

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



PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ NĂM 2012

KHOA NGOẠI TỔNG HỢP



**Duyệt
Giám Đốc**

Trưởng khoa

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ÁP XE GAN DO AMÍP

I. Triệu chứng và chẩn đoán.

1. Lâm sàng:

a. Triệu chứng cơ năng:

- Sốt: sốt cao 39- 40⁰C, có thể sốt nóng, vã mồ hôi hoặc có cơn rét run.
- Đau vùng gan .

b. Triệu chứng thực thể:

- Gan to cả hai chiều: bờ trên gan lên cao vượt quá khe liên sườn V đường vú đôn, bờ dưới xuống dưới bờ sườn 2 -3 khoát ngón tay, bờ thường tù, bề mặt nhẵn, gõ đục và ấn vào đau chói.
- Dấu hiệu rung gan (+).

c. Triệu chứng toàn thân:

- Có hội chứng nhiễm khuẩn, môi khô lưỡi bẩn, mệt mỏi, kém ăn.
- Trong giai đoạn sớm có thể thấy da và niêm mạc phát vàng, nước tiểu vàng.

2. Cận lâm sàng:

a. Xét nghiệm máu:

- Bạch cầu tăng, chủ yếu tăng BC đa nhân trung tính.
- Tốc độ máu lắng tăng.
- Men gan tăng, phosphatase kiềm tăng.

b. X quang:

- Chụp gan xa thấy bóng gan to.
- Cơ hoành bị đẩy lên cao, thường là cơ hoành bên phải.

c. Siêu âm: Hình ảnh siêu âm là một vùng thương tổn chiếm chỗ trong nhu mô gan, thường có hình tròn hay hình bầu dục, cấu trúc Echo hỗn hợp.

II. Điều trị

- Sernidazole (Flagentyl*): 500mg x 3viên/ngày x 5 - 7 ngày. Hoặc:
Metronidazole: 250mg x 6viên/ 24 giờ x 14 - 21 ngày.
- Kháng sinh phối hợp: Cefuroxim 500mg x 3viên/ngày. (chống bội nhiễm).
- Ở áp xe gan lớn hoặc có biến chứng vỡ mũ: nhập viện

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH TRĨ

I. Phân loại bệnh trĩ :

1. Trĩ nội :

- Xuất phát từ đám rối tĩnh mạch trĩ trong, nằm ở trên đường lược.
- Căn cứ vào độ sa lồi của búi trĩ, người ta chia trĩ nội ra làm 4 độ :
 - Độ I : Búi trĩ còn nằm trong ống hậu môn, biểu hiện là chảy máu khi đi cầu.
 - Độ II : Búi trĩ sa ra khi đi cầu, khi đi cầu xong tự tụt lên được.
 - Độ III : Búi trĩ sa ra khi đi cầu, hay khi làm công việc nặng – phải dùng tay đẩy nhẹ mới lên được.
 - Độ IV : Búi trĩ thường xuyên nằm ngoài ống hậu môn. Lúc này các búi trĩ không còn là các búi trĩ riêng mà tạo thành vòng (trĩ vòng) nhưng còn thấy các ngấn phân cách búi trĩ.

2. Trĩ ngoại :

- Phát sinh từ đám rối tĩnh mạch trĩ ngoại.
- Nằm dưới đường lược.

3. Trĩ hỗn hợp :

Có cả trĩ nội và trĩ ngoại liên kết với nhau do dây chằng Park bị nhão, lớp niêm mạc không dính với cơ thắt trong.

II. Điều trị bệnh trĩ :

***Noài khoa:** đối với trĩ nội độ I và II

– Daflon 500mg:

Con đau trĩ cấp tính : 6 viên/ngày, trong 4 ngày đầu ; sau đó 4 viên/ngày, trong 3 ngày ; duy trì 2 viên/ngày.

Trĩ mạn tính : 2 viên/ngày.

Hoặc

– Ginkor Fort:

Con đau trĩ cấp tính : 4 viên/ngày, trong 7 ngày đầu ; sau đó duy trì 2 viên/ngày.

Trĩ mạn tính : 2 viên/ngày./.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CƠN ĐAU QUẶN THẬN

I. Chẩn đoán:

1. Lâm sàng:

- Bệnh nhân đột ngột đau vùng thắt lưng, đau dữ dội, từng cơn tăng lên, lan tỏa xuống vùng bẹn và bộ phận sinh dục ngoài. Mọi tư thế giảm đau đều không hiệu quả.
- Cơn đau kèm theo buồn nôn hoặc nôn.
- Đi tiểu nhiều lần, tiểu khó, buốt, đôi khi ra máu.
- Sờ vùng thắt lưng bệnh nhân đau nhói bên trong, đôi khi chạm thân (+).
- Bệnh nhân kêu la, luôn thay đổi tư thế.
- Nhiệt độ bình thường hoặc đôi khi tăng nhẹ.

2. Cận lâm sàng:

- Nhiều hồng cầu và bạch cầu trong nước tiểu.
- Bạch cầu trong máu thường không tăng.
- Siêu âm có thể phát hiện được sỏi thận, sỏi niệu quản, thận ứ nước...
- KUB phát hiện được sỏi thận, sỏi niệu quản cản quang.

II. Các thể lâm sàng:

1. Thể không biến chứng:

- Hay gặp do sỏi niệu quản 4-5mm, không gây nhiễm khuẩn hoặc gây ứ nước hoàn toàn.
- Diễn tiến thuận lợi, sỏi di chuyển và có thể loại ra ngoài bằng điều trị nội khoa.

2. Thể có biến chứng:

- Sỏi gây thận ứ nước nhiễm khuẩn.
- Vô niệu.
- Cơn đau lâu dài và dữ dội, không giảm với thuốc giảm đau.
- Sỏi niệu trên phụ nữ có thai kèm nhiễm khuẩn rất nặng.

III. Điều trị:

- Uống nhiều nước.
- Dùng thuốc kháng viêm non steroid đường uống.
- Các thuốc chống co thắt cơ trơn.
 - Spasmaverin 2viên x 2 lần/ngày
- Kháng sinh: (khi có dấu hiệu nhiễm trùng tiểu)
 - Ciproloxacin 500mg x 2 lần/ngày x 7 ngày, hoặc
 - Cefuroxim 500mg x 3 lần/ngày x 7 ngày./.

NHIỄM KHUẨN TIẾT NIỆU

I. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

+ *Nhóm triệu chứng nhiễm khuẩn tiết niệu trên:*

- Hội chứng nhiễm trùng: sốt cao, lạnh run, đau vùng thắt lưng 1 bên hoặc 2 bên.
Tiểu đục, tiểu gắt buốt, tiểu ra máu.

- Đôi khi bệnh nhân vào viện vì cơn đau quặn thận. Khám vùng thắt lưng bệnh nhân đau nhiều, thành bụng co cứng, đôi khi sờ thấy thận căng to và đau.

+ *Nhóm triệu chứng nhiễm khuẩn tiết niệu dưới:*

- Bao gồm 1/3 dưới niệu quản, bàng quang, niệu đạo và 1 số bộ phận sinh dục khác liên quan như: tinh hoàn, mào tinh hoàn, tiền liệt tuyến...

- Sốt ít hơn, ít ảnh hưởng nhiều đến toàn trạng, mà chủ yếu là sự kích thích của bàng quang như tiểu gắt, tiểu buốt, tiểu nhiều lần, tiểu ra mủ, tiểu ra máu.

- Khám bệnh nhân đau ở hạ vị, có khi có cầu bàng quang do ứ đọng nước tiểu, thăm tiền liệt tuyến có thể thấy to và đau.

2. Cận lâm sàng:

*Xét nghiệm nước tiểu là chủ yếu

- Số lượng vi khuẩn >100.000/ml, hoặc có nhiều bạch cầu > 10.000/ml.

- Ngoài ra còn có thể thấy tế bào mỡ, hồng cầu.

- Cây nước tiểu và làm kháng sinh đồ giúp chẩn đoán xác định và hướng dẫn điều trị.

*Xét nghiệm máu:

- Bạch cầu trong máu tăng cao, chủ yếu là đa nhân trung tính.

- Ure và Creatinine trong máu tăng cao khi chức năng thận bị ảnh hưởng.

*Xquang:

- Các kỹ thuật XQ có thể làm là: KUB, UIV, UPR...

*Siêu âm: tình trạng ứ dịch của thận, chủ mô thận, kích thước tiền liệt tuyến...

II. ĐIỀU TRỊ:

Cần phải điều trị tích cực và lâu dài, đôi khi phải kết hợp điều trị nội khoa và ngoại khoa.

➤ Ciprofloxacin 500mg: 1viên x 2 lần/ngày x 5 - 10 ngày, hoặc

➤ Trimetoprim 960mg: 1viên x 2 lần/ngày x 5 - 10 ngày, hoặc

➤ Doxycycline 100mg: 1viên x 2 lần/ngày x 7 - 10 ngày, hoặc

➤ Cefuroxim 500mg x 3 lần/ngày x 5-10 ngày

Trường hợp nhiễm khuẩn nặng thì cho nhập viện ./.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM TINH HOÀN

Thường là hậu quả sau viêm mào tinh hoàn, nhiễm khuẩn nước tiểu, phẫu thuật cắt tiền liệt tuyến hay đặt ống thông niệu đạo lâu ngày.

1. Lâm sàng:

- Đau ở tinh hoàn, đau lan lên ống bẹn.
- Da bìu đỏ rục và phù nề.
- Tinh hoàn căng mọng sờ có cảm giác lũng nhùng chất dịch.
- Có tràn dịch hoặc tràn mủ màng tinh hoàn cấp.

(Cần chẩn đoán phân biệt với Viêm tinh hoàn quai bị)

2. Điều trị:

- Chủ yếu là điều trị nội khoa.
- Phác đồ điều trị giống như viêm mào tinh hoàn.
 - Tetracyclin 500mg: 1 viên x 4 lần/ngày x 3 tuần, hoặc
 - Ciproloxacin 500mg: 1 viên x 2 lần/ngày x 7-14 ngày, hoặc

Người ≤ 39 tuổi:

- Azithromycin 500mg: 1 viên /ngày x 3 - 5 ngày, hoặc
- Doxycycline 100mg: 1 viên x 2 lần/ngày x 10 ngày, hoặc
- Ceftriaxone 1g: 1 lọ tiêm bắp 1 liều duy nhất.

Người ≥ 39 tuổi:

- Ciproloxacin 500mg: 1 viên x 2 lần/ngày x 10 - 14 ngày, hoặc
- Bactrim 960mg: 1 viên x 2 lần/ngày x 10 - 14 ngày.

Khi đã hình thành ổ áp xe cho nhập viện rạch rộng ổ áp xe để tháo mủ và các tổ chức nhu mô hoại tử của tinh hoàn./.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM MÀO TINH HOÀN

1. Chẩn đoán:

a. Lâm sàng:

- Con đau dữ dội một bên bìu, lan dọc theo thừng tinh và tới vùng thắt lưng.
- Bìu to, lớp da bìu đỏ.
- Sờ nắn bìu có cảm giác rất đau.
- Mất ranh giới giữa tinh hoàn và mào tinh hoàn.
- Thừng tinh sẽ dày do phù nề.
- Toàn thân sốt cao.

b. Cận lâm sàng:

- Bạch cầu trong máu tăng cao.
- Tốc độ lắng máu tăng cao.

2. Điều trị:

+ Viêm tinh hoàn kết hợp với viêm niệu đạo:

- Tetracyclin 500mg: 1 viên x 4 lần/ngày x 3 tuần, hoặc
- Ciproloxacin 500mg: 1 viên x 2 lần/ngày x 7-14 ngày, hoặc

Người ≤ 39 tuổi:

- Azithromycin 500mg: 1 viên /ngày x 3 - 5 ngày, hoặc
- Doxycycline 100mg: 1 viên x 2 lần/ngày x 10 ngày, hoặc
- Ceftriaxone 1g: 1 lọ tiêm bắp 1 liều duy nhất.

Người ≥ 39 tuổi:

- Ciproloxacin 500mg: 1 viên x 2 lần/ngày x 10 - 14 ngày, hoặc
- Bactrim 960mg: 1 viên x 2 lần/ngày x 10 - 14 ngày.

+ Viêm mào tinh hoàn kết hợp với nhiễm khuẩn nước tiểu thì sử dụng kháng sinh thích hợp theo kháng sinh đồ.

Ngoài việc dùng kháng sinh, cần kết hợp thêm các phương pháp như: nghỉ ngơi, băng treo cố định vùng bìu, dùng thuốc kháng viêm non steroid, phong bế tại chỗ./.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ

BƯỚU LÀNH TIỀN LIỆT TUYẾN

I. ĐẶC ĐIỂM VỊ TRÍ:

Tiền liệt tuyến nằm sâu trong hốc chậu, sau xương mu, mặt trước trực tràng do đó chỉ sờ nắn được qua trực tràng.

II. LÂM SÀNG:

1. Triệu chứng chủ quan:

- Triệu chứng bàng quang quá mẫn cảm:
 - Tiểu gấp, tức là khi mới đi tiểu, bệnh nhân khó nhịn lại được.
 - Đêm phải đi tiểu nhiều lần: từ 2 lần trở lên.
- Bế tắc đường tiểu:
 - Đái khó: phải rặn khởi động mới đi tiểu được, tia nước tiểu yếu.
 - Nước tiểu còn tồn lưu trong bàng quang: tiểu xong có cảm giác chưa tiểu hết phải đi tiểu lại trong vòng chưa đầy 2 giờ.

2. Triệu chứng khách quan:

- Thăm khám tiền liệt tuyến qua hậu môn: thấy to đều, hình tròn, mất rãnh giữa, giới hạn rõ rệt.
- Siêu âm: Phát hiện tiền liệt tuyến to, nước tiểu tồn lưu trong bàng quang.

3. Cận lâm sàng: PSA (prostatic specific antigen) tăng trên 04 ng, nhưng không quá 30 ng.

III. CHẨN ĐOÁN:

- Rối loạn chức năng tiểu tiện.
- Thăm khám trực tràng: tiền liệt tuyến to hơn bình thường.
- Siêu âm: phát hiện tiền liệt tuyến to trên 04 cm.
- Xét nghiệm PSA trên 04 ng.

IV. ĐIỀU TRỊ:

1. Điều trị nội khoa trường hợp rối loạn đi tiểu nhẹ, trung bình:

- Tadenan 50mg: 1 viên x 2 lần/ngày x 30 ngày, hoặc
- Xatral 5mg: 1 viên x 2 lần/ngày x 30 ngày

2. Nhập viện trong các trường hợp rối loạn đi tiểu nặng, nước tiểu tồn lưu trên 100 ml hoặc bệnh nhân bí tiểu mãn phải đặt thông tiểu./.

NHIỄM TRÙNG RỒN SƠ SINH

I. ĐỊNH NGHĨA:

Nhiễm trùng rốn là nhiễm trùng cuống rốn sau khi sanh, có thể khu trú hoặc lan rộng, không còn ranh giới bình thường giữa da và niêm mạc rốn chỗ thắt hẹp và vùng sung huyết sẽ lan rộng ra thành bụng kèm phù nề, rỉ dịch hôi, đôi khi có mủ.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Công việc chẩn đoán:

a. Hỏi những yếu tố nguy cơ làm cho trẻ dễ bị nhiễm trùng rốn:

Cân nặng lúc sanh thấp, sanh không vô trùng, có đặt catheter vào tĩnh mạch rốn, vỡ ối sớm, mẹ sốt khi sanh...

b. Khám tìm các dấu hiệu của nhiễm trùng rốn:

- Rốn ướt hôi, rỉ dịch mủ, rốn tấy đỏ.
- Viêm tấy mô mềm, viêm mạch bạch huyết da thành bụng chung quanh rốn.
- Viêm tấy cân cơ sâu lan rộng.
- Các dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân: sốt, lừ đừ, bỏ bú.

c. Đề nghị xét nghiệm:

- Phết máu ngoại biên: đánh giá tình trạng nhiễm trùng của trẻ.
- Cây dịch rốn: tìm vi trùng và làm kháng sinh đồ.
- Cây máu khi tình trạng nhiễm trùng rốn nặng.

2. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán xác định: Rốn có mủ, quầng đỏ nề quanh rốn + cây dịch rốn (+).
- Chẩn đoán có thể: Rốn có mủ, quầng đỏ nề quanh rốn.

3. Tiêu chuẩn nhập viện:

- Nhiễm trùng rốn nặng.
- Hoặc trẻ có kèm biểu hiện nhiễm trùng toàn thân (sốt cao, lừ đừ, bỏ bú).

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Kháng sinh điều trị:

- Trường hợp chân rốn có mủ tại chỗ: Oxacillin uống x 5-7 ngày.
- Trường hợp rốn có mủ và nề đỏ cứng quanh rốn: cho nhập viện.

2. Săn sóc rốn: đây là một việc rất quan trọng cần làm mỗi ngày nhằm mục đích: giảm tình trạng nhiễm trùng, rốn mau khô và rụng./.