

TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN LAO

I. LAO PHỔI BK DỒNG TÍNH:

Gồm 1 trong các tiêu chuẩn sau:

- 2 mẫu nấm đồng tính khác nhau.
- 1 mẫu nấm xét nghiệm đồng tính và 1 phim X quang phổi có tổn thương nghi lao.
- 1 mẫu nấm đồng tính và một mẫu cấy đồng tính.

II. LAO PHỔI BK AM TÍNH:

- Có 2 mẫu nấm am tính khác nhau, sau sẽ nên 4 tuần làm lại 3 mẫu nấm khác am tính, kèm có 2 phim X quang có tổn thương nghi lao phổi cách nhau 2 đến 4 tuần là

III. LAO NGOÀI PHỔI:

Gồm 1 trong các tiêu chuẩn sau:

- Kết quả mô học rõ ràng lao lao.
- Lâm sàng và các lâm sàng khác phù hợp với lao ngoài phổi tiến triển.
- X quang phổi, xét nghiệm sinh hóa, IDR, nguồn lây lao.

PHÂN LOẠI BỆNH LAO PHỔI

I. BẢNG PHÂN LOẠI LÂM SANG CỦA LIÊN XOÀI

1. Các thể lao cơ bản:

- Nhóm I: Nhiễm nốt lao ôitriem vàvò thanh niên.
- Nhóm II: Lao cô quan hoàháp.
- Nhóm III: Lao cô quan vàheathống khác ngoài phổi.

Nhóm II lao cô quan hoàháp có12 thể lâm sang:

- 1: Phôi heinguyen thuy.
- 2: Lao hạch bạch huyết trong lòng ngực.
- 3: Lao phổi tân mản.
- 4: Lao phổi thểhuyết (lao nốt khu trú).
- 5: Lao phổi thâm nhiễm.
- 6: U lao.
- 7: Lao phổi thểhang (lao hang)
- 8: Lao xô hang.
- 9: Lao sô phổi.
- 10: Lao mạng phổi.
- 11: Lao nông hoàháp trên, khí quản, phếquản.
- 12: Lao cô quan hoàháp phổi hợp với bệnh bụi phổi nghề nghiệp.

II. PHÂN LOẠI TỔN THƯƠNG LAO THEO HỘI NÔNG LÒNG NGỰC MYỐ (ATS 1990)

1: **Tổn thương nhẹ** (Minimal lesion) ký hiệu la01.

Tổn thương không cóhang, tổng diện tích tổn thương 1 hoặc 2 bên phổi không vượt quá một phần thuy phổi.

2: **Toàn thông trung bình** (Moderately advanced) kí hiệu là II.

Có thể toàn thông một bên hoặc cả hai bên phổi, những tổng diện tích toàn thông không vượt quá giới hạn một thùy phổi và tổng nồng kính các hang lao không quá 4cm. Có thể vẫn dùng nhô sau: tổng diện tích toàn thông có thể là 1/3 thể tích của một phổi hoặc toàn thông một vài các cả hai phổi những tổng diện tích bằng 1/3 thể tích của một phổi. Nếu có hang thì tổng nồng kính các hang không quá 4cm.

3: **Toàn thông nặng** (Far advanced) kí hiệu là III:

Toàn thông rộng hơn mức trung bình II nghĩa là tổng diện tích toàn thông một bên hoặc cả hai bên phổi vượt quá một thùy phổi hoặc chiếm cả một bên phổi và tổng nồng kính các hang trên 4cm.

III. **PHÂN LOẠI LOPO DE CARVALHO.**

Chia toàn thông lao phổi làm 4 thể

- 1: Lao thâm nhiễm.
- 2: Lao thể nốt.
- 3: Lao kê
- 4: Lao xô.
 - a. Không có hang.
 - b. Có hang.

IV. **PHÂN LOẠI DỮA VAD PHAN ỜNG Tuberculin PPD.**

- 1: Lớp 0: Không có tiếp xúc với nguồn lây, PPD (-), X quang phổi bình thường.
- 2: Lớp 1: Có tiếp xúc với bệnh nhân lao phổi BK (+).
- 3: Lớp 2: Bị nhiễm lao không chớa có bệnh lao, test PPD (+), X quang phổi bình thường, không có triệu chứng của bệnh lao hoặc nồng ôi bất kỳ có quan nan.
- 4: Lớp 3: Test PPD (+) có triệu chứng của bệnh lao và toàn thông. X quang thể hiện lao hoặc nồng, có khả năng truyền nhiễm nhất là lao ôi nồng hoặc hấp trên, có thể tìm thấy BK (+) trong năm hoặc ôi bệnh phẩm của lao ngoài phổi.
- 5: Lớp 4: Test PPD (+), X quang phổi có toàn thông cụ xô hoặc vớ hoặc những không có BK trong năm, không có triệu chứng của lao hoặc nồng.
- 6: Lớp 5: Ngộ ôi nghi ngộ mảc lao (lao phổi hoặc ngoài phổi).

- Tình trạng tâm thần phân liệt, bệnh nhân hay có tiền căn tâm thần.
- Bệnh nghiện rượu nặng.
- Khi có vang da niêm lúc nặng nhiều trở với R cũng H cần phải ngừng H và sau đó hết vang da bắt đầu cho lại H (chú ý không phải ngừng R).

III. STREPTOMYCINE: (S)

Chế độ dùng lên BK ngoài bao, vì thể chế dùng trong giai đoạn tấn công.

(S) thái qua nồng độ, (S) vào máu thái nhi vào qua số đo, thời gian bán hủy là 3 giờ

Ưu tính: Trên dây thần kinh số VIII nhanh tiến hành vào tai.

- Nhanh tiến hành gây chóng mặt.
- Nhanh ở tai gây nước không hồi phục.

Các tai biến dò ống có thể gặp:

- Nổi mề đay, phù quầng.
- Shock phản vệ

Chống chế độ tuyệt đối khi có:

- Giảm thích lọc.
- Suy thận ngay cả suy thận tổng nội nhi.
- Có thai.
- Dị ứng với (S)

IV. ETHAMBUTOL: (E)

Ưu tính: lên dây thần kinh nhãn khoa, viêm thần kinh nhãn khoa có thể xuất hiện khi dùng quá liều, khi suy thận, bệnh nhân nghiện rượu, khi dùng quá lâu và cũng có thể không có nguyên nhân rõ rệt vì vậy cần theo dõi thận lọc bệnh nhân khi dùng.

Chống chế độ:

- Tuyệt đối suy thận.
- Tuyệt đối viêm thần kinh nhãn khoa hay có vấn đề về nhãn khoa.

V. PYRAZINAMIDE: (Z)

Ưu tính:

- Lên gan ít và nhẹ (tăng transaminase) máu và vang mắt.
- Ô nhiễm: tăng acid uric máu, thông gặp và gây đau khớp, có thể gây bệnh goute cấp tính.

VI. KANAMYCINE: (K)

Theo dõi toàn thông thần kinh VIII.

VII. THIACTASOL: (TB₁)

Protein niệu, dị ứng, hội chứng Lyell.

NIỆM TRÒ LAO PHỔI THEO PHÁC NIÒA HOA TRÒ LIỆU NGAY NGAY CÒI KIEM SOAT (DOST)

I. CÔNG THỨC NIỆM TRÒ:

1. Lao mới: 2SHRZ/ 6HE.

Trông hộp HIV (+): 2REHZ/ 6HE.

2. Lao niềm trò lại: Các trông hộp thất bại hay tại phát công thức niềm trò mới:

2SHRZE/ 1REHZ/ 5R₃H₃E₃

Trông hộp nặng nhò lao mạng não, lao kẹt lao cói sống biến chòing thành kinh cóinguy cô ñe đoã tính mạng ngòoi beñh, coi theakeo dai thòi gian dung thuốc hỏn tuy mòi ñoãbeñh.

3. Lao treiem: 2RZH/ 4RH

Trông hộp với các thealao nặng nhò lao mạng não, lao kẹt lao xỏng khỏp, coi theaboasung them (S) trong 2 tháng tại công.

II. CHUYÙ

1) Liều lỏng thuốc:

TÊN THUỐC	LIỆU HANG NGÀY mg/kg	LIỆU CÁCH KHOIANG	
		3 lần/ tuần mg/kg	2 lần tuần mg/kg
STREPTOMYCIN 1g (S)	15 (12-18)	15 (12-18)	15 (12-18)
ISONIAZID 100mg (H)	5 (4-6)	10 (8-12)	15(13-17)
RIFAMPICIN 300mg (R)	10 (8-12)	10 (8-12)	10 (8-12)
PIRAZINAMID 500mg (Z)	25 (20-30)	35 (30-40)	50 (40-60)
ETHAMBUTOL 400mg (E)	15 (15-20)	30 (25-35)	45 (40-50)

2) Các khai niềm:

Lao mới: Beñh nhận chỏa bao giỏ dung thuốc, hay mòi dung thuốc chỏng lao dỏoi 1 tháng.

Tại phát: Beñh nhận ñoãniỏc niềm trò lao vaỏniỏc thay thuốc xỏc ñỏnh lao kỏoi beñh hay hoan thanh niềm trò, hay mỏc beñh trỏilại coi AFB (+).

Thất bại: Bệnh còn vi trùng lao trong năm tiếp theo nhiều hơn 5 triệu.

Nhiều trở lại sau bỏ thuốc: Bệnh không dùng thuốc trên hai tháng trong quá trình nhiều trở, sau đó quay lại nhiều trở với AFB (+) trong năm.

Lao mãn tính: Bệnh vẫn còn vi trùng lao trong năm sau khi đã dùng cùng thời tại trở có giảm sút chất che vi khuẩn dùng thuốc.

P. TRƯỜNG KHOA

ND. TRƯỜNG KHOA

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ LAO BỔ SUNG

+++++ * +++++

★ Phác đồ điều trị Lao.

- Bệnh lao mới phát hiện , điều trị lao dưới 1 tháng .

Sử dụng phác đồ : 2RHZE / 4RH

- Bệnh lao tái phát , lao đang điều trị lại.

- Lao kê , lao màng não .

- Sử dụng phác đồ : 2 SRHZE / RHZE / 5 R3E3H3

- Phác đồ mới chương trình chống lao Quốc gia ngày 12/03/2015 .

2RHZE / 4RHE

VIÊM PHỔI DO LAO

I ĐẠI CƯƠNG:

1/ Định nghĩa:

- Viêm phổi lao là một thể lao cấp tính, khu trú theo hệ thống một thùy hoặc một phân thùy phổi, nhanh chóng tạo hang gây ra bởi vi khuẩn lao

2/ Giải phẫu bệnh :

- Về mặt đại thể :Thùy hoặc phân thùy bị viêm có màu xám vàng , cứng khi cắt ra có hang ở giữa và có mũ bã đậu .
- Về mặt vi thể: Hình ảnh viêm các phế nang và ngấm hạch có thực bào , có chỗ đã hoá bã đậu .

II Đặc điểm lâm sàng :

1/ Khởi bệnh .

- Bệnh phát đột ngột
- Khai thác bệnh sử có thể phát hiện triệu chứng nhiễm lao trong vài tuần hoặc vài tháng: sụt cân mệt mỏi biếng ăn .

2/ Giai đoạn viêm phổi

- Các triệu chứng cơ năng
Khó thở rất nặng và trầm trọng
Đàm có dạng nhòn hoặc mũ
Ho ra ít máu xảy ra sớm kể cả có chỉ máu trong đàm
- Triệu chứng tổng quát
Bệnh nhân rất xanh sau , toát mồ hôi lạnh
Tím tái môi , ngón tay , chân
Mệt mỏi trầm trọng
Nhiệt độ cao 39-40°C , mạch nhanh
- Triệu chứng thực thể : phát hiện những vùng đông đặc phổi không rõ , có thể thấy rale nổ , ẩm . mất rì rào phế nang .

3/ Cận lâm sàng :

- X- Quang phổi :giai đoạn viêm phổi chưa có gì đặc trưng , bóng mờ đồng nhất giới hạn không rõ . hình ảnh viêm phổi dạng thâm nhiễm , rải rác hai phế trường .
- Xét nghiệm đàm : giai đoạn viêm phổi không tìm thấy vi trùng .
- công thức máu , bạch cầu tăng cao , VS tăng cao .

III. CHẨN ĐOÁN

1/ Chẩn đoán do pneumocoque :

- Bệnh nhân sốt cao , nhiễm trùng rõ , lưỡi bẩn , tổng trạng không xấu , đàm màu rỉ sét

2/ Ábces phổi :

- Bệnh nhân thường khạc nhiều đàm lẫn mủ , sốt cao ốm yếu , số lượng bạch cầu thường tăng cao .

3/ Ung thư phổi :

-Trên phim X-Quang có thể thấy hình hang do khối u vỡ tạo thành , Ábces do nhiễm khuẩn . khi khám thấy hạch thượng đòn góc trong to .

IV . Điều trị

- Tổng trạng xấu viêm phổi do lao được cải tiến nhanh chóng với điều trị lao .do đó định bệnh sớm và điều trị đúng sẽ đưa đến lành bệnh không để lại di chứng .

- Thường dùng phác đồ 3RHZ6RH hoặc 3RHZ6RZ .

- Trong giai đoạn cấp tính kết hợp Prednisolon 1mg / kg / ngày và giảm liều sau đó .

Tài liệu tham khảo

B ỆNH HỌC LAO VÀ BỆNH PHỔI II . NH Ậ XU ẬT B ẬN Y H ẬC HÀ NỘI 1996
BS . Nguyễn Thị Thu Ba- Viêm phổi lao – p117-125 . Bài giảng Bệnh học Lao phổi
1997

LAO VÀ HIV

I ĐẠI CƯƠNG:

Theo WHO vào năm 1992 trên toàn thế giới có 4 triệu người bị lao và HIV . 95% ở các quốc gia đang phát triển .

- Nhiều trường hợp lao Phát triển là hậu quả của suy nhược miễn dịch mắc phải do tái phát của nhóm vi trùng tiềm ẩn
- Bệnh nhân nhiễm HIV rất dễ mắc lao và phát triển bệnh nhanh chóng ,
- Một nghiên cứu ở Mỹ cho thấy 11 người trong 30 người nhiễm HIV trở thành lao phổi chỉ trong 3 tháng tiếp xúc với người lao BK dương

II ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

1/ Giai đoạn sớm của nhiễm HIV

- Hình ảnh đặc trưng :

Chủ yếu ở phổi

Khu trú ở đỉnh phổi

Có hình ảnh hang

2/ Giai đoạn muộn của nhiễm HIV

- Bệnh cảnh không đặc trưng
- Thường lao ngoài phổi : hạch , máu , tuỷ xương , màng phổi , gan
- Các hình ảnh bất thường ở phổi : thâm nhiễm lan toả và khu trú ở vùng giữa và đáy phổi

III CHẨN ĐOÁN

- Phản ứng lao dựa vào miễn dịch qua trung gian tế bào vì thể mức độ âm tính sẽ tăng lên trong quá trình tiến triển của HIV .
- Mức độ AFB dương tính giảm dần khi HIV tiến triển mạnh . thẳng xàm

IV ĐIỀU TRỊ

- Không giống như các nhiễm trùng cơ hội ở bệnh nhân nhiễm HIV , bệnh lao và HIV đáp ứng tốt với hoá trị liệu .
- Khả năng bệnh nhân HIV bị nhiễm lao với AFB đa kháng thuốc cao , vì thế kháng sinh đồ trước khi điều trị là cần thiết .
- Sử dụng ít nhất là 3 thuốc kháng lao .
- Nếu có thể tránh dùng lại thuốc đã qua sử dụng
- dùng thuốc tránh các phản ứng độc hại phổi hợp .

Tài liệu tham khảo

BỆNH HỌC LAO PHỔI TẬP II Phạm Long Trung – NXB Đà Nẵng 1999

LAO VÀ BỆNH PHỔI BÀI GIẢNG SAU ĐẠI HỌC – NXB Y HỌC 1992

LAO KÊ

I ĐẠI CƯƠNG:

1 Định nghĩa:

Lao kê là thể lao cấp tính gây ra do vi trùng lao gieo rắc theo đường máu đến phổi và các cơ quang khác thường xuất phát từ hạch rốn phổi hoặc nốt tổn thương phổi khu trú.

2 SINH BỆNH HỌC

Lao kê là do một số lượng lớn vi trùng lan rộng theo đường máu hoặc đường bạch huyết, có thể xảy ra tại thời điểm nhiễm trùng hoặc từ một ổ nhiễm nguyên phát. Cũng có trường hợp xảy ra sau một lao phổi mạn tính

II ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG:

1 TRIỆU CHỨNG THỰC THỂ:

- Sốt
- Thời ơ
- Nhịp tim nhanh
- nhịp thở nhanh
- Nghe ran phổi
- Lách to và phì đại hạch thường gặp ở trẻ em
- Gan to khoảng 1/3 trường hợp (thường gặp ở tuổi trưởng thành)
- Cổ cứng chiếm khoảng 20%, gặp khi có lao màng não đi kèm

2 CẬN LÂM SÀNG:

A Hình ảnh X- Quang lồng ngực:

- X- Quang phổi của lao kê là những nốt nhỏ như đầu đinh kim có đường kính 2-3 mm, lan toả, đôi xứng bờ rõ gây rất khắp hai phế trường
- Cũng thường thấy hạt kê lớn nhỏ nhưng kích thước không quá 10mm đường kính
- Có thể thấy hình ảnh phì đại hạch trung thất hoặc rốn phổi
- Trần dịch màng phổi không thường gặp
- Trần khí màng phổi và tràn khí trung thất hiếm gặp trong lao kê

B Soi cấy tìm BK

- ❖ Soi đàm tìm BK: trong giai đoạn đầu của bệnh, hiếm gặp trực khuẩn lao trong đàm. tỉ lệ dương 20-30% có kèm theo tổn thương có hang lao.
- ❖ Cây máu tìm BK: tỉ lệ dương tính rất thấp.
- ❖ Tìm BK: trong nước tiểu, trong phân, trong dịch dạ dày, cũng có thể có kết quả dương tính

- ❖ Chọc dò dịch não tủy: có khoảng 30-50% , trường hợp lao kê kèm theo lao màng não nên cần chọc dò dịch não tủy trong bệnh lao kê

C . xét nghiệm máu : trong lao kê

- Thiếu máu xảy ra 2/3 trường hợp.
- Giảm bạch cầu ít xảy ra , nhưng tăng bạch cầu thường xảy ra , bạch cầu đa nhân chiếm 80%
- Bạch cầu đơn nhân tăng
- Vận tốc máu lắng tăng

III. CHẨN ĐOÁN:

1 .Chẩn đoán dương tính :dựa vào

- Biểu hiện lâm sàng
- Hình ảnh X- Quang lồng ngực
- Soi tì BK rong dịch tiết, máu hoặc mẫu mô

2 . Đối với thể sốt: cần phân biệt với.

- Sốt thương hàn
- Viêm màng ngoài tim
- Nhiễm trùng huyết
- Nung mủ sâu
- Sốt rét
- Viêm phổi do siêu vi
- Sốt thấp khớp

3 Đối với thể không sốt : cần phân biệt với.

- Bụi phổi
- Sarcoidose
- Nấm phổi
- Xơ phổi
- Ung thư phổi

IV ĐIỀU TRỊ:

- Các phương pháp giống như điều trị lao, chủ yếu là quá trị liệu
- Tuy nhiên lao kê kèm theo lao màng não thì cần thiết lập chế độ điều trị đặc biệt hơn
- Thời gian trị phụ thuộc theo biểu hiện có kèm theo của lao màng não

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1) Bài giảng lao phổi 1997, Trường Đại Học Y Dược TP. HCM
- 2) Bệnh học lao phổi tập II nhà xuất bản đà nẵng năm 1999

Viêm phổi

I ĐẠI CƯƠNG:

1 Định nghĩa:

Viêm phổi là một bệnh cảnh lâm sàng do thương tổn tổ chức phổi (phế nang, tổ chức liên kết kẽ và tiểu phế quản tận cùng), gây nên do nhiều tác nhân như vi khuẩn, virus, nấm, ký sinh trùng, hóa chất...

Người ta phân ra viêm phổi thùy và phế quản phế viêm.

2 Dịch tễ:

Bệnh thường xảy ra ở những người có cơ địa xấu như người già, trẻ em suy dinh dưỡng, cơ địa có các bệnh mạn tính, giảm miễn dịch, nghiện rượu, suy dưỡng hay các bệnh phổi có trước như (viêm phế quản mạn, giãn phế quản, hen phế quản...). Bệnh thường xuất hiện ở lúc thay đổi thời tiết, yếu tố môi trường thuận lợi và có thể tạo thành dịch nhất là virus, phế cầu, Hemophilus.

Ở các nước: Ở Ba Lan viêm phổi cấp chiếm 1/3 các trường hợp nhiễm trùng hô hấp cấp (Szenuka 1982), ở Hungari thì tỉ lệ là 12 % các bệnh hô hấp điều trị (1985), tỉ lệ tử vong ở các nước phát triển là 10-15 % ở trẻ nhỏ người già, ở Châu Âu tỉ lệ tử vong của viêm phổi là khoảng 4,4 %, Châu Á 4,1-13,4 %, Châu Phi 12,9 % (Hitze.K.L 1980)

Ở Việt Nam: Ở Bạch Mai và Viện Quân Y 103 thì viêm phổi cấp chiếm tỷ lệ 16-25 % các bệnh phổi không do lao, đứng thứ 2 sau hen phế quản (Đình Ngọc Sáng 1990) Viêm phổi cấp (từ 1981-1987) ở Viện Lao và phổi là 6,7 % (Hoàng Long Phát và cộng sự). Viện Quân Y 103 (từ 1970-1983) khoảng 20- 25,7 % các bệnh phổi, thứ 3 sau viêm phế quản và hen phế quản, theo Chu Văn Ý thì khoảng 16,5 %.

Tỷ lệ tử vong ở các bệnh viện Hà Nội # 36,6 % so với các bệnh phổi (Nguyễn Việt Cồ 1988). Và tỷ lệ tử vong của viêm phổi ở Việt Nam khoảng 12 % các bệnh phổi (Chu Văn Ý)

3 Nguyên nhân:

- Do vi khuẩn
- Do virus
- Nấm
- Do ký sinh trùng
- Amip, giun đũa, sán lá phổi.
- Do hóa chất
- Xăng, dầu, acid, dịch dạ dày.
- Do các nguyên nhân khác

5 Giải phẫu bệnh:

- Viêm phổi thùy

Thương tổn có thể là một phân thùy, một thùy hay nhiều thùy, hoặc có khi cả hai bên phổi, thường gặp nhất là thùy dưới phổi phải.

Theo sự mô tả của Laennec thì có các giai đoạn:

Giai đoạn sung huyết: Vùng phổi thương tổn bị sung huyết nặng, các mao mạch giãn ra, hồng cầu, bạch cầu và fibrin thoát vào trong lòng phế nang, trong dịch này có chứa nhiều vi khuẩn.

Giai đoạn gan hóa đỏ: Trong một đến 3 ngày tổ chức phổi bị thương tổn có màu đỏ xẫm và chắc như gan, trong tổ chức này có thể có xuất huyết.

Giai đoạn gan hóa xám: Thương tổn phổi có màu nâu xám chứa hồng cầu, bạch cầu, vi khuẩn và tổ chức hoại tử.

Giai đoạn lui bệnh: Trong lòng phế nang còn ít dịch loãng, có ít bạch cầu.

Phế quản phế viêm

II CHẨN ĐOÁN:

1 Chẩn đoán xác định:

- Hội chứng nhiễm trùng.
- Hội chứng đặc phổi điển hình (hoặc không điển hình).
- Hội chứng suy hô hấp cấp (có thể có).

2 Chẩn đoán nguyên nhân:

- Diễn tiến lâm sàng.
- Yếu tố dịch tễ.
- Kết quả xét nghiệm đàm.
- Đáp ứng điều trị.

3 Chẩn đoán phân biệt:

- Phế viêm lao: Bệnh cảnh kéo dài, hội chứng nhiễm trùng không rầm rộ, làm các xét nghiệm về lao để phân biệt.
- Nhồi máu phổi: Cơ địa có bệnh tim mạch, nằm lâu, có cơn đau ngực đột ngột, dữ dội, khái huyết nhiều, choáng.
- Ung thư phế quản - phổi bội nhiễm: Thương tổn phổi hay lặp đi lặp lại ở một vùng và càng về sau càng nặng dần.
- Áp xe phổi giai đoạn đầu.
- Viêm màng phổi dựa vào X quang và lâm sàng.
- Xẹp phổi: không có hội chứng nhiễm trùng, âm phế bào mất, không có ran nổ. X quang có hình ảnh xẹp phổi.
- Phế quản phế viêm

4 Chẩn đoán xác định:

- Cơ địa suy kiệt, sau nhiễm Virus, có bệnh mạn tính.
- Hội chứng nhiễm trùng cấp và nặng.
- Hội chứng thương tổn phế nang lan tỏa.
- Hội chứng thương tổn phế quản.

- Hội chứng suy hô hấp cấp

III Điều trị:

- Nguyên tắc điều trị là sớm, mạnh, đủ liều trình và theo dõi diễn tiến bệnh.

- Điều trị hỗ trợ

- Nghỉ ngơi tại giường trong giai đoạn bệnh tiến triển.

- Tiết thực dễ tiêu, đảm bảo đủ calo, thêm đạm và các loại vitamin nhóm B,C

- Bù nước và điện giải vì sốt cao, ăn uống kém, nôn, đi chầy...

- Điều trị triệu chứng

Thuốc hạ sốt:

paracetamol hoặc là Acetaminophene, Diantalvic.

2 Đảm bảo thông khí:

Nếu có suy hô hấp thì dùng ôxy qua sonde mũi

3 Các thuốc giãn phế quản:

4 Các loại thuốc ho và long đờm:

Nếu ho nhiều có thể dùng Codein (Acodin, Neocodeon...) 100 mg x 3 lần/ngày.

Nếu đàm đặc và khó khạc có thể dùng các loại như Terpin, Benzoat Natri, Eucalyptin... hoặc Acemuc, Exocemuc, Mucosolvon, Rhinathiol... 2-3 gói/ngày. Hoặc 3-4 viên/ngày.

5 Điều trị nguyên nhân:

Đây là điều trị chính để giải quyết nguyên nhân gây bệnh. Cụ thể là kháng sinh, thuốc phải dùng sớm, đúng loại, đủ liều, dựa vào kháng sinh đồ, khi chưa có kháng sinh đồ thì dựa vào yếu tố dịch tễ, diễn tiến lâm sàng của bệnh, kinh nghiệm của thầy thuốc, thể trạng bệnh nhân và phải theo dõi đáp ứng điều trị để có hướng xử trí kịp thời.

5.1 Do phế cầu, liên cầu:

Kháng sinh chính hiện nay vẫn là: Penicilline G. 500.000-1000.000 đv x 4 lần/ngày TB. Nếu nặng có thể tăng liều và chuyển tĩnh mạch. Có thể dùng Cefapirine (Cefaloject) 0,5g-1g mỗi 8-12 giờ.

Nếu bị dị ứng với Penicilline thì dùng loại Macrolide như Erythromycine tiêm hay uống 2g/ngày chia 4 lần hay Roxythromycine 150mg x 2 lần/ngày.

5.2 Do tụ cầu vàng:

Tụ cầu vàng nhạy cảm với Methicilline, có thể dùng Cefapirine hay nhóm Aminocide như Amikacine 15mg/kg/ngày tiêm bắp hoặc nhóm Fluoroquinolone như ofloxacin chuyển tĩnh mạch hay uống 400mg/ngày chia 2 lần.

Tụ cầu vàng đề kháng Methicilline:

Có thể dùng Cefalosporine thế hệ III: như Cefotaxime (Claforan, Cefomic) 3g/ngày chia 3 lần hay Vancomycin 30-50 mg/kg/ngày tiêm tĩnh mạch chia 3 lần.

Nếu nặng có thể phối hợp với Amikacine.

5.3 Do Hemophilus Influenza:

Có thể dùng:

Ampicilline 2-3g/ngày uống chia 3 lần hay TB. hoặc Ofloxacin hoặc Cefapirine.

Gentamycin 3-4 mg/kg/ngày TB chia 2-3 lần.

5.4 Do Mycoplasma, Legionella:

Có thể dùng như điều trị Hemophilus influenzae.

5.5 Do Klebsiella pneumoniae:

Thường điều trị phối hợp Cefalosporine thế hệ III với Amikacine.

5.6 Do vi khuẩn kỵ khí:

Penicilin G hay Metronidazol 1-2 g/24 giờ. Hoặc Cefalosporine II, III

5.7 Do hóa chất:

Penicilin G phối hợp với Prednisone 5 mg x 6 - 8v/ngày.

Các trường hợp viêm phổi có biến chứng phải điều trị kéo dài cho đến khi triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng trở về bình thường (xét nghiệm nhiều lần) để tránh biến chứng và tái phát.

Tài liệu tham khảo: <http://www.dieutri.vn/benhhocnoi/6-10-2012/S2627/Benh-hoc-viem-phoi-phe-quan-phe-viem.htm#ixzz3o2OQZHcZ>

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD)

I ĐẠI CƯƠNG:

1 Định nghĩa:

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là một bệnh biểu hiện bởi sự giới hạn lưu lượng khí, sự giới hạn này không hồi phục hoàn toàn. Sự giới hạn lưu lượng khí thường xảy ra từ từ và phối hợp với một sự đáp ứng viêm bất thường của phổi đối với các hạt độc hay khí. Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính bao gồm viêm phế quản mạn và khí phế thũng.

2 Dịch tễ học:

BPTNMT là nguyên nhân hàng đầu của bệnh suất và tử suất trên thế giới. Năm 1990 theo TCYTTG thì bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đứng hàng thứ 12 trong số những bệnh nặng. BPTNMT là nguyên nhân tử vong đứng hàng thứ 4 sau bệnh tim, ung thư, bệnh mạch máu não. Theo báo cáo kết quả họp nhóm tư vấn của Châu Á Thái Bình Dương về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính lần thứ VI 1 - 2/6/2002 tại Hồng Kông thì tại các nước Châu Á Thái Bình Dương, tỉ lệ mắc BPTNMT khoảng 3,8%, nhưng gần đây qua một số mẫu nghiên cứu cho thấy tỉ lệ lên đến 6,3% ở người trên 30 tuổi.

3 Yếu tố nguy cơ:

3.1 Những yếu tố ký chủ:

Genes: Yếu tố di truyền đáng lưu ý nhất là thiếu hụt bẩm sinh $\alpha 1$ antitrypsine. Sự phát triển sớm và nhanh khí phế thũng toàn tiểu thụ

Sự tăng đáp ứng phế quản: Ảnh hưởng đến bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là không rõ.

Sự tăng trưởng phổi: Liên hệ với quá trình xảy ra trong giai đoạn mang thai, cân nặng lúc sinh và sự tiếp xúc với môi trường trong thời kỳ thiếu niên.

3.2 Yếu tố ảnh hưởng:

- **Hút thuốc lá:**

- **Bụi và chất hoá học nghề nghiệp:**

- **Ô nhiễm môi trường trong và ngoài nhà:**

- **Nhiễm khuẩn**

4 Cơ chế bệnh sinh:

Viêm và các yếu tố nguy cơ của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Sự liên quan giữa hút thuốc lá và viêm đã được nghiên cứu rất nhiều. Thuốc lá kích hoạt đại thực bào và tế bào thượng bì sản xuất ra TNF α và một số chất trung gian gây viêm như IL8 và ILB4.

Mất cân bằng giữa proteinase và antiproteinase

Thiếu α 1 antitrypsine là một chất ức chế một số protease huyết thanh như neutrophil elastase làm gia tăng nguy cơ gây khí phế thũng; elastin là một thành phần chính của thành phế bào bị huỷ bởi neutrophil elastase. Sự mất cân bằng giữa proteinase và antiproteinase nội sinh có thể gây nên sự phá huỷ phổi và có thể xảy ra do sự suy giảm hoạt tính của antiproteinase do stress oxy hoá, do thuốc lá và có thể do những yếu tố nguy cơ khác của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

5 Sinh lý bệnh:

- Sự tăng tiết chất nhầy và rối loạn chức năng hô hấp

- Sự tăng tiết chất nhầy là do sự kích thích các tuyến tiết chất bởi những chất trung gian gây viêm như leucotrien, proteinase và neuropeptides. Những tế bào lông bị dị sản dạng vẩy dẫn đến sự suy giảm hệ số thanh thải nhầy - lông.

- Sự giới hạn lưu lượng khí thở và sự căng phồng phổi

- Sự giới hạn lưu lượng khí thở không hồi phục, một số ít có thể hồi phục, do hiện tượng tái cấu trúc, xơ hóa và hẹp đường thở nhỏ. Những vị trí giới hạn đường thở là tiểu phế quản có khẩu kính < 2mm, trong bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính kháng lực đường thở tăng gấp đôi bình thường. Sự phá huỷ phế bào gây khí phế thũng. Sự giới hạn lưu lượng khí được biểu hiện bởi sự giảm FEV1 và tỉ FEV1/FVC trong đó tỉ FEV1/FVC giảm thường là dấu hiệu đầu tiên của sự giới hạn lưu lượng khí.

Bất thường về sự trao đổi khí

Sự mất cân bằng giữa thông khí / tưới máu là cơ chế chủ yếu do tổn thương thành đường thở ngoại vi và khí phế thũng. Trong khí phế thũng có sự giảm DLCO / L, từ đó gây nên thiếu oxy máu. Tình trạng thiếu oxy máu và tăng khí cacbonic ít xảy ra khi FEV1 < 1.00L. Lúc đầu tình trạng thiếu oxy máu chỉ xảy ra lúc gắng sức, nhưng khi bệnh tiến triển nặng thì tình trạng thiếu oxy máu xảy ra lúc nghỉ ngơi.

Ở những bệnh nhân bị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nặng, tình trạng thiếu oxy gây co các động mạch khẩu kính nhỏ và các tiểu động mạch.

Tăng áp phổi và tâm phế mạn

Tăng áp phổi xảy ra chậm trong diễn tiến của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (Giai đoạn III), sau đó là tâm phế mạn. Những yếu tố gây nên tăng áp phổi là sự co mạch, sự tái cấu trúc những động mạch phổi. Sự co thắt mạch ngoài nguyên nhân do thiếu oxy máu còn do sự tổng hợp hay phóng thích NO bị giảm và sự tiết bất thường của những peptides co mạch như endothelin 1. Sự tăng áp phổi và sự giảm hệ thống mạch máu phổi do khí phế thũng có thể dẫn đến phì đại thất phải và suy tim phải.

II ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG:

1 Triệu chứng chức năng:

- Ho
- Khạc đờm
- Khó thở

2 Triệu chứng thực thể:

- Tím trung ương.
- Các khoảng gian sườn nằm ngang, lồng ngực hình thùng.
- Dấu hiệu Hoover (đặt 1/2 cơ hoành phối hợp với sự thu lại vào trong nghịch lý của đáy lồng ngực trong kỳ hít vào).
- Tần số thở lúc nghỉ > 20 lần / phút, nhịp thở nông.

Bệnh nhân thở ra với môi mím lại với mục đích làm chậm lại luồng khí thở ra để có thể làm vơi phổi có hiệu quả hơn.

Nghe phổi âm phế bào giảm, có ran wheezing.

Những test và những xét nghiệm bổ sung cho chẩn đoán bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Đối với những bệnh nhân được chẩn đoán bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính giai đoạn II và III, những test và những xét nghiệm sau đây có thể được sử dụng:

Đánh giá giảm chức năng hô hấp bằng phế dung kế:

Kết quả đo phế dung là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và để theo dõi tiến triển của bệnh.

Đo FEV1 và FEV1/FVC.

Sau khi dùng thuốc giãn phế quản mà FEV1 < 80% so với trị số lý thuyết phổi hợp với FEV1/FVC < 70% chứng tỏ có giới hạn lưu lượng khí không hoàn toàn phục hồi.

FEV1/FVC là tỉ số có độ nhạy cảm cao của sự giới hạn lưu lượng khí và FEV1/FVC < 70% được xem như là dấu hiệu sớm của giới hạn lưu lượng khí ở bệnh nhân bị BPTNMT trong lúc FEV1 vẫn còn bình thường ($\geq 80\%$ so trị số lý thuyết).

Test hồi phục phế quản sau khi khí dung thuốc giãn phế quản:

Những bệnh nhân không sử dụng thuốc giãn phế quản khí dung tác dụng ngắn trước đó 6 giờ, thuốc đồng vận β_2 tác dụng dài trước 12 giờ hay theophylline thải chậm trước 24 giờ.

Đo FEV1 trước khi sử dụng thuốc giãn phế quản.

Thuốc giãn phế quản phải được sử dụng dưới dạng khí dung qua một bầu hít hay khí dung máy. Liều lượng thích hợp là 40 μ g đồng vận β_2 , 80 μ g kháng cholinergic hay phối hợp cả 2 loại.

Đo FEV1 lại 3 - 45 phút sau khi dùng thuốc giãn phế quản.

Kết quả: Một sự tăng FEV1 > 200ml và trên 12% so với FEV1 trước khi sử dụng thuốc giãn phế quản được xem như là có giá trị.

Khí máu: Ở những bệnh nhân bị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đã lâu để đánh giá tâm phế mạn.

Chụp phim lồng ngực: Cho thấy khí phế thũng.

Giai đoạn

Giai đoạn 0: Có nguy cơ.

Giai đoạn I (bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhẹ): Ho mạn tính và khạc đàm, thường bệnh nhân không chú ý đến.

Giai đoạn II và III (bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính vừa và nặng): Bệnh nhân thường khó thở khi gắng sức, đây là giai đoạn mà bệnh nhân đi khám bệnh được chẩn đoán là BPTNMT, có thể do nhiễm trùng hô hấp.

Giai đoạn IV (bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính rất nặng): Những triệu chứng ho, khạc đàm tiếp tục xảy ra một cách điển hình, khó thở nặng lên và những biến chứng có thể xuất hiện.

Mức độ trầm trọng

Bảng: Các mức độ trầm trọng của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Giai đoạn	Đặc điểm
0: có nguy cơ	+ Phế dung bình thường + Triệu chứng mạn tính (Ho, khạc đàm)
I: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhẹ	+ FEV1/FVC < 70% + FEV1 ≥ 80% trị số lý thuyết. + Có hay không có các triệu chứng mạn tính (Ho, khạc đàm)
II. Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trung bình	+ FEV1/FVC < 70% + 30% ≤ FEV1 < 80% trị số

	lý thuyết $50\% \leq FEV1 < 80\%$ trị số lý thuyết $30\% \leq FEV1 < 50\%$ trị số lý thuyết + Có hay không có các triệu chứng mạn tính (Ho, khạc đờm, khó thở)
III. Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nặng	+ $FEV1/FVC < 70\%$ + $30\% \leq FEV1 < 50\%$ trị số lý thuyết + Có hay không có các triệu chứng mạn tính (Ho, khạc đờm, khó thở)
IV Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính rất nặng	+ $FEV1/FVC < 70\%$ + $FEV1 < 30\%$ trị số lý thuyết hay $FEV1 < 50\%$ trị số lý thuyết phối hợp với suy hô hấp mạn

Chức năng hô hấp: Thường thường khi PEF < 100lít/phút, hay FEV1 < 1.00L chứng tỏ một đợt bộc phát cấp nặng, trừ trường hợp bệnh nhân bị giới hạn đường thở nặng mạn tính.

Khí máu: Khi PaO2 < 60mmHg và hay là SaO2 < 90% chứng tỏ suy hô hấp. Khi PaO2 < 50mmHg, PaCO2 > 70mmHg và pH < 7,30 thì cần phải xử trí cấp cứu.

Phim lồng ngực để chẩn đoán phân biệt.

Tâm điện đồ giúp chẩn đoán phì đại tim phải, loạn nhịp và thiếu năng vành.

Công thức máu: chủ yếu công thức bạch cầu và đa hồng cầu có thể có Hct > 55%).

Xét nghiệm đờm có thể tìm thấy Streptococcus pneumoniae, Hemophilus influenzae và Moraxella catarrhalis.

III Điều trị:

Xử trí bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ổn định

1 Giảm các yếu tố nguy cơ:

Ngưng thuốc lá: Là phương pháp điều trị độc nhất có hiệu quả để làm giảm yếu tố nguy cơ. Ngưng thuốc lá sớm ở bệnh nhân bị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính có thể cải thiện FEV1, tuy nhiên các đường khí một khi đã bị tắc nghẽn trầm trọng thì sự ngưng thuốc lá ít có lợi.

Thuốc:

Những thuốc thay thế nicotine: dạng viên, dán.

Thuốc chống trầm cảm: như bupropion và nortriptyline, thường dùng loại bupropion thải chậm đơn độc hay kết hợp với cao dán nicotine.

2 Điều trị bằng thuốc:

- Điều trị kết hợp: Có thể làm gia tăng tác dụng giãn phế quản, sự kết hợp giữa một đồng vận β_2 tác dụng ngắn với một kháng cholinergic ở những bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ổn định làm cải thiện nhiều hơn và kéo dài hơn FEV1 so với sử dụng một loại thuốc.

- Sự sử dụng một đồng vận β_2 tác dụng ngắn, một kháng cholinergic và hay là theophylline có thể cải thiện chức năng hô hấp.

3 Glucocorticosteroid:

4 Sự tập luyện:

5 Oxy liệu pháp:

Bảng: Điều trị theo giai đoạn bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

Giai đoạn	Điều trị được khuyến cáo sử dụng
Tất cả	+ Tránh những yếu tố nguy cơ + Tiêm phòng cúm
0	+ Như trên

I	+ Thuốc giãn phế quản tác dụng ngắn
II	+ Điều trị đều đặn với một hay hơn thuốc giãn phế quản + Tập luyện + Glucocorticosteroid khí dung nếu triệu chứng lâm sàng và chức năng hô hấp có đáp ứng
III	+ Điều trị đều đặn với một hay hơn thuốc giãn phế quản + Tập luyện + Glucocorticosteroid khí dung nếu triệu chứng lâm sàng và chức năng hô hấp có đáp ứng hay nếu có những đợt bộc phát cấp
IV	+ Điều trị đều đặn với một hay hơn thuốc giãn phế quản

7 Chụp X quang lồng ngực:

Có thể cần thiết vì qua kết quả X quang cho thấy trên 23% bệnh nhân nhập viện có những biểu hiện bệnh lý.

8. Thuốc giãn phế quản:

9. Sử dụng corticoide:

10. Kháng sinh:

11. Oxy liệu pháp:

13. Áp dụng thực tế:

Mức độ nhẹ: Áp dụng X quang lồng ngực, khí dung giãn phế quản.

Mức độ vừa: X quang lồng ngực, khí dung giãn phế quản, corticoid hệ thống, oxy liệu pháp, thông khí áp lực dương không xâm nhập.

Mức độ nặng: X quang lồng ngực, khí dung giãn phế quản, corticoid hệ thống, oxy liệu pháp, thông khí áp lực dương không xâm nhập, kháng sinh

Tài liệu tham khảo

<http://www.dieutri.vn/benhhocnoi/7-10-2012/S2635/Benh-hoc-benh-phoi-tac-nghen-man-tinh-COPD.htm#ixzz3o2P9DuWS>

HOI SÖC CÁP CÖU NGÖNG HOAHÁP-TUAN HOAN

I. ĐẠI CƯƠNG:

1. NHIỆM VỤ:

Ngöng hoaháp – tuan hoan la söi ngöng nöi nöi hoac bat ngöng cua hoaháp va cac nhät böp tim hieu quai (thöng la rung that hoac vo tai m thu)

Hoä söc cô ban thöc hien ngay nöi trah toän thöng khöng hoä phuc te ba bö naö.

II. HOI SINH CÖ BAN:

1. Các nhiệm vụ chính:

- ✓ Bat tinh hoän meä
- ✓ Ngöng thöi
- ✓ Mat mach canh, mach beän.

2. Các bước tiến hành:

- a. Các nhiệm vụ chính nhận công việc hay không bằng cách lấy bệnh nhân.
- b. Huy động hệ thống cấp cứu y khoa.
- c. Nhận bệnh nhân trên mặt phẳng cứng: nếu bệnh nhân nằm ngoài.
- d. Môi miệng bệnh nhân nếu nguyên nhân gia lai vì trí cúi nếu cúi
- e. Thông nở ống thổi bệnh nhân: dùng thủ thuật xoay đầu nâng cằm, nếu nghi bệnh nhân có toàn thông có thì chä dung thủ thuật ấn hàm.

Thöc hien thuü thuäi nay bang cach dung ngöi tay cua hai ban tay, möi tay möi beän nam göc ham va nöi ham ra tröc.

f. Nhận gia xem bệnh nhân có thổi nổi hay không, nếu tai trên miệng nếu nghe và quan sát có thổi lòng ngực.

g. Nếu bệnh nhân không thổi nổi:

- Dung ngöi troi va ngöi cai nöi kén müi beän nhän.
- Äp chat miäng va bö miäng beän nhän thöi 2 hoi chäm (möi hoi 1-2 giäy), sau nöi thöi 10-12 hoi/phüt.

h. Söi mach canh beän nhän ít nhất 5 giäy, nếu có mach canh tiếp tục thổi ngay tới 10-12 giäy hoi thöi chäm/phüt.

i. Khi không có mach canh bắt đầu ép ngực:

- Đặt gót bàn tay này lên lồng bàn tay kia để trên máu kiểm xông ờc 2-3 cm về phía nầu bệnh nhân.
- Ép xông ờc xuống 4-5 cm về phía cổ sống.
- Ấn nhẹ vào nầu nầu khoảng 80-100 lần/phút.
- Khi chæ cõng ờc thực hiện thì ép ngực 15 lần, rồi thổi ngạt 2 lần.
- Nếu hai người: tæ le ép ngực-thổi ngạt: 5/1. Ép ngực 5 lần lại ngõng 1-1.5 giây ñe thổi ngạt.
- Khi bệnh ñõc ñặt ñổ khí quản, thì không cần ngõng ñe ép ngực chæ thông khí tợc ñổ 12-15 lần/phút.

j. Ngõng hoả sinh cõ ban 5 giây, sau phút nầu tiên va mõi 2-3 phút sau ñổ ñe xác ñõnh xem bệnh nhân ñổ tõi thổi lại, hay tuàn hoan ñổ tõi hoả ñõng trôi lại hay chõa, nếu mạch ñập trôi lại -> tiếp tục thổi ngạt khi cần, nếu chõa ñập thì tiếp tục làm tiếp không ñõc ngõng quai 5 giây.

k. Nếu bệnh nhân bất tænh mà không thể thổi ngạt ñõc sau 2 lần chæh lại vì trí nầu va cần thì dùng thuật Heimlich rồi dùng ngón tay móc các chất trong miệng bệnh nhân ra va tõi thổi ngạt trôi lại.

Nếu mõi vài lần mà không khai thông ñõc tæ ngheñ thì lập lại theo trình tõi trên.

III. HOẢ SỒC TIM CAO CẤP:

Hiện tại trong ñiều kiện thực thể bệnh viện cấp 3 chõa làm ñõc gì ñổ hoả cõc cấp chuyẽn mõi sâu, máu mõi hiện ñổ ñổ hôn ñổ máy tæ nhịp, monitor.

TỔM LẠI:

Khi ta nhận bệnh nhân ngõng tim, ngõng thổi thì cần tiến hành ngay bõc nầu tiến la hoả sinh cõ ban.

Mục tiêu hoả sinh cõ ban la cung cấp oxy cho tim, ñổ cho ñổ ñổ khi cõ thực thể hiện ñõc ñổ ñổ quyết ñõnh (tõc la biến pháp hoả tõi tim cao cấp)

Trình tõi hoả sinh cõ ban ñõc thực hiện qua các bõc ABC:

A: Khí ñổ (Airway)

B: Thõ (Breathing)

C: Tuàn hoan (Circulation)

HO RA MÁU

I. ĐẠI CƯƠNG:

1. ĐỊNH NGHĨA:

Ho ra máu là máu ra từ ổ nông hoặc ổ sâu.

2. NGUYÊN NHÂN:

- 1) Bệnh lý nhiễm trùng.
 - Lao chiếm đa số
 - Viêm phế quản, viêm phổi.
 - Abscess phổi – buli phổi – nấm phổi; bệnh quai.
- 2) U bướu: K phổi, K phế quản.
- 3) Bệnh tim mạch: Hẹp 2 lá, thuyên tắc phổi.
- 4) Bệnh nội tiết: Good pasture...

II. ĐIỂM LÂM SÀNG:

1. Bệnh sớm và khám thóc thóc

- Cần xác định rõ máu chảy ra từ ổ nông hoặc ổ sâu và loại trở máu từ ổ nông tiêu hóa.
- Nhìn giải lồng máu mắt.
- Khai thác bệnh sử ho khác ra máu và tiền sử trước đây xem bệnh ho ra máu bao nhiêu lần.

2. Xét nghiệm cần làm sang:

- X quang phổi thẳng: nên cho bệnh nhân chụp tại giường tránh di chuyển.
- Công thức máu: HC; BC; TC; Hematocrite, nhóm máu.
- VS máu.

- TS, TC.
- Xét nghiệm nam; soi vạcaiy nam.

III CHẨN ĐOÁN:

1. Ho ra máu nhẹ: lợng máu khac ra $\leq 50\text{ml}$
2. Ho ra máu trung bình: lợng máu khac ra tợ 50-200ml
3. Ho ra máu nặng: lợng máu khac ra $>200\text{ml}$

IV :NIEU TRU:

1/.Chăm soi nạng noutong trạg chung:

a. Ho ra máu nhẹ -i trung bình:

- Sinh hoạt tại giông hân chevan nong.
- Chăm soi nieu dōng.

b. Ho ra máu lợng nhiều :

- Neabēnh nam nghieng vep hía bên chay máu.
- Thoi oxy.
- Hui nam, máu tōvung hau hong bang may hui nam.
- Thuoc an than nhẹ: Diazepan, Seduxen tiem bap hoac tiem tōnh maich.
- Thuoc giām ho.
- Cac thuoc cam máu: tuy trōng hōp máu dung Carbazol Chrome; Acid Tranexamid, Vitamine K; Promethazine, thuoc khac Histamine khac.P
- Tuy vao thōng tōn oiphoi nhiều hay ít nōng thoi tuy thuoc vao nguyēn nhān gāy ho ra máu.
- Tuy nhiên chōa tìm nōoc nguyēn nhān ta coi theidung khāng sinh phōi rōng phong ngōa bōi nhiem phoi.

- c. Ho ra máu set nānh: lợng máu ra nhiều coi thea 1 lít, noutōi. Thōng bēnh tōi vong.

2/.Nieu tru nguyēn nhān: do tai nhān laovi trung

Tuy vao nguyēn nhān ho ra máu maoithai nōanieu tru thich hōp.

Thōng thōng ho ra máu do viem nhiem tai vō trī tōn thōng cuihoac mōi.

Khāng sinh lōa chōi: tuy vao chūng loai vi trung maoxiudung khāng sinh cho phuohōp

1 Levofloxacin, ciprofloxacin, ofloxacin

2 Cephalosporin thế hệ II; III:

- Cefuroxime 750mg
- Ceftazidime 1g
- Ceftriaxone 1g
- Cefoperazol

Nên phối hợp thêm kháng sinh khác thuộc nhóm Aminoglycoside: Amikacine 500mg, Neltimycine 100mg.

Hoặc :

- Sulbactam.
- Acid clavulamic

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh Học Lao Và Bệnh Phổi Một Nhà Xuất Bản Y Học Hà Nội 1996
2. Bệnh Học Lao Phổi Tập 2 Nhà Xuất Bản Hà Nội 1999

TRAN DÒCH MANG PHỔI

I ĐẠI CƯƠNG:

1 NỖNH NGHÓA:

❖ Mang phổi còn ô nhiễm:

- + Dịch thấm: lao bệnh còn nhiều nốt tăng.
- + Dịch viêm: lao, ung thư.

Phân biệt bằng lam phản ứng Rivalta, và tim BK.

II ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG:

- Hoï chóng 3 giảm, tuy nguyên nhân mà còn thêm triệu chứng khác.

1. Căn lâm sàng:

Xét nghiệm:

- ❖ Chọc dò dịch mang phổi.
- ❖ Tìm tế bào chết.
- ❖ Phản ứng Rivalta.
- ❖ Công thức máu, nam, nước tiểu, chức năng gan thận...

Tuy theo kết quả dịch mang phổi mà làm thêm X quang tim phổi sau khi chọc dò tháo bớt dịch,

II NHIỆM VỤ

- ❖ Chủ yếu nhiệm vụ nguyên nhân (thần hồ nhiễm một abscess phổi, abscess gan vô liên mang phổi, suy tim, sốt xuất huyết...)
- ❖ Chọc tháo bớt dịch mang phổi, nếu nhiều gây khó thở (thông dụng kim 18 dẫn lều chặm)

Trông hôp dịch tại phổi nhiều, nhanh chóng nhất ống dẫn lều dịch mang phổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- BÀI GIẢNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC TPHCM

MỤC LỤC


NOI DUNG	TRANG
1. Tiêu chuẩn chẩn đoán lao	01
2. Phân Loại lao phổi.....	02
3. Nội tính của thuốc kháng lao nội với cơ thể.....	04
4. Nội trò lao phổi theo phôi nội hoá nội trò liệu ngắn ngày có kiểm soát (DOST)	06
5. Phát đồ điều trị lao bổ sung	08
6. viêm phổi do lao	09
7.lao và HIV	11
8.Lao kê	13
9. viêm phổi.....	15
10. Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính(COPD)	21
11. Hồi sức cấp cứu ngưng hô hấp tuần hoàn	30
12. Ho ra máu	33
13 Truyền dịch màng phổi.....	35

