

**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 LAO**

-2012-

MỤC LỤC

1. Phác đồ cấp cứu sốc phản vệ	3
2. Liều lượng thuốc chữa lao	5
3. Phác đồ điều trị ho ra máu	7
4. Phác đồ điều trị lao phổi và lao ngoài phổi	9
5. Phác đồ điều trị lao màng não.	11
6. Phác đồ điều trị lao phổi.	12
7. Phác đồ điều trị lao ruột.	13
8. Phác đồ điều trị lao tiết niệu sinh dục.	14
9. Phác đồ điều trị lao khớp xương.	15
10. Phác đồ cấp cứu tràn dịch màng phổi.	16
11. Phác đồ cấp cứu tràn khí màng phổi.	17
12. Phác đồ điều trị lao suy hô hấp.	18
13. Phác đồ điều trị tràn dịch màng phổi do lao.	20
14. Phác đồ điều trị viêm mũ màng phổi do lao.	21
15. Phác đồ điều trị lao hạch.	23
16. Phác đồ điều trị lao màng bụng.	24

PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ SỐC PHẢN VỆ

I) TRIỆU CHỨNG:

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

- Cảm giác khác thường (bồn chồn, hồi hoàng, sợ hãi . . .) tiếp đó xuất hiện triệu chứng ở 1 hoặc nhiều cơ quan.
- Mẩn ngứa, ban đỏ, mày đay, phù Quincke.
- Mạch nhanh nhỏ khó bắt, huyết áp tụt có khi không đo được.
- Khó thở (kiểu hen, thanh quản), nghẹt thở.
- Đau quặn bụng, tiêu tiểu không tự chủ.
- Đau đầu chóng mặt, đôi khi hôn mê.
- Chóng váng, vật vã, giãy giụa, co giật.

II) XỬ TRÍ:

A. Xử trí ngay tại chỗ:

- 1) Ngừng ngay đường tiếp xúc với dị nguyên (tiêm, uống, nhỏ mắt).
 - 2) Cho bệnh nhân nằm tại chỗ.
 - 3) Thuốc: **Adrenaline là thuốc cơ bản để chống sốc phản vệ**
- ✓ Adrenaline dung dịch 1/1000 ống 1ml = 1mg, TB hoặc TDD ngay sau khi xuất hiện sốc phản vệ với liều như sau:
- + 1/2 - 1 ống ở người lớn.
 - + Không quá 0,3ml ở trẻ em (ống 1mg/1ml+9ml nước cất=10ml tiêm 0,1ml/kg)
 - + Hoặc Adrenaline 0,01mg/kg cho cả trẻ em lẫn người lớn.
- ✓ Nếu sau tiêm adrenalin 1mg/5 phút mà không bắt được mạch quay thì cứ tiêm adrenaline 0,3-0,5mg/lần/5 phút cho đến khi bắt được mạch thì chuyển sang truyền tĩnh mạch liên tục.
- ✓ Ủ ấm, đầu thấp chân cao, TD huyết áp 10-15phút/ lần (nằm nghiêng nếu có nôn).

Nếu sốc nặng đe dọa tử vong, ngoài đường TDD có thể tiêm Adrenaline dung dịch 1/10,000 (pha loãng 1/10) qua tĩnh mạch, ống nội khí quản, qua màng nhĩ khẩn cấp.

B. Các xử trí khác:

- 1) Xử trí suy hô hấp: tùy theo tình trạng bệnh nhân
 - Thở Oxy mũi, oxy túi
 - Bóp bóng Ambu có oxy
 - Đặt ống nội khí quản, thông khí nhân tạo, mở khí quản
- 2) Tuần hoàn:
 - Đặt đường truyền TM (ngoại biên, trung tâm hoặc TM đùi)
 - Natriclorua 0.9% 1-2 lít truyền TM ở người lớn/30-120 phút
 - Adrenalin truyền tĩnh mạch liên tục bắt đầu bằng 0.1µg/kg/phút chỉnh liều sao cho huyết áp tâm thu > 90mmHg (khoảng 2mg Adrenaline/giờ cho người lớn 55kg).
- 2) Các thuốc khác:
 - Methylprednisolone 1-2mg/kg/4giờ hoặc Hydrocortisone 5mg/kg/ giờ TTM. Dùng liều cao hơn nếu sốc nặng (gấp 2 - 5 lần).
 - Promethazine (pipolphen) 50mg/2ml 1/2 - 1 ống TB hay tĩnh mạch.

Hoặc Benadryl 25 – 50 mg TB hoặc TM (trẻ em: 0,5-1mg/kg)

Có thể dùng:

- Terbutaline 0.5mg, 01 ống tiêm dưới da ở người lớn và 0.2ml/10kg ở em. Tiêm lại sau 6 – 8 giờ nếu không đỡ khó thở.
- Xịt họng, khí dung terbutaline hoặc salbutamol nếu có khó thở hoặc phổi hợp thêm aminophylin truyền bolus tĩnh mạch.

3) Điều trị phổi hợp:

- Uống than hoạt 1g/kg nếu dị nguyên qua đường tiêu hóa.
- Băng ép chi phía trên chỗ tiêm hoặc đường vào của nọc độc.

Chú ý: - Theo dõi bệnh nhân ít nhất 24giờ sau khi huyết áp đã ổn định.

- Sau khi sơ cứu nên tận dụng đường tiêm tĩnh mạch đùi (vì tĩnh mạch to nằm phía trong động mạch đùi, dễ tìm).
- Nếu huyết áp vẫn không lên sau khi truyền đủ dịch và Adrenaline thì có thể truyền thêm huyết tương, Albumin (hoặc máu nếu mất máu) hoặc bất kỳ dung dịch cao phân tử nào có sẵn.
- Điều dưỡng có thể sử dụng Adrenaline TB (hoặc TDD) theo phác đồ khi bác sĩ không có mặt.
- Hồi kỹ tiền sử dị ứng và chuẩn bị hộp thuốc cấp cứu sốc phản vệ trước khi dùng thuốc là cần thiết.

NỘI DUNG HỘP THUỐC CẤP CỨU CHỐNG SỐC PHẢN VỆ

(Kèm theo thông tư số 08/199- TT – BYT, ngày 04 tháng 05 năm 1999)

Các khoản cần thiết trong hộp chống sốc (tổng cộng: 07 khoản)

1. Adrenaline 1mg – 1mL 2 ống
2. Nước cất 10 mL 2 ống
3. Bơm tiêm vô khuẩn (dùng một lần): 10mL 2 ống; 1mL 2 ống
4. Hydrocortisone 100mg hoặc Methyprednisolon 40mg 02 ống
5. Phương tiện khử trùng (bông, băng, gạc, cồn)
6. Dây garo.
7. Phác đồ cấp cứu sốc phản vệ.

Lời khuyên cho các ĐD:

- Trước khi cho BN dùng thuốc phải khai thác tiền sử dị ứng của BN.
- Không nên truyền, pha bất kỳ thuốc lạ nếu chưa rõ nguồn gốc
- Truyền và tiêm chậm không nên vội vã kết hợp theo dõi người bệnh
- Thử phản ứng trước khi dùng thuốc và luôn mang theo hộp chống sốc bên cạnh xe tiêm truyền.

CÁC LOẠI THUỐC CHỐNG LAO VÀ LIỀU LƯỢNG

BẢNG I: liều lượng thuốc chống lao theo cân nặng

Loại thuốc	Hàng ngày	Mỗi tuần 3 lần
	Liều lượng (khoảng cách liều) tính theo mg/kg cân nặng	Liều lượng (khoảng cách liều) tính theo mg/kg cân nặng
Isoniazid(H)	5 (4-6)	10 (8-12)
Rifampicin(R)	10 (8-12)	10 (8-12)
Pyrazinamid(Z)	25 (20-30)	35 (30-40)
Ethambutol(E)	Trẻ em 20 (15-25) Người lớn 15 (15-20)	30 (25-35)
Streptomycin(S)	15 (12-18)	15 (12-18)

BẢNG II: Số lượng viên, lọ thuốc đơn lẻ dùng hàng ngày cho người lớn theo cân nặng.

	Cân nặng của người bệnh (kg)			
	30 -39	40 - 54	55 - 70	> 70
Giai đoạn tấn công hàng ngày	Số lượng viên hoặc lọ			
H 100 mg (viên)	2	3	3	3
R 150 mg (viên)	2	3	4	5
Z 400 mg (viên)	2	3	4	5
E 400 mg (viên)	2	2	3	4
S 1g (lọ)	0,5	0,75	1	1
Giai đoạn duy trì hàng ngày				
H 100 mg (viên)	2	3	3	3
R 150 mg (viên)	2	3	4	5
E 400 mg (viên)	2	2	3	4
Giai đoạn duy trì tuần 3 lần				
H 100 mg (viên)	1	2	2	3
R 150 mg (viên)	2	3	4	5
E 400 mg (viên)	2	4	6	6

BẢNG III: Số viên hỗn hợp liều cố định dùng hàng ngày cho người lớn theo cân nặng

Thuốc hỗn hợp liều cố định	Cân nặng (kg)			
	30 -39 kg	40 - 54 kg	55 - 70 kg	> 70 kg
Giai đoạn tấn công hàng ngày	Số viên			
HRZE (viên) (75mg+150mg+400mg+275mg)	2	3	4	5
HRZ (viên) (75mg+150mg+400mg)	2	3	4	5
Giai đoạn duy trì hàng ngày				
HR (75mg+150mg), viên	2	3	4	5
HE (150mg+400mg), viên	1,5	2	3	3
Giai đoạn duy trì - tuần 3 lần				
HR (150mg+100mg), viên	2	3	4	5

Xử trí một số tác dụng phụ thường gặp

Tác dụng phụ	Thuốc	Cách xử lý
<i>Loại nhẹ</i>		
Buồn nôn, nôn mửa, đau bụng	R	Sau bữa ăn tối
Đau khớp	Z	Aspirin hoặc thuốc kháng viêm không Steroit
Cảm giác nóng bỏng ở chân	H	Pyridoxin 50 – 70 mg/ngày
Nước tiểu đỏ hoặc da cam	R	Tiếp tục dùng
Ngứa, phát ban ngoài da	S,H,R,Z	Ngưng thuốc, giải mẫn cảm và thử dùng lại
<i>Loại nặng</i>		
Sốc phản vệ	S	Ngưng S, thay bằng E, không dùng lại
Ù tai, chóng mặt, điếc	S	Ngưng S, thay bằng E
Xuất huyết da, thiếu máu tán huyết, suy thận cấp	R	Ngưng R, không bao giờ dùng lại
Giảm thị lực (trừ căn nguyên khác)	E	Ngưng E
Vàng da, viêm gan (trừ căn nguyên khác)	Z,H,R	Ngưng thuốc chờ hết viêm gan, thử dùng lại H,R
Sốc và purpura(viêm trợt da)	R	Ngưng Rifampicin

** Tài liệu tham khảo: Hướng dẫn quản lý bệnh lao, của Bộ Y tế về chương trình chống lao quốc gia Việt Nam. Nhà xuất bản Y học. quý II năm 2009.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ HO RA MÁU

I-XÁC ĐỊNH CHẨN ĐOÁN

Trước tiên cần phải chẩn đoán xác định là ho ra máu, phải loại trừ trường hợp ối ra máu.

II-MỨC ĐỘ HO RA MÁU

Đánh giá mức độ ho ra máu:

- Ho ra máu ít từ 100ml trở lại.
- Ho ra máu trung bình từ 100ml – 300ml.
- Ho ra máu nhiều trên 300ml.
- Ho ra máu kéo dài số lượng ít nhưng liên tục kéo dài

III-XỬ TRÍ

1-Ho ra máu ít:

- Nằm yên tuyệt đối
- An thần Phenobarbital, Diazepam
- Giảm ho Terpin
- Atropin 1/4mg tiêm bắp 2lần/ngày

2-Ho ra máu trung bình:

- Nằm yên tuyệt đối
- An thần Morphin 10mg một ống tiêm bắp hoặc Aminazin 25mg một ống tiêm bắp
- Giảm ho Terpin
- Thuốc cầm máu: Cyelonamin, Adona, Vit k1, Calcigluconate

3-Ho ra máu nhiều:

- Nằm yên tuyệt đối.
- Thở oxy.
- An thần Aminazin.
- Giảm ho Terpin.
- Thuốc cầm máu: Adona, Vit K₁, Calcigluconate
- Truyền máu khi Hb < 7-8g/l.

4-Ho ra máu kéo dài:

- An thần.
- Giảm ho.
- Antihistamin: Telfast ...
- Truyền máu khi Hb < 7-8g/l.
- Truyền hỗn hợp liệt hạch gồm:
 - * Dolargan 100mg
 - * Pipolphen 50mg
 - * Aminazin 25mg

Tất cả trong 200ml DD mặn 0,9%

5-Thuốc hỗ trợ:

Trong tất cả các trường hợp trên có thể sử dụng thêm thuốc cầm máu: Adrenoxyl, Transamin, Sandostatin

VI-CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG

- Hút đàm máu nếu có.
- Cho thở oxy theo chỉ định.
- Dẫn nước đá trên ngực.
- Cho ngậm nước đá.
- Hướng dẫn dùng đồ ăn lỏng dễ tiêu, uống sữa đá v.v....
- Để bệnh nhân nằm yên tuyệt đối, đầu nghiêng một bên, không cho ngồi dậy.
- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở 2 – 6 giờ tùy theo tình trạng nặng của bệnh.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ LAO PHỔI VÀ LAO NGOÀI PHỔI

I- PHÁC ĐỒ I: 2S (E)RHZ/6HE.

- Chỉ định: Cho các trường hợp người bệnh lao mới (chưa điều trị lao bao giờ hoặc đã từng điều trị lao nhưng dưới 1 tháng).
- Giai đoạn tấn công kéo dài 2 tháng, gồm 4 loại thuốc S(E)RHZ dùng hằng ngày, E có thể thay thế cho S.
- Giai đoạn duy trì kéo dài 6 tháng gồm 2 loại thuốc H và E dùng hằng ngày hoặc 4 tháng gồm 2 loại thuốc R và H dùng hằng ngày.
- Có thể thay thế S bằng E giai đoạn tấn công cho người bệnh lao/HIV.

II- PHÁC ĐỒ II: 2SRHZE/1RHZE/5R₃H₃E₃

- Chỉ định: cho các trường hợp lao tái phát, thất bại phác đồ I, điều trị lại sau bỏ trị, một số thể lao nặng và phân loại khác.
- Giai đoạn tấn công kéo dài 3 tháng, 2 tháng với 5 loại thuốc chống lao thiết yếu SRHZE dùng hằng ngày, 1 tháng tiếp theo với 4 loại thuốc RHZE dùng hằng ngày.
- Giai đoạn duy trì kéo dài 5 tháng với 3 loại RHE dùng 3 lần một tuần.

III- PHÁC ĐỒ III: 2HRZE/4HR hoặc 2HRZ/4HR

- Chỉ định cho tất cả các thể lao trẻ em. Trong trường hợp lao trẻ em thể nặng có thể cân nhắc dùng phối hợp với S.
- Giai đoạn tấn công kéo dài 2 tháng, gồm 4 loại thuốc HRZE hoặc 3 loại thuốc HRZ dùng hằng ngày, điều trị cho tất cả các thể lao trẻ em.
- Giai đoạn duy trì kéo dài 4 tháng gồm 2 loại thuốc H và R dùng hằng ngày.

IV- ĐIỀU TRỊ LAO CHO NHỮNG TRƯỜNG HỢP ĐẶC BIỆT

a. Các trường hợp lao nặng:

Lao màng não, lao kê, lao màng tim, màng phổi 2 bên, màng bụng, cột sống lao ruột và lao sinh dục - tiết niệu cần hội chẩn với chuyên khoa lao để quyết định điều trị ngay bằng phác đồ II. Thời gian dùng có thể kéo dài, tùy thuộc vào tiến triển và mức độ bệnh.

b. Điều trị lao ở phụ nữ có thai hoặc cho con bú:

Sử dụng phác đồ điều trị 2RHZE/4RH, không dùng Streptomycin vì thuốc này có thể gây điếc cho trẻ.

c. Đang dùng thuốc tránh thai:

Rifampicin tương tác với thuốc tránh thai, làm giảm tác dụng của thuốc tránh thai. Vì vậy nên khuyến phụ nữ khi đang sử dụng Rifampicin hãy chọn phương pháp tránh thai khác.

d. Người bệnh có rối loạn chức năng gan:

- Người bệnh có tổn thương gan từ trước:
 - * Phải được điều trị nội trú tại bệnh viện và theo dõi chức năng gan trước và trong quá trình điều trị.
 - * Phác đồ điều trị phải do Bác sĩ chuyên khoa quyết định tùy khả năng dung nạp của người bệnh.
 - * Sau khi người bệnh dung nạp tốt, men gan không tăng và có đáp ứng tốt về lâm sàng, có thể điều trị ngoại trú và theo dõi sát.
- Những trường hợp tổn thương gan do thuốc chống lao:
 - * Ngừng sử dụng thuốc lao, điều trị hỗ trợ chức năng gan cho đến khi men gan về bình thường, hết vàng da. Cần theo dõi lâm sàng và men gan.
 - * Nếu không đáp ứng hoặc có biểu hiện viêm gan do thuốc, chuyển đến cơ sở chuyên khoa để điều trị.
- Trường hợp người bệnh lao nặng có tổn thương gan có thể tử vong dùng 02 loại thuốc ít độc với gan là S, E hoặc kết hợp với Ofloxacin. Khi hết các biểu hiện của tổn thương gan thì trở lại điều trị bằng các thuốc đã dùng.
- e. Người bệnh có suy thận:

Phác đồ 2RHZ/4RH tốt nhất điều trị lao cho người suy thận. Thuốc H, R, Z có thể dùng liều bình thường ở người suy thận.
- f. Người bệnh lao nhiễm HIV/AIDS:

Các thuốc chống lao có tác dụng tốt với bệnh lao ở người bệnh lao/HIV.

 - Tiên hành điều trị lao sớm ở người HIV có chẩn đoán lao.
 - Phối hợp điều trị thuốc chống lao với điều trị dự phòng nhiễm trùng cơ hội khác bằng Cotrimoxazol và ARV.
 - Thận trọng khi điều trị phối hợp với ARV vì có hiện tượng tương tác thuốc giữa Rifampicin với các thuốc ức chế men sao chép ngược non-nucleocide và các thuốc ức chế men protease.

**** Xem phụ lục thuốc chống lao.**

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ LAO MÀNG NÃO

I - CHẨN ĐOÁN

1-Lâm sàng

- Nguồn lây.
- Hội chứng nhiễm khuẩn.
- Hội chứng não màng não: triệu chứng chức năng, triệu chứng thần kinh, tâm thần.

2-Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm máu cơ bản: CTM, VS.
- Nước não tủy: sinh hóa, tế bào, vi khuẩn.
- Xét nghiệm đàm soi trực tiếp, làm kháng sinh đồ.
- Chụp X quang phổi.
- Xét nghiệm chức năng gan.
- Xét nghiệm nước tiểu.

II - THỜI GIAN ĐIỀU TRỊ

Điều trị nội trú khoảng 2 - 3 tháng.

Sau đó điều trị ngoại trú 8 - 12 tháng.

III - THEO DÕI TRONG QUÁ TRÌNH ĐIỀU TRỊ:

- Xét nghiệm dịch não tủy 2 lần. Gian đoạn điều trị tấn công và khi kết thúc toàn bộ đợt điều trị.
- Xét nghiệm đàm.
- X quang phổi.

IV - ĐIỀU TRỊ THEO THỂ BỆNH

1-Lao màng não có biến chứng thần kinh.

Công thức: 3SHRZ /6RH

2- Lao màng não không có biến chứng thần kinh.

Công thức: 2SHRZ /6RH

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ LAO PHỔI

I - CHẨN ĐOÁN

1-Lâm sàng:

- Toàn thân: Sốt nhẹ về chiều, ra mồ hôi đêm, chán ăn, mệt mỏi, gầy sút cân.

- Cơ năng: Ho, khạc đờm, ho ran máu, đau ngực, khó thở.

- Thực thể: Nghe phổi có tiếng bệnh lý(ran ẩm, ran nổ ...).

2-Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm đàm: soi trực tiếp 2 đến 3 mẫu.

- X quang phổi.

- Xét nghiệm máu cơ bản HC, BC, VS.

- Xét nghiệm chức năng gan.

- Chức năng hô hấp.

II - THỜI GIAN ĐIỀU TRỊ

- Từ 8-9 tháng chủ yếu là ngoại trú.

- Điều trị nội trú trong 2 tháng đầu khi dùng công thức 2SHRZ/6HE, hoặc khi có khái huyết cấp cứu.

III - THEO DÕI QUÁ TRÌNH ĐIỀU TRỊ

1-Khi điều trị ngoại trú:

- Thăm khám lâm sàng 1 lần/tháng.

- Xét nghiệm đàm 3 tháng/1lần.

2-Khi điều trị nội trú thời gian đầu:

- Xét nghiệm đàm 1lần/tháng.

- X quang sau 2 tháng nếu cần.

III-ĐỀU TRỊ

1-Lao phổi:

Xét nghiệm đờm AFB*(+) và lao ngoài phổi khác điều trị lần đầu.

CÔNG THỨC: 2SHRZ /6HE

2-Lao tái phát, thất bại điều trị lần đầu, trở lại điều trị sau thời gian bỏ trị và lao cũ có AFB (+) thì dùng công thức sau:

CÔNG THỨC: 2SHRZE /3HRZE /5H3R3E3

- Dùng 5 loại SHRZE hai tháng đầu liên tục.

- Tháng thứ 3 dùng 4 loại HRZE hàng ngày.

- 5 tháng tiếp theo dùng HRE 3 ngày mỗi tuần.

3-Điều trị bổ sung:

- Điều trị khái huyết: các thuốc cầm máu, an thần

- Điều trị suy hô hấp: oxy, trợ lực hô hấp

- Điều trị tràn khí: chọc hút, dẫn lưu

- Điều trị ngoại khoa: những thể mãn tính và tiến triển.

* AFB = Vi khuẩn lao kháng cồn, kháng axit.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ LAO RUỘT

I- CHẨN ĐOÁN

1 - Lâm sàng:

- Các rối loạn tiên hóa.
- Khối u vùng hố chậu phải.
- Các triệu chứng của lao phổi hoặc một bộ phận khác.

2 - Cận lâm sàng:

2.1 - Các xét nghiệm cơ bản:

- X quang trực tràng, tiểu tràng có cản quang.
- Cây phân tìm AFB.
- Xét nghiệm máu cơ bản: CTM, VS.

2.2 - Các xét nghiệm bổ xung:

- X quang phổi,
- Xét nghiệm đàm
- Chức năng gan.
- Nước tiểu.

II- THEO DÕI QUÁ TRÌNH ĐIỀU TRỊ

- Xét nghiệm đàm 3 tháng 1 lần.
- X quang phổi nếu có tổn thương.
- X quang đại tràng.
- Cây phân.

III- ĐIỀU TRỊ

- 1 - Chủ yếu ngoại trú, nội trú 2 - 3 tháng nếu cần thiết.
- 2 - Công thức dùng:

CÔNG THỨC: 2SHRZ /6HE

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ LAO TIẾT NIỆU - SINH DỤC

I- CHẨN ĐOÁN

1- Lâm sàng:

- Triệu chứng viêm bàng quang mãn (trên 2 tháng).
- Đái ra máu vô cớ.
- Viêm mào tinh hoàn.

2 - Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm nước tiểu: Protein, hồng cầu, bạch cầu, tạp khuẩn, AFB.
- Tốc độ máu lắng.
- Chụp thận tĩnh mạch.
- Soi bàng quang.
- Chẩn đoán tế bào học (mào tinh hoàn viêm).

II- THEO DÕI TRONG QUÁ TRÌNH ĐIỀU TRỊ

- Hàng tháng trong thời gian điều trị ngoại trú.

III- ĐIỀU TRỊ

1-Thời gian nội trú:

- Nội trú 1 tháng (3 tháng nếu có phẫu thuật).
- Ngoại trú 7-8 tháng tiếp.

2-Công thức điều trị

CÔNG THỨC: 2SHRZ /6HE

3-Phẫu thuật:

Trong 1-2 % trường hợp. Cắt bỏ thận hoặc tinh hoàn.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ LAO KHỚP XƯƠNG

I- CHẨN ĐOÁN

1-Lâm sàng:

- Tại chỗ: đau khớp xương.
- Toàn thân: hạn chế vận động.

2-Cận lâm sàng;

- X quang khớp thẳng đứng.
- X quang phổi.
- Xét nghiệm máu cơ bản: CTM, VS.
- Đường niệu.
- Chức năng gan.

II- THEO DÕI TRONG QUÁ TRÌNH ĐIỀU TRỊ

Thời gian ngoại trú:

- Thăm khám lâm sàng 1 lần/tháng.
- X quang khớp 2 tháng/1 lần.

III- ĐIỀU TRỊ

1 - Thời gian điều trị:

- Nội trú 2-3 tháng,
- sau đó chuyển bệnh nhân qua điều trị ngoại trú.

2 - Thuốc dùng:

CÔNG THỨC: 2SHZ /6HE

3 - Ngoại khoa:

- Các phương pháp chỉnh hình (lao các khớp háng, gối, cò chân, cổ tay, khuỷu, bó bột).

- Dẫn lưu áp xe khi cần.

- Ngoài ra tùy trường hợp: làm cứng khớp, chỉnh hình khớp...

4 – Vật lý liệu pháp:

Phục hồi chức năng khớp

PHÁC ĐỒ CẤP CỨU TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI

I- CHẨN ĐOÁN

1- Lâm sàng:

- Bệnh nhân khó thở từ nhẹ đến nặng.
- Đau lói ngực.
- Khám phổi có hội chứng 3 giảm.

2-X quang:

- Hình ảnh mờ đậm thuần nhất vùng tràn dịch
- Bóng tim và trung thất bị đẩy lệch về bên lành
- Tăng tuần hoàn vùng phổi lành.
- Mất góc sườn hoành.

3-Siêu âm:

- Màng phổi có dịch.
- Phát hiện được tràn dịch kể cả số lượng ít
- Ước lượng được khối lượng dịch

II- ĐIỀU TRỊ :

1- Rút dịch màng phổi:

- Chọc hút khoang màng phổi: Hút triệt để số lượng có thể hút (dịch màu vàng chanh).
- Vận tốc rút dịch từ từ, đều đặn
- Dự phòng phản xạ thần kinh X (vago-vagal) Atropin 1/4mg TDD.
- Xử lý kịp thời dọa phù phổi cấp : Furosemid 20mg 1 ống TTM.

2- Kháng sinh dự phòng bội nhiễm:

- Nếu nghi ngờ bội nhiễm sử dụng 1 trong 3 loại kháng sinh sau:
- Rovamycin 3tr/UI 1viên x 2 uống/ngày/7-14 ngày.
 - Levofloxacin 1-2gr/ng/7-14ng.
 - Ceftriaxone 2-4gr/ng/7-14ng.

3- Điều trị nguyên nhân:

- Nếu được cần tiến hành điều trị đặc hiệu sớm
- Lao màng phổi
 - K màng phổi
 - Suy tim
 - Xơ gan
 - Suy thận

PHÁC ĐỒ CẤP CỨU TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI

I-CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Khó thở xảy ra đột ngột, dữ dội.
- Đau lói ngực đột ngột, mức độ nhiều.
- Tình trạng hốt hoảng, sợ hãi.
- Thở nhanh nông, tím tái môi, đầu chi.
- Lòng ngực bên tràn khí giãn rộng, ít di động theo nhịp thở, rung thanh giảm, gõ vang trong, rì rào phế nang mất.

2. X quang phổi:

- Hình ảnh tăng sáng toàn bộ vùng tràn khí.
- Lá tạng và nhu mô phổi bị đẩy về phía trung thất.
- Trung thất bị đẩy lệch về phía bên lành.

II-ĐIỀU TRỊ:

1- Dẫn lưu tràn khí màng phổi: dẫn lưu kín một chiều.

- Kim 18.
- Catheter 16.
- Ống dẫn lưu.
- Gây tê tại chỗ với Novocain 2% 2ml 3 ống.
- Xử trí kịp thời dọa phù phổi cấp.

2- Kháng sinh dự phòng bội nhiễm:

Đánh giá khả năng và mức độ có thể dự đoán vi sinh hoặc dựa vào kết quả vi sinh để sử dụng kháng sinh đơn hoặc phối hợp.

- Rovamycin 3tr/UI 1viên x 2 uống/ngày/7-14 ngày.
- Levofloxacin 1-2gr/ngày/7-14 ngày.
- Ceftraxone 2-4gr/ng/7-14ng.
- Gentamycin 80mg 1 ống tiêm bắp/ngày/7-14 ngày.
- Metronidazole 1-2gr/ngày/7-14 ngày.

3- Giảm ho:

- Terpin codeine.
- Theralene.

4-Giảm đau-An thần:

- Efferalgan.
- Seduxen: 5-20mg/ngày/7 ngày.

5-Điều trị nguyên nhân:

- Lao phổi .
- COPD
- Tụ phát.
- Hen phế quản.
- Thủ thuật.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SUY HÔ HẤP

I - LÀM THÔNG ĐƯỜNG HÔ HẤP:

- Hút đàm nhớt và các chất trong miệng mũi.
- Tư thế nằm: nằm ngửa, hoặc ngồi nhưng phải thông đường thở.
- Thuốc thông đàm :
 - + Terpin hydrat 0,25g liều 1g50/ng.
 - + Acetylcysteine 0,2g liều 0,8g/ng.
- Thuốc chống phù nề chống viêm:
 - + Alphachymotrypsine 2v x 4 lần/ng.
- Thuốc giãn phế quản:
 - + Diaphyllin 0,5-0,75 g/ng.
 - + Sabutamol, Ventolin viên 2mg 4 viên/ngày hoặc ống 0,5mg 4 ống/ng TB, TDD.
- Corticosteoides: Hydrocortison 0,1g liều 0,4-0,6g/ng TTM.
- Tập ho, vỗ lưng, tập khạc.
- Bồi hoàn đủ nước và điện giải rất quan trọng để tránh khô quánh đàm gây bí tắc đường thở.

II - OXY LIỆU PHÁP:

- Thở oxy qua sonde mũi.
- Oxy được làm ẩm trước khi qua sonde.
- Liều lượng:
 - + Suy hô hấp cấp trên bệnh phổi, phế quản mãn tính 2-4 lít/phút, thở ngắt quãng.
 - + Suy hô hấp cấp không có bệnh phổi, phế quản mãn tính 10-12 lít/phút thở liên tục.

III - HỖ TRỢ HÔ HẤP

- Thở miệng.
- Thở mũi.
- Bóp bóng.

IV- CHỐNG NHIỄM KHUẨN BỘI NHIỄM.

Kháng sinh lựa chọn:

Tùy theo vi khuẩn dự đoán, thực tế hoặc kết quả vi sinh sẽ sử dụng kháng sinh đơn hoặc phối hợp.

- * Cefalosporin I, II, III.IV.
- * Levofloxacin
- * Azithromycin.
- * Imidazole.

* Gentamycin, vancomycin, Imipenem.

V - THUỐC KIỂM HÓA HUYẾT TƯƠNG.

-Truyền theo công thức:

+ Nabicate 1,4 % (ml) = BE x 0,6 x P.

@ BE (base excess) kiềm dư.

@ P: trọng lượng cơ thể bệnh nhân.

- Không làm được khi máu không có kết quả BE thì truyền ngay Nabicate 1,4 % 250ml.

VI - CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Các thuốc an thần gây ngủ: Seduxen, Gardenal, Phenobarbital.
- Các thuốc á phiện và dẫn chất thuốc phiện.
- Các chất gây toan: iodure kalium.

VII – ĐIỀU TRỊ NGUYÊN NHÂN:

Xử trí ngay nguyên nhân nếu có thể. Thường gặp tại khoa:

- Phù phổi cấp.
- COPD
- Hen
- Tràn khí màng phổi
- Tràn dịch màng phổi
- K phổi
- K màng phổi
- Viêm phổi cấp do lao
- Lao kê
- Lao phổi ho ra máu từ trung bình đến nặng.
- Lao phổi suy kiệt

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI DO LAO

I-CHẨN ĐOÁN

1- Lâm sàng:

Hội chứng tràn dịch màng phổi: H/C 3 giảm.

2- Cận lâm sàng:

- Chọc hút dịch
- Xét nghiệm dịch: sinh hóa, tế bào, vi khuẩn.
- Xét nghiệm đàm .
- X quang phổi thẳng nghiêng.
- Xét nghiệm máu cơ bản: CTM, VS.
- Xét nghiệm nước tiểu (sinh hóa, tế bào)
- Chức năng gan.

II -THEO DÕI TRONG QUÁ TRÌNH ĐIỀU TRỊ

- Chọc hút dịch 2-3 lần
- X quang phổi 1 lần
- Xét nghiệm đàm nếu lúc đầu thấy AFB(+)
- Thăm dò chức năng hô hấp

III- ĐIỀU TRỊ

1- Nội trú:

- Trong 1 tháng.
- Sau đó điều trị ngoại trú 7-8 tháng.

2- Công thức:

CÔNG THỨC: 2SHRZ /6HE

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM MỦ MÀNG PHỔI DO LAO

I- CHẨN ĐOÁN

1-Lâm sàng:

- Hội chứng tràn dịch màng phổi.
- Hội chứng nhiễm độc, nhiễm khuẩn.

2-Cận lâm sàng:

- Chọc hút dịch màng phổi.
- X quang phổi thẳng nghiêng.
- Xét nghiệm vi khuẩn lao trong đàm và trong mủ màng phổi (trực tiếp, nuôi cấy, kháng sinh đồ)
- Thăm dò chức năng phổi.
- Xét nghiệm máu cơ bản: CTM, VS.
- Xét nghiệm nước tiểu.
- Chức năng gan.

II- THEO DÕI TRONG QUÁ TRÌNH ĐIỀU TRỊ

- X quang phổi
- Xét nghiệm đàm 2 - 4 lần nếu lúc đầu đàm AFB(+).
- Thăm dò chức năng phổi.

III- ĐIỀU TRỊ

- Nội trú trong 1 - 2 tháng,
- Sau đó điều trị ngoại trú 7 - 8 tháng.
 - 1- Mở màng phổi tối thiểu, rửa, dẫn lưu, hút (liên tục 3 - 4 tuần) trong thời gian nội trú.
 - 2- Kháng sinh tại chỗ và toàn thân chống bội nhiễm:
Dựa vào thực tế, dự đoán vi sinh, kết quả vi sinh để sử dụng kháng sinh đơn hoặc phối hợp nhóm.
 - Rovamycin 3tr/UI 1V x 2 U/ngày/7-14 ngày.
 - Levofloxacin 1-2gr/ngày/7-14 ngày.
 - Ceftriaxone 2-4gr/ngày/7-14 ngày- Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV.
 - Gentamycin 80mg 1 ống tiêm bắp/ngày/7-14 ngày.
 - Amikacin

- Metronidazole 1-2gr/ngày/7-14ngày. Vancomycin,
Imipenem.

3. Kháng sinh đặc hiệu chống lao.

CÔNG THỨC: 2SHRZ /6HE.

4. Phẫu thuật nếu dẫn lưu không hiệu quả.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ LAO HẠCH

I- CHẨN ĐOÁN

1- Lâm sàng:

- vị trí: thường gặp nhất là hạch cổ.
- Tính chất hạch viêm: sưng to, lúc đầu hạch chắc, riêng rẽ, di động sau đó dính vào nhau kém di động, chuyển thành áp xe, rò mủ mãn tính.

2- Cận lâm sàng:

- Hạch đồ.
- Xét nghiệm máu cơ bản, HC, BC, CTBC, VS.
- Xét nghiệm giải phẫu bệnh.
- X quang phổi.

II- THEO DÕI:

- Theo dõi trong quá trình điều trị (chủ yếu ngoại trú)
- Thăm khám bệnh về lâm sàng, tình hình hạch viêm.

III- ĐIỀU TRỊ

1- Nội khoa: Dùng công thức sau:

CÔNG THỨC: 2SHRZ /6HE

2- Ngoại khoa:

- Chọc hút mủ, nạo sạch
- Cắt bỏ toàn bộ viêm hạch

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ LAO MÀNG BỤNG

I- CHẨN ĐOÁN

1-Lâm sàng:

- Rối loạn tiêu hóa.
- Cổ chướng.
- Đám cứng các u cục lớn nhỏ trong ổ bụng.
- Có thể có dấu hiệu tắc hoặc bán tắc ruột do các hạch dính vào nhau.
- Lao các bộ phận khác.

2- Cận lâm sàng:

- Chọc thăm dò.
- Xét nghiệm dịch màng bụng (sinh hóa, tế bào, vi khuẩn lao).
- Siêu âm ổ bụng: hạch mạc treo to, dịch khu trú giữa các đám dính.
- Nội soi ổ bụng: thấy các hạch lao. Sinh thiết khi có điều kiện (thấy hoại tử bã đậu, nang lao).
- Xét nghiệm máu cơ bản: CTM, VS.
- Xquang phổi.
- Xét nghiệm đàm.
- Chức năng gan.
- Xét nghiệm nước tiểu.

II- THEO DÕI TRONG QUÁ TRÌNH ĐIỀU TRỊ:

Chọc hút dịch khoảng 2 lần

III- ĐIỀU TRỊ:

1-Nội trú:

- Điều trị từ 1- 2 tháng.
- Sau đó điều trị ngoại trú 8 - 9 tháng.

2- Kháng sinh chống lao:

CÔNG THỨC: 2SHRZ /6HE