

## TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN LAO

### I. LAO PHỔI BK DƯƠNG TÍNH:

Gồm 1 trong các tiêu chuẩn sau:

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

### II. LAO PHỔI BK ÂM TÍNH:

- Có 2 mẫu đàm âm tính khác nhau, sau sẽ đến 4 tuần làm lại 3 mẫu đàm khác âm tính, kèm có 2 phim X quang có tổn thương nghi lao phổi cách nhau 2 đến 4 tuần lễ.

### III. LAO NGOÀI PHỔI:

Gồm 1 trong các tiêu chuẩn sau:

- Kết quả mô học rõ ràng là lao.
- Lâm sàng và cận 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 SÀNG CỦA LIÊN XÔ:

#### 1. Các thể lao cơ bản:

- Nhóm I: Nhiễm độc lao ở trẻ em và vị thành niên.
- Nhóm II: Lao cơ quan hô hấp.
- Nhóm III: Lao cơ quan và hệ thống khác ngoài phổi.

Nhóm II lao cơ quan hô hấp có 12 thể lâm sàng:

- 1: Phức hệ nguyên thủy.
- 2: Lao hạch bạch huyết trong lồng ngực.
- 3: Lao phổi tản mạn.
- 4: Lao phổi thể huyết (lao nốt khu trú).
- 5: Lao phổi thâm nhiễm.
- 6: U lao.
- 7: Lao phổi thể hang (lao hang)
- 8: Lao xơ hang.
- 9: Lao sơ phổi.
- 10: Lao màng phổi.
- 11: Lao đường hô hấp trên, khí quản, phế quản.
- 12: Lao cơ quan hô hấp phối hợp với bệnh bụi phổi nghề nghiệp.

### II. PHÂN LOẠI TỔN THƯƠNG LAO THEO HỘI ĐỒNG LỒNG NGỰC MỸ (ATS 1990)

#### 1: **Tổn thương nhẹ** (Minimal lesion) kí hiệu là I.

Tổn thương không có hang, tổng diện tích tổn thương 1 hoặc 2 bên phổi không vượt quá một phân thùy phổi.

#### 2: **Tổn thương trung bình** (Moderately advanced) kí hiệu là II.

Có thể tổn thương một bên hoặc cả hai bên phổi, nhưng tổng diện tích tổn thương không vượt quá giới hạn một thùy phổi và tổng đường kính các hang lao không quá 4cm. Có thể vận dụng như sau: tổng diện tích tổn thương có thể là thâm nhiễm rải rác ở một bên phổi hoặc tổn thương nốt rải rác cả hai phổi nhưng tổng diện tích bằng 1/3 thể tích của một phổi. Nếu có hang thì tổng đường kính các hang không quá 4cm.

3: **Tổn thương nặng** (Far advanced) kí hiệu là III:

Tổn thương rộng hơn mức trung bình II nghĩa là tổng diện tích tổn thương một bên hoặc cả hai bên phổi vượt quá một thùy phổi hoặc chiếm cả một bên phổi và tổng đường kính các hang trên 4cm.

### III. PHÂN LOẠI LOPO DE CARVALHO.

Chia tổn thương lao phổi làm 4 thể:

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

### IV. PHÂN LOẠI DỰA VÀO PHẢN ỨNG Tuberculin PPD.

- 1: Lớp 0: Không có tiếp xúc với nguồn lây, PPD (-), X quang phổi bình thường.
- 2: Lớp 1: Có tiền sử tiếp xúc với bệnh nhân lao phổi BK (+).
- 3: Lớp 2: Bị nhiễm lao nhưng chưa có bệnh lao, test PPD (+), X quang phổi bình thường, không có triệu chứng của bệnh lao hoạt động ở bất kỳ cơ quan nào.
- 4: Lớp 3: Test PPD (+) có triệu chứng của bệnh lao và tổn thương. X quang thể hiện lao hoạt động, có khả năng truyền nhiễm nhất là lao ở đường hô hấp trên, có thể tìm thấy BK (+) trong đàm hoặc ở bệnh phẩm của lao ngoài phổi.
- 5: Lớp 4: Test PPD (+), X quang phổi có tổn thương cũ, xơ hóa hoặc vôi hóa nhưng không có BK trong đàm, không có triệu chứng của lao hoạt động.
- 6: Lớp 5: Người nghi ngờ mắc lao (lao phổi hoặc ngoài phổi).

Bệnh viện ĐKKV Tỉnh

---

# ĐỘC TÍNH CỦA CÁC LOẠI THUỐC KHÁNG LAO ĐỐI VỚI CƠ THỂ

## I. RIFAMPICIN: (R)

Là loại thuốc kháng lao mạnh vừa có tác dụng nội bào, ngoại bào, khả năng diệt khuẩn nhanh chóng (1 giờ) khi tiếp xúc với BK.

**Độc tính:** trên gan do (R) trực tiếp gây ra rất hiếm, có một số ít vàng da, tắc mật không có hủy hoại tế bào gan, cả vàng da do hủy hoại tế bào gan là do (R) cộng (H).

### **Tai biến:**

Về dị ứng có thể thấy (sau khi hình thành kháng thể vào ngày thứ 21) gồm:

- Hội chứng cảm.
- Nổi đỏ da.
- Shock phản vệ.
- Thiếu máu do hoại huyết, xuất huyết dưới da.

Tất cả tai biến trên xảy ra do dùng quá liều, điều trị không liên tục, đối với bệnh nhân tắc nghẽn đường mật.

## II. ISONIAJID: (H)

**Độc tính:** của (H) xảy ra ở hai nơi:

- Ở gan: do các chuyển chất acetyl phối hợp với R có thể gây nên vàng da và hiện tượng hủy mô. Tai biến này thường xảy ra lúc đầu điều trị.

- Dây thần kinh: do (H) tự do và các Hydraxone nồng độ cao trong huyết tương có thể có các tai biến sau:

- Đau dạ dày, viêm thần kinh vận động và cảm giác đau nhức, teo khớp vai, lên cơn co giật, tai biến thần kinh trung ương, viêm não, tất cả các tai biến bất lợi đều do dùng quá liều.

- Đôi khi có thể gặp hội chứng Lupus, tai biến về máu, dị ứng.

(H) làm mất tác dụng men vì vậy có thể thấy hội chứng tăng corticoid, nổi mụn, tăng tiết da, nổi vú phụ nữ.

### **Chống chỉ định:**

- Khi có viêm gan với triệu chứng hủy mô.
- Tình trạng tâm thần phân liệt, bệnh nhân hay có tiền căn tâm thần.
- Bệnh nghiện rượu nặng.
- Khi có vàng da niêm lúc đang điều trị với R cộng H cần phải ngưng H và sau đó hết vàng da bắt đầu cho lại H (chứ không phải ngưng R).

## III. STREPTOMYCINE: (S)

Chỉ định tác dụng lên BK ngoại bào, vì thế chỉ dùng trong giai đoạn tấn công.  
(S) thải qua đường thận, (S) vào máu thai nhi và qua sữa mẹ, thời gian bán hủy là 3 giờ.

**Độc tính:** Trên dây thần kinh số VIII nhánh tiền đình và ốc tai.

- Nhánh tiền đình gây chóng mặt.
- Nhánh ốc tai gây điếc không hồi phục.

**Các tai biến dị ứng có thể gặp:**

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

**Chống chỉ định tuyệt đối khi có:**

- Giảm thích lực.
- Suy thận ngay cả suy thận tương đối nhẹ.
- Có thai.
- Dị ứng với (S)

#### IV. ETHAMBUTOL: (E)

**Độc 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 thị lực bệnh nhân khi dùng.

**Chống chỉ định:**

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

#### V. PYRAZINAMIDE: (Z)

**Độc tính:**

- Lên gan ít và nhẹ (tăng transaminase) máu và vàng mắt.
- Ở thận: tăng acid uric máu, thường gặp và gây đau khớp, có thể gây bệnh goutte cấp tính.

#### VI. KANAMYCINE: (K)

Theo dõi tổn thương thần kinh VIII.

#### VII. THIACÉTASOL: (TB<sub>1</sub>)

Protein niệu, dị ứng, hội chứng Lyell.

Bệnh viện ĐKKV Tỉnh

Khoa Lao

Ký hiệu: PĐĐT<sub>r</sub>-2015

# ĐIỀU TRỊ LAO PHỔI THEO PHÁC ĐỒ HÓA TRỊ LIỆU NGẮN NGÀY CÓ KIỂM SOÁT (DOST)

## I. CÔNG THỨC ĐIỀU TRỊ:

1. **Lao mới:** 2SHRZ/ 6HE.

Trường hợp HIV (+): 2REHZ/ 6HE.

2. **Lao điều trị lại:** Các trường hợp thất bại hay tái phát công thức điều trị mới:  
2SHRZE/ 1REHZ/ 5R<sub>3</sub>H<sub>3</sub>E<sub>3</sub>

Trường hợp nặng như lao màng não, lao kê, lao cột sống biến chứng thần kinh có nguy cơ đe dọa tính mạng người bệnh, có thể kéo dài thời gian dùng thuốc hơn tùy mức độ bệnh.

3. **Lao trẻ em:** 2RZH/ 4RH

Trường hợp với các thể lao nặng như lao màng não, lao kê, lao xương khớp, có thể bổ sung thêm (S) trong 2 tháng tấn công.

## II. CHÚ Ý:

### 1) Liều lượng thuốc:

TÊN THUỐC	LIỀU HÀNG NGÀY mg/kg	LIỀU CÁCH KHỎANG	
		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 khái niệm:

**Lao mới:** Bệnh nhân chưa bao giờ dùng thuốc, hay mới dùng thuốc chống lao dưới 1 tháng.

**Tái phát:** Bệnh nhân đã được điều trị lao và được thầy thuốc xác định là khỏi bệnh hay hoàn thành điều trị, hay mắc bệnh trở lại có AFB (+).

**Thất bại:** Bệnh còn vi trùng lao trong đàm từ tháng điều trị thứ 5 trở đi.

**Điều trị lại sau bỏ trị:** Bệnh không dùng thuốc trên hai tháng trong quá trình điều trị, sau đó quay lại điều trị với AFB (+) trong đàm.

**Lao mạn tính:** Bệnh vẫn còn vi trùng lao trong đàm sau khi đã dùng công thức tái trị có giám sát chặt chẽ việc dùng thuốc.

Bệnh viện ĐKKV Tỉnh

Khoa Lao

Ký hiệu: PĐĐT-2015

## 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

Bệnh viện ĐKKV Tỉnh

Khoa Lao

Ký hiệu: PĐĐT-2015

## 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 đong 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 mũ , sốt cao ồm 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

BỆNH HỌC LAO VÀ BỆNH PHỔI II . NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC HÀ NỘI 1996  
BS . Nguyễn Thị Thu Ba- Viêm phổi lao – p117-125 . Bài giảng Bệnh học Lao phổi 1997

Bệnh Viện ĐKK Tỉnh  
Khoa Lao  
Ký hiệu: PĐĐT-2015

## **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 thế 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.

## **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

Bệnh Viện ĐKK Tỉnh  
Khoa Lao  
Ký hiệu: PĐĐT-2015

## 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 quan 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 ợt.
- Nhịp tim nhanh.
- Nhịp thở nhanh.
- Nghe ral 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, đối xứng bờ rõ rải rác 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. Tỷ lệ dương 20-30% có kèm theo tổn thương có hang lao.
- Cây máu tìm BK: tỷ 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 mũ 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

Bệnh Viện ĐKK Tỉnh  
Khoa Lao  
Ký hiệu: PĐĐT<sub>r</sub>-2015

## **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

#### 4/ 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

**1) 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:**

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.

**4) 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.

**4.1 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 Roxithromycine 150mg x 2 lần/ngày.

**4.2 Do tụ cầu vàng:**

Tụ cầu vàng nhạy cảm với Methicilline, có thể dùng Cefapirine hay nhóm Aminoglycoside 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 Cephalosporine 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.

#### **4.3 Do Hemophilus Influenza:**

Có thể dùng:

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

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

#### **4.4 Do Mycoplasma, Legionella:**

Có thể dùng như điều trị Hemophilus influenzae.

#### **4.5 Do Klebsiella pneumoniae:**

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

#### **4.6 Do vi khuẩn kỵ khí:**

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

#### **4.7 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>

## **Phác đồ điều trị Viêm phổi**

(Bổ sung tháng 06 năm 2016)

Chọn lựa phác đồ điều trị kháng sinh ban đầu theo kinh nghiệm:

I. Điều trị ngoại trú:

Tình trạng bệnh nhân	Lựa chọn điều trị
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiền sử khỏe mạnh</li> <li>- Không dùng kháng sinh trong 3 tháng gần đây.</li> <li>- Không có nguy cơ nhiễm S.pneumoniae kháng thuốc</li> </ul>	<p>Azithromycin (Zymycin 500mg/v) Ngày 1: 0.5g uống/ một lần/ngày Ngày 2 - 5: 0.25g uống/ một lần/ ngày</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trong vùng có &gt; 25% s.pneumoniae kháng Macrolide nồng độ cao (MIC &gt; 16pg/mL).</li> <li>- Đối với bất kỳ bệnh nhân nào, bao gồm cả những bệnh nhân không có bệnh đi kèm.</li> <li>- Có bệnh đi kèm</li> </ul>	<p>- <math>\beta</math> lactam liều cao:</p> <p>Amoxicinin/ A. Clavulanic (Vd: Augmentin) uống/ mỗi 8 giờ)</p> <p>Hoặc</p> <p>- Fluoroquinolone (FQ) hô hấp mới</p> <p>✓ Levofloxacin ( Tavanic 0.75g uống / một lần/ ngày)</p> <p>✓ Moxifloxacin (Avelox 0.4g uống / một lần/ ngày)</p> <p>✓ Gemifloxacin 0.4g uống/ một lần/ngày</p>

II. Điều trị nội trú:

1. . Điều trị nội trú:

Tình trạng bệnh nhân	Lựa chọn điều trị
Khoa Nội	<p>- <math>\beta</math> lactam:</p> <p>Amoxicillin/a.Clavulanic (Vd: Augmentin 1g tĩnh mạch/ mỗi 8 giờ), hoặc</p> <p>Ceftazidim 1g tĩnh mạch/ mỗi 8 giờ, hoặc</p> <p>Ticarcillin/a.Clavulanic 1g tĩnh mạch/ mỗi 8 giờ, hoặc</p>

	<p>Cefotaxim 1g tĩnh mạch/ mỗi 8 giờ, hoặc</p> <p>Ceftriaxone 2g tĩnh mạch/ một lần/ ngày, hoặc</p> <p>Cefuroxim 1g tĩnh mạch/ mỗi 8 giờ</p> <p>- Hoặc FQ hô hấp mới</p> <p>✓ Levoíloxacin (Vd: Tavanic 0.75g truyền tĩnh mạch/ một lần/ ngày)</p> <p>✓ MoxiHoxacin (Vd: Avelox 0,4g truyền tĩnh mạch /một lần/ngày)</p>
Khoa HSTC	<p>- <math>\beta</math> lactam:</p> <p>Amoxicillin/a.Clavulanic (Vd: Augmentin 1g tĩnh mạch/ mỗi 8 giờ), hoặc</p> <p>Ceftazidim 1g tĩnh mạch/ mỗi 8 giờ, hoặc</p> <p>Ticarcillin/a.Clavulanic 1g tĩnh mạch/ mỗi 8 giờ, hoặc</p> <p>Cefotaxim 1g tĩnh mạch/ mỗi 8 giờ, hoặc</p> <p>Ceftriaxone 2g tĩnh mạch/ một lần/ ngày, hoặc</p> <p>- Kết hợp với FO hô hấp mới:</p> <p>✓ Levoíloxacin (Vd: Tavanic 0.75g truyền tĩnh mạch / một lần/ ngày)</p> <p>✓ Moxiíloxacin (Vd: Avelox 0.4g truyền tĩnh mạch / một lần/ ngày)</p>
Nhiễm Pseudomonas	<p>- Antipseudomonal beta lactam:</p> <p>Imipenem 0.5g truyền tĩnh mạch/ mỗi 6 giờ, hoặc Meropenem 1g truyền tĩnh mạch/ mỗi 8-12 giờ, hoặc Ticarcillin/a.Clavulanic 1g tĩnh mạch/ mỗi 8 giờ, hoặc Piperacillin -Tazobactam 4.5g truyền tĩnh mạch/ mỗi 6 giờ, hoặc Cefepim 1g tĩnh mạch/ mỗi 8 giờ, hoặc Cefoperazone/sulbactam 2 g truyền tĩnh mạch/ mỗi 6-8giờ</p> <p>- KẾT HỢP VỚI:</p> <p>Levoíloxacin (Vd: Tavanic 0.75g truyền tĩnh mạch / một lần/ ngày)</p> <p>- KẾT HỢP HAY KHÔNG VỚI</p> <p>Amikacin 15-20mg/kg tĩnh mạch/một lần/ngày</p>
Nhiễm Staphylococcus	<p>Cần nhắc thêm:</p>

aureus MRSA

Vancomycin 0.5g truyền tĩnh mạch/mỗi 6giờ/ ngày, hay Linezolid 0.6g uống/ mỗi 12 giờ/ ngày.

## **2. Thời gian điều trị: điều trị chuẩn thường từ 7 - 14 ngày**

### **3. Các biện pháp điều trị khác**

- Ôxy liệu pháp có kiểm soát nếu có biểu hiện giảm ôxy máu,
- Bù nước và điện giải đầy đủ,
- Liệu pháp dinh dưỡng tốt,
- Giảm phế quản khí dung nếu thở rít, ran phế quản nhiều, khó khạc đàm,
- Vật lý trị liệu hô hấp,
- Giảm đau khi có đau ngực,
- Chỉ dùng anthan (nhẹ, tác dụng ngắn) nếu thật cần thiết,
- Chỉ dùng giảm ho khi bệnh nhân ho quá nhiều gây kiệt sức.

### **4. Đánh giá diễn tiến lâm sàng và đáp ứng điều trị:**

#### **a. Tốt:**

- Lâm sàng: cải thiện ho, khó thở, nhịp thở < 24 lần/phút, mạch <100 lần/phút, nhiệt độ < 38°C; triệu chứng thực thể tại phổi giảm
- Cận lâm sàng: CRP giảm, Bạch cầu máu giảm.

(Lưu ý: Không cần chụp X-quang lồng ngực lại trước khi xuất viện ở những bệnh nhân có cải thiện về lâm sàng, chỉ nên chụp khi tái khám sau xuất viện từ 4-6 tuần)

- Quyết định điều trị kháng sinh đủ 7-10 ngày.
- Chuyển sang kháng sinh đường uống rồi cho xuất viện.

**b. Không tốt:** bệnh nhân không đáp ứng lâm sàng đầy đủ sau 3 ngày điều trị

#### **c. Xấu:**

- Lâm sàng không giảm hay xấu đi (đặc biệt là sốt không giảm)

- Cận lâm sàng: CRP không giảm, Bạch cầu máu không giảm, tổn thương trên X- quang ngực lan rộng hay xuất hiện mới

Hướng xử trí:

- Nhóm Không tốt và xấu: cần đánh giá tình trạng bệnh nhân, tác nhân gây bệnh, chẩn đoán ban đầu, đáp ứng điều trị viêm phổi, tìm những biến chứng của viêm phổi.

- Thực hiện xét nghiệm tìm nguyên nhân VPCĐ

- Do diễn tiến tự nhiên của việc đáp ứng điều trị, không nên thay đổi kháng sinh trong vòng 72 giờ đầu trừ khi lâm sàng xấu đi rõ rệt hoặc nếu vi trùng học cho thấy cần thay đổi kháng sinh.

### **5. Liệu pháp xuống thang:**

- Chọn lựa kháng sinh theo kinh nghiệm, bắt đầu với kháng sinh phổ rộng,

- Bệnh nhân được đánh giá sau 3 ngày và cân nhắc xuống thang ngay khi có kết quả vi sinh và kháng sinh đồ hướng dẫn.

- Sau đó dùng kháng sinh thích hợp, có phổ hẹp hơn.

### **6. Khi nào chuyển kháng sinh qua đường uống**

Khi thỏa 4 tiêu chuẩn sau:

- Lâm sàng cải thiện

- Không sốt vào hai lần đo nhiệt độ cách nhau 8 giờ

- Bạch cầu máu giảm

- Đường tiêu hóa dung nạp tốt

Bệnh Viện ĐKK Tỉnh

Khoa Lao

Ký hiệu: PĐĐT-2015

# 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:

Gènes: 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 $\alpha$  và một số chất trung gian gây viêm như IL8 và ILB4.

Mất cân bằng giữa proteinase và antiproteinase

Thiếu  $\alpha$ 1 antitrypsine là một chất ức chế một số protease thủy phân 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 (đet 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 với 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  $\beta_2$  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 $\mu$ g đồng vận  $\beta_2$ , 80 $\mu$ 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

<b>Giai đoạn</b>	<b>Đặc điểm</b>
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% ≤ FEV1 < 80% trị số lý thuyết  30% ≤ FEV1 < 50% trị số lý thuyết  + Có hay không có các triệu chứng mạn tính (Ho, khạc đàm, khó thở)

III. Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nặng	+ FEV1/FVC < 70% + 30% ≤ 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  $\beta_2$  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  $\beta_2$  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>

# ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

. (Bổ sung tháng 06 năm 2016)

## I. XỬ TRÍ:

### A. Tại phòng khám ngoại trú:

1. Chụp Xquang phổi, đo pulse oxymetry, thử công thức máu, đường huyết, điện giải đồ, chức năng gan, chức năng thận, đo ECG để phát hiện các bệnh lý đi kèm khác.

2. Tăng liều hoặc số lần dùng thuốc giãn phế quản.

3. Dùng thêm corticoid uống nếu FEV1 trước đây < 50% P.

Prednisolone 30 - 40 mg/ngày X 7 - 10 ngày.

4. Dùng kháng sinh uống nếu có 2 trong 3 triệu chứng: tăng khó thở, tăng lượng đàm, đàm mủ, trong đó đàm mủ là triệu chứng bắt buộc.

### ◆◆◆ Chỉ định nhập viện:

❖ Tăng độ nặng của các triệu chứng mặc dù đã có xử trí tại phòng khám.

❖ BPTNMT ở phân độ nặng III, IV.

❖ Xuất hiện các triệu chứng mới (tím tái, phù ngoại biên).

❖ Có bệnh lý đi kèm nặng.

❖ Thường xuyên bị đợt cấp BPTNMT.

❖ Rối loạn nhịp tim mới xuất hiện.

❖ Chẩn đoán chưa chắc chắn.

❖ Người già.

❖ Không có người chăm sóc tại nhà.

### B. Tại khoa nội trú:

1. Đánh giá độ nặng của bệnh căn cứ vào:

❖ Khai thác bệnh sử : Phân độ BPTNMT trước đây, số lần có đợt cấp trước đây.

- ❖ Nhận định các bệnh lý đi kèm.
- ❖ Khám lâm sàng: Dấu hiệu sinh tồn, quan sát cơ hô hấp phụ, mức độ đáp ứng điều trị.
- ❖ Đo SpO<sub>2</sub>.
- ❖ Đo khí máu động mạch
- ❖ Xquang phổi, đo ECG.

	Nhẹ	Vừa	Nặng
Bệnh đi kèm	+	+++	+++
Mức độ thường xuyên vào đợt cấp	+	+++	+++
Phân độ COPD trước đây	Nhẹ/Vừa	Vừa/Nặng	Nặng
Huyết động học	Ổn định	Ổn định	Không ổn định
Cơ kéo cơ hô hấp phụ, nhịp tim nhanh	Không	++	+++
Triệu chứng kéo dài sau khi bắt đầu điều trị	Không	++	+++

## 2. Xử trí:

- Nhẹ: Có thể điều trị ngoại trú hoặc nằm viện ngắn ngày.
- Vừa và Nặng:
  - ❖ Nhập viện theo dõi sát.
  - ❖ Xét nghiệm máu: Công thức máu, điện giải đồ, chức năng gan, chức năng thận.
  - ❖ Cây đàm tìm tạp trùng.

## MỨC ĐỘ VỪA:

### 1. Dùng thuốc giãn phế quản:

- ❖ Tăng liều hoặc số lần dùng thuốc.
- ❖ Dùng buồng đệm hoặc máy phun khí dung và nên phối hợp đồng vận P2 và kháng cholinergic.
  - + Đồng vận P2: Ventolin 5mg/ml phun khí dung mỗi 6 - 8g.
  - + Kháng cholinergic + đồng vận P2: Combivent 1 - 2 ống hoặc Berodual 40 giọt, phun khí dung mỗi 6 - 8 giờ.

2. Thở oxy liều thấp 2 - 3 l/ph nếu SpO<sub>2</sub> < 90%.

### 3. Glucocorticosteroid

❖ Đường uống (Prednisolone 30 - 40 mg/ngày x 7 -14 ngày) hoặc đường tiêm (Solumedrol 40mg - 60mg/ ngày X 7 - 14 ngày).

4. Dùng kháng sinh nếu có đàm mủ và ít nhất 1 trong 2 triệu chứng: tăng khó thở, tăng lượng đàm. Chọn lựa kháng sinh theo kinh nghiệm trước khi có kết quả cấy đàm:

❖ Đường uống: Amoxicillin/clavulanate; Fluoroquinolones hô hấp (gatifloxacin, levoifloxacin, moxifloxacin).

❖ Đường chích: Amoxicillin/davulanate;

Ampicillin/Sulbactam; Cephalosporins thế hệ 2, 3; Fluoroquinolones (levoifloxacin, moxifloxacin).

❖ Lưu ý dùng kháng sinh sớm và phối hợp trong các trường hợp có 1 hoặc nhiều yếu tố nguy cơ tiên lượng nặng: Có bệnh lý đi kèm, BPTNMT mức độ nặng, có > 3 đợt cấp/ 1 năm, dùng KS trong 3 tháng gần đây.

### 5. Thường xuyên theo dõi:

❖ Nước và điện giải, thăng bằng kiềm toan bằng ion đồ và khí máu động mạch.

❖ Chế độ dinh dưỡng.

❖ Tầm soát và điều trị các bệnh đi kèm (suy tim, rối loạn nhịp tim, đái tháo đường, cao huyết áp).

## MỨC ĐỘ NẶNG

1. Thở oxy liều thấp, theo dõi bằng khí máu động mạch.

2. Xét chỉ định thông khí không xâm lấn: Có ít nhất 2 trong 3 tiêu chuẩn sau:

❖ Khó thở vừa tới nặng có co kéo cơ hô hấp phụ và thở bụng nghịch thường.

❖ Toàn hô hấp từ trung bình tới nặng (pH < 7,35) và/hoặc tăng thán khí trong máu (paCO<sub>2</sub> > 45mmHg).

❖ Nhịp thở > 25 lần/phút.

Chống chỉ định TKKXL

Ngưng thở; Tim mạch không ổn định như tụt huyết áp, rối loạn nhịp tim, nhồi máu cơ tim; Thay đổi tri giác, bất hợp tác; Nguy cơ hít dịch tiêu hóa cao; Đàm quá đặc; Mối vừa phẫu thuật đường tiêu hóa hoặc vùng mặt; Chấn thương đầu mặt; Bất thường vùng hầu họng; Phổi; Béo phì quá mức

- Dùng thuốc giãn phế quản:

- ❖ Tăng liều hoặc số lần dùng thuốc.
- ❖ Phối hợp đồng vận P2 và kháng cholinergic.
- ❖ Dùng buồng đệm hoặc máy phun khí dung.

❖ Nếu không cải thiện, có thể dùng Terbutaline 0,25mg tiêm dưới da mỗi 4 giờ hoặc Aminophyllin truyền TM. Lưu ý các tác dụng phụ và chống chỉ định.

### 3. Glucocorticosteroid

- ❖ Đường tiêm (Solumedrol 40mg - 60mg/ ngày X 14 ngày).

4. Dùng kháng sinh nếu có đàm mủ và ít nhất 1 trong 2 triệu chứng: tăng khó thở, tăng lượng đàm. Chọn lựa kháng sinh theo kinh nghiệm trước khi có kết quả cấy đàm:

- ❖ Lưu ý dùng kháng sinh sớm và phối hợp.

❖ Nếu nghi ngờ nhiễm Pseudomonas (Vừa nhập viện gần đây, dùng KS > 4 lần / năm, BPTNMT nặng, phân lập P. aeruginosa trước đây hoặc trong giai đoạn ổn định). Cần dùng kháng sinh levofloxacin liều cao +/- carbapenem, cefoperazone/sulbactam liều cao. Sau đó điều trị theo kháng sinh đồ.

### 5. Thường xuyên theo dõi:

- ❖ Nước và điện giải, thăng bằng kiềm toan.

- ❖ Chế độ dinh dưỡng.

❖ Tầm soát và điều trị các bệnh đi kèm (suy tim, rối loạn nhịp tim, đái tháo đường, cao huyết áp).

- Xét chỉ định chuyển Khoa Hồi sức Cấp cứu

- ❖ Chỉ định nhập HSCC:

- ❖ Khó thở nặng không đáp ứng điều trị tại khoa nội trú.

- ❖ Thay đổi tri giác (lú lẫn, lơ mơ, hôn mê)

❖ Hạ oxy máu kéo dài hoặc ngày càng nặng ( $paO_2 < 40\text{mmHg}$ ) và/hoặc tăng thán khí trong máu nặng ( $paCO_2 > 60\text{mmHg}$ ) và/hoặc toan hô hấp nặng ( $pH < 7,25$ ) mặc dù đã thở oxy.

❖ Rối loạn huyết động (cần dùng vận mạch).

❖ Có chỉ định thông khí xâm lấn.

❖ Chỉ định thông khí xâm lấn

❖ Không dung nạp được với thông khí không xâm lấn hoặc thông khí không xâm lấn thất bại.

❖ Khó thở nặng, co kéo cơ hô hấp phụ hoặc thở bụng nghịch thường.

❖ Nhịp thở  $> 35$  lần /phút.

❖ Thiếu oxy máu trầm trọng đe dọa tử vong.

❖ Toan máu nặng ( $pH < 7,25$ ) và/hoặc tăng thán khí trong máu  $paCO_2 > 60\text{mmHg}$ .

❖ Ngưng thở.

❖ Rối loạn tri giác, ngủ gà.

❖ Biến chứng tim mạch (tụt huyết áp, shock)

❖ Các biến chứng khác (rối loạn chuyển hóa, nhiễm trùng, viêm phổi, thuyên tắc phổi, tràn dịch màng phổi lượng nhiều.)

## **II. XUẤT VIỆN & THEO DÕI:**

Bệnh nhân có thể được xuất viện khi :

1. Tình trạng lâm sàng ổn định ít nhất 24g.
2. Chỉ cần dùng thuốc kích thích P2 2 - 4 lần mỗi ngày.

Theo dõi sau xuất viện:

1. Giới thiệu đến khám và theo dõi tại phòng khám chuyên khoa hô hấp (Phòng khám suyễn BVPNT hoặc tại địa phương.
2. Giới thiệu đến tham gia các chương trình giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân BPTNMT, vận động cai thuốc lá, xem xét lại kỹ năng dùng thuốc đường hít, tiêm chủng phòng cúm...
3. Xem xét nhu cầu thở oxy dài hạn tại nhà.

Bệnh viện ĐKKV Tỉnh

---

# HỒI SỨC CẤP CỨU NGỪNG HÔ HẤP-TUẦN HOÀN

## I. ĐẠI CƯƠNG:

### ĐỊNH NGHĨA:

Ngừng hô hấp – tuần hoàn là sự ngừng đột ngột hoặc bất ngờ của hô hấp và các nhát bóp tim hiệu quả (thường là rung thất hoặc vô tâm thu).

Hồi sức cơ bản thực hiện ngay để tránh tổn thương không hồi phục tế bào não.

## II. HỒI SINH CƠ BẢN:

### 1. Xác định bệnh ngừng tim phổi:

- ✓ Bất tỉnh hôn mê.
- ✓ Ngừng thở.
- ✓ Mất mạch cảnh, mạch bẹn.

### 2. Các bước tiến hành:

- a. Xác định xem bệnh nhân có đáp ứng hay không bằng cách lay bệnh nhân.
- b. Huy động hệ thống cấp cứu y khoa.
- c. Đặt bệnh nhân trên mặt phẳng cứng: để bệnh nhân nằm ngửa.
- d. Mở miệng bệnh nhân để nguyên răng giả lại vị trí cũ nếu có.
- e. Thông đường thở bệnh nhân: dùng thủ thuật xoay đầu nâng cằm, nếu nghi bệnh nhân có tổn thương cổ thì chỉ dùng thủ thuật ấn hàm.

Thực hiện thủ thuật này bằng cách dùng ngón tay của hai bàn tay, mỗi tay một bên nắm góc hàm và đẩy hàm ra trước.

f. Đánh giá xem bệnh nhân có thở được hay không, để tai trên miệng để nghe và quan sát cử động lồng ngực.

### g. Nếu bệnh nhân không tự thở được:

- Dùng ngón trỏ và ngón cái đóng kín mũi bệnh nhân.
- Áp chặt miệng vào miệng bệnh nhân thổi 2 hơi chậm (mỗi hơi 1-2 giây), sau đó thổi 10-12 hơi/phút.

h. Sờ mạch cảnh bệnh nhân ít nhất 5 giây, nếu có mạch cảnh tiếp tục thổi ngạt tốc độ 10-12 giây hơi thổi chậm/phút.

### i. Khi không có mạch cảnh bắt đầu ép ngực:

- Đặt gót bàn tay này lên lưng bàn tay kia để trên mấu kiếm xương ức 2-3 cm về phía đầu bệnh nhân.
- Ép xương ức xuống 4-5 cm về phía cột sống.
- Ấn nhẹ và đều đặn khoảng 80-100 lần/phút.
- Khi chỉ có người thực hiện thì ép ngực 15 lần, rồi thổi ngạt 2 lần.

- Nếu hai người: tỉ lệ ép ngực-thổi ngạt: 5/1. Ép ngực 5 lần lại ngưng 1-1.5 giây để thổi ngạt.
- Khi bệnh được đặt nội khí quản, thì không cần ngưng để ép ngực chỉ thông khí tốc độ 12-15lần/phút.

j. Ngưng hồi sinh cơ bản 5 giây, sau phút đầu tiên và mỗi 2-3 phút sau đó để xác định xem bệnh nhân đã tự thở lại, hay tuần hoàn đã tự hoạt động trở lại hay chưa, nếu mạch đập trở lại -> tiếp tục thổi ngạt khi cần, nếu chưa đập thì tiếp tục làm tiếp không được ngừng quá 5 giây.

k. Nếu bệnh nhân bất tỉnh mà không thể thổi ngạt được sau 2 lần chỉnh lại vị trí đầu và cằm thì dùng thủ thuật Heimlich rồi dùng ngón tay móc các chất trong miệng bệnh nhân ra và từ từ thổi ngạt trở lại.

Nếu móc vài lần mà không khai thông được tắc nghẽn thì lập lại theo trình tự trên.

### III. HỒI SỨC TIM CAO CẤP:

Hiện tại trong điều kiện thực tế bệnh viện cấp 3 chưa làm được gì đòi hỏi có e kíp chuyên môn sâu, máy móc hiện đại hơn như máy tạo nhịp, monitor.

#### TÓM LẠI:

Khi ta nhận bệnh nhân ngưng tim, ngưng thở thì cần tiến hành ngay bước đầu tiên là hồi sinh cơ bản.

Mục tiêu hồi sinh cơ bản là cung cấp oxy cho tim, não cho đến khi có thể thực hiện được điều trị quyết định (tức là biện pháp hỗ trợ tim cao cấp)

Trình tự hồi sinh cơ bản được thực hiện qua các bước ABC:

A: Khí đạo (Airway)

B: Thở (Breathing)

C: Tuần hoàn (Circulation)

## HO RA MÁU

### I. ĐẠI CƯƠNG:

#### 1/ ĐỊNH NGHĨA:

Ho ra máu là máu ra từ đường hô hấp dưới.

#### 2/ NGUYÊN NHÂN:

- 1) Bệnh lý nhiễm trùng.
  - Lao chiếm đa số.
  - Viêm phế quản, viêm phổi.
  - Abcess phổi – bụi phổi – nấm phổi; bứu quai.
- 2) U bứu: K phổi, K phế quản.
- 3) Bệnh tim mạch: Hẹp 2 lá; thuyên tắc phổi.
- 4) Bệnh tự miễn: Good pafure...

### II. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG:

#### 1/. Bệnh sử và khám thực thể:

- Cần xác định rõ máu chảy ra từ đường hô hấp dưới và loại trừ máu từ đường tiêu hóa.
- Đánh giá lượng máu mất.
- Khai thác bệnh sử: ho khạc ra máu và tiền sử trước đây xem bệnh ho ra máu bao nhiêu lần.

#### 2/. Xét nghiệm cận lâm sàng:

- 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 đờm; soi và cấy đờm.

### III. CHẨN ĐOÁN:

1. Ho ra máu nhẹ: lượng máu khạc ra  $\leq 50$ ml
2. Ho ra máu trung bình: lượng máu khạc ra từ 50-200ml
3. Ho ra máu nặng: lượng máu khạc ra  $>200$ ml

### IV. ĐIỀU TRỊ:

#### 1/. Chăm sóc nâng đỡ tổng trạng chung:

##### a. Ho ra máu nhẹ trung bình:

- Sinh hoạt tại giường hạn chế vận động.

- Chăm sóc điều dưỡng.

**b. Ho ra máu lượng nhiều :**

- Để bệnh nằm nghiêng về phía bên chảy máu.
- Thở oxy.
- Hút đàm, máu từ vùng hầu, họng bằng máy hút đàm.
- Thuốc an thần nhẹ: Diazepan, Seduxen tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch.
- Thuốc giảm ho.
- Các thuốc cầm máu: tùy trường hợp mà dùng Carbazo Chrome; Acid Tranexamid, Vitamine K; Promethazine, thuốc khác Histamine khác.P
- Tùy vào thương tổn ở phổi nhiều hay ít đồng thời tùy thuộc vào nguyên nhân gây ho ra máu.
- Tuy nhiên chưa tìm được nguyên nhân ta có thể dùng kháng sinh phổ rộng phòng ngừa bội nhiễm phổi.

**c. Ho ra máu sét đánh:** lượng máu ra nhiều có thể 1 lít, đỏ tươi. Thường bệnh tử vong.

**2/. Điều trị nguyên nhân: do tác nhân là vi trùng**

Tùy vào nguyên nhân ho ra máu mà có thái độ điều trị thích hợp.

Thông thường ho ra máu do viêm nhiễm tại vị trí tổn thương cũ hoặc mới.

Kháng sinh lựa chọn: tùy vào chủng loại vi trùng mà sử dụng kháng sinh cho phù hợp

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

# PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ HO RA MÁU

(Bổ sung tháng 06 năm 2016)

## 1. Nguyên tắc điều trị:

- Phải được làm các thăm dò chẩn đoán và điều trị sớm tại bệnh viện.
- Đồng thời điều trị cầm máu và điều trị nguyên nhân.
- Hồi sức đảm bảo thông khí phế nang, cung cấp đủ ôxy, bồi hoàn máu và dịch đủ

## 2. Hồi sức:

- Khai thông đường hô hấp, đảm bảo thông khí phế nang: hút máu, các chất tiết đường hô hấp.
- Đặt nội khí quản, mở khí quản, thở ôxy, thở máy nếu có suy hô hấp nặng.
- Bồi phụ khối lượng tuần hoàn: đặt đường truyền cỡ lớn, truyền máu để bồi hoàn đủ lượng máu mất, đảm bảo khối lượng tuần hoàn, bù điện giải,...

## 3. Chăm sóc chung:

- Thở ôxy tùy theo mức độ khó thở và mức độ giảm SpO<sub>2</sub>.
- Nằm nghỉ tuyệt đối nơi yên tĩnh, tránh vận động mạnh. Bệnh nhân ho ra máu nặng khi ổn định cho nằm nghiêng bên phổi tổn thương để phòng nguy cơ sặc máu vào bên phổi lành.
- Ăn lỏng, uống nước mát lạnh.
- Dùng thuốc an thần nhẹ: Diazepam liều thấp. Nếu dùng liều cao dễ có nguy cơ sặc khi ho ra máu nhiều và che lấp các dấu hiệu suy hô hấp.
- Dùng kháng sinh chống bội nhiễm.

## 4. Các thuốc làm giảm ho máu:

- Thuốc phiện và các dẫn xuất: Morphin ống 10mg, tiêm bắp 1 ống khi ho ra máu nặng.
- Thuốc giảm ho: Terpin Cedein uống 4 viên/ngày, chia 2 lần.

## 5. Điều chỉnh các rối loạn đông máu, cầm máu:

- Truyền huyết tương tươi nếu có rối loạn đông máu, INR kéo dài, truyền tiểu cầu khi số lượng, chất lượng tiểu cầu giảm. Suy gan hoặc thiếu vitamin K dùng vitamin K1 1 ống 10 mg tiêm bắp hoặc tĩnh mạch chậm x 1-4 ống/ngày.
- Phác đồ Adrenalin phun khí dung (PKD):

✓ Dùng Adrenalin 1p1000 1 mL + 3 mL NaCL 0.9%, PKD

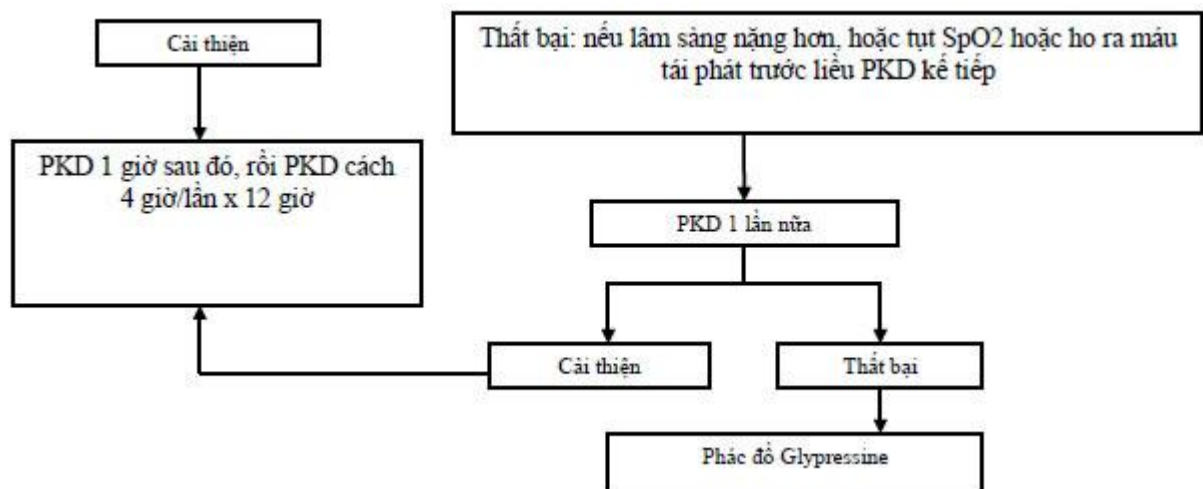
✓ Đánh giá lại khi phun hết thuốc.

✓ Nếu cải thiện: 1 giờ sau lập lại 1 liều PKD nữa. Sau đó lập lại PKD mỗi 4 giờ/lần x 12 giờ.

✓ Nếu thất bại: lâm sàng nặng hơn, có tụt SpO2 hoặc ho ra máu tái phát trước khi liều PKD kế tiếp, lập lại ngay 1 liều PKD nữa:

o Nếu cải thiện: làm như trên, 1 giờ sau lập lại 1 liều PKD nữa. Sau đó lập lại PKD mỗi 4 giờ/lần x 12 giờ.

o Nếu thất bại: chuyển phác đồ Vasopressin



- Phác đồ Glypressine:

✓ Tiêm tĩnh mạch chậm, 4 giờ/lần x 12 giờ.

✓ Liều lượng:

o Cân nặng < 50 kg: 1 mg

o Cân nặng 50 - 70 kg: 1.5 mg

o Cân nặng > 70 kg: 1.5 mg

✓ Chống chỉ định:

o Tuyệt đối: có thai

o tương đối: tăng huyết áp chưa ổn định, cơn đau thắt ngực, hen, trên 70 tuổi.

✓ Phải theo dõi sát huyết áp và monitor tim mạch.

- Adrenocrom (Adrenoxyl, Adona, Adrenosem): tăng cường sức đề kháng thành mạch, liều dùng 10 mg uống 1-2 viên/ngày, ống 50 mg truyền tĩnh mạch, hiệu quả chưa được chứng minh.

- Các thuốc chống tiêu sợi huyết (acid tranexamique): trường hợp cấp cứu tiêm tĩnh mạch chậm 1-2 ống 500 mg mỗi 8 giờ. Khi bệnh nhân ổn định cho uống viên 250 mg x 4 lần, chia 2 lần/ngày.

## **6. Các can thiệp để chẩn đoán và điều trị ho ra máu:**

- Soi phế quản ống mềm: giúp kiểm soát đường thở bằng cách chèn ống soi tại nơi chảy máu hoặc đặt nội khí quản riêng bên lành, đốt điện đông cao tần cầm máu, nhét gạc có tẩm thuốc cầm máu vào phế quản chảy máu.

- Nếu chảy máu nhiều, thất bại với các biện pháp điều trị nội khoa, cần chỉ định đặt nội khí quản, khai thông đường thở, để có thời gian thực hiện tiếp các can thiệp sau:

- Đặt nội khí quản Carlen 2 nòng để cô lập bên phổi chảy máu và thông khí phổi lành khi chảy máu mà không xác định được điểm chảy máu.

- Đặt ống thông Fogarty qua ống soi phế quản để tạm thời gây bít tắc phế quản nơi chảy máu.

- Chỉ định chụp động mạch phế quản:

✓ Ho máu nhiều > 200 mL.

✓ Thất bại với các biện pháp điều trị nội khoa.

- Chỉ định phẫu thuật cấp cứu:

✓ Chảy máu nhiều ở một bên phổi khi không có điều kiện chụp động mạch phế quản gây bít tắc.

✓ Ho ra máu nặng sau khi gây bít tắc động mạch phế quản thất bại.

✓ Ho ra máu nặng ảnh hưởng đến huyết động học, gây suy hô hấp.

- Chỉ định ngoại khoa tiến hành ở các bệnh nhân có tổn thương khu trú, khi tình trạng toàn thân, chức năng hô hấp cho phép.

- Chống chỉ định phẫu thuật ở các bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn không phẫu thuật được hoặc bệnh nhân có chức năng hô hấp trước ho ra máu quá kém, không cho phép cắt phổi được.

## **7. Điều trị nguyên nhân:**

- Điều trị các nguyên nhân gây ho ra máu như lao phổi, giãn phế quản, ung thư phế quản phổi, phù phổi cấp,...

## TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI

### I. ĐẠI CƯƠNG:

#### 1/ ĐỊNH NGHĨA:

❖ **Màng phổi có nước:**

- + Dịch thấm: là bệnh có phù nhiều nội tạng.
- + Dịch viêm: lao, ung thư.

Phân biệt bằng làm phản ứng Rivalta, và tìm BK.

### II. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG:

- Hội chứng 3 giảm, tùy nguyên nhân mà có thêm triệu chứng khác.

#### 1. Cận lâm sàng:

Xét nghiệm:

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

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

### III. ĐIỀU TRỊ

- ❖ Chủ yếu điều trị nguyên nhân (thận hư nhiễm mỡ, abscess phổi, abscess gan vỡ lên màng phổi, suy tim, sốt xuất huyết...)
- ❖ Chọc tháo bớt dịch màng phổi, nếu nhiều gây khó thở (thường dùng kim 18 dẫn lưu chậm)

Trường hợp dịch tái phát nhiều, nhanh có thể đặt ống dẫn lưu dịch màng phổi.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- BÀI GIẢNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC TPHCM

# TRÀN MỦ MÀNG PHỔI

(Bổ sung tháng 06 năm 2016)

## I. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

- Dựa vào các triệu chứng lâm sàng:

- + Hội chứng nhiễm trùng.
- + Hội chứng 3 giảm.
- + Có lỗ rò mủ trên thành ngực hoặc ho khạc đờm mủ kèm hội chứng tràn dịch màng phổi trên bệnh nhân có hội chứng nhiễm trùng rõ.

- Dựa vào các triệu chứng cận lâm sàng :

- + Hình ảnh TDMP trên Xquang, siêu âm, chụp CLVT.
- + Chọc dò khoang màng phổi: là thăm dò quan trọng nhất có ý nghĩa quyết định cho chẩn đoán có phải MMP hay không.

Nếu dịch màng phổi chỉ vẩn đục thì soi tế bào sẽ cho biết có phải MMP hay không. Trường hợp MMP, trong dịch màng phổi có nhiều bạch cầu đa nhân mà chủ yếu là bạch cầu đa nhân thoái hóa. Nói chung tùy theo bệnh nhân đang ở giai đoạn nào mà dịch màng phổi có những đặc điểm khác nhau:

- Ở giai đoạn sớm hoặc cấp, các biểu hiện cận lâm sàng cần nghi ngờ nếu MMP có một hoặc nhiều dấu hiệu sau:

- \* pH < 7,2.
- \* Glucose < 40mg%.
- \* LDH > 1000 UI/100 mL.
- \* Protein > 2,5g%.
- \* Bạch cầu đa nhân trung tính > 500/mL.
- \* Áp lực thẩm thấu > 1.080.
- \* Dịch lỏng như huyết thanh hoặc đục thường vô trùng.

- Ở giai đoạn mủ thanh tợ (ũbrinopurulent)/ giai đoạn trung gian: dịch đặc, đục hoặc nuôi cấy vi khuẩn dương tính.

- Ở giai đoạn tổ chức hóa/ giai đoạn muộn: vách hóa.

## II. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

### 1.1 TDMP mủ do lao

- Thường xảy ra cho những bệnh nhân có cơ địa suy dinh dưỡng, suy kiệt.
- Do tổ chức hoại tử bã đậu bã vữa vào khoang màng phổi.

- Mủ không thối.
- Soi cấy dịch màng phổi có thể tìm thấy AFB.
- Sinh thiết màng phổi có tổn thương đặc hiệu do lao.
- PCR - AFB dịch màng phổi có thể dương tính.
- Xquang phổi: hình ảnh thâm nhiễm lao.
- Các xét nghiệm hỗ trợ khác như phản ứng Mantoux, tìm AFB đờm.

## 1.2 Tràn dịch dưỡng chấp

- Dịch có màu đục như sữa.
- Gặp do tổn thương ống ngực sau chấn thương hoặc do bệnh ký sinh trùng.
- Dịch chứa nhiều chylomicrons, đặc biệt là triglyceride (thường lớn hơn hoặc bằng 110 gm/dL 1,24mmol/L).

## 1.3 TDMP giả dưỡng chấp (pseudochylothorax)

- Hiếm gặp.
- Dịch có màu vàng óng ánh do các tinh thể cholesterol.
- Lượng cholesterol có thể đạt mức 1g/dL (26mmol/L).
- Do TDMP mạn tính như trong TDMP do lao, do thấp.

## 1.4 Tràn dịch màng phổi dịch thanh tơ

- Dịch tiết.
- Số lượng tế bào bạch cầu trung tính thoái hóa thấp.
- pH dịch màng phổi toan nhẹ (7,5 - 7).

Lưu đồ chẩn đoán tràn mủ màng phổi:

## III. ĐIỀU TRỊ

### 1. Nguyên tắc điều trị

- MMP phải được điều trị nội trú tại bệnh viện, ở các đơn vị có khả năng đặt ống dẫn lưu màng phổi
- Dẫn lưu mủ sớm, rửa màng phổi hằng ngày với natriclorua 0,9%, có thể kết hợp bơm streptokinase vào khoang màng phổi nếu có chỉ định.
- Kháng sinh dùng liều cao, phối hợp ít nhất 2 loại, đường toàn thân kéo dài 4 - 6 tuần.
- Đảm bảo dinh dưỡng, bồi phủ nước và điện giải.
- Phát hiện và điều trị các ổ nhiễm khuẩn nguyên phát, các bệnh phổi hợp nếu có.
- Vật lý trị liệu phục hồi chức năng hô hấp sớm.

## 2. Dẫn lưu mủ

Nên nhanh chóng dẫn lưu mủ chứ không theo dõi (Grade 1B)

- Chỉ định:

+ Chọc dò thấy dịch mủ

+ Tế bào dịch màng phổi: có tế bào bạch cầu đa nhân thoái hóa.

+ Vi khuẩn: nhuộm Gram thấy hình ảnh vi khuẩn, cấy dịch MP có vi khuẩn.

+ Sinh hóa: pH < 7,2; glucose < 60 mg/dL.

- Thận trọng trong trường hợp sau: rối loạn đông máu nặng, ổ mủ nhỏ, ổ mủ gần trung thất (cần tiến hành dẫn lưu mủ dưới hướng dẫn của máy chụp cắt lớp vi tính lồng ngực nếu có điều kiện).

- Sử dụng ống dẫn lưu 18 - 36F tùy từng trường hợp, hút liên tục với hệ thống dẫn lưu kín áp lực -20 đến -40 cm nước.

- Bơm rửa khoang màng phổi qua ống dẫn lưu hằng ngày bằng natriclorua 0,9% cho tới khi dịch hút ra trong (thường rửa khoảng 1500 - 2000 ml). Không bơm rửa nếu có rò phế quản màng phổi (biểu hiện ho, sặc khi bơm rửa).

- Bơm các thuốc tiêu sợi huyết (streptokinase, urokinase, tissue plasminogen activator [TPA]) vào khoang màng phổi sẽ giúp dẫn lưu mủ dễ dàng hơn. Liều TPA : 10 - 100mg mỗi ngày

- Đối với bệnh nhân đã đặt ống dẫn lưu đúng vị trí mà dẫn lưu không tốt nên phổi hợp thêm chất tiêu đờm (Mucolytic agents) bơm vào khoang màng phổi.

Liều : Deoxyribonuclease (DNase) 5mg kết hợp TPA 10mg , hai lần mỗi ngày trong ba ngày tốt hơn sử dụng đơn độc (Grade 2B)

- Chỉ định rút ống dẫn lưu khi:

+ Xquang hoặc siêu âm màng phổi không còn dịch.

+ Ống dẫn lưu không còn ra mủ.

+ Bơm rửa thấy dịch trong.

+ Ống dẫn lưu đặt quá 10 - 14 ngày mà còn mủ: cần thay ống dẫn lưu mới (cấy vi khuẩn đầu ống dẫn lưu).

## 3. Điều trị kháng sinh

---

Nguyên tắc dùng kháng sinh:

- Dùng kháng sinh sớm.
- Phối hợp từ 2 kháng sinh trở lên theo đường tĩnh mạch hoặc tiêm bắp.
- Liều cao ngay từ đầu.
- Sử dụng thuốc ngay sau khi lấy được bệnh phẩm chẩn đoán vi sinh vật.
- Thay đổi kháng sinh dựa vào diễn biến lâm sàng và kháng sinh đồ nếu có.
- Thời gian dùng kháng sinh ít nhất 4 tuần (có thể kéo dài đến 6 tuần tùy theo lâm sàng và Xquang phổi).

Các loại kháng sinh có thể dùng như sau:

- Penicillin G 10 - 50 triệu đơn vị tùy theo tình trạng và cân nặng của bệnh nhân, pha truyền tĩnh mạch chia 3 - 4 lần/ngày, kết hợp với 1 kháng sinh nhóm aminoglycoside:
- Gentamycin 3 - 5 mg/kg/ngày tiêm bắp 1 lần.
- Amikacin 15 mg/kg/ngày tiêm bắp 1 lần hoặc pha truyền tĩnh mạch trong 250 ml natriclorua 0,9%.
- Nếu nghi vi khuẩn tiết betalactamase thì thay penicillin G bằng amoxicillin + acid clavulanic hoặc ampicillin + sulbactam, liều dùng 3 -6 g/ngày (các biệt dược Augmentin, Curam, Unasyn...).
- Nếu nghi ngờ do vi khuẩn gram âm thì dùng cephalosporin thế hệ 3 như cefotaxim 3 - 6 g/ngày, ceftazidime 3 - 6 g/ngày; hoặc imipenem kết hợp với kháng sinh nhóm aminoglycoside với liều tương tự như đã nêu ở trên.
- Nếu nghi ngờ do vi khuẩn yếm khí thì kết hợp nhóm betalactam + acid clavulanic; hoặc ampicillin + sulbactam hoặc cephalosporin thế hệ 3; hoặc imipenem... với metronidazole liều 1 - 1,5 g/ ngày, truyền tĩnh mạch chia 2 - 3 lần trên ngày, hoặc penicillin G 10 - 50 triệu đơn vị kết hợp metronidazole 1 - 1,5 g/ngày truyền tĩnh mạch, hoặc penicillin G 10 - 50 triệu đơn vị kết hợp clindamycin 1,8g/ngày truyền tĩnh mạch.
- Nếu tràn mủ màng phổi do nhiễm khuẩn mắc phải bệnh viện, khi chưa có kết quả kháng sinh đồ có thể dùng kháng sinh: ceftazidime 3 - 6 g/ngày chia 3 lần hoặc piperacilin + tazobactam 4,5g x 3 lần/ngày hoặc imipenem, meronem kết hợp kháng sinh nhóm aminoglycoside hoặc quinolone, metronidazole. Điều chỉnh kháng sinh theo diễn biến lâm sàng và kết quả kháng sinh đồ.

- Nếu nghi ngờ do tụ cầu: oxacinin 6 - 12 g/ngày hoặc vancomycin 1 - 2 g/ngày, kết hợp với amikacin khi nghi tụ cầu kháng thuốc.
- Nếu do amip thì dùng metronidazole 1,5 g/ngày, truyền tĩnh mạch chia 3 lần/ngày kết hợp với kháng sinh khác.

#### **4. Điều trị triệu chứng**

- Cho paracetamol nếu có sốt > 38oC (thận trọng ở những bệnh nhân có tiền sử bệnh lý gan mật).
- Dinh dưỡng: chế độ ăn giàu chất dinh dưỡng.
- Thở oxy khi có suy hô hấp.
- Điều trị sốt nhiễm trùng nếu có.
- Cân bằng nước, điện giải. Dùng thêm vitamine B1, B6 liều cao nếu có tiền sử nghiện rượu.

#### **5. Nội soi can thiệp khoang màng phổi**

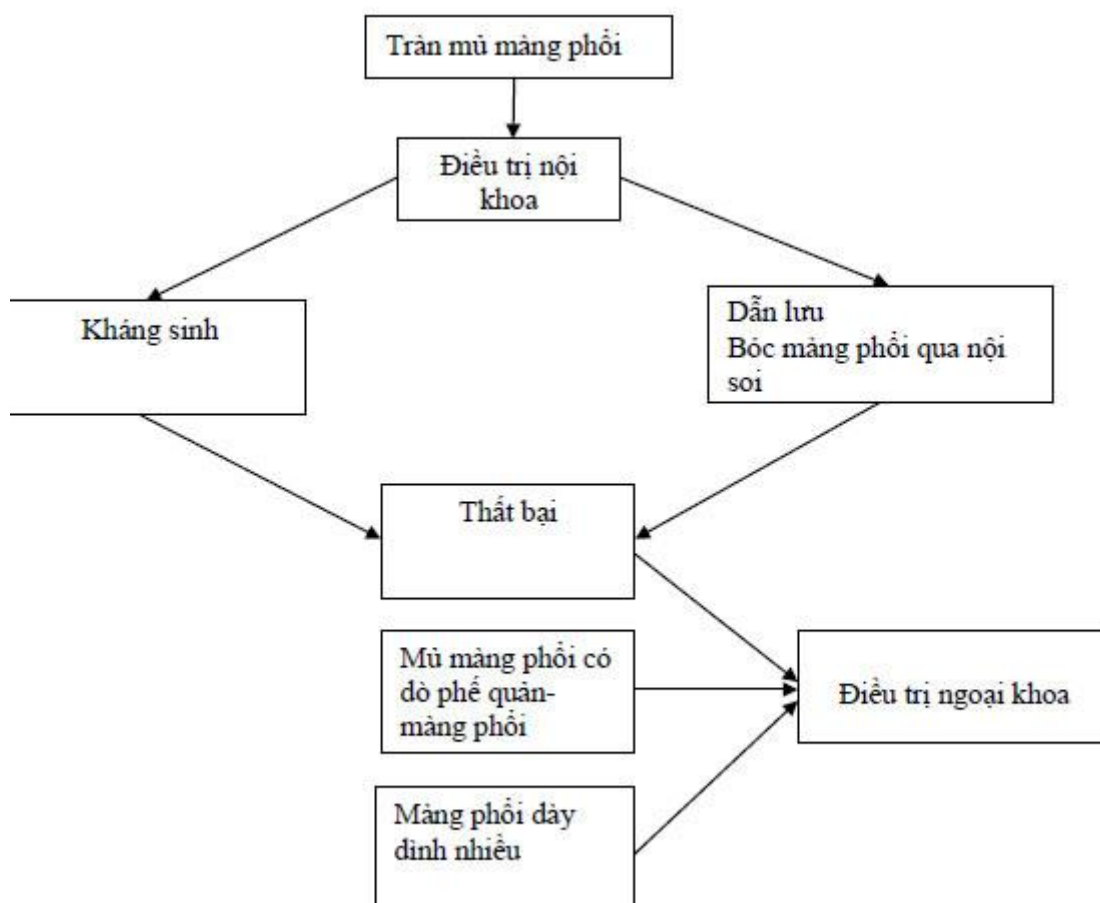
Những cơ sở có điều kiện nên tiến hành nội soi can thiệp khoang màng phổi sớm để giải phóng ổ mủ, bơm rửa khoang màng phổi, phát hiện và xử lý ổ rò phế quản - màng phổi và có thể bóc màng phổi qua nội soi.

#### **6. Điều trị ngoại khoa**

- Khi dùng kháng sinh dẫn lưu mủ thất bại sau 4 - 6 tuần.
- MMP có rò phế quản - màng phổi.
- Phẫu thuật bóc vỏ màng phổi khi màng phổi bị dày dính nhiều, gây hạn chế chức năng hô hấp (lâm sàng bệnh nhân khó thở, rối loạn thông khí hạn chế).

#### **7. Phục hồi chức năng hô hấp**

Tập sớm để mủ thoát ra ngoài dễ dàng hơn và đề phòng dày dính mang phổi về sau. Có thể thực hiện 1 ngày sau khi đặt ống dẫn lưu màng phổi.



Lưu đồ điều trị tràn mủ màng phổi:

#### IV. TIẾN TRIỂN, TIÊN LƯỢNG, BIẾN CHỨNG VÀ TỬ VONG

##### 1 Tiến triển

Tiến triển của viêm mủ màng phổi phụ thuộc: bệnh nguyên, tổn thương giải phẫu bệnh, tình trạng kháng thuốc và hiệu quả của điều trị. Bệnh sẽ chuyển sang viêm màng phổi mủ mạn tính sau 2 - 3 tháng. Nguyên nhân:

- Dịch dẫn lưu màng phổi chảy không liên tục do dẫn lưu muộn hoặc hút không hết hoàn toàn dịch trong khoang màng phổi.
- Tổ chức phổi cứng kém đàn hồi (do thay đổi xơ hóa ở các vùng có viêm trước đó).
- Hở khoang màng phổi sau khi đã hình thành lỗ rò màng phổi - phế quản.
- Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng:
- Bệnh diễn biến có tính chất chu kỳ, đợt cấp xen lẫn với các đợt bệnh thuyên giảm.
- bị hẹp).

## 2 Tiên lượng

Một số công trình nghiên cứu đã nhận thấy rằng có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến tiên lượng của người bệnh. Các tác giả dựa vào các thông số như ở mức độ dịch màng phổi, cấy dịch màng phổi và sinh hóa dịch màng phổi để đánh giá tiên lượng của mũ màng phổi.

10.2.1 Các bệnh nhân có hình ảnh lớp dịch trên chụp CLVT hoặc siêu âm màng phổi có độ dày < 10 mm, dịch màng phổi thuộc thể tự do hoặc do lượng dịch quá ít nên không thể lấy dịch ra làm xét nghiệm được, nhóm này thuộc loại có tiên lượng khá.

10.2.2 Các bệnh nhân có độ dày của TDMP ở một bên và lượng dịch chỉ < 50% thể tích của khoang màng phổi, tràn dịch màng phổi thể tự do. Vi trùng nuôi cấy và nhuộm dịch màng phổi đều cho kết quả âm tính. Sinh hóa dịch màng phổi có độ pH > 7,2, những trường hợp không đo được pH thì nhất thiết glucose dịch màng phổi phải > 60mg/dL. Loại mũ màng phổi thuộc nhóm này có tiên lượng xấu hơn các bệnh nhân ở nhóm thứ nhất.

Các bệnh nhân có ít nhất một số tiêu chuẩn sau: 1) dịch màng phổi chiếm hơn một nửa thể tích của lồng ngực hoặc kết hợp với dày màng phổi lá thành; 2) Nhuộm Gram hoặc nuôi cấy vi khuẩn dương tính; 3) pH dịch màng phổi < 7,2 hoặc glucose dịch màng phổi < 60 mg/dL. Các bệnh nhân thuộc nhóm này có tiên lượng xấu nhất.

## 3 Biến chứng

Nhiễm khuẩn huyết, suy mòn, thận nhiễm bột.

## 4 Tử vong

Theo một báo cáo cho biết nguy cơ tử vong sẽ cao hơn 6,5 lần nếu mũ màng phổi có cả hai bên, trong khi đó nếu chỉ bị MMP một bên nguy cơ trên chỉ là 3,7 lần (Hasley PB và CS., 1996). Một số nguyên nhân khác làm tăng tỷ lệ tử vong đối với các bệnh nhân MMP như bệnh nhân còn có đồng thời mắc thêm các bệnh khác hoặc bệnh nhân MMP, nhưng không được điều trị gì hoặc có biểu hiện suy hô hấp kèm theo PaO<sub>2</sub> < 60 mmHg.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Quý Châu và cộng sự (2012). "Tràn mũ màng phổi". Bệnh Hô hấp Nhà xuất bản Giáo dục Việt nam.
2. Charlie Strange , MD (2013). "Parapneumonic effusion and empyema in adults". UpToDate.

## MỤC LỤC



NỘI DUNG	TRANG
<i>1. Tiêu chuẩn chẩn đoán lao</i> .....	01
<i>2. Phân loại bệnh lao phổi</i> .....	02
<i>3. Độc tính của thuốc kháng lao đối với cơ thể</i> .....	04
<i>4. Điều trị lao phổi theo phát đồ hoá trị liệu ngắn ngày có kiểm soát (DOST)</i> .....	06
<i>5. Phác đồ điều trị lao bổ sung</i> .....	07
<i>6. Viêm phổi do lao</i> .....	08
<i>7. Lao và HIV</i> .....	10
<i>8. Lao kê</i> .....	12
<i>9. Viêm phổi</i> .....	14
<i>10. Phác đồ điều trị viêm phổi</i> .....	19
<i>11. Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD)</i> .....	23
<i>12. Đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính</i> .....	31
<i>13. Hồi sức cấu cứu ngưng hô hấp – tuần hoàn</i> .....	36
<i>14. Ho ra máu</i> .....	38
<i>15. Phác đồ điều trị ho ra máu</i> .....	40
<i>16. Tràn dịch màng phổi</i> .....	43
<i>17. Tràn mủ màng phổi</i> .....	44

---