

# SUY TIM

**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 đổ đầy 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 T<sub>3</sub>.
- Ran phổi .
- Phù phổi/ X quang ngực.

#### **\*Tiêu chuẩn phụ:**

- Khó thở khi gắng sức.

## Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2015

- 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 mặt 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 2015

**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 nữ nghi 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 co bóp tim:
  - + Digitalis
  - + Thuốc tăng co 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.

## Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2015

- + Tránh sống trên vùng cao do thiếu Oxy.
- + 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. Nghi 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:**

## Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2015

\*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.

- **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.

- **Hydrlazine:**

\*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 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:**

## Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2015

\*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 căn, tăng lên theo nhu cầu. Mục tiêu giảm cân nặng từ 0.5-1kg/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.

## Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2015

### 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 BDMV.

### *\* 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.

Tài liệu tham khảo

Phác đồ điều trị BV Chợ Rẫy năm 2013

Trích dẫn bài giảng lớp CKI 2014

GS.TS. Trần Kim Trang

Giảng viên ĐHYD TP.HCM

## **CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP**

### **I – ĐẠI CƯƠNG:**

## Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2015

### 1. ĐỊNH NGHĨA

Tăng huyết áp là khi huyết áp tâm thu  $\geq 140$ mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương  $\geq 90$ 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	$\geq 140$ mmHg	và/hoặc	$\geq 90$ mmHg
2. Đo bằng máy đo HA tự động 24 giờ	$\geq 130$ mmHg		$\geq 80$ mmHg
3. Tự đo tại nhà (đo nhiều lần)	$\geq 135$ mmHg		$\geq 85$ 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
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	$\geq 180$	và/hoặc	$\geq 110$
Tăng huyết áp tâm thu đơn độc	$\geq 140$	và	$< 90$

## Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2015

*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 $\geq 180$ mmHg và/hoặc Huyết áp tâm trương $\geq 110$ 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 $\geq 3$ 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 2015

### **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  $< 140/90\text{mmHg}$  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  $< 130/80\text{ mmHg}$ . 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  $\text{kg/m}^2$ .
- 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:

## **Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2015**

- + 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).
- + 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 ( $\geq 3$  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:

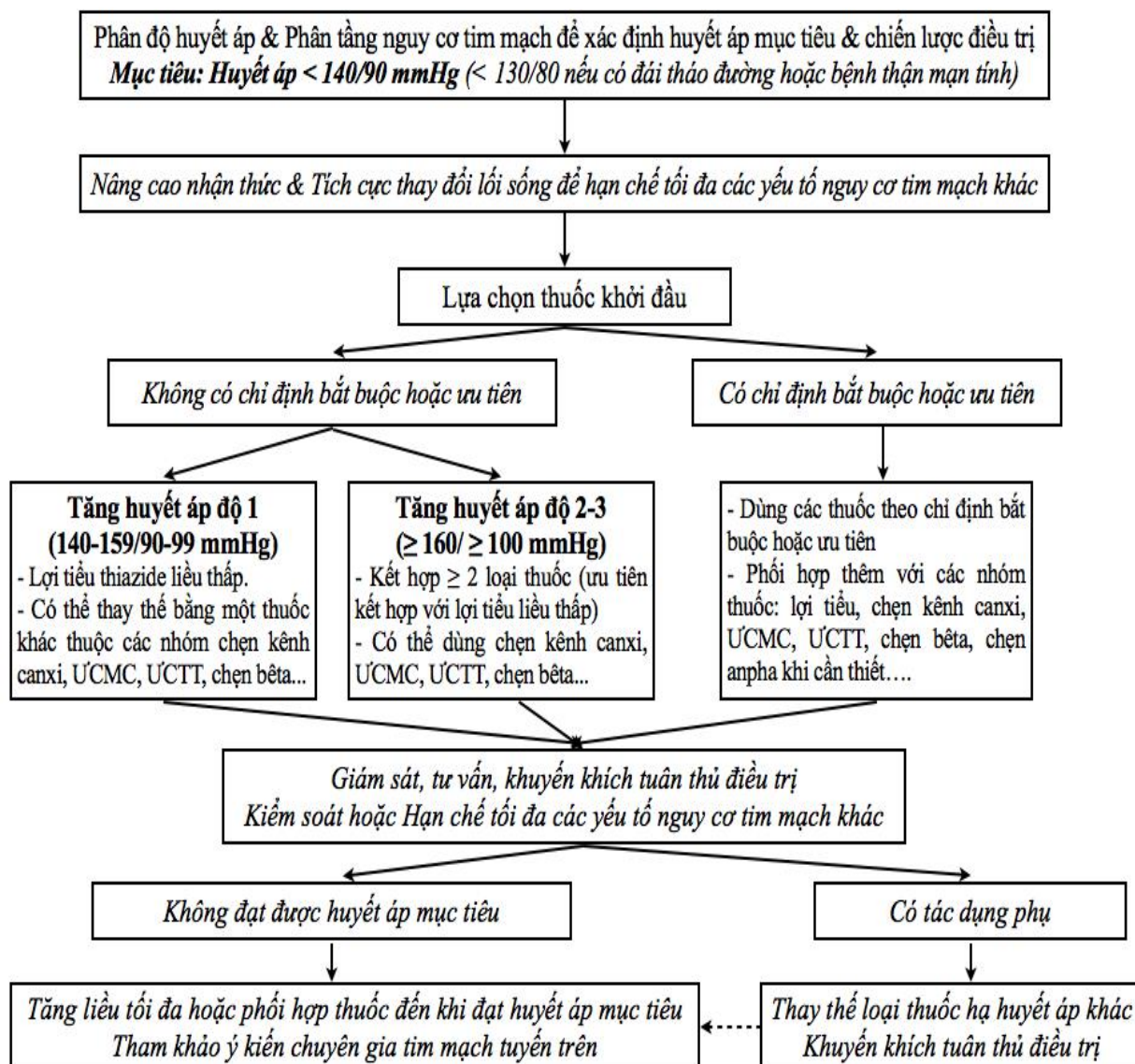
- Phát hiện tổn thương cơ quan đích ngay ở giai đoạn tiền lâm sàng (Phụ lục 1- Nguyên nhân gây THA thứ phát, các yếu tố nguy cơ tim mạch, biến chứng & tổn thương cơ quan đích do THA).
- Loại trừ các nguyên nhân gây tăng huyết áp thứ phát (Phụ lục 1).

## **Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2015**

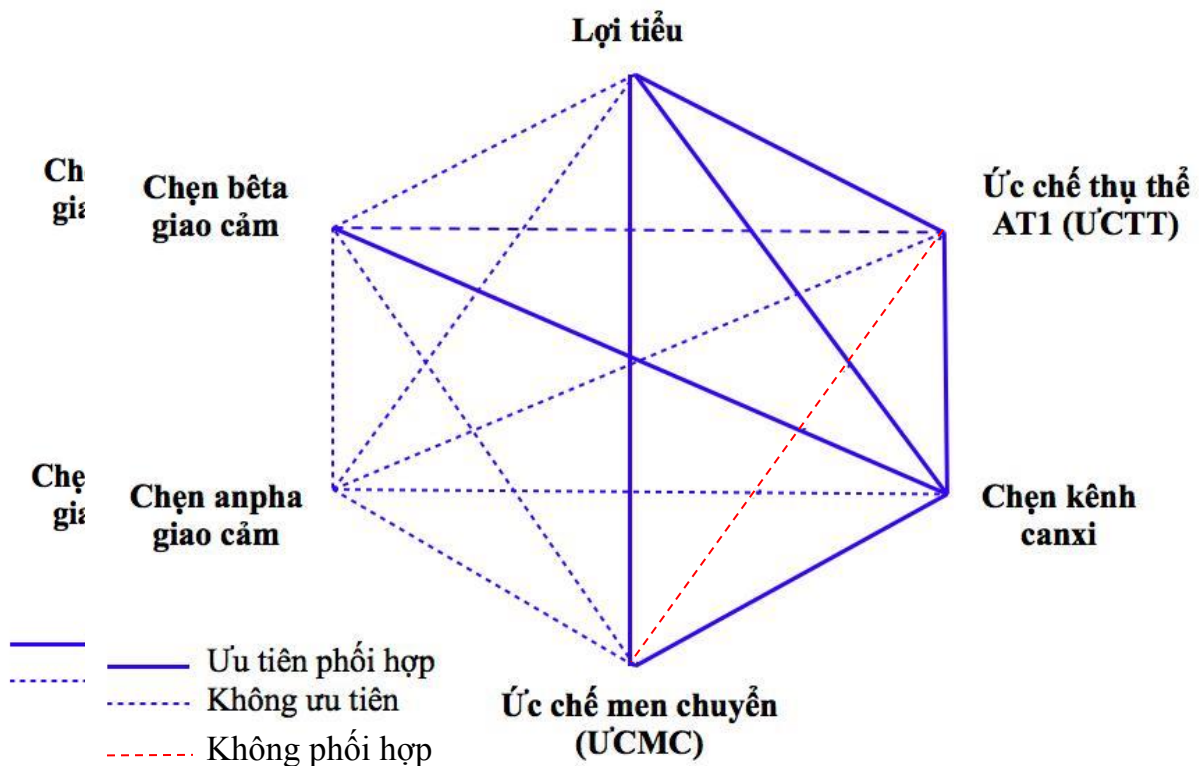
- Chọn chiến lược điều trị dựa vào độ huyết áp và mức nguy cơ tim mạch (Phụ lục 4- Chiến lược điều trị theo độ huyết áp và nguy cơ tim mạch).
- Tối ưu hóa phác đồ điều trị tăng huyết áp: dựa vào các chỉ định bắt buộc hoặc ưu tiên của từng nhóm thuốc hạ huyết áp trong các thể bệnh cụ thể. Phối hợp nhiều thuốc để tăng khả năng kiểm soát huyết áp thành công, giảm tác dụng 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***

## Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2015



### 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 ĐTĐ ở Việt nam:  
5.4%

38.7% không được chẩn đoán.

Số người bị ĐTĐ: 3,299 triệu.

## **Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2015**

Nam 1,351 triệu; Nữ;1,447 triệu.

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

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

### **II.Khuyến cáo khám sàng lọc**

Người trưởng thành có BMI  $\geq 23$  kg/m<sup>2</sup> hoặc người có hơn một trong số các nguy cơ sau:

Ít hoạt động thể lực.

Có người thân đời thứ nhất bị ĐTĐ.

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

Tăng huyết áp.

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

Vòng eo  $\geq 90$  cm ở nam và  $\geq 80$  cm ở nữ.

Phụ nữ bị hội chứng buồng trứng đa nang.

A1C  $\geq 5.7$ , 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 ĐTĐ Typ 2:**

#### **1.Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐ Typ 2:**

ĐH lúc đói  $\geq 126$  mg/DL (7.0 mmol/L).

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

HOẶC

ĐH ngẫu nhiên  $\geq 200$  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 ĐTĐ**

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:**

#### **1.ĐTĐ typ 1** (phá hủy tế bào $\beta$ , thường đưa đến thiếu insulin tuyệt đối)<sup>1</sup>

A. Qua trung gian miễn dịch.

B. Vô căn.

#### **2.ĐTĐ typ 2** (do thiếu hụt tiết insulin tiến triển trên nền kháng insulin)<sup>2</sup>

#### **3.Các typ chuyên biệt khác:**

a. Khiếm khuyết di truyền chức năng tế bào  $\beta$ .

b. Khiếm khuyết di truyền tác ĐTĐ của insulin.

## Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2015

- 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 <sup>1</sup>	ĐTĐ typ 1 <sup>2</sup>
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 ĐTĐ mức độ trung bình ít nhất 150 phút/tuần
- Tuân thủ tư vấn là chìa khóa của thành công (B)
- ĐTĐ dựa 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/m<sup>2</sup>, 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.

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

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

## Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2015

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

Đi lộ 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 <sup>+</sup>
Lipids	<100 mg/dL
LDL cholesterol	(<2.6 mmol/L) <sup>++</sup>

+ 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 đối 70-130mg/dL (3.8-7.2 mmol/L).

## Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2015

Khi đạt mục tiêu đường huyết đối 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:

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  $\geq 5$  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  $\geq 10$  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.

## Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2015

### 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.

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

## IX. Điều trị thuốc hạ đường huyết :

### 1. Thuốc viên uống:

<b>Class</b>	<b>OAD</b>	<b>Stating Dose</b>	<b>Maximum dose</b>	<b>Time/day</b>
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 $\infty$ glucosidase	Acarbose	50 mg	300 mg	1-3
TZD	Piolutazone	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.

## Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2015

- 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.

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**

<b>Kiểm tra</b>	<b>Thời điểm</b>
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.

## Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2015

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

## **LOẠI NHỒP TIM**



### **I – ĐẠI CƯƠNG:**

\* Thoảng thông hieám khi laø beánh lýù thöïc theá, chuú yeáu do caùc nguyêân nhaân như

- Taát caù caùc hình thaùi cuôa beánh tim
- Traøn khí maøng phoái , xeíp phoái , vieâm phoái coù theá gaây nhòp nhanh trên thaát
- Roái loãn chuyeån hoùa : tieâu ñöông , cöông giầup

## Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2015

- Roái loãn ñiễn giãu : taêng hoaëc giãu Kali huyeat , giãu Magneu maũu, taêng hay giãu calci maũu
- Caũc chaát kich thich nhõ : röõu , caøpheã , cocain ...
- Thuoác: choáng taêng huyeat aũp loaũ giao caũm, löũ tieãu , theo phyllin , choáng traãm caũm 3 voøng ...

### **II – LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ :**

#### **\* CÁC LOẠI LOẠN NHỊP :**

A - **LOÃN NHỘP CHAÃM:** khoãng coũ roái loãn huyeat ñoãng hoũc khoãng coũ chà ñõnh ñieũu trò

**1. Lâm saøng:** ngaát , ñau ngoũc , haũ HA

**2. ECG :**

- Nhõp < 60l/p , soũng P bình thoøøng , QRS bình thoøøng , PR bình thoøøng
- Block A-V ñoã I,II,III
- **3. Ñieũu trò :** xaũc ñõnh vaø ñieũu trò nguyãn nhaãn
- Atropin 0,5-2mg TDD
- Isoproterenol 2-4 microgram/ 1phuũt TM

#### **B - LOÃN NHỘP NHANH:**

**1. Nhanh xoang :**

+ECG : taãn soã nhõ 100-160l/p , QRS bình thoøøng , P bình thoøøng

+ Ñieũu trò : An thaãn vaø ñieũu trò nguyãn nhaãn , coũ thể sử dũng Propranolon 10-40 mg uoáng moũ mỗi 6h/ ngaøy

**2. Nhõp nhanh kũch phaũt treãn thaát:**

+ ECG : 150-250l/p , P khoãng röõ hay maát , QRS bình thoøøng

+ Ñieũu trò :

- Xoa xoang caũnh , aãn nhaũn caũu
- Adenosin 6-12mg TM hoaëc
- Digoxin 0,5- 0,75mg TM
- Cordaron 5-10mg/kg TM, viẽn 200mg từ 1- 6 viẽn / 24 giõ .

**3. Rung nhõ:**

- ECG : khoãng thaãy hoaũt ñoãng nhõ , ñaũp õũng thaát khoãng ñeũu , khoãng qui luaát , taãn soã > 100l/p
- Lâm saøng: tim nhanh khoãng ñeũu , choãũng vaũng , ñau ngoũc , ngaát , haũ huyeat aũp
- Ñieũu trò : dũng õũc cheã Beta , Digoxin

#### **C - NGOÃI TAÃM THU :**

**1. Ngoãi taãm thu treãn thaát :** khoãng coũ roái loãn huyeat ñoãng hoũc khoãng chà ñõnh ñieũu trò

- Digoxin hoaëc õũc cheã Beta

**2. Ngoãi taãm thu thaát:**

- ECG : QRS ñeãn sũm, hình daũg khaũc thoøøng , khoãng coũ soũng P daãn , ST vaø T thay ñoã traũ chieũu
- Lâm saøng : ñau ngoũc , hoã hoãp , ñaũnh troáng ngoũc , ngaát
- Ñieũu trò: ñieũu trò nguyãn nhaãn

## Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2015

- Caáp : Lidocain 1mg/kg TMC , duy trì truyeàn tónh maĩch 2mg/phuùt hoặç Amiodaron 5-10mg/kg TM
- Laâu daõi : Amiodaron vieân 200mg (u) 1-2v/ ngaøy x 7 ngaøy
- An thaàn : Seduxen 5-10mg/ ngaøy.

### **Tài liệu tham khảo:**

- Phác đồ điều trị Bệnh Viện Chợ Rẫy 2013 .
- Phác đồ điều trị Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang 2014 .

# CÔN NẪU THAẾT NGỔIC



## **I – ĐẠI CƯƠNG :**

Bệnh mạch vành là thể lâm sàng gây ra do nhiều nguyên nhân khác nhau nhưng cùng có chung một cơ chế sinh lý bệnh và sự mất cân bằng cung – cầu oxy cho cơ tim .

## **II – LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, CHẨN NỔAÙN:**

### **A-LÂM SÀNG:**

#### **1. CỨTN ãieãn hình:**

##### **a. Yeáu toá khôũi phaùt:**

-Nầu khi gaéng sôũc: ãi boã laø gaéng sôũc thồøng hay phaùt ãoãng côn ãau nhaát, bieãn hieãn ãau sau moät khoaũng caũch nhaát ãiõnh ãaũng chuũ yũ.

-Nầu khi xuũc ãoãng

## Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2015

- Nấu sau lãnh nột ngoät
- Sau böua aên thònh soain
- Sau quan heä tình dưc

**b. Năc tính vaø vò trí côn nău:** nău naëng ngoïc hoaëc bò eùp vuøng sau xöông öuc lan lên coả, haøm döòuì lên vai , lan ra sau lõng năeån hình laø lan ra maët trong caùnh tay, caúng tay, ngoùn 4-5 beân traùi coù theå lan xuoáng thöõng vò.

**c. Thøi gian:** töø vaøi giaây deán vaøi phuùt(3-5 phuùt) ít khi keuo daøi deán 15 phuùt

**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. Tàuc năng cuõa nghò ngòì hoaëc nitroglycerin:** nhanh choùng giaûm roõ vaø heät haún khi nghæ ngòì hoaëc ngaãm döòuì löõõi Nitroglycerin hoaëc Risordan (1-5 phuùt) laø yeáu toá quan troïng năe chaañ năoàn.

**2. Trieâu chöùng keøm theo:** lo aâu, vaù moà hoài . Khaùm laâm saøng coù theå bình thöõng nhöng khaùm kyõ coù theå phaùt hieån ngöõa phi T3, T4 hoaëc tieáng thoải tâm thu do roái loain chöuc naëng cô truì nhaát thøi

### **3. Côn nău thaét ngoïc khoâng năeån hình:**

- Vò trí khoâng năeån hình: nòngh vò ôu thöõng vò hay ôu moõm tim

- Hình thài khoâng nău: caùm giaùc naëng neà vuøng tröõuc tim , nêõ năe caùnh tay traùi, ngheít thöu, ho

### **B. CAÁN LAÂM SAØNG:** chuù yeáu döõa vaøo ECG

#### **1. ECG luèc nghæ ngòì:**

- Ngoaøi côn trên 50% vaãn bình thöõng
  - + Nôain ST cheãnh xuoáng
  - +Soùng tâm ít coù giaù trò hôn

- Trong côn : coù giaù trò hôn
  - + Nôain ST cheãnh xuoáng
  - + Soùng tâm ít coù giaù trò hôn

#### **2. ECG luèc gaéng söuc:** döõng tính

- ST cheãnh xuoáng sòum sau baét năau gaéng söuc.
- ST cheãnh xuoáng > 2mm, môùi, xuaát hieån ôu nhieàu chuyeån năio
- ST cheãnh lên môùi.
- Hăi huyeát aùp tâm thu khi gaéng söuc
- Maát khaù naëng gaéng söuc trong khoaùng >2phuùt
- Suy tim do gaéng söuc
- ST cheãnh xuoáng toàn tảì keuo daøi sau gaéng söuc

### **III - NĪEÀU TRÒ:**

**Nguên tắc và mục tiêu điều trị :**

## Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2015

1. **Niêu trò nguyên nhân,(nếu có), tăng tưới máu cơ tim và giảm nhu cầu oxy**

- **cauộc yếu toá nguy cô xô vööa ñoäng maích vaønh**

2. **Niêu trò cauộc yếu toá thuộc ñaây**

3. **Niêu trò baêng thuoác**

**a.NITRAT:**

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

-Isorbide 5 mononitrat( imdur 60mg) ½- 1vieân/ngaøy

-Trandermal nitroglycerin 5- 15mg/ngaøy daùn 1laàn/12giôø

**b. ÖÙC CHEÁ BETA:**

**1. Cô cheá tauc ñuäng:**

- Giaûm söuc co boùp cô tim neân giaûm tieâu thuï Oxy cô  
tim

- Keuø daøi thôøi gian taâm tröông neân taêng töøüi maàu.

**2. Choïn löia thuoác:**

- Neân ñuøng öuc cheá Beta 1 choïn löic do ít coù tauc ñuäng  
phuï gaây naëng theâm beänh lyù maích maàu ngoaïi bieân vaø co pheá quaûn (vd: metoprolol, atenolol ...)

-Neáu nhòp tim hôi chaäm neân ñuøng ISA(+) (vd: pindolol, acebutolol)

muïc tieâu:

+ Nhòp tim luèc nghó khoâng döøüi 50-60 nhòp /

phuùt

+Nhòp tim khi gaéng söuc khoâng quaù 100 nhòp /

phuùt

**3. Choáng chæ ñòngh chính:**

-Suy tim EF< 35%

-Block nhó thaát

-Beänh phoái taéc ngheõn

-Nhòp tim chaäm roõ raøng luèc nghæ

-Beänh lyù maích maàu ngoaïi bieân naëng

**C - THUOÁC ÖÙC CHEÁ KEÂNHCALCI :**

**1.Cardiazem:**

**\*\*Tauc ñuäng:**

-Taêng söuc co boùp cô tim

-Giaûm nhòp tim vaø giaûm ñaãn truyeàn nhó thaát

-Ñaøn ÑM >TM neân laøm hai huyeát aùp, giaûm  
coâng cuûa tim vaø giaûm aùp löic taâm thu buoàng thaát traùi

-Lieàu lööüng :120-360mg/ngaøy chia 1-3 laàn tuyø  
thuoác vaøo cheá phaâm tauc ñuäng ñaøi hay ngaén. Neân baét ñaøu baêng lieàu  
thaáp 30-60mg x 2 laàn /ngaøy neân taêng ñaøn lieàu lööüng thuoác ñeân khi hieäu  
quaù

## Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2015

### **\*\*Choáng chặc ãnh :**

- Suy tim naeng
- Tuýt huyeát aùp
- Nhòp chaäm tim

### **2. Verapamin:**

- Taüc ðuäng : gioáng nhö cardiazem nhöng maình hôn veà taüc ðuäng nhòp tim, block nhó thaát.

- Lieàu lööing: 120-480mg/ngaøy chia 1-3 laàn tuyø thuoác vaøo cheá phẩm. Neân baét ñiàu baèng lieàu thaáp 40-60mg x 2laàn/ngaøy , tanêg ðaàn lieàu lööing ðeán khi hieäu quaû

- Choáng chặc ãnh :-Suy tim naeng
- Tuýt huyeát aùp
- Nhòp tim chaäm.

**3.Nifedipin:** thuoác taüc ðuäng ðaõn maïch tröic tieáp, khoâng coù aùnh hööung ñeán ðaàn truyeàn nhó thaát vaø söüc co boùp cô tim.

\*Taüc ðuäng phổi: Taêng nhòp tim neân baát löii cho tööüi maàu cô tim, do ñiàu chæ ðuøng trong tröôøng hôip TMCBCT coù cao huyeát aùp vaø neân keát hôip thuoác öüc cheá beäta ñeä haïn cheá taüc ðuäng phổi vaø taêng hieäu quaû.

\*Lieàu lööing: 30-60mg/ ngaøy chia 1 -3 laàn tuyø thuoác vaøo cheá phẩm.

### **D – Ivabradine(Procoralan 5mg, 7,5 mg):**

- Giúp cải thiện khả năng sống còn ở bệnh nhân suy tim có tần số nhanh
- ðối với suy tim mạn rồi loạn chức năng tâm thu có nhịp tim > 70 lần / phút, kết hợp với chẹn beta hoặc khi thuốc chẹn beta bị chống chỉ định (Theo khuyến cáo của Hội Tim Mạch Châu Âu 2015) .

### **IV – THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM .**

Tái khám định kỳ tại phòng khám ngoại chẩn để theo dõi đáp ứng điều trị và tác dụng không mong muốn .

### **Tài liệu tham khảo :**

- Phác đồ điều trị Bv Đa khoa TT An Giang 2014 .
- Phác đồ điều trị BVCR 2013 .
- Tài liệu khuyến cáo Châu Âu trong điều trị suy tim 2015 .

## **BỆNH CƠ TIM PHÌ ĐẠI .**

### **I – Đại cương :**

Bệnh cơ tim phì đại là bệnh chưa rõ bệnh nguyên hậu quả là phì đại cơ tim mà không dẫn các buồng tim, là nguyên nhân hàng đầu gây đột tử ở người trẻ < 35 tuổi, >50% trường hợp là do di truyền .Phải thực hiện siêu âm tim cho con hoặc anh em ruột của bệnh nhân bệnh cơ tim phì đại .

### **II – Lâm sàng, cận lâm sàng :**

- 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 -Tiêu chuẩn chẩn đoán:**

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

#### **\* 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: Phi 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 sinh thường .

**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.**

### **I – ĐẠI CƯƠNG :**

Basedow là bệnh tự miễn với biểu hiện cường chức năng, tăng sản lan tỏa tuyến giáp, gây tổn thương mô và rối loạn chuyển hóa. Bệnh còn có tên gọi Graves, Parry, bướu giáp lan tỏa nhiễm độc, bướu giáp có lồi mắt .

### **II – LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN :**

#### **1- Lâm sàng, cận lâm sàng :**

+ Lâm sàng:

- Mệt mỏi gây 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 do giảm kali máu, phù niêm trước xương chày .

## Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2015

- Mắt: cơ cơ mi mắt gây vẹo 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 .

## **III – ĐIỀU TRỊ :**

### **1 - 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 sửa soạn BN trước khi phẫu thuật iode phóng xạ .
- Nhược điểm : điều trị kéo dài, tái phát cao 35-50% sau ngưng thuốc .

### **2 - Phẫu thuật:**

**Tài liệu tham khảo:** Mai Thế Trạch – Nguyễn Thy Khuê 2003 – Tuyển tập 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.

## NHUỖN NAỖO – BỔ SUNG ĐIỀU TRỊ BẰNG PHƯƠNG PHÁP TIÊU SỢI HUYẾT



### I Chẩn đoán :

- \_ Khôùì phaùt töø töø trong vaøi giøø ñeán >24 giøø hoặc sớm hơn.
- \_ Beänh nhaân coù khiếm khuyeát veà thaàn kinh nhỏ : yeáu nũa ngöôøi, lieät nũa ngöôøi, teà nũa ngöôøi Aphasia, maát thò löïc ...

### II Ñieàu trò:

**1 Theo dõi tim mạch:** ño ECG vaø laâm saøng theo dõi ít nhất 48-72h hoặc ñeán khi coù trieäu chöùng môùi.

**2. Theo dõi chöùc naêng hoâ haáp:** thôu oxy 2-5l/ phuùt khi beänh nhaân coù trieäu chöùng thieáu oxy naõo.

**3. Kiểm soát huyeát aùp:** luôn haï aùp xuoaáng töø töø.

- Captopril 25mg X 2 Vieân/ Ngaøy Uoaáng
- Hoäc Coversyl 4mg 1v/ Ngaøy Uoaáng
- Tanatril 5-10mg/Vieân 1-2v/Ngaøy
- Adalat Retard 20mg 1-2v/ Ngaøy Uoaáng
- hoäc Amtim 5mg 1v/ ngaøy uoaáng
- Zanedip 5-10mg/v 1-2v/ngaøy

**4-Kiểm soát thaân nhieät:**

Beänh nhaân coù soát hoäc nhieãm truøng thì haï nhieät

- Pamol 0.5mg 1v-3v/ ngaøy uoaáng
- pacimol 450mg/oáng 1-2 oáng/ngaøy

**\*Nhieãm truøng:**

- Cefuroxim 750mg 1loï x2/ ngaøyTM
- Hoäc Cefotaxim 1g 1loïx3/ngaøyTM
- Hoäc Ampicillin 1g 2-3g/ngaøyTM
- Hoäc Ceftriaxon 1g 1loix2l/ngaøyTM
- Hoäc Ceftazidim 1g lieäu 2-3g/ngaøy TM

**5-Taêng tuaàn hoaøn naõo**

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

**6-Ñieàu chænh nöôùc ñieän giaùu**

Lactate Ringer 500-1000ml/ngaøy

## Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2015

### 7-Theo dõi chèn ép thần kinh đờn vaø :

- Thang ñieãm Glassgow.
- Triệu chèn ép thần kinh khu trú

### B.Xử trí biến chứng

#### 1.Choáng phuø ñaõ:

- Cho bệnh nhân nằm ñầu cao
- Thô Oxy 5lít/phùt.
- Hả soát cho bệnh nhân: Bằng thuốc hả soát , lau mặt
- Manitol 20% liều 0,25g-0,5g/kg, truyên nhanh trong 20phùt, nếu cần thì lặp lại 6h/ lần liều tối ña 2g/kg /24h .

#### 2.Kieãm soát co giaät :

- Seduxen 10mg/1 óáng duøng 1-4 óáng /24h.

### C.Ñieàu trò ñâng ñõ:

- Vitamin C 0,5g-1g/ngaøy
- Vitamin nhóm B (Becofort 5ml/óáng/ngaøy)
- Ñaim 500ml/ngaøy ñoái vôi ñhõng bệnh nhân aên uóáng kèm

### D.Thuóc khàu:

- Cerebrolysin 10 ml /ngaøy x 4 tuần
- Citicolin 500mg 1 vieân x 2lần/ ngaøy x 4 tuần
- Sibelium 5mg 1 vieân x 2/ ngaøy

### E. Điều trị bằng phương pháp tiêu sợi huyết:

#### \*\* 5 tiêu chuẩn chấp thuận:

- 1). Từ khi khởi bệnh đến khi dùng thuốc < 3 giờ
- 2). Tuổi ≥ 18 -> 80 tuổi
- 3). Thang điểm ñột quy > 4 điểm < 25
- 4). CT không cản quang không có ñầu xuất huyết hay không có ñầu giảm ñậm ñộ > 1/3 vùng nuôi của ñộng mạch não giữa.
- 5). Được sự chấp thuận của bệnh nhân/thân nhân bệnh nhân

#### \*\* 15 tiêu chuẩn loại trừ:

- 1). ñột quy hoặc chân thương ñầu < 3 tháng
- 2). Phẫu thuật hay chấn thương nặng < 14 ngày
- 3). Bệnh sử có xuất huyết nội sọ, dị dạng ñộng tĩnh mạch, phình mạch não
- 4). Xuất huyết tiêu hóa ñường niệu < 21 ngày
- 5). Chọc dò tủy sống hoặc chọc dò ñộng mạch mà không nén ép < 1 tuần
- 6). Triệu chứng phục hồi nhanh

## Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2015

7). Huyết áp tâm thu > 185 mmHg hoặc áp huyết tâm trương > 110mmHg hoặc đòi hỏi 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 lúc khởi phát.

9). Triệu chứng xuất huyết khoang dưới nhện

10). Nhồi máu cơ tim < 6 tuần

11). Dùng thuốc kháng đông hoặc Prothrombine time > 15 giây hay INR ≥ 1,7

12). Dùng 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 - Đại cương:**

1/-Nhiễm trùng tiểu là khi cấy nước tiểu thấy hiện diện >10 lũy thừa 5 khuẩn vi trùng/ml nước tiểu.

2/-Phân loại:

Nhiễm trùng tiểu trên: vị trí từ niệu quản trở lên

## Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2015

Nhiễm trùng tiêu dưới: vị trí từ bàng quang trở xuống.

3/- Tái phát: cần phân biệt tái phát và tái nhiễm:

- Tái phát: Tình trạng tái lại do vi trùng lần trước .
- Tái nhiễm: là tình trạng nhiễm trùng tái lại do vi trùng khác .

### **II- Lâm sàng và Cận lâm sàng:**

1/- Nhiễm trùng tiêu trên:

- Biểu hiện nhiễm trùng toàn thân rõ: sốt cao, lạnh run về mặt nhiễm trùng .

- Đau vùng hông lưng, góc sườn cột sống.

- Nước tiểu đục có thể tiểu máu, tiểu máu thường giảm nhanh sau vài ngày, nếu kéo dài có thể kèm theo sỏi hoặc lao .

2/- Nhiễm trùng tiêu dưới:

- Viêm bàng quang cấp: Đau vùng hạ vị, rối loạn đi tiểu như tiểu khó, tiểu buốt, có khi bí tiểu.

Viêm tiền liệt tuyến cấp: gặp ở nam tuổi trung niên: sốt cao, lạnh run, đau vùng lưng dưới, đái chậ, tiểu khó, đau, tiểu nhiều lần.

3/- Viêm niệu đạo cấp:

- Có hội chứng niệu đạo cấp

- Khám lỗ tiểu đỏ.

- Nguyên nhân thường gặp nhất là *Clamydia Tracomatis*, *Neisseria Gonorrhoeae*, *Herpes Simplex virus type II*, *E. Coli*.

Cận lâm sàng:

- xét nghiệm nước tiểu .
- Cây nước tiểu
- Nhuộm gram nước tiểu.

### **III- Chẩn đoán và điều trị :**

**A-Chẩn đoán dựa theo triệu chứng như mô tả ở trên**

**\* Chẩn ãoàn:**

#### **1.Lâm sàng:**

**a.Theả ãheĩ:i**(viêm bàng quang cấp)

-Tiểu gaết, tiểu buốt, ãoãi khi tiểu maũ.

-Caũm giaũc tũc ãaẽng hãĩ vũ.

-Khoãng ãau lũng.

-Khoãng soát.

**b.Theả ãaẽng:**( viêm bàng quang biến chũng hoãc viêm ãaũĩ beã thaãn caáp)

-ãau lũng.

-ãau moãt beãn hoã thaãn.

-Soát keøm lãĩnh run.

#### **2.Cãĩn lãĩm saũng:**

-Nũũũc tiểu: BC(+), HC(+), TBããN(++)

-Bc coũ theã taẽng hay giaũm trong theã ãaẽng.

#### **B-ĐIỄU TRỊ:**

**1- Nguyên tắc điều trị:**

## Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2015

- 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 Vancomycin nếu cần nhuộm Gram có cầu trùng Gram+	Điều trị 10-14 ngày
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 <sup>72</sup>	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 .**

### **I – ĐẠI CƯƠNG :**

- Bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu là một trong những nguyên nhân phổ biến nhất gây viêm gan mạn hình thành do sự lắng đọng của mỡ trong tế bào gan, bao gồm từ trạng thái gan nhiễm mỡ đơn thuần đến viêm gan do thoái hóa mỡ, xơ hóa gan, bệnh gan giai đoạn cuối (dù bệnh nhân không uống hoặc chỉ uống ít rượu bia) .
- Viêm gan thoái hóa mỡ không do rượu là một phần của bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu .

## Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2015

- Yếu tố nguy cơ: tăng cân (BMI=26 tới 30 kg/m<sup>2</sup>).
- Nguyên nhân:  
Béo phì, tăng lipid máu, đái tháo đường ,
- Thuốc: Corticoid, Amiodaron, Diltiazem, Tamnoxifen, irinotecan, oxaliplatin .

### **II- LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG :**

#### 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 tiến triển 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 33rd Edition .
- Current Medical Diagnosis and Treatment 2012 , The 51 st Edition.
- Current clinical medicine Cleveland Clinic, The 2 nd Edition .

## NHIỄM TRÙNG NỖÔNG MẮT



### **I – ĐẠI CƯƠNG:**

-Nhiễm trùng đường mắt là bệnh cảnh nhiễm trùng đa số gram âm thường trên nền có sỏi mắt-túi mắt.

### **II – LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG - CHẨN ĐOÁN:**

#### **1 .Lâm sàng:**

-Nấu hải sôôn phaûi, ñau quaên töøng côn lòu ra sau lõng, lan lên vai phaûi

-Soát cao, òùn lảnh reùt run.

-Gan to, ñau. Tuùi maät to, ñau, Murphy (+).

#### **2 .Caän lâm sàng:**

-CTM: BC taêng , Neutro taêng cao.

-Nöôùc tieâu: Saéc toá maät(+), Muoái maät(+).

-Echo: Nöôøng maät trong gan daõn to, tuùi maät to, bôø daøy.

## Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2015

### **3 . Tiêu chuẩn chẩn đoán:**

- Trên nền có bệnh lý gan mật thường là sỏi túi mật, có sốt cao hoặc sốt run .
- Đau hạ sườn phải .
- Bạch cầu tăng cao( hoặc quá thấp đối với người suy kiệt) Neutro taêng cao.
- Nöôùc tieâu: Saéc toá maät(+), Muoái maät(+).
- Echo: Nöôøng maät trong gan daãn to, tuùi maät to, bôø daøy.

### **II. ÑIEÀU TRÒ:**

#### **1. Cheá ñoä aên uoáng, ngheø ngöi:**

- Ngheø ngöi hoaøn toaøn trong côn ñâu döø döäi, daáu hieäu nhieãm truøng roõ, aên loùng, nhieàu dinh döøöng.

#### **2. Thuoác:**

##### **a. Khaùng sinh:**

- Nheï : Cephalosporin(thể hệ II,III )1g-2g/24 giờ + Gentamycin lieàu 3-5mg/kg x10-14ngaøy

- Naêng:

- Ceftriaxon 1g lieàu 2g/ngaøy x10 -14ngaøy.
- Ceftazidim 1g lieàu 2-3g/ngaøy x10 -14 ngaøy.

Còu theá keát hôïp vôùi:

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

##### **b. Corticoid:**

Depersolon 30mg 1-2 óáng/ Ngaøyx7 Ngaøy TM

Hyrocortison 100mg 1-2 loĩ/ ngaøy x7 ngaøy TM

##### **c. Giaùm co thaét :**

Buscopan 20mg 1-3 óáng/ ngaøy TB.

10mg 1-4 vieân/ ngaøy.

##### **d. Hai soát :**

.Panadol 0.5g 1-4 vieân/ ngaøy.

.Pacimol 450mg 1-3 óáng/ngaøy.

##### **e. Buø nöôùc vaø ñieãn giaùi:**

.Lactat Ringer 500ml/ Ngaøy

.Glucose 20% 500ml/ Ngaøy

.Natriclorua 9% 500-1000ml/ Ngaøy

f. Trôi söùc: Vitamin B,C.

### **3. Phöù thuät .**

**Tài liệu tham khảo:** Phác đồ điều trị BV Bạch Mai 2012

# SỐT

## **I – ĐẠI CƯƠNG:**

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 quy 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 .

## **II – Lâm sàng, Cận lâm sàng :**

### **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.

## Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2015

Trong trường hợp sốt nhẹ có thể do chỉ số protein C phản ứng hay tốc độ lắng máu .

### **III - Điều trị :**

- Cân 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 tiểu 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:**

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

## VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG

### I – Đại cương :

Viêm phổi là tình trạng nhiễm trùng cấp tính của nhu mô phổi gồm phế nang và mô kẽ, có thể ảnh hưởng toàn bộ thùy phổi, phân thùy, phế nang tiếp cận với phế quản hay tổ chức kẽ .

### II – Lâm sàng và cận lâm sàng và 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 .

#### 4- Chẩn đoán :

Dựa trên lâm sàng sốt, ho, khạc đàm mủ, đau ngực kiểu màng phổi

Dựa trên cận lâm sàng: X Quang ngực có tổn thương phổi mới hay tiến triển

### III - Điều trị:

## Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2015

- 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 : Quinolone 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 PHEÁ QUAÛN



### I – ĐẠI CƯƠNG :

Hen là bệnh viêm mạn tính đường thở lan tỏa do nhiều kích thích khác nhau gây co thắt phế quản phục hồi hoàn toàn hay một phần .

### II CHẨN ÑOÀUN :

#### 1 - Cơ năng: Triệu chứng lặp đi lặp lại:

+ Côn khoẻ khoẻ, năng ngöic, ho, ñăc bieät veà ñeâm vaø gaàn saùng sòm.

+ Caùc côn tài phaut nhieàu laàn do 1 hay nhieàu yeáu toá kích thích.

+ Xaùy ra vaøo moät mùa hoặç moät tình traëng thöøi tieät ñăc bieät.

+ Xaùy ra moät nôï năo ñoù nhỏ : trööøng hoic, taiï nhaø, nôï cô quan.

+ Xaùy ra khi : naáu aên, chaêm soùc vaät nuôi...

+ Trieäu chöøng giaâm khi duøng thuoác daõn pheá quaûn

\_ Tieàn söu gia ñinh cuõng gòp phaàn chaån ñoàun

#### 2 - Khaùm thöïc theá:

Trong côn hen pheá quaûn

\_ Khoù thôu:

+ Khoø khoẻ thì thôu ra

+ Nôi ngaét quaõng

+ Söu ñuëng cô hoá haáp phui

+ Kieâu ngoài “Gioáng cöc”

\_ Ho:

## Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2015

- +Viêm mũi dò òung
- +Soát khi boãi nhieãm
- +Khaïc ñaøm nhaøy dính
- \_ Khaùm phổi :
- +Rale ngaùy, rale rít 2 beãn.
- +Ñoãi khi rale noã neáu boãi nhieãm phổi
- +Goõ vang 2 beãn do taêng chõua khí
- +Rì raøo pheá nang giaùm.
- \_ Chuïp XQ phổi thaúng trong cõn:
- +2 pheá trõõøng taêng saùng.
- +2 roãn phổi taêng ñaãm
- +Xõõng sõõø ñaèm ngang
- +Khoang lieãn sõõø ñaõn roãng.
- +Cõ hoaønh deit.

### **II Ñieàu trò hen pheá quaũn:**

#### **1 - Nguyean taec ñieàu trò:**

**Kieãm soát yeáu tố kich pháat, ñieàu trị thuõc ttheo mức ñộ kieãm soát và ñ65 nặng của bệnh, theo ñõi ñáp ứng ñieàu trị và sự tiến triển của bệnh .**

**Mục tiêu ñieàu trị là ngăn ngừa ñợt kich pháat và các triệu chứng mạn tính như thức giãc ñũa ñem, khaùm cấp cứu hay nhập viện, duy trì tình trạng õn ñịnh và tránh tác dụng phụ của ñieàu trị .**

#### **2 .Ñieàu trò cuĩ theã :**

- Thuõc kich thích beta 2: lưu ý tác dụng phụ như hạ kali, tim nhanh, run tay. Nếu bệnh nhân sử dụng > 1 bình / tháng cần thay ñổi chế ñộ ñieàu trị .

- SABA(vetolin): 2 – 8 nhát bõp khi cần thiết ñể giãm co thắt phế quản cấp tính và ngừa co thắt phế quản do gắng sức, tác dụng trong vòng vài phút tới vài giờ tùy loại (6-8 giờ).

- LABA: dùng ban ñem hay 2 lần / ngày thời gian tác dụng tới 12 giờ, ñược dùng cho hen trung bình hoặc hen nặng cũng như nhẹ kết hợp corticoid hít và giúp giãm liều corticoid .

- Anticholinergic; có kết quả hiệp ñồng khi dùng với SABA(Berodual, Combivent):tác dụng phụ gồm ñãn ñồng tử, nhìn mờ, khô miệng, Tiotropium(Spiriva) là anticholinergic hít tác kéo dài 24 giờ, chưa ñược ñánh giá ñầy ñủ trên bệnh nhân hen .

- Corticoid :

+ Kháng viêm, phục hồi chức năng thụ thể beta, ức chế tổng hợp leukotriene và ức chế sản xuất cytokine, có 3 dạng sử dụng uống, hít và tiêm .

+ Corticoid hít không hiệu quả trong cơn hen nặng cấp, chỉ cho ñể kieãm soát lâu dài giúp giãm nhu cầu corticoid uống, cải thiện chức năng phổi, tác dụng phụ khàn tiếng, nấm candida miệng, toàn thân...xảy ra với liều 800microgam/ngày .

#### **\*Khaùng sinh khi cõu bieãn hieãn nhieãm truong:**

- +Cefuroxim 500mg, 2-4v/ngaøy
- +Cefixim 200mg, 2-4V/ngaøy

## **Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2015**

+Azithromyxin 500mg/ngaøy  
+Levomycin V 250mg 2v/ngaøy.

**Theo dõi đáp ứng điều trị :**

**Giáo dục bệnh nhân :**

**Theo dõi lưu lượng đỉnh đơn giản và hiệu quả trong đánh giá tắc nghẽn, xác định độ nặng của cơn kịch phát, đánh giá đáp ứng điều trị .**

**Cần giúp bệnh nhân biết yếu tố khởi phát cơn hen, thuốc nào sử dụng khi nào, kỹ thuật hít đúng, cách sử dụngn buồng đệm và cách phun định liều(MDI), tầm quan trọng sử dụng corticoid sớm trong đợt kịch phát .**

**Tài liệu tham khảo:**

- Phác đồ điều trị Bệnh Viện Chợ Rẫy 2013
- Cập nhật điều trị hen và COPD 2015 .

## BEÄNH PHOÄI TAÉC NGHEÖN MAÏN TÍNH

☪★☪

### I. ĐẠI CƯƠNG:

#### - Nhònghóa:

Beänh phoäi taéc ngheön maïn tính (copd) laø moät nhòum caùc tình traïng beänh lÿ ñaéc tröng böüi söi taêng söüc caün vöüi luàng khí thôü. Copd bao goàm vieâm pheá quaün maïn tính taéc ngheön vaø giaõn pheá nang.

-COPD là bệnh ñura ñược và ñiều trị với một số hậu quả ngoài phổi có thể góp phần vào ñộ nặng của từng bệnh nhân .

### II. Caùc bieäu hieän laâm saøng:

#### Beänh nhaân thöðong ñeán khaùm vì:

- Ho : chuü yeáu veà buoãi saùnh

-Ñôøm: nhaày, trong, tröø ñöüt caáp coù boãi nhieãm thì maøu vaøng

- Khoù thôü: khi gaéng söüc, xuaát hieän ñaàn ñaàn, cuøng vöüi ho hoaéc sau ñoù moät thôüi gian:

+ Tuyp A: Khoù thôü nhieäu, ngöðøi gaày, thieáu oxy maàu luèc nghæ ít.

+ Tuyp B: thieáu oxy vaø taêng khí cacbonic maàu nhieäu , khôù thôü ít

#### \* Khaùm laâm saøng:

- Kieáu thôü: thôü mím möi, nhaát laø khi gaéng söüc .

- Coù söü ñuïng caùc cô hoä haáp phui: co keùo

- Coù söü ñuïng cô buïng khí thôü ra khoång? Thôü nghöch thöðong...

- Ñöðong kính tröðuc sau cuüa loàng ngöic taêng lên ?

-Goõ: vang nhaát laø ôü tröðong hôi coù giaõn pheá nang?

- Nghe: tieáng tim môø nhuü.ri raøo pheá nang giaüm, rals rit vaø ngaùy.

#### \* Daáu ñieäu taêng aùp löü ñöäng maïch phoäi:

- Maét loài nhö maét eách do taêng maïch maàu maøng tieáp hôi.

- Tim nhòp nhanh, coù theá loäi nhòp hoaøñ toaøn.

- T<sub>2</sub> ñanh maïch, rung taâm thu ôü oã van ñöäng maïch phoäi, ngöia phi phaüi tieàn taâm thu.

- Tóñh maïch coã noãi ñaäp theo nhòp tim, gan to, phaün hoäi gan tóñh maïch coã ñöðng tính.

- Phuø chaân vaø coã tröðung.

### III. Caän laâm saøng:

#### 1. XQ Phoäi thöðong:

- VPQM: taêng ñaäm caùc nhaünh pheá quaün, “ phoäi baån”

- COPD, giaõn pheá quaün.

## Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2015

- + Loãng ngực giãn: Taêng khoaõng saùng trồđuc vaø sau tim, voøm hoaønh bò ñaây xuoáng, xõõng sõõõn naèm ngang.
- + Caùc maïch maàu ngoaïi vi thõa thõu, boùng khí.

- + Cung ñoäng maïch phoái noái.
- + Tim khoâng to hoaëc hôi to.
- + Giai ñoain cuoái: tim to toaøn boä.

### **2. Chũp CT Scan ngực:**

Giaõn pheá nang: vuõng saùng, khoâng coù maïch maàu, boùng khí. Phaân bieät giaõn pheá nang trung taâm tieâu thuyø vòuì giaõn pheá nang toaøn tieâu thuyø.

### **3. Ñieän taâm ñoà:**

Coù theá bình thõõõng, ngay ôu moät soá ca beänh naëng

- Pheá ôu DII, DIII, AVF: P cao > 2,5 mm, noïn, ñoái xõõng.
- Tieâu chuaån daøy thaát phaui cuõa TCYTTG: ít nhaát hai trong soá caùc daáu hieäu sau:

- + Truic phaui > 110<sup>0</sup>.
- + R/S ôu V5, V6 < 1.
- + Soùng S chieám õu theá ôu D I hoaëc bloc nhaùnh phaui khoâng hoaøng toaøn.

+ P > 2mm ôu D III.

+ T ñaõu ngoõic ôu V 1 tõi V 4 hoaëc V 2 vaø V 3.

### **4. Sieâu aâm Doppler tim:**

Nhaèm ñaùnh giaù aùp löic ñoäng maïch phoái (TALÑMP), suy tim traui phoái hõp.

### **5. Chõuc naëng hoâ haáp:**

- Roái loain thoâng khí taéc ngheõn vòuì chæ soá Tiffeneau < 70 %, taêng theá tích khí caën, DLCO giaûm.
- Test giaõn pheá quaûn: chæ soá Gaensler (FEV1/FVC) < 70% sau khi phun hít 40 µg Salbutamol.
- Khí maàu: PaO<sub>2</sub> giaûm, PaCO<sub>2</sub> taêng ôu theá naëng.

## **IV. Chaañ ñoàun giai ñoain beänh:**

Thaêm đoø chõuc naëng hoâ haáp cho pheùp phaân loaïi giai ñoain beänh dõia vaøo giaù trò cuõa theá tích thõu toái ña trong giaây ñaàu tieân(FEV1) vaø tyû soá FEV1/FVC.

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

## **V. Ñieàn trò COPD giai ñoain oån ñõnh:**

### **1. Loaïi boù caùc yeáu toá nguy cô**

- Thuoác laù
- OÃ nhieãm khoâng khí: khoùi buïi, ngheà ngheäp, buïi nhaø, khoùi beáp..
- Nhieãm khaaån hoâ haáp

**2. Giao dục:**

- Nhằm giúp bệnh nhân hiểu rõ về bệnh của mình.
- Tờ rơi hô hấp tắc vôi ba cục số trong việc theo dõi và quản lý bệnh tật.
- Giáo dục công nhân cung cấp cho bệnh nhân các kỹ năng dùng thuốc tốt.

**3. Nhận trò thuốc:**

**\* Các thuốc giãn phế quản:**

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

Phối hợp thuốc có các cơ chế và thời gian tác dụng khác nhau có thể làm tăng hiệu quả giãn phế quản vôi cường hoặc ít hơn các tác dụng phụ

**\* Glucocorticosteroid:**

- Nhận trò triệu chứng xuyễn bệnh xột Glucocorticosteroid chæ àp dùng cho bệnh nhân COPD có triệu chứng và có chức năng ho hấp cải thiện vôi thuốc xột Glucocorticosteroid (Test phức hợp giãn vôi corticoid động tính).

- Các thuốc corticoid dùng hít hiện nay sử dụng bao gồm:

+ Beclometasol: Becotid bình xột 50-250

+ Budesonide: Pulmicort bình xột : 200 µg; Pulmicort khí dung: 500 µg

+ Một số dạng kết hợp cường beta 2 các tác dụng kéo dài và glucocorticosteroids thuốc dùng hít : Formoterol/ Budesonid (Symbicort); Salmeterol/Fluticason(Seretide)

**\* Nhận trò các thuốc khác:**

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

Không sinh: chæ nên dùng không sinh khi có biểu hiện của nhiễm khuẩn. việc dùng không sinh sớm rất nhanh dẫn đến sự xuất hiện các vi khuẩn không thuốc ở bệnh nhân COPD do bệnh kéo dài và bệnh nhân phải dùng không sinh nhiều lần.

Thuốc loãng nhớt: acetylcystein, ambroxol, erdostein, carbosistein. Chæ dùng trong nhớt cấp có ho khác nhớt nhiều, nhớt nhũ.

Thuốc giảm ho: ho màc dù nhôi khi gây khó chịu cho bệnh nhân, nhng nó có vai trò bảo vệ. Do vậy có thể chæ nhn sử dụng triệu chứng xuyễn thuốc giảm ho trong COPD.

Thuốc an thần: Morphin, gardenal, diazepam có thể chæ nhn trong COPD vì gây ức chế trung tâm hô hấp và làm nặng thêm tình trạng tăng CO<sub>2</sub> máu. Codein và các thuốc giảm đau khác làm giảm hiệu quả của morphin khác cường nên tránh sử dụng. Nếu bệnh nhân có chæ nhn bất hoạt dùng gardenal

## Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2015

hoặc morphin mà không tìm được thuốc thay thế thì nên cân nhắc cân thận trước khi chèn nòng nỉeàu trờ.

Nỉeàu trờ không dùng thuốc

### \* Phức 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. Nếu hoàn thiện những mục tiêu này, phức hồi chức năng hô hấp cần lưu tâm đến các vấn đề ngoại hô hấp bao gồm: tập luyện trong hoàn cảnh thiếu tiện nghi, cô lập với xã hội, tình trạng buồn rầu (nhức nhối và trầm cảm) và giảm trọng lượng.

- Phức hồi chức năng hô hấp: dẫn lưu thể, tập thở:

+ Thở bụng, cô hoàn và pha trộn dòng lòng ngực, sâu dưỡng kiểu thở chậm, và thở giãn để làm giảm các tàn số thở và giảm tiêu hao năng lượng hô hấp. Thở mím môi trong các giai đoạn khó thở.

+ Tăng cường lực cơ bằng cách tập thể dục nhẹ nhàng. Họ cần nỉeàu khi cần để kích thích.

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

- Ăn nhiều bữa nhỏ, thêm các chất dinh dưỡng lỏng.

- Tránh các bữa ăn làm nặng bụng.

## 4. Nỉeàu trờ đổi phồng

- Giở phồng sạch, cồng ít bụi cồng toát: không dùng thuốc.

- Nỉeàu trờ đổi phồng tất cả các oản nhiễm trùng tai mũi họng, răng.

## 5. Nỉeàu trờ phẫu thuật:

Caét bỏ kền khí: cần chụp phim caét lùp vị tính lòng ngực, nỏ khí màu nỏng mạch và nỏ chức năng hô hấp trước. Chèn caét bỏ kền khí ô những trường hợp cần thiết.

Phẫu thuật làm giảm thể tích phổi: cần thể tích hàng caét bỏ thụ nầy phổi, mục tiêu làm phức hồi lại chiều cao vòm hoành FEV1 cải thiện rõ rệt sau phẫu thuật, tuy nhiên mức độ giảm FEV1 trên những bệnh nhân nào caét thụ phổi diễn ra nhanh hơn so với những người không thể tích hàng phẫu thuật.

### **Tài liệu tham khảo:**

- **Phác đồ điều trị Bệnh Viện Chợ Rẫy 2013**

- **Cập nhật điều trị hen và COPD 2015 .**

## **PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM LÓET DẠ DÀY TÁ TRÀNG**

### **A. CÓ NHIỄM HELICOBACTER PYLORI**

#### **1. Phác đồ 1 điều trị lần đầu tiên.**

## Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2015

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

### **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 )**

## **Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2015**

### **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 :**

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

## **B. KHÔNG CÓ NHIỄM HELICOBACTER PYLORI**

### **1. Điều trị hội chứng Zollinger-Ellison :**

**PPI** : Omeprazole/Lansoprazole 60mg/ngày

## Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2015

### **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 mỡ, khô, cá mập, 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 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.

## Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2015

- 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, súp lơ, 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 súp lơ.

. Nên hoạt động thể lực, hạn chế ngồi nhiều một chỗ, tranh căng thẳng thần kinh.

. Nên ăn chín uống nước sôi.

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:

## Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2015

- .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 2013

## 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.

### **II/. 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 trái 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, ngấm 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.

### **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

## Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2015

- Uống nhiều nước: tối thiểu ngày uống 2,5 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.

### **Tài liệu tham khảo:**

Phác đồ điều trị bệnh viện 121 năm 2013

## **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.

## **THOÀÌ HOÀÙ KHÔÙP (HÖ KHÔÙP) VAØ THOÀÌ HOÀÙ COÄT SOÁNG**



### **I/. NÃI CÖÔNG:**

Veà tên bệnh, có một số tên gọi khác nhau như sau: Arthrose: thoái hoá khớp; rhumatisme degenèratif : bệnh khớp do thoái hoá; osteoarthritis: lạc tên gọi bệnh thoái hoá khớp của trường phái Anh , Mỹ.

### **II/. CHẨN NÃOÀN THOÀÌ HOÀÙ KHÔÙP VAØ THOÀÌ HOÀÙ COÄT SOÁNG:**

Toàn thõng thoái hoá khớp – cốt sống thõng xảy ra ôu các khớp chõu lõic. Thõng gặp nhất lạc khớp gỏi cốt sống thaét lõng vaø cốt sống cõ.

Chẩn ñoàn xác ñinh ñĩa trên các bệnh chõng sau:

- **Cô naêng:** ñau kiểu cô hoic, không có các triệu chõng tại các vị trí khác. Nõai vùi thoái hoá cốt sống, có thể kèm theo dấu hiệu chõn eùp thần kinh (ñau thần kinh toĩa, thần kinh cõnh tay) vaø maich màu.

- **Xeùt nghiẽm:** bilan vieâm âm tính.

- **Hình ảnh X Quang:** hẹp khe khớp, ñeè xõng dõuì suin, xõng taân tão (chõai xõng, gai xõng).

### **III/. NĪEU TRÒ NOĂI KHOA THOÀI HOÀ KHỜUP VẶ COĂT SOĂNG:**

#### **1. Cățu bieăn phățu khowăng đưong thuốc:**

Traunh cho khờup bờ quățu tățu bõu vățn nõăng vặ trõng lờõing. Trờõong hõip cățn thieăt, beănh nɦan nɦn đưong năing mốăt hoățc hai beăn nõái vờu cățu thoăți hoăț khờup ôu chi đờõu. Vờu cățu beănh nɦan thờa trõng lờõing, phățu chũu yũ nɦn vățn nɦa giățm trõng lờõing neăț cờ theăț.

Văț lỳ trờ lieățu cờ tățu đũng giățm nɦu toăt, vờu mũic nĩch chõõa tờ theăț xățu vặ đũ trũ đĩnh đờõõng ôu cățnh khờup, nɦeu trờ cățu nɦu gățn vặ cờ keăt hõip. Thờõong chăț nờnh mățt - xa vặ cățu bieăn phățu đũng nɦieăt lờõing.

Vờu ngheăț nɦieăp cũa beănh nɦan, neăț cờ theăț, tĩm cățu bieăn phățu cho beănh nɦan thĩch nɦi vờu nɦeu kieăn lățm vieăc, treăn nɦuyn tățc lățm cho khờup toăn thờõng khowăng bờ quățu tățu.

**Veăț tățp lỳeăn:** cờ theăț tățp cățu băți tățp nɦ nũ bõ vờa phățu khi khờup chõa cờ toăn thờõng treăn X Quang, nɦõa lăț khe khờup vățn cõn bĩnh thờõng. Bõi hoățc nățp xe nățp tăți chõ lăț cățu bieăn phățu tățp lỳeăn toăt.

#### **2. Thuốc nɦeu trờ trieăț chõõng( tățu đũng nɦnh) :**

- Thuốc chốăng vieăm khowăng steroid: nɦn nɦgõy.
- Corticoid tăți khờup neăț cățn thieăt (khowăng quăț lățm đũng)
- Paracetamol vặ cățu chăț phățm keăt hõip kɦuic.

#### **3. Thuốc chốăng thoăți hoăț khờup tățu đũng chățm:**

- Glucosamine sulfat (Viarthril) Gõu 1500; vieăn 2500; óăng 400 : 1-1,5 gam / nɦgõy.
- Diacerhein, diacetylrhein (Artrodar) Vieăn 50 mg : 2 vieăn / nɦgõy chia 2 lățn.
- Thățnh phățn khowăng xăț phõng hoăț cũa avocat (Piascledin) Vieăn 300 mg : 1 vieăn / nɦgõy.
- Chondroitin sulfat (Ch – s) ( Chondrosulf, Structum) Vieăn 450 mg, gõu 250 mg : 3 vieăn / nɦgõy chia 3 lățn.
- Oxaceprol (Jonctum) Vieăn 250 mg : 4 vieăn / nɦgõy.
- Acid hyaluronic (AH) tieăm nõi khờup ( Go – on, Hyruan) Óăng 20 mg : 1 óăng / 1 tũn 5 tũn lieăn tieăp.

#### **4. Nɦeu trờ ngoăți khow thoăți hoăț khờup vặ cățu soăng:**

##### **4.1 : Nɦeu trờ ngoăți khow thoăți hoăț khờup :**

Bao gõm cățu phõng phățu chățm lăț khờup, gõit giũa xõõng,(osteotomy), lățm cõõng khờup, thay mốăt phățn hoățc toățn bõ khờup. Trong nõu gõit giũa xõõng nățc bieăt toăt nɦ sũa chõõa cățu khờup bờ lățch trũc nɦ khờup gõi vờo vặo trong hoățc cong ra ngoăți. Nɦu cờ theăț nũõic

## Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2015

caûi thieän khi tö theá trôu neän bình thöðong do aûnh höng xaáu treän khòup ñöðic loaiï boû.

Ñieàu trò ngoaiï khoa thöðong ñöðic chæ ñönh vôùi caùc tröðong höip haïn cheá chöùc naêng nhieàu, hoaëc ñau khòup khoâng ñaùp öùng vôùi caùc phöông thöùc ñieàu trò noãi khoa.

### **4.2: Ñieàu trò ngoaiï khoa thoài hoà coät soáng:**

Neáu caùc bieän phaùp treän khoâng coù hieäu quaû, baát ñoäng coät soáng thaét löng baêng maùng boät trong 2 thaùng hoaëc ñeo thaét löng cöùng ban ngaøy trong 1 hoaëc vaøi thaùng ñeän vaøi quyù.

Chæ ñönh phaäu thuaät

Tröðong höip coù eùp reã hoaëc khoâng ñaùp öùng vôùi ñieàu trò nhö treän, sau 3 thaùng, caän göüi caùc cô sôu chuyeän khoa laøm thaêm doø xaüc ñönh tình traïng toãn thöông vaø xeùt chæ ñönh phaäu thuaät.

### **4.3: Ñieàu trò döùoi noãi soi khòup:**

Chæ ñönh khi khoâng ñaùp öùng vôùi ñieàu trò noãi khoa. Döùoi noãi soi khòup, ngöðoi ta coù theá röüa khòup, laáy boû caùc thaønh phaàn ngoaiï lai trong khòup( coù theá laø caùc maâu suïn khòup bò bong ra, hoaëc caùc thaønh phaàn bò calci hoàu), goït giuõa beà maët

khoâng ñeàu cuûa suïn, caét boû caùc suïn cheäm bò toãn thöông. Keát quaû raát toát ñoái vôùi thoài hoà khòup goái vaø klhòup vai.

### **4.4: Thay khòup nhaân taïo:**

Chæ ñönh ñoái vôùi caùc thoài hoà khòup tieán trieän, mang laiï hieäu quaû roõ vôùi söï giaùm ñau vaø caûi thieän vaän ñoäng cuûa khòup.

### **4.5: Ñieàu trò döï phöông thoài hoà khòup:**

1/. Choáng caùc tö theá xaáu trong hoïc taäp, sinh hoaït vaø lao ñoäng. Traùnh caùc ñoäng taùc maïn, ñoät ngoät khi mang vaùc hoaëc lao ñoäng naêng, ñaéc bieät caùc yeáu toá laøm maät cân baêng tö theá coät soáng nhö öðñ coät soáng thaét löng , quaù vaën, quaù ngheâng... ñeàu caän ñöðic ñieàu chænh nhaèm traùnh taùi phaùt ñau coät soáng thaét löng.

2/. Ñieàu chænh cân naêng ôu troïng löðing lyù töðung.

3/. Phaùt hieän vaø söüa chöõa caùc dò ðaïng xöông khòup vaø coät soáng ôu ngöðoi löùn vaø treû em.

4/. Coù caùc bieän phaùp ñeä döï phöông beänh coøi xöông ôu treû 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, theophyline, 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 ổ loét, 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 – ĐẠI CƯƠNG:**

Loãng xương (Osteoporosis) là một rối loạn chuyển hóa của bộ xương gây tổn thương sức mạnh của xương đưa đến tăng nguy cơ gãy xương . Sức mạnh của xương bao gồm sự toàn vẹn cả về khối lượng và chất lượng của xương .

### **II – LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ 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:

\* **Cận lâm sàng :**

- X Quang : hình ảnh loãng xương ,
- Đo mật độ xương,
- Một số phương pháp khác .

### **II- ĐIỀU TRỊ :**

## Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2015

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):

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, Osteoporosis Int(2010)
- 2-Prevention of osteoporosis and osteoporotic fractures, Bangkok July 2012

## VIÊM GAN SIÊU VI CẤP

### A – ĐẠI CƯƠNG :

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.

### \* 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.

## Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2015

- + 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.

**Tài liệu tham khảo:** Phác đồ điều trị Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới TPHCM 2013

## 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 k<sub>1</sub> : 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

## Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2015

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

**Tài liệu tham khảo:** Phác đồ điều trị Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới TPHCM 2013

## **B - PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN SIÊU VI**

### **I. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VGSV B MẠN TÍNH.**

#### **1. Chẩn Đoán.**

**A/ Dịch tễ:** 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.**

##### **2.1/- 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 (-).

##### **2.2/- 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 $\mu$ 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, 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...).

### **2.3/- 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.

## **C - 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.

## Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2015

- 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 VGSV C mạn tính: phối hợp interferon -  $\alpha$  hoặc Peg – IFN  $\alpha$ 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-  $\alpha$  : 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<sup>6</sup> ), 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  $\alpha$  2a và 2b được dùng với liều lần lượt là 180 $\mu$ g và 1 – 1,5  $\mu$ 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/ $\mu$ L và lưu ý độc tính ở gan cũng như phối hợp RBV-DDI.

## **Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2015**

- 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.
- 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...

### **Tài liệu tham khảo:**

Phác đồ điều trị Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới TPHCM 2013

## KÝ SINH TRÙNG ĐƯỜNG RUỘT .



### I – ĐẠI CƯƠNG:

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 .

### II – LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ :

#### 1-ĐƠN BÀO:

Tác nhân gây bệnh	Lâm Sàng	Cận lâm sàng và chẩn đoán	Điều trị	Diễn tiến
<b>*Entamoeba histolytica</b> (Amip, E coli)	Đau bụng âm ỉ, tiêu lỏng 1 vài lần chuyển sang h/c lỵ, do trực trùng có sốt cao .	*Soi phân tìm a mip 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/n ngày x 3-5 ngày,(trẻ em :30mg/kg/ngày x 3-5 ngày . *Secnidazole(Flagentyl):2 g liều duy nhất(trẻ em 30mg/kg liều duy nhất)	Điều trị khỏi hẳn, không điều trị nhiều biến chứng .
<b>*Pentatricomonas intestinalis</b> (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
<b>*Giardia lamblia</b>	Người lớn thường không có triệu chứng, trẻ em tiêu chảy kéo dài	*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 2015**

* <b>Cryptosporidium</b> (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(Rovamycin) 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
<b>Giun đũa</b> (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 đực)	*Thiabendazole(Mintezole):50 mg/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 .
<b>Giun móc</b> (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
<b>Giun lươn</b> (Strongyloides stercoralis)BAV AY - 1876;STILES và HASSALL-1902 .	Đau âm ỉ thượng vị và quanh rốn tiêu chảy kéo dài BC ái toan tăng	*XN phân tìm ấu trùng giun lươn = PP Baermann, * Hút dịch tá tràng làm XN, BC ái toan tăng gợi ý	*Mebendazole (Fugacar) viên 100mg trẻ em và người lớn 2v x 2 lần sáng, tối x 3 ngày , *Albendazole viên 200mg trẻ em >24 tháng và người lớn 400mg liều duy nhất .	*Không đi tiêu bừa bãi, *Phải mang giày ống khi lao động ngoài vườn .
<b>Giun tóc</b> (Trichuris trichiura LINNE,1771;STILES 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

**Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2015**

**3-SÁN :**

Tác nhân gây bệnh	Lâm Sàng	Cận lâm sàng và chẩn đoán	Điều trị	Diễn tiến và phòng bệnh
<b>Sán dải bò(Toenia saginata GOEZE,1782)</b>	Không rõ triệu chứng	*Xem đốt sán trưởng thành trên kính hiển vi, tìm trứng trong phân *Chẩn đoán miễn dịch:Ngưng kết HC, cố định bổ 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 .
<b>Sán dải heo(Toenia solium-LINNE,1758 )</b>	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 đốt 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 đốt 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 đừng ăn.
<b>Sán dải cá(Diphyllobotrium latum).</b>	Không rõ ràng, nhiều sẽ thiếu máu do sán hấp thu B12, có thể gây tắc ruột .	*XN phân tìm trứng 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,
<b>Sán lá lớn ở ruột(Fasciolopsis buski Lancaster,1857;Odhner,1902)</b>	Đau thượng vị và quanh rốn, buồn nôn tiêu chảy(gây loét ruột)	*Đau bụng kéo dài,nôn ra đốt 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 .

**Tài liệu tham khảo:** Phác đồ điều trị Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới TPHCM 2013

## GAỖY XÖÔNG ÑOØN



### I. CÔ CHEÁ:

- Thöðong gaỹ ôu ñoain giöõa choả voøng ra tröøuc.
- Chaán thöông tröïc tieáp: thöðong gaỹ hôu.
- Chaán thöông giaùn tieáp: do ngaõ ñaáp vai xuoáng, do co cöùng cô, do gaỹ töï nhieân.

### II. CHAÁN ÑOÀUN:

- Söng neà vuøng vai.
- Vai keùo xuoáng döõuì
- Xöông gaỹ di keäch goà döõuì da.
- Ño chieàu daøi ñoain cuøng öuc ngaên laiì.
- X-quang: thaáy roõ ñöðong gaỹ vaø di leäch trong tö theá choàng cheùo.

### III. ÑIEÁU TRÒ:

- Naén di leäch: keùo vai lên trên vaø ra sau.
- Coá ñönh: baêng soá 8.
- Baêng thun ngang 10-12 cm, quaán chaët lên hai vai, baét cheùo ra phía sau löng hình soá 8 trên vai, ñeø lên xöông ñoøn eùp vaøo choả gaỹ (loùt gaïc möng cho chaët).
- Bòu boät soá 8.
- Taäp cöu ñoäng vai trong 3 tuaàn.

## GAỖY THAÂN XÖÔNG CAÙNH TAY



**I. CÔ CHEÁ:**

- Chấn thương giập nát: ngã chổng bảõn tay hay chổng khuõy
- Chấn thương trõic tieáp: gaõy gaõy hõu vaø daäp naüt thaàn kinh quay trong rãnh xoaén.
- Gaõy gaáp deã gaõy gaõy laøm nhieàu maũnh vaø gaõy hõu töø trong ra ngoaõi.

**II. CHẢÁN ÑOAÙN:**

- Ñau, túi máu bõø trong chành tay.
- Cành tay sõng to, troøn laøm maát càuc neáp ranh giõuì giõõa càuc cô
- Bieán dàĩng hình quay hoaèc nhaüt riu tuõy theo vò trớ gaõy.
- Cõu ñõõng baát thõõng tieáng laõo xaõo xõõng.
- Coả tay vaø khõu tay khoång duaõi ñõõic laøm bieán dàĩng coả coø hay bảõn tay nỏa: do lieät thaàn kinh quay.
- X-Quang : xaüc ñõnh vò trớ gaõy, ñõõng gaõy vaø di leäch.

**III. ÑIEÀU TRÒ:**

Ña soá ñõõic ñieàu trò baõu toàñ.

- Bõu bõät ngõic –vai-cành tay- 6-8 tuaàn, thõõng aùp duĩng cho gaõy 1/3 trên cao.
- Bõu bõät chõõ U: duõng baát ñõõng khõu vai +khõu khuõu
- Bõu bõät Desault: baát ñõõng khõu vai vaø cành tay.
- Bõät cành bảõn tay oãm vai.
- Bõät treo ( Hanquing Cast) : bõät chà bõu trên oả gaõy khoång 2cm duõng sõuc naẽng cuõa bõät ñeã trõ keõu cành tay cho thaúng trõic, beãnh nhaãn phaũi ngoài.
- Neáu ñieàu trò baõu toàñ thaát baũ coøn di keäch xa hõiac lieät thaàn kinh quay neãn ñieàu trò phaũu thuaät
- Neíp vít 2.Ñĩnh Kuntscher 3.Ñĩnh Rush.

## **VEÁT THÕÕNG PHAÀN MEÀM**



**I. ĐẠI CƯƠNG:**

**1- ÑÕNH NGHÓA:**

Veát thõõng phaàn meàm laø chà càuc veát thõõng tích gaõy raùch da vaø gaõy toãn thõõng càuc mã lieãn keát döõuì da ,cãn, cô.

## II. LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, CHẨN ĐOÁN .

### 2- PHÂN LOẠI:

#### a. Veát thông ñaâm choïc ñhoù:

- Tàuc ñhaân gaây ra laø caùc vaät ñhoù saéc ñhoìn
- Toản thõng : veát ràuch ñhoù ñhõng tuøy theo chieàu daøi cuõa vaät ñhoìn gaây thõng tích maø coù toản thõng ñi saâu vaøo ñi saâu vaøo caùc toả chõuc mô meàm, gaây söi lan truyeàn ñhieãm trøng töø ngoaøi vaøo caùc lòup mô, cô, khoang, kín.

#### b. Veát caét goìn:

- Tàuc ñhaân laø caùc vaät saéc beùn: dao, maõnh thuý tinh, cõ, aám tole...
- Toản thõng: veát ràuch da coù theå roång vaø saâu, toản thõng mô döõuì da vaø cô, laøm taêng nguy cô ñhieãm trøng vaø chaùy maàu veát thõng ñhàng keå.

#### c. Veát thõng trøuc da:

##### - Trøuc da khoâng hoøøn toaøn:

- Nguyean ñhaân do moät va chaïm moüc vaøo da theo höõùng tieáp tuyeán vòuì maët da.
- Toản thõng: da bò trøuc coøn ñính baèng moät cuoáng cô chieàu roång tuøy theo veát thõng. Thõng toản laø da vaø mô döõuì da, coù khi töuì cô vaø maøng xõõng.

##### - Trøuc da hoøøn toaøn:

- Ngu yeân ñhaân do tai ñaìn giao thoâng vaø lao ñõäng.
- Toản thõng: maùng da bò trøuc hoøøn toaøn ra khoùì cô theå gaây ñhieãm trøng cao, hoaii töu toả chõuc döõuì da, choaùng.

#### d. Veát thõng daäp ñaùt:

- Nguyean ñhaân thõõõng gaëp trong tai ñaìn lao ñõäng, TNGT, do bom ñaìn...
- Toản thõng traàm trõng veà giaùì phaâu keøm theo toản thõng khoùc ñhõ: thaàn kinh, maïch maàu, gaõy xõõng gaây ñhieãm trøng, phuø ñeà.

\*\*\*Toùm laïi:

Moät veát thõng phaàn meàm coù theå gaây ra 3 nguy cô: chaùy maàu – ñhieãm trøng – khuyeát maát mô.

## III. ÑIEÀU TRÒ:

### A. Xõu trí caáp cõu:

- Lieät kê ñàày ñiêng caùc toản thöông traình sau khi baêng voâ trưøng khoâng phaûi môû ra baêng laïi nhieàu laàn.
- Caàm màu toát baôu veã an toaøn cho toản thöông tröùc da coøn cuoáng, coù theã baêng eùp coù tröïng ñieãm ñoái vôùi nhöõng maïch màu bò toản thöông.
- Baôu veã veát thöông khoâng bò nhieãm trưøng baêng baêng kín veát thöông theo nguyêân taéc voâ trưøng ngoaïi khoa.

**B. Xöu trí töøng loaïi veát thöông:**

**1. Veát thöông ñaâm choïc nhôu**

- Neáu coù nguy cô nhieãm trưøng, phaûi raïch roäng veát thöông vaø caét hai meùp veát thöông ñeã veát thöông môû toaùt roäng. Baêng voâ trưøng, khaùng sinh trò kieäu, theo ñoï dieãn bieán.

**2. Veát thöông phaúng goïn :**

- Caét loïc ñiêng qui caùch, khaâu kín neáu veát thöông saïch vaø ñeãn sôùm tröôùc 6 giôø, sau ñoù baêng voâ trưøng vaø ñuøng khaùng sinh trò lieäu lieäu cao.

**3. Veát thöông tröùc da:**

**\*Troùc da coù cuoáng:**

- Phaûi xem xeùt da naøy coøn soáng ñöôïc hay khoâng töùc maïch màu löu thoâng vưøng da phaûi toát , chieàu ñaøi vaït da baêng chieàu roäng cuoáng da. Neáu giôø laïi ñöôïc phaûi caét loïc tieát kieãm lòp döôùi da, coá gaéng baôu veã caùc maïch màu nuôi da sau khi khaâu caàn ñaãn löu kín voâ trưøng.

**\*Troùc da hoaøn toaøn**

- Neáu ñeã löa mach màu, thaàn kinh gaân, xöông sau khi caét loïc phaûi tìm caùch khaâu che kín laïi baêng caùch raïch ñoái beân xoay da, gheùp da coù cuoáng.

**4. Veát thöông ñaáp naùt**

- Raïch vaø caét loïc ñiêng qui caùch
- Caét xeùn baêng phaúng nhöng tieát kieãm meùp da nham nhôu.
- Caét ngay caên cô neáu khi raïch ñoïc caên cô vaãn gaây cheøn eùp beân döôùi.
- Caét boû heát cô ñaáp naùt cho töùc vưøng cô laøn ( coù ro81m màu vaø co laïi khi chaïm vaøo)
- Laáy boû heát caùc cô lieân kieát coù òu màu tui nhuoãm maøu xanh tím
- Xoái röüa veát thöông nhieàu laàn baêng huyeát thanh maën sinh lyù
- Ñeã hôu hoøn toaøn caùc veát thöông nghi ngôø nhieãm trưøng, ñeã hôu khoâng khaâu laø qui taéc baét buoät ñoái vôùi caùc veát thöông phaàn meàm do bom ñaïn

## Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2015

- Khàng sinh liệu cao phổ rộng
- Bất năng chi cù vết thông
- Khâu da khi vết thông cù mô hất nồu vạc heát nheãm trượng
- Trööøng hôip daäp naüt nheàu nheãm trượng naëng cù khi phaüi caét cuít chi sòm ñeã cöu laáy sinh maïng beäh nhaân.

**Tài liệu tham khảo:**

**Phác đồ điều trị BV ĐKTT An Giang 2014**

## **BOŨNG**



### **I - ĐẠI CƯƠNG :**

#### **- NGUYỄN NHAÂN:**

- \* Do nhiệt (84-93%)
  - Nhiệt khô: lổu, tia lổu ñeän, kim loãì nòng chấu.
  - Nhiệt ướt: nồuc soãi ,thồc aën nòng soãi, daàu mỗ soãi, hôi nồuc nòng.
- \* Do ñeän: döüi 1.000 V, trên 1.000 V, xeüt ñaüh.
- \* Do hoà chất- do böuc xai...

### **II – LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ :**

#### **1-PHÂN LOẠI BOŨNG:**

ĂÑoã	Möuc ñoã toãn thồng
0	Khoâng xaüc ñòngh rö
1	Vieâm caáp da
2	Noát böung, böung bieäu bì, böung trung bình
3	Boüng toaøn bö caüc lồp cüa da

4	Boûng hoaïi töu saâu caùc lôùp döôùi da
---	---

**2-TÍNH DIEÛN TÍCH BOÛNG: Theo phöông phaùp soá 9**

- Ñààu maët coả : 9%
- Moät chi treân : 9%
- Ngöïc buïng : 18%
- Löng : 18 %
- Moät chi döôùi : 18%
- BPSD – TSM : 1%

**3-SÔ CÖÛU:**

- Tìm moïi caùch loaïi tröø khaù naêng gaây boûng.
- Boûng do hoùa chaát phaûi röûa baêng nöôùc vaø chaát trung hoøa.
- Boûng do ñieän phaûi caét nguoàn ñieän, ñöa naïn nhaân ra khoûi vuøng nguy hieäm, sau ñoù phaûi laøm ngay hoâ haáp nhaân taïo – xoa boùp tim ngoaøi loàng ngöïc, khi beänh nhaân töï thôû – tim ñaäp trôû laïi, môùi baêng veát boûng.
- Baêng eùp vöøa phaûi caùc veát thôõng boûng ñeå haïn cheá phuø neà, thoàùt dòch huyeát töõng, thuoác giaùm ñau, giöõ aám, vaãn chuyeän nheï nhaøng./.

**Tài liệu tham khảo:**

**Phác đồ điều trị BV ĐKTT An Giang 2014**

## MUÏC LUIÏC



### **Chương I : Bệnh Tim Mạch Nội Tiết**

1. Suy tim.....	Trang 01
2. Cao huyết áp .....	Trang 08
3. Đái tháo đường Type 2 .....	Trang 15
4. Loãn nhịp tim.....	Trang 22
5. Côn ñâu thaét ngöïc .....	Trang 24

## Phác đồ điều trị Khoa Khám Bệnh 2015

6. Bệnh tim phì đại .....	Trang 27
7. Bệnh Basedow .....	Trang 29
8. Nhũn não-Bổ sung điều trị bằng PP Tiêu sợi huyết.....	Trang 31

### **Chương II: Bệnh Nội Khoa**

9. Nhiễm trùng tiêu .....	Trang 34
10. Bệnh Gan Nhiễm Mờ Không Do Rượu .....	Trang 36
11. Nhiễm Trùng Đường Mật.....	Trang 37
12. Sốt .....	Trang 38
13. Viêm Phổi Cộng Đồng .....	Trang 39
14. Hen Phế Quản .....	Trang 40
15. Bệnh Phổi Tác Nghẽn Mạn Tính .....	Trang 42

### **Chương III : Bệnh Thần Kinh Tiêu Hoá**

16. Viêm Loét Dạ Dày Tá Tràng .....	Trang 46
17. Hội Chứng Ruột Kích Thích .....	Trang 49
18. Chứng Táo Bón .....	Trang 51
19. Liệt VII Ngoại Biên Tự Phát .....	Trang 53
20. Thoái Hoá Khớp – Cột Sống .....	Trang 54
21. Bệnh Trào Dạ Dày Thực Quản .....	Trang 57
22. Loãng Xương .....	Trang 58

### **Chương IV : Bệnh Truyền Nhiễm**

23. Viêm Gan Siêu Vi Cấp .....	Trang 60
24. Phác Đồ Điều Trị Viêm Gan SV B + C .....	Trang 62
25. Ký Sinh Trùng Đường Ruột .....	Trang 66

### **Chương V : Bệnh Ngoại Khoa**

26. Gãy xương đòn.....	Trang 69
27. Gãy thân xương cánh tay .....	Trang 70
28. Vết thương phần mềm.....	Trang 71
29. Bỏng .....	Trang 74