

SUY TIM

Trích dẫn bài giảng lớp CKI 2014
GS.TS. Trần Kim Trang
Giảng viên ĐHYD TP.HCM

I.Định nghĩa: là 1 hội chứng, không là 1 bệnh

Do bất thường chức năng của tim khiến cho khả năng tim bơm máu bị suy giảm, không đáp ứng đủ nhu cầu chuyển hóa của mô và áp lực đồ dày thất gia tăng.

Khác với suy tuần hoàn bao gồm nhiều thành phần: tim, hệ mạch máu, thể tích tuần hoàn, nồng độ oxy gắn Hemoglobin trong máu động mạch.

II.Nguyên nhân:

1.Nguyên nhân cơ bản: là những bệnh lý bẩm sinh hoặc mắc phải về bệnh mạch vành, van tim, cơ tim, màng ngoài tim. Điều trị nguyên nhân cơ bản nhằm ngăn ngừa suy tim tiến triển hoặc tái phát.

2.Yếu tố thúc đẩy: là những yếu tố khiến cho suy tim còn bù thành mất bù, suy tim nặng lên. Điều trị yếu tố thúc đẩy nhằm chấm dứt nhanh đợt suy tim nặng.

- Không tuân thủ điều trị: ăn mặn, ngưng thuốc, stress, hoạt động thể lực...
- Xuất hiện bệnh tim thứ 2: rối loạn nhịp tim, nhồi máu cơ tim, tăng huyết áp, viêm cơ tim, viêm nội tâm mạc...
- Xuất hiện bệnh khác ngoài tim: nhiễm trùng, thuyên tắc phổi, bệnh gan, thận, tình trạng tăng cung lượng tim..
- Dùng thuốc ức chế tim hoặc giữ nước- muối: rượu, chẹn Beta, kháng viêm Steroid và Non-Steroid, ức chế Calci, 1 số thuốc ức chế miễn dịch...

III.Chẩn đoán:

1.Chẩn đoán xác định:

Tiêu chuẩn FRAMINGHAM 2002 bổ sung: (độ nhạy 100%, độ chuyên 78%), khi có

1 tiêu chuẩn chính+ 2 tiêu chuẩn phụ

***Tiêu chuẩn chính:**

- Khó thở kịch phát về đêm.
- Tĩnh mạch cảnh nổi.
- Khó thở nằm.
- Tim to / X quang ngực.
- Ngựa phi T₃.
- Ran phổi .
- Phù phổi/ X quang ngực.

***Tiêu chuẩn phụ:**

- Khó thở khi gắng sức.

Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2014

- Ho về đêm.
- Phù chân.
- Gan to.
- Tràn dịch màng phổi.
- Tần số tim > 120 lần/ phút.

Là tiêu chuẩn chính hoặc phụ: **giảm $\geq 4,5$ kg qua 5 ngày điều trị suy tim.**

***Lưu ý ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ:**

- Năm đầu khó nuôi, chậm lên cân, thở nhanh, mồ hôi nhiều.
- Nhiễm trùng phổi tái phát.
- Lớn nhĩ trái và gốc động mạch phổi gây tắc khí đạo khiến xẹp phổi, khí phế thũng phổi trái.
- Phập phồng cánh mũi, co kéo khoang liên sườn... lại hiếm gặp ở người lớn.
- Phù, bụng báng, mạch so le (ít gặp).
- Phù mắt thường gặp hơn phù ngoại biên.
- Cổ ngắn nên khó phát hiện tĩnh mạch cảnh nổi, nên tĩnh mạch mu tay là dấu hiệu có giá trị.

***So sánh độ chính xác của các dữ liệu giúp chẩn đoán xác định:** (nguồn : N Engl J Med. 2002; 347:161-168)

BNP máu:	83%
Tiêu chuẩn Framingham:	73%
Tiêu chuẩn NHANES:	67%

2.Chẩn đoán nguyên nhân:

Chẩn đoán nguyên nhân: dựa vào triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng trên.

Suy tim phải: thường do tâm phế mạn, hẹp van 2 lá, tim bẩm sinh(thông liên nhĩ, hẹp van động mạch phổi, tam chứng Fallot)...

Suy tim trái: thường do tăng huyết áp, bệnh mạch vành, bệnh cơ tim, bệnh van động mạch chủ, hở van 2 lá...

Chẩn đoán yếu tố thúc đẩy: nên được truy tầm.

3.Chẩn đoán mức độ: theo phân độ chức năng của NYHA Hội tim Nữ

Ước:

Độ 1: không giới hạn hoạt động thể lực, hoạt động thông thường không gây khó thở, hồi hộp.

Độ 2: giới hạn nhẹ hoạt động thể lực, có triệu chứng khi hoạt động ở mức độ thông thường và khỏe khi nghỉ.

Độ 3: giới hạn rõ hoạt động thể lực, có triệu chứng khi hoạt động dưới mức thông thường và khỏe khi nghỉ.

Độ 4: không thể hoạt động thể lực, có triệu chứng cả khi nghỉ.

4.Chẩn đoán giai đoạn: theo ACC/AHA (nhấn mạnh tiến triển của suy tim để có hướng điều trị thích hợp cho mỗi giai đoạn)

A: Nguy cơ cao ST (bệnh mạch vành, tăng huyết áp, đái tháo đường,...)

Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2014

B: Chưa có triệu chứng ST dù có bệnh tim thực thể(dày thất trái, nhồi máu cơ tim cũ, bệnh van tim,...)

C: Có triệu chứng ST (khi thở mệt mỏi,...)

D: ST giai đoạn cuối, trợ (có triệu chứng khi nghỉ dù điều trị nội khoa tối đa)

IV.Điều trị:

1.Mục tiêu: -Tăng khả năng gắng sức. - Cải thiện chất lượng cuộc sống.
- Giảm số lần nhập viện. - Kéo dài tuổi thọ.

2.Mục đích:

-Giải quyết nguyên nhân căn bản:

*Nội khoa: bệnh tăng huyết áp, viêm nội tâm mạc, ngưng rượu với những bệnh nhân bệnh cơ tim dẫn nở nghỉ do rượu,...

*Ngoại khoa: bệnh tim bẩm sinh, van tim, mạch vành,...

- Giải quyết yếu tố thúc đẩy: phát hiện, điều trị, phòng ngừa nhiễm trùng, thuyên tắc mạch, rối loạn nhịp tim.

Điều trị các bệnh kết hợp: bệnh tuyến giáp, đái tháo đường, nhiễm trùng, thiếu máu, ngáy,....

- Kiểm soát tình trạng suy tim ứ huyết:

- Tăng sức cơ bóp tim:
 - + Digitalis
 - + Thuốc tăng cơ bóp cơ tim khác: Dopamin, Dobutamin
 - + Đặt máy tạo nhịp tim.
- Giảm công của tim:
 - + Nghỉ ngơi về thể chất, tinh thần. Ăn nhiều bữa nhỏ. Tránh táo bón.
 - + Giảm cân ở người mập.
 - + Thuốc dẫn động mạch, tĩnh mạch.
 - + Trợ giúp tuần hoàn cơ học.
- Kiểm soát ứ nước- muối:
 - + Chế độ ăn giảm Natri.
 - + Thuốc lợi tiểu
 - + Rút dịch : chọc dịch màng phổi, màng bụng, lọc máu,...

3.Biên pháp không dùng thuốc:

-Giúp giảm nguy cơ tổn thương tim: điều chỉnh lối sống:

- + Ngưng rượu - thuốc lá. Hạn chế cà phê.
- + Ăn rau quả, ngũ cốc, cá,thịt nạc, sữa ít béo, tránh mỡ.
- + Giảm cân nếu béo phì: giúp giảm sức cản ngoại biên và nhu cầu oxy của cơ tim, nhưng cần nhập đủ lượng calo ở BN suy tim nặng để tránh suy kiệt.
- + Tránh xúc động, trầm cảm, stress.
- + Tránh sống trên vùng cao do thiếu Oxy.

Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2014

+ Kiểm soát huyết áp- lipid máu- tiểu đường.

- Cân bằng dịch:

Hạn chế muối <2-3g/ ngày, tùy tình trạng ứ dịch, triệu chứng của suy tim và để giảm thiểu nhu cầu dùng thuốc lợi tiểu.

Chế độ ăn bình thường khoảng 10g muối NaCl hay 4g Natri/ ngày.

Chế độ ăn không nêm muối và gia vị: 0,5- 1g Natri/ ngày.

Khó thuyên giảm đợt suy tim mất bù nếu bệnh nhân ăn quá 0,5g muối / ngày.

Lưu ý nêm lạt quá có thể ảnh hưởng khẩu vị gây kém ăn, suy kiệt.

Có thể thay Natri = Kali nhưng cần thận nếu có suy thận, bù Kali, dùng lợi tiểu giữ Kali.

Cân mỗi ngày để phát hiện sớm thừa dịch. Nước uống theo mức độ khát, <1,5 – 2lít/ngày.

Suy tim tiến triển làm tăng ADH tuần hoàn, gây giảm thải nước muối, hạn chế nước sao cho Natri vẫn > 130 Meq/l.

- Cải thiện thể lực:

Đợt cấp: hạn chế vận động để giảm tiêu thụ oxy và công của tim. Nghỉ ngơi cả về tinh thần: hạn chế thăm viếng, tiếp điện thoại, dùng an thần nhẹ nếu BN lo âu.

Suy tim mạn ổn định: tập luyện vừa phải phục hồi chức năng theo chương trình, giúp giảm hoạt tính neurohormone. Nên khởi đầu chậm và dần tới mức 20- 45 phút/ngày x 3-5 ngày/ tuần x 8- 12 tuần.

- Tránh các thuốc làm suy tim nặng hơn: thuốc ức chế co bóp cơ tim (ức chế Calci, thuốc chống rối loạn nhịp tim nếu rối loạn nhịp tim không triệu chứng), kháng viêm Non- steroid, metformin, thiazolidinediones.

- Thở Oxy: 4- 6 lít/ phút qua sonde mũi.

- Lọc máu:

Khi suy tim kèm theo suy thận nặng mà không đáp ứng đủ với hạn chế nước- muối và thuốc lợi tiểu.

Biện pháp cơ học: chọc dịch màng phổi (<1,5l/lần), chọc dịch màng bụng(<200ml/ giờ) có thể làm bớt khó thở tạm thời.

- Những biện pháp khác:

+ Chủng ngừa cúm & phế cầu.

+ Theo dõi sát BN ngoại trú.

4. Biện pháp dùng thuốc:

- Ức chế men chuyển:

*Chỉ định: sử dụng như một thuốc đầu tay trong điều trị suy tim, ngay cả giai đoạn suy tim chưa có biểu hiện lâm sàng(ví dụ nhồi máu cơ tim) hay không có dấu hiệu giữ nước, nếu có dấu hiệu giữ nước thì nên dùng phối hợp với thuốc lợi tiểu.

*Chống chỉ định: Suy thận và ho không phải là các chống chỉ định tuyệt đối. khi huyết áp thấp dưới 100mmHg hoặc creatinin tăng, cần theo dõi sát khi bắt đầu.

*Liều: Nên bắt đầu bằng liều nhỏ rồi tăng dần mỗi 2-4 tuần.

Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2014

- **Ức chế Beta:** không dùng các chất ức chế beta có hoạt tính giao cảm như pindolol và acebutolol.

*Chỉ định: tất cả trường hợp suy tim trừ khi BN khó thở khi nghỉ., không ổn định về huyết động.

*Chống chỉ định: nhịp tim chậm, hen phế quản nặng, block nhĩ thất độ cao, bệnh phổi tắc nghẽn mạn nặng.

*Liều: Nên bắt đầu bằng liều nhỏ rồi tăng dần đến liều tối đa có thể chấp nhận được.

*Hiệu quả: Tác dụng ngang nhau. Các nghiên cứu cho thấy carvedilol, metoprolol và bisoprolol giảm tỉ lệ tử vong 34%.

- **Ức chế thụ cảm angiotensin II:** có tác dụng như ức chế men chuyển, giá thành cao hơn.

*Chỉ định: khi bệnh nhân không dung nạp ức chế men chuyển.

- Hydralazine:

*Chỉ định: khi bệnh nhân không dung nạp ức chế men chuyển hoặc ức chế thụ cảm angiotensin II.

*Liều: Bắt đầu hydralazine bằng liều nhỏ 25mg x 3 lần/ ngày, tăng dần lên đến 100mg x 3 lần/ ngày.

- **Nitrates:** isosorbide dinitrate 40mg x 3 lần/ ngày hoặc mononitrate 40mg-120mg/ ngày.

- Digoxin

Các glycoside trợ tim có 5 tác dụng trên tim: tăng co bóp (inotrop dương), tăng trương lực (tonotrope dương), giảm nhịp tim (chronotrope âm), giảm tốc độ dẫn truyền (dromotrope âm), tăng tínhkích thích (bathmotrope dương).

*Chỉ định: giảm triệu chứng như mệt, khó thở và ở bệnh nhân có rung nhĩ để kiểm soát nhịp thất. Digoxin được chứng tỏ giảm số lần nhập viện nhưng không giảm tỉ lệ tử vong.

*Chống chỉ định: bệnh cơ tim tắc nghẽn, hẹp van động mạch chủ, rối loạn tính kích thích cơ tim(nhanh thất, rung thất, ngoại tâm thu thất nhịp đôi,...), block nhĩ thất độ cao chưa đặt máy tạo nhịp.

*Liều: Điều trị bằng Digoxin giảm triệu chứngkhi nồng độ huyết tương của digoxin ở trng giới hạn từ 0.5 – 0.8 ng/ml, triệu chứng tăng lên khi nồng độ huyết thanh ở mức 1.2ng/ml. Nên bắt đầu digoxin khi phân suất tống máu(Ejection fraction) giảm dưới 40% dù đã điều trị bằng ức chế men chuyển, ức chế beta và lợi tiểu với liều thích hợp. Nên dùng liều trung bình 0.125mg, nhất là ở người già và có tiềm năng suy thận.

- Lợi tiểu:

*Chỉ định: có dấu hiệu giữ nước do ứ trệ tuần hoàn ở BN suy tim. Thuốc lợi tiểu làm giảm nhanh triệu chứng khó thở và tăng khả năng gắng sức của người bệnh.

Lợi tiểu thiazide trong trường hợp nhẹ và chức năng thận tốt.

Lợi tiểu quai Hénle(loop diuretic) như furosemide trong trường hợp phù phổi và phù ngoại biên. Điều trị lợi tiểu quá liều làm giảm thể tích máu lưu thông gây suy thận và hạ áp huyết nhất là khi dùng chung với ức chế men chuyển, ức chế thụ cảm angiotensin II và ức chế beta. Thường bắt đầu bằng liều 20-40mg uống ở bệnh nhân ngoại chẩn, tăng lên theo nhu cầu. Mục tiêu giảm cân nặng từ 0.5-

Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2014

1kg/ngày. Tiêm tĩnh mạch có tác dụng mạnh hơn là uống đối với cùng liều lượng tương tự. Truyền tĩnh mạch liên tục có thể có tác dụng tốt hơn là chích tĩnh mạch từng liều riêng biệt. Có ý kiến cho rằng nên dùng một liều duy nhất / ngày hơn là phân chia thành từng liều nhỏ hơn. Có thể dùng furosimide cùng với thiazide để tăng tác dụng. Khi đã đạt dụng, cần duy trì để tránh bị phù trở lại.

Lợi tiểu giữ kali chỉ nên chỉ định cho những BN kali máu thấp dai dẳng. Hướng dẫn của ACC/AHA 2005 cho rằng kháng aldosterone có lợi đối với BN suy tim nặng và trung bình mà được theo dõi sát về potassium và chức năng thận. Liều trung bình 125mg/ ngày.

- **Statins** : Các thuốc statins giảm cholesterone, có tác dụng ngừa bệnh tim mạch tiên cấp và thứ cấp. Statins cũng có tác dụng độc lập riêng biệt kéo dài đời sống của người bị suy tim.

- **Ức chế calci**: Các nghiên cứu đầu cho thấy ức chế calci nói chung có tác dụng bất lợi đối với người suy tim. Các nghiên cứu sau này cho thấy Amlodipine và Felodipine không có hại, có thể dùng điều trị tăng huyết áp và cơn đau thắt ngực ở người suy tim.

5. Thuốc tăng co bóp cơ tim khác:

- **Dobutamin**: gây tăng co bóp cơ tim do kích thích trực tiếp 1 receptor. Chỉ định trong choáng tim hay suy tim cấp tụt huyết áp, suy tim mạn mất bù nặng. Chính liều truyền tĩnh mạch thấp nhất mà vẫn ổn định huyết động. Không dùng lâu dài vì tăng tử vong do gây rối loạn nhịp tim.

- **Milrinone**: gây tăng co bóp cơ tim thông qua ức chế phosphodiesterase. Chỉ định trong suy tim cung lượng thấp có tăng áp phổi(dẫn mạch phổi mạnh hơn Dobutamine).

- **Nesiritide**: tăng cung lượng tim thông qua dẫn động tĩnh mạch, lợi niệu nhẹ. Chỉ định trong suy tim mất bù cấp, khó thở khi nghỉ & chỉ hoạt động tối thiểu.

6. Chống đông kháng vitamine K duy trì INR 2-3, chỉ định khi:

- Có huyết khối buồng thất trái.
- Tiền sử tắc động mạch.
- Loạn nhịp nhĩ và/ hoặc có huyết khối nhĩ trái ở BN bệnh van tim hậu thấp.
- Thất trái giãn nhiều với chức năng tâm thu giảm nặng.
- Mất vận động một hay nhiều vùng cơ tim trên siêu âm tim.

7. Suy tim tâm trương:

Kiểm soát tốt huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương.

Kiểm soát tốt tần số thất BN rung nhĩ có suy tim tâm trương.

Digitalis không tác dụng.

Lợi tiểu, giãn tĩnh mạch: làm giảm cung lượng tim, chống phù và giảm sung huyết phổi.

Ức chế beta, ức chế calci làm chậm nhịp tim: ưu tiên lựa chọn.

Ức chế men chuyển, ức chế AT1: giúp giảm phì đại thất trái, giãn thất trái thuận lợi hơn.

Chẹn beta, UCMC, chẹn thụ thể angiotensin II hoặc ức chế calci có thể giảm triệu chứng cơ năng ở BN suy tim tâm trương.

Tái lưu thông ĐMV cần thiết ở BN suy tim tâm trương có kèm BĐMV.

Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2014

**** 5 Biện pháp xâm lấn:***

- Bypass mạch vành.
- Đốt đường dẫn truyền bất thường hoặc ổ ngoại vi gây ngoại tâm thu bằng sóng cao tần.
- Phẫu thuật van tim.
- Phẫu thuật cắt bớt tâm thu
- Cây máy phá rung tim
- Đặt máy tạo nhịp 2 buồng thất tái đồng bộ cơ tim.
- Trợ giúp tuần hoàn cơ học.
- Ghép tim.

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

1. ĐỊNH NGHĨA

Tăng huyết áp là khi huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg.

2. NGUYÊN NHÂN

Phần lớn tăng huyết áp (THA) ở người trưởng thành là không rõ nguyên nhân (THA nguyên phát), chỉ có khoảng 10% các trường hợp là có nguyên nhân (THA thứ phát, xem Phụ lục 1- Nguyên nhân gây THA thứ phát, các yếu tố nguy cơ tim mạch, biến chứng & tổn thương cơ quan đích do THA)

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định THA: dựa vào trị số huyết áp đo được sau khi đo huyết áp đúng quy trình (xem Phụ lục 2- Quy trình đo huyết áp). Ngưỡng chẩn đoán THA thay đổi tùy theo từng cách đo huyết áp (Bảng 1).

Bảng 1. Các ngưỡng chẩn đoán tăng huyết áp theo từng cách đo

	Huyết áp tâm thu		Huyết áp tâm trương
1. Cán bộ y tế đo theo đúng quy trình	≥ 140 mmHg	và/hoặc	≥ 90 mmHg
2. Đo bằng máy đo HA tự động 24 giờ	≥ 130 mmHg		≥ 80 mmHg
3. Tự đo tại nhà (<i>đo nhiều lần</i>)	≥ 135 mmHg		≥ 85 mmHg

3.2. Phân độ THA: dựa vào trị số huyết áp do cán bộ y tế đo được (xem Bảng 2).

Bảng 2. Phân độ huyết áp

Phân độ huyết áp	Huyết áp tâm thu (mmHg)		Huyết áp tâm trương (mmHg)
Huyết áp tối ưu	< 120	và	< 80
Huyết áp bình thường	120 – 129	và/hoặc	80 – 84
Tiền tăng huyết áp	130 – 139	và/hoặc	85 – 89

Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2014

Tăng huyết áp độ 1	140 – 159	và/hoặc	90 – 99
Tăng huyết áp độ 2	160 – 179	và/hoặc	100 – 109
Tăng huyết áp độ 3	≥ 180	và/hoặc	≥ 110
Tăng huyết áp tâm thu đơn độc	≥ 140	và	< 90

Nếu huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương 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 huyết áp tâm thu.

3.3. Phân tầng nguy cơ tim mạch: dựa vào phân độ huyết áp, số lượng các yếu tố nguy cơ tim mạch (YTNCTM) và biến cố tim mạch

(xem Bảng 3- Phân tầng nguy cơ tim mạch) để có chiến lược quản lý, theo dõi và điều trị lâu dài.

Bảng 3. Phân tầng nguy cơ tim mạch

Bệnh cảnh	Huyết áp Bình thường	Tiền Tăng huyết áp	Tăng huyết áp Độ 1	Tăng huyết áp Độ 2	Tăng huyết áp Độ 3
	Huyết áp tâm thu 120 - 129 mmHg và Huyết áp tâm trương 80 - 84 mmHg	Huyết áp tâm thu 130 - 139 mmHg và/hoặc Huyết áp tâm trương 85 - 89 mmHg	Huyết áp tâm thu 140 - 159 mmHg và/hoặc Huyết áp tâm trương 90 - 99 mmHg	Huyết áp tâm thu 160 - 179 mmHg và/hoặc Huyết áp tâm trương 100 - 109 mmHg	Huyết áp tâm thu ≥ 180 mmHg và/hoặc Huyết áp tâm trương ≥ 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 mạn tính	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao

4. ĐIỀU TRỊ

Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2014

4.1. Nguyên tắc chung:

- Tăng huyết áp 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 huyết áp mục tiêu cần đạt là < 130/80 mmHg. Khi điều trị đã đạt huyết áp mục tiêu, cần tiếp tục duy trì phác đồ điều trị lâu dài kèm theo việc theo dõi chặt chẽ, định kỳ để điều chỉnh kịp thời.
- Điều trị cần hết sức tích cực ở bệnh nhân đã có tổn thương cơ quan đích. Không nên hạ huyết áp quá nhanh để tránh biến chứng thiếu máu ở các cơ quan đích, trừ tình huống cấp cứu.

4.2. Các biện pháp tích cực thay đổi lối sống: áp dụng cho mọi bệnh nhân để ngăn ngừa tiến triển và giảm được huyết áp, 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/m².
- Cố gắng duy trì vòng bụng dưới 90 cm ở nam và dưới 80 cm 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.
- Ngừng 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.

4.3. Điều trị tăng huyết áp bằng thuốc tại tuyến cơ sở:

- Chọn thuốc khởi đầu:
 - + Tăng huyết áp độ 1: có thể lựa chọn một thuốc trong số các nhóm: lợi tiểu thiazide liều thấp; ức chế men chuyển; chẹn kênh canxi loại tác dụng kéo dài; chẹn beta giao cảm (nếu không có chống chỉ định).

Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2014

- + Tăng huyết áp từ độ 2 trở lên: nên phối hợp 2 loại thuốc (lợi tiểu, chẹn kênh canxi, ức chế men chuyển, ức chế thụ thể AT1 của angiotensin II, chẹn beta giao cảm).
- + Từng bước phối hợp các thuốc hạ huyết áp cơ bản, bắt đầu từ liều thấp như lợi tiểu thiazide (hydrochlorothiazide 12.5mg/ngày), chẹn kênh canxi dạng phóng thích chậm (nifedipine chậm (retard) 10-20mg/ngày), ức chế men chuyển (enalapril 5mg/ngày; perindopril 2,5-5 mg/ngày...).
- Quản lý người bệnh ngay tại tuyến cơ sở để đảm bảo bệnh nhân được uống thuốc đúng, đủ và đều; đồng thời giám sát quá trình điều trị, tái khám, phát hiện sớm các biến chứng và tác dụng phụ của thuốc theo 4 bước quản lý tăng huyết áp ở tuyến cơ sở (Phụ lục 3- Quy trình 4 bước điều trị tăng huyết áp tại tuyến cơ sở).
- Nếu chưa đạt huyết áp mục tiêu: chỉnh liều tối ưu hoặc bổ sung thêm một loại thuốc khác cho đến khi đạt huyết áp mục tiêu.
- Nếu vẫn không đạt huyết áp mục tiêu hoặc có biến cố: cần chuyển tuyến trên hoặc gửi khám chuyên khoa tim mạch.

4.4. Các lý do để chuyển tuyến trên hoặc chuyên khoa tim mạch:

Cần nhắc chuyển đến các đơn vị quản lý THA tuyến trên hoặc chuyên khoa tim mạch trong các trường hợp sau:

- Tăng huyết áp tiến triển: THA đe dọa có biến chứng (như tai biến mạch não thoáng qua, suy tim...) hoặc khi có các biến cố tim mạch.
- Nghi ngờ tăng huyết áp thứ phát hoặc THA ở người trẻ hoặc khi cần đánh giá các tổn thương cơ quan đích.
- Tăng huyết áp kháng trị mặc dù đã dùng nhiều loại thuốc phối hợp (≥ 3 thuốc, trong đó ít nhất có 1 thuốc lợi tiểu) hoặc không thể dung nạp với các thuốc hạ áp, hoặc có quá nhiều bệnh nặng phối hợp.
- THA ở phụ nữ có thai hoặc một số trường hợp đặc biệt khác.

4.5. Điều trị tăng huyết áp và các yếu tố nguy cơ tim mạch khác ở tuyến trên:

Quản lý tăng huyết áp và các yếu tố nguy cơ tim mạch khác ở tuyến trên bao gồm:

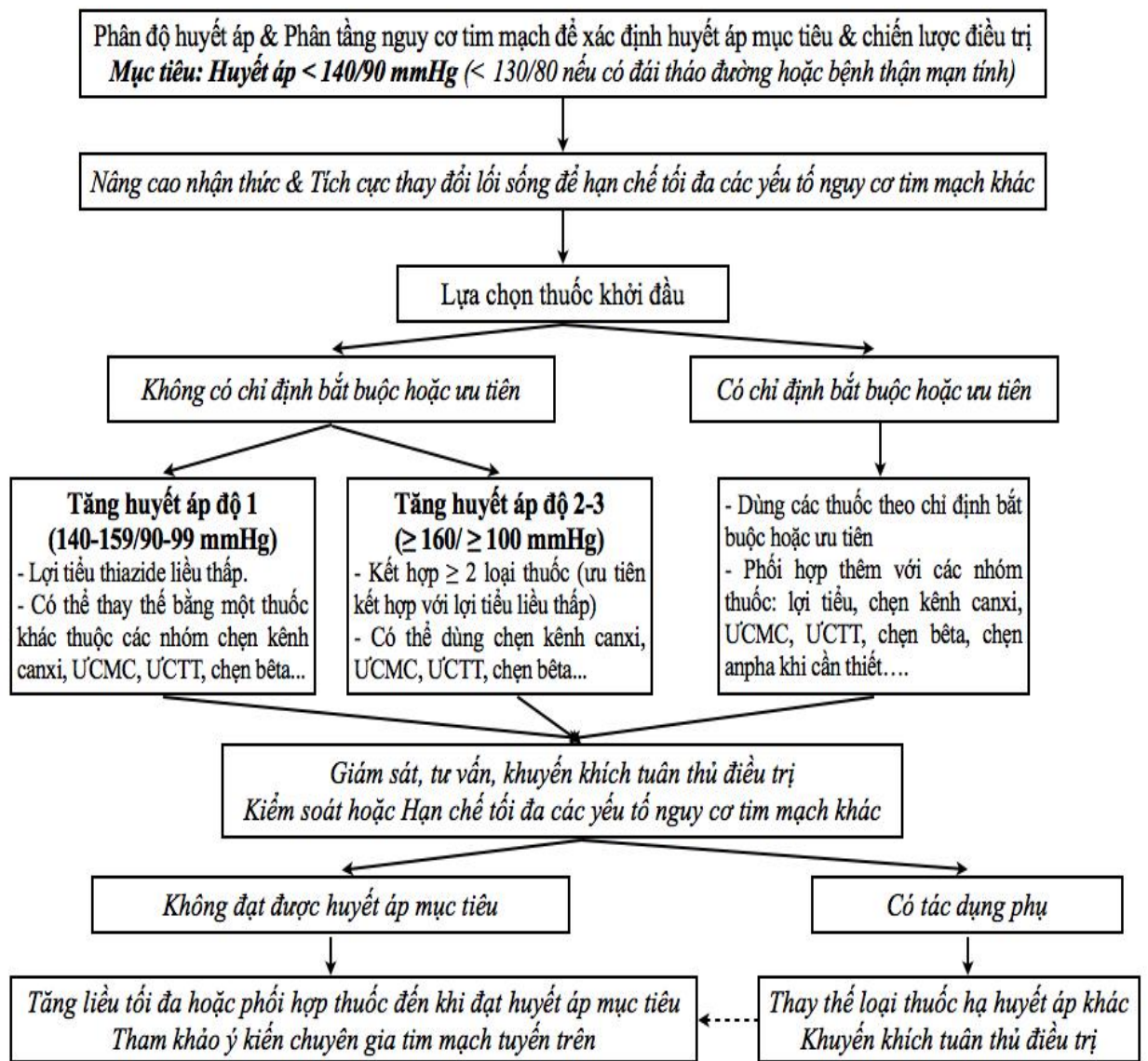
- Phát hiện tổn thương cơ quan đích ngay ở giai đoạn tiền lâm sàng (Phụ lục 1- Nguyên nhân gây THA thứ phát, các yếu tố nguy cơ tim mạch, biến chứng & tổn thương cơ quan đích do THA).
- Loại trừ các nguyên nhân gây tăng huyết áp thứ phát (Phụ lục 1).
- Chọn chiến lược điều trị dựa vào độ huyết áp và mức nguy cơ tim mạch (Phụ lục 4- Chiến lược điều trị theo độ huyết áp và nguy cơ tim mạch).
- Tối ưu hóa phác đồ điều trị tăng huyết áp: dựa vào các chỉ định bắt buộc hoặc ưu tiên của từng nhóm thuốc hạ huyết áp trong các thể bệnh cụ thể. Phối hợp nhiều thuốc để tăng khả năng kiểm soát huyết áp thành công, giảm tác dụng

Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2014

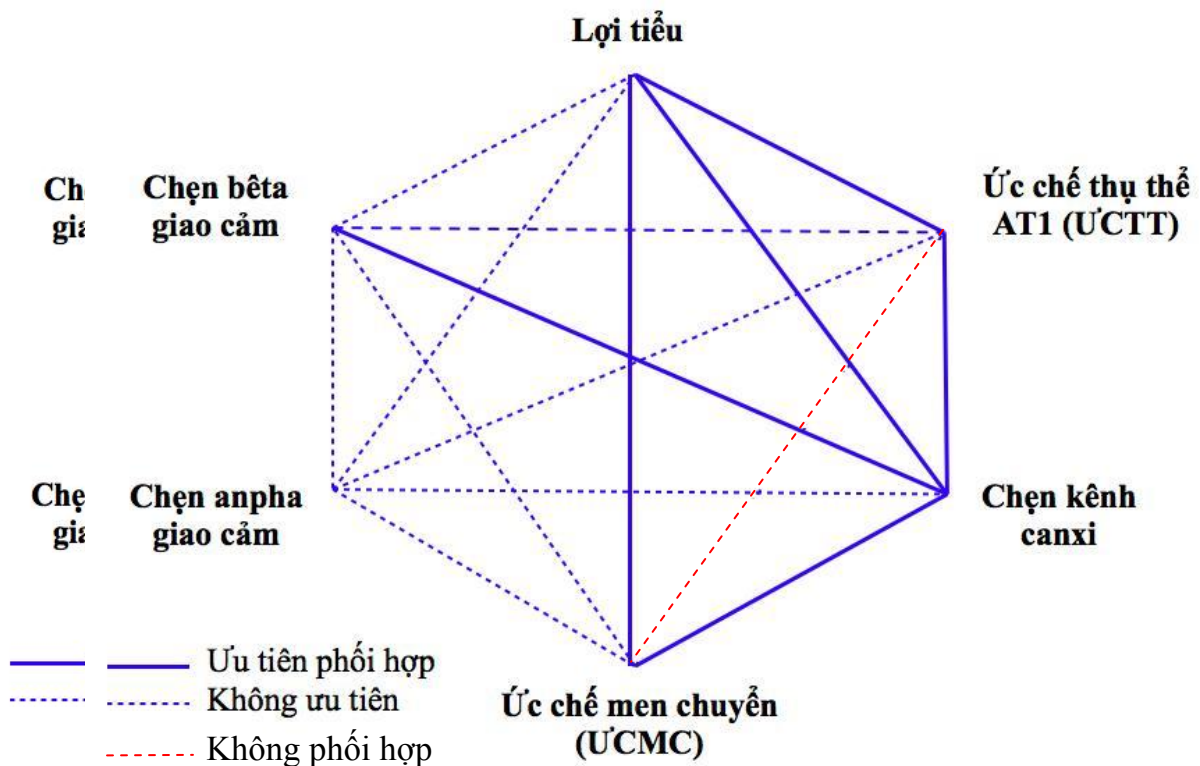
phụ và tăng việc tuân thủ điều trị của người bệnh (Phụ lục 5- Chỉ định bắt buộc và ưu tiên đối với một số thuốc hạ áp, sơ đồ phối hợp thuốc và Phụ lục 6, mục 1- Một số loại thuốc hạ huyết áp đường uống thường dùng).

- Điều trị các bệnh phối hợp và điều trị dự phòng ở nhóm có nguy cơ tim mạch cao hoặc rất cao.
- Sử dụng các thuốc hạ huyết áp đường tĩnh mạch trong các tình huống khẩn cấp như THA ác tính; tách thành động mạch chủ; suy thận tiến triển nhanh; sản giật; THA có kèm nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp hoặc suy tim trái cấp... (Phụ lục 6, mục 2- Một số loại thuốc hạ huyết áp đường tĩnh mạch thường dùng).

Sơ đồ 1. Quy trình điều trị tăng huyết áp



3. Sơ đồ phối hợp các thuốc trong điều trị tăng huyết áp



5. TIẾN TRIỂN

Tăng huyết áp không được điều trị và kiểm soát tốt sẽ dẫn đến tổn thương nặng các cơ quan đích và gây các biến chứng nguy hiểm như tai biến mạch não, nhồi máu cơ tim, phình tách thành động mạch chủ, suy tim, suy thận... thậm chí dẫn đến tử vong (Phụ lục 1).

6. PHÒNG BỆNH

Các biện pháp tích cực thay đổi lối sống (Phần 4.2) là những biện pháp để phòng ngừa tăng huyết áp ở người trưởng thành, phối hợp với việc giáo dục truyền thông nâng cao nhận thức và hiểu biết về bệnh tăng huyết áp cũng như các biến chứng của tăng huyết áp và các yếu tố nguy cơ tim mạch khác./.

Tài liệu tham khảo:

-Tài liệu cập nhật điều trị cao HA tháng 10/2013 -Ban hành kèm theo Quyết định số 3192 /QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế .-Phác đồ điều trị 2013 BV Chơ Rẫy TP Hồ Chí Minh.

CẬP NHẬT ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2

I. Tỷ lệ mắc bệnh:

Theo thống kê của hội nội tiết Việt Nam đến 2013 tỷ lệ mắc ĐTD ở Việt Nam: 5.4%

38.7% không được chẩn đoán.

Số người bị ĐTD: 3,299 triệu.

Nam 1,351 triệu; Nữ; 1,447 triệu.

Số BN không được chẩn đoán: 2,079 triệu.

Số tử vong liên quan đến ĐTD (trong số BN từ 20-79 tuổi): 0,549 triệu.

II. Khuyến cáo khám sàng lọc

Người trưởng thành có BMI ≥ 23 kg/m² hoặc người có hơn một trong số các nguy cơ sau:

Ít hoạt động thể lực.

Có người thân đời thứ nhất bị ĐTD.

Phụ nữ đẻ con > 4 kg hoặc đã được chẩn đoán ĐTD thai kỳ.

Tăng huyết áp.

HDL cholesterol ≤ 35 mg/dl (0,9 mmol/L) và/hoặc triglyceride > 259 mg/dl (2.8 mmol/L).

Vòng eo ≥ 90 cm ở nam và ≥ 80 cm ở nữ.

Phụ nữ bị hội chứng buồng trứng đa nang.

A1C ≥ 5.7 , RL dung nạp glucose, hoặc tăng ĐH lúc đói ở những lần xét nghiệm trước.

Các tình trạng lâm sàng khác phối hợp với kháng insulin.

Tiền sử bệnh tim mạch.

III. Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTD Typ 2:

1. Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTD Typ 2:

ĐH lúc đói ≥ 126 mg/DL (7.0 mmol/L).

ĐH sau 2h khi làm nghiệm pháp dung nạp glucose ≥ 200 mg/dL (11.1 mmol/L).

HOẶC

ĐH ngẫu nhiên ≥ 200 mg/dL (11.1 mmol/L ở BN có các triệu chứng cổ điển của tăng đường huyết.)

HbA1c $\geq 6.5\%$ xét nghiệm theo phương pháp sắc ký lỏng cao áp.

Nếu không làm được xét nghiệm HbA1c:

Đo ĐH lúc đói, 2 lần ở những ngày khác nhau.

2. Tiêu chuẩn chẩn đoán tiền ĐTD

Tăng đường huyết lúc đói:

ĐH đói = 100 -125 mg/dL (5.6 – 6.9 mmol/L).

Rối loạn dung nạp glucose:

ĐH sau 2h khi làm nghiệm pháp dung nạp glucose = 140-199mg/dL (7.8-11.0 mmol/L).

A1c: 5.7-6.4%.

IV. Phân loại đái tháo đường:

Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2014

1.ĐTĐ typ 1 (phá hủy tế bào β , thường đưa đến thiếu insulin tuyệt đối)¹

A. Qua trung gian miễn dịch.

B. Vô căn.

2.ĐTĐ typ 2 (do khiếm khuyết tiết insulin tiến triển trên nền kháng insulin)²

3.Các typ chuyên biệt khác:

a. Khiếm khuyết di truyền chức năng tế bào β .

b. Khiếm khuyết di truyền tác ĐTDụng của insulin.

c. Bệnh tụy ngoại tiết.

d. Do thuốc hoặc hóa chất.

e. Tăng đường huyết thứ phát.

3.Đái tháo đường thai kỳ.

V.Biểu hiện lâm sàng

ĐTĐ typ 1 ¹	ĐTĐ typ 1 ²
Đi đái thường xuyên. Khát dữ dội. Đói nhiều. Sút cân bất thường. Mệt nhiều và hay cáu kỉnh.	Bất cứ triệu chứng nào của ĐTĐ typ 1 Hay bị nhiễm trùng. Nhìn mờ. Chậm liền các vết thương. Tê bì tay chân. Nhiễm trùng răng, lợi hoặc bàng quang tái phát.

VI. Phòng ngừa làm chậm sự xuất hiện ĐTĐ typ 2

Khuyến cáo của ADA: Phòng ngừa làm chậm sự xuất hiện ĐTĐ typ 2

- Đưa bệnh nhân có rối loạn dung nạp glucose (A), rối loạn đường huyết đói (E) hoặc A1C 5.7-6.4% (E) vào chương trình hỗ trợ.
- Đạt mục tiêu giảm 7% cân nặng.
- Tập thể ĐTDục mức độ trung bình ít nhất 150 phút/tuần
- Tuân thủ tư vấn là chìa khóa của thành công (B)
- ĐTDựa trên tính chi phí – hiệu quả của chương trình phòng chống đái tháo đường, bảo hiểm nên chi trả cho các chương trình này.
- Xem xét dùng Metformin để phòng ngừa ĐTĐ typ 2 nếu rối loạn dung nạp glucose, rối loạn đường huyết đói hoặc A1C 5.7-6.4%.
- Đặc biệt đối với người có BMI > 35 kg/m², dưới 60 tuổi và phụ nữ có tiền căn ĐTĐ thai kỳ.
- Đối với người bị tiền đái tháo đường, theo dõi sự xuất hiện của đái tháo đường mỗi năm.

VII.Các điều trị không dùng thuốc – Tập thể dục :

1.Thể dục :

Kiểm tra các biến chứng (nghĩa là bệnh lý tim mạch, thần kinh, biến ĐTĐ bàn chân v..v..) trước khi bắt đầu tập.

Tham vấn nhân viên y tế để đánh giá mức độ vận động phù hợp.

Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2014

HA không nên quá 180 mmHg trước và trong khi tập.

Không tập nặng nếu glucose máu > 250-270 mg/dL và ketone (+)

Đi bộ là cách tập dễ nhất và hay được dùng nhất.

Đi bộ ít nhất 30 phút mỗi ngày.

Không bỏ tập quá 2 ngày.

Đối với bệnh nhân ĐTĐ lớn tuổi, có thể chia 30 phút đi bộ thành nhiều phần nhỏ (vd: đi 10-15 phút 3 lần mỗi ngày).

2. Các điều trị không dùng thuốc – Dinh dưỡng:

Chế độ ăn linh động theo thói quen, văn hóa và thực phẩm sẵn có.

Mục tiêu giảm cân ở bệnh nhân béo phì, thừa cân là 7% cân nặng ban đầu.

Khuyến cáo dùng chế độ ăn giàu chất xơ.

Khẩu phần Carbohydrate:

- Tối thiểu: 130 g/ngày.
- Tối đa: không quá 60% tổng năng lượng.

Khẩu phần Protein:

- 1g/kg cân nặng/ngày ở BN không suy thận.
- Ăn cá ít nhất 3 lần/tuần

Khẩu phần Lipid: hạn chế tối đa mỡ bão hòa.

Khẩu phần rượu tối đa: 1 lon bia/ngày hoặc 150-200ml rượu đỏ/ngày.

VII.khuyến cáo của ADA:

1. kiểm soát đường huyết, huyết áp và lipid ở người trưởng thành.

A1C	<7.0%
Huyết áp	<140/80 mmHg ⁺
Lipids	<100 mg/dL
LDL cholesterol	(<2.6 mmol/L) ⁺⁺

+ Có thể đặt mục tiêu chặt chẽ hoặc ít chặt chẽ hơn cho từng bệnh nhân. Mục tiêu nên được cá nhân hóa dựa trên: thời gian bị ĐTĐ, tuổi/kỳ vọng sống, bệnh đi kèm đã có bên chứng CVD hoặc vi mạch máu nặng, không khả năng nhận biết hạ đường huyết và mong muốn của từng bệnh nhân.

+ Dựa trên đặc điểm bệnh nhân và đáp ứng với điều trị, mục tiêu huyết áp tâm thu cao hoặc thấp hơn có thể phù hợp.

+ Ở Bn có CVD rõ, lựa chọn mục tiêu LDL cholesterol < 70 mg/dL (1.8 mmol/L) sử dụng statin liều cao.

2 .Mục tiêu điều trị đường huyết ở bệnh nhân trưởng thành.

Mục tiêu điều trị:

A1C < 7%

Đường huyết tương đói 70-130mg/dL (3.8-7.2 mmol/L).

Khi đạt mục tiêu đường huyết đói nhưng thất bại với A1C và đường huyết sau ăn, hãy đặt mục tiêu đường huyết sau ăn trước.

Mục tiêu điều trị có thể cá thể hóa:

Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2014

A1C < 6.5% ở bệnh nhân ĐTĐ trẻ, mới chẩn đoán, không bệnh tim mạch, nguy cơ hạ đường huyết thấp.

A1C từ 7.5-8% ở BN lớn tuổi, thời gian mắc bệnh kéo dài, có biến chứng, nhiều bệnh đi kèm, tiền căn hạ đường huyết nặng.

3. Tầm soát bệnh mạch vành:

Không khuyến cáo tầm soát bệnh mạch vành ở BN không triệu chứng do không làm cải thiện kết cục cho đến khi điều trị yếu tố nguy cơ tim mạch. Để giảm yếu tố nguy cơ tim mạch ở bn đã có bệnh tim mạch, sử dụng thuốc ức chế men chuyển, Aspirin, Statin ở bn nhân bị NMCT trước đó, nên tiếp tục thuốc chẹn thụ thể beta ít nhất 2 năm sau biến cố.

Tránh dùng nhóm thiazolidinedione (TZD) ở bn suy tim có triệu chứng. Sử dụng metformin cho bệnh nhân suy tim sung huyết ổn định. Có chỉ định nếu chức năng thận bình thường. Tránh dùng nếu bn suy tim sung huyết không ổn định hoặc phải nhập viện.

4. Tầm soát bệnh thận:

Đánh giá sự bài tiết albumin niệu hàng năm .

Đối với bn ĐTĐ typ 1 mắc bệnh ≥ 5 năm.

Đối với tất cả bn ĐTĐ typ 2 lúc mới chẩn đoán.

Đo creatinine huyết thanh ít nhất mỗi năm, đối với tất cả bệnh nhân ĐTĐ trưởng thành bất kể mức bài tiết albumin niệu.

Nên dùng creatinine huyết tương để lượng giá GFR (độ lọc cầu thận) và phân mức độ bệnh thận mạn nếu có.

5. Tầm soát bệnh lý võng mạc:

Bắt đầu khám mắt toàn diện với đồng tử giãn bởi bác sĩ chuyên khoa mắt.

Bệnh nhân trưởng thành và bệnh nhi ĐTĐ typ 1 ≥ 10 năm, trong vòng 5 năm sau khởi phát đái tháo đường.

Bệnh nhân ĐTĐ typ 2: thời gian ngắn sau khi chẩn đoán bệnh.

Các lần thăm khám sau cho bn ĐTĐ typ 1 và typ 2 phải được lặp lại mỗi năm do bác sĩ chuyên khoa mắt hoặc đo thị lực.

Khám thưa hơn (mỗi 2-3 năm) nếu 1-2 lần khám liên tiếp bình thường.

Khám thường xuyên hơn nếu bệnh võng mạc tiến triển.

6. Chăm sóc bàn chân

Khám chân toàn diện hàng năm để xác định các yếu tố nguy cơ dự đoán loét và đoạn chi.

Khám bàn chân thường xuyên ở mỗi lần thăm khám.

Cung cấp giáo dục tự chăm sóc bàn chân tổng quát.

Hướng tiếp cận đa yếu tố cho những bn bị loét hoặc bàn chân có nguy cơ cao.

Chuyên bn đến chuyên gia chăm sóc bàn chân để được tiếp tục chăm sóc phòng ngừa, đánh giá lâu dài.

7. Tầm soát và điều trị bệnh lý thần kinh

Tất cả bn nên được tầm soát bệnh đa dây thần kinh ngoại biên.

Vào lúc chẩn đoán ĐTĐ typ 2 và 5 năm sau chẩn đoán ĐTĐ typ 1.

Sau đó ít nhất mỗi năm, sử dụng các nghiệm pháp lâm sàng đơn giản.

Xét nghiệm điện sinh lý hiếm khi cần.

Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2014

Ngoại trừ các tình huống đặc biệt lâm sàng không điển hình.

IX. Điều trị thuốc hạ đường huyết :

1. Thuốc viên uống:

Class	OAD	Stating Dose	Maximum dose	Time/day
Sulfonylureas	Gliclazide MR	30 mg	120 mg	1
	Gliclazide	80 mg	320 mg	2
	Glibenclamide	1.25 mg	20 mg	1-2
	Glimepiride	1 mg	6 mg	1
Glinide	Repaglinide	0.5 mg	2 mg	1-4
Biguanides	Metformin	500 mg	2550 mg	1-3
	Metformin XR	500 mg	2000 mg	1
Thuốc ức chế men ∞ glucosidase	Acarbose	50 mg	300 mg	1-3
TZD	Pioutilazone	15-30 mg	45 mg	1
DPP-4 inhibitors	Sitagliptin	100 mg	100 mg	1
	Saxagliptin	5 mg	5 mg	1
	Vildagliptin	50 mg	50-100 mg	1
	Linagliptin	5 mg	5 mg	1

2. Các hướng dẫn điều trị ĐTĐ typ 2

- Di chuyển theo từng bước mỗi 3 tháng nếu A1C không đạt mục tiêu.
- Kiểm tra đường huyết đói và đường huyết sau ăn để chỉnh liều thuốc.
- Khởi đầu bằng thay đổi lối sống và metformin
 - Chỉ nên xem xét việc điều trị bằng thay đổi lối sống đơn thuần không dùng thuốc ở BN mới chẩn đoán có mức đường huyết gần bình thường và không có biến chứng.
- Theo dõi hạ đường huyết khi bắt đầu dùng sulfonylureas, đặc biệt khi đường huyết không quá cao và ở người già.
- Tham vấn chuyên khoa nội tiết trước khi cho insulin.
- Giáo dục BN cách tiêm insulin và cách nhận biết cơn hạ đường huyết.

2. Các hướng dẫn bắt đầu insulin

**** Chiến lược bắt đầu Insulin ở ĐTĐ typ 2**

Nếu các mục tiêu đường huyết không đạt được bằng thuốc viên hạ đường huyết (OADs), bắt đầu dùng insulin nền.

Liều khởi đầu: 0.1-0.2 UI/kg tùy thuộc vào mức đường huyết phối hợp với một hoặc nhiều OADs.

Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2014

Bệnh nhân có A1C $\geq 9\%$ có thể bắt đầu bằng premix insulin 2 lần/ngày hoặc phối hợp insulin nền với insulin tác dụng nhanh (basal bolus).

Nếu đạt được mục tiêu đường huyết đói nhưng A1C không đạt, xem xét chiến lược sau:

Thêm insulin trước bữa ăn.

Chuyển sang premix insulin 2 lần/ngày.

Chuyển sang điều trị insulin nền + insulin tiêm trước bữa ăn.

Khi bắt đầu dùng insulin, cần cân nhắc việc giảm liều sulfonylureas hoặc ngưng sulfonylureas.

XII. Quản lý bệnh nhân ĐTĐ

Kiểm tra	Thời điểm
HA, cân nặng, vòng eo	Mỗi Lần khám
A1C	Mỗi 3 tháng ở hầu hết BN, mỗi 6 tháng ở BN có đường huyết ổn định.
Bilan lipid	Tại thời điểm chẩn đoán và mỗi năm sau đó nếu BN không dùng thuốc điều trị rối loạn lipid. Nếu BN có dùng thuốc, quyết định điều trị tùy thuộc bác sĩ.
Chức năng thận: Creatinine huyết thanh, GFR, tỷ số albumin/creatinine niệu.	Tại thời điểm chẩn đoán và mỗi năm sau đó nếu BN không có bệnh thận. Trong trường hợp có bệnh thận mạn, quyết định điều trị tùy thuộc vào tình trạng BN.
Khám bàn chân (các biến dạng), khám thần kinh mạch máu, vết loét, nhiễm trùng da.	Tại thời điểm chẩn đoán và mỗi năm sau đó.
Khám đáy mắt với đồng tử giãn	Tại thời điểm chẩn đoán, mỗi 1-2 năm sau nếu không có bệnh lý võng mạc do ĐTĐ.
ECG	Tại thời điểm chẩn đoán và mỗi năm sau đó nếu BN: Trên 40 tuổi. Trên 30 tuổi và có ĐTĐ. 15 tuổi và có các biến chứng kèm nguy cơ tim mạch.

Tóm tắt.

Theo các tiêu chuẩn chăm sóc mới nhất của ADA và VADE, chăm sóc ĐTĐ cần tối ưu cần các chiến lược ngăn ngừa, tầm soát, chẩn đoán, điều trị và giáo dục một cách phù hợp .

Tài liệu tham khảo:

- Cập nhật 7/2014 (Từ ADA-2014 và khuyến cáo của hội ĐTĐ VN 2014).
- Phác đồ điều trị BV Chợ Rẫy 2013

LOẠN NHỊP TIM



- Thông thường hiếm khi là bệnh lý thực thể, chủ yếu do các nguyên nhân:
- Tất cả các hình thái của bệnh tim
- Tràn khí màng phổi, xẹp phổi, viêm phổi có thể gây nhịp nhanh trên thất
- Rối loạn chuyển hóa: tiêu đường, cường giáp
- Rối loạn điện giải: tăng hoặc giảm Kali huyết, giảm Magné máu, tăng hay giảm calci máu
- Các chất kích thích như: rượu, cà phê, cocain ...
- Thuốc: chống tăng huyết áp loại giao cảm, lợi tiểu, theo phyllin, chống trầm cảm 3 vòng ...

- **I. LOẠN NHỊP CHẬM**: không có rối loạn huyết động học không có chỉ định điều trị

1. Lâm sàng: ngất, đau ngực, hạ HA

2. ECG :

- Nhịp < 60l/p, sóng P bình thường, QRS bình thường, PR bình thường
- Block A-V độ I,II,III
- **3. Điều trị**: xác định và điều trị nguyên nhân
- Atropin 0,5-2mg TDD
- Isoproterenol 2-4 microgram/ 1phút TM

- **II. LOẠN NHỊP NHANH**:

1. Nhanh xoang :

+ECG : tần số nhĩ 100-160l/p, QRS bình thường, P bình thường

+ Điều trị : An thần và điều trị nguyên nhân, có thể sử dụng Propranolon 10-40 mg uống mỗi 6h/ ngày

2. Nhịp nhanh kích phát trên thất:

+ ECG : 150-250l/p, P không rõ hay mất, QRS bình thường

+ Điều trị :

- Xoa xoang cảnh, ấn nhãn cầu
- Adenosin 6-12mg TM hoặc
- Digoxin 0,5- 0,75mg TM
- Cordaron 5-10mg/kg TM

3. Rung nhĩ:

- ECG : không thấy hoạt động nhĩ, đáp ứng thất không đều, không qui luật, tần số > 100l/p

- Lâm sàng: tim nhanh không đều, choáng váng, đau ngực, ngất, hạ huyết áp

- Điều trị : dùng ức chế Beta, Digoxin

- **III. NGOẠI TÂM THU** :

1. Ngoại tâm thu trên thất : không có rối loạn huyết động học không chỉ định điều trị

Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2014

- Digoxin hoặc ức chế Beta

2. Ngoại tâm thu thất:

- ECG : QRS đến sớm, hình dạng khác thường , không có sóng P dẫn , ST và T thay đổi trái chiều
- Lâm sàng : đau ngực , hồi hộp , đánh trống ngực , ngất
- Điều trị: điều trị nguyên nhân
- Cấp : Lidocain 1mg/kg TMC , duy trì truyền tĩnh mạch 2mg/phút hoặc Amiodaron 5-10mg/kg TM
- Lâu dài : Amiodaron viên 200mg (u) 1-2v/ ngày x 7 ngày
- An thần : Seduxen 5-10mg/ ngày.

CƠN ĐAU THẮT NGỰC



I. CHẨN ĐOÁN:

A-LÂM SÀNG:

1. CĐTĐ điển hình:

a. Yếu tố khởi phát:

-Đau khi gắng sức: đi bộ là gắng sức thường hay phát động cơn đau nhất, biểu hiện đau sau một khoảng cách nhất định đáng chú ý.

-Đau khi xúc động

-Đau sau lạnh đột ngột

-Sau bữa ăn thịnh soạn

-Sau quan hệ tình dục

b. Đặc tính và vị trí cơn đau: đau nặng ngực hoặc bị ép vùng sau xương ức lan lên cổ, hàm dưới lên vai, lan ra sau lưng điển hình là lan ra mặt trong cánh tay, cẳng tay, ngón 4-5 bên trái có thể lan xuống thượng vị.

c. Thời gian: từ vài giây đến vài phút(3-5 phút) ít khi kéo dài đến 15 phút

d. Vị trí và hướng lan: đau sau xương ức, đau lan lên ngực trái, đau lan lên vai cổ, đau lan cánh tay trái.

e. Tác động của nghỉ ngơi hoặc nitroglycerin: nhanh chóng giảm rõ và hết hẳn khi nghỉ ngơi hoặc ngậm dưới lưỡi Nitroglycerin hoặc Risordan (1-5 phút) là yếu tố quan trọng để chẩn đoán.

2. Triệu chứng kèm theo: lo âu, vã mồ hôi. Khám lâm sàng có thể bình thường nhưng khám kỹ có thể phát hiện ngựa phi T3, T4 hoặc tiếng thổi tâm thu do rối loạn chức năng cơ trụ nhất thời

3. Cơn đau thắt ngực không điển hình:

- Vị trí không điển hình: định vị ở thượng vị hay ở mõm tim

- Hình thái không đau: cảm giác nặng nề vùng trước tim, òa dẫn cánh tay trái, nghẹt thở, ho

B. CẬN LÂM SÀNG: chủ yếu dựa vào ECG

1. ECG lúc nghỉ ngơi:

- Ngoài cơn trên 50% vẫn bình thường

+ Đoạn ST chênh xuống

+Sóng tâm ít có giá trị hơn

-Trong cơn : có giá trị hơn

+ Đoạn ST chênh xuống

+ Sóng tâm ít có giá trị hơn

2. ECG lúc gắng sức: dương tính

a. ST chênh xuống sớm sau bắt đầu gắng sức.

b. ST chênh xuống > 2mm, mới, xuất hiện ở nhiều chuyển đạo

c. ST chênh lên mới.

d. Hạ huyết áp tâm thu khi gắng sức

e. Mất khả năng gắng sức trong khoảng >2phút

Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2014

- f. Suy tim do gắng sức
- g. ST chênh xuống tồn tại kéo dài sau gắng sức

II. ĐIỀU TRỊ:

1. Điều trị các yếu tố nguy cơ xơ vữa động mạch vành

2. Điều trị các yếu tố thúc đẩy

3. Điều trị bằng thuốc

a. NITRAT:

-Isosorbide dinitrat 10-40mg/ngày; nitromint 2,6mg 1-2v/ngày x10

ngày

-Isorbide 5 mononitrat(imdur 60mg) ½- 1viên/ngày

-Trandermal nitroglycerin 5- 15mg/ngày dán 1lần/12giờ

b. Ức chế BETA:

1. Cơ chế tác dụng:

- Giảm sức co bóp cơ tim nên giảm tiêu thụ Oxy cơ tim
- Kéo dài thời gian tâm trương nên tăng tưới máu.

2. Chọn lựa thuốc:

- Nên dùng ức chế Beta 1 chọn lọc do ít có tác dụng phụ gây nặng thêm bệnh lý mạch máu ngoại biên và co phế quản (vd: metoprolol, atenolol ...)

-Nếu nhịp tim hơi chậm nên dùng ISA(+) (vd: pindolol, acebutolol)

-Nên bắt đầu liều thấp rồi tăng dần đến khi đạt mục tiêu:

+ Nhịp tim lúc nghỉ không dưới 50-60 nhịp / phút

+Nhịp tim khi gắng sức không quá 100 nhịp / phút

3. Chống chỉ định chính:

-Suy tim EF< 35%

-Block nhĩ thất

-Bệnh phổi tắc nghẽn

-Nhịp tim chậm rõ ràng lúc nghỉ

-Bệnh lý mạch máu ngoại biên nặng

c. THUỐC Ức chế KÊNH CALCI:

1. Cardiazem:

**Tác dụng:

-Tăng sức co bóp cơ tim

-Giảm nhịp tim và giảm dẫn truyền nhĩ thất

-Dẫn ĐM >TM nên làm hạ huyết áp, giảm công của tim và giảm áp lực tâm thu buồng thất trái

-Liều lượng :120-360mg/ngày chia 1-3 lần tùy thuộc vào chế phẩm tác dụng dài hay ngắn. Nên bắt đầu bằng liều thấp 30-60mg x 2 lần /ngày nên tăng dần liều lượng thuốc đến khi hiệu quả

**Chống chỉ định :

-Suy tim nặng

-Tụt huyết áp

-Nhịp chậm tim

2. Verapamin:

Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2014

- Tác dụng : giống như cardiazem nhưng mạnh hơn về tác dụng nhịp tim, block nhĩ thất.

- Liều lượng: 120-480mg/ngày chia 1-3 lần tùy thuộc vào chế phẩm. Nên bắt đầu bằng liều thấp 40-60mg x 2lần/ngày , tăng dần liều lượng đến khi hiệu quả

-Chống chỉ định :-Suy tim nặng

-Tụt huyết áp

-Nhịp tim chậm.

3.Nifedipin: thuốc tác dụng dẫn mạch trực tiếp, không có ảnh hưởng đến dẫn truyền nhĩ thất và sức co bóp cơ tim.

*Tác dụng phụ: Tăng nhịp tim nên bất lợi cho tưới máu cơ tim, do đó chỉ dùng trong trường hợp TMCBCT có cao huyết áp và nên kết hợp thuốc ức chế beta để hạn chế tác dụng phụ và tăng hiệu quả.

*Liều lượng: 30-60mg/ ngày chia 1 -3 lần tùy thuộc vào chế phẩm.

BỆNH CƠ TIM PHÌ ĐẠI .

I-Tiêu chuẩn chẩn đoán:

- Nguy cơ cao đột tử .
- Đau ngực.
- Không dung nạp gắng sức .
- Ngất .
- Âm thổi tâm thu động mạch chủ .
-

II-Xét nghiệm chẩn đoán:

- ECG: Dày thất trái với thay đổi ST-T , sóng Q có thể làm nhầm với nhồi máu cơ tim, thể phì đại mỏm tim thường có sóng T đảo ngược ở các chuyển đạo trước tim .
- X Quang tim phổi thường không có gì đặc biệt.
- Siêu âm tim qua thành ngực: Dày đồng tâm thất trái, rối loạn chức năng tâm trương thất trái, có thể có tắc nghẽn động dưới val ĐMC ; siêu âm Doppler đánh giá có tắc nghẽn không, vị trí và độ nặng của tắc nghẽn .

III- phân loại cơ tim phì đại:

Type I: Phì đại khu trú vào đoạn trước của vách liên thất .

Type II: Phì đại khu trú vào đoạn trước và đoạn dưới của vách liên thất .

Type III: Phì đại lan tỏa khắp thất trái chỉ trừ đoạn đáy của thành sau .

Type IV: Phì đại vùng mỏm .

IV- Điều trị:

1- Điều trị nội khoa:

Hạn chế tối đa hoạt động nặng .

Nếu bệnh nhân không có triệu chứng thì không cần điều trị đặc hiệu, nhưng cần dự phòng bằng ức chế beta, ức chế kênh calcium nhằm giảm tiến triển bệnh .

- Thuốc dẫn mạch không nên dùng mà chỉ cần dùng lợi tiểu trong trường hợp có tắc nghẽn đường ra thất trái .

- Lưu ý Digoxin chống chỉ định trong trường hợp có tắc nghẽn đường ra thất trái .

- Có nhịp nhanh thất trên lâm sàng dùng Aminodarone hoặc phá rung bằng máy tự động .

2- Điều trị can thiệp:

Phẫu thuật hoặc can thiệp bằng máy tạo nhịp 2 buồng.

V- Theo dõi và tái khám:

-Diễn tiến phức tạp là nguyên nhân hàng đầu gây đột tử ở người trẻ nhất là từ 12-35 tuổi, tuy nhiên cũng có thể sống hòa mình với bệnh, thường suy tim sau 40 tuổi. Nếu có hở 2 lá do viêm nội tâm mạc.Thai kỳ vẫn có thể diễn tiến tốt ngay cả khi sanh thường .

Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2014

Tài liệu tham khảo:

- 1- Thực hành bệnh tim mạch-GS-TS Nguyễn Lâm Việt – NXB Y Học 2007, chương 21: 437-445.
- 2- Hurst's The Heart Manual of Cardiology, 12th Edition, International Edition 2009 Mc Graw Hill, chapter 40, 490-498 .

BỆNH BASEDOW.

1- Chẩn đoán:

+ Lâm sàng:

- Mệt mỏi gầy sụt cân 5-10%, số ít BN có thể tăng cân.
- Bướu giáp dạng lan tỏa, nghe có thể run miu hoặc tiếng thổi .
- Thần kinh: bồn chồn, mất ngủ kém tập trung, vô cảm, không chịu nóng ra mồ hôi.
- Tim mạch: nhịp nhanh xoang, đánh trống ngực, rung nhĩ thường gặp BN trên 50 tuổi, suy tim tăng động .
- Tiêu hóa: ăn nhiều mà không tăng cân có thể tiêu chảy .
- Da niêm: nóng ẩm, ra mồ hôi, mất sắc tố da .
- Sinh dục: nữ ít kinh hoặc vô kinh, nam giảm tình dục .
- Cơ: yếu cơ hoặc run cơ, run các đầu ngón tay, liệt chu kỳ cdo giảm kali máu, phù niêm trước xương chày .
- Mắt: co cơ mi mắt gây vẻ lồi mắt, phù mi mắt , mi mắt nhắm không kín do liệt cơ vận nhãn.

+ Cận lâm sàng:

- Đo nồng độ hormon giáp/máu: FT3, FT4 tăng, TSH giảm do bị ức chế .
- Siêu âm tuyến giáp: kích thước tăng, độ phản âm kém, Doppler có tăng lưu lượng máu.

+ Xét nghiệm khác: CTM có thể thiếu máu, giảm kali máu, cholesterol, triglyceride.

2 – Chẩn đoán phân biệt:

Cường giáp do viêm giáp, Cường giáp do cận ung thư, Cường giáp do thuốc, Cường giáp do muối iod, bướu giáp đơn thuần có kèm theo cường giao cảm .

3 Điều trị:

Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2014

+ Nội khoa:

- Thuốc kháng giáp tổng hợp:Ức chế hữu cơ hóa iode làm giảm nồng độ hormon tuyến giáp, gồm 2 nhóm Thiouracil và Imidazol(carbimazol) có tác dụng sinh học kéo dài 12-24 giờ.
Điều trị tấn công 6-8 tuần, duy trì 16-18 tháng .
Tác dụng phụ:đỏ da, đau cơ, đau khớp, giảm bạch cầu hạt, giảm tiểu cầu, viêm gan...
- Chỉ định điều trị phần lớn trên BN Basedow nhẹ, Basedow ở trẻ em, phụ nữ cho con bú sữa soạn BN trước khi phẫu thuật iode phóng xạ .
- Nhược điểm : điều trị kéo dài, tái phát cao 35-50% sau ngưng thuốc .

+ Phẫu thuật:

Tài liệu tham khảo: Mai Thế Trạch – Nguyễn Thy Khuê 2003 – Tuyến giáp Nội tiết học đại cương – NXB Y học trang 131-196 .
Mahmood Gharib, and Hossein Gh Guidelines for the Diagnosis and Management of Thyroid Nodules - Thyroid International 1-2011.

NHŨN NÃO – BỔ SUNG ĐIỀU TRỊ BẰNG PHƯƠNG PHÁP TIU SỢI HUYẾT



I Chẩn đoán :

- _ Khởi phát từ từ trong vài giờ đến >24 giờ hoặc sớm hơn.
- _ Bệnh nhân có khiếm khuyết về thần kinh như : yếu nửa người, liệt nửa người, tê nửa người Aphasia, mất thị lực ...

II Điều trị:

1 Theo dõi tim mạch: đo ECG và lâm sàng theo dõi ít nhất 48-72h hoặc đến khi có triệu chứng mới.

2. Theo dõi chức năng hô hấp: thở oxy 2-5l/ phút khi bệnh nhân có triệu chứng thiếu oxy não.

3. Kiểm soát huyết áp: luôn hạ áp xuống từ từ.

- Captopril 25mg X 2 Viên/ Ngày Uống
- Hoặc Coversyl 4mg 1v/ Ngày Uống
- Tanatril 5-10mg/Viên 1-2v/ Ngày
- Adalat Retard 20mg 1-2v/ Ngày Uống
- hoặc Amtim 5mg 1v/ ngày uống
- Zanedip 5-10mg/v 1-2v/ngày

4-Kiểm soát thân nhiệt:

Bệnh nhân có sốt hoặc nhiễm trùng thì hạ nhiệt

- Pamol 0.5mg 1v-3v/ ngày uống
- pacimol 450mg/ống 1-2 ống/ngày

***Nhiễm trùng:**

- Cefuroxim 750mg 1lọ x2/ ngàyTM
- Hoặc Cefotaxim 1g 1lọx3/ngàyTM
- Hoặc Ampicillin 1g 2-3g/ngàyTM
- Hoặc Ceftriaxon 1g 1lọx2l/ngàyTM
- Hoặc Ceftazidim 1g liều 2-3g/ngày TM

5-Tăng tuần hoàn não

- Nootropyl 1-3g/ngày
- Tanakan 40mg 1-3v/ngày.
- Stugeron 25 mg 2v x 2

6-Điều chỉnh nước điện giải

Lactate Ringer 500-1000ml/ngày

7-Theo dõi chức năng thần kinh dựa vào :

- Thang điểm Glassgow.
- Triệu chứng thần kinh khu trú

B.Xử trí biến chứng

1.Chống phù não:

- Cho bệnh nhân nằm đầu cao

Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2014

Thở Oxy 5lít/phút.

-Hạ sốt cho bệnh nhân: Bằng thuốc hạ sốt , lau mát

-Manitol 20% liều 0,25g-0,5g/kg, truyền nhanh trong 20phút, nếu cần thì lập lại 6h/ lần liều tối đa 2g/kg /24h .

2.Kiểm soát co giật :

- Seduxen 10mg/1 ống dùng 1-4 ống /24h.

C.Điều trị nâng đỡ:

Vitamin C 0,5g-1g/ngày

Vitamin nhóm B (Becofort 5ml/ống/ngày)

Đạm 500ml/ngày đối với những bệnh nhân ăn uống kém

D.Thuốc khác:

-Cerebrolysin 10 ml /ngày x 4 tuần

-Citicolin 500mg 1 viênx 2lần/ ngày x 4 tuần

-Sibelium 5mg 1 viên x 2/ ngày

E. Điều trị bằng phương pháp tiêu sợi huyết:

** 5 tiêu chuẩn chấp thuận:

1). Từ khi khởi bệnh đến khi dùng thuốc < 3giờ

2). Tuổi ≥ 18 -> 80 tuổi

3). Thang điểm đột quy > 4 điểm < 25

4). CT không cản quang không có dấu xuất huyết hay không có dấu giảm đậm độ > 1/3 vùng nuôi của động mạch não giữa.

5). Được sự chấp thuận của bệnh nhân/thân nhân bệnh nhân

** 15 tiêu chuẩn loại trừ:

1). Đột quy hoặc chấn thương đầu < 3 tháng

2). Phẫu thuật hay chấn thương nặng < 14 ngày

3). Bệnh sử cũ xuất huyết nội sọ, dị dạng động tĩnh mạch, phình mạch não

4). Xuất huyết tiêu hóa đường niệu < 21 ngày

5). Chọc dị tủy sống hoặc chọc dị động mạch mà không nén ép < 1 tuần

6). Triệu chứng phục hồi nhanh

7). Huyết áp tâm thu > 185 mmHg hoặc áp huyết tâm trương > 110mmHg hoặc dị hội điều trị tích cực (dùng thuốc qua đường tĩnh mạch) để hạ áp huyết bệnh nhân đến mức giới hạn cho phép.

8). Co giật lc khởi pht.

9). Triệu chứng xuất huyết khoang dưới nhện

10). Nhồi máu cơ tim < 6 tuần

11). Dng thuốc kháng đông hoặc Prothrombine time > 15 giây hay INR ≥

Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2014

12). Dừng Heparin < 48 giờ trước khi đột quy khởi phát và TQ hay INR tăng

13). Tiểu cầu giảm ≤ 100.000

14). Đường huyết < 50 mg/dl (2,7 mmol/L) hoặc > 400 mg/dl (22,2 mmol/L)

15). Đang có thai

****Thuốc điều trị :**

Actilyse tiêm đường tĩnh mạch liều 0,6 – 0,9 mg/kg, liều tối đa 90mg/kg.

NHIỄM TRÙNG TIỂU.

I. Chẩn đoán:

1. Lâm sàng:

a. Theả nhiễm:(viêm bàng quang cấp)

- Tiểu gắt, tiểu buốt, đôi khi tiểu màu.
- Caàm giaùc tồc naêng hã vò.
- Khoàng ñau lổng.
- Khoàng soát.

b. Theả naêng:(viêm bàng quang biến chứng hoặc viêm niệu bể thãn caáp)

- Ñau lổng.
- Ñau moät beãn hoã thãn.
- Soát keøm laĩnh run.

2. Cận lâm sàng:

- Nồuc tiểu: BC(+), HC(+), TBÑÑ(++)
- Bc còu theả taêng hay giaùm trong theả naêng.

II. Ñieàu trò:

1- Nguyên tắc điều trị:

- Chọn lựa kháng sinh dựa trên: tính nhạy cảm của vi trùng, sức đề kháng của bệnh nhân, kháng sinh thải qua thận, ít độc nhất, rẻ tiền .
- Hầu hết kháng sinh tập trung cao trong mô thận nhưng chỉ có Tetracycline, Trimethoprim-sulfamethoxazole, Fluoroquinolone đến được tiền liệt tuyến .

2- Các phác đồ: kháng sinh theo kinh nghiệm sử dụng điều trị nhiễm trùng tiểu

Bệnh	Điều trị theo kinh nghiệm	Ghi chú
Viêm bàng quang	TMP-SMX Ciprofloxacin 250mg bid Norfloxacin 400mg bid	Chọn kháng sinh dựa vào sự nhạy cảm tại chỗ, tránh dùng TMP-SMX ở 73 người lớn tuổi
Có thai	Cephalexin 250-500mg Cefuroximeacetyl 250mg	Điều trị tất cả NTT không tr/chứng ở T/kỳ
NTT có biến chứng	Cephalosporin thế hệ 3 hoặc Carbapenem, có thể thêm	Điều trị 10-14 ngày

Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2014

	Vancomycin nếu cần nhuộm Gram có cầu trùng Gram+	
Nấm đường niệu	Candida albicans: Fluconazole 100-200mg PO qd x 5d AmphotericinB x 5d	Rút catheter
Viêm đài bể thận	Aminoglycoside hoặc Ampicillin-sulbactam 1-2g hoặc Cephalosporin thế hệ 3 hoặc Ceftriaxone 1g / 24 giờ hoặc Piperacillin 4g/8gio ⁷²	Điều trị đến khi hết sốt 48 giờ chuyển qua uống đủ 14 ngày, không dùng FQ cho PN có thai

Tài liệu tham khảo:

- 1- Marilyn E.levi and Reller LB: The patient with Urinary tract infection In Robert W Schrier(eds) Manual of nephrology , 7th edition, 2009,7:97-121
- 2- Nina E, Tolokoff-Rubin, Rubi RH: Therapy of urinary tract infection IN Brady and Wilcox(eds), Therapy in nephrology and hypertension, 2008, 37:447- 452.

BỆNH GAN NHIỄM MỠ KHÔNG DO RƯỢU .

1- Chẩn đoán :

Gặp ở người thừa cân, béo phì là nguyên nhân gây viêm gan mãn đưa đến xơ gan .

Không có triệu chứng thường tình chờ kiểm tra phát hiện hoặc BN than phiền nặng vùng HSP hoặc đến khám với các triệu chứng xơ gan .

- Cận lâm sàng:

Men gan tăng nhẹ 80%, một số case men gan bình thường; ALT:AST>1, nếu <1 là xơ hóa tiên triễn và xơ gan .

- Hình ảnh chẩn đoán:

Siêu âm; CT scanner, MRI phát hiện nhiễm mỡ vừa đến nặng .

- Sinh thiết gan : là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán .

2- Điều trị:

- Hiện chưa có điều trị đặc hiệu, đang nghiên cứu metformin, statins ...

- Điều chỉnh lối sống ăn kiêng và tập thể dục, kiểm soát tốt đường máu, điều trị tăng mỡ máu hiệu quả trong giai đoạn gan nhiễm mỡ .

- Ghép gan : nếu xơ gan .

3- Tiên lượng:

- 25% đưa đến xơ gan từ 10-15 năm .

- Nếu có xơ gan 30-40% đưa đến xơ gan mất bù và tử vong do bệnh gan trong vòng 10 năm .

Tài liệu tham khảo:

- **Washington Manual of Medical Therapeutics, The 33nd Edition .**

- **Curent Medical Diagnosis and Treatment 2012 , The 51 st Edition.**

- **Curent clinical medicine Cleveland Clinic, The 2 nd Edition .**

NHIỄM TRÙNG ĐƯỜNG MẬT



I. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

- Đau hạ sườn phải, đau quặn từng cơn lói ra sau lưng, lan lên vai phải
- Sốt cao, ớn lạnh rét run.
- Gan to, đau. Túi mật to, đau, Murphy (+).

2. Cận lâm sàng:

- CTM: BC tăng , Neutro tăng cao.
- Nước tiểu: Sắc tố mật(+), Muối mật(+).
- Echo: Đường mật trong gan dẫn to, túi mật to, bờ dày.

II. ĐIỀU TRỊ:

1. Chế độ ăn uống, nghỉ ngơi:

- Nghỉ ngơi hoàn toàn trong cơn đau dữ dội, dấu hiệu nhiễm trùng rõ, ăn lỏng, nhiều dinh dưỡng.

2. Thuốc:

a. Kháng sinh:

- Nhẹ : Ampicillin 1g liều một ngày 100mg/kg+ Gentamycin liều 3-5mg/kg x10-14 ngày

-Nặng:

- Ceftriaxon 1g liều 2g/ngày x10 -14 ngày.
- Ceftazidim 1g liều 2-3g/ngày x10 -14 ngày.

Có thể kết hợp với:

- + Gentamycin: 3-5mg/kg
- + Metronidazol: 1-1,5g/ngày

b. Corticoid:

Depersolon 30mg 1-2 ống/ Ngày x7 Ngày TM
Hyrocortison 100mg 1-2 lọ/ ngày x7 ngày TM

c. Giảm co thắt :

Buscopan 20mg 1-3 ống/ ngày TB.
10mg 1-4 viên/ ngày.

d. Hạ sốt :

.Panadol 0.5g 1-4 viên/ ngày.
.Pacimol 450mg 1-3 ống/ngày.

e. Bù nước và điện giải:

.Lactat Ringer 500ml/ Ngày
.Glucose 20% 500ml/ Ngày
.Natriclorua 9% 500-1000ml/ Ngày

f. Trợ sức: Vitamin B,C.

SỐT

Cần phân biệt giữa sốt và tăng thân nhiệt :

- Tăng thân nhiệt là không kiểm soát được sự thải nhiệt tự nhiên của cơ thể và hậu quả của sự tăng thân nhiệt này rất nguy hiểm có thể gây rối loạn hệ tim mạch trong vài phút dẫn đến tử vong mà không đáp ứng với thuốc hạ sốt.
- Đột quỵ do nóng hoặc do sử dụng thuốc thì da khô nóng và không tiết mồ hôi, trong khi sốt thì da lạnh do co mạch .

1- Chẩn đoán :

Khám lâm sàng xác định nguyên nhân sốt , đo nhiệt độ, lưu ý người già suy kiệt, trẻ sơ sinh, người dùng corticoid có nhiễm trùng mà không sốt .

2- Cận lâm sàng:

Công thức máu: Lưu ý bạch cầu cũng có thể tăng cao trong sốt nhiễm siêu vi. Trong trường hợp sốt nhẹ có thể do chỉ số protein C phản ứng hay tốc độ lắng máu .

3- Điều trị :

- Cần nhắc việc hạ sốt vì phản ứng sốt là sự đáp ứng của cơ thể với sự viêm nhiễm, tuy nhiên lưu ý trên bệnh nhân có bệnh nền như suy tim, viêm phổi mãn..cần phải hạ sốt ngay vì sốt kéo dài sẽ làm bệnh mất sức và diễn tiến nặng hơn .

- Cách điều trị :

* Tất cả các loại NSAIDs hoặc Aspirin đáp ứng hạ sốt nhanh nhưng có tác dụng phụ trên tiêu cầu và đường tiêu hóa .

* Acetaminophen là lựa chọn an toàn và phù hợp nhất.

Các biện pháp làm lạnh bên ngoài như mền lạnh, tắm đá lạnh,

Các biện pháp làm lạnh bên trong: rửa dạ dày hay rửa màng bụng

Hoặc kết hợp nhiều biện pháp.

Tài liệu tham khảo:

- 2- Hadad E, Weinbroum AA, Ben-Abraham Rdrug-induced hyperthermia and muscle rigidity a practical approach. Eurj Emerg Med 2003; 10: 149-154.
- 3- Kastner DL et al:autoinflammatory disease reloaded:a clinical perspective Cell 140;748, 2010.

VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG

I- Chẩn đoán:

- 1- Lâm sàng: Dựa vào triệu chứng sốt, ho, khạc đàm mủ, đau ngực kiểu màng phổi .
- 2- Cận lâm sàng: X Quang ngực có tổn thương phổi mới hay tiến triển .
- 3- Lưu ý các dấu hiệu nặng: Nhịp thở >30 lần/phút, rối loạn tri giác, tím tái, tụt HA- dấu hiệu nhiễm trùng ngoài phổi .

II- Điều trị:

Nguyên tắc chung: Nghỉ ngơi, thuốc ho nếu BN có ho nhiều, Oxy liệu pháp nếu có giảm oxy máu, thở máy khi có suy hô hấp cấp xuất hiện .

Bệnh ngoại trú:

-Kháng sinh:

Điều trị ban đầu và điều trị theo kinh nghiệm:

- + Bệnh trước đây khỏe mạnh và không dùng kháng sinh trong 3 tháng: Macrolic thế hệ mới như Clarithromycine (hay Azithromycin) .
- + Bệnh nhân có đồng thời như bệnh tim phổi, gan, thận, tiểu đường, nghiện rượu, bệnh ác tính ...hay dùng kháng sinh trong 3 tháng trước : Quinoloe hô hấp như Levofloxacin, beta lactam + hay – chất ức chế betalactamase kết hợp macrolide .
- + Các bệnh nhân có dấu hiệu nặng như nêu ở trên cho nhập viện tùy theo mức độ nếu rất nặng cho nhập ICU, vừa thì nhập trại.

Tài liệu tham khảo:

- Textbook of pulmonary disease, 2003.
- Manuel of Internal Therapeutics, 2008 .
- Principles of Internanal Medicin, 2005.

HEN PHẾ QUẢN



II CHẨN ĐOÁN :

A Bệnh sử:

- _ Chú ý : Con khò khè, nặng ngực, ho, đặc biệt về đêm và gần sáng sớm.
- +Các cơn tái phát nhiều lần do 1 hay nhiều yếu tố kích thích.
- +Xảy ra vào một mùa hoặc một tình trạng thời tiết đặc biệt.
- +Xảy ra một nơi nào đó như : trường học, tại nhà, nơi cơ quan.
- +Xảy ra khi : nấu ăn, chăm sóc vật nuôi,...
- +Triệu chứng giảm khi dùng thuốc dẫn phế quản
- _ Tiền sử gia đình cũng góp phần chẩn đoán

B Khám thực thể:

- Trong cơn hen phế quản
- _ Khó thở:
 - +Khò khè thì thở ra
 - +Nói ngắt quãng
 - +Sử dụng cơ hô hấp phụ
 - +Kiểu ngồi “Giống cóc”
- _ Ho:
 - +Viêm mũi dị ứng
 - +Sốt khi bội nhiễm
 - +Khạc đàm nhày dính
- _ Khám phổi :
 - +Rale ngáy, rale rít 2 bên.
 - +Đôi khi rale nổ nếu bội nhiễm phổi
 - +Gõ vang 2 bên do tăng chứa khí
 - +Rì rào phế nang giảm.
- _ Chụp XQ phổi thẳng trong cơn:
 - +2 phế trường tăng sáng.
 - +2 rốn phổi tăng đậm
 - +Xương sườn nằm ngang
 - +Khoang liên sườn giãn rộng.
 - +Cơ hoành dẹt.

II Điều trị hen phế quản

1 Nguyên tắc điều trị

1.1 Đối với các cơn hen:

- _ Chống co thắt phế quản.
- _ Chống viêm và tiết dịch.
- _ Giảm tính mẫn cảm của niêm mạc phế quản.

1.2 Đối với điều trị bệnh hen (phòng cơn hen)

- _ Điều trị đặc hiệu bằng cách điều trị giải mẫn cảm đặc hiệu và cách li nguồn dị nguyên.
- _ Điều trị phòng cơn hen

Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2014

_Ngăn ngừa các yếu tố và chất kích thích cũng như các nguyên nhân thuận lợi khác.

1.3 Điều trị biến chứng

2. Điều trị cụ thể

2.1. Cắt cơn hen: tất cả các mức độ: nhẹ, trung bình, nặng, ác tính phải dùng các loại dẫn phế quản, kháng sinh, long đờm, chống dị ứng.

a. Cơn hen nhẹ:

- + Bricanyl **4mg** 1-4v/ngày
- +Salbutamol v 2mg, 1-2v/ngày
- +Etaphylin v 250mg 1-3v/ngày.

* Thuốc chống dị ứng:

- Polaramin 6mg 1v x 2 lần/ngày

*Kháng sinh khi có biểu hiện nhiễm trùng:

- +Cefadroxil 500mg/V 1-2v/ngày
- +Cefaclor V 375mg 3v/ngày
- +Azithromyxin 500mg/ngày
- +Levomycin V 250mg 2v/ngày

b.Cơn hen trung bình

- +Ventolin 2,5mg 1-2ống khí dung
- +**Diaphylin 0,48mg** 1-2ống +10ml glucose 5% TTM **trong phút**
- +Corticoid: hydrocortisol 100mg/lọ TM liều max 4lọ/ngày
- +Depersolon 30mg/ống liều 1-2ống/ngày

*Kháng sinh:

- +Cefadin 1g/lọ 2-3/lọ/ngày x10-14ngày TM
- +Cephradin 1g/lọ 2-3lọ ngày x10-14 ngày TM
- +Cefudroxin 0,75g/lọ 2-3lọ /ngày X10-14ngày TM
- +Cetriaxon 1g/lọ 2g/ngày x10-14ngày TM
- +Ceftazidin 1g 2-3lọ/ngày x10-14 ngày TM

Cơn hen nặng:

- Thở oxy 5l/phút
- Thuốc như cơn hen trung bình
- Nếu điều trị không đáp ứng chỉ định thở máy

BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH



I. Định nghĩa:

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (copd) là một nhóm các tình trạng bệnh lý đặc trưng bởi sự tăng sức cản với luồng khí thở. Copd bao gồm viêm phế quản mạn tính tắc nghẽn và giãn phế nang.

II. Các biểu hiện lâm sàng:

Bệnh nhân thường đến khám vì:

- Ho : chủ yếu về buổi sáng
- Đờm: nhầy, trong, trừ đợt cấp có bội nhiễm thì màu vàng
- Khó thở: khi gắng sức, xuất hiện dần dần, cùng với ho hoặc sau đó một thời gian:
 - + Tuyp A: Khó thở nhiều, người gầy, thiếu oxy máu lúc nghỉ ít.
 - + Tuyp B: thiếu oxy và tăng khí cacbonic máu nhiều , khó thở ít

*** Khám lâm sàng:**

- Kiểu thở: thở mím môi, nhất là khi gắng sức .
- Có sử dụng các cơ hô hấp phụ: cơ kéo
- Có sử dụng cơ bụng khi thở ra không? Thở nghịch thường...
- Đường kính trước sau của lồng ngực tăng lên ?
- Gõ: vang nhất là ở trường hợp có giãn phế nang?
- Nghe: tiếng tim mờ nhỏ, rì rào phế nang giảm, rals rit và ngáy.

*** Dấu hiệu tăng áp lực động mạch phổi:**

- Mắt lồi như mắt ếch do tăng mạch máu màng tiếp hợp.
- Tim nhịp nhanh, có thể loạn nhịp hoàn toàn.
- T₂ đánh mạch, rung tâm thu ở ổ van động mạch phổi, ngựa phi phải tiền tâm thu.
- Tĩnh mạch cổ nổi đập theo nhịp tim, gan to, phản hồi gan tĩnh mạch cổ dương tính.
- Phù chân và cổ trướng.

III. Cận lâm sàng:

1. XQ Phổi thường:

- VPQM: tăng đậm các nhánh phế quản, “ phổi bản”
- COPD, giãn phế quản.
- + Lồng ngực giãn: Tăng khoảng sáng trước và sau tim, vòm hoành bị đẩy xuống, xương sườn nằm ngang.
- + Các mạch máu ngoại vi thưa thớt, bóng khí.

- + Cung động mạch phổi nổi.
- + Tim không to hoặc hơi to.
- + Giai đoạn cuối: tim to toàn bộ.

2. Chụp CT Scan ngực:

Giãn phế nang: vùng sáng, không có mạch máu, bóng khí. Phân biệt giãn phế nang trung tâm tiểu thùy với giãn phế nang toàn tiểu thùy.

3. Điện tâm đồ:

Có thể bình thường, ngay ở một số ca bệnh nặng

Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2014

- Phế ở DII, DIII, AVF: P cao > 2,5 mm, nhọn, đối xứng.
- Tiêu chuẩn dày thất phải của TCYTTG: ít nhất hai trong số các dấu hiệu sau:
 - + Trục phải > 110° .
 - + R/S ở V5, V6 < 1.
 - + Sóng S chiếm ưu thế ở D I hoặc bloc nhánh phải không hoàn toàn.
 - + P > 2mm ở D III.
 - + T đảo ngược ở V 1 tới V 4 hoặc V 2 và V 3.

4. Siêu âm Dopler tim:

Nhằm đánh giá áp lực động mạch phổi (TALĐMP), suy tim trái phối hợp.

5. Chức năng hô hấp:

- Rối loạn thông khí tắc nghẽn với chỉ số Tiffeneau < 70 %, tăng thể tích khí cặn, DLCO giảm.
- Test giãn phế quản: chỉ số Gaensler (FEV1/FVC) < 70% sau khi phun hít 40 ug Salbutamol.
- Khí máu: PaO₂ giảm, PaCO₂ tăng ở thể nặng.

IV. Chẩn đoán giai đoạn bệnh:

Thăm dò chức năng hô hấp cho phép phân loại giai đoạn bệnh dựa vào giá trị của thể tích thở tối đa trong giây đầu tiên (FEV1) và tỷ số FEV1/FVC.

- Giai đoạn I: FEV1 > 80%; FEV1/ FEV < 70%.
- Giai đoạn II: 50% < FEV1 < 80% ; FEV1 / FVC < 70%.
- Giai đoạn III: 30% < FEV1 < 50% ; FEV1/FVC < 70%.
- Giai đoạn IV: FEV1 < 30%; FEV1/FVC < 70%.

V. Điều trị COPD giai đoạn ổn định:

1. Loại bỏ các yếu tố nguy cơ

- Thuốc lá
- Ô nhiễm không khí: khói bụi, nghề nghiệp, bụi nhà, khói bếp..
- Nhiễm khuẩn hô hấp

2. Giáo dục:

- Nhằm giúp bệnh nhân hiểu đúng về bệnh của mình.
- Từ đó hợp tác với bác sĩ trong việc theo dõi và quản lý bệnh tốt.
- Giáo dục còn nhằm cung cấp cho bệnh nhân các kỹ năng dùng thuốc tốt.

3. Điều trị thuốc:

*** Các thuốc giãn phế quản:**

Các thuốc giãn phế quản chủ yếu để điều trị triệu chứng của COPD. Trong khi dùng thuốc cần lưu ý tác dụng phụ của thuốc, nên ưu tiên dùng thuốc theo đường hít, đường xịt hoặc đường khí dung vì cho tác dụng giãn phế quản cao, trong khi tác dụng phụ ít.

Phối hợp thuốc có các cơ chế và thời gian tác dụng khác nhau có thể làm tăng độ giãn phế quản với cùng hoặc ít hơn tác dụng phụ

*** Glucocorticosteroid:**

- Điều trị thường xuyên bằng xịt Glucocorticosteroid chỉ áp dụng cho bệnh nhân COPD có triệu chứng và có chức năng hô hấp cải thiện với thuốc xịt Glucocorticosteroid (Test phục hồi phế quản với corticoid dương tính).
- Các thuốc corticoid dạng hít hiện đang sử dụng bao gồm:
 - + Beclometasol: Becotid bình xịt 50-250

Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2014

+Budesonide: Pulmicort bình xịt : 200 ug; Pulmicort khí dung: 500 ug
+ Một số dạng kết hợp cường beta 2 tác dụng kéo dài và glucocorticosteroids thành thuốc dạng hít : Formoterol/ Budesonid (Symbicort); Salmeterol/Fluticason(Seretide)

*** Điều trị các thuốc khác:**

Vaccin: vaccin cúm có thể làm giảm tình trạng bệnh nặng và tử vong ở bệnh nhân COPD khoảng 50%. Có loại vaccin sống và chết, người ta khuyên nên dùng virus không hoạt động và nên tiêm một lần (vào mùa thu) hoặc hai lần (vào mùa thu và hè) mỗi năm .Ngoài ra còn có thể sử dụng vaccin phòng phế cầu gồm 23 type huyết thanh.

Kháng sinh: chỉ nên dùng kháng sinh khi có biểu hiện của nhiễm khuẩn.việc dùng kháng sinh bừa bãi nhanh dẫn đến sự xuất hiện các vi khuẩn kháng thuốc ở bệnh nhân COPD do bệnh kéo dài và bệnh nhân phải dùng kháng sinh nhiều đợt.

Thuốc loãng đờm: acetylcystein, ambroxol, erdostein, carbosistein. Chỉ dùng trong đợt cấp có ho khạc đờm nhiều, đờm đục.

Thuốc giảm ho: ho mặc dù đôi khi gây khó chịu cho bệnh nhân, nhưng nó có vai trò bảo vệ. Do vậy chống chỉ định sử dụng thường xuyên thuốc giảm ho trong COPD.

Thuốc an thần: Morphin, gardenal, diazepam chống chỉ định trong COPD vì gây ức chế trung tâm hô hấp và làm nặng thêm tình trạng tăng CO₂ máu. Codein và các thuốc giảm đau là chế phẩm morphin khác cũng nên tránh sử dụng.Nếu bệnh nhân có chỉ định bắt buộc dùng gardenal hoặc morphin mà không tìm được thuốc thay thế thì nên cân nhắc cẩn thận trước khi chỉ định điều trị.

Điều trị không dùng thuốc

*** Phục hồi chức năng hô hấp:**

- Mục đích chính là để giảm các triệu chứng, cải thiện chất lượng cuộc sống và tăng cường sự tham gia về thể lực và tinh thần trong các hoạt động hàng ngày. Để hoàn thành những mục tiêu này, phục hồi chức năng hô hấp cần lưu tâm đến các vấn đề ngoài hô hấp bao gồm: tập luyện trong hoàn cảnh thiếu tiện nghi, cô lập với xã hội, tình trạng buồn rầu (đặc biệt là trầm cảm) và giảm trọng lượng.

-Phục hồi chức năng hô hấp: dẫn lưu tư thế, tập thở:

+ Thở bụng, cơ hoành và phần dưới lồng ngực, sử dụng kiểu thở chậm, và thư giãn để làm giảm tần số thở và giảm tiêu hao năng lượng hô hấp. Thở mím môi trong các giai đoạn khó thở.

+ Tăng trương lực cơ bằng cách tập thể dục đều đặn. Họ có điều khiển để khạc đờm.

*** Cải thiện tình trạng dinh dưỡng:**

- Ăn nhiều bữa nhỏ, thêm các chất dinh dưỡng lỏng.
- Tránh các bữa ăn làm đầy bụng.

4. Điều trị dự phòng

- Giữ phòng sạch, càng ít bụi càng tốt: không dùng thảm.
- Điều trị dự phòng tất cả các ổ nhiễm trùng tai mũi họng, răng.

5. Điều trị phẫu thuật:

Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2014

Cắt bỏ kén khí: cần chụp phim cắt lớp vi tính lồng ngực, đo khí máu động mạch và đo chức năng hô hấp trước. Chỉ cắt bỏ kén khí ở những trường hợp thật sự cần thiết.

Phẫu thuật làm giảm thể tích phổi: có thể tiến hành cắt bỏ thùy đáy phổi, mục tiêu làm phục hồi lại chiều cao vòm hoành FEV1 cải thiện rõ rệt sau phẫu thuật, tuy nhiên mức độ giảm FEV1 trên những bệnh nhân đã cắt thùy phổi diễn ra nhanh hơn so với những người không tiến hành phẫu thuật.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM LÓET DẠ DÀY TÁ TRÀNG

A. CÓ NHIỄM HELICOBACTER PYLORI

1. Phác đồ 1 điều trị lần đầu tiên.

Gồm 3 thứ thuốc : a) PPI+A+C (PPI : thuốc ức chế bơm proton, A : Amoxicilline, C : Clarithromycine)

Thuốc PPI :

Rabeprazole 20mg x 2 lần/ngày uống trước bữa ăn chính 60 phút
Esomeprazole 20mg x 2 lần/ngày uống trước bữa ăn chính 60 phút
Omeprazole 20mg x 2 lần/ngày uống trước bữa ăn chính 60 phút
Pantoprazole 40mg x 2 lần/ngày uống trước bữa ăn chính 60 phút
Lanzoprazole 30mg x 2 lần/ngày uống trước bữa ăn chính 60 phút

Thuốc A :

Amoxicilline 1000mg x 2 lần/ngày uống ngay sau bữa ăn

Thuốc C :

Clarithromycine 500mg x 2 lần/ngày uống ngay sau bữa ăn
Thời gian điều trị 7-14 ngày.

B) PPI+M+C (M : Metronidazole)

Thuốc M :

Metronidazole 500mg x 2 lần/ngày uống ngay sau bữa ăn

Thuốc C :

Clarithromycine 500mg x 2 lần/ngày uống ngay sau bữa ăn
Thời gian điều trị 7-14 ngày.

C) PPI+A+M

Thuốc A :

Amoxicilline 1000mg x 2 lần/ngày uống ngay sau bữa ăn

Thuốc M :

Metronidazole 500mg x 2 lần/ngày uống ngay sau bữa ăn
Thời gian điều trị 7-14 ngày.

D) PPI+B+Te+M (B : bismuth, Te : Tetracycline)

Thuốc B :

Bismuth 240mg x 2lần/ngày

Thuốc Te :

Tetracycline 500mg x 2 -3 lần/ngày uống ngay sau bữa ăn

Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2014

Thuốc M :

Metronidazole 500mg x 2 lần/ngày uống ngay sau bữa ăn
Thời gian điều trị 7-14 ngày.

E) PPI+A+C+M/T (T : Tinidazole)

Thuốc A :

Amoxicilline 1000mg x 2 lần/ngày uống ngay sau bữa ăn

Thuốc C :

Clarithromycine 500mg x 2 lần/ngày uống ngay sau bữa ăn

Thuốc M/ T :

Metronidazole 1000mg x 2 lần/ngày uống ngay sau bữa ăn
Thời gian điều trị 7-14 ngày.

2. Phác đồ 2 khi phác đồ đầu tiên thất bại.

Gồm 4 thứ thuốc có bismuth (nếu trước đó chưa dùng thuốc này):

PPI+B+Te+M

Thuốc M :

Metronidazole 500mg x 2-3 lần/ngày uống ngay sau bữa ăn

Thuốc Te :

Tetracycline 500mg x 2 lần/ngày uống ngay sau bữa ăn

Thuốc B :

Bismuth 240mg x 4lần/ngày uống ngay sau bữa ăn
Thời gian điều trị 14 ngày.

3. Phác đồ cứu vãn

Khi diệt trừ Hp thất bại sau 2 lần điều trị : nên nuôi cấy và làm kháng sinh đồ.
Không nên dùng kháng sinh đã dùng trong phác đồ trước đó bị thất bại. Có thể dùng các phác đồ sau :

Phác đồ chưa từng được dùng trong 4 phác đồ đầu tiên

4. Phác đồ 3 khi phác đồ 2 và phác đồ cứu vãn thất bại

Gồm 3 thuốc có levofloxacin : **PPI+A+L (L : Levofloxacin)**

Thuốc A :

Amoxicilline 1000mg x 2 lần/ngày uống ngay sau bữa ăn

Thuốc L :

Levofloxacinine 250-500mg x 2 lần/ngày uống ngay sau bữa ăn
Thời gian điều trị 10 ngày.

B. KHÔNG CÓ NHIỄM HELICOBACTER PYLORI

Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2014

1. Điều trị hội chứng Zollinger-Ellison :

PPI : Omeprazole/Lansoprazole 60mg/ngày

2. Do nguyên nhân dùng thuốc NSAID, corticoid, u ác tính dạ dày :

PPI :

-L loét dạ dày tá tràng không biến chứng :

Omeprazole 20mg/Lansoprazole 30mg/ngày sáng uống trước bữa ăn 60 phút x 4 tuần

L loét dạ dày tá tràng có biến chứng :

Omeprazole 20mg x 2 lần/Lansoprazole 30mg/ngày sáng uống trước bữa ăn 60 phút x 8 tuần

Thuốc đối kháng H2 :

-L loét dạ dày tá tràng không biến chứng :

Cimetidine 800mg x2 lần /ranitidine 150mgx2lần/Famotidine 20mgx2lần trong 8-12 tuần

-L loét dạ dày không biến chứng :

Cimetidine 400mg x2 /ranitidine 150mgx2/Famotidine 20mgx2 trong 8-12 tuần

-L loét dạ dày có biến chứng :

Không khuyến cáo dùng H2

Sulcralfate

-trường hợp loét hành tá tràng không biến chứng

Sulcralfate 1g x 4 lần

3. Điều trị dự phòng giảm loét :

Dự phòng khi có loét hoặc biến chứng từ trước, sử dụng NSAIDs, corticoid, thuốc kháng đông, người già trên 70 tuổi.

-Điều trị tấn công :

Misoprostol (Cytotec) 100-200mgx4lần/ngày. Hoặc

PPIx2lần/ngày

-Điều trị duy trì :

thuốc kháng H2 : cimetidine 400-800mg/Ranitidine 150-300mg/Famotidine 20-40mg/ngày lúc đi ngủ.

C. CHẾ ĐỘ SINH HOẠT ĂN UỐNG CHUNG CHO CÓ NHIỄM HOẶC KHÔNG NHIỄM Hp

Không hút thuốc lá uống rượu bia trong đợt điều trị có nhiễm Hp

Kiêng mắm, khô, cá mặm, canh chua, cà phê, chất chua cay, nước có gas, chất quá lạnh quá nóng.

Ăn nhai chậm cho nhuyễn thức ăn. Ăn uống đúng giờ.

Tránh lao động nặng, tránh stress. Phải có chế độ nghỉ ngơi ngủ hợp lý.

HỘI CHỨNG RUỘT KÍCH THÍCH

I. TÂM LÝ LIỆU PHÁP:

- Biết lắng nghe, trấn an bệnh nhân, nhận định và giải quyết những lo lắng phiền muộn của bệnh nhân.
- Giải thích tường tận về bệnh sinh và bệnh sử tự nhiên của bệnh: đây không phải là bệnh có tổn thương thực thể tại ruột, và là một bệnh mãn tính đặc trưng bởi những đợt có biểu hiện bệnh rầm rộ và những đợt bệnh im lặng, không có triệu chứng.
- Giải thích cho bệnh nhân biết việc điều trị tập trung vào các triệu chứng nổi trội là biện pháp hợp lý và hữu hiệu, và điều trị có thể không làm dứt hẳn triệu chứng nhưng sẽ cải thiện tốt hơn chất lượng cuộc sống.

II. CHẾ ĐỘ ĂN

- . Tránh những thức ăn có thể gây ra hoặc làm nặng thêm triệu chứng. Tránh rượu, bia, nước có gas, cà phê, trà, chocolate, đồ cay, nóng, đồ ăn nhiều dầu mỡ, nhiều đạm như thịt chó, thịt trâu.
- . Tránh những thức ăn không dung nạp hay gây tiêu chảy và đau bụng : kiêng ăn đồ sống, lạnh, ôi, thiu.
- . Tránh hút thuốc lá.
- . Nếu táo bón cần uống nhiều nước, nên ăn thêm chất xơ, rau quả tươi hoặc dùng thêm chất cám, khoai, sứa chua, củ cải, ăn nhiều bữa nhỏ chừng 2 tiếng lại ăn một bữa, giảm ăn chất béo. Tránh chế độ ăn làm tăng táo bón như thức ăn khô, mắm, nhiều gia vị.
- . Nếu tiêu chảy tránh chất xơ (cọ xát). Không ăn rau sống, trái cây khô, trái cây đóng hộp, nên ăn trái cây tươi phải gọt bỏ vỏ (kể cả nho).
- . Phân có mùi chua, nhiều bọt thì giảm các thức ăn dễ làm men như đường , sữa, dưa chua.
- . Phân có mùi thối thì giảm ăn đạm, nên ăn sữa chua.
- . Nên hoạt động thể lực, hạn chế ngồi nhiều một chỗ, tranh căng thẳng thần kinh.
- . Nên ăn chín uống nước sôi.

Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2014

Lưu ý một số thuốc làm tăng triệu chứng của bệnh. Tránh thuốc kháng viêm giảm đau không steroid.

III. THUỐC

1. Thuốc điều trị tiêu chảy:

- .Thuốc chống tiêu chảy: Imodium
- .Thuốc bảo vệ niêm mạc ruột: smecta.
- .Vi khuẩn thay thế: antibio.

2. Thuốc điều trị táo bón: không nên lạm dụng và kéo dài.

.Thuốc trị táo bón tạo khối là các thuốc chứa chất xơ, chất sợi từ hạt củ, quả...chất nhầy như thạch rau câu.

.Thuốc trị táo bón thẩm thấu: kéo nước vào lòng ruột và giữ nước làm mềm phân: sorbitol, forlax, magie Sulfat

.Thuốc kích thích chức năng vận bài tiết của ruột : muông trâu.

3. Thuốc chống co thắt điều trị đau bụng và cứng bụng

- .Thuốc kháng cholinergic : buscopan
- .Thuốc chống co thắt hướng cơ trơn: spasmaverin

Tài liệu tham khảo:

Phác đồ điều trị bệnh viện chợ rẫy 2011

CHỨNG TÁO BÓN



I/. ĐẠI CƯƠNG:

Táo bón có rất nhiều nguyên nhân : nguyên nhân tại bộ máy tiêu hóa và ngoài bộ máy tiêu hóa, do thói quen và nghề nghiệp, hoặc không có nguyên nhân gì rõ rệt. Nếu không có nguyên nhân rõ rệt, gọi là bệnh táo bón hoặc táo bón tiên phát, nếu có nguyên nhân do một bệnh khác đưa đến, gọi là táo bón triệu chứng.

III/. CÁC THUỐC CHỐNG TÁO BÓN:

Có nhiều loại:

1. Các thuốc gây kích thích:

Tác dụng vào niêm mạc đại tràng gây tăng bài tiết nước và điện giải. Hoạt động chất gây kích thích thường là các muối sulfosuccinat Na, danton, phenolphthalein, sene... Biệt dược có rất nhiều: Frunctin Vichy, Coraga...

2. Các thuốc thẩm thấu:

Có tác dụng kéo nước từ trong thành ruột vào lòng ruột, đồng thời hạn chế tối đa quá trình hấp thu nước. Hoạt chất chính thường là các muối sulfat, photphat của Mg hoặc Na, một số loại đường. Biệt dược cũng có rất nhiều. Sử dụng các loại muối cần thận trọng vì tác dụng mạnh và hay gây táo bón trở lại sau khi ngừng thuốc. Biệt dược có nhiều: Lactulose, Duphlac, Sorbitol...

3. Các thuốc làm trơn:

Hoạt chất chính là vaselin hoặc paraffin, biệt dược: Lansoyl, Transitol...

Ở Việt Nam có gấc.

Sợi xơ và mucilage: một số sợi xơ có tác dụng ngấm nước và nở ra làm cho phân mềm và tăng khối lượng phân, làm cho đại tràng tổng phân dễ dàng.

Biệt dược có nhiều: Actison, Celluson, Natuvit, Igol, cám gạo, Karaya stercula.

Các thuốc trên ít độc nhất.

4. Các thuốc làm tăng khối lượng phân, làm mềm phân: igol, forlax (macrogol) thuốc ít độc hại, ngâm nước làm cho phân mềm ra. Rất được ưa dùng forlax: 1-2 gói/ngày. Igol: 1-2 gói/ngày.

5. Các ion kali, calci, natri:

Nhu động của ruột, nhất là của đại tràng chịu ảnh hưởng nhiều của các điện giải trên. Nước suối kênh gà rất tốt.

Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2014

6. Các thuốc dùng đường hậu môn:

Hoạt chất là các chất kích thích hoặc các chất sinh hơi như trên nhưng dùng đường hậu môn. Biệt dược: Microlax.

III/. ÁP DỤNG THỰC TẾ:

+ Không dùng thuốc:

Các biện pháp không cần dùng thuốc được áp dụng trước, dù là táo bón do đại tràng hay trực tràng. Các biện pháp đó bao gồm:

Chế độ ăn:

- Giàu chất xơ, thức ăn nhiều nước
- Uống nhiều nước: tối thiểu ngày uống 1,5 lít
- Tránh ăn các chất gây táo bón: ổi, quá nhiều chất bã.

Luyện tập: massage bụng kết hợp tập đi ngoài đúng giờ.

Thay đổi thói quen: nằm nhiều hoặc ngồi nhiều. Bằng những biện pháp trên nếu không có kết quả mới dùng thuốc.

LIỆT VII NGOẠI BIÊN TỰ PHÁT



I. Lâm sàng:

- Khi bệnh nhân cười, miệng lệch sang một bên không liệt.
- Nếp má mũi bên liệt mất.
- Mắt bên liệt không nhắm kín được, bệnh nhân không chớp mắt được
- Mất nếp nhăn trán bên liệt
- Diễn tiến giai đoạn cấp bệnh trong 12 giờ đến 48 giờ
- Phục hồi sau vài tuần hoặc nhiều tháng.

II. Điều trị:

- Bảo vệ mắt bằng băng giấy ép lên mí mắt trên trong lúc ngủ, sau 5 ngày không băng ép mắt nữa.
- Prednisolone 40-60mg mỗi ngày trong 7 ngày đầu đến 10 ngày.

THOÁI HOÁ KHỚP (HỤ KHỚP) VÀ THOÁI HOÁ CỘT SỐNG



I/. ĐẠI CƯƠNG:

Về tên bệnh, có một số tên gọi khác nhau như sau: Arthrose: thoái hoá khớp; rhumatisme dégénératif : bệnh khớp do thoái hóa; osteoarthritis: là tên gọi bệnh thoái hóa khớp của trường phái Anh , Mỹ.

II/. CHẨN ĐOÁN THOÁI HOÁ KHỚP VÀ THOÁI HÓA CỘT SỐNG:

Tổn thương thoái hóa khớp – cột sống thường xảy ra ở các khớp chịu lực. Thường gặp nhất là khớp gối cột sống thắt lưng và cột sống cổ.

Chẩn đoán xác định dựa trên các bằng chứng sau:

- **Cơ năng:** đau kiểu cơ học, không có các triệu chứng tại các vị trí khác. Đối với thoái hóa cột sống, có thể kèm theo dấu hiệu chèn ép thần kinh (đau thần kinh tọa, thần kinh cánh tay) và mạch máu.
- **Xét nghiệm:** bilan viêm âm tính.
- **Hình ảnh X Quang:** hẹp khe khớp, đặc xương dưới sụn, xương tân tạo (chồi xương, gai xương).

III/. ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA THOÁI HOÁ KHỚP VÀ CỘT SỐNG:

1. Các biện pháp không dùng thuốc:

Tránh cho khớp bị quá tải bởi vận động và trọng lượng. Trường hợp cần thiết, bệnh nhân nên dùng nạng một hoặc hai bên đối với các thoái hóa khớp ở chi dưới. Với các bệnh nhân thừa trọng lượng, phải chú ý đến vấn đề giảm trọng lượng nếu có thể.

Vật lý trị liệu có tác dụng giảm đau tốt, với mục đích chữa tư thế xấu và duy trì dinh dưỡng ở cạnh khớp, điều trị các đau gân và cơ kết hợp. Thường chỉ định mát - xa và các biện pháp dùng nhiệt lượng.

Với nghề nghiệp của bệnh nhân, nếu có thể, tìm các biện pháp cho bệnh nhân thích nghi với điều kiện làm việc, trên nguyên tắc làm cho khớp tổn thương không bị quá tải.

Về tập luyện: có thể tập các bài tập như đi bộ vừa phải khi khớp chưa có tổn thương trên X Quang, nghĩa là khe khớp vẫn còn bình thường. Bơi hoặc đạp xe đạp tại chỗ là các biện pháp tập luyện tốt.

2. Thuốc điều trị triệu chứng(tác dụng nhanh) :

- Thuốc chống viêm không steroid: ngăn ngày.
- Corticoid tại khớp nếu cần thiết (không quá lạm dụng)
- Paracetamol và các chế phẩm kết hợp khác.

3. Thuốc chống thoái hóa khớp tác dụng chậm:

- Glucosamine sulfat (Viarthril) Gói 1500; viên 2500; ống 400 : 1-1,5 gam / ngày.

Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2014

- Diacerhein, diacetylrhein (Artrodar) Viên 50 mg : 2 viên / ngày chia 2 lần.
- Thành phần không xà phòng hoá của avocat (Piascledin) Viên 300 mg : 1 viên / ngày.
- Chondroitin sulfat (Ch – s) (Chondrosulf, Structum) Viên 450 mg, gói 250 mg : 3 viên / ngày chia 3 lần.
- Oxaceprol (Jonctum) Viên 250 mg : 4 viên / ngày.
- Acid hyaluronic (AH) tiêm nội khớp (Go – on, Hyruan) Ong 20 mg : 1 ống / 1 tuần 5 tuần liên tiếp.

4. Điều trị ngoại khoa thoái hóa khớp và cột sống:

4.1 : Điều trị ngoại khoa thoái hóa khớp :

Bao gồm các phương pháp chêm lại khớp, gọt giữa xương,(osteotomy), làm cứng khớp, thay một phần hoặc toàn bộ khớp. Trong đó gọt giữa xương đặc biệt tốt để sửa chữa các khớp bị lệch trục như khớp gối vẹo vào trong hoặc cong ra ngoài. Đau có thể được cải thiện khi tư thế trở nên bình thường do ảnh hưởng xấu trên khớp được loại bỏ.

Điều trị ngoại khoa thường được chỉ định với các trường hợp hạn chế chức năng nhiều, hoặc đau khớp không đáp ứng với các phương thức điều trị nội khoa.

4.2: Điều trị ngoại khoa thoái hóa cột sống:

Nếu các biện pháp trên không có hiệu quả, bất động cột sống thắt lưng bằng máng bột trong 2 tháng hoặc đeo thắt lưng cứng ban ngày trong 1 hoặc vài tháng đến vài quý.

Chỉ định phẫu thuật

Trường hợp có ép rễ hoặc không đáp ứng với điều trị như trên, sau 3 tháng, cần gửi các cơ sở chuyên khoa làm thăm dò xác định tình trạng tổn thương và xét chỉ định phẫu thuật.

4.3: Điều trị dưới nội soi khớp:

Chỉ định khi không đáp ứng với điều trị nội khoa. Dưới nội soi khớp, người ta có thể rửa khớp, lấy bỏ các thành phần ngoại lai trong khớp(có thể là các mảnh sụn khớp bị bong ra, hoặc các thành phần bị calci hoá), gọt giữa bề mặt không đều của sụn, cắt bỏ các sụn chêm bị tổn thương. Kết quả rất tốt đối với thoái hóa khớp gối và khớp vai.

4.4: Thay khớp nhân tạo:

Chỉ định đối với các thoái hóa khớp tiến triển, mang lại hiệu quả rõ với sự giảm đau và cải thiện vận động của khớp.

4.5: Điều trị dự phòng thoái hóa khớp:

- 1/. Chống các tư thế xấu trong học tập, sinh hoạt và lao động. Tránh các động tác mạnh, đột ngột khi mang vác hoặc lao động nặng, đặc biệt các yếu tố làm mất cân bằng tư thế cột sống như uốn cột sống thắt lưng , quá vẹo, quá nghiêng... đều cần được điều chỉnh nhằm tránh tái phát đau cột sống thắt lưng.
- 2/. Điều chỉnh cân nặng ở trọng lượng lý tưởng.
- 3/. Phát hiện và sửa chữa các dị dạng xương khớp và cột sống ở người lớn và trẻ em.
- 4/. Có các biện pháp để dự phòng bệnh còi xương ở trẻ em.

Bệnh trào ngược dạ dày thực quản (Gerd)

Trường hợp không biến chứng :

a) Biện pháp không dùng thuốc :

- Nằm đầu cao.
- Ăn trước ngủ 2 – 3 giờ
- Giảm cân hợp lý.
- Tránh làm tăng áp lực xoang bụng như nịt lưng, nịt vú quá chặt
- Tránh chất kích thích tiết acid mạnh (cà phê, rượu)
- Nên tránh một số thuốc nếu có thể (như anticholinergic, theophylline, an thần), thức ăn đặc biệt (béo, sôcôla) và hút thuốc lá, tất cả những thứ làm giảm khả năng của cơ thắt thực quản dưới.

b) Biện pháp dùng thuốc :

Omeprazole 40 mg/ngày hoặc
Lanzoprazole 60 mg/ngày hoặc
Esomeprazole 40 mg/ngày hoặc
Rabeprazole 20 mg/ngày hoặc
Pantoprazole 40-80 mg/ngày
Thời gian điều trị tấn công 4-8 tuần

Trường hợp có biến chứng :

a) Sẹo hẹp thực quản :

- PPI
- Nong thực quản thường xuyên (nội soi đặt bóng hoặc ống nong)

b) Xuất huyết ồ ạt, có chỉ định phẫu thuật, nhưng có thể tái phát.

c) Điều trị nội khoa thất bại, bệnh nhân dùng thuốc liên tục hay tăng liều thuốc, tất cả các bệnh nhân điều trị lâu dài, cần được đề nghị phẫu thuật.

Tài liệu tham khảo :

Chẩn đoán và điều trị Y học Hiện đại, P 855-857, NXBYH 2013

LOÃNG XƯƠNG

I- Chẩn đoán:

Diễn tiến âm thầm không có triệu chứng đặc trưng, chỉ phát hiện khi có biến chứng :

Lâm sàng;

- Đau xương đau lưng cấp và mạn .
- Gù, vẹo cột sống, giảm chiều cao do thân đốt sống gãy...
- Đau ngực, khó thở, chậm tiêu do ảnh hưởng đến lòng ngực.
- Gãy xương: thường gặp đầu dưới xương quay, cổ xương đùi, các thân đốt sống, có khi không rõ tác động hay có tác động rất nhẹ . Cận lâm sàng:
- X Quang .
- Đo mật độ xương,
- Một số phương pháp khác .

II- Điều trị:

1- Các phương pháp điều trị không dùng thuốc (Bao gồm cả dự phòng và điều trị).

- Chế độ ăn uống bổ sung thức ăn giàu calci sớm, nhu cầu 1000- 1500 mg mỗi ngày từ các thức ăn và sữa...Tránh thuốc lá, cà phê, rượu ...tránh thừa cân và thiếu cân .

2- Các thuốc điều trị loãng xương :

2.1- Các thuốc bổ sung:(bắt buộc mỗi ngày trong suốt quá trình điều trị):

Calcium 500-1500mg/ngày

Vitamin D 800-1000 UI(hoặc chuyển hóa của Vit D là Calcitriol dùng cho người lớn tuổi có suy thận, nên định lượng Vit D bù cho phù hợp.

2.2- Thuốc chống hủy xương (osteoclasts):

Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2014

Nhóm Biphosphonates: Alendronate 70mg + Cholecalciferol 2800 UI hoặc Alendronate 70 mg uống sáng sớm khi bụng đói 1v / tuần, không nằm sau khi uống thuốc 30 phút .

2.3- Thuốc có tác dụng kép: (Protelos):

Vừa tăng tạo xương vừa ức chế hủy xương : 2g/ngày uống vào buổi tối sau khi ăn 2 giờ .

2.4- Các thuốc khác:

- Bổ sung nội tiết nam và nữ khi cần .
- Các thuốc điều trị triệu chứng khi cần .

2.5- Điều trị ngoại khoa khi có gãy xương .

Tài liệu tham khảo:

- 1-Cummings S, Osteoporosis, hip fractures, and the biology of aging, Osteoporos Int(2010)
- 2-Prevention of osteoporosis and osteoporotic fractures, Bangkok July 2012

VIÊM GAN SIÊU VI CẤP

Dựa vào biểu hiện lâm sàng và biến đổi xét nghiệm, VGSV được chia làm 2 loại:

- VGSV cấp: triệu chứng lâm sàng và bất thường về xét nghiệm chức năng gan kéo dài không quá 6 tháng.
- VGSV mạn: triệu chứng lâm sàng và bất thường về xét nghiệm chức năng gan kéo dài trên 6 tháng.

A. VIÊM GAN SIÊU VI CẤP

I. CHẨN ĐOÁN:

1. Chẩn đoán sơ bộ

a/Dịch tể

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

b/Lâm sàng

- Vàng mắt, vàng da không quá 28 ngày
- Không sốt hoặc sốt nhẹ
- Mệt mỏi, uể oải
- Rối loạn tiêu hóa: nôn ói, chán ăn, đau hạ sườn phải
- Gan to đau
- Đối với các thể nặng có thể có biểu hiện rối loạn tri giác, xuất huyết da niêm, gan teo nhỏ...

c/Cận lâm sàng

- Công thức máu
- Bilirubin (TP, TT, GT)
- TPTNT
- Men gan: AST(SGOT) và ALT (SGPT) gia tăng tối thiểu đa gấp 2 lần trị số cao nhất của giới hạn bình thường. Thông thường trong VGSV cấp, AST và ALT gia tăng từ 5-10 lần, có khi > 20 lần trị số cao nhất của giới hạn bình thường.

2 /Chẩn đoán xác định

- Dựa vào xét nghiệm huyết thanh mà được xác định lần lượt như sau:
- Đầu tiên nên làm IgM anti-HAV, IgM anti-HBc và HBsAg
 - + IgM anti-HAV(+): VGSV A cấp.
 - + IgM anti-HBc(+) : VGSV B cấp.
 - + HBsAg(+) đơn thuần: không xác định được VGSV B(có thể là người lành mang mầm bệnh cũng có thể là VGSV B cấp và mạn).
- Sau đó, nếu IgM anti-HAV và IgM anti-HBc (-), chẩn đoán tạm thời là VGSV không A- không B và làm tiếp anti-HCV và IgM anti-HEV.
 - + IgM anti-HEV (+): VGSV E cấp.
 - + Anti-HCV (+): VGSV C, nếu có thêm bằng chứng về chuyển huyết thanh thì kết luận là VGSV C cấp.

II. ĐIỀU TRỊ

- Bệnh nhân nghi ngờ VGSV có các dấu hiệu nặng sau đây cần được nhập viện ngay để theo dõi và điều trị:

- Rối loạn tri giác
- Xuất huyết
- Rối loạn hô hấp
- Trụy tim mạch
- Nôn ói nhiều
- Không ăn uống được
- Sốt cao

Cần loại trừ các bệnh lý nội, ngoại khoa có vàng da niêm.

1 .Chế độ ăn uống:

- Khẩu phần nhiều đạm, nhiều đường, ít mỡ
- Không bia rượu
- Không nên kiêng ăn thái quá, khuyến khích bệnh nhân ăn nhiều lần, mỗi lần một ít, nếu cần, đổi bữa ăn chính vào lúc sáng và trưa, chiều tối nên ăn nhẹ.

2 .Sử dụng các loại thuốc

- Hạn chế các loại thuốc gây bất lợi cho gan: không dùng corticoid, cần thận khi sử dụng phenobarbital, thuốc kháng lao, kháng sinh nhóm cyclin...
- Vitamin k₁ : 10mg/ngày tiêm bắp khi prothrombin giảm < 60%.
- Cholestyramin: 1 gói (4g) 2-3 lần/ngày khi bệnh nhân có dấu hiệu ngứa.
- Các loại thuốc có nguồn gốc dược thảo như silymarin, biphenyl dimethyl dicarboxylat (từ chiết xuất schizandrin của ngũ vị tử) không gây độc và giảm transaminases có thể xem xét sử dụng trong VGSV cấp.

3. Nghỉ ngơi

- Nghỉ ngơi tuyệt đối và hoàn toàn tại giường là không cần thiết, nhưng làm việc nặng, gắng sức làm cho bệnh diễn tiến phức tạp và kéo dài.
- Thời gian nghỉ ngơi nên kéo dài cho đến hết vàng da-mắt và transaminase < 2 lần so với trị số cao nhất của giới hạn bình thường.
- Không nên lao động nặng ít nhất là 3 tháng kể từ khi hết giai đoạn nghỉ ngơi.

4. Theo dõi thường xuyên về lâm sàng và xét nghiệm

a/ Về lâm sàng

- Diễn tiến của vàng da-mắt, rối loạn tiêu hóa, tình trạng uể oải, mệt mỏi, có hay không xuất huyết, phù chi, báng bụng, rối loạn tri giác...

b/Về xét nghiệm

- AST và ALT hàng tuần cho đến khi nhỏ hơn 2 lần so với trị số cao nhất của giới hạn bình thường, sau đó mỗi tháng 1 lần, ít nhất trong 6 tháng.
- Prothrombin trong các thể nặng.
- Siêu âm bụng để loại trừ các bệnh gây tắc mật và tạo khối trong gan.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN SIÊU VI

I. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VGSV B MẠN TÍNH.

1. Chẩn Đoán.

A/ Dịch tể: giống như VGSV cấp.

B/ Lâm sàng:

- Chán ăn, mệt mỏi, đau nhức hạ sườn phải, hoặc không có triệu chứng.

C/ Cận lâm sàng

- AST, ALT gia tăng và kéo dài > 6 tháng.
- HbsAg (+) và kéo dài > 6 tháng.
- IgM Anti – HBc (-).
- Sinh thiết gan: rất cần thiết nhưng chưa có điều kiện thực hiện.

2. Điều trị.

A/ Chỉ định điều trị đặc hiệu

❖ Cần đủ hai tiêu chuẩn sau.

- Bệnh VGSV mạn đang tiến triển với ALT (SGPT) > 2 lần chỉ số cao nhất của giới hạn bình thường. Trị số bình thường được xác định là 19 – 20 IU/L đối với nữ và 30 UI/L đối với nam.
- Siêu vi đang tăng sinh được xác định trong 2 trường hợp sau:
 - ♦ HBsAg (+), HbeAg (+) và/ hoặc là HBV ADN (+) $\geq 10^5$ copies/ml.
 - ♦ Hoặc HbsAg (+), HbeAg (-) và HBV ADN (+) $\geq 10^4$ copies/ml..

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

B/ Phác đồ điều trị

- Đối với VGSV B mạn tính có HBeAg (+):
 - ♦ Lamivudine 100mg / ngày, uống 1 lần / ngày, kéo dài ít nhất là 12 tháng. Ngưng Lamivudine khi bệnh nhân có 2 lần chuyển huyết thanh (HbeAg dương tính trở thành âm tính hoặc xuất hiện anti – Hbe dương tính) cách nhau 6 đến 12 tháng. Tuy nhiên cần thận trọng xem xét sử dụng Lamivudine vì hiện nay Lamivudine có tỉ lệ kháng thuốc cao nhất. Thuốc uống được đề nghị sử dụng là:
 - ♦ Adefovir dipivoxil 10mg / viên, 1 viên / ngày.
 - ♦ Entecavir 0,5 mg / viên, 1 viên / ngày. Đối với trường hợp đã dùng Lamivudine không hiệu quả, liều dùng của Entecavir có thể tăng gấp đôi.
 - ♦ Telbivudine 300mg/ viên, 1 viên / ngày.
 - ♦ Tenofovir 300mg/ viên, 1 viên / ngày.

Xem xét sử dụng Peg – INF $\alpha 2a$ với liều 180 μ g / tuần trong 48 tuần.

- Đối với VGSV B mạn tính với HbeAg (-), kèm theo HBV ADN (+) $\geq 10^4$ copies/ml và / hoặc anti – Hbe (+) thời gian điều trị khó xác định vì ngưng thuốc rất dễ bị tái phát.
- Bên cạnh điều trị đặc hiệu, khuyên bệnh nhân nên sắp xếp công việc để nghỉ ngơi, tránh lao động nặng, hạn chế các thuốc gây hại cho gan,

Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2014

không uống rượu bia. Đối với bệnh nhân có nồng độ ferritin trong huyết thanh cao nên giảm các thức ăn có chất sắt (thịt bò, đồ biển, rau muống, rau dền, các loại cải xanh...).

C/ Theo dõi.

Trong thời gian điều trị, theo dõi hàng tháng triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm transaminases, HBsAg, HbeAg, anti – Hbe, HBV ADN nên thực hiện mỗi 3 tháng/ lần.

- Sau khi ngưng điều trị, nên theo dõi thường xuyên về lâm sàng. Xét nghiệm transaminases, HBsAg, HbeAg, anti – Hbe, HBV ADN nên thực hiện mỗi 3 –6 tháng để theo dõi khả năng tái phát.

II. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VGSV C MẠN TÍNH.

1/ Chẩn đoán.

A/ Dịch tễ:

- Giống như VGSV B mạn.

B/ Lâm Sàng:

- Giống như VGSV B mạn.

C/ Cận lâm sàng:

- SGOT / SGPT gia tăng và kéo dài > 6 tháng.
- Anti-HCV (+)
- HCV ARN (+): Thực hiện bằng kỹ thuật PCR để có thể định tính, định lượng và xác định genotypes.
- Có thể thực hiện các xét nghiệm không xâm lấn để đánh giá xơ hóa như tỉ lệ AST/ALT, số lượng tiểu cầu, Fibroscan.

2/ Điều trị

A/ Chỉ định điều trị

❖ Bệnh nhân có các biểu hiện sau:

- SGOT / SGPT tăng > 1,5 lần trị số cao nhất của giới hạn bình thường.
- Gan còn bù (không báng bụng, prothombin bình thường...)
- Anti – HCV(+)
- PCR: HCV ARN (định tính, định lượng, genotype).

❖ Chống chỉ định

- Bệnh nhân không tuân thủ.
- Trẻ em và phụ nữ mang thai.
- Có bệnh tự miễn.
- Có bệnh tuyến giáp.
- Có dấu hiệu suy nhược thần kinh.

- Người lớn tuổi (>70 tuổi).

B/ Phác đồ điều trị.

Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2014

- Phác đồ điều trị VGSV C mạn tính: phối hợp interferon - α hoặc Peg – IFN α 2a với ribavirin. Trong những trường hợp không dùng được ribavirin đơn thuần do hiệu quả rất thấp. Kết quả được đánh giá bằng nồng độ HCV ARN dưới ngưỡng phát hiện vào 6 tháng sau khi ngưng thuốc.
- Cần dựa vào nồng độ HCV ARN để xác định thời gian điều trị (RVR vào tuần 4, EVR vào tuần 12, 24 và 48) Interferon- α : tiêm bắp hoặc dưới da 3 triệu đơn vị/ lần, 3 lần/ tuần.

+ Ribavirin:

- < 75 kg: uống 800 – 1.000mg/ ngày
- > 75 kg: uống 1.000 – 1.200mg/ ngày

❖ Thời gian điều trị trung bình:

- ♦ 6 tháng đối với HCV týp 2, týp 3. Xem xét để có thể rút ngắn thời gian điều trị < 6 tháng đối với bệnh nhân genotype 2, 3 có nồng độ HCV ARN trước điều trị thấp ($< 2.10^6$), có đáp ứng sớm với RVR, chi phí điều trị, độc tính của thuốc.
- ♦ 12 tháng đối với týp 1, 6 và 4. Có thể kéo dài đến 72 tuần nếu không đạt được EVR.
- Gần đây, PEG – interferon α 2a và 2b được dùng với liều lần lượt là 180 μ g và 1 – 1,5 μ g /kg, tiêm bắp hoặc dưới da, 1 lần /tuần.
- Cần lưu ý tác dụng bất lợi của interferon (rối loạn tâm thần, co giật, viêm võng mạc, bệnh tự miễn, rối loạn hô hấp và tim mạch, ức chế tủy xương...) và ribavirin (thiếu máu, dị dạng bào thai, suy thận, rối loạn tim mạch..).
- Đối với bệnh nhân béo phì, gan nhiễm mỡ, tiểu đường cần lưu ý biện pháp giảm cân, kiểm soát đường huyết.
- Đối với các trường hợp đồng nhiễm HCV/HIV; chỉ định điều trị VGSV C khi CD4 > 200/ μ L và lưu ý độc tính ở gan cũng như phối hợp RBV-DDI.
- Đồng nhiễm HBV-HCV, xem xét dùng PEG-IFN 2a và RBV (giống như điều trị VGSV C).

C/ Theo dõi.

- Trước khi dùng thuốc, cần loại trừ các bệnh tiểu đường, tim mạch, thần kinh, thai kỳ, suy giảm miễn dịch, bệnh tuyến giáp.
- Trong khi điều trị:
 - ♦ Theo dõi lâm sàng, huyết đồ, transaminases hàng tháng. Chú ý giảm liều RBV và Peg-IFN khi hemoglobin giảm, tiểu cầu giảm, bạch cầu giảm.
 - ♦ Theo dõi chức năng tuyến giáp, nồng độ ferritin mỗi 3 tháng.
 - ♦ Khám chuyên khoa tâm thần, làm ECG, chụp X quang phổi khi có dấu hiệu gợi ý.
 - ♦ Có thể dùng thêm Erythropoietin 40.000 đơn vị/ tuần tiêm dưới da để giảm nguy cơ thiếu máu do dùng IFN/Peg-IFN.
 - ♦ Kế hoạch hóa gia đình trong suốt thời gian điều trị và ít nhất 6 tháng sau khi ngưng thuốc đối với phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ.

Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2014

- Sau khi ngưng điều trị, tiếp tục theo dõi lâm sàng, transaminases, HCV ARN mỗi 3 tháng. Tránh mang thai ít nhất là 6 tháng sau khi ngưng thuốc...

KÝ SINH TRÙNG ĐƯỜNG RUỘT .



Ký sinh trùng ký sinh ở đường ruột nhiều nhất và phổ biến nhất ở Việt Nam bao gồm 3 nhóm :

- Đơn bào :Entamoeba histolytica , Pentatricomonas intestinalis, Giardia lamblia và Criptosporidium .
- Giun : giun đũa, giun móc, giun lươn, giun tóc và giun kim .
- Sán : Sán dải heo, sán dải bò, sán dải cá, sán lá ruột .

1-ĐƠN BÀO:

Tác nhân gây bệnh	Lâm Sàng	Cận lâm sàng và chẩn đoán	Điều trị	Diễn tiến
*Entamoeba histolytica (Amip, E coli)	Đau bụng âm ỉ, tiêu lỏng 1 vài lần chuyển sang h/c ly, do trực trùng có sốt cao .	*Soi phân tìm a míp dạng hoạt động thể ăn hồng cầu. *Huyết thanh chẩn đoán (+)	*Metronidazol(Flagyl) : 1,5-2g/ngày x 7-10ngày, (trẻ em :35-50mg/kg/ngày x 7-10 ngày). *Tinidazole(Fasigyn): 2g/ngày x 3-5 ngày,(trẻ em :30mg/kg/ngày x 3-5 ngày . *Secnidazole(Flagenty l):2g liều duy nhất(trẻ em 30mg/kg liều duy nhất)	Điều trị khỏi hẳn, không điều trị nhiều biến chứng .
*Pentatricomonas intestinalis (đơn bào trùng roi)	Đau bụng tiêu chảy từng đợt,PH phân kiềm,trong phân chứa nhiều nhầy máu	*Soi phân tươi tìm P. intestinalis dạng hoạt động	*Metronidazol(Flagyl) : 30-40mg/kg/ngày x 7 ngày	Kéo dài, sức khỏe BN ít ảnh hưởng
*Giardia lamblia	Người lớn thường không có triệu chứng, trẻ em tiêu chảy kéo	*Soi phân thấy bào nang hoặc thể hoạt động.	*Metronidazol(Flagyl) : 30-40mg/kg/ngày x 5-7 ngày (cần kiểm tra nhiều lần nếu có (+) thì điều trị lại	

Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2014

	dài			
*Criptosporidium (gây bệnh ở động vật hữu nhũ như trâu, bò, cừu, dê và người	Khởi phát viêm dạ dày, ruột tiêu chảy 5-10 lần / ngày kéo dài ở người HIV	*Soi phân tìm trứng nang,phết phân nhuộm ziehl-neelsen, phản ứng miễn dịch kỹ thuật elisa .	*Spiramycine(Rovamyacin) 6 triệu đơn vị /ngày x 7 ngày	

2- GIUN :giun đũa, giun móc, giun lươn, giun tóc và giun kim

Tác nhân gây bệnh	Lâm Sàng	Cận lâm sàng và chẩn đoán	Điều trị	Diễn tiến và phòng bệnh
Giun đũa (Ascaris lumbricoides LINNIE,1758)	*Không rõ rệt, ăn khó tiêu, đau bụng có khi tắc ruột	*Tìm trứng trong phân(không chẩn đoán được khi chỉ có giun đũa)	*Thiabendazole(Mintezole):50mg/kg x 2 ngày , *Mebendazole(Vermox):200mg bất kỳ tuổi nào x 3 ngày , *Albendazol(Zentel):người lớn + trẻ em >5 tuổi 2v 200mg liều duy nhất Trẻ em <5 tuổi 1v 200mg liều duy nhất	Ăn rau sạch, hố xí đúng qui định .
Giun móc (Hookworm)	Đau âm ỉ thượng vị và quanh rốn giống như loét dạ dày tá tràng .	*Thiếu máu kéo dài gợi ý, XN phân tìm trứng giun móc, cấy phân tìm ấu trùng, * HC giảm ít nhiều	*Đặc hiệu:Pyrantel pamoat (Conbantrin) 10mg/kg liều duy nhất. *Mebendazole (Fugacar) 200mg/ngày x 3 ngày . *Albendazole (Zentel) người lớn 400mg, trẻ em 200mg mỗi liều duy nhất .	*Không đi tiêu bừa bãi, Không bón phân tươi trên hoa màu, *không đi chân đất
Giun lươn (Strongyloides)	Đau âm ỉ thượng vị và quanh	*XN phân tìm ấu trùng giun	*Mebendazole (Fugacar) viên 100mg trẻ em và người lớn 2v x 2 lần sáng,	*Không đi tiêu bừa bãi, *Phải mang

Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2014

stercoralis)BA VAY - 1876;STILES và HASSALL-1902 .	rôn tiêu chảy kéo dài BC ái toan tăng	lươn = PP Baermann, * Hút dịch tá tràng làm XN, BC ái toan tăng gợi ý	tối x 3 ngày , *Albendazole viên 200mg trẻ em >24 tháng và người lớn 400mg liều duy nhất .	giày ống khi lao động ngoài vườn .
Giun tóc (Trichuris trichiura LINNE,1771;S TILES 1901)	Đau bụng tiêu phân đàm máu, thiếu máu nhược sắc	*Soi phân tìm trứng, *BC ái toan tăng cao 10-30 %	*Mebendazole(vermox), Flubendazole(pluvermal) 100mg x 2 lần x 3 ngày .	*Không đi tiêu bừa bãi, Không nên ăn đồ sống

3-SÁN :

Tác nhân gây bệnh	Lâm Sàng	Cận lâm sàng và chẩn đoán	Điều trị	Diễn tiến và phòng bệnh
Sán dải bò(Toenia saginata GOEZE,1782)	Không rõ triệu chứng	*Xem đót sán trưởng thành trên kính hiển vi, tìm trứng trong phân *Chẩn đoán miễn dịch:Ngung kết HC, cố định bỏ thể, điện di miễn dịch, ELISA	*Niclosamid(Yomesan)Tredemine) :0,5g liều 2 viên lúc sáng bụng đói, 2 viên kế sau 1 giờ, sau 3 giờ ăn uống bình thường,(nên nghiền thuốc hoặc nhai nát khi uống)	*Thịt bò phải được kiểm định trước khi ăn *Không ăn thịt bò tái sống .
Sán dải heo(Toenia solium-LINNE,1758)	Ăn uống kém ngon, đau bụng, tiêu chảy, táo, đoạn sán đứt rơi ra ngoài	*XN phân tìm trứng sán để chẩn đoán ở con trưởng thành, *Xem đót sán trưởng thành theo phân ra ngoài	. *Niclosamid(Yomesan)Tredemine) :0,5g liều 2 viên lúc sáng bụng đói, 2 viên kế sau 1 giờ, sau 3 giờ ăn uống bình thường,(nên nghiền thuốc hoặc nhai nát khi uống). *Lưu ý kèm theo thuốc chống nôn để tránh đót sán trào ngược lên dạ dày .	*Ăn thịt heo nấu chín , *Nuôi heo không được thả rong, *Giáo dục nội trợ khi thấy thịt heo có gạo thì

Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2014

				đừng ăn.
Sán dải cá(Diphyllobothrium latum).	Không rõ ràng, nhiều sẽ thiếu máu do sán hấp thu B12, có thể gây tắc ruột .	*XN phân tìm trung sán	*Niclosamid(Yomesan)Tredemine) :0,5g liều 2 viên lúc sáng bụng đói, 2 viên kế sau 1 giờ, sau 3 giờ ăn uống bình thường,(nên nghiền thuốc hoặc nhai nát khi uống). *Điều trị thiếu máu kèm theo	*Không đi tiêu bừa bãi, *Không ăn gỏi cá sống,
Sán lá lớn ở ruột(Fasciolopsis buski Lancaster,1857;Odhner,1902)	Đau thượng vị và quanh rốn, buồn nôn tiêu chảy(gây loét ruột)	*Đau bụng kéo dài,nôn ra đờt sán trưởng thành, *Tăng BC ái toan tăng 35%, *Soi phân tìm trứng hiệu quả cao.	*Niclosamid(Yomesan) uống 2v 500mg, 1 giờ sau 2 viên nữa . *Praziquantel 75mg/kg chia 3 lần/ngày x 1-2 ngày .	*Không đi tiêu bừa bãi, *Diệt ốc trung gian, *Không thả heo rong, *Ăn rau dưới nước phải nấu chín .

GÃY XƯƠNG ĐÒN



I. CƠ CHẾ:

- Thường gãy ở đoạn giữa chỗ vòng ra trước.
- Chấn thương trực tiếp: thường gãy hở.
- Chấn thương gián tiếp: do ngã đập vai xuống, do co cứng cơ, do gãy tự nhiên.

II. CHẨN ĐOÁN:

- Sung nề vùng vai.
- Vai kéo xuống dưới
- Xương gãy di lệch gồ dưới da.
- Đo chiều dài đoạn cùng ức ngăn lại.
- X-quang: thấy rõ đường gãy và di lệch trong tư thế chông chéo.

III. ĐIỀU TRỊ:

- Nắn di lệch: kéo vai lên trên và ra sau.
- Cố định: băng số 8.
- Băng thun ngang 10-12 cm, quấn chặt lên hai vai, bắt chéo ra phía sau lưng hình số 8 trên vai, đè lên xương đòn ép vào chỗ gãy (lót gạc mỏng cho chặt).
- Bó bột số 8.
- Tập cử động vai trong 3 tuần.

GÃY THÂN XƯƠNG CÁNH TAY



I. CƠ CHẾ:

- Chấn thương gián tiếp: ngã chống bàn tay hay chống khuỷu
- Chấn thương trực tiếp: gây gãy hở và dập nát thần kinh quay trong rnh xoắn.
- Gãy gấp dễ gây gãy làm nhiều mảnh và gãy hở từ trong ra ngoài.

II. CHẨN ĐOÁN:

- Đau, tụ máu bờ trong cánh tay.
- Cánh tay sưng to, tròn làm mất các nếp ranh giới giữa các cơ
- Biến dạng hình quay hoặc nhất riu tùy theo vị trí gãy.
- Cử động bất thường tiếng lạo xạo xương.
- Cổ tay và khớp tay không duỗi được làm biến dạng cổ cò hay bàn tay nĩa: do liệt thần kinh quay.
- X-Quang : xác định vị trí gãy, đường gãy và di lệch.

III. ĐIỀU TRỊ:

Đa số được điều trị bảo tồn.

- Bó bột ngực –vai-cánh tay- 6-8 tuần, thường áp dụng cho gãy 1/3 trên cao.
- Bó bột chữ U: dùng bất động khớp vai +khớp khuỷu
- Bó bột Desault: bất động khớp vai và cánh tay.
- Bột cánh bàn tay ôm vai.
- Bột treo (Hanquing Cast) : bột chỉ bó trên ổ gãy khoảng 2cm dùng sức nặng của bột để trì kéo cánh tay cho thẳng trục, bệnh nhân phải ngồi.
- Nếu điều trị bảo tồn thất bại còn di lệch xa hoặc liệt thần kinh quay nên điều trị phẫu thuật
- Nẹp vít 2.Đinh Kuntscher 3.Đinh Rush.

VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM



I. ĐỊNH NGHĨA:

Vết thương phần mềm là chỉ các vết thương tích gây rách da và gây tổn thương các mô liên kết dưới da, gân, cơ.

II. PHÂN LOẠI:

1. Vết thương đâm chọc nhỏ:

- Tác nhân gây ra là các vật nhỏ sắc nhọn
- Tổn thương : vết rách nhỏ nhưng tùy theo chiều dài của vật nhọn gây thương tích mà có tổn thương đi sâu vào đi sâu vào các tổ chức mô mềm, gây sự lan truyền nhiễm trùng từ ngoài vào các lớp mỡ, cơ, khoang, kín.

2. Vết cắt gọn:

- Tác nhân là các vật sắc bén: dao, mảnh thủy tinh, cưa, ám tole...
- Tổn thương: vết rách da có thể rộng và sâu, tổn thương mô dưới da và cơ, làm tăng nguy cơ nhiễm trùng và chảy máu vết thương đáng kể.

3. Vết thương tróc da:

a- Tróc da không hoàn toàn:

- Nguyên nhân do một va chạm móc vào da theo hướng tiếp tuyến với mặt da.
- Tổn thương: da bị tróc còn dính bằng một cuống cơ chiều rộng tùy theo vết thương. Thương tổn là da và mô dưới da, có khi tới cơ và màng xương.

b- Tróc da hoàn toàn:

- Nguyên nhân do tai nạn giao thông và lao động.
- Tổn thương: mảng da bị tróc hoàn toàn ra khỏi cơ thể gây nhiễm trùng cao, hoại tử tổ chức dưới da, choáng.

4. Vết thương dập nát:

- Nguyên nhân thường gặp trong tai nạn lao động, TNGT, do bom đạn...
- Tổn thương trầm trọng về giải phẫu kèm theo tổn thương khác như: thần kinh, mạch máu, gãy xương gây nhiễm trùng, phù nề.

***Tóm lại:

Một vết thương phần mềm có thể gây ra 3 nguy cơ: chảy máu – nhiễm trùng – khuyết mất mô.

III. ĐIỀU TRỊ:

A. Xử trí cấp cứu:

- Liệt kê đầy đủ các tổn thương tránh sau khi băng vô trùng không phải mở ra băng lại nhiều lần.

Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2014

- Chăm máu tốt bảo vệ an toàn cho tổn thương tróc da còn cuống, có thể băng ép có trọng điểm đối với những mạch máu bị tổn thương.
- Bảo vệ vết thương không bị nhiễm trùng bằng băng kín vết thương theo nguyên tắc vô trùng ngoại khoa.

B. Xử trí từng loại vết thương:

1. Vết thương đâm chọc nhỏ

- Nếu có nguy cơ nhiễm trùng, phải rạch rộng vết thương và cắt hai mép vết thương để vết thương mở toát rộng. Băng vô trùng, kháng sinh trị khuẩn, theo dõi diễn biến.

2. Vết thương phẳng gọn :

- Cắt lọc đúng qui cách, khâu kín nếu vết thương sạch và đến sớm trước 6 giờ, sau đó băng vô trùng và dùng kháng sinh trị liệu liều cao.

3. Vết thương tróc da:

***Tróc da có cuống:**

- Phải xem xét da này còn sống được hay không tức mạch máu lưu thông vùng da phải tốt, chiều dài vạt da bằng chiều rộng cuống da. Nếu giữ lại được phải cắt lọc tiết kiệm lớp dưới da, cố gắng bảo vệ các mạch máu nuôi da sau khi khâu cần dẫn lưu kín vô trùng.

***Tróc da hoàn toàn**

- Nếu để lộ mạch máu, thần kinh gân, xương sau khi cắt lọc phải tìm cách khâu che kín lại bằng cách rạch đối bên xoay da, ghép da có cuống.

4. Vết thương dập nát

- Rạch và cắt lọc đúng qui cách
- Cắt xén băng phẳng nhưng tiết kiệm mép da nham nhỏ.
- Cắt ngay cân cơ nếu khi rạch dọc cân cơ vẫn gây chèn ép bên dưới.
- Cắt bỏ hết cơ dập nát cho tới vùng cơ lành (có rò rỉ máu và co lại khi chạm vào)
- Lấy bỏ hết các cơ liên kết có ứ máu tụ nhuộm màu xanh tím
- Xối rửa vết thương nhiều lần bằng huyết thanh mặn sinh lý
- Để hở hoàn toàn các vết thương nghi ngờ nhiễm trùng, để hở không khâu là qui tắc bắt buộc đối với các vết thương phần mềm do bom đạn
- Kháng sinh liều cao phổ rộng
- Bất động chi có vết thương
- Khâu da khi vết thương có mô hạt đỏ và hết nhiễm trùng
- Trường hợp dập nát nhiều nhiễm trùng nặng có khi phải cắt cụt chi sớm để cứu lấy sinh mạng bệnh nhân.

BỎNG



I. NGUYÊN NHÂN:

- * Do nhiệt (84-93%)
 - Nhiệt khô: lửa, tia lửa điện, kim loại nóng chảy.
 - Nhiệt ướt: nước sôi, thức ăn nóng sôi, dầu mỡ sôi, hơi nước nóng.
- * Do điện: dưới 1.000 V, trên 1.000 V, xét đánh.
- * Do hóa chất- do bức xạ...

II. PHÂN LOẠI BỎNG:

Độ	Mức độ tổn thương
0	Không xác định rõ
1	Viêm cấp da
2	Nốt bỏng, bỏng biểu bì, bỏng trung bình
3	Bỏng toàn bộ các lớp của da
4	Bỏng hoại tử sâu các lớp dưới da

III. TÍNH DIỆN TÍCH BỎNG: Theo phương pháp số 9

- Đầu mặt cổ : 9%
- Một chi trên : 9%
- Ngực bụng : 18%
- Lưng : 18 %
- Một chi dưới : 18%
- BPSD – TSM : 1%

IV. SƠ CỨU:

- Tìm mọi cách loại trừ khả năng gây bỏng.
- Bỏng do hóa chất phải rửa bằng nước và chất trung hòa.
- Bỏng do điện phải cắt nguồn điện, đưa nạn nhân ra khỏi vùng nguy hiểm, sau đó phải làm ngay hô hấp nhân tạo – xoa bóp tim ngoài lồng ngực, khi bệnh nhân tự thở – tim đập trở lại, mới băng vết bỏng.
- Băng ép vừa phải các vết thương bỏng để hạn chế phù nề, thoát dịch huyết tương, thuốc giảm đau, giữ ấm, vận chuyển nhẹ nhàng./.

BỆNH HERPES
☪★☪

I/ NGUYÊN NHÂN:

Siêu vi Herpes hominis

II/ LÂM SÀNG:

Bệnh nhân có cảm giác nóng rát, sau đó xuất hiện hồng ban, trên có mụn nước mọc thành chum. Mụn nước vỡ ra tạo thành vết lở, đóng mào lành không để sẹo. Tổn thương xuất hiện mọi vị trí da và niêm mạc, thường thấy ở bộ phận sinh dục, môi, miệng...

Tiến triển lành tính, khỏi sau 1 – 2 tuần nhưng hay tái phát.

III/ ĐIỀU TRỊ:

*****Tại chỗ :**

- Dung dịch MILIAN, CASTELLANI ... thoa 2 lần/ngày
- Pommade ACYCLOVIR 5% thoa 5 – 6 lần/ngày

*****Toàn thân:**

- ACYCLOVIR 200mg x 5 lần/ngày x 10 ngày (uống)
- Kháng sinh chống bội nhiễm
- Vitamine C liều cao 2g/ ngày x 15 – 20 ngày (uống)
- Trường hợp tái phát : Levamisole 150mg/ ngày, 3 ngày/ tuần x 1 tháng.

Tài liệu tham khảo:

1. Bệnh Da và các bệnh lây qua đường sinh dục (Chủ biên : BS Vũ Đình Lập- BV Da Liễu TP.HCM)
2. Chẩn đoán bệnh Da Liễu bằng hình ảnh và cách điều trị . (Chủ biên : BS Hoàng Văn Minh - Bộ môn Da Liễu trường ĐHYD TP.HCM)

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH ZONA

I- ĐẠI CƯƠNG :

- **ĐỊNH NGHĨA** : Zona (bệnh dời leo , herpes zoster, zoster, shingles) là bệnh nhiễm siêu vi hướng thần kinh và da. Sang thương đầu tiên là viêm cấp tính hạch tuỷ sống, đây là bệnh thường gặp ở bệnh viện Da Liễu.
- Tác nhân gây bệnh: Do Varicellae zoster virus
- Thường gặp ở người có tiền căn đã mắc bệnh thuỷ đậu và sau đó được tái hoạt lại để gây bệnh Zona, tuy nhiên nguyên nhân gây tái hoạt chưa rõ.

II- LÂM SÀNG :

- Khởi đầu có thể phản ứng toàn thân, sốt nhẹ $37^{\circ}5 - 38^{\circ}C$, khó chịu, nhức đầu, đau xương sống . Thường đau nhức , đau theo đường đi của dây thần kinh hoặc có cảm giác nóng bỏng , căng rát ở vùng da sắp bị tổn thương , nửa bên cơ thể. Nếu ở vùng ngực trái trên người lớn tuổi bệnh có thể nhầm với bệnh tim.
- Sau vài ngày, trên vùng da rối loạn cảm giác xuất hiện các mảng hồng ban đứng riêng lẻ, sau đó hợp lại thành mảng lớn.
- Sau 24 – 48 giờ xuất hiện các mụn nước hợp thành chùm ở trung tâm mảng hồng ban. Các mụn nước này có thể tụ lại thành bọng nước chứa dịch trong, có thể lõm trung tâm hình (hình rốn). Sau đó mụn nước hoá đục , vỡ ra khô lại và đóng mài.
- Vị trí đặc trưng: Phân bố theo vùng ở một bên cơ thể và không vượt quá đường giữa. Đôi khi có thể thấy một vài tổn thương ở bên đối diện do những nhánh thần kinh nhỏ chạy ngang.
- Triệu chứng đi kèm:
 - + Cảm giác nóng bỏng (có khi không chịu nổi) nhất là về đêm. Đối với người lớn tuổi có thể đau nhức dữ dội từng cơn hoặc liên tục gây cản trở sinh hoạt
 - + Hạch phụ thuộc sưng đau
 - + Thần kinh: Nhức đầu , sốt , rối loạn thần kinh giao cảm về vận mạch, bài tiết mồ hôi, nhiệt độ ở vùng phát ban.
- Diễn tiến : Thường sang thương không lan sau một tuần và 1/3 trường hợp lành trong vòng 2 đến 3 tuần. Nếu không có nhiễm trùng hoặc miễn dịch bình

Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2014

thường, lành để lại sẹo mắt sắc tố, Biến chứng đau nhức sau Zona thường gặp nhất ở người lớn tuổi.

III- ĐIỀU TRỊ :

- Do bệnh có thể tự ổn định sau 2 tuần nên vấn đề điều trị chủ yếu là: giảm đau và phòng bội nhiễm, đối với trường hợp giảm miễn dịch hoặc người già cần phải sử dụng thêm thuốc diệt siêu vi, nâng cao sức đề kháng, bảo vệ thần kinh để tránh biến chứng nặng nhất là đau nhức sau Zona.
 - Phòng bội nhiễm :
 - Tại chỗ: Thoa dung dịch màu như Milian, Castelani, Eosin 2%
 - Thuốc thoa Acyclovir 5% dạng kem có thể sử dụng 3 – 4 lần/ ngày nhưng ở giai đoạn mụn nước, bóng nước vỡ rỉ dịch thì được khuyến cáo không dùng.
 - Toàn thân: Chỉ dùng kháng sinh toàn thân nếu tổn thương lan rộng, điều kiện chăm sóc tại chỗ kém, người giảm miễn dịch hoặc nhiễm trùng.
 - Giảm đau: Tuỳ mức độ có thể dùng
 - + Acetaminophen, Ibuprophen
 - Vitamin nhóm B (B1, B6, B12): Sử dụng ngay từ đầu nhằm bảo vệ dây thần kinh và giảm đau.
 - Thuốc kháng virus:
 - Chỉ định :
 - + Người giảm miễn dịch. Zona lan tỏa. Tình trạng suy kiệt
 - + Zona thần kinh sọ não (đặc biệt bệnh ở mắt). Acyclovir là thuốc thường sử dụng với liều cao : diệt siêu vi, ngừa lan truyền và hạn chế đau nhức về sau, hoặc dùng Valacyclovir, Famcyclovir.

BẢNG THUỐC KHÁNG VIRUS

THUỐC	LIỀU LƯỢNG
ACYCLOVIR	Người lớn: 800mg x 5 lần/ ngày x 7- 10 ngày (uống) Trẻ em > 12 tuổi liều giống người lớn Trẻ em < 12 tuổi: 20mg/ kg/lần x 4lần/ngày x 7 ngày (uống)
VALACYCLOVIR	1g x 3 lần / ngày x 7 ngày (uống)

Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2014

FAMCYCLOVIR	500mg x 3 lần / ngày x 7 ngày (uống)
-------------	--------------------------------------

Tài liệu tham khảo:

3. Bệnh Da và các bệnh lây qua đường sinh dục (Chủ biên : BS Vũ Đình Lập- BV Da Liễu TP.HCM)
4. Chẩn đoán bệnh Da Liễu bằng hình ảnh và cách điều trị . (Chủ biên : BS Hoàng Văn Minh - Bộ môn Da Liễu trường ĐHYD TP.HCM)