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

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

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ
KHOA TIM MẠCH LÃO HỌC

-2012-

MỤC LỤC

PHÁC ĐỒ	NỘI DUNG	SỐ TRANG
	Mục lục	1
1	Tăng huyết áp	2 – 11
2	Đau thắt ngực không ổn định và nhồi máu cơ tim cấp không có ST chênh lên.	12 – 19
3	Nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên.	20 – 25
4	Bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính.	26 – 29
5	Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch	30 – 43
6	Suy tim	44 – 47
7	Phù phổi cấp (OAP)	48 – 49
8	Bóc tách động mạch chủ	49 – 52
9	Viêm cơ tim	52 – 54
10	Tâm phế mạn.	54 – 60
11	Thấp tim.	60 – 62
12	Bệnh van tim hậu thấp	62 – 64
13	Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn	64 – 69
14	Choáng tim	70 – 74
15	Điều trị bằng thuốc chống đông trong bệnh lý tim mạch.	75 – 77
16	Đái tháo đường	77 – 80
17	Viêm phổi cộng đồng	81 – 84
18	Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	85 – 90
19	Hen phế quản	91 – 92
20	Suy thận mãn	93 – 94
21	Loãng xương	94 – 98
22	Thoái hóa khớp	99 – 100
23	Nhiễm trùng tiểu	100 – 101

TĂNG HUYẾT ÁP

I. NGUYÊN NHÂN:

I.1. Phần lớn tăng huyết áp (THA) ở người trưởng thành là không rõ nguyên nhân (THA nguyên phát), chỉ có khoảng 10% các trương hợp là có nguyên nhân (THA thứ phát).

I.2. Nguyên nhân gây THA thứ phát:

(Cần chú ý tìm nguyên nhân trong các trường hợp như THA ở tuổi trẻ (<30 tuổi), THA kháng trị, THA tiến triển hoặc ác tính).

- Bệnh thận cấp hoặc mạn tính: viêm cầu thận cấp / mạn, viêm thận kẻ, sỏi thận, thận đa nang, thận ứ nước, suy thận.
- Hẹp động mạch thận.
- U tủy thượng thận (Pheocromocystom).
- Cường Aldosterone tiên phát (hội chứng Conn).
- Hội chứng Cushing.
- Bệnh lý tuyến giáp / cận giáp, tuyến yên.
- Do thuốc, liên quan đến thuốc (kháng viêm non-steroid, thuốc tránh thai, corticoid, cam thảo, hoạt chất giống giao cảm trong thuốc cảm/ thuốc nhỏ mũi…)
- Hẹp eo động mạch chủ.
- Bệnh Takayasu.
- Nhiễm độc thai nghén.
- Ngừng thở khi ngủ.
- Yếu tố tâm thần…

II. CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ TIM MẠCH:

- Tăng HA.
- Rối loạn lipid máu.
- Đái tháo đương.
- Có microalbumin niệu hoặc mức lọc cầu thận ước tính < 60ml /phút.
- Tuổi (nam > 55, nữ > 65).
- Tiền sử gia đình mắc bệnh tim mạch sớm (nam trước 55, nữ trước 65).
- Thừa cân / béo phì, béo bụng.
- Hút thuốc lá, thuốc lào.
- Uống nhiều rược, bia.
- Ít hoạt động thể lực.
- Stress và căng thẳng tâm lý.
- Chế độ ăn quá nhiều muối (yếu tố nguy cơ đối với THA), ít rau quả…

III. BIẾN CHỨNG CỦA THA HOẶC TỔN THƯƠNG CƠ QUAN ĐÍCH DO THA:

- Đột quỵ, thiếu máu não thoáng qua, sa sút trí tuệ, hẹp động mạch cảnh.
- Phì đại thất trái (trên điện tâm đồ hay siêu âm tim), suy tim.
- Nhồi máu cơ tim, cơn đau thắt ngực.
- Bệnh mạch máu ngoại vi.
- Xuất huyết hoặc xuất tiết võng mạc, phù gai thị.
- Protein niệu, tăng creatinin huyết thanh, suy thận…

IV. CÁC XÉT NGHIỆM TÌM TỔN THƯƠNG CƠ QUAN ĐÍCH, NGUYÊN NHÂN THA VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ TIM MẠCH:

1. Xét nghiệm thường quy:

- Sinh hóa máu: đường máu khi đói, thành phần lipid máu (cholesterol toàn phần, HDL-C, LDL-C, triglycerid), điện giải máu (đặc biệt là kali), axit uric máu, creatinin máu.
- Huyết học: Hemoglobin và hematocrit.
- Phân tích nước tiểu (albumin niệu và soi vi thể).
- Điện tâm đồ.
- Siêu âm màu tim.
- Siêu âm màu mạch cảnh.
- Định lượng protein niệu (nếu que thử protein dương tính).
- Chỉ số HA mắt cá chân / cánh tay (ABI: Ankle Brachial Index).
- Soi đáy mắt.
- Nghiệm pháp dung nạp glucose.
- Theo dõi HA tự động 24 giờ (Hoter HA).
- Đo vận tốc lan truyền sóng mạch...

2. Xét nghiệm khi đã có biến chứng hoặc để tìm nguyên nhân:

- Định lượng renin, aldosterone, corticosteroides, catecholamines máu / niệu.
- Chụp động mạch.
- Siêu âm thận và thượng thận.
- Chụp cắt lớp, cộng hưởng từ...

V. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN:

1. Chẩn đoán xác định THA:

- Dựa và trị số huyết áp (HA) đo được sau khi đo HA đúng quy trình (xem Quy trình đo huyết áp).
- Ngưỡng chẩn đoán THA thay đổi tùy theo từng cách đo HA (Bảng 1)

Bảng 1: Các ngưỡng chẩn đoán THA theo từng cách đo.

		HA tâm thu (mmHg)		HA tâm trương (mmHg)
1	Cán bộ y tế đo theo đúng quy trình	≥ 140		≥ 90
2	Đo bằng máy đo HA tự động 14 giờ	≥ 130	Và/ hoặc	≥ 80

3	Tự đo tại nhà (đo nhiều lần)	≥ 135		≥ 85

2. Phân độ THA (Bảng 2):

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

Nếu HA tâm thu (HATT) và HA tâm trương (HATTr) không cùng mức phân độ thì chọn mức cao hơn để xếp loại. THA tâm thu đơn độc cũng được phân độ theo các mức biến động của HA tâm thu.

3. Phân tầng nguy cơ tim mạch (Bảng 3):

Bệnh cảnh	**HA bình thường**	**Tiền THA**	**THA độ 1**	**THA độ 2**	**THA độ 3**
	HATT 120-129 mmHg và HATTr 80-84 mmHg	HATT 130-139 mmHg và / hoặc HATTr 85-89 mmHg	HATT 140-159 mmHg và / hoặc HATTr 90-99 mmHg	HATT 160-179 mmHg và / hoặc HATTr 100-109 mmHg	HATT ≥ 180 mmHg và / hoặc HATTr ≥ 110 mmHg
Không có yếu tố nguy cơ tim mạch nào.			Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao
Có từ 1-2 yếu tố nguy cơ tim mạch (YTNCTM)	Nguy cơ thấp	Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ rất cao
Có ≥ 3 YTNCTM hoặc hội chứng chuyển hóa hoặc tổn thương cơ quan đích hoặc đái tháo đường.	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ Cao	Nguy cơ cao	Nguy cơ cao	Nguy cơ rất cao
Đã có biến cố hoặc có bệnh tim mạch hoặc có bệnh thận mãn tính.	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất* cao	Nguy cơ rất cao

VI. ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc chung:

- THA là bệnh mạn tính nên cần theo dõi đều, điều trị đúng và đủ hàng ngày, điều trị lâu dài.

- Mục tiêu điều trị là đạt "huyết áp mục tiêu" và giảm tối đa "nguy cơ tim mạch".

- "Huyết áp mục tiêu" cần đạt là < 140/90mmHg và thấp hơn nữa nếu người bệnh vẫn dung nạp được. Nếu nguy cơ tim mạch từ "cao" đến "rất cao" thì HA mục tiêu cần đạt là < 130/80mmHg. Khi điều trị đã đạt HA mục tiêu, cần tiếp tục duy trì phác đồ điều trị lâu dài kèm theo việc theo dõi chặt chẽ, định kỳ đẻ điều chỉnh kịp thời.

- Điều trị cần hết sức tích cực ở bệnh nhân đã có tổn thương cơ quan đích. Không nên hạ HA quá nhanh để tránh biến chứng thiếu máu ở các cơ quan đích, trừ tình huống cấp cứu.

2. Các biện pháp tích cực thay đổi lối sống:

Áp dụng cho mọi bệnh nhân để ngăn ngừa tiến triển và giảm được HA, giảm số thuốc cần dùng…

- Chế độ ăn hợp lý, đảm bảo đủ kali và các yếu tố vi lượng:

  + Giảm ăn mặn (< 6 gam muối hay 1 thìa cà phê muối mỗi ngày).

  + Tăng cường rau xanh, hoa quả tươi.

  + Hạn chế thức ăn có nhiều cholesterol và axit béo no.

- Tích cực giảm cân (nếu quá cân), duy trì cân nặng lý tưởng với chỉ số khối cơ thể (BMI: Body mass index) từ 18,5 đến 22,9 kg/m^2.

- Cố gắng duy trì vòng bụng < 90cm ở nam và < 80cm ở nữ.

- Hạn chế uống rượu, bia: Số lượng ít hơn 3 cốc chuẩn / ngày (nam), ít hơn 2 cốc chuẩn / ngày (nữ) và tổng cộng ít hơn 14 cốc chuẩn / tuần (nam), ít hơn 9 cốc chuẩn / tuần (nữ). 1 cốc chuẩn chứa 10g ethanol tương đương với 330ml bia hoặc 120ml rượu vang hoặc 30ml rượu mạnh.

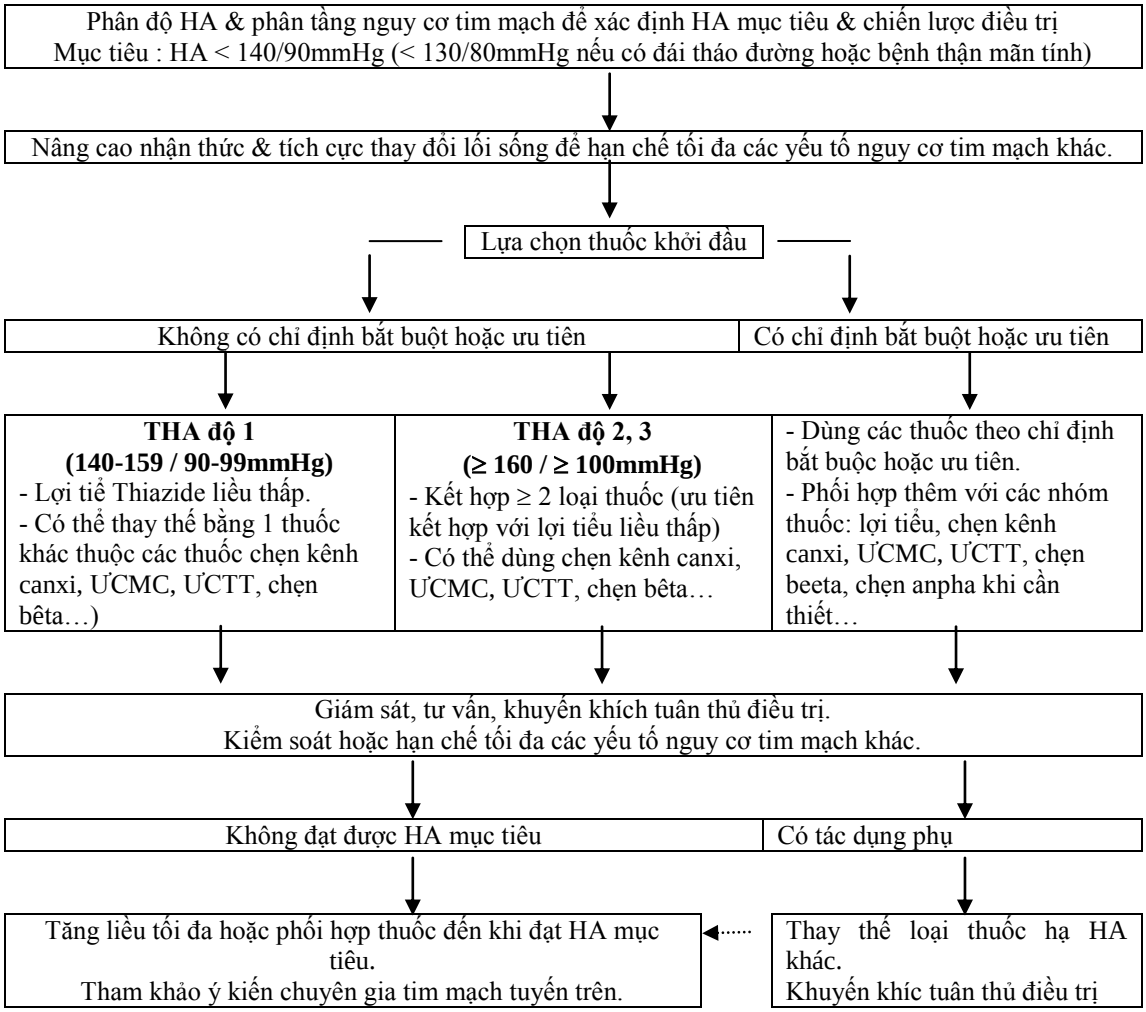
- Ngưng hoàn toàn việc hút thuốc lá hoặc thuốc lào.

- Tăng cường hoạt động thể lực ở mức thích hợp: Tập thể dục, đi bộ hoặc vận động ở mức độ vừa phải, đều đặn khoảng 30-60 phút mỗi ngày.

- Tránh lo âu, căng thẳng thần kinh, cần chú ý đến việc thư giãn, nghỉ ngơi hợp lý.

- Tránh bị lạnh đột ngột.

3. Quy trình điều trị THA:



4. Chỉ định bắt buộc và ưu tiên đối với một số thuốc hạ HA, sơ đồ phối hợp thuốc:

4.1. Chỉ định bắt buộc đối với một số nhóm thuốc hạ HA:

	Lợi tiểu	**Chẹn canxi**	**ƯCMC**	**ƯCTT AT 1**	**Chen bêta**	**Kháng aldosterone**
Suy tim	X		X	X	X	X
Sau NMCT			X	X	X	X
Bệnh ĐMV (nguy cơ cao)	X	X	X		X	
Đái tháo đường			X	X		
Suy thận mạn	X (Lợi tiểu quai)		X	X		
Dự phòng tái phát đột quỵ	X		X			

4.2. Chỉ định ưu tiên và chống chỉ định đối với một số nhóm thuốc hạ HA:

Nhóm thuốc	Chỉ định ưu tiên	Thận trọng	Chống chỉ định
Lợi tiểu Thiazid	THA tâm thu đơn độc (người cao tuổi), suy tim, dự phòng thứ phát đột quỵ.	Hội chứng chuyển hóa, rối loạn dung nạp glucosse, thai nghén.	Bệnh gút
Lợi tiểu quai	Suy thận giaai đoạn cuối, suy tim.		
Lợi tiểu loại kháng aldosterone	Suy tim, sau NMCT.		Suy thận, kali máu cao.
Ức chế men chuyển (ƯCMC)	Suy tim, rối loạn chức năng thất trái, sau NMCT, phì đại thất trái, bệnh thận do đái tháo đường, có protein hoặc microalbumin niệu, rung nhỉ, hội chứng chuyển hóa, xơ vữa động mạch cảnh.	Suy thận, bệnh mạch máu ngoại biên.	Thai nghén, hẹp động mạch thận hai bên, kali máu cao.
Ức chế thụ thể AT1 của angiotensin II (ƯCTT)	Suy tim, sau NMCT, phì đại thất trái, bệnh thận do đái tháo đường, có protein hoặc microalbumin niệu, rung nhỉ, hội chứng chuyển hóa, có chỉ định dùng nhưng không dung nạp với ƯCMC.	Suy thận, bệnh mạch máu ngoại biên.	Thai nghén, hẹp động mạch thận hai bên, kali máu cao.
Chẹn canxi (loại dihydropyridin)	THA tâm thu đơn độc (người cao tuổi), đau thắt ngực, phì đại thất trái, THA ở phụ nữ có thai.	Nhịp tim nhanh, suy tim.	
Chẹn canxi (loại ức chế nhịp tim)	Đau thắt ngực, nhịp nhanh trên thất.		Block nhĩ thất độ 2-3, suy tim
Chẹn bêta	Đau thắt ngực, sau NMCT, suy tim, nhịp tim nhanh, tăng nhãn áp, THA ở phụ nữ có thai.	Bệnh mạch máu ngoại vi, hội chứng chuyển hóa, rối loạn dung nạp glucosse.	Hen phế quản, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, Block nhĩ thất độ 2-3.
Chẹn anpha	Phì đại lành tính tiền liệt tuyến.	Hạ HA tư thế đứng, suy tim.	Đái dầm.

4.3. Sự phối hợp các thuốc trong điều trị THA:

	Lợi tiểu	ƯCTT AT1	Chẹn canxi	ƯCMC	Chẹn anpha	Chẹn bêta
Lợi tiểu		x	x	x		
ƯCTT AT1	x		x			
Chẹn canxi	x	x		x		x
ƯCMC	x		x			
Chẹn anpha						
Chẹn bêta			x			

x = Ưu tiên phối hợp.

Các ô còn lại = không ưu tiên.

VII. MỘT SỐ LOẠI THUỐC HẠ HUYẾT ÁP THƯƠNG DÙNG:

1. Một số loại thuốc hạ HA đường uống thường dùng:

Nhóm thuốc	Loại thuốc	Liều ban đầu (mg)	Liều duy trì hàng ngày (mg)
Lợi tiểu	***Lợi tiểu thiazid***		
	Hydrochlorothiazid	12.5	12.5-25
	Indapamid	1.5	1.5-3
	Lợi tiểu tác động lên quai Helen		
	Furosemid	20	20-80
	Lợi tiểu giữ kali		
	Spironolactone	25	25-75
Chẹn canxi	***Loại Dihydropyridine (DHP)***		
	Amlodipine	5	2.5-10
	Felodipine	5	2.5-20
	Lacidipine	2	2-6
	Nicardipine SR	20	60-120
	Nifedipine Retard	10	10-80
	Nifedipine LA	30	30-90
	Loại Benzothiazepine		
	Diltiazem	60	60-180
	Loại Diphenylalkylamine		
	Verapamil	80	80-160
	Verapamil LA	120	120-140
Tác động lên hệ renin angiotensin	***Loại ƯCMC***		
	Benazepril	10	10-40
	Captopril	25	25-100
	Enalapril	5	5-40
	Imidapril	2.5	5-20
	Lisinopril	5	10-40
	Perindopril	5	5-10
	Quinapril	5	10-40
	Ramipril	2.5	2.5-20
	Loại ƯCTT AT1		
	Candesartan	4	4-32
	Irbesartan	75	150-300
	Losartan	25	25-100
	Telmisrartan	40	20-80
	Valsartan	80	80-160
Chẹn bêta	***Loại chẹn beeta chọn lọc bêta 1***		
	Atenolol	25	25-100
	Bisoprolol	2.5	2.5-10
	Metoprolol	50	50-100
	Acebutolol	200	200-800

	Loại chẹn cả bêta và anpha		
	Labetolol	100	100-600
	Carvedilol	6.25	6.25-50
	Loại chẹn bêta không chọn lọc		
	Propranolol	40	
Chẹn anpha	Doxazosin mesylate	1	1-8
	Prazosin hydrochloride	1	1-6
Tác động lên hệ giao cảm trung ương.	Clonidine	0.1	0.1-0.8
	Methyldopa	250	250-2000
Giãn mạch trực tiếp	Hydralazine	10	25-100

2. Một số loại thuốc hạ HA dùng qua đường tĩnh mạch:

Tên thuốc	Bắt đầu tác dụng	Kéo dài	Liều dùng
Nitroglycerin	2-5 phút	5-10 phút	Truyền TM 5-100mcg/phút
Nicardipine (phụ lục 1)	5-10 phút	15-30 phút	Truyền TM khởi đầu 1-2mg/giờ, tăng dần 0.5-2mg/giờ sau 15 phút, liều truyền tối đa 15mg/giờ.
Natri nitroprusside	Ngay lập tức	1-2 phút	Truyền TM 0.3mcg/kg/phút, tăng dần 0.5mcg/kg/phút sau 10 phút, liều truyền tối đa 10mcg/kg/phút.
Esmolol	1-5 phút	10 phút	Tiêm TM 500mcg/kg/phút trong phút đầu, truyền TM 50-100mcg/kg/phút, liều truyền tối đa 300mcg/kg/phút.
Labetalol	5-10 phút	3-6 giờ	Tiêm TM chậm 10-20mg trong vòng 2 phút, lặp lại sau 10-15 phút đến khi đạt tổng liều tối đa 300mg. Truyền TM 0.5-2mg/phút.
Hydralazine	5-10 phút	4-6 giờ	Tiêm TM chậm 5-10mg, lặp lại sau 4-6 giờ/lần.
Enalaprilate	5-15 phút	1-6 giờ	Tiêm TM 0.625-1.25mg, lặp lại 6 giờ/lần.

VIII. CHIẾN LƯỢC ĐIỀU TRỊ THA THEO ĐỘ HUYẾT ÁP VÀ NGUY CƠ TIM MẠCH:

Bệnh cảnh	Huyết áp bình thường	Tiền THA
	HATT 120-129mmHg và/hoặc HATTr 80-84mmHg.	HATT 130-139mmHg và/hoặc HATTr 85-89mmHg.
Không có yếu tố nguy cơ tim mạch nào.	Theo dõi HA định kỳ	Theo dõi HA định kỳ
Có từ 1-2 yếu tố nguy cơ tim mạch (YTNCTM)	Tích cực thay đổi lối sống. Kiểm soát yếu tố nguy cơ.	Tích cực thay đổi lối sống. Kiểm soát yếu tố nguy cơ.
Có ≥ 3 YTNCTM hoặc hội chứng chuyển hóa hoặc tổn thương cơ quan đích.	Tích cực thay đổi lối sống. Kiểm soát yếu tố nguy cơ.	Tích cực thay đổi lối sống. Kiểm soát yếu tố nguy cơ. + Cân nhắc điều trị thuốc.
Có tháo đường.	Tích cực thay đổi lối sống. Kiểm soát yếu tố nguy cơ.	Tích cực thay đổi lối sống. Kiểm soát yếu tố nguy cơ. + Điều trị thuốc.
Đã có biến cố hoặc có bệnh tim mạch hoặc có bệnh thận mãn tính.	Tích cực thay đổi lối sống. Kiểm soát yếu tố nguy cơ. + Dùng thuốc ngay.	Tích cực thay đổi lối sống. Kiểm soát yếu tố nguy cơ. + Dùng thuốc ngay.

Bệnh cảnh	Tăng HA độ 1	Tăng HA độ 2	Tăng HA độ 3
	HATT 140-159mmHg và/hoặc HATTr 90-99mmHg	HATT 160-179mmHg và/hoặc HATTr 100-109mmHg	HATT ≥180mmHg và/hoặc HATTr ≥110mmHg
Không có yếu tố nguy cơ tim mạch nào.	Tích cực thay đổi lối sống. Kiểm soát YTNC vài tháng. + Dùng thuốc nếu không kiểm soát được HA.	Tích cực thay đổi lối sống. Kiểm soát YTNC vài tuần. + Dùng thuốc nếu không kiểm soát được HA.	Tích cực thay đổi lối sống. Kiểm soát YTNC + Dùng thuốc ngay
Có từ 1-2 yếu tố nguy cơ tim mạch (YTNCTM)	Tích cực thay đổi lối sống. Kiểm soát YTNC vài tuần. + Dùng thuốc nếu không kiểm soát được HA.	Tích cực thay đổi lối sống. Kiểm soát YTNC vài tuần. + Dùng thuốc nếu không kiểm soát được HA.	Tích cực thay đổi lối sống. Kiểm soát YTNC + Dùng thuốc ngay
Có ≥ 3 YTNCTM hoặc hội chứng chuyển hóa hoặc tổn thương cơ quan đích.	Tích cực thay đổi lối sống. Kiểm soát YTNC + Điều trị thuốc	Tích cực thay đổi lối sống. Kiểm soát YTNC + Điều trị thuốc	Tích cực thay đổi lối sống. Kiểm soát YTNC + Dùng thuốc ngay
Có đái tháo đường.			
Đã có biến cố hoặc có bệnh tim mạch hoặc có bệnh thận mãn tính.	Tích cực thay đổi lối sống. Kiểm soát YTNC + Dùng thuốc ngay	Tích cực thay đổi lối sống. Kiểm soát YTNC + Dùng thuốc ngay	Tích cực thay đổi lối sống. Kiểm soát YTNC + Dùng thuốc ngay

IX. PHÒNG BỆNH:

- Các biện pháp tích cực thay đổi lối sống là những biện pháp để phòng ngừa tăng HA ở người trưởng thành, phối hợp với việc giáo dục truyền thông nâng cao nhận thức và hiểu biết về bệnh THA cũng như các biến chứng của THA và các yếu tố nguy cơ tim mạch khác.

Phụ lục 1:

HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG NICARDIPINE TRONG ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP CẤP CỨU

I. Chỉ định:

Tăng huyết áp cấp cứu:

- Phù phổi cấp / THA.
- Tiền sản giật nặng.
- Phình tách động mạch chủ / tăng huyết áp.
- v.v…

II. Hướng dẫn sử dụng:

NICARDIPINE (ống 10mg / 10ml)	
Điều trị tấn công 5 - 15 mg / giờ	1. Cách thứ 1: Bolus TMC 1/4 ống (2,5mg), có thể lập lại sau 10 phút. Tổng liều: tối đa 10 mg.
	2. Cách thứ 2: Dùng bơm tiêm điện: Pha 1/2 ống + 45ml Glucose 5%, TTM 50ml/giờ (5mg/giờ). Liều tối đa: 15 mg / giờ.
Điều trị duy trì 2 - 4 mg / giờ	1. Cách thứ 1: Dùng bơm tiêm điện: Pha 1/2 ống + 45ml Glucose 5%, TTM 20ml/giờ (2mg/giờ).
	2. Cách thứ 2: Dùng máy truyền dịch tự động: Pha 5 ống + 450ml Glucose 5%, TTM 20ml/giờ (2mg/giờ).

Tài liệu tham khảo

1. Quyết định số 3192/QĐ-BYT "Về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp" ngày 31/08/2010 của Bộ Y tế./.

--- @ ---

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

I.CHẨN ĐOÁN:

1. Định nghĩa thuật ngữ:

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

2. Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTN không ổn định :

Có ít nhất 1 trong 3 tiêu chuẩn:

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

3. Tiêu chuẩn chẩn đoán NMCT cấp :

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

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

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

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

4. Phân tầng nguy cơ:

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

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

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

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

II. ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN:

A. Nguyên tắc chung:

- Bệnh nhân (BN) nguy cơ thấp: Điều trị ngoại trú + Nghiệm pháp gắng sức
- BN nguy cơ trung bình, nguy cơ cao: Nhập viện điều trị nội trú.
- Thực hiện cận lâm sàng thường quy - từ đây trở về sau trong tài liệu phác đồ điều trị nầy thuật ngữ "cận lâm sàng thường quy" được hiểu gồm các cận lâm sàng sau:

+ Sinh hóa máu: đường máu khi đói, thành phần lipid máu (cholesterol toàn phần, HDL-C, LDL-C, triglycerid), điện giải máu, axit uric máu, creatinin máu.

+ Huyết học: Công thức máu, hemoglobin, fibrinogen, hematocrit.

+ Xét nghiệm Homocysteine.

+ Tổng phân tích nước tiểu.

+ Điện tâm đồ.

+ Siêu âm màu tim.

+ Siêu âm màu mạch máu.

+ Chụp XQ tim phổi thẳng.

B. Điều trị chống thiếu máu cơ tim:

a. Chỉ định nhóm I:

1. Nghỉ tại giường và theo dõi ĐTĐ liên tục đối với các bệnh nhân vẫn còn đau ngực khi nghỉ.
2. Nitroglycerin (NTG) ngậm dưới lưỡi hoặc dùng dạng xịt, tiếp theo dùng đường truyền tĩnh mạch.
3. Thở oxy đối với các bệnh nhân tím hoặc có suy hô hấp, theo dõi oxy mao mạch đầu ngón tay hoặc làm khí máu động mạch để đảm bảo $SaO_2 > 90\%$.

4. Morphin sulfat đường tĩnh mạch khi các triệu chứng không đỡ ngay khi dùng NTG hoặc khi có phù phổi cấp và / hoặc bệnh nhân kích thích nhiều .

5. Dùng thuốc chẹn beta giao cảm trong vòng 24 giờ , nếu không có chống chỉ định, bằng đường uống và theo dõi cẩn thận.

6. Bệnh nhân có chống chỉ định thuốc chẹn beta giao cảm và còn tiếp tục có biểu hiện thiếu máu cơ tim hặc thiếu máu cơ tim tái phát: sử dụng một thuốc chẹn kênh canxi không phải nhóm Dihydropyridin (Verapamil hoặc Ditiazem) nếu không có rối loạn chức năng thất trái nặng hoặc không có chống chỉ định .

7. Dùng một thuốc ức chế men chuyển đường uống trong vòng 24 giờ của bệnh nếu bệnh nhân có biểu hiện suy tim ứ huiyết (EF < 40%) và huyết áp tâm thu không < 100mmHg hoặc tụt > 30mmHg so với bình thường của bệnh nhân (huyết áp nền) và không có chống chỉ định.

8. Dùng các thuốc ức chế thụ thể angiotensin cho những bệnh nhân không dung nạp với thuốc ức chế men chuyển.

9. Không dùng các thuốc NSAID , ngoại trừ aspirin(ASA).

b. Chỉ định nhóm II:

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

c. Chỉ định nhóm III:

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

d. Các loại Nitrates thường dùng:

Tên thuốc	**Đường dùng**	**Liều**	**Số lần/ ngày**
* Nitroglycerin	Viên ngậm dưới lưỡi Dạng xịt Viên giải phóng chậm Miếng dán Dạng tiêm truyền TM (phụ lục 2)	0,15 - 0,6 mg 0,4 mg 2,5 - 9,0 mg 5 - 10 mg 5 - 400µg/ phút	Theo nhu cầu Theo nhu cầu Mỗi 6 - 12 giờ Mỗi 24 giờ
* Isosorbide Dinitrate	Viên Viên dưới lưỡi Viên chậm	1mg 2,5 - 10 mg 40 - 80 mg	Mỗi 3 - 5 giờ Mỗi 2 - 3 giờ Mỗi 8 - 12 giờ
* Isosorbide -5-Mononitrate	Viên ngậm dưới lưỡi Viên chậm	10 - 40 mg 60 mg	Mỗi 12 giờ Mỗi 24 giờ

C. Điều trị chống đông và chống ngưng tập tiểu cầu:

a. Chỉ định nhóm I :

1. Aspirin được dùng ngay cho mọi bệnh nhân khi có thể và kéo dài vô thời

hạn (nếu không có chống chỉ định).
2. Clopidogrel dùng cho các bệnh nhân đã nhập viện với liều nạp và sau đó duy trì ở người không thể dùng được aspirin(quá mẫn cảm hoặc không dung nạp vì biến chứng dạ dày ruột).
3. Cần cho thêm các thuốc kháng bơm proton ở bệnh nhân có tiền sử bệnh lí dạ dày tá tràng.
4. Bệnh nhân không có dự định can thiệp mạch vành sớm thì nên dùng Clopidogrel (liều nạp và theo sau là liều duy trì) cùng với Aspirin ngay khi nhập viện và kéo dài ít nhất 12 tháng .
5. Bệnh nhân có dự định can thiệp mạch vành qua da : ngoài ASA cần phải cho thêm Clopidogrel với liều nạp và theo sau là liều duy trì .
6. Điều trị chống đông bằng Heparin trọng lượng phân tử thấp tiêm dưới da hoặc Heparin thường cần được thêm vào với điều trị chống ngưng tập tiểu cầu bằng Aspirin và/ hoặc clopidogrel.
7.Thuốc chống đông loại Fondaparinux hoặc Bivalirudin được dùng thay thế cho Heparin trọng lượng phân tử thấp ở những bệnh nhân có nguy cơ chảy máu cao.

b. Chỉ định nhóm III:
1. Không điều trị thuốc tiêu huyết khối đường tĩnh mạch ở các bệnh nhân không có đoạn ST chênh lên cấp hoặc NMCT vùng sau hoặc block nhánh trái mới.

Bảng liều lượng

Điều trị chống ngưng tập tiểu cầu đường uống	
Aspirin	Liều khởi đầu là 160 – 325mg dạng giải phóng nhanh (không bọc) tiếp theo là 75 - 160mg/ngày dạng bọc hoặc không bọc cho bệnh nhân không can thiệp.
Clopidogrel	Liều nạp ban đầu là 4 viên (300mg) dùng trong trường hợp cấp, tiếp theo 75mg/ngày kéo dài 1 năm.
Các Heparin và chống đông mới	
Enoxaparin	1mg/kg tiêm dưới da mỗi12h; liều đầu tiên bắt đầu bằng *tiêm thẳng tĩnh mạch* 30mg.
Heparin không phân đoạn	Tiêm tĩmh mạch 60 - 70 U/kg(tối đa 5000U) tiếp đó truyền tĩnh mạch 12 - 15 U/kg/h (tối đa 1000 U/h) điều chỉnh sao cho aPTT từ 1,5 - 2,5 lần chứng.
Fondaparinux	2,5 mg tiêm dưới da / ngày nếu không can thiệp Nếu can thiệp : 50 - 60 UI/kg cân nặng TM
Bivalirudin	0,1 mg/kg cân nặng tiêm TM sau đó truyền TM 0,25 mg/kg/giờ

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

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

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

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

Đ. Xuất viên và chăm sóc sau xuất viện:
a. Điều trị nội khoa dài hạn khi ra viện:
1. Aspirin 75 - 160mg/ngày và uống lâu dài nếu không có chống chỉ định.
2. Clopidogrel 75mg/ ngày (nếu không có chống chỉ định) khi bệnh nhân không dung nạp aspirin.
3. Clopidogrel được cho thêm cùng aspirin trong 12 tháng sau ĐTN không ổn định / NMCT không có ST chênh lên.
4. Thuốc chống đông đường uống (warfarin) cho liều thấp, duy trì INR từ 2 - 3 ở những bệnh nhân có yêu cầu bắt buộc, rung nhĩ, suy tim kèm rung nhĩ.
5. Dùng thuốc chẹn beta giao cảm nếu không có chống chỉ định.
6. Dùng thuốc ƯCMC đối với các bệnh nhân có suy tim, rối loạn chức năng thất trái (EF<40%), tăng huyết áp, hoặc đái tháo đường.
7. Thuốc ức chế thụ thể angiotensin nên cho khi bệnh nhân không dung nạp với thuốc ƯCMC.
8. Thuốc kháng aldosteron nên cho ở những bệnh nhân ĐTN không ổn định / NMCT không ST chênh lên có suy tim và không bị suy thận.
9. Nitroglycerrin để điều trị triệu chứng đau ngực.
10. Chẹn kênh calci được chỉ định khi bệnh nhân không được khống chế tốt bởi chẹn beta giao cảm hoặc có chống chỉ định.

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

- Mục tiên hạ LDL-C < 100mg/dl và tối ưu < 70mg/dl.
- Điều trị hạ các loại thành phần lipid khác cũng cần được quan tâm trong bối cảnh ưu tiên hạ tích cực LDL-C.

b. Thay đổi các yếu tố nguy cơ:

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

c. Chỉ định nhóm I:

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

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

1. Thang điểm TIMI:

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

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

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

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

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

Phụ lục 2:

BẢNG TÍNH LIỀU, TỐC ĐỘ DỊCH TRUYỀN CÓ PHA THUỐC NITROGLYCERINE

1 ống Nitroglycerine 10mg = 10ml

Liều thuốc sử dụng	**Nitroglycerine 30mg (30ml) + Natri clorua 9‰ 20ml = 50ml**	**Nitroglycerine 30mg (30ml) + Natri clorua 9‰ 470ml = 500ml**
	Tốc độ bơm tiêm điện	**Tốc độ máy truyền dịch tự động**
(µg/phút)	*(ml/giờ)*	*(ml/giờ)*
5	0.5	5
10	1	10
15	1.5	15
20	2	20
25	2.5	25
30	3	30
35	3.5	35
40	4	40
45	4.5	45
50	5	50

Tài liệu tham khảo:

1. Phạm Nguyễn Vinh (2003), Bệnh học tim mạch, Nxb Y học, TP Hồ Chí Minh, tập 2, tr 85-98.

2. Nguyễn Lân Việt và cộng sự (2008), " *Khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam về chẩn đoán, điều trị đau thắt ngực không ổn định và nhồi máu cơ tim không ST chênh lên* ", Khuyến cáo 2008 về các bệnh lý tim mạch và chuyển hoá , Nxb Y học, TP Hồ Chí Minh, tr 351-393.

3. Jeffrey L. Anderson J L, et al (2007), ” *ACC/AHA 2007 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non–ST-Elevation Myocardial Infarction: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines* (Writing Committee to Revise the 2002 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non–ST-Elevation Myocardial Infarction)**”,** *Circulation.* (116),148-304./.

NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP CÓ ST CHÊNH LÊN

I. CHẨN ĐOÁN

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

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

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

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

II. ĐIỀU TRỊ:

1. TRƯỚC KHI ĐẾN BỆNH VIỆN

Chỉ định nhóm I:

- Các nhân viên cấp cứu nên làm điện tâm đồ 12 chuyển đạo cho các bệnh nhân đau thắt ngực nghi ngờ NMCT cấp và cho các bệnh nhân này uống luôn 100 - 300 mg aspirin trừ khi có chống chỉ định hay bệnh nhân đã dùng thuốc rồi.
- Sử dụng thuốc tiêu sợi huyết trước khi đến bệnh viên: Nên được tiến hành khi có bác sĩ trên xe cấp cứu hay các nhân viên y tế đã được đào tạo về cấp cứu tim mạch và có kinh nghiệm trong điều trị NMCT cấp có đoạn ST chênh lên, được trang bị máy điện tim đồ 12 chuyển đạo.

2. TẠI BỆNH VIỆN:

2.1. Các biện pháp chung:

- Thực hiện cận lâm sàng thường quy.
- Sau 12-24 giờ có thể cho bệnh nhân có tình trạng huyết động chưa ổn định hay vẫn còn thiếu máu cơ tim được vận động nhẹ nhàng trên giường (nhóm IIa)
- Thở oxy:
  + Nên cho các bệnh nhân có SpO2 <90% thở oxy liều thấp < 3lít / 1 phút (nhóm I). Đánh gía lại nhu cầu oxy sau 6 giờ.
  + Có thể cho các bệnh nhân NMCT cấp không biến chứng thở oxy trong vòng 6 giờ đầu liều 2-3 lít/phút (nhóm IIa).
- Nitroglycerin:

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

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

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

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

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

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

2.2. Thuốc ức chế ngưng tập tiểu cầu:

a. Aspirin

Chỉ định nhóm I

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

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

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

b. Thienopyridine

- Clopidogrel liều khởi đầu 4 viên 75mg (300mg), sau đó duy trì 75 mg/ngày. Nên sử dụng phối hợp với aspirin cho các bệnh nhân NMCT cấp cho dù các bệnh nhân có được tái tưới máu bằng thuốc tiêu sợi huyết hay không (nhóm I). Điều trị phối hợp với clopidogrel kéo dài 1năm. (nhóm IIa)

2.3. Thuốc chẹn beta giao cảm

- Thuốc chẹn beta giao cảm đường uống bắt đầu sử dụng trong vòng 24 giờ đầu nếu không có một trong các dấu hiệu sau: (1) dấu hiệu suy tim; (2) bằng chứng của tình trạng giảm cung lượng tim; (3) tăng nguy cơ bị sốc tim; (4) các chống chỉ định tương đối khác của thuốc chẹn beta giao cảm (khoảng PR> 0,24 giây, blốc nhĩ thất độ 2-3, hen phế quản đang hoạt động, hay bệnh đường hô hấp phản ứng) (nhóm I).

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

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

a. Chỉ định nhóm I:

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

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

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

b. Chỉ định nhóm IIa:

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

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

2.5. Thuốc chống đông:

Chỉ định nhóm I

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

- Enoxaparin:

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

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

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

2.6. Thuốc chống đông nhóm đối kháng vitamin K.

a. Chỉ định nhóm I:

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

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

b. Chỉ định nhóm IIa:

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

2.7. Điều trị rối loạn lipid máu:

a. Chỉ định nhóm I:

- Mục tiêu điều trị LDL-C < 100 mg/dL đối với các bênh nhân NMCT và LDL-C < 70 mg/dL nếu có kèm theo đái tháo đường .

- Dùng nhóm thuốc statin trước khi ra viện.

b. Chỉ định nhóm IIa:

-. Sử dụng nhóm thuốc niacin hay fibrat để làm tăng HDL-C ở các bệnh nhân có LDL-C < 100 mg/dL nhưng HDL-C <40 mg/ dL.

- Có thể sử dụng thêm niacin hay fibrat ngoài chế độ ăn kiêng nếu triglycerid > 500 mg/dL.

2.8. Kiểm soát chặt đường huyết

a. Chỉ định nhóm I:

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

b. Chỉ định nhóm IIa:

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

2.9. Magné:

a. Chỉ định nhóm IIa:

- Sử dụng magne cho các bệnh nhân NMCT cấp có bằng chứng thiếu bằng chứng thiếu magné.

- Tiêm tĩnh mạch trong 5 phút 1 - 2 g magne cho các bệnh nhân có cơn xoắn đỉnh đi kèm với khoảng QT kéo dài.

b. Chỉ định nhóm III:

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

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

2.10. Thuốc chẹn kênh canxi:

a. Chỉ định nhóm IIa:

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

b. Chỉ định nhóm III:

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

2.11. Tái tưới máu bằng thuốc tiêu sợi huyết

a. Chỉ định nhóm I:

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

b. Chỉ định nhóm IIa:

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

- Liều:

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

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

2.12. Can thiệp ĐMV qua da

2.12.1. Chỉ định can thiệp ĐMV thì đầu.

a. Chỉ định nhóm I:

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

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

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

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

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

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

b. Chỉ định nhóm IIa:

- Bệnh nhân NMCT cấp có đoạn ST chênh lên hoặc blốc nhánh trái mới xuất hiện trên điện tim đồ, bị sốc tim trong vòng 36 giờ,

tuổi ≥ 75, can thiệp ĐMV có thể tiến hành trong vòng 18 giờ kể từ khi sốc tim .

c. Chỉ định nhóm III:

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

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

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

a. Chỉ định nhóm I:

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

b. Chỉ định nhóm IIa:

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

Tài liệu tham khảo:

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

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

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

BỆNH TIM THIẾU MÁU CỤC BỘ MẠN TÍNH

I. Đại cương:

1. Định nghĩa:

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

2.Thuật ngữ:

- Đau thắt ngực ổn định: Còn được gọi là bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ mạn tính hoặc suy vành.

II. Chẩn đoán:

1.Bệnh sử:

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

2.Triệu chứng lâm sàng:

2.1.Triệu chứng cơ năng:

2.1.1. Xác định cơn đau thắt ngực

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

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

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

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

- Giảm đau khi nghỉ ngơi hoặc dùng thuốc Nitrates

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

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

(2) Xuất hiện khi gắng sức hoặc xúc cảm

(3) Đở đau khi nghỉ hoặc dùng Nitrates

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

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

2.1.5. Phân loại đau thắt ngực ổn định:

(Theo hiệp hội tim mạch Canada - CCS)

Độ	Đặc điểm	Chú thích
I	Những hoạt động thể lực bình thường không gây đau thắt ngực.	Đau thắt ngực chỉ xuất hiện khi hoạt động thể lực rất mạnh.
II	Hạn chế nhẹ hoạt động thể lực bình thường..	Đau thắt ngực xuất hiện khi leo cao >1 tầng gác thông thường bằng cầu thang hoặc đi bộ dài hơn 2 dãy nhà.
III	Hạn chế đáng kể hoạt động thể lực thông thường	Đau thắt ngực khi đi bộ dài từ 1-2 dãy nhà hoặc leo cao 1 tầng gác.
IV	Các hoạt động thể lực bình thường đều gây đau thắt ngực.	Đau thắt ngực khi làm việc nhẹ, gắng sức nhẹ.

2.2.Triệu chứng thực thể

- Các yếu tố nguy cơ cao của bệnh động mạch vành như là tăng huyết áp hay bệnh mạch máu ngoại vi.
- Trong cơn đau có thể nghe thấy tiếng T3, T4.
- Khám lâm sàng giúp chẩn đoán phân biệt các nguyên nhân khác gây đau ngực.

3. Cận lâm sàng:

- Cận lâm sàng thường quy.
- Holter ECG.
- ECG gắng sức.
- CT - Scaner khi cần.

III.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.

IV.Điều trị

1. Mục tiêu điều trị

- Tăng chất lượng cuộc sống (giảm triệu chứng cơ năng).
- Phòng ngừa nhồi máu cơ tim và tử vong.
- Giảm nhịp tim 60-70 nhịp / phút.

2. Điều trị không dùng thuốc

- Ngưng thuốc lá.
- Giảm mỡ.
- Giảm rượu.
- Giảm muối.
- Giảm Stress.
- Giảm cân (đối với những người béo phì).
- Vận động thể lực.

3. Điều trị yếu tố nguy cơ

- Tăng huyết áp.
- Đái tháo đường.
- Rối loạn lipid máu.
- Phì đại thất trái.
- Béo phì.

4. Điều trị nội khoa:

4.1. Chống kết tập tiểu cầu (IA):

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.6. Thuốc chẹn kênh Calcium:

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

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

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

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

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

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

Lưu ý:

- Thuốc từ nhóm (4.1) đến nhóm (4.4) là thuốc chính không thể thay thế nếu không có chống chỉ định.
- Nếu không đạt mục tiêu điều trị thì có thể thêm các nhóm thuốc từ (4.5) đến (4.8) tùy theo lâm sàng của mỗi bệnh nhân.

5. Điều trị ngoại khoa

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

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

Tài liệu tham khảo:

1. Bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính, Bộ Môn Nội Tim Mạch, Trường Đại học Y Hà Nội - 2010.

2. Bệnh học Tim mạch tập 2, NXB Y Học – 2008, Phạm Nguyễn Vinh.

3. Khuyến cáo 2008 về các bệnh lý Tim mạch và Chuyển hóa, NXB Y Học, Hội Tim Mạch Học Việt Nam.

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.

7. Compendium of Abridged ESC Guidelines, 2008 LWW./.

---@---

THUYÊN TẮC HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH

I. Mở đầu:

- Huyết khối tĩnh mạch sâu (HKTMS) là bệnh nặng và là một trong những nguyên nhân chính của tử vong. Tần suất bệnh tăng theo tuổi: Tần suất chung là 1/1000 dân, tăng gấp 2 lần với mỗi 10 tuổi.
- Sự hình thành huyết khối thường do nhiều yếu tố phối hợp, trong đó có 3 yếu chính được mô tả là ***tình trạng tăng đông, tổn thương lớp nội mạc và ứ trệ tuần hoàn***.

II. Dịch tễ học:

+ Tỷ lệ mới mắc trong cộng đồng khoảng 0,5-2/1.000/năm.
+ Tỷ lệ HKTMS ở BN nằm viện điều trị ngoại khoa 20%.
+ Tỷ lệ HKTMS ở BN nằm viện điều trị NMCT 24%.(đã có dùng kháng đông)
+ Tỷ lệ HKTMS ở BN nằm viện điều trị đột quỵ 27,7%.
+ Tỷ lệ HKTMS ở BN nằm viện nhiễm trùng cấp 27,9%.
+ Tỷ lệ HKTMS ở BN nằm viện điều trị Nội khoa 28%.
+ Tỷ lệ HKTMS ở BN nằm viện điều trị suy tim III và IV theo NYHA 28,2%.
+ Tỷ lệ HKTMS ở BN nằm viện điều trị ung thư 31,9%.
+ Tỷ lệ HKTMS ở BN nằm viện điều trị COPD 36,4%.
+ Tỷ lệ HKTMS ở BN nằm viện điều trị tại ICU 46%.
+ Tỷ lệ HKTMS ở BN nằm viện điều trị phẫu thuật chỉnh hình 50%.

III. Lâm sàng:

1. Các biểu hiện cấp tính và lâu dài của huyết khối tĩnh mạch sâu:

a. Tại chỗ:

+ Đau, sưng, đỏ.
+ Hội chứng hậu huyết khối /suy tĩnh mạch mạn tính.
+ Loét hoại tử.

b. Toàn thân:

+ Thuyên tắc phổi.
+ Tăng áp phổi mạn tính.

2. Các yếu tố nguy cơ đã được chứng minh có liên quan đến TTHKTM bao gồm:

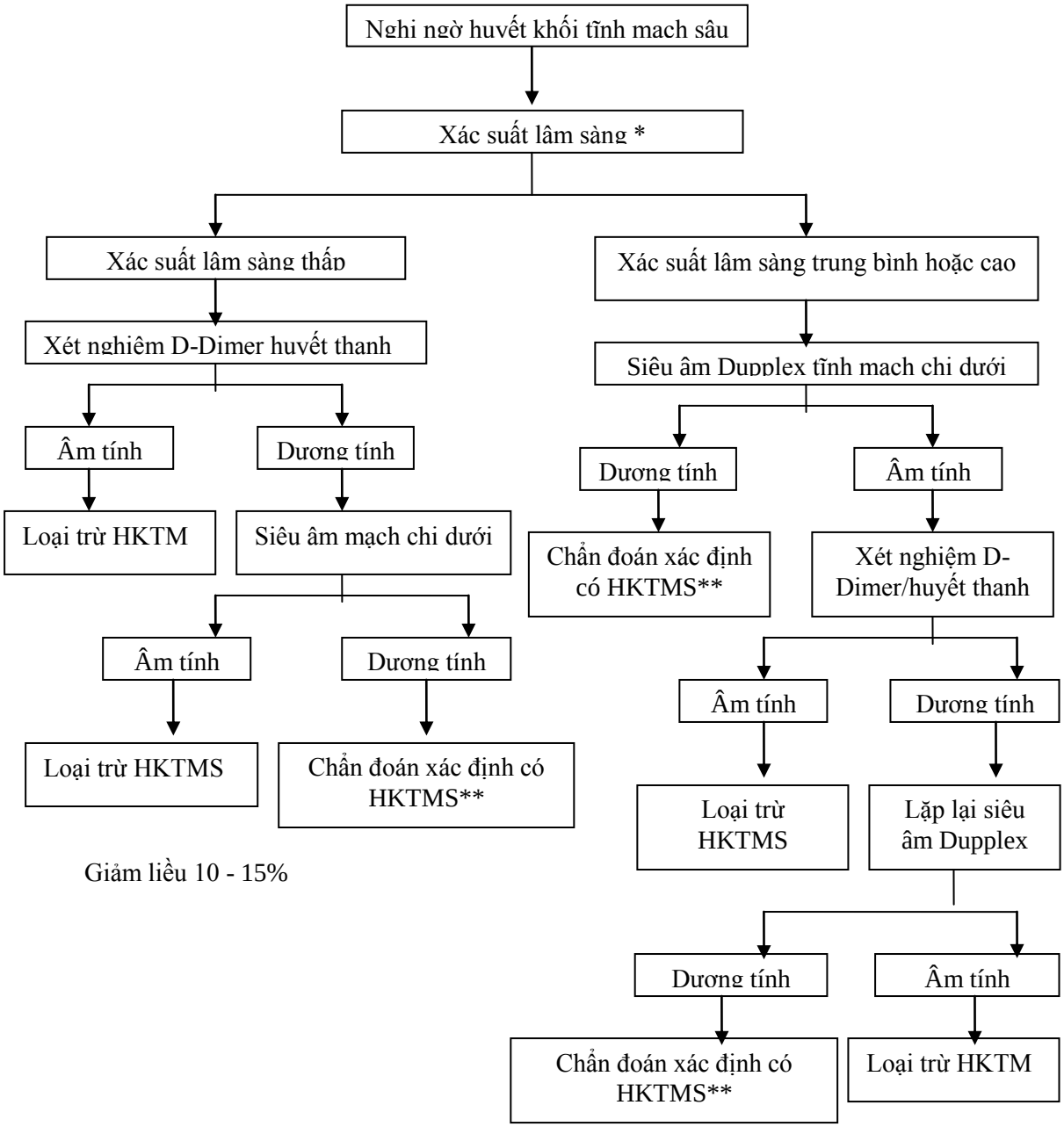
+ Tuổi trên 40
+ Tiền sử TTHKTM.
+ Đại phẫu thuật trước đó
+ Chấn thương nhất là chấn thương vùng chậu hay chi dưới
+ Gãy khớp háng
+ Ứ trệ tĩnh mạch/dấu hiệu giãn tĩnh mạch
+ Suy tim ứ huyết; Nhồi máu cơ tim
+ Tai biến mạch máu não (đột quỵ) do thiếu máu cục bộ.
+ Béo phì
+ Có thai/sau đẻ

+ Bệnh ung thư
+ Suy hô hấp cấp/đợt cấp của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

III. Cận lâm sàng:

- Định lượng D-dimer trong huyết tương: Nồng độ D-dimer > 500ng/ml hiện diện > 90% bệnh nhân thuyên tắc phổi.
- Siêu âm mạch máu: Mất dấu đè xẹp;
- Chụp mạch máu: Là tiêu chuẩn vàng.

IV. Sơ đồ chẩn đoán huyết khối tĩnh mạch sâu:



Giảm liều 10 - 15%

V. Mô hình lâm sàng tiên đoán xác suất mắc phải HKTMS chi dưới:

Điểm số Well	Điểm số
Yếu tố nguy cơ	
+ Ung thư đang hoạt động (đang điều trị hoặc trong vòng 6 tháng trước hoặc điều trị tạm thời)	+1
+ Liệt, yếu cơ hoặc gần đây phải bất động chi dưới	+1
+ Gần đây nằm liệt giường hơn 3 ngày hoặc đại phẫu trong vòng 4 tuần trước	+1
Dấu hiệu lâm sàng*	
+ Đau khu trú dọc theo đường đi của hệ tĩnh mạch sâu	+1
+ Sưng toàn bộ chi dưới	+1
+ Bắp chân sưng hơn 3cm so với bên không có triệu chứng (đo dưới lồi củ chày 10cm)	+1
+ Phù ấn lõm ở chân có triệu chứng	+1
+ Nổi tĩnh mạch ngoại biên (không giãn)	+1
+ Chẩn đoán khác nhiều khả năng hơn là chẩn đoán HKTMS	-2

Tổng điểm	Khả năng HKTMS	Tần suất hiện mắc
< 2	Ít có khả năng	5,5% (95% KTC: 3,8 -7,6%)
≥ 2	Có khả năng	27,9% (95% KTC: 23,9 - 31,8%)

Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao
< 1	1-2	> 2
5,0% (KTC 95%: 4,0 - 8,0%)	17% (KTC 95%: 13 - 23%)	53% (KTC 95%: 44 - 61%)

VI. Thuyên tắc phổi:

1. Chẩn đoán thuyên tắc phổi:

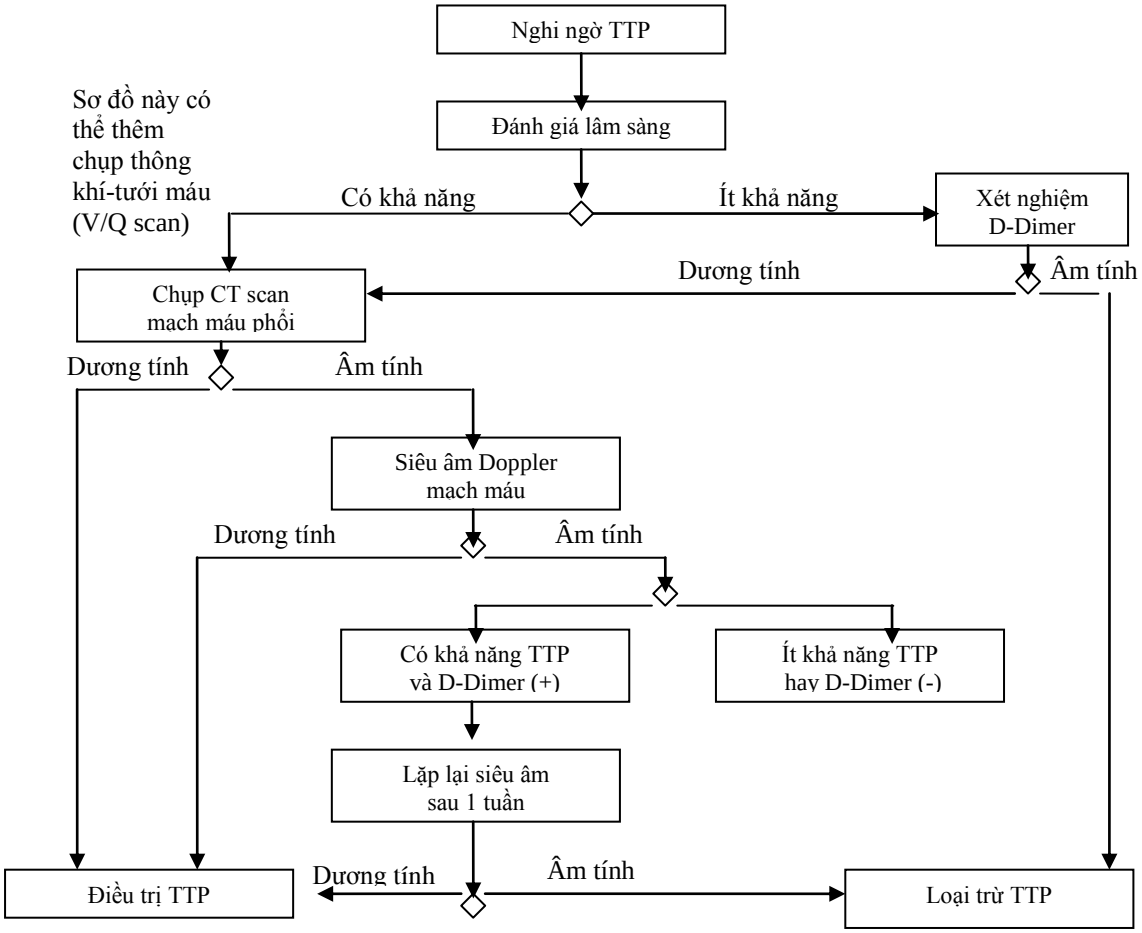
- Khám lâm sàng, tiền sử, bệnh sử và các yếu tố nguy cơ trong chẩn đoán TTP.
- Không nên trì hoãn điều trị TTP để chờ đợi kết quả các xét nghiệm hình ảnh học và siêu âm trên BN có các triệu chứng gợi ý rất rõ TTP.
- D-Dimer âm tính đi kèm với xác suất tiền nghiệm lâm sàng thấp có thể giúp loại trừ TTP.

2. Mô hình tiên đoán khả năng mắc thuyên tắc phổi:

Triệu chứng và dấu hiệu	Điểm số
+ Các triệu chứng và dấu hiệu lâm sàng của HKTMS (tối thiểu là sưng chân và đau khi sờ nắn tĩnh mạch sâu)	3,0
+ Chẩn đoán khác ít có khả năng xảy ra hơn là chẩn đoán thuyên tắc phổi	3,0
+ Nhịp tim trên 100 lần/phút	1,5
+ Bất động hoặc phẫu thuật trong vòng 4 tuần trước	1,5
+ Tiền sử HKTMS/Thuyên tắc phổi	1,5
+ Ho ra máu	1,0
+ Bệnh ác tính (đang điều trị, đã điều trị trong vòng 6 tháng trước hoặc điều trị tạm thời)	1,0

Xác suất cao	Xác suất trung bình	Xác suất thấp
> 6	2 - 6	< 2
Có khả năng TTP >4	Không có khả năng TTP ≤ 4	

3. Sơ đồ chẩn đoán thuyên tắc phổi:



4. Tiêu chuẩn chẩn đoán thuyên tắc phổi:

Hai triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất của thuyên tắc phổi là đau ngực và khó thở. Tuy nhiên, cần ≥ 3 / 5 triệu chứng chính sau:

- Ngất
- Tim đập nhanh (>100l/p)
- Khó thở và thở nhanh > 24l/p.
- Giảm khí máu động mạch (PaO2 < 70mmHg thở khí trời hay < 80mmHg đang thở Oxy ≥ 2l/p)
- Điện tâm đồ: Trục phải; Block nhánh phải; S ở DI và aVL; Q ở DIII và aVF.

Ngoài ra, thêm một số cận lâm sàng hỗ trợ cho chẩn đoán chắc chắn:

- Định lượng D-dimer trong huyết tương: Nồng độ D-dimer > 500ng/ml hiện diện > 90% bệnh nhân thuyên tắc phổi.
- X quang ngực: Dấu Westermark, dấu Hampton, dấu xẹp phổi.
- Siêu âm mạch máu: Mất dấu đè xẹp.
- Chụp mạch máu: là tiêu chuẩn vàng.

5. Chẩn đoán phân biệt:

- Nhồi máu cơ tim cấp.
- Viêm màng ngoài tim.
- Bệnh cơ tim.
- Tăng áp động mạch phổi nguyên phát.
- Viêm phổi.
- Gãy xương sườn.
- Hen phế quản.
- U trung thất.

VI. Điều trị huyết khối tĩnh mạch sâu:

+ Khi chẩn đoán xác định bị HKTMSCD (có hay không có triệu chứng), bệnh nhân được điều trị trong thời gian ngắn Heparin TLPTT tiêm dưới da.

+ Cùng với điều trị Heparin TLPT thấp, Heparin không phân đoạn, hoặc Fondaparinux, bệnh nhân HKTMSCD cấp được phối hợp thuốc kháng vitamin K đường uống ngay từ ngày điều trị đầu tiên.

+ Bệnh nhân có mức độ nghi ngờ cao bị HKTMSCD được điều trị chống đông trong khi chờ kết quả của các thăm dò chẩn đoán.

+ Bệnh nhân bị HKTMSCD cấp được điều trị bắt đầu bằng Heparin TLPTT, Heparin không phân đoạn, hoặc Fondaparinux và cần duy trì điều trị này ít nhất 5 ngày tới khi kết quả xét nghiệm INR đạt ngưỡng ≥ 2 trong vòng 24 giờ.

1. Liều của heparin không phân đoạn và chỉnh liều theo aPTT

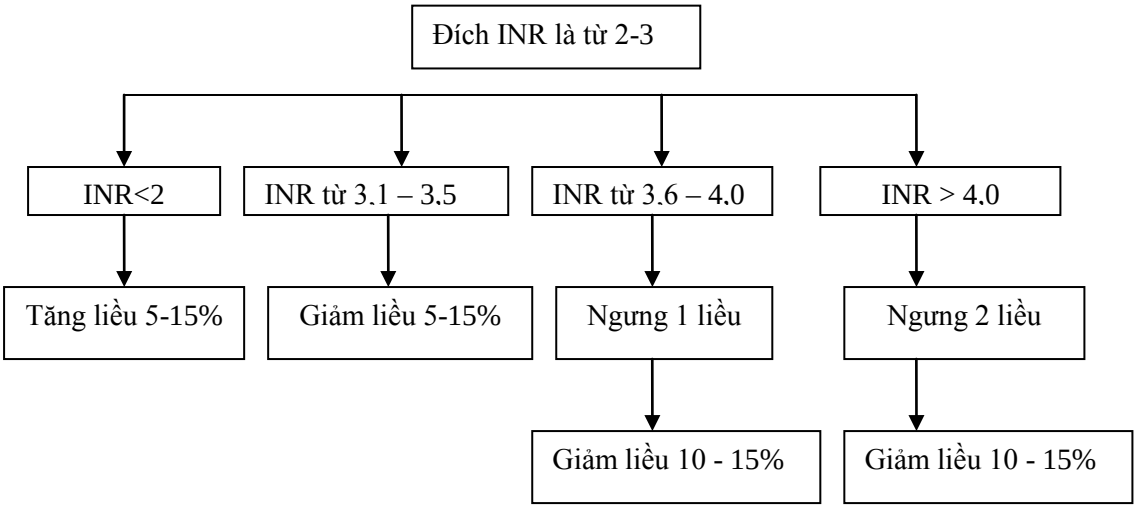
Biến số	Liều heparin
Liều ban đầu	80 UI/kg bolus (5.000 UI, tối đa là 10.000UI), sau đó truyền tĩnh mạch 18 UI/kg (1.000-1.500 UI/giờ)
aPTT < 35 giây (<1,2 x chứng)	80 UI/kg bolus, sau đó tăng truyền tĩnh mạch 4 UI/kg/h

aPTT 35-59 giây (1,2-1,9 x chứng)	40 UI/kg bolus, sau đó tăng truyền tĩnh mạch 2 UI/kg/h
aPTT 60-89 giây (2,0-2,9 x chứng)	Không thay đổi liều
aPTT 90-100 giây (3,0-3,3 x chứng)	Giảm liều truyền xuống 3UI/kg/h
aPTT >100 giây (>3,3 x chứng)	Ngưng truyền tĩnh mạch 1 giờ, sau đó giảm liều truyền TM xuống 4 UI/kg/h

2. Liều của heparin trọng lượng phân tử thấp và fondaparinux

- Enoxaparine: 1 mg/kg, 2 lần/ngày
- Nadroparine: 0,1 ml/kg, 2 lần/ngày
- Fondaparinux: Tiêm dưới da 1 lần/ngày: 5 mg với BN cân nặng dưới 50 kg; 7,5 mg với BN cân nặng từ 50 – 100 kg; 10 mg với BN cân nặng >100kg.

3. Phương thức điều chỉnh liều kháng thuốc vitamin K đường uống (warfarin; dicoumarols):



4. Sử dụng thuốc tiêu huyết khối qua đường ống thông trong điều trị huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới cấp

+ Sau khi tiêu huyết khối thành công qua đường ống thông, bệnh nhân HKTMSCD cấp được điều trị chống đông với liều và thời gian tương tự như ở bệnh nhân HKTMSCD.

+ Với những bệnh nhân chọn lọc, bị HKTMSCD đoạn gần, lan rộng (như HKTM vùng chậu đùi, triệu chứng <14 ngày, toàn trạng tốt, tiên lượng tuổi thọ ≥ 1 năm) và có nguy cơ chảy máu thấp, điều trị tiêu huyết khối trực tiếp qua đường ống thông (catheter directed thombolysis) có thể được chỉ định để làm giảm triệu chứng cấp và giảm các biến chứng hậu huyết khối, nếu được thực hiện tại cơ sở chuyên khoa đủ điều kiện và kinh nghiệm.

+ Sau khi điều trị thành công tiêu huyết khối qua đường ống thông, các tổn thương tĩnh mạch khác nên được điều trị bằng phương pháp nong bóng và đặt stent.

+ Nên phối hợp phương pháp dược học và cơ học trong điều trị tiêu huyết khối (bao gồm phá vỡ huyết khối và/hoặc hút huyết khối), hơn là phương pháp tiêu huyết khối qua ống thông đơn độc, để rút ngắn thời gian điều trị HKTMSCD.

5. Sử dụng thuốc tiêu huyết khối đường toàn thân trong điều trị HKTMSCD cấp:

+ Với những bệnh nhân chọn lọc bị HKTMSCD cấp đoạn gần (vị trí chậu đùi, triệu chứng <14 ngày, toàn trạng tốt, tiên lượng sống ≥ 1 năm) và nguy cơ chảy máu thấp.

+ Điều trị tiêu huyết khối đường toàn thân có thể được chỉ định để làm giảm triệu chứng giai đoạn cấp tính, và giảm tỷ lệ các biến chứng hậu huyết khối, trong trường hợp không thể áp dụng phương pháp tiêu huyết khối qua đường ống thông.

+ Liều của steptokinase 250.000 UI bolus tĩnh mạch, sau đó là 10.000 UI/giờ trong 24 giờ. Liều của tPA là 100 mg tiêm tĩnh mạch trong 2 giờ.

6. Phương pháp lấy huyết khối tĩnh mạch qua da bằng ống thông:

+ Bệnh nhân HKTMSCD cấp không được điều trị bằng phương pháp lấy huyết khối tĩnh mạch đường ống thông qua da.

7. Phương pháp phẫu thuật lấy huyết khối tĩnh mạch:

+ Với những bệnh nhân bị HKTM cấp vùng đùi chậu (triệu chứng <7 ngày, toàn trạng tốt, tiên lượng sống ≥ 1 năm).

+ Phẫu thuật lấy huyết khối có thể được chỉ định để làm giảm triệu chứng cấp tính, và giảm các biến chứng hậu huyết khối, nếu được thực hiện tại cơ sở chuyên khoa đủ điều kiện và kinh nghiệm.

+ Sau khi phẫu thuật lấy huyết khối tĩnh mạch thành công. Bệnh nhân được điều trị chống đông với liều và thời gian tương tự như ở bệnh nhân không điều trị bằng phẫu thuật.

+ Nếu những BN này không có nguy cơ chảy máu cao, nên chỉ định điều trị thuốc tiêu huyết khối qua đường ống thông hơn là phẫu thuật lấy huyết khối.

8. Đặt lưới lọc (filter) tĩnh mạch chủ dưới trong điều trị ban đầu HKTMSCD:

+ Đặt filter tĩnh mạch chủ dưới được chỉ định trong trường hợp BN bị HKTMSCD cấp đoạn gần nhưng không sử dụng được liệu pháp chống đông do nguy cơ chảy máu cao.

+ Bệnh nhân bị HKTMSCD cấp sau khi được đặt filter tĩnh mạch chủ dưới như là một biện pháp điều trị thay thế cho liệu pháp chống đông nên được sử dụng thuốc chống đông thường quy khi nguy cơ chảy máu đã được giải quyết.

9. Điều trị lâu dài HKTMSCD:

+ Với bệnh nhân bị HKTMSCD thứ phát do nguyên nhân tạm thời (có thể hồi phục), thời gian điều trị thuốc kháng vitamin K là 3 tháng, không nên ngắn hơn.

+ Bệnh nhân bị HKTMSCD vô căn phải được điều trị thuốc kháng vitamin K ít nhất 3 tháng.

+ Những bệnh nhân bị HKTMSCD vô căn tái phát phải được điều trị chống đông kéo dài 3 tháng, hơn là không hạn định.

+ Bệnh nhân bị HKTMSCD và ung thư được khuyến cáo điều trị bằng heparin TLPTT từ 3 đến 6 tháng. Những BN này, điều trị chống đông bằng thuốc kháng vitamin K hoặc heparin TLPTT nên được chỉ định kéo dài (vô hạn định) hoặc đến khi tình trạng ung thư được giải quyết.

+ Bệnh nhân được chỉ định điều trị thuốc kháng vitamin K kéo dài nên được định kỳ đánh giá lại lợi ích và nguy cơ của việc điều trị liên tục thuốc chống đông đường uống.

10. Sừ dụng tất áp lực và băng chun để dự phòng hội chứng hậu huyết khối:

+ Bệnh nhân bị HKTMSCD đoạn gần có triệu chứng được sử dụng tất chun với áp lực mắt cá chân trung bình từ 30-40 mmHg.

+ Điều trị áp lực có thể gồm cả băng chun trong giai đoạn cấp tính, nên được bắt đầu càng sớm càng tốt ngay sau khi đều trị thuốc chống đông và duy trì lâu dài sau đó nếu có triệu chứng của hội chứng hậu huyết khối.

11. Điều trị nội khoa loét chi dưới do nguyên nhân tĩnh mạch:

+ BN bị loét tĩnh mạch chi dưới có thể sử dụng Pentoxifylline 400mg dường uống 3 lần/ngày, phối hợp với điều trị tại chỗ và băng ép.

+ BN bị loét tĩnh mạch mạn tính được bổ sung Rutosides, dưới dạng vi hạt phức hợp Flavonoid tinh chế dùng đường uống và phối hợp với điều trị tại chỗ và băng ép.

VII. Điều trị thuyên tắc động mạch phổi:

1. Điều trị ban đầu thuyên tắc động mạch phổi

+ Ngay khi chẩn đoán TTP cấp, BN được điều trị trong thời gian ngắn bằng Heparin TLPT thấp tiêm dưới da, hoặc Heparin không phân đoạn truyền tĩnh mạch ít nhất 5 ngày.

+ BN tắc mạch phổi cấp được điều trị thuốc kháng vitamin K (VTK) đường uống phối hợp ngay từ ngày điều trị đầu tiên với điều trị Heparin TLPT thấp, Heparin không phân đoạn với đích INR là từ 2-3 trong 24 giờ đầu.

+ Liều và cách thức điều chỉnh liều nếu lựa chọn Heparin không phân đoạn đường tĩnh mạch để khởi đầu điều trị TTP cấp giống như trong điều trị HKTMSCD.

+ BN bị TTP cấp không phải diện rộng được bắt đầu điều trị bằng Heparin TLPT thấp. Trong trường hợp TTP diện rộng thì BN được điều trị Heparin không phân đoạn truyền tĩnh mạch hơn.

+ Nếu BN bị TTP cấp có kèm theo suy thận nặng thì Heparin không phân đoạn được sử dụng thay cho Heparin TLPT thấp.

2. Sử dụng thuốc tiêu huyết khối đường toàn thân hoặc tại chỗ trong điều trị tắc mạch phổi

+ BN có rối loạn về huyết động cần được điều trị tiêu huyết khối trừ khi có chống chỉ định tuyệt đối do nguy cơ chảy máu. Không nên trì hoãn tiêu huyết khối với những BN này vì nguy cơ gây ra sốc tim không thể hồi phục.

+ Khi chỉ định thuốc tiêu huyết khối điều trị tắc mạch phổi cấp, đường truyền tĩnh mạch ngoại biên được sử dụng, hơn là đặt catheter động mạch phổi để đưa thuốc vào điều trị và chỉ nên truyền tĩnh mạch trong thời gian ngắn (2 giờ).

+ Với những BN chọn lọc, có nguy cơ cao, chưa có tụt huyết áp, và có nguy cơ chảy máu thấp, điều trị tiêu huyết khối cũng được sử dụng.

3. Lấy huyết khối bằng catheter trong điều trị ban đầu tắc mạch phổi:

+ Đa số BN tắc mạch phổi chọn lọc, có nguy cơ cao rối loạn huyết động, không thể chỉ định tiêu huyết khối do nguy cơ chảy máu, hoặc đang ở trong tình trạng lâm sàng trầm trọng, không đủ thời gian để liệu pháp điều trị tiêu huyết khối có hiệu lực, lấy huyết khối bằng catheter có thể được chỉ định và thực hiện bởi nhóm can thiệp giàu kinh nghiệm

4. Đặt lưới lọc (filter) tĩnh mạch chủ trong điều trị ban đầu tắc mạch phổi:

+ Đặt lưới lọc tĩnh mạch chủ dưới được chỉ định trong trường hợp BN bị tắc mạch phổi cấp nhưng không sử dụng được liệu pháp chống đông do nguy cơ chảy máu cao. Nhưng ngay khi nguy cơ chảy máu đã giảm, nên khởi động ngay liệu pháp kháng đông.

5. Điều trị lâu dài thuyên tắc động mạch phổi:

+ Với bệnh nhân bị thuyên tắc mạch phổi thứ phát do nguyên nhân tạm thời (có thể hồi phục) và vô căn, thời gian điều trị kháng vitamin K là 3 tháng, không nên ngắn hơn. Sau 3 tháng tất cả các bệnh nhân này cần được đánh giá lợi ích và nguy cơ để cân nhắc điều trị chống đông kéo dài. Những bệnh nhân bị tắc mạch phổi vô căn tái phát phải được điều trị chống đông kéo dài.

+ Bệnh nhân bị tắc mạch phổi và ung thư trước hết được điều trị bằng Heparin TLPT thấp từ 3 đến 6 tháng và nên được chỉ định kéo dài hoặc đến khi tình trạng ung thư được giải quyết.

+ Hiệu chỉnh liều kháng vitamin K trong điều trị tắc mạch phổi giống như trong điều trị dài hạn HKTMSCD nêu trên.

6. Điều trị tăng áp lực động mạch phổi do tắc mạch phổi mạn tính

+ Bệnh nhân có khó thở không rõ nguyên nhân, giảm khả năng gắng sức, hoặc có bằng chứng lâm sàng của suy tim phải, dù có hay không có tiền sử bệnh lý thuyên tắc tĩnh mạch, đều nên được đánh giá để chẩn đoán.

+ Sau điều trị tắc mạch phổi cấp 6 tuần, bệnh nhân nên được làm siêu âm tim để kiểm tra tình trạng tăng áp lực động mạch phổi.

+ Tất cả những bệnh nhân tăng áp lực động mạch phổi mạn tính do huyết khối cần được điều trị kháng vitamin K lâu dài với ngưỡng INR mục tiêu từ 2,0 đến 3,0.

VIII. Dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch:

1. Các ưu tiên khi thực hiện dự phòng TTHKTM:

a. Đánh giá nguy cơ TTHKTM và nguy cơ xuất huyết:

- Đánh giá tất cả bệnh nhân nhập viện có tăng nguy cơ TTHKTM hay không
- Đánh giá nguy cơ xuất huyết (bảng 2) trước khi quyết định dự phòng TTHKTM bằng thuốc
- Không sử dụng thuốc kháng đông dự phòng TTHKTM nếu có bất kì yếu tố nguy cơ xuất huyết nào, trừ khi đã có cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ. Khi có chống chỉ định dùng kháng đông, xem xét sử dụng các biện pháp cơ học nếu có điều kiện tại địa phương và nếu không có chống chỉ định.
- Không sử dụng Aspirin như là một liệu pháp đơn độc để dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch.
- Tái đánh giá nguy cơ xuất huyết và nguy cơ TTHKTM trong vòng 24 giờ nhập viện và bất kỳ khi nào có thay đổi tình trạng lâm sàng nhằm:
  - Đảm bảo phương pháp dự phòng là thích hợp
  - Đảm bảo phương pháp dự phòng được sử dụng đúng
  - Nhận biết các tác dụng ngoại ý của dự phòng TTHKTM
- Với bệnh nhân nội khoa, bệnh nhân được xem là có gia tăng nguy cơ TTHKTM khi:
  - Đã có hay có khả năng sắp phải bất động trong vòng 3 ngày, hay
  - Có khả năng phải hạn chế vận động kèm với ít nhất 1 trong các yếu tố nguy cơ của TTHKTM
- Đối với bệnh nhân ngoại khoa, xem xét dự phòng theo mức độ nguy cơ.(bảng 3)

b. Giảm nguy cơ TTHKTM:

- Khuyến khích bệnh nhân vận động sớm
- Khởi động dự phòng sớm TTHKTM ngay khi đả đánh giá nguy cơ TTHKTM
- Lựa chọn các biện pháp dự phòng bằng kháng đông bao gồm:
  - Heparin trọng lượng phân tử thấp
  - Heparin không phân đoạn (bệnh nhân suy thận)
- Duy trì dự phòng cho đến khi bệnh nhân không còn nguy cơ TTHKTM

Bảng 2: Trước khi quyết định dùng kháng đông, kiểm tra an toàn khi sử dụng:

Chống chỉ định tuyệt đối	Chống chỉ định tương đối
• Suy thận nặng • Suy gan nặng • Xuất huyết não • Tình trạng xuất huyết đang tiến triển	• Chọc dò tủy sống • Đang dùng các thuốc kháng đông (ví dụ: aspirin, clopidogrel, warfarin với INR>2…)

(ví dụ: xuất huyết do loét dạ dày tá tràng) • Tiền sử xuất huyết giảm tiểu cầu, nhất là xuất huyết giảm tiểu cầu do Heparin • Dị ứng thuốc kháng đông • Rối loạn đông máu tiên thiên hay mắc phải • Không dùng kháng đông khi có 1 trong các yếu tố nêu trên. Nên lựa chọn phương pháp dự phòng cơ học.	• Số lượng tiểu cầu < 100.000/mm^3 • Tăng huyết áp nặng chưa được kiểm soát • Vừa mới trải qua phẫu thuật sọ não, phẫu thuật tủy sống hay có xuất huyết nội nhãn cầu • Trì hoãn sử dụng kháng đông cho đến khi nguy cơ xuất huyết đã giảm

Bảng 3: Phân tầng nguy cơ và chọn chiến lược dự phòng TTHKTM trên BN ngoại khoa

Mức độ nguy cơ	Chiến lược điều trị dự phòng
Mức độ thấp • Phẫu thuật nhỏ trên BN <40 tuổi không kèm yếu tố nguy cơ	Chung cho các trường hợp • Không điều trị dự phòng bằng thuốc (nhóm 1) • Khuyến khích đi lại sớm (nhóm 1)
Mức độ trung bình • Phẫu thuật nhỏ trên BN có kèm yếu tố nguy cơ • Phẫu thuật nhỏ trên BN 40-60 tuổi không kèm yếu tố nguy cơ • Phẫu thuật lớn trên BN<40 tuổi không kèm yếu tố nguy cơ • BN nội khoa phải nằm bất động (không tự đi lại được trong phạm vi 10 m)	Chung cho các trường hợp: • Heparin không phân đoạn liều thấp 5.000-7.500 UI 2 lần/ngày • Heparin trọng lượng phân tử thấp . Ví dụ: enoxaparin, liều 40 mg, 1 lần/ngày • Fondaparinux • Biện pháp cơ học (nếu có thể và có sẵn tại địa phương) nếu chống chỉ định dùng thuốc • Thời gian điều trị: đến khi xuất viện hay đi lại được
Mức độ cao • Phẫu thuật nhỏ trên BN > 60 tuổi hay có kèm yếu tố nguy cơ • Phẫu thuật lớn trên BN > 40 tuổi hoặc kèm yếu tố nguy cơ • Gãy xương hay phẫu thuật chỉnh hình vùng chậu, háng hay chi dưới	Chung cho các trường hợp: • Heparin TLPTT (nhóm 1). Ví dụ: enoxaparin, 40 mg x 1 lần/ngày • Heparin không phân đoạn 5.000-7.500 UI, 3 lần/ngày • Fondaparinux • Thời gian điều trị bằng thuốc: cho đến khi xuất viện hay đi lại được • Iện pháp cơ học (nếu có thể và có

	sẵn tại địa phương) phối hợp với biện pháp dùng thuốc
Mức độ rất cao • Phẫu thuật lớn trên BN > 40 tuổi kèm tiền sử TTHKTM, ung thư hay có trạng thái tăng đông (như bệnh di truyền gây thiếu hụt yếu tố Leiden, protein S hay C …)	Chung cho các trường hợp: • Heparin trọng lượng phân tử thấp. Ví dụ: enixaparin, 40 mg, 1 lần/ngày. Thời gian đều trị kéo dài đến 28 ngày • Biện pháp cơ học (nếu có thể và có sẵn tại địa phương) phối hợp với biện pháp dùng thuốc.

Ghi chú:

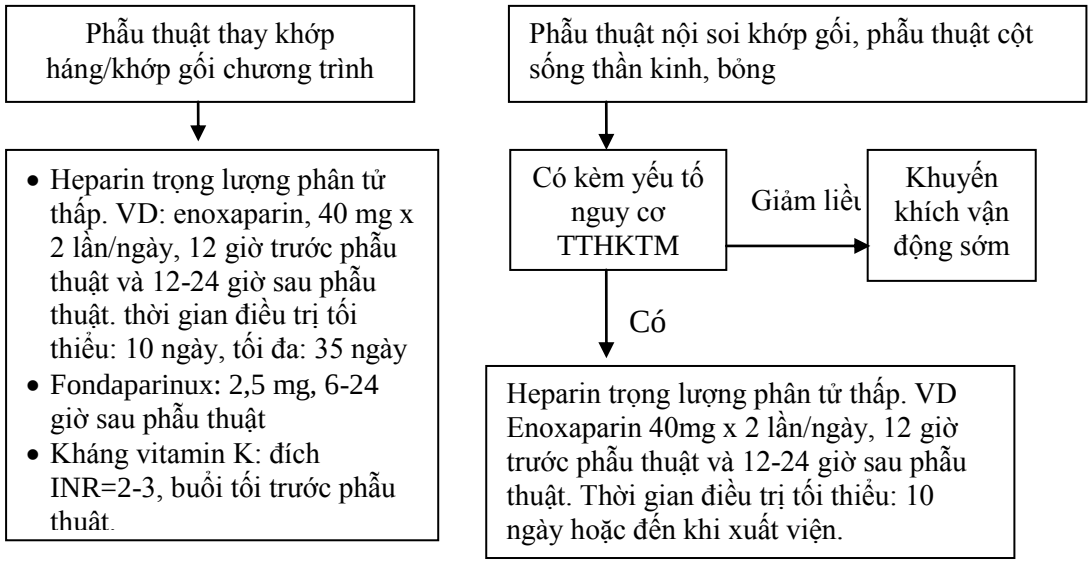
(1) các phẫu thuật nêu trong bảng này bao gồm phẫu thuật tổng quát, niệu, nội soi, lồng ngực, phẫu thuật bắc cầu chủ-vành, phẫu thuật phụ khoa hay sản khoa

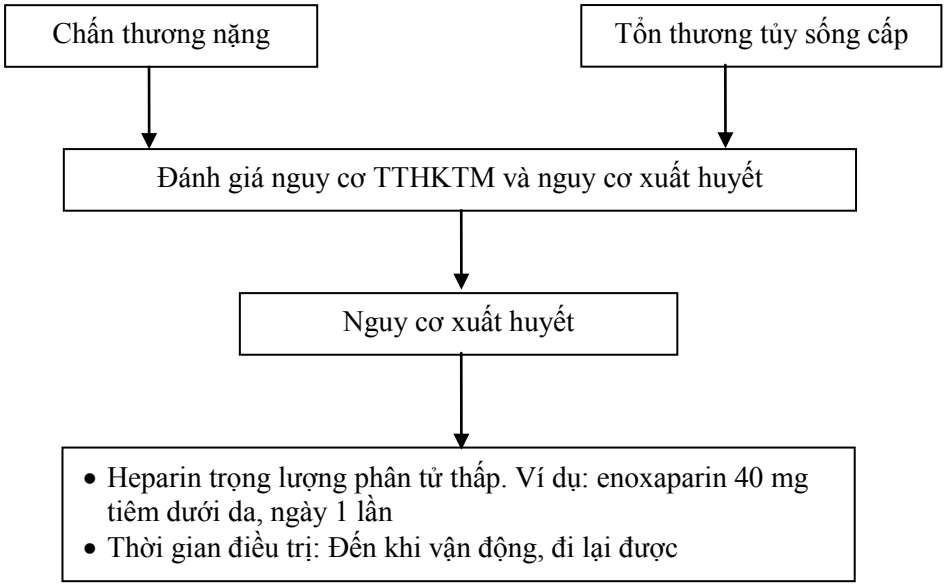
(2) phẫu thuật nhỏ là các loại phẫu thuật có thời gian thực hiện <45 phút

(3) phẫu thuật lớn là các loại phẫu thuật có thời gian thực hiện > 45 phút.

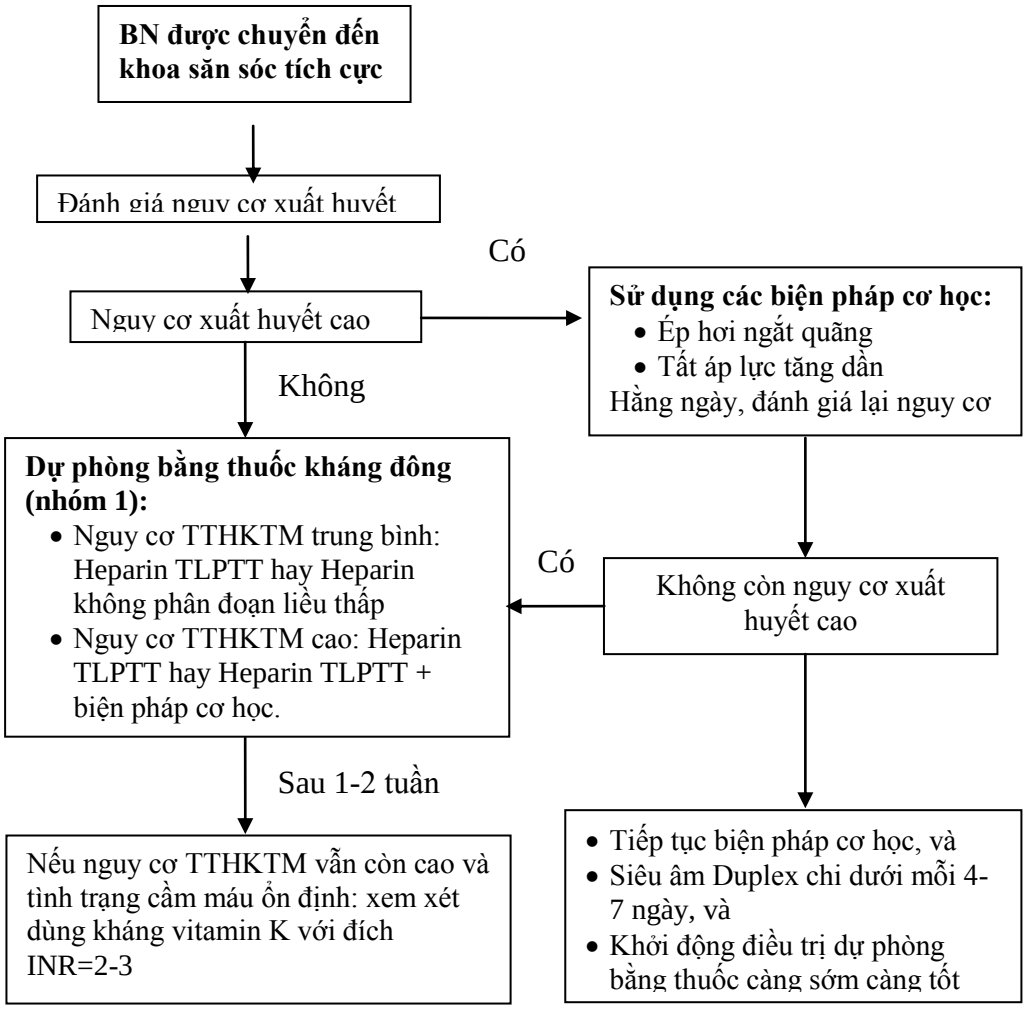
IX. Bệnh nhân chấn thương/phẫu thuật chỉnh hình:

- BN chấn thương chỉnh hình được xem là có nguy cơ cao, rất cao bị thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch, do đó phải sử dụng liều dùng thích hợp các thuốc kháng đông để dự phòng.
- Thời gian điều trị dự phòng: tối thiểu là 10 ngày và tối đa là 35 ngày, tùy đánh giá của bác sĩ.
- Ngưng Fondaparinux 24 giờ và Heparin trọng lượng phân tử thấp 12 giờ trước phẫu thuật nếu có dùng trước đó.





X. Bệnh nhân trong khoa săn sóc tích cực:



XI. Bệnh nhân nội khoa:

- Tất cả BN nội khoa nhập viện, tuổi trên 40, hạn chế vận động nên được đánh giá nguy cơ mắc TTHKTM
- Đánh giá nguy cơ xuất huyết và cân nhắc giữa nguy cơ xuất huyết và nguy cơ mắc TTHKTM để quyết định điều trị dự phòng TTHKTM bằng thuốc hay không
- Khuyến khích vận động sớm nếu có thể
- BN nội khoa cấp tính vào viện điều trị vì suy tim xung huyết, bệnh lý hô hấp trầm trọng … buộc phải nằm tại giường hoặc có một hoặc nhiều yếu tố nguy cơ TTHKTM kèm theo (như ung tư tiến triển, tiền sử TTHKTM, nhiễm trùng, bệnh lý thần kinh cấp, viêm đường tiêu hóa), được điều trị dự phòng chống đông bằng heparin TLPTT, hoặc heparin không phân đoạn, hoặc fondaparinux.
- BN nội khoa có nguy cơ bị TTHKTM nhưng chống chỉ định điều trị thuốc chống đông được điều trị dự phòng bằng các biện pháp cơ học tối ưu.

XII. BN ung thư:

- BN ung thư phải phẫu thuật cần được điều trị dự phòng TTHKTM một cách hệ thống, tương ứng với từng loại phẫu thuật.
- BN ung thư phải nằm liệt giường được điều trị dự phòng TTHKTM một cách hệ thống, như các BN bệnh lý nội khoa có nguy cơ cao.

XIII. Người di chuyển đường dài:

- Hành khách trên những chuyến bay kéo dài > 8 giờ được khuyến cáo tuân thủ một số biện pháp chung như sau: Tránh mặc quần áo quá chật, uống đủ nước, thường xuyên vận động co duỗi chân.
- Hành khách trên những chuyến bay dài, có yếu tố nguy cơ TTHKTM kèm theo. Ngoài các biện pháp nói trên, cần điều trị dự phòng chủ động cho mang tất áp lực y khoa tới đầu gối, với ngưỡng áp lực ở mắt cá chân từ 15-30 mmHg, hoặc tiêm 1 mũi heparin TLPTT liều duy nhất trước khi khởi hành.

Tài liệu tham khảo:

1. Đinh Thị Thu Hương: "Huyết khối tĩnh mạch" . *Bài giảng bệnh học tim mạch.* Bộ môn tim mạch 2011. Trường ĐHY Hà Nội.
2. Đặng Vạn Phước, Nguyễn Văn Trí: "Tỷ lệ mắc huyết khối tĩnh mạch sâu chưa có triệu chứng trên bệnh nhân nội khoa cấp tính". Tim mạch học 2010,t6: p 17 – 22.
3. Đặng Vạn Phước, Nguyễn Văn Trí và CS: "Các yếu tố nguy cơ và mối tương quan giữa chúng với huyết khối tĩnh mạch sâu". Tim mạch học 2010,t4: p 7 – 13.
4. Hội Tim Mạch Học Quốc Gia Việt Nam: "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị, dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch" NXB Y Học 2011.
5. Nguyễn Văn Trí: " Huyết khối tĩnh mạch sâu " NXB Y Học 2010, p 1-15.
6. Phạm Nguyễn Vinh: "Thuyên tắc phổi" NXB Y học 2002, *Bệnh học tim mạch* t2.
7. Bates SM and Ginsberg JS "Treatment of deep vein thrombosis" N Engl J Med, 2004. 351: p 269-277.
8. Goldhaber SZ. Pulmonary Embolism; In Heart Disease ed. By Braunwald, Zipes, Libby. WB Saunders 6th ed 2001, p 1886-1903.
9. Phillip S. Cuculich and Andrew M. Kates, " The Washington Manual Cardiology Subspecialty Consult". 2nd ed. Katherine E. Henderson and Thomas M. De Fer. 2009. Washington Lippincott William and Wilkins.
10. Tapson VF: Venous Thromboembolism in Textbook of cardiovascular medicine ed by EJ Topol, Lippincott-Raven Publishers 1998; p 727-744./.

SUY TIM

I.TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN:

A. Triệu chứng:

1. Triệu chứng cung lượng tim thấp:

- Mệt mõi, tay chân lạnh
- Lượng nước tiểu giảm

2. Triệu chứng sung huyết phổi:

- Khó thở khi gắng sức, phải ngồi
- Dãn tĩnh mạch cổ
- Phù chi, dịch màng phổi, dịch màng tim
- Sung huyết gan: gan to.

3. Triệu chứng cận lâm sàng:

- ECG, X quang, ECHO.

B. Phân độ suy tim (theo NYHA):

Độ I : Có bệnh tim nhưng không bị hạn chế trong vận động

Độ II : Có bệnh tim giới hạn nhẹ vận động (hồi hộp, khó thở...)

Độ III: Có bệnh tim giới hạn nhiều vận động. Bệnh nhân khoẻ khi nghỉ ngơi.

Độ IV : Bệnh tim vận động rất nhẹ hoặc nghỉ ngơi cũng xuất hiện các triệu chứng: Khó thở, hồi hộp....

II. THỰC HIỆN CẬN LÂM SÀNG:

- Cận lâm sàng thường quy.

III. ĐIỀU TRỊ:

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

Những yếu tố thúc đẩy:

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

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

B. Điều trị cụ thể:

Tổng quát:

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

Thuốc:

1. Lợi tiểu:

- Để giải quyết sự ứ đọng muối, nước làm giảm nhẹ tuần tải.
- Trofurit dạng tiêm dùng trong suy tim cấp liều 20 mg - 40 mg/ngày
- Trofurit dạng uống 20 - 40 mg/ngaỳ; dùng khi có phù nhiều.
- Nhóm thiazide gây thải muối nước ít, nhưng gây mất kali vừa phải.
- Phối lợi tiểu tiết kiệm kali như Spironolactone, Teriam.

2. Ức chế men chuyển:

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

3. Digitalis:

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

+ Chỉ định chính: Suy tim kèm rung nhỉ đáp ưng thất nhanh. Suy chức năng tâm thu thất trái.

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

4. Dãn mạch tĩnh mạch:

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

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

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

5.Một số thuốc khác:

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

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

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

(phụ lục 3, 4)

+ Hydralazine: Dùng khi ức chế men chuyển có chống chỉ định hoặc bị tác dụng phụ. Liều dùng thông thường 25-100mg/ngày.

- Ức chế thụ thể angiotensin II: Có thể có lợi tương tự như ức chế men chuyển.

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

+ Bisoprolol 1,25-10mg x 1 lần/ngày
+ Carvedilol 3,125-25mg x 2 lần/ngày
+ Metoprolol succinate extended 12,5-200mg x 1 lần/ngày.

Phụ lục 3:

BẢNG TÍNH LIỀU, TỐC ĐỘ DỊCH TRUYỀN CÓ PHA THUỐC DOPAMIN

1 ống Dopamin 200mg = 5ml

Cân nặng người bệnh = 50kg

Liều thuốc sử dụng	Dopamin 200mg (5ml) + Natri clorua $9^o/_{oo}$ 45ml = 50ml	Dopamin 200mg (5ml) + Natri clorua $9^o/_{oo}$ 495ml = 500ml
	Tốc độ bơm tiêm điện	Tốc độ máy truyền dịch tự động
(µg/kg/phút)	*(ml/giờ)*	*(ml/giờ)*
1	0.75	7.5
2	1.5	15
3	2.25	22.5
4	3	30
5	3.75	37.5
6	4.5	45
7	52.5	52.5
8	6	60
9	6.75	67.5
10	7.5	75

Phụ lục 4:

BẢNG TÍNH LIỀU, TỐC ĐỘ DỊCH TRUYỀN CÓ PHA THUỐC DOBUTAMIN

1 ống Dobutamin 250mg = 20ml

Cân nặng người bệnh = 50kg

Liều thuốc sử dụng	Dobutamin 250mg (20ml) + Natri clorua 9°/oo 30ml = 50ml	Dobutamin 250mg (20ml) + Natri clorua 9°/oo 480ml = 500ml
	Tốc độ bơm tiêm điện	Tốc độ máy truyền dịch tự động
(µg/kg/phút)	*(ml/giờ)*	*(ml/giờ)*
1	0.6	6
2	1.2	12
3	1.8	18
4	2.4	24
5	3	30
6	3.6	36
7	4.2	42
8	4.8	48
9	5.4	54
10	6	60

Tài liệu tham khảo:

1. Đặng Vạn Phước (2001). Suy tim trong thực hành lâm sàng. Nhà xuất bản Đại học Quốc gia TP Hồ Chí Minh.

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

---@---

PHÙ PHỔI CẤP (OAP)

I. Phù phổi cấp do tim:

1. Chẩn đoán:

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

2. Điều trị:

2.1. Nằm đầu cao hoặc ngồi hai chân buông thỏng.

2.2. Thở oxy ẩm liều cao 6-10 L/phút

2.3. Garrot ba chi luân phiên mỗi 10 phút.

2.4. Nitroglycerin ngậm dưới lưỡi 5-20mg hoặc nitroglycerine TTM khởi đầu 5mcg/1 phút.

2.5. Furosemide 20mg 1-2A TMC. Có thể lập lại sau 5-10 phút khi cần (đề phòng hạ kali máu từ trước).

2.6. /Morphine 2-5mg TM, lập lại mỗi 10-25 phút sau nếu cần. Chú ý các chống chỉ định (xanh tím – hen phế quản – bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính).

2.7. Trợ tim:

- Dobutamine có hạ huyết áp hoặc choáng.
- Digitalis

2.8. Có thể sử dụng thêm Salbutamol khí dung hoặc Aminophilline 4,8% pha loãng TMC nếu không có chống chỉ định.

2.9. Thở máy áp lực dương (CPAP).

2.10. Điều trị các yếu tố thúc đẩy.

II. Phù phổi cấp tổn thương:

1. Thở oxy 4-8 L/phút.
2. Thở máy áp lực dương (CPAP).
3. Bảo đảm thông đường hô hấp: Hút đàm nhớt, đặt nội khí quản, mở khí quản.
4. Corticoid liều cao: Prednisone 15 –30mg/kg x 2-3 ngày.
5. Chống chỉ định dùng Morphine (nhất là OAP do nhiễm độc).
6. Điều trị cụ thể tùy theo nguyên nhân:

+ Ngộ độc heroin: Naloxone 4mg 1 ống TMC.

+ Do nhiễm trùng: Dùng kháng sinh thích hợp.

Tài liệu tham khảo:

1. Đặng Vạn Phước (2001). Suy tim trong thực hành lâm sàng. Nhà xuất bản Đại học Quốc gia TP. Hồ Chí Minh.

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

3. Evidence Based Guidelines Management of Acute Pulmonary Oedema; The Royal Melbourne Hospital; Isure date April 2004; Review date July 2005; page 13./.

---@---

BÓC TÁCH ĐỘNG MẠCH CHỦ

I. Chẩn Đoán:

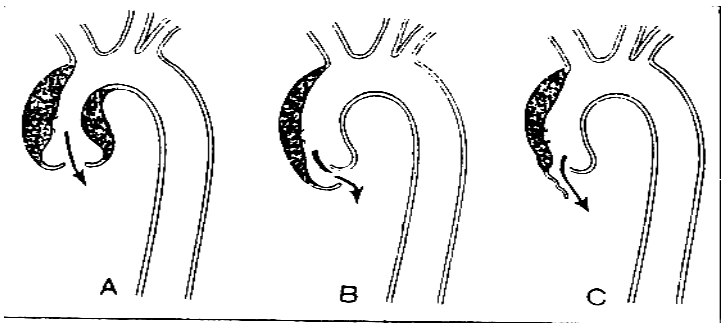
- Tần suất bệnh: Nam gấp 2 lần nữ.
- Thường gặp: 60-70 tuổi.

1. Triệu chứng cơ năng:

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

2. Triệu chứng thực thể:

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



- Dấu hiệu do ĐMC chèn ép các cơ quan xung quanh:
  + Hội chứng Horner: Chèn ép hạch giao cảm.
  + Nói khàn: Chèn ép dây thần kinh quật ngược.
  + Co phế quản: Chèn ép khí phế quản.
  + Khái huyết: Vỡ vào khí quản.
  + Xuất huyết tiêu hóa: Vỡ vào thực quản.
  + Block nhĩ thất: Bóc tách đào hang vào vách liên nhĩ rồi nút nhĩ thất.
- Âm thổi liên tục: Bóc tách dò vào nhĩ phải hay thất phải.

3. Triệu chứng cận lâm sàng:

- Huyết học và sinh hóa:

+ Bạch cầu có thể tăng 14.000 - 15.000/mm3

+ SGOT, MBCK: Thường bình thường.

- ECG:

+ Thường có dầy thất trái (dấu hiệu đã có THA từ lâu)

+ Không có thiếu máu cục bộ cơ tim. Không có dấu thiếu máu cơ tim ở người bệnh đang đau ngực nặng: gợi ý bóc tách ĐMC.

- X quang:

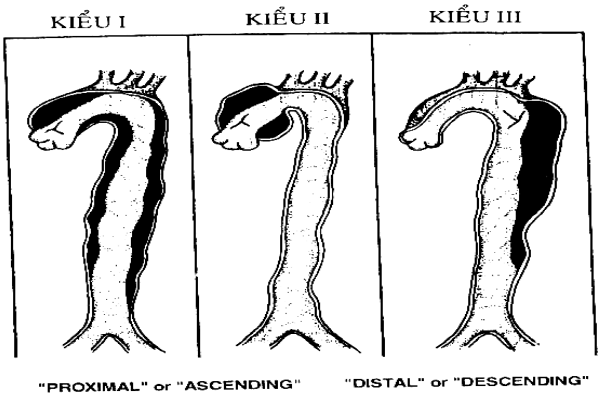
+ Nơi bóch tách: Có thể phồng lên, bóng ĐMC có thể dãn rộng.

+ Dấu vôi: Lớp nội mạc bị vôi háo sẽ cách khoảng lớp ngoại mạc trên 1cm: ***Dấu hiệu đặc trưng của bóc tách ĐMC.***

+ Dấu lệch khí quản hoặc tràn dịch màng phổi trái: Có thể có.

- Chụp cắt lớp điện toán (CT SCANER) và ảnh cộng hưởng từ nhân (IMR): Giúp chẩn đoán xác định.

- Chụp ĐMC có cản quang: Giúp chẩn đoán xác định, xác định độ lan rộng của bóc tách và sự tương quan với các cấu trúc chung quanh, xác định miệng vào của bóc tách ĐMC.



- Siêu âm:

+ Độ nhạy của siêu âm qua thành ngực: 79-90%, độ chuyên biệt: 90%.

+ Siêu âm qua thực quản: Độ nhạy: 99% và độ chuyên biệt: 98%.

+ Dấu hiệu: Dãn nở ĐMC khu trú hay lan tỏa, thành ĐMC tách đôi cho hai hình ảnh cản âm echo.

+ Có thể thấy dòng máu cuộn hay cục máu đông trong lòng giả.

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

II. Điều Trị :

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

- Cần kết hợp điều trị nội - ngoại khoa.

1. Điều trị cấp cứu:

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

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

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

2. Điều trị lâu dài:

- Thường kết hợp nội - ngoại khoa.

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

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

a. Ngoại khoa:

- Điều trị chọn lọc bóc tách ĐMC gần, cấp.
- Điều trị bóc tách ĐMC cấp có biến chứng:
  + Lan tỏa đến các cơ quan sống chủ yếu.
  + Vỡ hoặc đe dọa vỡ.
  + Hở ĐMC .
  + Lan ngược về ĐMC lên.
  + Bóc tách ở Hội chứng Marfan.

b. Nội khoa:

- Điều trị chọn lọc ở bóc tách ĐMC xa không biến chứng.
- Điều trị bóc tách cung ĐMC đơn độc và ổn định.
- Điều trị chọn lọc bóc tách ĐMC ổn định (trên 2 tuần và không biến chứng).

Dù điều trị nội hay ngoại khoa, về lâu dài cần ổn định huyết áp liên tục. Huyết áp tâm thu nên giữ cao nhất: 130-140 mmHg. Nên dùng các thuốc có tác dụng giảm sức co bóp cơ tim: Ức chế bêta, ức chế canxi./.

Tài liệu tham khảo:

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

---@---

VIÊM CƠ TIM (VCT)

I. ĐỊNH NGHĨA, NGUYÊN NHÂN, PHÂN LOẠI:

- VCT xảy ra khi có sự xâm nhập các tế bào đáp ứng miễn dịch vào trong cơ tim.
- VCT có thể do nhiễm trùng (thường gặp nhất là virus) hay không nhiễm trùng (hóa chất; độc tố; tác nhân vật lý; dị ứng thuốc: Methyldopa, các penicilline, các sulfamide, tetracycline và các thuốc chống lao). Bệnh cơ tim chu sinh cũng được xếp vào nhóm VCT.
- Theo sinh lý bệnh, có thể có VCT cấp, VCT mạn và bệnh cơ tim do viêm.

+ Hiện tượng hoại tử tế bào cơ tim trong VCT cấp: Chỉ hiện diện trong 7 - 10 ngày đầu của bệnh.

+ VCT mạn: Cơ thất trái bình thường (EF > 55%) hoặc rối loạn vận động vùng vách tim.

+ Bệnh cơ tim do viêm: Cơ tim có viêm mạn, tổn thương co cơ tim (EF < 55%), dãn buồng thất.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

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

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

2. Cận lâm sàng:

- XN sinh hóa, huyết học và vi trùng thường không giúp chẩn đoán: có thể VS tăng, bạch cầu tăng, MB-CK tăng, troponin tăng (troponin tăng dễ tiến triển đến bệnh cơ tim do viêm), huyết thanh chẩn đoán virus (chỉ chứng tỏ nhiễm virus cấp, không xác định được VCT cấp).
- ECG: Điện thế thấp, nhịp nhanh xoang, loạn nhịp trên thất, loạn nhịp thất, blốc nhánh, blốc nhĩ thất hoàn toàn, biến đổi ST và T, QT dài, đôi khi có biểu hiện như NMCT cấp.
- Siêu âm tim: Có thể buồng tim dãn, rối loạn chức năng toàn thể tim hoặc rối loạn vận động vùng khu trú, thành tim dày, huyết khối trong buồng thất, đôi khi có biểu hiện giống bệnh cơ tim.

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

3. Các nguyên nhân thường gặp của VCT:

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

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Điều trị VCT cấp:

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

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

- Nếu sinh thiết cơ tim cho thấy VCT do tăng bạch cầu ái toan hoặc VCT tế bào khổng lồ, sử dụng ngay thuốc chống miễn dịch bên cạnh điều trị cơ bản về suy tim.
- Các trường hợp VCT mạn khác, kéo dài trên 6 tháng, không cải thiện chức năng tim dù điều trị suy tim, nên sử dụng thêm thuốc chống miễn dịch.

3. Cách sử dụng thuốc chống miễn dịch:

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

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

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

Tài liệu tham khảo:

1. Phạm Nguyễn Vinh, Bệnh học tim mạch tập II, 2006./.

---@---

TÂM PHẾ MẠN

I. Chẩn đoán:

1. Chẩn đoán xác định TPM dựa vào:

- Tiền sử mắc bệnh phổi mạn tính hoặc bệnh của hệ thống cơ xương ở lồng ngực.
- Hội chứng suy tim phải.
- Điện tâm đồ: P phế, dày thất phải, tăng gánh thất phải.
- Phim Xquang lồng ngực: Bóng tim to, cung động mạch phổi nổi, các động mạch phổi phải, trái giãn.
- Thăm dò huyết động (siêu âm tim hoặc thông tim phải): Áp lực động mạch phổi tăng.

2. Chẩn đoán phân biệt:

- Suy tim toàn bộ do bệnh van tim mắc phải (hẹp van hai lá), bệnh tim bẩm sinh, bệnh cơ tim.
- Suy tim do suy vành, nhồi máu cơ tim: Cơn đau thắt ngực điển hình, biến đổi đoạn ST -T và các men tim tăng.
- Hội chứng Pick: Viêm màng ngoài tim co thắt.
- Tim người già: người lớn tuổi, không có tiền sử bị bệnh phổi mạn tính.

3. Chẩn đoán giai đoạn:

- Giai đoạn sớm: Chỉ có bệnh phổi mạn tính với những đợt suy hô hấp kịch phát, chưa có tăng áp động mạch phổi, cần phát hiện sớm để đề phòng.

- Giai đoạn tăng áp động mạch phổi: Thường lâm sàng không thể phát hiện được, thăm dò bằng thông tim phải hoặc siêu âm Doppler tim thì có tăng áp động mạch phổi, có thể điều trị tốt và trở về ổn định.

- Giai đoạn suy tim phải còn hồi phục: có biểu hiện tăng áp động mạch phổi và suy tim phải, điều trị có kết quả.

- Giai đoạn suy tim phải không hồi phục: điều trị không có kết quả.

II. Điều trị:

1. Oxy liệu pháp:

- Dùng ôxy liệu pháp liều thấp 1 -2 lít/phút, kéo dài 12 - 24 giờ/ngày . Đặc biệt dùng ôxy liệu pháp liên tục có thể làm giảm tỷ lệ tử vong rõ hơn dùng ôxy liệu pháp ngắt quãng vào ban đêm.

2. Thuốc lợi tiểu và trợ tim:

2.1.Thuốc lợi tiểu loại ức chế men anhydrase carbonic như Diamox, hoặc lợi tiểu như Aldacton tỏ ra có ích ở bệnh nhân TPM, liều 10 mg/kg cân nặng cho từng đợt 3-4 ngày.

2.2. Thuốc trợ tim nhóm Digitalis:

- Chỉ nên dùng trợ tim nhóm Digitalis ở bệnh nhân TPM khi có suy tim trái đồng thời. Digoxin liều 0,25mg/ ngày . Sử dụng thuốc trợ tim phải rất thận trọng, Digitalis có thể gây rối loạn nhịp tim, chỉ nên sử dụng khi suy tim còn bù trừ và liều nhẹ.

3. Các thuốc giãn phế quản:

3.1.Theophylline: Nếu cấp tính thì Aminophylline dùng đường tĩnh mạch có thể làm giảm nhanh áp lực động mạch phổi và làm tăng phân số tống máu của cả thất phải và thất trái. Duy trì bằng đường uống Theophylline kéo dài ở bệnh nhân TPM cũng có tác dụng tốt lên chức năng thất phải.

3.2.Các thuốc kích thích thụ thể β-adrenergic như Salbutamol, Terbutaline được sử dụng làm giãn phế quản và có tác dụng tốt ở bệnh nhân TPM do làm giãn mạch máu phổi .

4. Các thuốc giãn mạch:

Các thuốc làm giảm sự trở về của máu tĩnh mạch (nhóm Nitrate) hoặc các thuốc làm giảm chức năng thất phải (Nifedipine) có thể làm giảm bớt tăng áp động mạch phổi do làm giảm cung lượng tim.

5. Kháng sinh:

Sử dụng kháng sinh có phổ tác dụng rộng, cần phải áp dụng theo phác đồ điều trị viêm phổi.

6. Corticoid:

Có hiệu quả trong điều trị đợt cấp: dùng Prednisolon uống, Hydrocortison khí dung, Depersolon hay Solu-Medron tiêm tĩnh mạch.

7. Chích máu:

Chỉ định khi hematocrit lớn hơn 65%. Lấy khoảng 300ml máu mỗi lần.

8. Chế độ ăn uống và nghỉ ngơi:

Những người bị bệnh phổi mạn tính khi đã xuất hiện khó thở thì nên để làm việc nhẹ, không phải gắng sức. Khi đã có dấu hiệu suy tim phải thì phải nghỉ việc hoàn toàn. ăn ít muối.

9. Không dùng các thuốc sau:

Morphin, gardenal và các thuốc an thần khác không được dùng cho các bệnh nhân TPM vì sẽ gây suy trung tâm hô hấp.

10. Tập thở:

Rất quan trọng, làm tăng độ giãn nở của phổi và lồng ngực, tăng thông khí phế nang, nhất là tập thở bằng cơ hoành.

11. Loại bỏ các yếu tố kích thích:

Thuốc lào, thuốc lá...

III.Điều trị tâm phế mạn ở một số thể đặc biệt:

- Tâm phế mạn ở bệnh nhân hen phế quản: Cho Hemisucinat Hydrocortison, Depersolon tiêm tĩnh mạch.

- Bệnh nhân xơ phổi: Thường không có ứ trệ CO2, nên chỉ cần cho thở ôxy rộng rãi và cho corticoid.

- Người béo phì: Cho ăn chế độ làm giảm cân.

- Người gù vẹo cột sống dị dạng lồng ngực: Tập thở, chống bội nhiễm phổi là rất quan trọng, có thể cho điều trị chỉnh hình từ sớm.

- Do tắc mạch phổi: Nghỉ ngơi tuyệt đối, ăn chế độ không muối, dùng thuốc chống đông, trợ tim digitalis, thở ôxy. Phẫu thuật để lấy cục máu đông tắc ở động mạch phổi lớn.

Tài liệu tham khảo:

1. Bệnh tâm phế mạn, Bộ môn Nội Tim Mạch, Trường Đại Học Y Hà Nội, 2010.
2. Marso SP, Griffin BP, Topol EJ, eds. *Manual of Cardiovascular Medicine*. Philadelphia: Lippincott-Raven, 2000.
3. Topol E, ed. *Textbook of cardiovascular medicine*. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1997.
4. Braunwald E. *Heart disease: a textbook of cardiovascular medicine*, 5th ed. Philadelphia: WB Saunders; 1997./.

---@---

THẤP TIM

I .Đại cương:

- **Định nghĩa**: Thấp tim = Thấp khớp cấp = Sốt thấp khớp (Rheumatic Fever) bệnh của hệ miễn dịch mô liên kết thuộc hệ thống tạo keo tại tim , khớp , hệ thần kinh trung ương và mô dưới da do hậu quả của nhiễm liên cầu khuẩn Bêta tan huyết nhóm A(streptococus A) .
- Bệnh thường gặp ở lứa tuổi từ 6-15 tuổi, nhưng không ít trường hợp xảy ra ở lứa tuổi 20.

II .Chẩn đoán thấp tim:

Theo tiêu chuẩn của Jone đã sửa đổi (1994)

Tiêu chuẩn chính	1. Viêm tim 2. Viêm khớp 3. Múa giật của Sydenham. 4. Nốt dưới da 5. Hồng ban vòng
Tiêu chuẩn phụ	1. Sốt 2. Đau khớp: đau một hoặc nhiều khớp nhưng không đủ bộ mặt của viêm khớp. 3. Tăng cao protein C-reactive huyết thanh 4. Tốc độ máu lắng tăng 5. Đoạn PQ kéo dài trên điện tâm đồ
Bằng chứng hỗ trợ của nhiễm liên cầu khuẩn nhóm A trước đó - Cấy dịch họng tìm thấy liên cầu hoặc test nhanh kháng nguyên liên cầu dương tính - Tăng nồng độ kháng thể kháng liên cầu trong máu (Phản ứng ASLO > 310 đv Todd)	

**** Chẩn đoán xác định thấp tim :***

1. Có 2 tiêu chuẩn chính + bằng chứng nhiễm liên cầu
2. Hoặc có 1 tiêu chuẩn chính + 2 tiêu chuẩn phụ + bằng chứng nhiễm liên cầu khuẩn.

**** Trường hợp đặc biệt:***

1. Múa giật = thấp tim
2. Bệnh nhân ở tuổi trưởng thành bị viêm tim do thấp = thấp tim.
3. Bệnh nhân có tiền sử thấp tim + 2 tiêu chuẩn phụ + bằng chứng nhiễm liên cầu = thấp tim.

III. Điều trị thấp tim:

1.Nghỉ ngơi:

Mức độ bệnh	Nghỉ tại giường	Đi lại nhẹ nhàng trong phòng
Không viêm tim	2 tuần	2 tuần
Viêm tim, tim không to	4 tuần	4 tuần
Viêm tim, tim to	6 tuần	6 tuần

Viêm tim, suy tim	Hết suy tim	3 tháng

2.Kháng sinh:

- Benzathine penicilline: 1.200.000 đv (> 30kg), 600.000 đv (< 30kg)
- Hoặc Penicilline viên uống: 1gx10 ngày (>30kg), 0,5gx10 ngày (< 30kg)
- Hoặc: Eythromyxin: g x 10 ngày

3.Chống viêm:

***** Chỉ có viêm đa khớp: Aspirine 100mg/kg/24h x 6 ngày
Aspirine 75mg/kg/24h x 2 tuần

***** Chỉ có viêm tim: Prednisolon 1-2mg/kg/24h x 2-3 tuần, rồi giảm liều

4.Điều trị triệu chứng :

- Điều trị suy tim: Trợ tim+ lợi tiểu+ giãn mạch
- Điều trị múa vờn: Phenobatital: 16 - 32mg/kg/24h
  Haloperidol: 0.1- 0.03mg/kg/24h
  Chlopromazin: 0.5mg/kg/24h

IV. Điều trị phòng thấp:

- Phòng thấp tiên phát (phòng thấp cấp I)
- Phòng thấp tái phát (phòng thấp cấp II)

1/ Phòng thấp cấp I: Phát hiện và điều trị kịp thời viêm họng do liên cầu, chọn 1 trong các phác đồ sau:

-Benzathine penicilline: 1.200.000 đv (> 30kg) tiêm bắp sâu 1 lần
600.000 đv (< 30kg) tiêm bắp sâu 1 lần

- Hoặc: Penicilline viên uống 1g x 10 ngày (>30kg)
  0,5g x 10 ngày (< 30 kg)
- Hoặc: Erythromyxin 1g x 10 ngày

2/ Phòng thấp cấp 2:

a.Thuốc dùng như phòng thấp cấp 1.

b.Phương pháp dùng thuốc:

- 28 ngày / 1 lần tiêm bắp sâu
- Uống hàng ngày

c.Thời gian phòng thấp:

- Thấp tim chưa có di chứng van tim: Ít nhất 5 năm, tối thiểu đến năm 18 tuổi.
- Đã có di chứng van tim, nên phòng thấp kéo dài ,có thể suốt đời (người Việt nam nên phòng bệnh tới năm 45 tuổi).

Tài liệu tham khảo:

1. Trương Thanh Hương , 2010 , Điều trị thấp tim , Bộ môn nội tim mạch , Trường Đại học y Hà Nội .
2. Hoàng Trọng Kim , Phạm Nguyễn Vinh , Đặng Thị Thúy Anh , 2002 , Bệnh Thấp , Bệnh học tim mạch T1 . Nhà xuất bản y học.
3. Hoàng Trọng Kim , Phạm Nguyễn Vinh , Đặng Thị Thúy Anh , 2002 , Phòng ngừa bệnh thấp , Bệnh học tim mạch tập1, Nhà xuất bản y học. /.

---@---

Phác đồ 13:

BỆNH VAN TIM HẬU THẤP

PHẦN A: HẸP VAN HAI LÁ

I. CHẨN ĐÓAN LÂM SÀNG:

1. Triệu chứng cơ năng:

- Khó thở khi gắng sức đôi khi ho ra máu, phù phổi cấp.
- Hồi hộp, đánh trống ngực, có thể gây choáng hoặc ngất.
- Đau ngực gần giống như đau thắt ngực do thiếu nhu cầu oxy thất phải khi tăng áp lực động mạch phổi nhiều.
- Tắt mạch đại tuần hoàn (mạch não, thận, mạc treo, mạch chi).

2. Triệu chứng thực thể: .

- Chậm phát triển thể chất nếu hẹp van hai lá có từ nhỏ: dấu hiệu "Lùn hai lá".
- Biến dạng lồng ngực bên trái.
- Suy tim phải: Tĩnh mạch cổ nổi, phản hồi gan tĩnh mạch cổ dương tính, phù chi dưới, phù toàn thân, tràn dịch đa màng ….
- Da, đầu chi xanh tím.
- Sờ có thể thấy run miêu tâm trương ở mỏm tim.
- Gõ diện đục của tim thường không to.
- Nghe tim: Tam chứng chẩn đoán hẹp van hai lá bao gồm: T1 đanh, rung tâm trương và clac mở van hai lá.
- Một số trường hợp có thể thấy T2 mạnh và tách đôi ở cạnh ức trái.

II. CẬN LÂM SÀNG:

1- Điện tâm đồ:

- Hình ảnh P hai lá (sóng P rộng do dày nhĩ trái) thường gặp nếu bệnh nhân còn nhịp xoang.
- Trục tim chuyển sang phải.
- Dày thất phải xuất hiện khi có tăng áp lực động mạch phổi.
- Rung nhĩ thường gặp.

2-Chụp X quang lồng ngực:

- Có hình ảnh 4 cung điển hình ở bờ bên trái của tim (từ trên xuống: cung ĐMC, cung ĐMP, cung tiểu nhĩ trái, cung thất trái).
- Bờ tim bên phải phần dưới có hình ảnh 2 cung: nhĩ trái và thất phải.
- Hình ảnh gián tiếp như nhánh phế quản góc trái bị đẩy lên trên hoặc nhĩ trái đè thực quản ở 1/3 dưới, thực quản bị đẩy ra sau trên phim chụp nghiêng có uống thuốc cản quang.

3- Siêu âm tim:

- Siêu âm kiểu TM: Lá van dầy giảm di động, biên độ mở van hai lá kém, hai lá van di động song song, độ dốc tâm trương EF giảm (EF dưới 15 mm/s là hẹp hai lá khít) và đánh giá kích thước các buồng tim.
- Siêu âm 2D: Van hai lá hạn chế di động, mở dạng vòm, độ dày và vôi hóa của lá van, mức độ dính của dây chằng, co rút tổ chức dưới van tính diện

tích lỗ van hai lá, đánh giá chức năng thất trái và các tổn thương khác có kèm theo.

- S/âm Doppler: Đặc biệt quan trọng để đánh giá mức độ hẹp dựa trên:

* Phương pháp PHT

* Chênh áp trung bình qua lỗ van hai lá (ước lượng mức độ nặng của hẹp van).

* Ước tính áp lực động mạch phổi.

* Đánh giá tổn thương thực thể kèm theo như hở hai lá, hở chủ.

- Siêu âm qua thực quản: Được chỉ định thường quy trước khi quyết định nong van hai lá nếu có điều kiện.

- Thông tim: Là phương pháp chính xác để đo các thông số: Áp lực cuối tâm trương thất trái, áp lực nhĩ trái, áp lực động mạch phổi, cung lượng tim.

III. PHÂN LOẠI::

Diện tích lỗ van hai lá và mức độ hẹp:

-. Nhẹ > 1.5 cm2

-. Vừa 1.0 đến 1.5 cm2

- Khít < 1.0 cm2

IV. ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA:

1. Điều trị nguyên nhân:

- Nguyên nhân hàng đầu của hẹp van hai lá là thấp tim, vì thế cần điều trị phòng thấp thứ phát.

2. Thuốc:

2.1. Khó thở mức độ nhẹ:

- Lợi tiểu (Furosemide, Hypothiazide),
- Thuốc chẹn beta giao cảm (Bisoprolol, Carvedolol).
- Tránh dùng thuốc dãn mạch.

2.2 Nếu có rung nhĩ:

- Digoxin.
- Chẹn beta giao cảm hoặc Amiodarone (Cordarone).
- Có thể sốc điện chuyển nhịp.
- Thuốc ức chế men chuyển (Enalaprin, Lisinoprin ...) và nhóm Nitrate nếu có hở hai lá, hở chủ kèm theo.
- Chống đông bằng Heparin (nên duy trì INR trong khoảng từ 2 – 3)

V. ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA:

1. Nong van bằng bóng qua da:

Trong trường hợp:

- Hẹp khít van hai lá (diện tích lỗ van dưới 1,0 cm2)
- NYHA trên hoặc bằng II
- Không có huyết khối trong nhĩ trái
- Van hai lá và van động mạch chủ không hở nhiều dưới hoặc bằng 2/4 và chưa ảnh hưởng chức năng thất trái.

2. Phẩu thuật sửa, thay van hai lá:

- Hẹp vừa và khít van hai lá có triệu chứng cơ năng (NYHA III – IV)

- Hẹp van hai lá mức độ vừa – khít có triệu chứng cơ năng nhẹ (NYHA I – II), áp lực động mạch phổi tăng cao trên 60 mmHg, hình thái van không phù hợp để nong van bằng bóng.

- Bệnh nhân hẹp van hai lá mức độ vừa – khít không có triệu chứng cơ năng nhưng tái phát các biến cố tắt mạch dù đã điều trị chống đông.

PHẦN B: HỞ VAN HAI LÁ

I. CHẨN ĐOÁN LÂM SÀNG:

1. Triệu chứng cơ năng:

- Khó thở khi nằm, khó thở khi nghỉ (NYHA), khó thở khi gắng sức và cơn khó thở kịch phát về đêm
- Đôi khi có phù phổi cấp
- Loạn nhịp hoàn toàn (rung nhĩ)

2. Triệu chứng thực thể:

- Mỏm tim lệch trái
- Tĩnh mạch cổ nổi, gan to, phù chi dưới
- Nghe tim:

+ Tiếng tim: T1 mờ, T2 tách đôi rộng

+ Tiếng thổi tâm thu, nghe rõ nhất ở mỏm lan nách. Cần chẩn đoán phân biệt tiếng thổi tâm thu với hở van 3 lá và thông liên thất.

II. CẬN LÂM SÀNG:

1. Điện tâm đồ:

- Dày nhĩ trái, thất trái, rung nhĩ

2. Chụp X quang lồng ngực:

- Thường có dày nhĩ trái, thất trái.
- Hình ảnh phù khoảng kẽ và phù phế nang

3. Siêu âm Doppler tim:

- Đánh giá mức độ hở van hai lá: nhẹ (1/4), vừa (2/4), nhiều (3/4) và rất nhiều (4/4)
- Đánh giá kích thước của các buồng tim, phân số tống máu áp lực động mạch phổi

4. Thông tim:

- Chụp buồng thất trái cho phép ước lượng mức độ hở hai lá theo phân độ Seller.
- Thông tim kết hợp với chụp động mạch vành.

III. ĐIỀU TRỊ:

1-Nội khoa:

- Các thuốc giảm hậu gánh: Ức chế men chuyển (Enalapril, Lisinopril) hoặc ức chế thụ thể.
- Lợi tiểu (Furosemid, Spironolactone)
- Nhóm Nitrate.
- Digitalis (Digoxine).
- Thuốc chẹn beta (Bisoprolone , Carvedolone)

- Đôi khi bằng Amiodarone (Cordarone)
- Điều trị dự phòng viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn và phòng thấp thứ phát.

2. Phẫu thuật:

- Hở van hai lá nặng cấp tính.
- Phân suất tống máu thất trái trên hoặc bằng 30%, đường kính thất trái cuối tâm thu dưới 55 mm

PHẦN C: HẸP VAN ĐỘNG MẠCH CH Ủ

I. CHẨN ĐOÁN LÂM SÀNG:

1. Triệu chứng cơ năng:

- Có thể có một hay nhiều triệu chứng sau: Con đau thắt ngực, khó thở khi gắng sức, xây xẩm hay ngất khi gắng sức

2. Triệu chứng thực thể:

- Sờ mạch cảnh có thể thấy : Mạch nhỏ và chậm trễ
- Mỏm tim thường mạnh và khu trú; thường không lệch ra ngoài đường trung đòn ngoại trừ giai đoạn nặng
- Có thể thấy rung miêu tâm thu ở liên sườn 2 phải ở bờ trái xương ức và mỏm tim
- Clic tâm thu ở mỏm tim hay đáy tim

II. CẬN LÂM SÀNG:

1. Điện tâm đồ:

- Tăng gánh tâm thu thất trái (biến đổi CURS và ST-T) ngoài ra còn biểu hiện lớn nhĩ trái và rối loạn dẫn truyền như bloc nhánh, bloc nhĩ thất
- Không nên làm điện tâm đồ gắng sức

2. Chụp X quang lồng ngực:

- Cung thứ 3 bên trái thường hơi tròn do dày đồng tâm thất trái.
- Tỷ lệ tim lồng ngực trên 0.5.
- Khi có suy tim trái có thể thấy dấu hiệu sung huyết ở mạn mạch máu phổi và phế trường.

3. Siêu âm tim:

Siêu âm tim 2D và Doppler màu giúp chẩn đoán và hướng dẫn điều trị:

- Chẩn đoán xác định hẹp van ĐMC
- Độ nặng của hẹp van
- Khảo sát tình trạng lá van: Mềm mại, dầy, sợi hóa, vôi hóa, dính mép van.
- Khảo sát cơ chế hẹp van
- Phân suất tống máu cung lượng tim, áp lực ĐM phổi và hở van ĐMC.

III. ĐIỀU TRỊ:

- Chủ yếu là điều trị ngoại khoa: Diện tích mở van =< 0,5 cm2
- Điều trị phòng ngừa thấp tim
- Thuốc:
  * Digitalis

* Lợi tiểu (liều thấp)

* Thuốc giản mạch (ức chế men chuyển, nitrate) thường không có chỉ định trong điều trị suy tim do hẹp van ĐMC.

PHẦN D: HỞ VAN ĐỘNG MẠCH CHỦ

I. CHẨN ĐOÁN LÂM SÀNG:

1. Triệu chứng cơ năng:

- Khó thở khi gắng sức, khó thở khi nằm, khó thở về đêm
- Đau thắt ngực xuất hiện ở những BN hở van động mạch chủ nặng
- Đôi khi có phù phổi cấp

2. Triệu chứng thực thể:

- Nhìn thấy mỏm tim đập rộng trước tim hoặc mỏm tim lệch trái
- Dấu hiệu Musset: Đầu gật gù theo nhịp đập của tim
- Dấu hiệu Hill: Huyết áp ở chân lớn hơn ở cánh tay trên 60 mmHg
- Mạch Corrigan: Mạch đập nẩy nhanh mạnh, chìm sâu
- Mạch Quincke: Hiện tượng "nhấp nháy" của lưới mao mạch ở móng tay, môi.
- Dấu hiệu Duroziez: Tiếng thổi đôi ở động mạch đùi
- Nghe tim: * T1 mờ
  * Tiếng thổi tâm trương ở bờ trái xương ức

II. CẬN LÂM SÀNG:

1. Điện tâm đồ:

- Dày thất trái, sóng T cao và rối loạn nhịp nhĩ hoặc rung nhĩ, block dẫn truyền ở các mức độ.

2. Chụp X quang tim phổi:

- Hình ảnh tim to, có thể gặp hình ảnh giãn nhĩ (T) hoặc giãn ĐM chủ lên

3. Siêu âm tim:

- 2D cho phép xác định được nguyên nhân hở chủ, khảo sát được động mạch chủ gốc, kích thước và chức năng thất trái
- Doppler: Thể tích vòng hở, phân số hở, diện tích lỗ hở

4. Chụp xạ hình hoặc chụp cộng hưởng từ.

5. Thông tim thăm dò huyết động.

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Điều trị nội khoa:

Bao gồm:

- Phòng ngừa thấp tim
- Phòng ngừa viêm nội tâm mạc nhiễm trùng
- Điều trị suy tim khi bệnh nhân chưa phẫu thuật:
- Digitalis (Digoxine)
- Lợi tiểu (Furosemid, Spironolatone)
- Thuốc giãn mạch: Nhóm ức chế men chuyển và nitrate và thuốc ức chế calci.

2. Điều trị ngoại khoa:

- Phẫu thuật thay van: Hở van ĐMC nặng có triệu chứng cơ năng NYHA III hoặc IV, chức năng thất trái bảo tồn (PSTM lúc nghỉ trên hoặc bằng 50%) ./.

---@---

VIÊM NỘI TÂM MẠC NHIỄM KHUẨN (VNTMNK)

1. CHẨN ĐOÁN:

1.1. <u>Chẩn đoán xác định</u>:

- 2 tiêu chuẩn chính, hoặc 1 tiêu chuẩn chính kèm 3 tiêu chuẩn phụ, hoặc 5 tiêu chuẩn phụ.

1.1.1. Tiêu chuẩn chính:

1) Phân lập được Streptococcus viridans, S. Bovis, nhóm HACEK, hoặc (khi không thấy ổ nhiễm trùng) phân lập được Staphylococcus aureus, Enterococcus trong 2 mẫu máu riêng biệt hoặc phân lập được vi trùng phù hợp với VNTM ở (1) 2 mẫu máu cách ≥ 12 giờ hoặc (2) cả 3 hay trên 3 mẫu máu mà mẫu đầu và mẫu cuối cách ≥ 1 giờ.

2) Siêu âm tim thấy mảnh sùi lúc lắc (di động) hoặc áp xe, hoặc mới hở một phần van nhân tạo, hoặc hở van tự nhiên mới có.

1.1.2. Tiêu chuẩn phụ:

1) Có tổn thương dễ gây VNTMNK hoặc người ghiền ma túy.

2) Sốt ≥ 38^0C.

3) Thuyên tắc động mạch lớn, nhồi máu phổi nhiễm trùng, túi phình mycotic, xuất huyết nội sọ, xuất huyết niêm mạc mắt, tổn thương Janeway.

4) Viêm vi cầu thận, nốt Osler, vết Roth, yếu tố thấp.

5) Cấy máu dương tính nhưng không đủ là tiêu chuẩn chính, hoặc bằng chứng huyết thanh học của nhiễm trùng đang hoạt động tương ứng với vi khuẩn thường gây VNTMNK.

6) Siêu âm tim nghi ngờ nhưng không đủ là tiêu chuẩn chính.

1.2. <u>Nghi ngờ VNTMNK</u> (không đủ tiêu chuẩn xác định cũng không thể loại trừ):

- Một chính và một phụ, hoặc
- Ba phụ.

1.3. <u>Loại trừ VNTMNK</u>:

- Khẳng định một chẩn đoán khác, hoặc
- Khỏi sau 4 ngày điều trị kháng sinh, hoặc
- Sinh thiết hoặc tử thiết không thấy bằng chứng bệnh, hoặc
- Không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán như trên.

2. ĐIỀU TRỊ:

2.1. <u>Điều trị nội khoa:</u>

2.1.1. Kháng sinh trị liệu theo kinh nghiệm khi chưa có kết quả cấy máu:

- Dựa vào hiện diện có hay không có van tim nhân tạo và diễn tiến bệnh.

1. Không có van tim nhân tạo:

- Viêm nội tâm mạc bán cấp: Vi khuẩn: Streptococcus viridian, Streptococcus bovis, Enterococcus.

* Ampicillin (hoặc Amoxicillin) 200mg/ Kg/ ngày × 6 lần hoặc Penicillin G 400.000 UI/ Kg/ ngày × 6 lần + Gentamycin 1mg/ kg/ 8 giờ

- Nếu dị ứng với Penicillin: Thay thế Ampicillin, Penicillin G bằng Vancomycin 30mg/ Kg/ ngày × 2-3 lần truyền tĩnh mạch chậm

2. Không có van tim nhân tạo:

- Viêm nội tâm mạc cấp: Vi khuẩn *Staphylococcus aureus*

* Oxacillin 150 – 200mg/Kg/ ngày X 6 lần tiêm tĩnh mạch + Gentamycine 1mg/ Kg/8 giờ.

* Nếu dị ứng với Oxacillin, Penicillin thay thế bằng Vancomycin 30mg/ Kg/ ngày X 2-3 lần .

3. Có van tim nhân tạo:

- Vi khuẩn *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*, trực khuẩn gram âm Diphthezoids hoặc nấm trong 12 tháng đầu sau phẫu thuật thay van.

- Streptococcus, Staphylococcus epidermidis, Staphylococcus aureus sau 12 tháng từ lúc thay van hoặc nhóm HACEK.

* Vancomycin 30mg/Kg/ ngày X 2-3 lần + Aminoglycoside + Cephalosporine thế hệ thứ 3.

2.1.2. Kháng sinh đặc hiệu:

a. Cấy máu dương tính:

Streptococci nhạy cảm Penicilline có MICs ≤ 0.12µg/ml: Phác đồ A: Penicilline *G* 12-18 triệu đơn vị/ngày TM mỗi 4 giờ x 4 tuần Phác đồ B: Penicilline giống phác đồ A kèm Gentamycin 1mg/kg TM mỗi 8 giờ x 2 tuần Phác đồ C: Ceftriaxone 2g/ngày TM hoặc TB 1 lần x 4 tuần Phác đồ D: Vancomycin 15mg/kg TM mỗi 12 giờ x 4 tuần. (Vanco chỉ dùng ở bn không dung nạp PNC hoặc Ceftri).
Streptococci nhạy cảm Penicilline với 0.12µg/ml < MICs ≤ 0.5µg/ml: Phác đồ E: Penicilline 24 triệu đơn vị/ngày chia 4-6 lần TM x 4 tuần hoặc Ceftriaxone 2g/ngày TM hoặc TB 1 lần x 4 tuần Kèm Gentamycin 1mg/kg TM mỗi 8 giờ x 2 tuần Hoặc phác đồ D nếu bệnh nhân dị ứng với PNC.
Enterococci hoặc Streptococci nhạy cảm Penicilline ở MICs > 0.5µg/ml hoặc S. Viridans đã biến đổi dinh dưỡng: Phác đồ F: Penicilline 18-30 triệu đơn vị/ngày hoặc Ampicilline 12g/ngày chia ra TM mỗi 4 giờ Kèm Gentamycin 1mg/kg TM mỗi 8 giờ. Cả 2 dùng trong 4-6 tuần. Phác đồ G: Vancomycin 15mg/kg TM mỗi 12 giờ kèm Gentamycin như phác đồ F. Cả 2 dùng 4-6 tuần.

Staphylococci nhạy Methicilline trên van tự nhiên: Phác đồ H: *Nafcillin* hoặc *Oxacillin* 2g TM mỗi 4 giờ x 6 tuần (VNTM có biến chứng) và 2 tuần (VNTM tim phải không biến chứng). kèm *Gentamycin* 1mg/kg TM mỗi 8 giờ x 3-5 ngày. Phác đồ I: *Cephazolin* 6g/24h chia 3 lần TM x 6 tuần kèm *Gentamycin* giống phác đồ H. Phác đồ J: *Vancomycin* 15mg/kg TM mỗi 12 giờ x 6 tuần kèm *Gentamycin* giống phác đồ H.
***Staphylococci* kháng Methicillin hoặc *Corynebacterium* trên van tự nhiên:** Phác đồ K: *Vancomycin* giống phác đồ J Kèm hoặc không *Gentamycin* giống phác đồ H (Staphylococci) Kéo dài Gentamycin 4-6 tuần đối với Corynebacterium.
Các vi khuẩn trên đối với van nhân tạo: - *Streptococci hoặc Enterococci*: Phác đồ F hoặc G - *Streptococci* nhạy Methicilline: Phác đồ H, I, hoặc J trong 6-8 tuần, với Gentamycin trong 2 tuần và Rifamycine 300mg (u) mỗi 8 giờ trong suốt quá trình điều trị. - *Staphylococci* kháng Methicilline: Phác đồ J trong 6-8 tuần, với Gentamycin trong 2 tuần và Rifamycine 300mg (u) mỗi 8 giờ trong suốt quá trình điều trị.
Nhóm HACEK: Phác đồ L: dùng phác đồ C.

b. Các vi sinh vật hiếm gặp:

- Họ Enterobacteriaceae (*E. Coli, Klebsiella, Enterobacter, Proteus*): phối hợp 1 cephalosporin thế hệ 3 hoặc imipenem với 1 aminoglycoside, thời gian 4-6 tuần.
- *Pseudomonas aeruginosa*: phối hợp ceftazidime hoặc imipenem với 1 aminoglycoside, thời gian 6 tuần. Thường phải phối hợp phẫu thuật tim vì vi khuẩn này đáp ứng kém với kháng sinh và gây phá hủy van nhiều.
- Nấm: phẫu thuật tim cắt bỏ sùi và thay van, kết hợp amphotericin B TTM (khởi đầu 0.5mg/kg/ngày tăng dần đến 1mg/kg/ngày) thời gian 6-8 tuần.

c. Cấy máu âm tính:

- Bệnh có diễn tiến bán cấp: Ampicillin liều cao + gentamycin
- Bệnh có diễn tiến cấp hoặc van nhân tạo phối hợp thêm vancomycin

Nếu BN hết sốt sau 1 tuần thì dùng tiếp kháng sinh đủ 4 tuần, nếu đáp ứng kém với kháng sinh phải xét chỉ định phẫu thuật.

d. Các điều trị khác:

- Điều trị đường vào: Điều trị răng cho KS trước, dẫn lưu viêm xoang, cắt bỏ áp xe da.

- Điều trị biến chứng:

+ Chống đông: Dùng heparin trong trường hợp van cơ học, viêm tĩnh mạch chi dưới…

+ Điều trị suy tim trái

+ Rung nhĩ mới xuất hiện: Digitalis + Heparin

+ VNTM van cơ học: ngưng kháng vitamin K, dùng heparin

+ Tai biến mạch não: Chụp cắt lớp não xem tắc mạch hay xuất huyết não để quyết định tiếp tục dùng hay ngưng kháng đông.

đ. Theo dõi đáp ứng với điều trị:

- Sốt, tình trạng toàn thân, suy tim
- Xét nghiệm VS, CRP, cấy máu, siêu âm tim
- Tiêu chuẩn khỏi bệnh tốt nhất là không tái phát sau khi ngừng kháng sinh.

2.2. <u>Điều trị ngoại khoa</u>:

2.2.1. Chỉ định tuyệt đối:

- Suy tim vừa đến nặng do rối loạn hoạt động của van tim (hở van cấp do thủng hay rách van, tắc van hai lá bởi sùi lớn)
- Van nhân tạo không ổn định
- Nhiễm trùng không kiểm soát được bằng kháng sinh
- VNTMNK trên van nhân tạo tái phát sau khi đã dùng kháng sinh trị liệu tối ưu.

2.2.2. Chỉ định tương đối:

- Nhiễm trùng xâm lấn quanh van
- VNTMNK tái phát sau khi đã dùng kháng sinh trị liệu tối ưu (trên van tự nhiên)
- VNTMNK cấy máu (-) và có sốt kéo dài (≥ 10 ngày)
- Sùi lớn > 10mm

2.2.3. Thời điểm phẫu thuật:

- Lý tưởng dùng kháng sinh 10 ngày trước khi phẫu thuật, dù vậy ngoại khoa không được chậm trễ ở BN có tình trạng nặng (nên cho kháng sinh có tác dụng tối ưu 24-72 giờ trước phẫu thuật).

3. TIÊN LƯỢNG:

Các yếu tố tiên lượng xấu là:

- Tác nhân gây bệnh không phải Streptococci
- Xuất hiện suy tim
- Tổn thương van động mạch chủ
- Nhiễm trùng van nhân tạo
- Tuổi già
- Có áp xe cơ tim hay áp xe vòng van

4. PHÒNG BỆNH:

4.1. Tăng cường vệ sinh, phòng nhiễm trùng huyết:

- Chú trọng vệ sinh răng miệng, tai mũi họng, tiết niệu-sinh dục
- Điều trị các ổ nhiễm trùng ngay khi xuất hiện triệu chứng lâm sàng
- Kháng sinh dự phòng trước các thủ thuật ở BN tim có nguy cơ cao

4.2. Khuyến cáo của AHA 7/2007:

- VNTM do nhiễm khuẩn huyết từ động tác vệ sinh hàng ngày hay gặp hơn do thủ thuật.

- Kháng sinh cũng chỉ phòng được một số rất ít VNTM.
- Nguy cơ có tác dụng phụ do kháng sinh vượt quá lợi ích của việc phòng VNTM.
- Kháng sinh dự phòng chỉ dùng cho BN ở nguy cơ rất cao. Khuyến cáo chỉ dùng cho các thủ thuật răng miệng hoặc thủng niêm mạc miệng (bao gồm cả đường hô hấp).

4.3. Bệnh tim có nguy cơ rất cao mắc VNTM:

- Van tim nhân tạo
- Tiền sử VNTM
- Bệnh tim bẩm sinh:
  + BTBS tím chưa được mổ sửa toàn bộ kể cả đã chữa tạm thời.
  + 6 tháng đầu sau phẫu thuật hoặc can thiệp bệnh tim bẩm sinh có dùng vật liệu y khoa.
  + Bệnh tim bẩm sinh đã sửa nhưng có shunt tồn lưu ngăn cản quá trình nội mạc hóa dụng cụ y khoa.

4.4. Kháng sinh dự phòng VNTM:

A. Khuyến cáo chung:
Amoxicillin 2g uống 1 giờ trước thủ thuật

B. BN không thể uống:
Ampicillin 2g TM hoặc TB trong vòng 1 giờ trước thủ thuật

C. Dị ứng Penicillin:
1) Clarithromycin hoặc Azithromycin 500mg uống 1 giờ trước thủ thuật
2) Cephalexin* 2g uống 1 giờ trước thủ thuật
3) Clindamycin 600mg uống 1 giờ trước thủ thuật

D. Dị ứng Penicillin và không thể uống:
1) Cefazolin* hoặc Ceftriaxone* 1g TM hoặc TB 30 phút trước thủ thuật
2) Clindamycin 600mg TM hoặc TB 1 giờ trước thủ thuật.

***** Không dùng Cephalosporin ở BN quá mẫn tức thì với penicillin (mề đay, phù mạch, phản vệ).

Tài liệu tham khảo:
1. Phạm Nguyễn Vinh, Bệnh Học Tim Mạch, Tập I, NXB Y học, 2003
2. Phạm Nguyễn Vinh, Siêu Âm Tim và Bệnh Lý Tim Mạch, Tập II, NXB Y học, 2006
3. Khuyến cáo 2008 về các Bệnh Lý Tim Mạch và Chuyển Hóa, NXB Y học, 2008
4. Harrison's Manual of Medicine, 17th edition, 2009./.

CHOÁNG TIM

I. Chẩn đoán xác định:

1. Gọi là choáng tim khi HA tâm thu < 90 mmHg trong ít nhất 1 giờ và:

- Không đáp ứng với truyền dịch đơn thuần
- Là hậu quả của rối loạn chức năng tim, hoặc
- Có kết hợp với những dấu hiệu giảm tưới máu cơ quan (da ẩm lạnh, thay đổi tri giác, lưu lượng nước tiểu < 30 mml / giờ)

2. Những bệnh nhân sau đây cũng được xác định là có choáng tim:

- BN có HA tâm thu tăng trên HA > 90 mmHg trong vòng 1 giờ sau khi truyền thuốc tăng co bóp, và:
- BN tử vong trong vòng 1 giờ sau khi tụt HA nhưng thỏa mãn những tiêu chuẩn chẩn đoán choáng tim khác.

II. Chẩn đoán nguyên nhân:

- Nhồi máu cơ tim (NMCT) lần đầu tiên với vùng nhồi máu có kích thước rộng.
- NMCT tái phát với vùng nhồi máu nhỏ trên nền một nhồi máu cũ có kích thước rộng (hiện tượng giọt nước làm tràn ly)
- Có biến chứng cơ học của NMCT (thủng vách liên thất, sa van 2 lá cấp, vỡ thành tự do thất trái)
- NMCT thất phải dù không có rối loạn chức năng thất trái nặng đi kèm.
- Rối loạn nhịp nhanh hoặc nhịp chậm, tại thất hoặc trên thất, nặng và dai dẳng, thường là trên nền rối loạn chức năng thất trái.
- Bệnh lý van tim nặng như hẹp van động mạch chủ nặng.
- Giai đoạn cuối của suy tim mãn do mọi nguyên nhân (bệnh tim thiếu máu cục bộ, bệnh van tim hậu thấp, bệnh cơ tim dãn nở…)

III. Chẩn đoán phân biệt:

- Chèn ép tim cấp
- Thuyên tắc phổi nặng
- Tăng áp động mạch phổi nặng
- Các loại choáng khác: Choáng nhiễm trùng, choáng giảm thể tích, choáng phản vệ…

IV. Các cận lâm sàng cần thực hiện:

- Cận lâm sàng thường quy.
- Men tim CK-MB, Troponin-T.

V. Điều trị:

1. Điều trị nâng đỡ:

1.1 Oxy liệu pháp:

- Cho bệnh nhân thở Oxy qua sond mũi hoặc qua mặt nạ. Nếu bệnh nhân bị giảm SpO_2 nặng không đáp ứng với với oxy lưu lượng cao qua mặt nạ hoặc bị toan hô hấp nặng → đặt nội khí quản cho thở máy.

1.2. Truyền thuốc vận mạch, tăng co bóp (phụ lục 3,4):

- *Dopamine: 5-15 mcg/kg/phút (nếu HA tâm thu = 70-100mmHg)*
- Noradrenaline: 2-20 mcg/phút (nếu HA tâm thu < 70mmHg
- Có thể phối hợp Dopamine với Dobutamine (2-20 mcg/kg/phút)

1.3. Bù dịch:

- Trong NMCT cấp thất phải, duy trì tiền tải thất phải tối ưu rất quan trọng nên phải truyền dung dịch NaCl 0.9% để làm tăng tiền tải thất phải và cung lượng tim, truyền cho đến khi CVP = 10-12 CmH_20.

2. Điều trị nguyên nhân:

Nếu nguyên nhân gây choáng tim không được điều trị hoặc điều trị không hiệu quả, tỉ lệ tử vong 70-100%. Do đó để hạ thấp tỉ lệ tử vong, cần nhanh chóng xác định và điều trị nguyên nhân gây choáng tim một cách hiệu quả.

2.1. Thuốc tiêu sợi huyết trong nhồi máu cơ tim cấp:

a) Chỉ định nhóm I:

- Nếu không có chống chỉ định, nên sử dụng thuốc tiêu sợi huyết cho những bệnh nhân có biểu hiện đau thắt ngực trong vòng 3 giờ kể từ lúc khởi phát, có kèm theo biểu hiện đoạn ST chênh lên và hoặc là biểu hiện block nhánh trái mới xuất hiện trên ECG.

b) Chỉ định nhóm IIa:

- Nếu không có chống chỉ định, nên sử dụng thuốc tiêu sợi huyết cho những bệnh nhân có biểu hiện đau thắt ngực trong vòng 3-12 giờ kể từ lúc khởi phát, có kèm theo biểu hiện đoạn ST chênh lên và, hoặc biểu hiện block nhánh trái mới trên ECG.

- Muốn đạt hiệu quả tối ưu, phải dùng thuốc tiêu sợi huyết càng sớm càng tốt dựa trên những tiêu chuẩn về ECG mà không cần đợi các kết quả về men tim.

c) Thuốc tiêu sợi huyết đang sử dụng tại khoa:

- Streptokinase.

- Cách sử dụng: 1.500.000 UI / lọ pha trong 100ml dd NaCl 0.9% TTM XXX giọt/ phút.

2.2. Tái thông mạch vành bằng can thiệp qua da hoặc mổ bắc cầu:

- Thực hiện ở những bệnh viện lớn đủ điều kiện

- Phương pháp này được khuyến cáo cho những bệnh nhân dưới 75 tuổi bị NMCT cấp với ST chênh lên (hoặc block nhánh trái) bị choáng tim .

2.3. Phẩu thuật sửa chữa các biến chứng cơ học do NMCT:

- Thực hiện ở những trung tâm lớn có đủ phương tiện.

- Hở van 2 lá cấp do đứt cơ trụ và thủng vách liên thất trong bệnh cảnh choáng thật sự là một trường hợp khẩn cấp. Điều trị duy nhất có hiệu quả là phẩu thuật khẩn để sửa chữa tổn thương. Cần nhanh chóng phẫu thuật ngay sau khi xác định chẩn đoán .

- Bệnh nhân vỡ thành tự do thất trái hiếm khi sống sót nếu lỗ thủng lớn gây ra choáng và chèn ép tim cấp. Phẫu thuật khẩn vá lỗ thủng là biện pháp duy nhất có thể cứu sống bệnh nhân.

VI. Tiên lượng:

- Tiên lượng của những bệnh nhân NMCT có choáng tim có cải thiện hơn kể từ khi có các biện pháp can thiệp tái thông cấp cứu. Tỉ lệ sống còn từ dưới 30 % ở các bệnh nhân điều trị nội khoa đã tăng lên 60-80 % ở các bệnh nhân tái thông thành công. Mặc dù vậy choáng tim vẫn còn là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở bệnh nhân NMCT cấp.

Tài liệu tham khảo;

- Choáng tim- Hồi sức cấp cứu nội khoa- ĐHYD TPHCM-2004.
- Khuyến cáo 2008 về các bệnh lý tim mạch và chuyển hóa của Hội tim mạch học Việt Nam.
- Current Diagnosis & Treatment in Cardiology (Sách dịch của BS Nguyễn Thanh Hiền – BV 115 – Quyển I)./.

---@---

ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC CHỐNG ĐÔNG TRONG BỆNH LÝ TIM MẠCH

Một số thuật ngữ:
- Heparine KPĐ = *Heparin không phân đọan.*
- Heparine TLPT = *Heparin trọng lượng phân tử thấp.*
- INR *(International Normalized Ratio)* = (PT bệnh nhân / trung bình của PT bình thường)^{ISI} , *với ISI (International Sensitivity Index) là độ nhạy của lô thromboplastin được dùng so với thromboplastin chuẩn của WHO có ISI = 1 (ISI của mỗi lô thromboplastin do nhà sản xuất cung cấp).*
- Thuốc KVK = *Thuốc kháng vitamin K. Trong đó có 2 nhóm Warfarin và Dicoumarol (biệt dược Sintrom)*
- Thuốc ức chế trực tiếp trombin: Dabigatran (biệt dược: Pradaxa)
- ĐMV = Động mạch vành.
- TDD = Tiêm dưới da.
- TTM = Tiêm tĩnh mạch.

I. Các chỉ định điều trị chống đông:

- Hội chứng mạch vành cấp
- Bệnh van tim
- Phòng ngừa huyết khối tĩnh mạch sâu
- Điều trị huyết khối tĩnh mạch sâu và thuyên tắc động mạch phổi
- Rung nhĩ không do bệnh van tim
- Xử trí khi cần phẫu thuật ngoài tim hoặc làm thủ thuật xâm nhập cho BN phải điều trị chống đông dài hạn
- Điều trị chống đông trong thai kỳ

II. Điều trị:

1. Điều trị chống đông trong hội chứng mạch vành cấp:

1) Hội chứng mạch vành cấp không có ST chênh lên

- Liệu pháp chống huyết khối tối ưu gồm: Aspirin + clopidogrel + heparin TLPTT (± thuốc ức chế GP IIb/IIIa cho BN nguy cơ cao cần can thiệp ĐMV qua da)

2) NMCT cấp với ST chênh lên

- Aspirin cần thiết cho mọi BN (nếu không có CCĐ)
- Heparin KPĐ TTM cần thiết cho những BN được tái lưu thông ĐMV (bằng thuốc hoặc can thiệp qua da)
- Các chứng cứ hiện có cho thấy clopidogrel + aspirin có lợi hơn aspirine đơn trị (BN có dùng thuốc tiêu huyết khối hoặc không) và enoxaparin có lợi hơn heparin KPĐ (BN có dùng thuốc tiêu huyết khối).

2. Điều trị chống đông trong bệnh van tim:

1) Hẹp van 2 lá:

Những BN hẹp van 2 lá sau đây có chỉ định điều trị dài hạn bằng thuốc KVK (INR = 2 – 3) :

- Rung nhĩ (kịch phát hoặc mạn)

- Tiền sử thuyên tắc mạch
- Huyết khối trong nhĩ trái
- Nhĩ trái ≥ 50 mm

2) Sa van 2 lá:

Thuốc KVK dài hạn (INR = 2 – 3) được chỉ định cho những BN sa van 2 lá có tiền sử đột quị và :

- Hở van 2 lá, rung nhĩ hoặc huyết khối nhĩ trái
- Có dày lá van (≥ 5 mm) trên siêu âm tim

3) Hở van 2 lá mạn:

- Thuốc KVK dài hạn (INR = 2 – 3) được chỉ định cho những BN hở van 2 lá mạn rung nhĩ hoặc có tiền sử thuyên tắc mạch.

3. Điều trị chống đông sau thay van tim nhân tạo

3.1. Ba tháng đầu sau mổ:

- Dùng thuốc KVK (INR = 2,5-3,5 đối với van cơ học và 2 -3 đối với van sinh học).

3.2. Sau 3 tháng đầu:

- Van sinh học, không YTNC : Aspirin 80-100 mg/ngày.
- Van sinh học + ít nhất 1 YTNC (rung nhĩ, EF < 30%, tiền căn huyết khối thuyên tắc mạch, tình trạng tăng đông): Dùng thuốc KVK (INR = 2-3 nếu van ĐMC và INR = 2,5-3,5 nếu van 2 lá).
- Van cơ học: Dùng thuốc KVK (INR = 2,5-3,5).

4. Phòng ngừa huyết khối tĩnh mạch sâu

- Phòng ngừa huyết khối tĩnh mạch sâu được chỉ định cho BN bị bệnh nặng (nhất là suy tim, suy hô hấp, ung thư) hay sau mổ, sau chấn thương phải nằm bất động lâu. Phòng ngừa đặc biệt cần thiết nếu BN lớn tuổi, có tình trạng tăng đông hoặc tiền sử huyết khối tĩnh mạch sâu và sau một số phẫu thuật chỉnh hình (thay khớp gối, thay khớp háng giả).
- Dùng heparin KPĐ liều thấp (5000 đơn vị x 2 /ngày TDD) hoặc heparin TLPTT TDD 1 lần /ngày. Nếu phải phòng ngừa kéo dài (ví dụ sau phẫu thuật chỉnh hình lớn), dùng thuốc KVK uống (INR = 2–3).

5. Điều trị huyết khối tĩnh mạch sâu và thuyên tắc động mạch phổi:

- Dùng heparine KPĐ liều cao TTM hoặc heparin TLPTT TDD trong ít nhất 5 ngày :
  - Enoxaparine 1 mg /kg x 2/ngày TDD
  - Fraxiparine 0,4 – 0,9 ml x 2/ngày TDD (< 50 kg: 0,4 ml; 50-59 kg: 0,5 ml; 60-69 kg: 0,6 ml; 70-79 kg: 0,7 ml; 80-89 kg: 0,8 ml; ≥ 90 kg: 0,9 ml) (1 ml chứa 9500 đv anti-Xa)
- Bắt đầu thuốc KVK uống cùng lúc với heparin, dùng song song 2 thuốc và ngưng heparin khi nào INR đạt mức ổn định và > 2,0.
- Thời gian dùng KVK :
  - Huyết khối tĩnh mạch sâu hoặc thuyên tắc ĐMP lần đầu do một nguyên nhân có thể đảo ngược: Dùng KVK 3 tháng (INR = 2–3)
  - Huyết khối tĩnh mạch sâu hoặc thuyên tắc động mạch phổi vô căn: Dùng thuốc KVK 6–12 tháng (INR = 2–3).

6. Điều trị chống đông trong rung nhĩ không do bệnh van tim (ACC/AHA/ESC 2006):

6.1. Các yếu tố nguy cơ của đột quỵ và thuyên tắc mạch hệ thống ở BN rung nhĩ không do bệnh van tim: CHADS2

- Cardiac failure = suy tim hoặc EF < 35%
- Hypertension = tăng HA
- Age = tuổi > 75
- Diabetes = đái tháo đường
- Stroke = tiền sử đột quỵ hoặc cơn thoáng thiếu máu não (có tầm quan trọng gấp 2 các YTNC khác)

6.2. Nếu BN có 1 trong số các YTNC kể trên (trừ tiền sử đột quị), có thể chọn lựa giữa aspirin 81–325 mg/ngày hoặc thuốc KVK (INR = 2–3)

6.3. Nếu BN có tiền sử đột quị hoặc cơn thoáng thiếu máu não hoặc có nhiều hơn 1 YTNC trong số các YTNC còn lại: Dùng thuốc KVK (INR= 2–3) hoặc thuốc ức chế trực tiếp trombin.

7. Xử trí khi cần phẫu thuật ngoài tim hoặc làm thủ thuật xâm nhập cho BN phải điều trị chống đông dài hạn:

7.1. Phẫu thuật khẩn cho BN đang dùng thuốc KVK: Truyền huyết tương tươi đông lạnh để điều chỉnh đông máu.

7.2. Phẫu thuật chương trình:

- Phác đồ thông thường: ngưng KVK 72 giờ trước mổ. Khi INR giảm $\leq$1,5 có thể mổ an toàn.
- Trường hợp BN nguy cơ cao: Cho BN nhập viện, ngưng thuốc KVK 3 ngày trước mổ, bắt đầu heparine truyền tĩnh mạch khi INR hạ xuống < 2 và ngưng heparine 6 giờ trước mổ.
- Nguy cơ cao: Huyết khối thuyên tắc mạch mới (trong vòng 1 năm trước) hoặc van nhân tạo kiểu cũ. hoặc BN có nhiều YTNC (rung nhĩ, tiền căn thuyên tắc mạch, tình trạng tăng đông, van nhân tạo cơ học, EF < 30%).
- Sau mổ cho BN uống KVK lại sớm nếu không có vấn đề chảy máu hậu phẫu, có thể ngay ngày hôm sau. Đối với BN nguy cơ cao bắt đầu heparin trong vòng 24 giờ sau mổ và tiếp tục cho đến khi BN có thể uống được thuốc KVK và INR > 2.
- Phẫu thuật, thủ thuật có nguy cơ chảy máu thấp (mổ ngoài da, mổ đục thủy tinh thể hoặc glaucoma, đánh bóng răng, trám răng): Không cần ngưng thuốc KVK trước.
- Nhổ răng: Giảm liều thuốc KVK để đạt INR = 2 - 2,5. Ngay sau đó tiếp tục thuốc KVK với liều như cũ. Nếu phải nhổ nhiều răng hoặc nhổ răng khó có thể phải ngưng thuốc KVK 2 ngày trước để tránh chảy máu nhiều và bắt đầu thuốc KVK lại ngay buổi chiều ngày nhổ răng với liều như cũ.

8. Điều trị chống đông trong thai kỳ

8.1. Trong thai kỳ có tình trạng tăng đông do :

- Tăng nồng độ các yếu tố đông máu VII, VIII, X và fibrinogen, đề kháng với protein S và giảm nồng độ protein C.
- Giảm hoạt tính tiêu fibrine do tăng PAI-1 & 2.

8.2. Lợi và hại của heparin và thuốc KVK trong thai kỳ :

- Thuốc KVK đi qua nhau thai, có thể gây xảy thai và dị dạng thai nhi. Tần suất dị dạng thai nhi (dị dạng mũi, sụn xương, cột sống, hệ TKTƯ, mắt)

đặc biệt cao nếu dùng thuốc KVK từ tuần 6 đến tuần 12 của thai kỳ. Thuốc KVK tương đối an toàn trong tam cá nguyệt thứ 2 và 3.

- Heparin không đi qua nhau thai, tuy nhiên khi dùng kéo dài có thể gây loãng xương và giảm tiểu cầu.

9. Điều trị thuốc chống đông trong thai kỳ ở BN mang van tim cơ học (ACC/AHA 2006):

- Đối với những phụ nữ phải uống thuốc KVK dài hạn có ý định có thai, nên theo dõi các test phát hiện thai và thảo luận với BN về liệu pháp chống đông sau đó để không phải gián đoạn liệu pháp này khi BN có thai.
- Những thai phụ mang van tim cơ học chọn ngưng thuốc KVK trong thời gian từ tuần 6-12 của thai kỳ cần được điều trị bằng heparin KPĐ TTM liên tục, heparin KPĐ hoặc heparin TLPT thấp TDD có điều chỉnh liều.
- Ở thai phụ mang van tim cơ học được điều trị bằng thuốc KVK uống, khoảng INR đích = 2,5–3,5.
- Ở thai phụ mang van tim cơ học, nên ngưng thuốc KVK và thay bằng heparin KPĐ TTM 2-3 tuần trước ngày dự sinh.
- Nên bắt đầu lại heparin 4-6 giờ sau sinh và bắt đầu lại thuốc KVK khi không có chảy máu đáng kể.
- Ở thai phụ mang van tim cơ học, nên dùng aspirin liều thấp (75 – 100 mg/ngày) trong tam cá nguyệt thứ 2 và thứ 3 thêm vào với thuốc KVK hoặc heparine./.

Tài liệu tham khảo:

1. Hồ Huỳnh Quang Trí. Điều trị chống đông trong bệnh lý tim mạch. Bài giảng siêu âm tim và bịnh lý tim mạch, 2008./.

ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

I. ĐỊNH NGHĨA :

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

II. CHẨN ĐOÁN :

1. Lâm sàng :

a. ĐTĐ type 1:

- Bắt đầu < 30 tuổi.
- Triệu chứng lâm sàng rầm rộ.
- Thể trạng bình thường hoặc gầy.
- Tiền sử gia đình có người bị đái tháo đường và/hoặc các bệnh lý tự miễn dịch khác.
- Có bệnh lý tự miễn dịch phối hợp.
- Điều trị bằng Sulfamide hạ đường huyết không có kết quả.
- Biến chứng cấp tính hay gặp là hôn mê nhiễm ceton.

b. ĐTĐ type 2:

- Người lớn > 30 tuổi .
- Triệu chứng lâm sàng không rầm rộ, phát hiện tình cờ .
- Thể trạng béo , hay gặp kiểu nam .
- Tiền sử: Ở nữ đái tháo đường thai nghén .
- Điều trị lâu dài có hiệu quả bằng chế độ ăn và sulfamide hạ đường huyết, có trường hợp cần phải kết hợp thêm insulin .

2. Cận lâm sàng:

- Cận lâm sàng thường quy.
- HbA1C.
- Albumin niệu hoặc protein niệu.

3.Tiêu chuẩn chẩn đoán :

3.1. ĐTĐ khi:

- Đường huyết khi đói >=7.8 mmol/l (>=1,26g/l) ít nhất 2 lần.
- Đường huyết làm bất kỳ thời điểm nào 2h sau ăn >=2g/l (>11,1mmol/l)

3.2. Rối loạn dung nạp đường:

- Đường huyết khi đói < 7.8 mmol/l
- Đường huyết sau OGTT 2h <=7.8 mmol/l và < 11mmol/l

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

3.4. HbA1C > 6,5%

III. ĐIỀU TRỊ:

A. Chế độ dinh dưỡng:

1. Chế độ ăn hợp lý:

Nguyên tắc:

- Đủ năng lượng, đủ thành phần cân đối.

- Phù hợp với tập quán ăn uống theo địa dư, dân tộc, của từng gia đình.
- Bữa ăn phù hợp, không làm tăng đường máu nhiều sau ăn.

Nên tránh:

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

2. Vận động thể lực :

- Chế độ luyện tập phai phù hợp tuổi, sức khoẻ va sở thích.

3. Giáo dục bệnh nhân :

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

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

B. Các thuốc điều trị:

1. Insulin:

1.1. Chỉ định:

- ĐTĐ type 1.
- ĐTĐ type 2 khi có:

+ Nhiễm khuẩn nặng
+ Cần phải phẫu thuật.
+ Khi thuốc uống không đủ tác dụng làm hạ đường huyết.
+ Có thai.
+ Suy gan, suy thận nặng.
+ Các trường hợp cấp cứu .

1.2. Liều dùng :

- ĐTĐ type 1: Liều cần thiết từ 0,5 – 1,0 đơn vị /kg.
- ĐTĐ type 2: **L**iều khởi đầu từ 0.2 - 0.4 đơn vị/kg.
- Liều insulin nền 0,1 – 0,2 đơn vị / kg .
- Lưu ý :

+ Khi thay đổi từ phác đồ này sang phác đồ khác cần kiểm tra đường huyết chặc chẽ để tránh biến chứng hạ đường huyết.
+ Một liều đã cho nên giữ 2 - 3 ngày.
+ Căn cứ vào mức đường huyết mà tăng giảm liều, mỗi lần tăng 2-4 đv.
+ Không cho quá 40 đơn vị cho một lần tiêm.
+ Đối với phác đồ 4 mũi tiêm thì cần cho liều cao váo 2 bữa ăn chính, liều thấp vào bữa điểm tâm và lúc đi ngủ.
+ Cẩn thận tiêm nhiều mũi tiêm cho người già cô đơn, kém linh hoạt.
+ Không được dùng insulin tác dụng nhanh trước khi đi ngủ.

1.3. Cách tiêm:

+ Tiêm dưới da là chủ yếu, vị trí tiêm: Cánh tay, đùi, da bụng xung quanh rốn, nên thay đổi vị trí tiêm hằng ngày.
+ Tiêm tĩnh mạch chỉ dùng khi cấp cứu.

1.4. Biến chứng của Insulin:

+ Hạ đường huyết.

+ Hiệu ứng Somogyi.
+ Loạn dưỡng mỡ do Insulin.
+ Kháng Insulin.
+ Dị ứng.

1.5. Các loại insulin:

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

1.6. Các phác đồ điều trị bằng insulin:

- Đa số đáp ứng với phác đồ 1-2 mũi tiêm/ngày, nên sử dụng insulin hổn hợp (mixtard 30/70) hay insulin bán chậm vào 2 bữa ăn sang và tối.
- Khi thất bại với phác đồ trên thì chuyển sang:

+ Tiêm 3 lần/ngày bao gồm 2 mũi insulin tác dụng nhanh và 1 mũi insulin bán chậm, hoặc 1 mũi insulin tác dụng nhanh và 2 mũi insulin bán chậm.

+ Tiêm 4 lần/ngày bao gồm 3 mũi insulin tác dụng nhanh và 1 mũi insulin bán chậm.

2. Thuốc uống giảm đường huyết:

2.1. Chỉ định:

- ĐTĐ type 2 nhất là bệnh nhân thừa cân hay béo phì.

2.2. Các thuốc uống:

- Sulfamid hạ đường huyết (Gliclazid, Glimépirid, Gliburid)
- Biguanid (Metfomin)
- Glucosidase (Acarboz, Miglitol)
- Thiazolinedione (Pioglitazone, Rosiglitazone)
- Benfluorex (Metdiator).
- Meglitinid (Analogs).

2.3. Liều dùng:

Thuốc	Hàm lượng	Liều hằng ngày	Thời gian tác dụng
SULFONYLURE			
- Gliburid, Glibenclamid	1.25; 2.5; 5mg	1,25-20mg uống 1-2 lần	đến 24h
- Gliclazid (Diamicron, Predian)	80mg	80 - 320mg chia 2-3 lần	đến 24h
- Gliclazid MR (Diamicron MR)	30mg	30-120mg uống 1 lần	đến 24h
- Glimépirid (Amaryl)	1; 2; 4mg	1-4mg uống 1-2 lần	đến 24h
MEGLITINID (Analogs) - Repaglinig (NOVO Norm)	0.5 – 1.2mg	4mg chia làm 2 lần uống 15 phút trước bửa điểm tâm và ăn tối.	3h
BIGUANID - Metformin (Glucophage, Brot, Fordia)	500; 850; 1.000mg	1 – 2g uống sau mỗi bửa ăn 1v/1lần	7 – 12h

THIAZOLIDINDIONE - Rosidlitazone (Avandia) - Pioglitazone	 2, 4, 8 mg 15, 30, 45 mg	 4-8mg uống 1 hoặc chia 2lần 15-45 mg uống 1lần	 24-30h 30h
Ức chế và Glucosidaz Acarboz	50, 100 mg	75-300mg chi làm 3lần lúc bắt đầu ăn.	4h

2.4. Chống chỉ định và tác dụng phụ:

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

3. Mục tiêu điều trị :

1. Gluco máu gần bình thường:
   - HbA_1C < 6.5%
   - Glycémie đói 90-126mg/dl (5.0- 7.8mmol/l)
   - Đỉnh glycémie sau ăn < 180mg/dl (10.6 mmol/l)
2. Huyết áp <130/8 mmHg
3. Lipid huyết thanh:
   - LDL-C < 100mg/dl (< 2.6 mmol/l)
   - Triglicérid <150mg/dl (< 1.7 mmol/l)
   - HDL-C > 400mg/dl (> 10.3 mmol/l)

Tài liệu tham khảo:

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

---@---

VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG

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

I. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN:

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

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

II. TIÊU CHUẨN PHÂN LOẠI NẶNG:

Phân loại ngay khi nhập viện. Bệnh nhân sẽ được phân loại nặng theo các tiêu chuẩn sau:

1. Tuổi trên 65.
2. Giảm tri giác mới xuất hiện: Ý thức u ám, nói chuyện lẫn lộn, tiểu không tự chủ.
3. Nhịp thở nhanh trên 30 lần/phút và hoặc SpO2 < 90% (FiO2=21%).
4. Huyết áp tối đa <90mmHg.

Phân loại:

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

III. CÁC TIÊU CHUẨN NGHI NGỜ NHIỄM KHUẨN ĐẶC BIỆT (TRỰC KHUẨN GRAM ÂM, PSEUDOMONAS SP) VÀ KHÁNG THUỐC:

Xác định ngay khi nhập viện.

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

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

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

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

IV. CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ NẶNG KẾT HỢP:

Xác định trong vòng 12- 24 giờ:

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

- Yếu tố II: Suy gan (Men gan tăng, Bilirubin tăng, Protid giảm).
- Yếu tố III: Suy tim (Tiền sử có bệnh tim mạch hay bệnh phổi là nguy cơ gây suy tim, khó thở, bệnh cảnh suy tim hoặc EF < 40%).
- Yếu tố IV: Suy dưỡng (bệnh cảnh suy dưỡng và / hoặc Albumin máu < 35g/l).

V. PHÂN LOẠI THỰC HIỆN XÉT NGHIỆM:

Thực hiện xét nghiệm ngay khi nhập viện:

Bệnh nhân nhóm 1 (XN 1)	Bệnh nhân nhóm 2 (XN 2)	Bệnh nhân nhóm 3 (XN 3)
- Xquang ngực thẳng. - Công thức máu - Sinh hóa máu (Glucose, creatinin, urê, protide, Na+, K+) - Cấy máu và đàm (*) (Nếu có A-D). - Các xét nghiệm khác nếu nghi ngờ có bệnh lý khác kết hợp.	- Xquang ngực thẳng. - Công thức máu - Sinh hóa máu (Glucose, creatinin, urê, protide, Na+, K+) - CRP. - ECG. - Khí máu (nếu SpO2<90%). - Cấy máu và đàm (*) (nếu có A-D). - Các xét nghiệm khác nếu nghi ngờ có bệnh lý khác kết hợp.	- Xquang ngực thẳng. - Công thức máu - Sinh hóa máu (SGOT, SGPT, Bilirubin, Glucose, creatinin, urê, protide, Na+, K+). - CRP. - ECG. - Khí máu (nếu SpO2<90%). - Cấy máu và đàm (*) (nếu có A-D). - Các xét nghiệm khác nếu nghi ngờ có bệnh lý khác kết hợp.

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

VI. PHÂN LOẠI Y LỆNH THEO DÕI:

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

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

VII. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

1. Lao phổi:

- Ho dai dẳng, có thể ho ra máu, sốt nhẹ về chiều, gầy sút.

- Tổn thương trên phim chụp X-quang phổi chủ yếu là những nốt mờ thâm nhiễm vùng hạ đòn 2 bên, có thể thấy hình hang. Số ít trường hợp tổn thương dưới dạng đám mờ hoặc thậm chí hình tam giác với đáy quay ra ngoài giống viêm phổi.

- Chẩn đoán xác định bằng việc tìm thấy trực khuẩn lao trong đàm hoặc dịch phế quản. Ngoài ra có thể căn cứ vào phản ứng khuếch đại chuỗi (PCR) với trực khuẩn lao. Phản ứng Mantoux dương tính mạnh có giá trị gợi ý. Bệnh nhân không đáp ứng với điều trị kháng sinh thông thường.

2. Tràn dịch màng phổi:

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

3. Nhồi máu phổi:

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

4. Ung thư phổi:

- Nghỉ đến ung thư phổi khi có ho ra đàm lẫn máu nhất là ở người trên 50 tuổi nghiện thuốc lá.

- Có thể tiến hành ngay việc soi phế quản, chụp CT- Scanner lồng ngực những trường hợp nghi ngờ hoặc sau khi điều trị hết nhiễm khuẩn nhưng tổn thương phổi vẫn còn tồn tại trên 1,5 tháng hoặc viêm phổi tái phát ở cùng một khu vực.

5. Dãn phế quản bội nhiễm:

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

VIII. ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc chung:

- Xử trí tùy theo mức độ nặng: Cần tuân thủ trình tự theo sơ đồ một.
- Lựa chọn kháng sinh theo căn nguyên gây bệnh nhưng ban đầu thường theo kinh nghiệm lâm sàng trước khi có kháng sinh đồ, yếu tố dịch tễ, mức độ nặng của bệnh, tuổi bệnh nhân, các bệnh kèm theo, các tương tác, tác dụng phụ của thuốc. Khi có kết quả kháng sinh đồ thì phải điều trị theo kháng sinh đồ .

- Thời gian dùng kháng sinh: Từ 7-10 ngày nếu do các tác nhân không điển hình.

- Điều trị triệu chứng nếu cần:

+ Giảm đau, hạ sốt bằng Paracetamol 0.5gx4 lần/ngày nếu sốt > 38^0C.

+ Bồi phụ nước, điện giải. Vitamin B1, B6 liều cao cho người nghiện rượu.

+ Đảm bảo dinh dưỡng, cung cấp đủ oxy.

2. Điều trị:

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

IX. SƠ ĐỒ XỬ TRÍ:

<table>
<tr><td colspan="3">Viêm phổi cộng đồng? Đến khám bệnh.</td></tr>
<tr><td colspan="3">▼</td></tr>
<tr><td colspan="3">Chẩn đoán (+) VPCĐ (khi có 3 trong 4 tiêu chuẩn chẩn đoán)</td></tr>
<tr><td colspan="3">▼</td></tr>
<tr><td colspan="3">- Xếp loại mức độ nặng: Nhóm 1,2,3.
- Xác định có hay không có yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn đặc biệt A, B, C, D.</td></tr>
<tr><td>▼</td><td>▼</td><td>▼</td></tr>
<tr><td>- BN nhóm 1(+/- A-D)
Nên điều trị ngoại trú.
Nếu cần nhập viện: XN1, TD1 PĐ 1 (hoặc PĐ1+ và xét ghiệm vi trùng học nếu có A-D)</td><td>- BN nhóm 2 (+/- A-D)
Cần nhập viện.
XN2, TD2, PĐ 2 (hoặc PĐ2+ và xét nghiệm vi trùng học nếu có A-D)</td><td>- BN nhóm 3 (+/- A-D)
Xem xét khả năng nhập ICU.XN3, TD3, PĐ3 (hoặc PĐ3 + và xét nghiệm vi trùng học).</td></tr>
<tr><td colspan="3">Trong vòng 12-24 giờ (ngày 1)</td></tr>
<tr><td colspan="3">▼</td></tr>
<tr><td colspan="3">Xác định có hay không có các yếu tố nguy cơ I-IV.
Và điều trị các yếu tố nguy cơ.</td></tr>
<tr><td colspan="3">▼</td></tr>
<tr><td colspan="3">Sau khi sử dụng kháng sinh 72 giờ (ngày 2-4)
Đánh giá hiệu quả điều trị.</td></tr>
<tr><td colspan="2">▼</td><td>▼</td></tr>
<tr><td>Tốt</td><td colspan="2">Xấu</td></tr>
<tr><td>- Giảm bậc theo dõi.
- Xem xét chuyển thuốc uống và chuyển điều trị ngoại trú.</td><td colspan="2">- Tăng bậc theo dõi.
- Xem lại chẩn đoán và điều trị các bệnh kết hợp.
- Xét nghiệm vi trùng học.
- Điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ hoặc tăng bậc.</td></tr>
<tr><td colspan="3">▼</td></tr>
<tr><td colspan="3">Tốt</td></tr>
<tr><td colspan="3">Sau 72 giờ tiếp theo (ngày 5-7) đánh giá hiệu quả điều trị.</td></tr>
</table>

X. CÁC PHÁC ĐỒ KHÁNG SINH KINH NGHIỆM:

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

a. **PĐ 1**: Amoxicillin 1g uống / mỗi 8 giờ hoặc Erythomycin 0.5g uống/ mỗi 6 giờ (hoặc Clarythomycin 0.5g uống/ mỗi 12 giờ.

PĐ 1+: Amoxicillin/a.clavulanic (td: Augmentin 1g uống mỗi 8h).

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

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

PĐ 2+: Amoxicillin/a.clavulanic (td: Augmentin 1g uống mỗi 8h)

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

c. **PĐ 3**: Ceftriaxone 2g tiêm tĩnh mạch/ngày hoặc Cefotaxime (td: Zinacef 0.75g hoặc 1.5g tiêm tĩnh mạch / mỗi 8giờ).

Kết hợp với:

- Fluoroquinolon có tác dụng với Pneumococci (td: Levofloxacin 0.5g tiêm tĩnh mạch/mỗi 12-24 giờ).
- Hoặc Macrolid thế hệ mới (td: Azithomycin, ngày 1: 0.25g x 2 viên uống/ một lần/ngày, ngày 2-5 : 1.25g x 1 viên uống/một lần/ngày hoặc Clarythomycin 0.5g uống/mỗi 12 giờ).

d. **PĐ 4**: Ceftazidine (td: Fortum 1g tiêm tĩnh mạch/ mỗi 8 giờ).

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

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

Lưu ý : - Trường hợp bệnh nằm viện lâu ngày được xem như nhiễm trùng bệnh viện. Trường hợp đa kháng thuốc, trường hợp bệnh nặng đe dọa tử vong kết hợp suy hô hấp khi chưa có kháng sinh đồ, thì sử dụng kháng sinh nhóm Levofoxacine kết hợp với nhóm Imipenem hoặc Meropenem.

- Các thuốc cần được điều chỉnh theo chức năng gan thận.

XI. TIÊU CHUẨN ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ:

1. Tốt:

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

2. Xấu:

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

- Có hay không triệu chứng thực thể tại phổi không giảm.
- Có hay không biến chứng (áp-xe phổi, mủ màng phổi, nhiễm trùng máu, viêm phúc mạc, viêm màng nảo, viêm nội tâm mạc…)
- Có hay không bạch cầu không giảm.
- Có hay không tổn thương trên X-quang ngực không giảm.

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

a. Cần điều trị tại khoa ICU những BN có 2 trong 3 tiêu chuẩn sau:

- Tổn thương rộng nhiều thùy phổi.
- PaO2/FiO2 < 250.
- Huyết áp tối đa <90 mmHg.

b. Hoặc có 1 trong các tiêu chuẩn sau:

- Cần thở máy.
- Sốc nhiễm trùng.

4. Tiêu chuẩn ra viện:

Nên cho bệnh nhân ra viên 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 bạch cầu máu giảm, có thể chuyển thuốc uống.
- Không có các bệnh kèm theo nặng cần theo dõi.
- Không có các biến chứng nặng cần theo dõi.

5. Phòng bệnh:

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

Tài liệu tham khảo:

1. Bộ y tế. Hướng dẫn điều trị. Tập 1, NXB Y học 2005.
2. Phác đồ điều trị của TS NGUYỄN VĂN THÀNH. Phác đồ điều trị và quy trình một số kỷ thuật trong thực hành nội khoa bệnh phổi. NXB Cần Thơ 2006.
3. IDSA, ATS, CDC, Optimizing Antibiotic selection for CAP(ASCAP) and CUTI in the Emergency Deparment and Hospital Setting: A systematic Review and Evidence-Based treatment recommendations-year 2005 update./.

BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

I. Định nghĩa:

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

II. Chẩn đoán:

1. Bệnh sử:

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

2. Lâm sàng:

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

3. Cận lâm sàng:

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

III. Chẩn đoán phân biệt:

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

IV. Phân giai đoạn (GOLD 2007):

Giai đoạn	Chức năng hô hấp
Giai đoạn I	FEV1 ≥80%
Giai đoạn II	50% ≤ FEV1 < 80%
Giai đoạn III	30% ≤ FEV1 < 50%
Giai đoạn IV	FEV1<30% hoặc <50% kèm theo suy hô hấp mạn

V. Điều trị giai đoạn ổn định:

1. Giai đoạn I:

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

2. Giai đoạn II:

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

3. Giai đoạn III:

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

4. Giai đoạn IV

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

Tài liệu tham khảo:

1. Hướng dẫn điều trị,tập 1-2 NXB Y học 2006

2. C.Lenfant,N.Khal tacv. Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD 2005 – update 2006).

3. Trevor T.Hansel, P.Jbarnes. An Atlas of chronic Obtructive Pulmonary Disease (COPD). The Parthenon Publishing Group 2004.

4. B.R. Celli, W. Macnee et al, Standards For the dianogsis and treatment of patients with COPD; asummany of the ATS/ERS position poper. Eur Respir. J. 2004; 23:932-946./.

HEN PHẾ QUẢN

I. Định nghĩa:

Hen phế quản là tình trạng viêm mạn tính đường thở, với sự tham gia của nhiều thành phần tế bào trong cơ chế sinh bệnh. Tình trạng viêm nói trên là nguyên nhân gây tăng phản ứng của đường thở với các tác nhân kích thích. Biểu hiện bằng hiện tượng phù nề niêm mạc, tăng tiết, co thắt cơ trơn phế quản và có thể dẫn đến biến đổi mạn tính cấu trúc phế quản.

II. Chẩn đoán:

1. Tiền sử:

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

2. Lâm sàng:

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

3. Cận lâm sàng:

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

III. Chẩn đoán phân biệt:

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

IV. Phân bậc:

Bậc 1 (Hen thưa)

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

Bậc 2 (Hen nhẹ)

- Cơn xuất hiện > 1 lần/tuần
- PEF ≥ 80% ; PEF dao động 20-30%

Bậc 3 (Hen trung bình)

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

Bậc 4 (Hen nặng)

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

V. Điều trị:

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

Ghi chú

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

Tài liệu tham khảo

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

---@---

SUY THẬN MÃN (STM)

➢ Giảm dần độ lọc cầu thận (3 hay 6 tháng cho đến nhiều năm)

➢ Không hồi phục toàn bộ chức năng của thận: rối loạn nước điện giải, thăng bằng kiềm toan, ứ đọng các sản phẩm azote máu.

I. LÂM SÀNG:

➢ Phù

➢ Thiếu máu

➢ Tăng huyết áp

➢ Nặng có biểu hiện của hội chứng urê máu cao:

- *Cơ năng:* Buồn nôn, nôn, chán ăn, ngứa, mệt mỏi, cảm giác yếu, lạnh.
- *Thực thể:*
  - Da vàng tái (do ứ tụ urochrom)
  - Hơi thở có mùi ammoniac
  - Liệt dây thần kinh, thay đổi tâm thần: lú lẫn hoặc hôn mê (bệnh thần kinh do urê máu cao)
  - Xuất huyết
  - Vôi hoá mô mềm, hoại tử mô mềm
  - Tiếng cọ màng ngoài tim, có thể kèm tràn dịch màng tim

II. CHẨN ĐOÁN:

➢ Bệnh cảnh lâm sàng.

➢ Giảm độ lọc cầu thận:

- Độ thanh lọc creatinin cao hơn độ lọc cầu thận khoảng 10%
- *Công thức Cockroft – Gault:*

$$\text{Cl-Cr (ml/ phút)} = \frac{(140 - \text{tuổi}) \times \text{trọng lượng (kg)}}{72 \times \text{Creatininine máu (mg/dl)}} \quad (\times 0{,}85 \text{ với nữ})$$

Mức độ STM	Cl-Cr (ml/ phút)	Creatinine máu (Micromol/ ml)	Triệu chứng lâm sàng
Độ I	60- 41	< 130	Bình thư

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc:

- Giảm tốc độ tiến triển STM, ngăn tiến triển đến STM giai đoạn cuối
- Cải thiện các biểu hiện và triệu chứng của STM
- Kiểm soát huyết áp, tiết chế đạm, kiểm soát biến dưỡng
- Trị bệnh thận, loại bỏ các chất độc thận.

2. Chế độ ăn giảm đạm:

- Độ I & II: Ăn đạm bình thường
- Độ III & IV: 0,6g/kg/ngày (≥ 0,35g/kg/ngày đạm thực vật) hay 0,3g/kg/ngày + acid amin thiết yếu (10-20g/ngày)
- Bệnh nhân được lọc máu: Ăn đạm bình thường
- Mỗi gam đạm niệu được bù bằng 1,25 gam protein.

3. Chống chỉ định điều trị dinh dưỡng:

- Chán ăn, nôn ói nhiều
- Không nhận đủ năng lượng/ngày (35Kcal/kg/ngày).
- Không chịu đựng nỗi chế độ ăn kiêng
- Đang bị các tình trạng thoái biến đạm (nhiễm trùng nặng, đại phẫu)
- Có các biểu hiện viêm màng ngoài tim
- Viêm thần kinh ngoại vi rõ trên lâm sàng

4. Tăng huyết áp:

Huyết áp mục tiêu:

Protein niệu	HA mục tiêu (mmHg)
≤ 1 g/ 24h	HA ≤ 130/80 (HATB ≤ 98)
> 1g/ 24g	HA ≤ 125/75 (HATB ≤ 92)

Bệnh nhân lọc máu định kỳ nên giữ HA ở mức 135/85 mmHg.

5. Thuốc hạ áp:

5.1. Lợi tiểu:

- Thường dùng nhóm lợi tiểu quai, không dùng lợi tiểu giữ kali.
- Cl-Cr < 20ml/phút: liều cao nhất của Furosemide là 160mg/ngày (320-400mg với liều uống). Dùng liều cao hơn không hiệu quả, gây độc tính trên tai.
- Bệnh nhân có lọc máu định kỳ không nên dùng lợi tiểu.

5.2 Thuốc chẹn giao cảm:

- Chẹn bêta: cần thiết khi có kèm bệnh mạch vành. Dùng chẹn bêta tan trong mỡ.
- Chẹn anpha và bêta (Labetalol): rất có hiệu quả. Thuốc có thể gây hạ huyết áp tư thế đứng.

5.3 Thuốc ức chế Canxi:

Được dùng rộng rãi. Phối hợp với thuốc ức chế men chuyển thường dung nạp tốt và rất hiệu quả.

5.4. Thuốc ức chế men chuyển:

• Chỉ định đầu tiên ở bệnh nhân đái tháo đường có đạm niệu, THA/ bệnh thận khác.

• Phối hợp với lợi tiểu để giảm HA và làm chậm tiến triển suy thận.

• Không dùng khi creatinine ≥ 3 mg%.

5.5 Thuốc đồng vận φ2 giao cảm trung ương:

• Thường dùng Methyldopa (Aldomet 250mg, 2-4 viên /ngày)

• Tác dụng phụ: Lừ đừ, buồn ngủ, khô miệng, tổn thương gan.

6. Điều trị thiếu máu:

- *Hb mục tiêu:* 10-12 g/dl.

▪ Erythropoietin (rHuEPO: Recombinant Human Erythropoietin)

• Truyền máu: khi bệnh nhân thiếu máu nặng (Hct < 16%) hay chống chỉ định điều trị rHuEPO.

• Trước khi điều trị rHuEPO: Khảo sát serum ferritine và độ bão hòa transferrin; tìm các nguyên nhân khác gây thiếu máu (viêm nhiễm mạn tính, cường lách, ngộ độc nhôm, hội chứng urê máu cao). bù sắt nếu cần.

Thông số	Tối ưu	
Ferritin (µg/l)	200- 500	100- 800
Độ bão hoà transferrin (%)	30- 40	20- 50
Tỉ lệ hồng cầu nhược sắc (%)	< 2,5	< 10

Xét nghiệm kiểm tra mỗi 3 tháng.

- rHuEPO:

+ Chống chỉ định: Tăng HA kháng trị, co giật không kiểm soát được.

+ Tác dụng phụ: Co giật (3 tháng đầu), nghẽn mạch A-V fistula, tăng kali, thiếu sắt..

7. Điều trị xuất huyết:

• *Phòng ngừa:* Truyền máu, Erythropoietine

• *Điều trị lâu dài:* Estrogen tổng hợp (cơ chế không rõ).

8. Điều trị tăng phospho, giảm calci máu:

• *Khi GFR < 30 ml/phút:* Giới hạn phosphor nhập < 1g/ngày.

• *Khi GFR 25-30 ml/phút:*

– Giới hạn phosphor nhập < 1g/ngày, kèm theo:

– Gắn kết phosphate trong ruột:

+ Aluminium hydroxide: 15-30ml x 3/ ngày

+ Calcium carbonate: 0,5-2g/ ngày.

- Duy trì: Phospho máu 3.5 - 5.5 mg/dL, Calci máu 8.8 - 9.5 mg%
- Không dùng calcium khi phosphate đang cao (P > 7mg%) vì làm tăng nguy cơ vôi hóa ngoài xương.

9. Điều trị bệnh xương do thận:

- Điều trị bằng Vitamin D3 (calcitriol): khi PTH > 450 pg/ml. Liều: 0,25-1µg/ngày.
- Chú ý theo dõi biến chứng tăng calci máu (phối hợp với tăng Phosphor máu do suy thận làm tăng nguy cơ vôi hóa ngoài xương).

10. Điều trị loãng xương do lắng tụ nhôm:

• Chẩn đoán bệnh lắng tụ nhôm trong xương: Test DFO (+) và PTH < 150pg/mL

• Ngưng alminium hydroxide (thay bằng calcium carbonate trong điều trị tăng phosphor).

• DFO 5-10mg/kg x 1-3 lần / tuần (IV hoặc IM) 8 giờ trước lọc máu. Phức hợp DFO- Al3+ được lọc sạch bởi lọc máu hoặc thẩm phân phúc mạc.

11. Điều trị suy tim:

• Hạn chế muối nước
• Điều trị thiếu máu
• Ức chế men chuyển
• Kiểm soát huyết áp
• Digoxin, thuốc dãn mạch khi có chỉ định.

Lưu ý phải giảm liều Digoxin.

$$\text{Lượng Digoxin thải mỗi ngày} = 14\% + \frac{\text{Độ thanh thải creatine}}{5}$$

12. Điều trị toan máu:

- Duy trì dự trữ kiềm: 20- 22 mEq/l.
- Thuốc: NaHCO3 hoặc Na citrate, dùng khi $HCO3^-$ ≤ 16mEq/l. Liều 0,5mEq/kg/ngày, điều chỉnh theo đáp ứng của bệnh nhân.

13. Điều trị bằng lọc máu ngoài thận:

➢ Chỉ định:

− STM với GFR < 10 ml/phút hay sớm hơn (< 15 ml/phút) ở BN ĐTĐ. Hoặc ở giai đoạn sớm hơn khi có những chỉ định cấp cứu đe dọa tính mạng

− Tăng kali máu không đáp ứng điều trị nội khoa

− Toan chuyển hóa (khi việc dùng bicarbonate có thể gây quá tải tuần hoàn).

− Quá tải thể tích không đáp ứng với điều trị lợi tiểu.

− Hạ Na^+ có triệu chứng (< 120 mEq/l)

− Viêm màng tim, biểu hiện bệnh não, chảy máu trầm trọng do hội chứng urê huyết cao.

− Thoái dưỡng tăng cao: Creatinine tăng >2mg% /ngày, BUN tăng > 30mg% /ngày

- Chống chỉ định:

Thận nhân tạo	
Tuyệt đối	**Tương đối**
Không có đường lấy máu thích hợp	Sợ kim chích Rối loạn đô . . . .
Thẩm phân phúc mạc	
Tuyệt đối	**Tương đối**
Mất hoàn toàn chức nă . . . . . à	. . . . . ã . . . . .

Tài liệu tham khảo:

1. Brenner & Rector's: The Kidney Sixth Edition, 2000
2. Schrier, Robert W. Manual of Nephrology, 6th Edition
3. Rakel: Conn's Current Therapy 2006, 58th ed.
4. Tài liệu cập nhật thận học năm 2000, 2003, 2005, 2006./.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ LOÃNG XƯƠNG

I. CHẨN ĐÓAN:

1. Lâm sàng:

- Thường chỉ có khi giảm tới 30% khối lượng xương, có thể xảy ra từ từ, tự phát hoặc sau một chấn thương dù nhẹ.
- Đau xương
- Biến dạng cột sống
- Gãy xương: gãy cổ xương đùi, gãy lún đốt sống.

2. Cận lâm sàng:

- Đo mật độ xương (BMD) bằng phương pháp đo hấp thụ tia X năng lượng kép (DXA) . Đây là phương pháp chuẩn để chuẩn đoán loãng xương.
- Chỉ số T (T- score) là chỉ số đã được chuẩn hóa về việc đo BMD.
- Tiêu chuẩn đoán loãng xương do WHO đề nghị:

Chẩn đoán	Tiêu chuẩn
Bình thường	T > -1
Thiếu xương	-2.5 < T < -1
Loãng xương	T <= -2.5
Loãng xương nghiêm trọng	Loãng xương + Tiền căn gãy xương gần đây

II. ĐIỀU TRỊ:

A. Chỉ định điều trị:

- Chỉ số T < -2,5
- Chỉ số T từ -1 đến – 2,4 và có gãy xương

B. Các thuốc điều trị loãng xương:

1. Calcie:

- Tốt nhất là calci carbonat
- Nên uống sau ăn (sử dụng lúc bụng no)
- Liều 1000mg - 2500 mg/ ngày

2. Vitamin D:

- Liều 400 - 800 UI / ngày

3. Biphosphonate:

Có tác dụng làm giảm hoạt tính tế bào hủy xương:

- *Alendronate (Fosamax):* 70 mg uống sáng sớm, bụng đói, hằng tuần hoặc 10 mg uống sáng sớm, bụng đói, hằng ngày.
- *Risedronate (Actonel):* 35 mg uống sáng sớm, bụng đói, hằng tuần.hoặc 5 mg uống sáng sớm, bụng đói, hằng ngày.

***4. Calcitonine*:**

- Có tác dụng ức chế các tế bào hủy xương.
- 100 UI tiêm dưới da mỗi ngày
- Hoặc 200 UI xịt qua niêm mạc mũi mỗi ngày

***5. Liệu pháp hormon thay thế*:**

- *Raloxifen (Evista):* Liều 60 mg /ngày.

C. Thời gian điều trị:

- Thời gian điều trị trong vòng 3 năm. Đo lại BMD sau 2 năm điều trị.

Tài liệu tham khảo:

- Loãng xương - PGS Nguyễn Văn Tuấn - Nhà xuất bản Y học - 2007./.

---@---

THOÁI HÓA KHỚP

I. Chẩn đoán:

1. Lâm sàng:

1.1. Đau có tính chất cơ giới:

- Đau đối xứng, có tính chất cơ giới, tăng khi vận động, giảm khi nghỉ.
- Đau âm ỉ, tăng từng đợt khi mang vác nặng, sai tư thế, khi mệt mỏi, căng thẳng thay đổi thời tiết , hay tái phát.
- Đau thường xuất hiện sớm ở những khớp chịu lực: khớp gối, khớp cổ chân, cột sống thắt lưng, cột sống cổ.
- Không hoặc ít kèm các biểu hiện viêm.
- Có thể có phản ứng tiết dịch gây tràn dịch khớp, thường gặp ở khớp gối.

1.2 Hạn chế vận động:

- Cứng và khó cử động khớp vào buổi sáng : dấu phá gỉ khớp khi bắt đầu vận động sau một thời gian không vận động.
- Dấu lạo xạo khi vận động (đặc biệt ở khớp gối)
- Teo cơ do ít vận động

1.3 Biến dạng khớp, cột sống:

- Biến dạng khớp chậm, chủ yếu do hiện tượng mọc thêm xương, phù nề tổ chức quanh khớp, lệch trục khớp, thoát vị bao hoạt dịch khớp (khớp gối)
- Cột sống có thể bị gù, vẹo, biến dạng, hạn chế vận động, co cứng cơ cạnh cột sống, cơ thang. Có thể phối hợp với đau thần kinh tọa, tê chân do thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng. Có thể phối hợp với tê tay do chèn ép thần kinh cánh tay, chèn ép tủy cổ.

2. Cận lâm sàng:

2.1. X- quang có 3 dấu hiệu quan trọng:

- Hẹp khe khớp hoặc đĩa đệm.
- Đặc xương dưới sụn.
- Mọc thêm xương (gai xương) ở mâm chày, xương bánh chè, thân đốt sống.

2.2. Xét nghiệm :

- Công thức máu, tốc độ máu lắng thay đổi không đáng kể.
- Yếu tố dạng thấp thường âm tính

II. Điều trị:

1. Điều trị triệu chứng:
   - Thuốc kháng viêm giảm đau (NSAID)
2. Điều trị lâu dài:
   - Làm chậm quá trình thoái hóa và bồi dưỡng sụn khớp: điều trị từng đợt 6-8 tháng, nghỉ, rồi lại điều trị đợt tiếp theo :
     + Glucosamine: 500mg x 2 lần/ ngày
     + Chondroitine: 500mg x 2 lần/ ngày

- Chích thuốc vào khớp: Là một chỉ định đặc biệt chỉ khi thật cần thiết, do bác sĩ chuyên khoa chỉ định, thực hiện và theo dõi tại những cơ sở y tế có đủ điều kiện tuyệt đối vô trùng.

+ Corticosteroid (Methylprednisolone acetate- Depo Medrol)

40-80 mg/ một khớp lớn

20-40 mg / một khớp vừa

10-20 mg / một khớp nhỏ

Tác dụng : kháng viêm, chống tiết dịch

+ Hyaluronic acid:

Liều 2ml / lần, mỗi tuần một lần, 3 tuần một liệu trình

Tác dụng: thay thế dịch khớp

3. Điều trị không dùng thuốc:

- Chế độ sinh hoạt tập luyện:

+ Nghỉ ngơi, giảm chịu lực cho khớp

+ Thay đổi các thói quen xấu làm tăng chịu lực của khớp (ngồi xổm, xách nặng)

+ Chế độ ăn uống: Giảm muối, đường, mỡ

+ Giảm cân nặng

4. Điều trị các bệnh kèm theo: Loãng xương, đái tháo đường…

5. Thay khớp nhân tạo.

Tài liệu tham khảo:

- Thoái hóa khớp, TS Lê Anh Thư- 2005./.

NHIỄM TRÙNG TIỂU

I. ĐỊNH NGHĨA THUẬT NGỮ:

- Nhiễm trùng tiểu: Khi cấy nước tiểu thấy hiện diện 10^5 khúm vi trùng / ml nước tiểu.

- Phân biệt theo vị trí giải phẫu:

• *Nhiễm trùng đường tiểu trên:* Vị trí nhiễm trùng từ niệu quản trở lên, bao gồm viêm đài bể thận cấp, viêm đài bể thận mãn.

• *Nhiễm trùng đường tiểu dưới:* Vị trí nhiễm trùng từ bàng quang trở xuống bao gồm viêm bàng quang, viêm tiền liệt tuyến, viêm niệu đạo.

- Sự tái phát:

* Do cùng vi trùng lần trước
* Thường kháng với kháng sinh
* Xảy ra sau điều trị viêm đài bể thận cấp hay viêm bàng quang.

- Nhiễm trùng đường tiểu có biến chứng và không biến chứng:

** Nhiễm trùng tiểu không biến chứng:*

+ Viêm bàng quang niệu đạo
+ Thường gây tái nhiễm ở phụ nữ.
+ Đáp ứng tốt với điều trị, ít gây hậu quả nghiêm trọng.

** Nhiễm trùng tiểu có biến chứng:*

+ Gặp trong trường hợp: Viêm đài bể thận, viêm tiền liệt tuyến, bệnh lý tắc nghẽn hay sau khi đặt những dụng cụ vào đường tiểu.

+ Thường kháng với điều trị, dễ tái phát và dẫn đến nhiều biến chứng như nhiễm trùng huyết, abcès do di căn, suy thận cấp...

- Xét nghiệm nước tiểu:

** Cấy nước tiểu định lượng:* Mẫu nước tiểu phải được cấy ngay trong vòng 2 giờ kể từ lúc lấy mẫu.

+ Nếu mọc 2 hay nhiều loại vi trùng khác nhau có thể do môi trường cấy bị ngoại nhiễm, cần lấy lại.

+ Nếu 10^5 khúm vi trùng / ml nước tiểu chắc chắn nhiễm trùng tiểu.

+ Trong các trường hợp lấy nước tiểu bằng chọc dò bàng quang qua xương mu hoặc lấy qua sonde; bệnh nhân có triệu chứng nhiễm trùng tiểu rõ; dùng kháng sinh trước đó; nước tiểu có độ pH quá acid, có độ thẩm thấu hoặc nồng độ urê quá cao; bệnh nhân dư nước…dù kết quả cấy thấp 10^3 - 10^5 khúm / ml cũng có giá trị chẩn đoán.

** Tổng phân tích nước tiểu: C*ó thể dự đoán nhiễm trùng tiểu, rẻ, dễ thực hiện, cho kết quả nhanh chóng.

* Tiểu mủ nếu: Có 10 BC / mm3 nước tiểu không pha loãng, hoặc soi cặn dưới kính hiển vi có 10 BC / quang trường 40.

II. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG:

1. Viêm đài bể thận cấp:

• Biểu hiện nhiễm trùng toàn thân rõ: sốt cao, lạnh run, vẻ mặt nhiễm trùng.
• Đau vùng hông lưng, góc sườn cột sống.

• Nước tiểu đục, có thể có tiểu máu, tiểu máu thường giảm nhanh trong vòng vài ngày, nếu kéo dài có thể kèm theo sỏi, lao.

• Khám: Hố thắt lưng đầy, ấn đau góc sườn cột sống, thận to đau, rung thận (+) tính.

Xét nghiệm cận lâm sàng:

- Công thức máu: Bạch cầu tăng cao, bạch cầu đa nhân chiếm ưu thế.
- Tổng phân tích nước tiểu: Có nhiều HC, BC, đôi khi có trụ BC.
- Cấy nước tiểu thường (+).
- Chức năng thận bình thường, trừ trường hợp có bế tắc đường tiểu.
- Cấy máu (+) nếu có biến chứng abcès thận, nhiễm trùng huyết.

2. Viêm đài bể thận mạn:

- Thường do viêm đài bể thận cấp ở bệnh nhân có bất thường đường tiểu không được điều trị đúng cách, lao hệ niệu.
- Giai đoạn đầu rất khó chẩn đoán. Bệnh nhân có tiền căn từng đợt nhiễm trùng tiểu.

Xét nghiệm cận lâm sàng:

- Tổng phân tích nước tiểu: Tiểu đạm thường < 2g/L, tiểu mủ chứng tỏ có nhiễm trùng tiểu đang phát triển.
- Cấy nước tiểu thường âm tính trong giai đoạn cuối của bệnh.
- Chụp hệ niệu có thuốc cản quang tiêm tĩnh mạch (UIV): Vỏ thận mỏng, bờ không đều, các đài thận bị biến dạng, co kéo. Là xét nghiệm quan trọng để quyết định chẩn đoán.

3. Viêm bàng quang cấp:

- Đau vùng hạ vị.
- Rối loạn đi tiểu: tiểu khó, tiểu lắt nhắt nhiều lần, có thể bí tiểu.
- Nước tiểu đục, hôi, có thể có máu.
- Ít khi bệnh nhân có triệu chứng nhiễm trùng toàn thân.
- Khám: Ấn đau vùng hạ vị, có thể có cầu bàng quang nếu bí tiểu.

4. Viêm tiền liệt tuyến cấp:

Thường gặp ở nam, tuổi trung niên.

- Tình trạng nhiễm trùng cấp: sốt cao, lạnh run.
- Đau vùng lưng dưới, đáy chậu.
- Rối loạn đi tiểu: tiểu khó, đau, tiểu nhiều lần.
- Khám trực tràng: tiền liệt tuyến sưng to, căng mềm, ấn rất đau. Có thể làm nghiệm pháp xoa bóp tiền liệt tuyến giúp chẩn đoán.

5. Viêm niệu đạo cấp:

- Có hội chứng niệu đạo cấp.
- Khám lỗ tiểu đỏ.

III. ĐIỀU TRỊ:

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

1.1. Phác đồ 3 ngày:

Áp dụng cho đa số bệnh nhân

- Trimethoprim - Sulfamethoxazole (TMP/SMX) 160/800 mg uống 2 lần/ngày

- Fluoroquinolone:

- Ciprofloxacin 250- 500mg uống 2 lần/ngày.
- Ofloxacin 200- 400mg uống 2 lần/ngày.
- Norfloxacin 400mg uống 2 lần/ngày.
- Levofloxacin 250- 500mg uống 2 lần/ngày.

1.2. Phác đồ 7 ngày:

Áp dụng cho các bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ sau:

- Triệu chứng kéo dài trên 7 ngày.
- Nhiễm trùng tiểu tái phát.
- Sử dụng màng ngăn tinh trùng.
- Tuổi trên 65.
- Tiểu đường.
- Nên cấy nước tiểu trước khi sử dụng kháng sinh.

Điều trị: TMP/SMX hoặc Fluoroquinolone hoặc Cephalosporin uống (Cephalexin 250mg uống 4 lần/ngày, hoặc Cefixim 200mg uống 2 lần/ngày hoặc 400mg uống 1 lần/ngày).

2. Nhiễm trùng tiểu tái phát ở phụ nữ:

- Yếu tố nguy cơ: Bế tắc đường tiểu, sử dụng dụng cụ tránh thai, phụ nữ mãn kinh, người già.
- Nên kéo dài thời gian điều trị trên 2 tuần, xét nghiệm hình ảnh học, tìm bất thường trên đường dẫn nước tiểu.

3. Nhiễm trùng tiểu không có triệu chứng:

- Chỉ điều trị đối với phụ nữ có thai hoặc trước phẫu thuật đường tiết niệu, ghép thận, giảm bạch cầu hạt.
- Ở phụ nữ có thai: Điều trị 7 ngày với Amoxicilline 250 - 500mg uống 3 lần/ngày, Cephalexin 250mg uống 4 lần/ngày hoặc TMP/SMX (tránh dùng lúc gần sinh).

4. Tiểu mủ có triệu chứng nhưng cấy nước tiểu âm tính:

- Do các tác nhân Chlamydia Trachomatis, N. Gonorrhoeae.
- Điều trị:

+ Doxycycline 100mg uống 2 lần/ngày trong 7 ngày hoặc Azithromycin 1g uống liều duy nhất.

+ Ceftriaxone hoặc Cefixime, Fluoroquinolone trong trường hợp do N. Gonorrhoeae.

5. Nhiễm trùng tiểu ở nam giới:

Điều trị kháng sinh uống ở bệnh nhân nam nhiễm trùng tiểu		
Nhóm kháng sinh	**Thuốc**	**Liều**
Fluoroquinolone	Ciprofloxacin (Cipro)	250–500 mg x 2/ ngày
	Ciprofloxacin (Cipro XR)	500–1000 mg / ngày
	Gatifloxacin (Tequin)	200–400 mg / ngày
	Levofloxacin (Levaquin)	250–500 mg / ngày
	Norfloxacin (Noroxin)	400 mg x 2/ ngày
	Ofloxacin (Floxin)	200–400 mg x 2/ ngày
Thuốc phối hợp	Trimethoprim-sulfamethoxazole (Bactrim, Bactrim DS, Septra, Septra DS)	160 mg trimethoprim + 800 mg sulfamethoxazole bid
	Amoxicillin-clavulanic acid (Augmentin)	500–875 mg amoxicillin + 125 mg clavulanate x 2/ ngày
Cephalosporin	Cefaclor (Ceclor)	250–500 mg x 3/ ngày
	Loracarbef (Lorabid)	200–400 mg x 2/ ngày
Kháng sinh khác	Nitrofurantoin (Macrobid)	50–100 mg x 2/ ngày
	Nitrofurantoin (Macrodantin)	50–100 mg x 4/ ngày

- Nhiễm trùng tiểu ở nam giới ít gặp, nên điều trị 7 ngày . Cần thăm dò hình ảnh học đường tiết niệu khi điều trị thất bại, nhiễm trùng tiểu tái phát hoặc viêm đài bể thận cấp.

6. Viêm tiền liệt tuyến:

- Nhiễm cấp: TMP/SMX 160/800 mg uống 2 lần/ngày trong 14 ngày, hoặc Fluoroquinolone.
- Nhiễm mãn: Kéo dài thời gian điều trị quinolones trong 1 tháng hoặc TMP/SMX 3 tháng.

7. Viêm đài bể thận cấp không biến chứng:

Nhập viện, kháng sinh đường tĩnh mạch.

- Fluoroquinolone: Ciprofloxacin 200-400mg 2 lần/ngày hoặc Ofloxacin 200-400mg 2 lần/ngày.
- Cephalosporin thế hệ III, IV: Ceftriaxone 1g 1-2 lần /ngày, Ceftazidime 1-2g

2-3 lần / ngày hoặc Cefepime 1 - 2g 2 lần / ngày.

- Aminoglycosides : Gentamycine 1,5 - 2 mg/kg 3 lần/ngày có thể kết hợp hoặc không với Beta- lactam.
- Nếu nghi ngờ nhiễm enterococcus: Ampicillin 1g 4 lần/ngày phối hợp hoặc không với Gentamycine.
- Sau khi BN hết sốt có thể chuyển sang kháng sinh uống cho đủ 14 ngày.

8. Viêm đài bể thận cấp có biến chứng:

- Bệnh nhân có thể vào choáng nhiễm trùng, abcès quanh thận, ổ abcès chuyển di. Cần lưu ý bệnh nhân tiếp tục sốt dai dẳng, vi khuẩn niệu tiếp tục tồn tại, có dấu hiệu nhiễm độc sau 48 - 72 giờ điều trị.
- Cần siêu âm, CT scan, UIV để loại trừ tắc nghẽn niệu quản hoặc abcès quanh thận là 2 bệnh lý cần phải can thiệp phẫu thuật khẩn cấp.

9. Nhiễm trùng tiểu ở bệnh nhân đặt sonde tiểu:

- Nên lấy sonde tiểu ra nếu được.
- Lựa chọn kháng sinh ban đầu: Fluoroquinolone, Cephalosporin thế hệ III, IV đường tĩnh mạch hoặc Ampicillin phối hợp Gentamycin. Thời gian điều trị 10- 14 ngày.
- Cần xem xét: nhuộm gram nước tiểu, cấy kháng sinh đồ, phổ vi khuẩn tại địa phương, sự sử dụng kháng sinh của bệnh nhân đó gần đây.

10. Nhiễm nấm candida:

- Ở những người khoẻ mạnh nếu nhiễm nấm Candida không triệu chứng chỉ cần thay catheter, ngưng dùng kháng sinh, không cần dùng thuốc chống nấm.
- Bệnh nhân suy giảm miễn dịch, nhiễm nấm Candida đường tiểu có thể lan tràn toàn thân.
- Sử dụng thuốc kháng nấm bao gồm:

  - Fluconazole 200mg trong ngày đầu, 100mg trong 4 ngày kế tiếp,

  - Tưới rửa bàng quang liên tục bằng Amphotericin B (50mg/1000ml nước tiệt trùng) bằng catheter có 3 nòng trong 5 ngày.

  - Hoặc Amphotericin B tĩnh mạch liều thấp (0,3mg/kg liều duy nhất). Đôi khi điều trị toàn thân dài hơn với 5- fluorocytosine hoặc Amphotericin B tĩnh mạch hoặc cả hai.

Tài liệu tham khảo:

1. Schrier, Robert W. Manual of Nephrology, 6th Edition
2. Rakel: Conn's Current Therapy 2006, 58th ed.
3. Brenner & Rector's The Kidney, 7th ed.
4. Thận học căn bản tập 2.
5. Tài liệu chương trình JICA, Bệnh viện Chợ Rẫy./.