. Isosorbide 5 mononitrate: 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-2004.
5. Manual of Medicine Therapeutics 31th edition 2006.
6. Harrison 2006.
7. Harrison's manual of medicine 17th edition.
8. The Washington manual of critical care.
9. The Washington manual of critical care therapeutics 33rd edition.
10. Current diagnosis & treatment gastroenterology, hepatology & endoscopy second edition.

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:
 - Amylase, lipase máu tăng trên 3 lần giá trị bình thường (Amylase máu > 500UI).
 - Amylase dịch màng bụng > 5000UI/l.
 - 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...).
- CT scan bụng có giá trị chẩn đoán xác định.

IV. PHÂN LOẠI:

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

* Tiêu chuẩn Ranson:

- Lúc nhập viện:
 - Tuổi > 55.
 - Bạch cầu > $16000/mm^3$.
 - Glycemice > 10mmol/l.
 - LDH > 350 UI/l.
 - SGOT > 250 UI/l.
- Qua 48h theo dõi:
 - 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 lợ/ngày, IV); ức chế bơm proton (Omeprazol 40mg 1 – 2 lợ/ngày, IV; Pantoprazol 1 – 2 lợ/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.

LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG

I. CHẨN ĐOÁN:

A. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH:

1. Lâm sàng:

- Thường đau thượng vị âm ỉ, hoặc có những cơn đau dữ dội bùng phát theo chu kỳ, theo các yếu tố tác động như rượu, stress...
- Ngoài ra còn có các vị trí đau khác như:
 - Vị trí sát cơ hoành lan lên trên: tổn thương ở sát tâm vị
 - Vị trí sau lưng lan lên trên: tổn thương ở mặt sau dạ dày tá tràng
 - Vị trí mạn sườn trái: tổn thương ở bờ cong lớn

2. Cận lâm sàng:

- **Nội soi dạ dày tá tràng**
 - Đánh giá vị trí, hình dạng và kích thước ổ loét.
 - Sinh thiết, CLO-test.
- **X quang dạ dày tá tràng có cản quang:** hạn chế về độ chính xác trong chẩn đoán cũng như phân biệt giữa loét lành và ác tính.
- **Xét nghiệm tìm *H.pylori*:**
 - Xét nghiệm CLO-test.
 - Chẩn đoán huyết thanh học.
 - Thử nghiệm chẩn đoán ure trong hơi thở.
 - Tìm kháng nguyên trong phân.
 - Xét nghiệm mô bệnh học.
 - Nuôi cấy và phân lập vi trùng.

B. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

- Rối loạn tiêu hóa.
- Trào ngược dạ dày thực quản.
- Viêm tụy cấp hoặc sỏi túi mật.
- Rách thực quản.
- Xoắn dạ dày.
- Vỡ phình động mạch chủ.

II. ĐIỀU TRỊ:

A. NỘI KHOA:

1. Thuốc:

a. Thuốc ức chế bơm Proton:

- Omeprazole, Rabeprazole 20mg.
- Lansoprazole 30mg.
- Esomeprazole 40mg, Pantoprazole 40mg.

b. Nhóm ức chế thụ thể H₂:

- Ranitidine hoặc Nizatidine 300mg.
- Famotidine 40mg.
- Cimetidine 800mg.

c. Nhóm bảo vệ niêm mạc dạ dày:

- Sucrafate 1g x 4 lần/ngày, 30 – 60 phút trước ăn.
- Bismuth vừa có tác dụng bảo vệ niêm mạc dạ dày vừa có tác dụng diệt *H.pylori*.
- Misoprostol viên 200mg, 400 – 800mg/ngày, ít sử dụng do tác dụng phụ.

d. Nhóm Antacid:

- Phosphalugel, Gastropulgite, Pepsan, Tenamyl gel...
 - Liều lượng:
 - 1 – 2 gói/lần x 3 lần, sau 3 bữa ăn chính từ 30 phút – 1 giờ.
 - Nếu đau vào ban đêm uống thêm 1 lần buổi tối trước ngủ.
 - Trong trường hợp nặng có thể dùng 4 – 6 lần/ngày.
- 2. Phác đồ diệt *H.pylori*:**
- a. Phác đồ 1:** 10 ngày hoặc 14 ngày:
- PPI (Omeprazole) 1 viên x 2 lần/ngày.
 - Amoxicillin 1g x 2 lần/ngày (hoặc Metronidazole 500mg x 2 lần/ngày nếu dị ứng Penicillin).
 - Clarithromycin 500mg x 2 lần/ngày.
- b. Phác đồ 2:** 14 ngày
- PPI (Omeprazole) 1 viên x 2 lần/ngày.
 - Bismuth subsalicylate: 2 viên x 4 lần/ngày.
 - Tetracyclin 500mg x 4 lần/ngày.
 - Metronidazole 250mg 4 lần/ngày.
- c. Phác đồ 3:** 10 ngày
- PPI (Esomeprazole) 1 viên x 2 lần/ngày.
 - Amoxicillin 1g x 2 lần/ngày.
 - Clarithromycin 500mg x 2 lần/ngày.
- d. Phác đồ 4:** 10 ngày
- PPI 2 lần/ngày.
 - Levofloxacin 500mg 1 viên x 1 lần/ngày.
 - Amoxicillin 1g x 2 lần/ngày.
- e. Phác đồ 5:**
- ❖ 5 ngày đầu:
 - PPI (omeprazole) 1 viên x 2 lần/ngày.
 - Amoxicillin 1g x 2 lần/ngày
 - ❖ 5 ngày sau:
 - PPI (omeprazole) 1 viên x 2 lần/ngày.
 - Clarithromycin 500mg x 2 lần/ngày.
 - Metronidazole 500mg 2 lần/ngày.
- 3. Điều trị phối hợp:**
- An thần: Diazepam 5mg.
 - Vitamin nhóm B.
 - Tăng cường Vitamin C chỉ dùng đường tiêm.
- 4. Chế độ ăn uống, nghỉ ngơi:**
- a. Chế độ ăn uống:**
- Ăn thức ăn mềm, dễ tiêu, chia làm nhiều bữa nhỏ, bữa ăn cuối nên ăn trước ngủ 3 giờ.
 - Giảm chất béo, hạn chế chua, cay.
 - Tránh rượu, bia, thuốc lá, thuốc kháng viêm.
- b. Chế độ nghỉ ngơi:**
- Cần nằm viện khi có cơn đau dữ dội hoặc có biến chứng.
 - Tránh thức khuya, hạn chế stress trong đời sống
 - Ăn uống, nghỉ ngơi đúng giờ, làm việc một cách khoa học.

B. ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA:

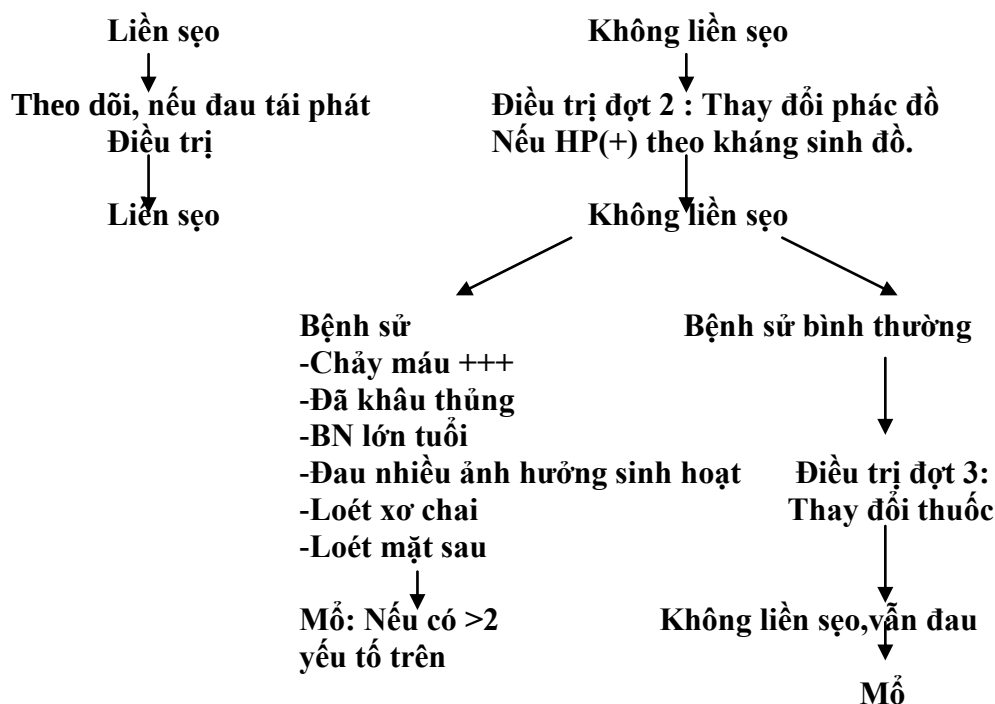
Hiện nay, rất hạn chế chỉ phẫu thuật khi:

1. Xuất huyết tiêu hóa điều trị nội khoa thất bại.
2. Loét kháng trị (Theo sơ đồ bên dưới).
3. Thủng dạ dày tá tràng.
4. Hẹp môn vị.
5. K hóa.
6. Rò dạ dày, tá tràng vào các tạng lân cận.

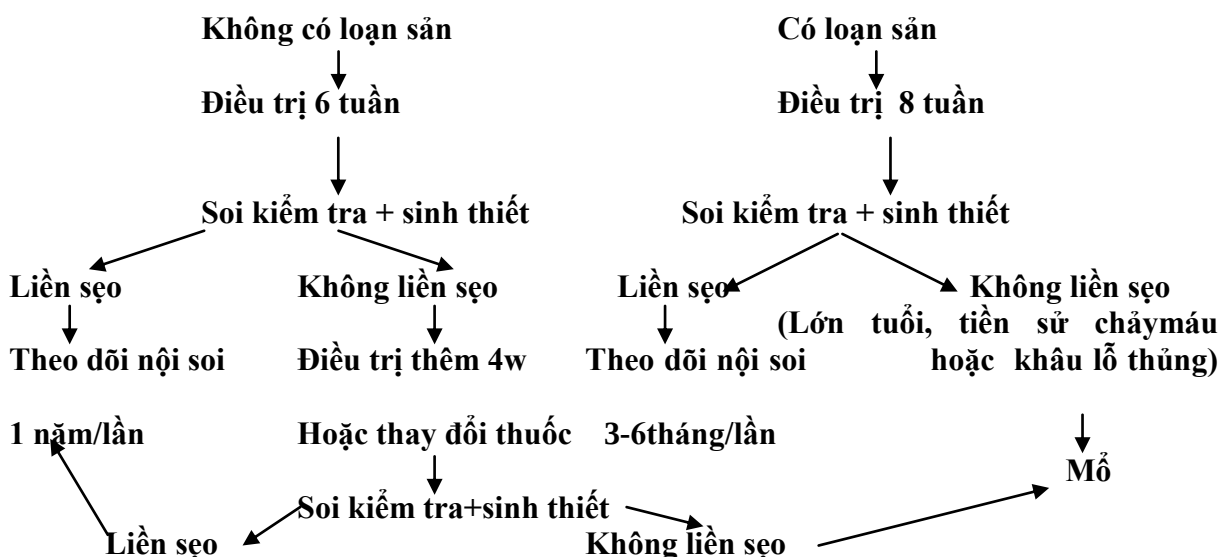
C. THEO DÕI:

1. *H.pylori* âm tính cần nội soi kiểm tra sau trị nội khoa.
2. *H.pylori* dương tính cần nội soi kiểm tra sau ngưng điều trị 2 tuần.

KẾ HOẠCH THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ
LOÉT HÀNH TÁ TRÀNG
 (Tùy theo có hay không có HP mà điều trị theo phương hướng trên, và như sau)
Điều trị 4-6 tuần



LOÉT DẠ DÀY
 (Tùy theo có hay không có HP mà điều trị theo phương hướng trên, và như sau)
Sinh thiết 4-5 mẫu → Loại trừ ác tính



Tài liệu tham khảo

1. Peptic ulcer. Current diagnosis and treatment 2004-2005
2. Peptic ulcer. Harrison's principles of internal medicine .16th edition.page 1746-1760.

XƠ GAN

I. ĐỊNH NGHĨA

- Xơ gan là một định nghĩa về mô học, là bệnh do nhiều nguyên nhân, biểu hiện lâm sàng đa dạng và nhiều biến chứng.

II. NGUYÊN NHÂN:

1. Do rượu.

2. Viêm gan sau hoại tử:

- Viêm gan do virus B, C mạn tính.

3. Xơ gan ứ mật: xơ gan ứ mật nguyên phát, viêm xơ đường mật nguyên phát, bệnh đường mật tự miễn, xơ gan ứ mật thứ phát (sỏi hoặc giun tái phát nhiều lần).

4. Những nguyên nhân khác:

- Xơ gan do bệnh tim.
- Bệnh gan chuyển hóa do di truyền: Hemochromatosis, bệnh wilson's, thiếu α 1- antitrypsin, bệnh xơ nang.
- Xơ gan do độc chất và thuốc.
- Nhiễm KST sốt rét, sán lá gan.
- Suy dinh dưỡng.

5. Xơ gan tự phát không rõ nguyên nhân.

Trên lâm sàng xơ gan có thể do một hay nhiều nguyên nhân phối hợp.

III. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG:

1. Xơ gan còn bù:

- Triệu chứng lâm sàng kín đáo khó phát hiện, thường phát hiện tình cờ khi khám sức khỏe định kỳ hoặc phẫu thuật ổ bụng vì một bệnh lý khác.
- Chẩn đoán xác định: dựa vào sinh thiết gan.

2. Xơ gan mất bù: lâm sàng có 2 hội chứng

a. *Hội chứng tăng áp lực cửa:*

- Lách to: là dấu hiệu quan trọng để chẩn đoán tăng áp lực tĩnh mạch cửa, lách to do ứ máu giập lùi nên mật độ mềm, không đau, co nhỏ lại khi áp lực tĩnh mạch cửa giảm.
- Giãn các tĩnh mạch vòng nối cửa – chủ: tuần hoàn bàng hệ ở bụng, giãn tĩnh mạch thực quản, tĩnh mạch trực tràng.
- Cổ trướng.

b. *Hội chứng suy tế bào gan:*

- Rối loạn tiêu hóa: chán ăn, đầy bụng, khó tiêu, buồn nôn, ói.
- Rối loạn kinh nguyệt (nữ), giảm khả năng hoạt động tình dục, teo tinh hoàn, liệt dương, vú to ở nam.
- Giảm khả năng lao động trí óc, chân tay, khả năng tập trung tư tưởng giảm...
- Vàng da niêm.
- Xuất huyết da niêm.
- Cổ trướng.
- Phù chân.
- Sao mạch, lòng bàn tay son.
- Một số BN không có biểu hiện lâm sàng gì đến khi có biến chứng chảy máu đường tiêu hóa, bệnh não do gan...

IV. CẬN LÂM SÀNG:

1. Xét nghiệm máu:

- Thiếu máu (HC to do thiếu acid folic, HC nhỏ do mất máu, thiếu máu tán huyết, thiếu toàn bộ 3 dòng máu ngoại vi (cường lách).
- PT, APTT kéo dài, giảm Albumin A/G < 1, có thể có DIC, hạ Na⁺, hạ K⁺, rối loạn Glucose.
- Các xét nghiệm khác: Bilirubin, men gan có thể tăng hoặc bình thường tùy giai đoạn.

2. Xét nghiệm dịch màng bụng: dịch thấm, tế bào < 250, vi trùng: không có.

* Dịch thấm:

- Quan niệm cũ: đậm ≤ 25g/l, Rivalta âm tính.
- Tiêu chuẩn bổ sung: tỷ lệ LDH A/S < 0,6, tỷ lệ protein A/S < 0,5.
- Tiêu chuẩn mới: SAAG ≥ 1,1g/dl (Serum – Ascites Albumin Gradient)
- Cận lâm sàng để tìm nguyên nhân.

3. Siêu âm:

- Dịch tự do ổ bụng.
- Gan thô, to hoặc teo, bờ không đều.
- Lách to.
- Tĩnh mạch cửa giãn.

4. Nội soi thực quản, trực tràng

5. Sinh thiết gan (khi có điều kiện).

6. Xét nghiệm tìm nguyên nhân: HbsAg, Anti HCV...

V. CHẨN ĐOÁN:

1. Chẩn đoán xác định:

- Tiền căn: nghiện rượu, viêm gan siêu vi B, C...
- Lâm sàng: hai hội chứng điển hình: tăng áp lực tĩnh mạch cửa và suy tế bào gan.
- Cận lâm sàng:
 - Các xét nghiệm góp phần chẩn đoán: xét nghiệm chức năng gan, dịch màng bụng, siêu âm, nội soi.
 - Xét nghiệm giúp chẩn đoán xác định: sinh thiết gan.

2. Chẩn đoán phân biệt:

- K gan.
- Viêm gan mãn.
- Lao màng bụng.

Phân loại xơ gan theo CHILD-PUGH

Yếu tố	Đơn vị	1	2	3
Bilirubin/máu	μmol/l	< 34	34 – 51	> 51
	mg/dl	< 2.0	2.0 – 3.0	> 3.0
Albumin/máu	g/l	> 35	30 – 35	< 30
	g/dl	> 3.5	3.0 – 3.5	< 3.0
PT	giây	0 – 4	4 – 6	> 6
	kéo dài INR	< 1.7	1.7 – 2.3	> 2.3
Ascite		0	Kiểm soát dễ	Khó kiểm soát
Bệnh não do gan		0	Nhẹ	Nặng

A: 5 – 6 điểm
B: 7 – 9 điểm
C: ≥ 10 điểm

Xơ gan mất bù khi điểm Child Pugh ≥ 7 , đây cũng là điểm để chỉ định ghép gan trong điều trị xơ gan

VI. ĐIỀU TRỊ:

1. Điều trị nguyên nhân (rất hạn chế):

2. Điều trị bảo tồn và tiết chế:

- Nghỉ ngơi, tránh làm việc gắng sức.
- Tránh sử dụng các thuốc, hoá chất gây độc cho gan, ngưng uống rượu.
- Chế độ ăn:
 - Giảm mỡ.
 - Đường tùy thuộc vào glycemie.
 - Đạm: nên dùng đạm thực vật, hạn chế đạm $< 1\text{g/kg/ngày}$ (nếu đe dọa hôn mê gan $0,5 - 0,7\text{g/kg/ngày}$), nếu bệnh nhân có tình trạng suy dinh dưỡng truyền Morihepamin, Aminoleban.
- Bổ sung đầy đủ Vitamin và các khoáng chất cần thiết.
- Các thuốc trợ gan: Silymarin, tránh tăng NH_3 , L-ornithine – L aspartate.

3. Điều trị cổ trướng:

- Nghỉ ngơi tại giường.
- Hạn chế muối: 4g/ngày ($\approx 20\text{mEq/ngày}$),
- Hạn chế nước: $1.000 - 1.500\text{ml/ngày}$ quan trọng khi $\text{Na}/\text{máu} < 120\text{mEq/l}$. Không hạn chế nước uống vào nếu $\text{Na}/\text{máu} > 125\text{mEq/l}$
- Tăng khối lượng tuần hoàn hiệu quả:
 - Albumin $25\text{g/ngày} \times 3 - 5$ ngày.
 - Huyết tương người.
- Lợi tiểu:
 - Bắt đầu bằng lợi tiểu giữ K^+ , ví dụ: Spironolacton $100 - 200\text{mg/ngày}$, có thể tăng đến 400mg/ngày , uống ngày 1 lần, chú ý theo dõi tăng K^+ máu và toan chuyển hoá. Tăng liều mỗi 3 – 5 ngày nếu không đáp ứng, thường có hiệu quả sau uống 3 ngày.
 - Phối hợp với Furosemide, liều bắt đầu $20 - 40\text{mg/ngày}$, có thể tăng đến 160mg/ngày .
 - Giảm cân:
 - $0,5\text{kg/ngày}$ nếu chỉ có cổ trướng.
 - 1kg/ngày nếu có cổ trướng + phù.

❖ Định nghĩa và sự kiểm soát ascites kháng trị :

- **Định nghĩa ascite kháng trị:** là ascite thất bại với điều trị Spironolacton $200 - 400\text{mg/ngày}$, Furosemide 160mg/ngày , hạn chế lượng Na ăn vào tới 10mEq/ngày , hạn chế nước $1,5 - 2$ lít/ngày, kèm theo lượng Natri/NT $< 10\text{mEq/24}$ giờ.
- **Điều trị bằng chọc tháo:** lượng dịch lớn kèm TTM Furosemide 20mg/h .
 - Chỉ định chọc tháo dịch cổ trướng:
 - Cổ trướng kháng trị.
 - Cổ trướng quá căng gây cản trở hô hấp, tuần hoàn.
 - Chọc tháo lượng dịch lớn: lấy $4 - 6$ lít/ngày kết hợp bù Albumin $6 - 8\text{g/l}$ dịch lấy đi hoặc truyền 40g Albumin/ngày.
 - Chống chỉ định chọc tháo lượng dịch lớn:
 - Nhiễm trùng huyết, VPM do vi trùng thứ phát, mới bị XHTH, tăng NH_3 , suy kiệt nặng, HA thấp.
 -

4. Điều trị rối loạn đông máu:

- Truyền huyết tương tươi đông lạnh khi PT, APTT kéo dài kèm biến chứng xuất huyết hoặc chuẩn bị phẫu thuật, thủ thuật.
- Truyền tiểu cầu khi: tiểu cầu $< 50.000/\text{mm}^3$ kèm biến chứng xuất huyết hoặc chuẩn bị phẫu thuật, thủ thuật.

ĐIỀU TRỊ PHÒNG NGỪA XUẤT HUYẾT TIÊU HOÁ DO VỠ GIÃN TĨNH MẠCH THỰC QUẢN

I. PHÒNG NGỪA TIỀN PHÁT

1. **Chỉ định điều trị:** cho những bệnh nhân xơ gan có giãn tĩnh mạch thực quản để ngăn ngừa biến chứng xuất huyết tiêu hoá.
2. **Phương thức điều trị:**
 - ❖ Thuốc:
 - Propranolol 20 -180mg/ngày. Liều lượng của thuốc xác định dựa trên đánh giá lâm sàng để đạt nhịp tim lúc nghỉ ≈ 55 lần/phút hoặc giảm 25% so với nhịp bình thường.
 - Cần lưu ý chống chỉ định.
 - Có thể kết hợp thêm với nitrat (Isosorbide 5 mononitrate) Imdur 30 – 60mg, nhất là ở bệnh nhân xơ gan đang tiến triển, thường không thể dung nạp được với Propranolol liều cao.
 - ❖ Cột thắt búi tĩnh mạch thực quản chỉ định cho mọi trường hợp giãn tĩnh mạch thực quản độ III dù chưa có xuất huyết, đặc biệt có dấu đỏ.

II. PHÒNG NGỪA THỨ PHÁT:

1. **Chỉ định:**
 - Chỉ định điều trị cho những bệnh nhân xơ gan đã có biến chứng xuất huyết tiêu hoá do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản để phòng ngừa xuất huyết tái phát.
2. **Phương thức điều trị:**
 - Dùng Propranolol, Nitrat như trên.
 - Cột thắt búi tĩnh mạch.
 - Có thể phối hợp Propranolol với cột thắt búi tĩnh mạch thực quản $\pm$ Nitrat.

VPM DO VI TRÙNG NGUYÊN PHÁT (Spontaneous bacterial peritonitis) (SBP)

Biến chứng quan trọng nhất của xơ gan là VPM nguyên phát.

I. CHẨN ĐOÁN:

1. **Chẩn đoán xác định:**
 - a. **Lâm sàng:** 13% trường hợp SBP không có triệu chứng lâm sàng, chỉ có 87% SBP có triệu chứng lâm sàng:
 - Sốt có thể kèm theo rét run 68%.
 - Đau khắp bụng, phản ứng dội ($\pm$) 49%.
 - Hạ huyết áp, rối loạn tri giác, suy thận.
 - b. **Cận lâm sàng:**
 - $\Delta+$: Bạch cầu đa nhân trung tính $> 250/\text{ml}$ dịch màng bụng hoặc cấy dịch màng bụng (+).
2. **Chẩn đoán phân biệt:** VPM do vi trùng thứ phát sau thủng ruột hoặc abscess trong ổ bụng chưa vỡ.

II. ĐIỀU TRỊ:

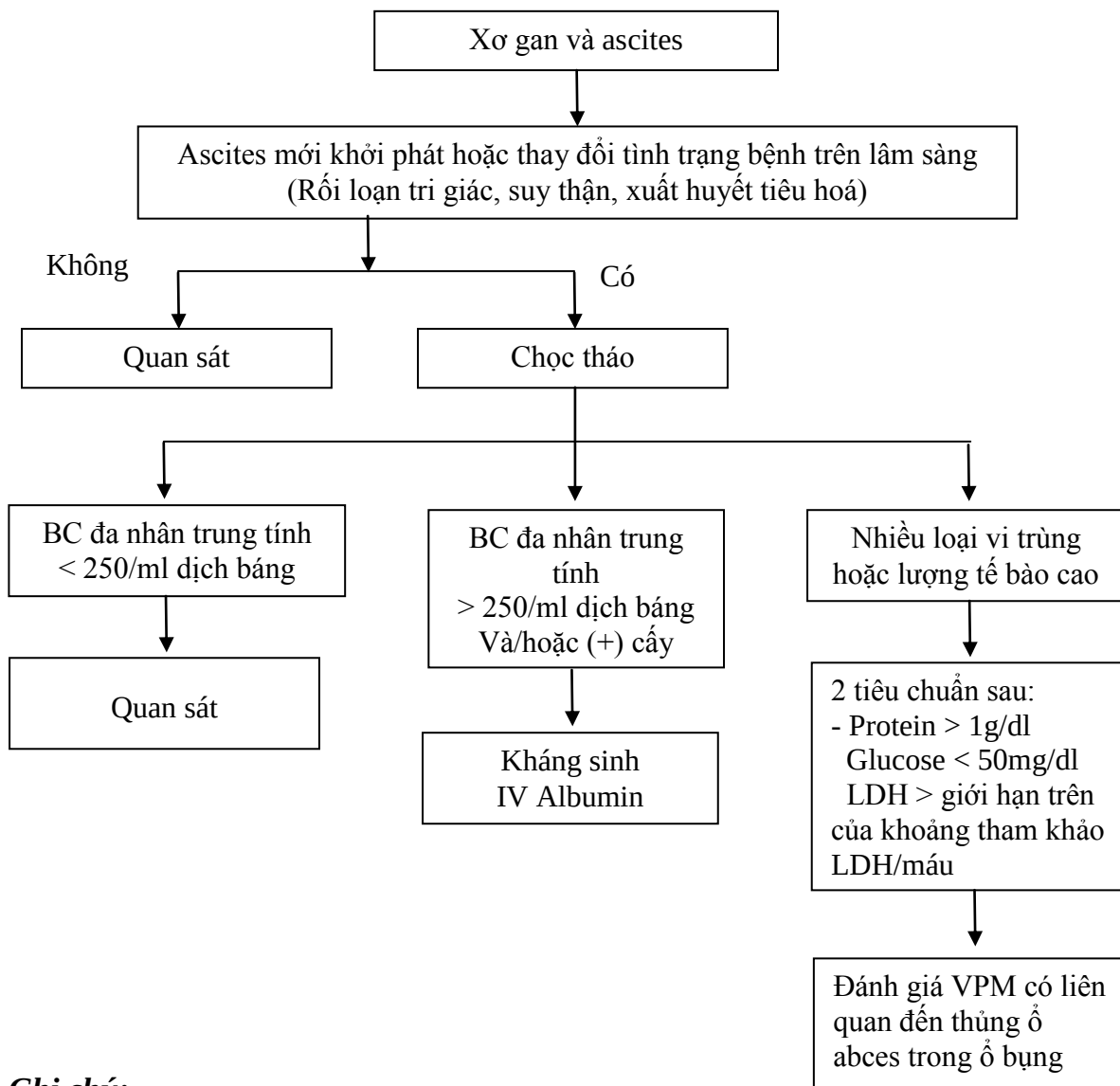
1. **Kháng sinh:**
 - Cephalosporin thế hệ 2 hoặc 3.
 - Cefotaxim 1 – 2g IV/8h hoặc Ceftriaxone 1- 2g IV/24h X 5 – 7 ngày.
2. **Truyền Albumin:**

Rối loạn chức năng thận xảy ra ở 1/3 số bệnh nhân bị SBP, ngừng sử dụng lợi tiểu và sử dụng Albumin IV (25%) liều 1.5g/kg N1; 1g/kg N3.

Nên sử dụng điều trị này cho tất cả bệnh nhân SBP, đặc biệt ở bệnh nhân có vàng da và suy thận.

3. Kháng sinh phòng ngừa: (Norfloxacin 400mg uống/2 lần/ngày dùng cho những bệnh nhân đã có những lần bị SBP và ở những bệnh nhân có Protein/ascite < 1.5g/dl và có tối thiểu một trong các tiêu chuẩn sau: Creatinin/máu > 1.2ml/dl; ure/máu > 25mg/dl; Na < 130mEq/l hoặc Bilirubin > 3mg/dl.

ĐÁNH GIÁ ASCITE/XƠ GAN



Ghi chú:

- Chọc tháo vẫn an toàn ngay khi bệnh nhân có rối loạn đông máu hoặc giảm tiểu cầu.
- Tránh dùng lợi tiểu IV/xơ gan → dễ thúc đẩy suy thận.

HỘI CHỨNG GAN THẬN (HEPATORENAL SYNDROME-HRS)

I. TIÊU CHUẨN :

A. TIÊU CHUẨN CHÍNH:

1. Suy gan mạn nặng và có tăng áp lực TMC.
2. Creatinin/máu > 1.5mg/dl hoặc $Cl_{cr/NT/24h} < 40ml/min$
3. Không có Shock, mất dịch qua đường tiêu hóa hoặc đường thận, tiếp xúc với các thuốc gây độc thận, giảm thể tích máu hoặc đang bị nhiễm khuẩn huyết.
4. Không cải thiện chức năng thận sau khi đã ngưng lợi tiểu và đã sử dụng 1.5lít dịch đẳng trương.
5. Protein/nước tiểu < 500mg/dl
6. Không có bằng chứng của bệnh lý nhu mô thận hoặc bệnh thận do tắc nghẽn.

B. TIÊU CHUẨN PHỤ:

1. Thể tích nước tiểu < 500ml/24h.
2. Na/nước tiểu < 10mEq/l
3. Áp lực thẩm thấu nước tiểu > áp lực thẩm thấu máu.
4. Hồng cầu/nước tiểu < 50/HPF (hight power field)
5. Na/máu < 130mEq/l

Ghi chú: tất cả các yếu tố chính phải có để chẩn đoán HRS. Các tiêu chuẩn phụ không cần cho chẩn đoán nhưng hỗ trợ thêm cho chẩn đoán.

Yếu tố thúc đẩy HRS: nhiễm trùng toàn thân, SBP chọc tháo lượng lớn mà không truyền dịch lại

- HRS type I: khởi phát cấp, tiến triển nhanh (< 2tuần), suy thận thiếu niệu không đáp ứng với truyền dịch. Creatinin/ban đầu > 2.5mg/dl hoặc $\downarrow ClGr < 20ml/p$.
- HRS type II: tiến triển chậm, biểu hiện lâm sàng giống như ascite kháng lợi niệu.
- Tiên lượng:
 - Nếu không điều trị, HRS type I tử vong trong vòng 2 – 3 tháng. HRS type II thời gian sống trung bình khoảng 6 tháng.

II. ĐIỀU TRỊ: chưa có điều trị đặc hiệu:

1. Điều trị yếu tố thúc đẩy:

- Ngừng lợi tiểu.
- Ngưng xuất huyết tiêu hoá, tiêu chảy.
- Ngưng sử dụng một số thuốc: NSAID, Aspirin...
- Điều trị nhiễm trùng.

2. Làm tăng thể tích tuần hoàn hiệu quả nhất là ở bệnh nhân có hạ huyết áp và giảm thể tích huyết tương:

- Bù Albumin, Plasma,
- Cần theo dõi sát khi bù dịch, tránh tình trạng thừa dịch nhất là khi bệnh nhân vô niệu hoặc tăng thể tích tuần hoàn sẽ thúc đẩy xuất huyết tiêu hoá do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản.

3. Octreotide 100 – 200µg TDD/8 giờ .

4. Dopamin 2 – 5µg/kg/phút.

Tài liệu tham khảo:

1. Harrison's manual of medicine 17th edition.
2. The Washington manual of critical care.
3. The Washington manual of critical care therapeutics 33rd edition.
4. Current diagnosis & treatment gastroenterology, hepatology & endoscopy second edition.

VIÊM GAN SIÊU VI B MẠN

I. CHẨN ĐOÁN

1. Dịch tễ

- Tiền căn gia đình: có người thân bị viêm gan.
- Tiền căn cá nhân: có quan hệ tình dục không bảo vệ, dùng chung kim tiêm, thủ thuật xuyên qua da, truyền máu từ 2 tuần đến 6 tháng trước khi có triệu chứng đầu tiên của bệnh hoặc đã biết nhiễm HBV > 6 tháng.

2. Lâm sàng.

Chán ăn, mệt mỏi, đau tức hạ sườn phải, sụt cân, trong đó mệt mỏi là triệu chứng thường gặp. Đôi khi bệnh nhân không có triệu chứng gì đến khi bùng phát suy gan giai đoạn cuối.

3. Cận lâm sàng

- AST, ALT gia tăng và kéo dài >6 tháng.
- HBsAg(+) và kéo dài >6 tháng
- IgM anti –HBc(-).

Bảng 1: Sử dụng dấu ấn HBV trong thực hành lâm sàng

Test	VGSV B cấp	VGSV B cấp hồi phục	VGSV B mạn, sao chép virus nhiều	VGSV B mạn, sao chép virus ít	Đột biến precore	Tiềm ngừa
HBsAg	+	-	+	+	+	-
HBeAg	+	-	+	+	-	-
Anti HBs	-	+	-	-	-	+
Anti HBe	-	+	-	+	+	-
IgM Anti HBC	+	-	+	-	-	-
IgG Anti HBC	-	+	+	+	+	-
HBV DNA	>10 ⁵ copies/ml	-	>10 ⁵ copies/ml	10 ² -10 ⁴ copies/ml	>10 ⁴ copies/ml	-
ALT/AST	+++	⊥	+++	⊥	+ / +++	⊥

II. ĐIỀU TRỊ:

A. ĐIỀU TRỊ ĐẶC HIỆU

1. Chỉ định:

- Bệnh VGSV B mạn tính tiến triển với ALT (SGPT) > 2 lần trị số cao nhất của giới hạn bình thường.
- Siêu vi đang tăng sinh được xác định trong 2 trường hợp sau:
 - HBsAg(+), HBeAg(+) và HBV DNA (+) ≥ 20.000 IU/ml (105 copies/ml).
 - Hoặc HBsAg(+), HBeAg(-) và HBV DNA (+) ≥ 2.000 IU/ml (104 copies/ml).

Dựa vào sự tăng sinh của siêu vi B, để thuận tiện cho việc điều trị, có thể chia ta làm 2 loại VGSV B mạn: VGSV B mạn tính với HBeAg(+) và VGSV B mạn với HBeAg (-).

2. Phác đồ điều trị.

- Bệnh nhân mới chưa điều trị bằng các thuốc chống siêu vi B:

- Thuốc: có thể chọn một trong 2 nhóm thuốc: thuốc tiêm Peg-interferon alfa 2a (Peg-IFN 2a), hoặc thuốc uống gồm Tenofovir (TDF), Entecavir (ENT) là hai thuốc ưu tiên chọn lựa hàng đầu (vì tỷ lệ kháng thuốc thấp), Telbivudine (LdT), Adefovir (ADV), Lamivudine (LAM).

- Liều dùng:

- Tenofovir (TDF): 300 mg/ngày uống.
- Entecavir (ENT): 0.5 mg/ngày uống.
- Telbivudine (LdT): 600 mg/ngày uống.
- Adefovir (ADV): 10 mg/ngày uống.
- Lamivudin 100mg/ngày uống.

Chỉnh liều khi bệnh nhân suy thận, an toàn cho bệnh nhân xơ gan, thời gian điều trị có thể tới 5 năm, thường phối hợp IFN.

- Peg-IFN alfa 2a 180 µg/tuần, tiêm dưới da (bụng), trong 48 tuần. Interferon alfa cổ điển, có thể sử dụng 5MIU/ ngày hoặc 10 MIU/lần, 3 lần/tuần, tiêm dưới da từ 6-12 tháng. Ưu điểm dùng nhóm thuốc này ở phụ nữ trẻ muốn có con, nồng độ HBV DNA <107 copies/ml, hoặc theo yêu cầu của bệnh nhân.

Các yếu tố dự báo: đáp ứng IFN tốt nếu HBeAg (+), nồng độ men gan cao, HBV DNA thấp, kiểu gen AB đáp ứng tốt hơn kiểu gen C.

Chống chỉ định Interferon:

Chống chỉ định tuyệt đối:

Quá mẫn với Interferon.

Xơ gan mất bù

Có thai

Bệnh lý mạch vành nặng.

Động kinh, tâm thần nhẹ.

Bệnh tuyến giáp chưa điều trị

Chống chỉ định tương đối:

Hb < 12g/dl nữ, < 13g/dl nam.

BC < 1.500/mm³. TC < 100.000/mm³.

Đái tháo đường

Bệnh tự miễn.

Suy thận

- Thời gian điều trị

- VGSV B mạn tính có HBeAg(+):
 - thuốc uống kéo dài ít nhất là 12 tháng.
 - Ngưng thuốc khi HVB DNA <15IU/ml (khoảng 80 copies/ml) và khoảng 6-12 tháng sau khi chuyển đổi huyết thanh (HBeAg dương tính trở thành âm tính hoặc xuất hiện anti-HBe dương tính).
- VGSV B mạn tính có HBeAg(-); thời gian điều trị khó xác định, nên điều trị tối thiểu từ 12 – 24 tháng vì ngưng thuốc rất dễ bị tái phát, có thể kéo dài đến khi mất HBsAg,

b. Bệnh nhân đã điều trị thuốc kháng virus Lamivudine (LAM) 100mg/ngày và hoặc adefovir (ADV) 10mg/ngày, không đáp ứng [sau 6 tháng dùng LAM nồng độ HBV DNA > 200 IU/ml (103 copies/ml) hoặc sau 1 năm dùng ADV có nồng độ HBV DNA > 200.000 IU/ml (106 copies/ml), hoặc không thay đổi] hoặc nồng độ HBV DNA >10 lần so với lần trước (cách nhau 3-6 tháng): có thể chuyển sang TDF± LAM.

c. VGSV B biến chứng xơ gan còn bù, nếu nồng độ HBV DNA trên ngưỡng phát hiện nên chỉ định điều trị kể cả ALT bình thường:

- Có thể dùng thuốc uống (Tenofovir, Entecavir)
- Hoặc thuốc tiêm (Interferon, Peg-IFN α 2a): trong trường hợp dùng Interferon alfa cổ điển, có thể sử dụng 5MIU/ ngày hoặc 10 MIU/lần, 3 lần/tuần, tiêm dưới da từ 6-12 tháng.

d. VGSV B mạn tính biến chứng xơ gan mất bù:

- Nên dùng TDF, ENT (1mg/ngày), chỉnh liều khi độ thanh thải Creatinin <50ml/phút. Cần phải ghép gan.
- Chống chỉ định sử dụng Interferon/Peg- interferon.

e. Trường hợp ALT trong khoảng 1-2 X ULN, nồng độ HBV DNA cao (>106copies/ml), có tiền sử gia đình liên quan đến HCC, nếu bệnh nhân chấp nhận và tuân thủ điều trị lâu dài, cần cân nhắc điều trị thuốc kháng virus cho bệnh nhân. Nên xem xét sinh thiết gan, hoặc Fibroscan, hoặc các xét nghiệm đánh giá mức độ xơ hóa để quyết định điều trị.

f. Phụ nữ VGSV B đang được điều trị bằng thuốc uống và có thai:

- Nên tiếp tục các thuốc nhóm B trong bảng phân loại của FDA (như Tenofovir, Telbivudine).
- Thận trọng và không khuyến cáo dùng tiếp Lamivudine, Adefovir, Entecavir (nằm trong bảng C của FDA).
- Chống chỉ định dùng Interferon/Peginterferon cho phụ nữ có thai.

A. ĐIỀU TRỊ CHUNG

- 1. Nghỉ ngơi:** hạn chế hoạt động thể lực trong đợt bệnh tiến triển.
- 2. Thuốc:** các thuốc hỗ trợ tế bào gan:
 - Các Acid amin chuỗi nhánh (Aminoleban, Morihepamin).
 - Silymarin 70mg 2 viên x 3 lần/ngày.
- 3. Chế độ ăn:** kiêng rượu, bia, tránh dùng các thuốc gây hại cho gan, ăn nhiều rau và hoa quả, ăn nhiều đạm có nguồn gốc thực vật, tránh dùng các thức ăn có chất sắt (thịt bò, hải sản, rau muống, rau dền, các loại cải xanh...) nếu bệnh nhân có nồng độ Ferritin cao trong huyết thanh.

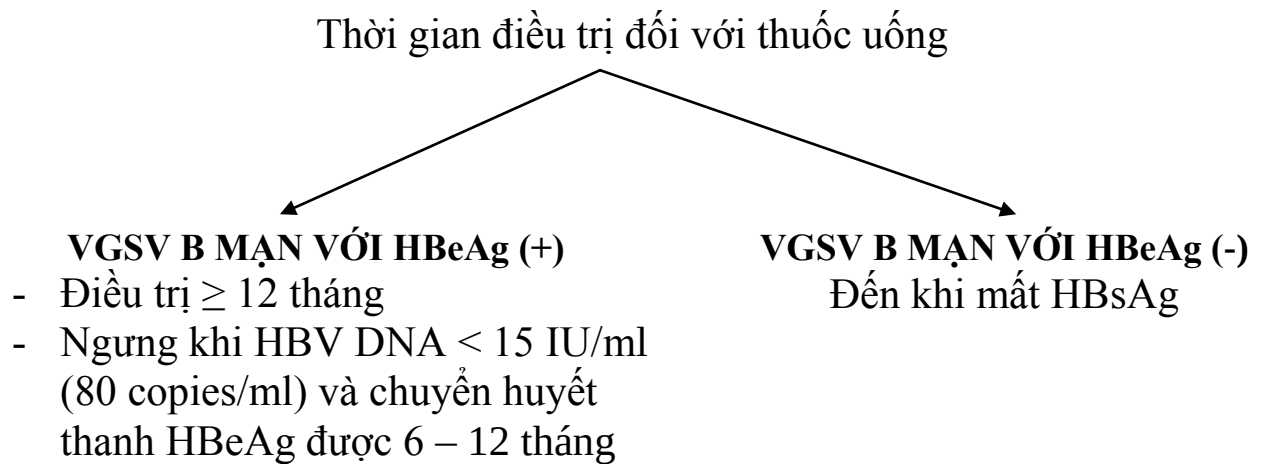
B. THEO DÕI

- Trước điều trị:
ALT, AST, GGT, Bilirubin, Albumin, Globuline, Tỷ lệ Prothrombin (TQ), CTM, Siêu âm bụng; AFP (nếu có chỉ định), định lượng HBV DNA; Anti HAV (nếu âm tính, nên chủng ngừa VGSV A); AntiHCV, Anti HIV (xác định đồng nhiễm); Creatinin; TSH (nếu dùng IFN/ Peg-IFN); Nếu có điều kiện nên sinh thiết gan/ Fibroscan.
- Trong thời gian điều trị:
 - Các triệu chứng lâm sàng, CTM, ALT, AST, ur, creatinine, HBsAg, HBeAg, anti-HBe mỗi 3 tháng. Creatinine cần theo dõi sát hơn ở các bệnh nhân có độ thanh thải Creatinine < 60 ml/phút.
 - Định lượng HBV DNA mỗi 6 tháng.
- Sau khi ngưng điều trị: Triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm ALT, AST, HBsAg, HBeAg, anti-HBe, định lượng HBV DNA mỗi 3-6 tháng để đánh giá tái phát.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VGSV B MẠN

Tenofovir (TDF) 300 mg/ngày hoặc Entercavir (ENT) 0.5 mg/ngày uống
Hoặc Adefovir (ADV) 10 mg/ngày hoặc Lamivudine (LAM) 100 mg/ngày hoặc
Telbivudine (LdT) 600 mg/ ngày uống
Peg interferon α 2a (Peg-IFN α 2a) 180 μ g/tuần TDD x 48 tuần *
*Interferon alfa cổ điển, có thể sử dụng 5MIU/ ngày hoặc 10 MIU/lần, 3 lần/tuần x 48 tuần**

* Ưu tiên: 1. Phụ nữ trẻ, muốn có thai; 2. Đồng nhiễm HCV; 3. Nồng độ HBV DNA thấp $< 10^7$ copies/ ml; 4. Theo yêu cầu của bệnh nhân



Theo dõi

TRƯỚC ĐIỀU TRỊ

ALT, AST, GGT, Bilirubin, Albumin, Globuline, Tỷ lệ Prothrombin (TQ), CTM, Siêu âm bụng; AFP (nếu có chỉ định), định lượng HBV DNA; Anti HAV (nếu âm tính, nên chủng ngừa VGSV A); AntiHCV, Anti HIV (xác định đồng nhiễm); Creatinin; TSH (nếu dùng IFN/ Peg-IFN); Nếu có điều kiện nên sinh thiết gan/ Fibroscan.

TRONG LÚC ĐIỀU TRỊ

- LS, ALT, AST, Creatinin, HBsAg, HBeAg, AntiHBe/ 3 tháng
- HBV DNA định lượng/ 6 tháng

SAU KHI NGỪNG ĐIỀU TRỊ

LS, ALT, AST, HBsAg, HBeAg, AntiHBe, HBV-DNA định lượng/ 3-6 tháng

Bảng 2: Khuyến cáo điều trị viêm gan siêu vi B mạn:

HBeAg	HBVDNA	ALT	Chiến lược điều trị
+	> 20.000UI/ml	≤ 2ULN	- Hiệu quả điều trị thấp: ▪ Nếu ALT < ULN, xem xét ▪ Nếu ALT 1 – 2 ULN: ○ Sinh thiết gan nếu BN > 40 tuổi ○ Điều trị nếu sinh thiết có viêm hoặc xơ hóa kéo dài
	> 20.000UI/ml	>2ULN	Sinh thiết gan
-	>20.000UI/ml	>20ULN	- Điều trị - Sinh thiết gan
	>2.000UI/ml	1-2ULN	- Xem xét sinh thiết gan điều trị nếu viêm, xơ hóa kéo dài
	<2.000UI/ml	<ULN	- Không điều trị

Tài liệu tham khảo:

1. Phác đồ điều trị viêm gan siêu vi B mạn Khoa Nhiễm – Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.
2. The Washington manual of critical care.
3. The Washington manual of critical care therapeutics 33rd edition.
4. Current diagnosis & treatment gastroenterology, hepatology & endoscopy second edition.

ĐIỀU TRỊ BỆNH THALASSEMIA

I. HỎI BỆNH :

- Bệnh nhân phát hiện tình trạng xanh xao lúc mấy tháng tuổi.
- Anh chị em ruột hoặc họ hàng có ai bị xanh xao từ lúc nhỏ phải truyền máu thường xuyên không ?
- Cân nặng lúc sanh ?
- Tình trạng dinh dưỡng.

II. KHÁM LÂM SÀNG :

- Vẻ mặt Thallasemia rõ?
- Da niêm, kết mạc mắt vàng?
- Gan to? (cm)
- Lách to? (cm)

III. CẬN LÂM SÀNG:

- Nhóm máu + Phenotype HC
- Huyết đồ (hình dạng HC, HC lưới)
- Ferritine
- Điện di Hb
- SGOT, SGPT, GGT, Billirubin TT,GT
- Ure, Creatinine.
- HbsAg, Anti IgM Hbc, Anti HCV, HIV.
- Siêu âm bụng , tim.
- X quang tim phổi.

IV. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH :

1. Thiếu máu HC nhỏ nhược sắt, HC lưới tăng.
2. Tán huyết (vàng mắt, Bilirubin gián tiếp tăng)
3. Gan, lách to.
4. Ferritine tăng (có thể giảm hoặc bình thường)

5. Điện di Hb:

<i>Kiểu hình</i>	Beta- Thalassemia		Alpha- Thalassemia	
	Xét nghiệm	Điện di Hb	Xét nghiệm	Điện di Hb
<i>Thể nhẹ</i>	MCV ↓ MCH ↓ HC bìa	Hb A ↓ nhẹ HbA1 > 3,5 % HbF > 3,5-10% HbE ↑	MCV ↓↓ MCH ↓	Bình Thường
<i>Trung gian</i>	MCV ↓ MCH ↓ HC bìa, Hb ↓	Hb A < 80% HbA2 > 3,5% HbF = 20-80% HbF+ HbE ↑↑	MCV ↓ MCH ↓ Hb ↓	Hb A ↓ Hb A2 ↓ Hb H (+)
<i>Thể nặng</i>	MCV ↓ MCH ↓ HC bìa, Hb ↓ , HC nhân ↑, Ferritin ↑	Hb A=0 HbA2= 2-7% HbF > 90%	MCV ↓↓ MCH ↓ Hb ↓↓	Hb Bart's

6. Yếu tố di truyền (+-)

V. ĐIỀU TRỊ :

1. Truyền Máu :

❖ Mục đích :

- Trẻ phát triển bình thường.
- Tránh biến dạng xương.
 - Duy trì Hb $\geq 9-9,5$ g/dl trước mỗi lần truyền, khoảng 3 – 4 tuần/lần. Nếu trước khi truyền Hb < 9 g/dl cần truyền 2- 3 tuần/lần hoặc tăng thể tích truyền.
 - Sau truyền : Hb nên # 12- 12,5 g/dl.
 - Đo kích thước lách mỗi lần khám truyền máu vì lách to thì cần truyền máu nhiều hơn; cân nặng thay đổi?
 - Truyền Hc lỏng (dây truyền máu có bộ lọc, 1 bộ lọc ≤ 2 đv HC lỏng)
Tốc độ truyền $\leq 4-5$ ml/kg/ giờ.
 ≤ 2 ml/kg/giờ (suy tim)
- Tính tổng số máu truyền/6 tháng (ml/kg/năm), nếu > 200ml/kg/năm cần lưu ý chỉ định cắt lách.

2. Thải sắt :

- Đo Ferritine để đánh giá tình trạng ứ sắt.
- Thải sắt : 1-2 năm sau truyền máu , khi Ferritine > 1000mg/dl.

Sử dụng DESFERAL (Desferrioxamine) = DFO

- Tiêm dưới da 30 - 50mg/kg trong 8 - 12 giờ, 5 - 7 ngày/tuần (DFO pha trong 10ml để tiêm)
- Kim đủ dài để vào dưới da (tiêm trong da → đau, sưng đỏ). Nên đổi vị trí tiêm để phòng ngừa phản ứng hoại tử.
- Truyền tĩnh mạch: 35-50 mg/kg lúc truyền máu, tốc độ tối đa 15 mg/kg/h.

❖ Lưu ý:

- Vitamin C cải thiện loại bỏ sắt qua đường niệu.

Liều dùng: 2mg/kg/ngày, uống 30 phút trước khi tiêm Desferal. (Không cho Vitamin C khi BN bị suy tim, không vượt quá liều 200mg/ngày, dùng Vitamin C sau điều trị thải sắt 1- 2 tháng)

- Khuyến nên uống trà trong bữa ăn để giảm hấp thu sắt.

Sử dụng KELFER (Deferiprone)= DFP

- Uống 75 mg/kg/ngày khi men gan bình thường, số lượng tiểu cầu > 100.000/mm³.
- Theo dõi men gan, số lượng BC.
- Nhiều tác dụng phụ: tiêu hóa, đau nhức khớp... giảm bớt liều 50mg/kg hoặc ngưng.

❖ Kết hợp DFP và DFO

- DFP mỗi ngày + DFO 2 ngày / tuần # DFO 5 ngày /tuần .
- DFP ban ngày + DFO lúc đêm .

❖ Xử lý tình trạng ứ sắt nhiều.

Ferritine > 2500 – 3000ng/ml (nếu không tình trạng viêm gan hay không trong tiến trình viêm nhiễm).

Truyền liên tục Desferal ở bệnh viện / ngoại trú . Truyền tối thiểu 72 giờ 1-2 lần/tháng, kết hợp tiêm dưới da . Liều 50-100 mg/ kg/ngày (tối đa : 6 g/ngày) cho đến khi Ferritine < 2000mg/ ml. Cần theo dõi độc tính của thuốc .

❖ Theo dõi khi dùng DESFERAL

Thính lực : khám chuyên khoa / 12 tháng.

Thị giác (giảm thị lực, giảm thị trường , quáng gà)

Tăng trưởng : cân đo/tháng.

VI. CẮT LÁCH :

Chỉ cắt lách khi > 5 tuổi .

Khi lượng HC lắng được truyền để duy trì Hb (9-9,5 g/dl) lớn hơn 200ml/kg/năm.

VII. GHÉP TỬY:

Tài liệu tham khảo:

- Phác đồ điều trị Bệnh viện Truyền máu Huyết học Thành phố Hồ Chí Minh 2008.

ĐIỀU TRỊ BỆNH SUY TỬ XƯƠNG

I. CHẨN ĐOÁN :

Chẩn đoán bệnh suy tủy xương khi :

- Huyết đồ : Giảm 3 dòng tế bào máu ngoại vi, không kèm bất thường hình dạng cấu trúc tế bào, không hiện diện tế bào blast.
- Sinh thiết tủy, tủy đồ: Tủy giảm sinh, nồng độ tế bào $< 30\%$, không kèm bất thường hình dạng cấu trúc tế bào, không có thâm nhiễm tế bào ác tính.

II. PHÂN LOẠI :

Theo tiêu chuẩn nhóm nghiên cứu bệnh sinh tủy thể giới (International aplastic anemia study group)

1. Suy Tủy Độ Nặng (SAA):

Bao gồm tiêu chuẩn tủy (a) và máu ngoại vi (b)

a. Sinh thiết tủy :

- Nồng độ tế bào $< 30\%$ hoặc
- Nồng độ tế bào $< 50\%$ nhưng $< 30\%$ tế bào máu

b. Máu ngoại vi :

Có ít nhất 2 trong 3 đặc điểm sau :

- (1) Số lượng bạch cầu hạt trung tính $< 0.5 \times 10^9/l$
- (2) Số lượng tiểu cầu $< 20 \times 10^9/l$
- (3) Chỉ số HCL : Ret. Index < 1 (ret.% x Hct bn /Hct bt)

2. Suy Tủy độ rất nặng (VSAA) :

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

III. PHÂN LOẠI NGUYÊN NHÂN :

1. Suy tủy di truyền :

Thường kèm các dị tật bẩm sinh

- Fanconi anemia.
- Familial aplastic anemia.

2. Suy tủy mắc phải :

- Vô căn : trong hầu hết các trường hợp .
- Những yếu tố có thể là nguyên nhân hoặc yếu tố liên quan đến suy tủy :
 - Nhiễm trùng: Viêm gan siêu vi, EBV, HIV, parvovirus và mycobacteria.
 - Tiếp xúc độc chất : tia xạ , hóa chất như benzene.
 - GVHD do truyền máu
 - Có thai
 - Eosinophilic fascitis.

IV. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN TRƯỚC ĐIỀU TRỊ :

- Bệnh sử và thăm khám lâm sàng .
- Huyết đồ + Hồng cầu lưới.
- Tủy đồ, sinh thiết tủy.
- X quang ngực.
- Echo tim ở bệnh nhân dự định điều trị bằng Cyclophosphamide liều cao.
- SGOT, SGPT, Bilirubin, Glucose.
- BUN, Creatinin.
- HbsAg, Anti HbsAg, Anti HCv, Anti HIV.

- Cấy máu trên những bệnh nhân sốt hoặc cấy các bệnh phẩm ở những ổ nhiễm trùng.
- Định loại HLA ở những bệnh nhân dự định điều trị bằng ghép tế bào gốc tạo máu.

V. ĐIỀU TRỊ:

1. Điều trị nâng đỡ :

- Truyền các thành phần máu :
 - Truyền hồng cầu lắng : giữ Hb > 7 g/dl, (Hb > 9 g/dl ở những bệnh nhân có suy chức năng tim hoặc phổi).
 - Truyền tiểu cầu đậm đặc : khi có chảy máu hoặc số lượng tiểu cầu < $10 \times 10^9/l$.
 - Bệnh nhân dự kiến điều trị ghép tủy nên hạn chế truyền máu , cần loại bỏ bạch cầu và tia xạ, không truyền máu tự thân.
- Phòng ngừa nhiễm trùng:
 - Vệ sinh cá nhân.
 - Không dùng các thực phẩm sống...
- Điều trị nhiễm trùng:
- Ngăn ngừa chảy máu kinh nguyệt : M- Progesterone 10mg/ngày, uống; có thể tăng lên 20-30 mg/ ngày trong trường hợp ra kinh nhiều.

2. Điều trị đặc hiệu :

a. Ghép tế bào gốc máu :

- Bệnh nhân trẻ < 40-50 tuổi
- Người cho là anh em ruột phù hợp HLA

b. Thuốc ức chế miễn dịch :

(1). Phác đồ phối hợp antithymocyte globuline (ATG) + Cyclosporine (CsA) + Prednisone

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Suy tủy độ nặng.
- Tuổi 2- 70 tuổi.
- Creatinine/máu < 2,5 mg/ dl
- Thang điểm Karnofsky > 70%

Phác đồ điều trị:

- ATG: 40mg/kg/ngày, truyền tĩnh mạch liên tục trong 24 giờ x 4 ngày liên tục N1-N4.
- CsA : 6- 12 mg/ kg/ngày, chia 2 lần/ngày, uống, bắt đầu 10 ngày sau khi ngưng ATG (N14) kéo dài 6 tháng. Giảm liều 25% mỗi 3 tháng, ngưng thuốc sau 18 tháng.
- Prednisone: 2mg/kg/ngày: 14 ngày (N1- N14), giảm liều dần và ngưng ở ngày N30.

(2) Phác đồ Cyclophosphamide liều cao + G- CSF

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Suy tủy độ nặng
- Tuổi 2- 50 tuổi
- Creatinine/máu < 2mg/dl
- EF > 45 %
- Thang điểm Karnofsky > 70%

Phác đồ điều trị:

- Cyclophosphamide : 40-50 mg/kg/ngày, truyền tĩnh mạch trong 1 giờ x 4 ngày liên tục N1-N4.
- Mesna: 40mg/kg tiêm mạch 3 lần/ngày: 30 phút trước khi truyền cyclophosphamide.
- G-CSF : 5 mcg/ngày, tiêm dưới da, bắt đầu N10 và tiếp tục cho đến khi ANC > 1x10⁹/l x 2 ngày

(3) phác đồ cyclosporine đơn thuần:

- Cyclosporin: 6-12 mg/kg/ngày, chia 2 lần ngày, uống.
- Dùng liên tục trong 6 tháng

(4) Phác đồ Androgen

- Chỉ định suy tủy độ nhẹ
Oxy metholone: 3-5 mg/kg/ngày x 3- 6 tháng.

Tài liệu tham khảo:

- Phác đồ điều trị Bệnh viện Truyền máu Huyết học Thành phố Hồ Chí Minh 2008.

ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT GIẢM TIỂU CẦU

I. HỎI BỆNH:

- Tình trạng chảy máu can thiệp phẫu thuật
- Triệu chứng toàn thân: sụt cân, sốt, đau đầu, đau khớp, hồng ban, rụng tóc, huyết khối tĩnh mạch.
- Nguy cơ nhiễm HIV.
- Tình trạng thai kỳ.
- Sử dụng thuốc trong 2 tuần lễ.
- Truyền máu trước đó.

II. KHÁM LÂM SÀNG:

- Loại chảy máu (xuất huyết, vàng da).
- Mức độ chảy máu.
- Gan, lách, hạch, vàng da.
- Nhiễm trùng – nhiễm HIV.
- Đau khớp, bثور giáp, viêm mao mạch ở da.
- Huyết khối.
- Rối loạn chức năng TK.
- Bất thường cột sống.

III. CẬN LÂM SÀNG:

- Huyết đồ
- Khảo sát hình dạng HC, Bc, Tc.
- Tủy đồ.
- TQ, TCK, Fibrinogen.
- Kháng thể kháng nhân.
- HIV test.
- HbsAg.
- Anti HCV.
- Tổng phân tích nước tiểu.

- Phụ nữ có thai:

Thêm các XN

- D-Dimer.
- Uric acid.
- Cắt lách (+/-)

IV. ĐIỀU TRỊ:

1. Điều trị XHGTC cấp ở người lớn:

a. Nhập viện điều trị khẩn cấp:

CD:

- Chảy máu nặng: XH tiêu hóa, tiết niệu...
- Chảy máu nguy hiểm: XH não- Màng não
- SLTC < 5000/mm³

Thuốc điều trị:

- Truyền TCĐĐ cùng nhóm
- Methyl Prednisolone (TTM): 1-2 g/ngày x 3 ngày
- IV.Ig: 1gr/kg/ngày x 2 ngày (TTM liên tục trong 48 giờ)

- Kết hợp cả hai (a) + (b)
- b. Điều trị nhập viện :**
 - SLTC < 20.000/mm³
 - Prednison 1mg/kg/ngày x 4-6 tuần, giảm liều dần khi bệnh nhân có đáp ứng, duy trì để đảm bảo số lượng TC an toàn ($\geq 30.000/\text{mm}^3$) với liều Prednisone 10-15mg/ngày, ít có tác dụng phụ của thuốc.
 - Cân nhắc việc dùng IVIg và Methylprednisolone
 - SLTC: 20.000 – 30.000/mm³ + XHDD + n/mặc
Prednison 1mg/kg/ngày (tối đa trong 6 tuần, giảm ngay khi SLTC $\geq 100.000/\text{mm}^3$)
 - > 30.000/mm³: Không điều trị theo dõi, nếu SLTC < 20.000/mm³ hoặc xuất huyết nhiều hơn, xuất huyết niêm mạc thì cho nhập viện điều trị.
- 2. Điều trị XHGTC tái phát ở người lớn hoặc không đáp ứng Corticoid**
 - Đang giảm liều Corticoid, SLTC giảm theo (*):
 - CD điều trị: < 20.000/mm³ + có xuất huyết niêm mạc:
Cố gắng duy trì SLTC $\geq 30.000/\text{mm}^3$
 - Thuốc điều trị :
 - Lập lại liều Corticoid giống ban đầu (tối đa cho đủ 2 tháng)
 - IVIg (nếu có điều kiện)
 - Ngưng Corticoid một thời gian dài tái phát lại :
 - Khám lâm sàng + xét nghiệm để truy tìm nguyên nhân giảm tiểu cầu.
 - CD điều trị: giống như *
 - Thuốc điều trị như *
 - Không đáp ứng Corticoid sau 8 tuần điều trị :
 - CD điều trị : < 20.000/mm³ (cố gắng duy trì 20-30.000/mm³)
 - Thuốc điều trị:
 - Methylprednison 1gr/ngày x 3 ngày , từng đợt nếu có chảy máu nặng.
 - IV Ig 1gr/kg/ngày chảy máu nặng hoặc chuẩn bị cắt lách.
 - Giảm liều Prednison, giữ liều trung bình 5- 10 mg/ngày mà không triệu chứng xuất huyết, số lượng tiểu cầu $\geq 20.000/\text{mm}^3$, kiểm tra huyết thanh chẩn đoán HP (IgM và IgG) nếu kết quả dương tính → điều trị tận diệt HP bằng Clarithromycin + Amoxicycline.
 - Anti D 75 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{ngày}$ dùng từng đợt, ít nhất 6 tháng.
 - Cắt lách nóng: được xem sau 8 tuần điều trị thất bại, bệnh nhân có SLTC < 20.000/mm³ và chảy máu nặng hoặc chảy máu đe dọa tính mạng, khi không có điều kiện sử dụng Anti D.
- 3. Điều trị xuất huyết giảm tiểu cầu mãn tính ở người lớn tuổi:**
 - a. Định nghĩa:**
Là tình trạng giảm tiểu cầu < 100.000/mm³ kéo dài trên 6 tháng mặc dù có điều trị hay không điều trị.
 - b. Chỉ định điều trị:**
 - Số lượng tiểu cầu < 20.000/mm³ ± Xhdd + n/mặc.
 - Số lượng tiểu cầu 20 – 30.000/mm³ + chảy máu nặng, nguy hiểm
 - c. Các phương pháp điều trị:**
 - ❖ Nếu không có biến chứng Corticoid:
 - Methyl Prednisol 1g/ngày x 3 ngày từng đợt
 - Prednison: 5 – 10mg/ngày duy trì SLTC $\geq 30.000/\text{mm}^3$

- ❖ Anti D 75µg/kg/ngày dùng từng đợt nếu không có điều kiện cắt lách
- ❖ Cắt lách:
 - CD:
 - Thất bại với bước điều trị trên, không thể duy trì SLTC ở mức an toàn
 - Không có điều kiện trị liệu hoặc nhiều biến chứng phiền toái.
 - Quá nhiều độc tính của thuốc

d. Chẩn đoán trước khi cắt lách:

- ❖ Chích ngừa: Streptococcus Pneumonia
Hemophilus Influenza
Meningococcus
- ❖ Ít nhất trước cắt lách 2 tuần
- ❖ Cắt lách nội soi:
 - Có tăng tiểu cầu $> 50.000/mm^3$ ngay trước khi mổ (truyền TCĐĐ, Methyl Prednison, IV IgG, Anti D)
- ❖ Phòng ngừa sau cắt lách: PNC V 40.000up (uống) trong năm đầu
- ❖ Nhập viện điều trị KS TRUYỀN MÁU ngay khi số $> 38^{\circ}C$
- ❖ Theo dõi sau cắt lách:
 - Mỗi tuần trong tháng đầu.
 - Mỗi tháng trong 3 tháng kế tiếp.
 - Mỗi 3 tháng trong 1 năm kế tiếp.
 - Mỗi 6 tháng cho đủ 5 năm.

Tài liệu tham khảo:

Phác đồ điều trị Bệnh viện Truyền máu Huyết học Thành phố Hồ Chí Minh 2008.

ĐIỀU TRỊ THIẾU MÁU THIẾU SẮT

I. CHẨN ĐOÁN:

1. Chẩn đoán xác định:

a. Lâm sàng:

❖ Triệu chứng cơ năng:

- Thiếu máu nhẹ: mệt mỏi, mất ngủ, kém tập trung.
- Thiếu máu nặng: khó thở khi lao động gắng sức hay hoa mắt, chóng mặt.

❖ Triệu chứng thực thể:

- Khám: Da niêm nhợt, móng tay dẹt hoặc khum hình muỗng, lưỡi mất gai, khó nuốt.

b. Cận Lâm Sàng:

- Hb < 12 g/ dl (nam), Hb < 11g/ dl (nữ), Hb < 10 g/dl (Phụ nữ có thai).
- MCV < 76fl
- MCH < 26pg
- MCHC < 300g/L
- Ferritin huyết thanh giảm <12 ng/ml
- Sắt huyết thanh <9 mmol/L.

2. Nguyên Nhân:

- Thiếu cung cấp.
- Tăng nhu cầu chất sắt: mang thai, bà mẹ sanh đôi, sanh ba, sanh nhiều lần...
- Rối loạn hấp thu: cắt 2/3 dạ dày, bệnh lý đường tiêu hóa...
- Mất máu mãn:
 - Xuất huyết tiêu hóa mãn: loét dạ dày tá tràng, trĩ...
 - Rong kinh, rong huyết.
 - Giun, sán nhất là giun móc...

II. ĐIỀU TRỊ :

1. Điều trị nguyên nhân rất quan trọng :

- Điều chỉnh chế độ dinh dưỡng.
- Nguyên nhân gây chảy máu mãn: trĩ, rong kinh, rong huyết, loét dạ dày, loét tá tràng, nhiễm giun ...
- Nguyên nhân gây rối loạn hấp thu.

2. Thuốc:

- Đường uống:** thường dùng nhất, dưới dạng : Fumarat, Gluconate, Oxalate, Sulfate.
 - Liều tấn công :
 - Liều người lớn tính theo sắt nguyên tố: 100-200 mg/ngày, chia 3 lần/ngày, uống cách nhau ít nhất 4 giờ, kết hợp Vitamin C (u) 1- 1,5gr /ngày.
 - Theo dõi: Hồng cầu lưới tăng trong vòng tuần đầu (4- 8 ngày)
 - Điều trị 6 – 8 tuần để khôi phục tình trạng thiếu máu.
 - Điều trị duy trì từ 3 – 6 tháng, liều bằng ½ liều tấn công để khôi phục sắt dự trữ.
- Đường tiêm:**
 - Tiêm trong trường hợp không dung nạp hoặc không thể hấp thu đầy đủ:
 - Liều dùng :
 - Truyền IV nhỏ giọt (1 ml Venofer pha loãng tối đa trong 20ml Nacl 0,9%, truyền 10ml Venofer = 200 mg sắt ít nhất trong 30 phút).

* Venofer 5ml 2 ống pha 150 ml Natri 0.9% TTM LX g/p.

3. Dinh dưỡng:

Cung cấp đầy đủ dinh dưỡng, tăng các thực phẩm hỗ trợ hấp thu sắt: thịt, cá và hạn chế sử dụng các thực phẩm hay đồ uống làm ức chế hấp thu sắt như: sữa, trà, cà phê.

4. Truyền máu :

Thiếu máu thiếu sắt thường không cần thiết phải truyền máu, chỉ định truyền máu khi thiếu máu quá nặng, cần nâng nhanh lượng Hb (phẫu thuật, nhiễm khuẩn nặng...), suy tim do thiếu máu nặng.

III. PHÒNG BỆNH

1. **Phụ nữ có thai:** uống 1 viên mỗi ngày (1 viên # 60 mg sắt nguyên tố) vào buổi tối trước khi đi ngủ, bắt đầu từ lúc có thai kéo dài đến sau sinh 1 tháng.
2. **Phụ nữ trên 15 tuổi:** uống 1 viên mỗi tuần (1 viên # 60mg sắt nguyên tố) uống vào buổi tối trước khi đi ngủ.

Tài liệu tham khảo:

1. Nguyễn Công Khanh – TM – Cẩm nang điều trị Nhi khoa – NXB Y Học Hà Nội 1994, tr 196 – 206.
2. Nguyễn Công Khanh - TM - Bài giảng Nhi khoa tập 1 – NXB Y Học Hà Nội 1994, tr 196 – 173.
3. Niên giám thống kê Bộ Y tế, 1995.
4. Tổng điều tra Dinh dưỡng 2003. Bộ Y tế.
5. Kỷ yếu công trình NC khoa học 10 năm 1981 – 1990 – Viện Bảo Vệ SK trẻ em Hà Nội, tr 93 - 99.
6. Trần Văn Bé – Lâm sàng huyết học, NXB Y học 1998, tr 66 – 104.
7. Phạm Quang Vinh - Bài giảng huyết học truyền máu – ĐHY Hà Nội, NXB Y học 2004, tr 171 – 179.

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

❖ **Kháng viêm Nonsteroid (NSAIDs)** : là thuốc chủ yếu sử dụng để không 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.**

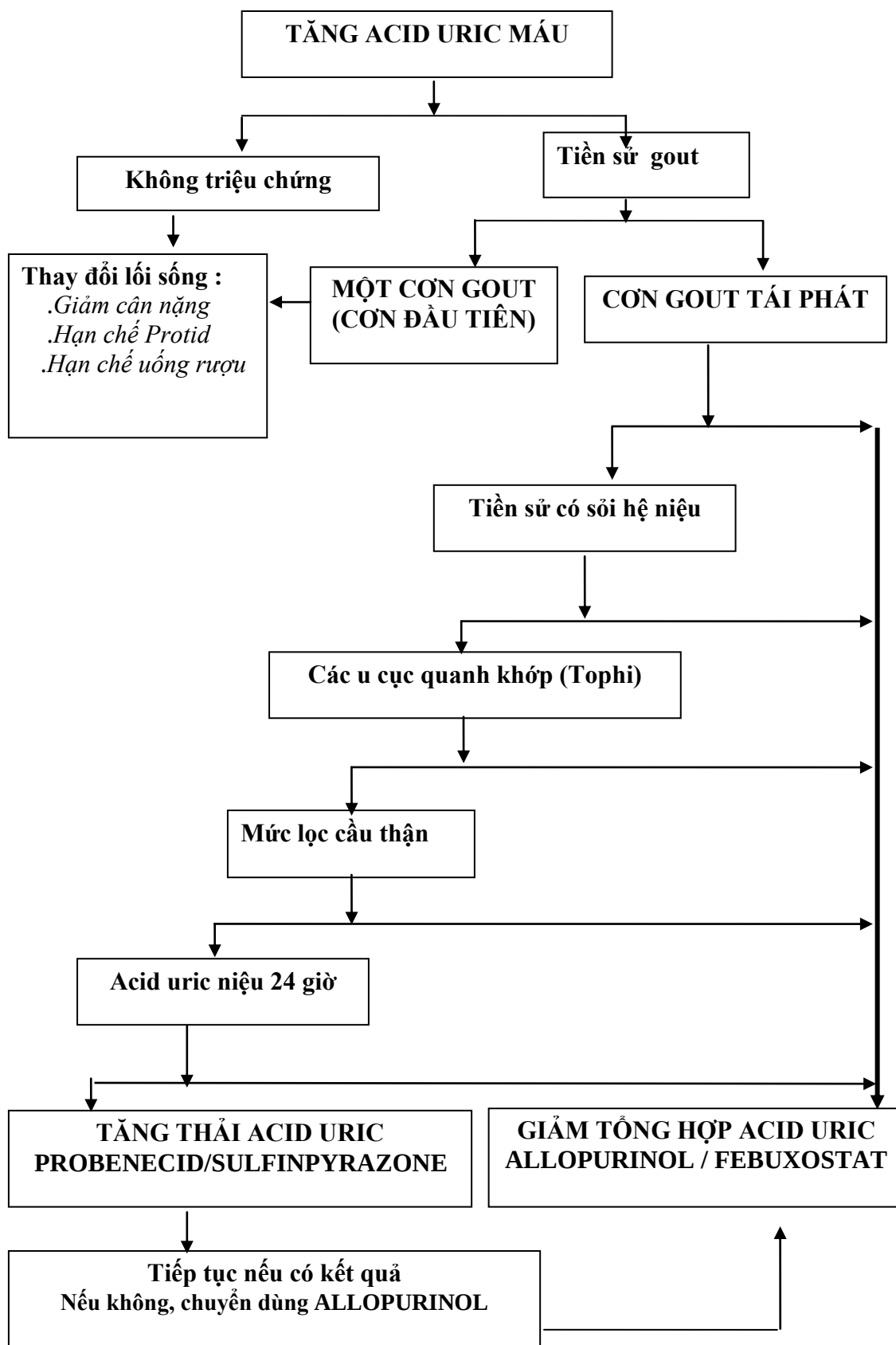
3. Các điều trị khác

- 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, hàu 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

ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

I. CHẨN ĐOÁN

C. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

1. Lâm sàng:

a. Hỏi bệnh :

- Thời gian, mức độ tăng huyết áp.
- Điều trị tăng huyết áp trước đó (nếu có).
- Dùng thuốc và các chất gây tăng huyết áp.
- Tiền sử gia đình: Tăng huyết áp, bệnh tim mạch sớm (nữ <65t, nam <55t) hoặc chết do bệnh tim mạch.
- Triệu chứng nghi ngờ nguyên nhân gây tăng huyết áp.
- Những yếu tố nguy cơ tim mạch: hút thuốc lá, ĐTĐ, RL Lipid máu, ít vận động thể lực...

b. Khám thực thể :

- Đo HA : Xác định tăng HA khi:
 - HA tâm thu ≥ 140 mmHg, HA tâm trương ≥ 90 mmHg hoặc đang sử dụng thuốc tăng huyết áp.
 - HA phải được đo ít nhất 2 lần cách nhau 2 phút ở tư thế thoải mái và phương pháp đo thích hợp.
- Khám tim mạch: Nghe âm thổi ĐM thận ở bụng, ĐM cảnh.
- Mạch không cân xứng
- Khám bụng: Thận to,...
- Dấu hiệu của bệnh nội tiết: Bệnh tuyến giáp, Hội chứng cushing...

2. Cận lâm sàng:

c. XN thường quy :

- CTM, đường huyết lúc đói, acid uric, chức năng thận: ure, creatinin, Điện giải đồ, tổng phân tích nước tiểu, soi đáy mắt, ECG, X quang ngực thẳng.

d. XN tìm nguyên nhân và biến chứng

- Cortisol, Siêu âm tim, thận, siêu âm Doppler động mạch thận, ĐM chủ.
- Định lượng renin, aldosteron, catecholamin, chụp đ/m thận cản quang khi có điều kiện.

D. CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN :

1. Tăng HA vô căn : 90% tăng HA ở người trưởng thành (35-50t).

2. Tăng HA thứ phát: phải tìm nguyên nhân, đặc biệt ở người bệnh trẻ tuổi, tiền sử tăng HA ngắn, mức độ tăng HA nặng, lâm sàng và xét nghiệm nghi ngờ có nguyên nhân, đáp ứng kém với điều trị.

Tăng HA thứ phát chiếm 10% các trường hợp. Các nguyên nhân: bệnh thận, hẹp eo ĐMC, hẹp ĐM thận, tăng HA lúc có thai, do thuốc, u tủy thượng thận...

3. Phân loại: tăng HA theo WHO

Phân độ huyết áp	HA tâm thu		HA tâm trương
Huyết áp tối ưu	< 120	Và	<80
Huyết áp bình thường	120-129	Và/hoặc	80-84
Tiền tăng huyết áp	130-139	Và /hoặc	85-89
Tăng huyết áp độ 1	140-159	Và /hoặc	90-99
Tăng huyết áp độ 2	160-179	Và /hoặc	100-109
Tăng huyết áp độ 3	≥ 180	Và /hoặc	≥ 110
Tăng huyết áp tâm thu đơn độc	≥ 140	Và	<90

4. Phân nhóm nguy cơ A, B, C:

- a. **Nhóm nguy cơ A:** nhóm nguy cơ A bao gồm những bệnh nhân bị tăng huyết áp giai đoạn 1,2,3 nhưng không có bệnh lý tim mạch trên lâm sàng, không có tổn thương cơ quan đích và không có các yếu tố nguy cơ tim mạch đi kèm.
- b. **Nhóm nguy cơ B:** nhóm nguy cơ B gồm những bệnh nhân tăng huyết áp mà không có bệnh tim mạch trên lâm sàng, không có tổn thương cơ quan đích, nhưng có nhiều hơn một yếu tố nguy cơ tim mạch đi kèm (ngoại trừ ĐTD).
- c. **Nhóm nguy cơ C:** nhóm nguy cơ C bao gồm những bệnh nhân tăng huyết áp có biểu hiện lâm sàng của bệnh tim mạch hoặc có tổn thương cơ quan đích. Nên chú ý là đái tháo đường một mình nó cũng đủ cho chúng ta xếp bệnh nhân tăng huyết áp vào nhóm nguy cơ C.

II. ĐIỀU TRỊ:

1. Mục tiêu điều trị:

Hạ HA đạt huyết áp mục tiêu <140/90 mmHg(<130/80 mmHg đối với bệnh nhân ĐTD hay bệnh thận mạn tính)

2. Phương thức điều trị:

a. **Điều trị không dùng thuốc:** bằng cách thay đổi lối sống.

- Giảm cân
- Hoạt động thể lực
- Chế độ ăn giảm muối < 6g/ngày
- Ăn nhiều trái cây, rau quả và sản phẩm ít béo kèm giảm mỡ nhất là mỡ bão hòa
- Uống rượu vừa phải
- Bỏ thuốc lá

b. **Điều trị nguyên nhân:**

c. **Điều trị bằng thuốc:**

❖ **Không có chỉ định bắt buộc:**

THA giai đoạn 1 : Lợi tiểu Thiazide

Có thể xem xét : UCMC, UCTT, UCCanxi, Chẹn beta

THA giai đoạn 2 : Kết hợp 2 thuốc: Lợi tiểu Thiazide và UCMC hay UCTT hay UCCanxi hay Chẹn beta

❖ **Có chỉ định bắt buộc đối với thuốc tăng huyết áp đặc hiệu**

Hướng dẫn lựa chọn ban đầu điều trị tăng huyết áp (ESH/ESC, 2003)

Nhóm thuốc	Chỉ định bắt buộc	Chỉ định tương đối	CCĐ bắt buộc	CCĐ tương đối
Lợi tiểu	Suy tim Người lớn tuổi THA tâm thu	Tiểu đường	Gut	RL lipid máu Nam đang tuổi hoạt động tình dục
Ức chế beta	ĐTN Sau NMCT Tim nhanh	Suy tim Thai nghén Tiểu đường	Hen suyễn, COPD Block a-v độ 2-3	RL lipid máu Lực sĩ, BN HD thể lực tích cực
Ức chế men chuyển	Suy tim RLCN thất trái Sau NMCT Bệnh thận do ĐTD		Then nghén Tăng Kali máu Hẹp ĐM thận 2 bên	
Ức chế Calci	ĐTN Người lớn tuổi THA tâm thu	Bệnh mạch máu ngoại biên	Block a-v độ 2-3 (verapamil, tildiem)	Suy tim sung huyết (verapamil, tildiem)
Đối kháng thụ thể Angiotensin II	Ho do ức chế men chuyển	Suy tim	Thai nghén Tăng Kali máu Hẹp ĐM thận 2 bên	

LIỀU LƯỢNG:

Nhóm thuốc	Loại thuốc	Liều ban đầu	Liều duy trì hằng ngày
Lợi tiểu	Hydrochlorothiazide	12.5 mg	12.5-25 mg
	Indapamide	1.5 mg	1.5-3 mg
	Furosemide	20 mg	20-80 mg
	spironolacton	25 mg	25-75 mg
Chẹn Canxi	Amlodipine	5 mg	2.5-10 mg
	Felodipin	5 mg	2.5-20 mg
	Nifedipine Retard	10 mg	10-80 mg
	Diltiazem	60 mg	60-180 mg
Tác động lên hệ renin angiotensin	UCMC		
	Captopril	25 mg	25-100 mg
	Enalapril	5 mg	4-40 mg
	Perindopril	5 mg	5-10 mg
	Lisinopril	5 mg	10-40 mg
	UCTT		
	Irbesartan	75 mg	150-300 mg
	Losartan	25 mg	25-100 mg
	Telmisartan	40 mg	20-80 mg
	Valsartan	80 mg	80-160 mg
Chẹn beta giao cảm	Bisoprolol	2.5 mg	2.5-10 mg
	Metoprolol	50 mg	50-100 mg
Tác động lên hệ giao cảm trung ương	Methyldopa	250 mg	250-2000 mg
Giãn mạch trực tiếp	Hydralazine	10 mg	12-100 mg

Tài liệu tham khảo:

1. Phác đồ chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp - Viện tim Thành Phố Hồ Chí Minh 2008
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp - Dự án phòng chống tăng huyết áp Bộ Y Tế
3. Bệnh Học Tim Mạch - NXB Y Học GSTSBS Phạm Nguyễn Vinh

BỆNH TIM THIỂU MÁU CỤC BỘ MẠN TÍNH

I. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

a. *Cơn đau thắt ngực điển hình:*

- Hoàn cảnh xuất hiện: thường xuất hiện khi gắng sức, xúc cảm mạnh, gặp lạnh đột ngột, sau bữa ăn nhiều, hút thuốc lá hoặc sau sinh hoạt tình dục. Một số trường hợp đau về đêm, thay đổi tư thế hoặc khi kèm nhịp tim nhanh.
- Vị trí: sau xương ức có thể lan lên cổ, vai, tay, hàm. Hay gặp nhất là lan lên vai trái rồi lan xuống mặt trong tay trái, có khi xuống tận các ngón tay 4,5.
- Tính chất: đau như thắt lại, nghẹt, rát, bị đè nặng trước ngực. Một số trường hợp có khó thở, mệt lã, đau đầu, buồn nôn, vã mồ hôi.
- Cơn đau: cơn đau thường kéo dài khoảng vài phút (3 – 5 phút), ít khi kéo dài quá 15 phút.
- Cơn đau giảm khi nghỉ ngơi hoặc dùng thuốc Nitrates là yếu tố quan trọng để chẩn đoán.

***Xác định cơn đau thắt ngực điển hình do bệnh mạch vành bao gồm 3 yếu tố:** (1) Đau thắt chẹn sau xương ức với tính chất và thời gian điển hình (2) Xuất hiện khi gắng sức hoặc xúc cảm (3) Giảm đau khi nghỉ hoặc dùng Nitrates.

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

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

d. *Triệu chứng kèm theo:*

- Lo âu, khó thở, vã mồ hôi.
- Trong cơn đau có thể nghe thấy tiếng T3, T4, âm thổi tâm thu hoặc ran ở phổi,...
- Phát hiện các yếu tố nguy cơ của bệnh động mạch vành như là tăng huyết áp hay bệnh mạch máu ngoại vi, biến đổi đáy mắt,....

2. Cận lâm sàng:

a. *Xét nghiệm:* Công thức máu, Glycemie, Ure, Creatinine, bộ mỡ, Hemoglobine, Fibrinogen.

b. *Điện tâm đồ thường quy:* > 60% trường hợp đau thắt ngực ổn định có điện tâm đồ bình thường, trong cơn đau có thể có thay đổi của sóng T và đoạn ST.

Những thay đổi của sóng T và đoạn ST:

- T âm sâu từ 1mm trở lên hoặc T dương cao nhọn, đối xứng, T dẹt có thể bệnh lý.
- Đoạn ST chênh xuống thẳng đuồn từ 1mm trở lên hoặc ST chênh lên $\geq 2\text{mm}$ từ $V_1 - V_4$ và $\geq 1\text{mm}$ ở các chuyển đạo khác.
- Ngoài ra, điện tâm đồ còn phát hiện một số tổn thương khác.
- Điện tâm đồ bình thường không thể loại trừ được chẩn đoán bệnh tim thiếu máu cục bộ.

c. *Điện tâm đồ gắng sức.*

d. *Holter ECG.*

e. *X quang tim phổi thẳng.*

f. *Siêu âm tim, Chụp mạch vành, CT - Scanner khi cần.*

II. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

1. Viêm thần kinh liên sườn, viêm khớp ức sườn, gãy xương sườn.
2. Viêm phổi, viêm màng phổi, thuyên tắc phổi, tràn khí màng phổi.
3. Bóc tách động mạch chủ, viêm màng ngoài tim.
4. Viêm loét dạ dày - tá tràng, viêm túi mật, viêm tụy,...

III. ĐIỀU TRỊ

1. **Phát hiện và điều trị các yếu tố nguy cơ:** tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, phì đại thất trái, béo phì, điều trị các bệnh lý hay tình trạng làm cho cơn đau thắt ngực nặng thêm như: sốt, thiếu máu, nhịp tim nhanh, cường giáp, nhiễm trùng, sử dụng thuốc gây nghiện (cocaine).
2. **Điều trị không dùng thuốc:** ngưng thuốc lá, giảm mỡ, giảm rượu, giảm muối, giảm Stress, giảm cân (đối với những người béo phì), vận động thể lực.
3. **Điều trị nội khoa:**
 - a. **Thuốc Nitrates:** chọn một trong các thuốc sau (IC):

Thuốc	Đường dùng	Liều dùng	Thời gian tác dụng
Nitroglycerin	Ngậm dưới lưỡi	0,3-0,6 → 1,5mg	10 phút
	Miếng dán	0,2-0,8 mg/giờ, mỗi 12 giờ	8-12 giờ
	Viên uống phóng thích chậm	2,5-13 mg	4-8 giờ
	Truyền tĩnh mạch	5-200 µ/phút	Dung nạp trong 7-8 giờ
Isosorbide dinitrate	Ngậm dưới lưỡi	2,5-10 mg	60 phút
	Viên uống	5-80 mg 2-3 lần/ngày	8 giờ
	Viên uống phóng thích chậm	40 mg 1-2 lần/ngày	8 giờ
Isosorbide mononitrate	Viên uống	20 mg 2 lần/ngày 60-240 mg/ngày	12-24 giờ

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

Thuốc	Chọn lọc	Hoạt tính giống giao cảm nội tại	Liều dùng
Propranolol	Không	Không	80-120mg, 2 lần/ngày
Pindolol	Không	Có	2,5-7,5mg, 3 lần/ngày
Acebutolol	β_1	Có	200-600mg, 2 lần/ngày
Atenolol	β_1	Không	50-200mg/ngày
Metoprolol	β_1	Không	50-200mg, 2 lần/ngày
Bisoprolol	β_1	Không	2,5-10mg/ngày
Labetalol	Không	Có	200-600mg, 2 lần/ngày

*Lưu ý:

- Nên chọn ức chế β_1 chọn lọc Metoprolol, Atenolol vì ít có tác dụng phụ gây nặng thêm bệnh lý mạch máu ngoại biên và co thắt phế quản.

- Nếu nhịp tim hơi chậm nên dùng ứ chế β có hoạt tính giống giao cảm nội tại Pindolol, Acebutolol.
- Nên bắt đầu liều thấp rồi tăng dần đến khi đạt mục tiêu:
 - Nhịp tim lúc nghỉ 50 – 60 lần/phút.
 - Khi gắng sức, nhịp tim < 100 lần/phút.

*** Chống chỉ định:**

- Suy tim, Block AV, nhịp tim chậm rõ ràng lúc nghỉ.
- Hen phế quản, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính.
- Bệnh lý mạch máu ngoại biên nặng.

c. Thuốc chẹn kênh Calci: Khi thuốc ứ chế beta bị chống chỉ định hay cần kết hợp điều trị tăng huyết áp thì chọn một trong các thuốc sau (IA):

Thuốc	Liều dùng
Amlodipine	5 – 10mg / ngày
Felodipine	5 – 10mg / ngày
Lacidipine	2 – 4mg / ngày
Diltiazem (dạng phóng thích chậm)	120 – 320mg / ngày
Verapamil (dạng phóng thích chậm)	120 – 480 mg / ngày

d. Thuốc ứ chế men chuyển: Khi không có chống chỉ định, thuốc UCMC được xem xét sử dụng ở bệnh nhân bệnh mạch vành kèm theo đái tháo đường, rối loạn chức năng thất trái, nhồi máu cơ tim cũ, chọn một trong các thuốc sau:

Thuốc	Liều dùng
Enalapril	5mg – 40mg / ngày
Lisinopril	10mg – 40mg / ngày
Perindopril	5mg – 10mg / ngày

Nếu có tác dụng phụ thì dùng ứ chế thụ thể Angiotensin II:

Thuốc	Liều dùng
Candesartan	8mg – 32mg / ngày
Telmisartan	20mg – 80mg / ngày
Valsartan	40mg – 160mg / ngày
Irbesartan	150mg – 300mg / ngày

e. Chống kết tập tiểu cầu (IA):

- Aspirine 75 – 325 mg/ngày.
- Nếu không dung nạp hoặc chống chỉ định aspirin: Clopidogrel 75 mg/ngày.

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

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

4. Điều trị tái thông mạch vành

Khi điều trị nội khoa tích cực mà tình trạng bệnh không cải thiện thì cần xem xét các chỉ định:

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

****Tài liệu tham khảo***

1. Khuyến cáo của Hội Tim Mạch Học Việt Nam về xử trí bệnh tim mạch thiếu máu cục bộ mạn tính 2008, 329-350.
2. Võ Thành Nhân, “Điều trị cơn đau thắt ngực ổn định”, Điều trị học nội khoa 2009, 87-97.
3. Trần Đỗ Trinh, “Bệnh mạch vành”, Hướng dẫn đọc điện tim 1998, 135-137.
4. Harrison’s Principles of Internal Medicine 17th Volume II, 2008 Mc Graw Hill.
5. Current Medical Diagnosis & Treatment 47th 2008 Mc Graw Hill.
6. The Washington Manual of Medical Therapeutics 32nd Edition, 2007 LWW.