

PHẦN A
PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ
HỆ NỘI – DA LIỄU

CƠN TĂNG HUYẾT ÁP

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Con tăng huyết áp là tình trạng tăng huyết áp đột ngột với huyết áp tâm trương vượt >120mmHg.

- Phân loại:

+Tăng huyết áp cấp cứu: là cơn tăng huyết áp kèm tổn thương cơ quan đích tiến triển cấp tính (VD tổn thương tim, não, thận v.v...) đòi hỏi phải hạ huyết áp trong vòng vài giờ bằng thuốc đường tĩnh mạch.

+Tăng huyết áp khẩn trương: là cơn tăng huyết áp không kèm triệu chứng tổn thương cơ quan đích tiến triển cấp tính, huyết áp có thể được giảm dần trong vòng 24-72 giờ khi dùng thuốc bằng đường uống.

+Tăng huyết áp ác tính-gia tăng: là cơn tăng huyết áp kèm theo tổn thương đáy mắt (phù hay xuất huyết) và các biến chứng khác.

II. CHẨN ĐOÁN:

1.Chẩn đoán xác định :

- Huyết áp tâm trương > 120mmHg.

-Kèm ít nhất một trong các tiêu chuẩn sau:

+Phù gai thị.

+Suy thận gia tăng.

+Biến chứng thần kinh cấp tính.

+Biến chứng tim mạch cấp tính.

2. Chẩn đoán loại cơn tăng huyết áp:

a. Tăng huyết áp cấp cứu:

-Bệnh não do tăng huyết áp Tăng huyết áp ác tính (một số trường hợp).

-Tăng huyết áp nặng kèm các biến chứng cấp tính.

*Mạch máu não:

- Xuất huyết trong sọ.

- Xuất huyết dưới nhện.

- Nhũn não nghẽn mạch nặng cấp tính.

*Thận: suy thận tiến triển nhanh.

*Tim mạch:

- Phình bóc tách động mạch chủ.

- Suy tim trái cấp với phù phổi.

- Nhồi máu cơ tim.

- Cơn đau thắt ngực không ổn định. Sản giật hay tăng huyết áp nặng khi có thai.

Tình trạng tăng tiết Catecholamin:

- Cơn u tủy thượng thận

- Do ngưng thuốc hạ huyết áp đột ngột (Clonidine, Methyldopa). Chấn thương đầu.

b. Tăng huyết áp khẩn trương:

- Tăng huyết áp ác tính-gia tăng.

- Bồng nặng.

- Viêm cầu thận cấp với tăng huyết áp nặng.

- Viêm mạch máu toàn thân cấp tính.

- Tăng huyết áp liên quan phẫu thuật.

- Tăng huyết áp sau phẫu thuật.

- Tăng huyết áp nặng ở bệnh nhân cần phẫu thuật khẩn cấp.
- Chảy máu cam nặng.
- Do ngưng thuốc huyết áp đột ngột.

3. Cận lâm sàng:

- TPTTBMBMĐTĐ, creatinin, đường huyết, ion đồ, tổng phân tích nước tiểu.
- Đo ECG
- X quang phổi thẳng.
- Tùy theo nghi vấn tổn thương cơ quan đích nào có thể chỉ định thêm các xét nghiệm thăm dò sâu hơn tiếp theo.

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Mục đích và yêu cầu:

Đối với tăng huyết áp cấp cứu:

- Giảm 25% trị số huyết áp trung bình hay giảm trị số huyết áp tâm trương xuống <110mmHg trong vòng vài phút đến vài giờ.

- Theo dõi sát huyết áp vì tổn thương cơ quan đích có thể xảy ra hay tiến triển nặng thêm do giảm huyết áp quá nhanh. Nếu triệu chứng xấu hơn trong quá trình hạ huyết áp, tốc độ giảm huyết áp phải chậm lại hay phải ngưng tạm thời.

❖ Đối với tăng huyết áp khẩn trương:

- Cho phép hạ huyết áp trong vòng vài giờ đến 72 giờ.
- Thường đòi hỏi phối hợp thuốc.
- Cũng phải được theo dõi tại bệnh viện trong 24-72 giờ để chắc chắn bệnh nhân có đáp ứng điều trị và không gặp tác dụng phụ hay biến chứng.

2. Xử trí:

a. Xử trí tăng huyết áp cấp cứu:

Có thể dùng các thuốc sau tùy theo tình trạng bệnh nhân.

❖ Nitroprusside 0.25 - 10 mcg/kg/phút truyền tĩnh mạch.

Chỉ định: trong hầu hết các trường hợp tăng huyết áp cấp cứu.

Tác dụng ngay lập tức, thời gian tác dụng 2-3 phút sau khi truyền.

Tác dụng phụ: buồn nôn, nôn, dùng lâu dài gây ngộ độc cyanide, metHb.\

Nếu không có Nitroprusside dùng Adalat 10mg nhỏ dưới lưỡi

❖ Nitroglycerin 5 - 100 mcg/phút truyền tĩnh mạch.

Chỉ định: có kèm nhồi máu cơ tim, cơn đau thắt ngực.

Tác dụng 2-5 phút, thời gian tác dụng 5-10 phút.

Tác dụng phụ: đau đầu, đỏ mặt, nhịp nhanh, metHb.

b. Xử trí tăng huyết áp khẩn trương:

Có thể sử dụng đơn độc hay phối hợp các thuốc sau tùy tình trạng bệnh nhân.

❖ Captopril 25 mg uống hay ngậm dưới lưỡi, lập lại nếu cần.

Thận trọng: tụt huyết áp, suy thận với hẹp động mạch thận 2 bên.

Khởi phát 15-30 phút, thời gian tác dụng 6-8 giờ (khi uống)

15-30 phút, thời gian tác dụng 2-6 giờ (khi ngậm dưới lưỡi).

❖ Nifedipine 10 mg uống, lập lại nếu cần, có thể ngậm dưới lưỡi.

Thận trọng: bệnh mạch vành, tai biến mạch máu não.

Khởi phát 15-30 phút.

❖ **Thuốc lợi tiểu nhóm Thiazid dùng tiêm tĩnh mạch hoặc uống.**

IV. CHUYỂN VIỆN:

- Tăng huyết áp có kèm theo tổn thương cơ quan đích.
 - Chuyển viện an toàn: xe cấp cứu.
-

Tài liệu tham khảo:

- *Phác đồ điều trị Con tăng huyết áp - Bệnh viện Nhân dân 115.*
- *Phác đồ điều trị Tăng huyết áp cấp cứu - Bệnh viện Cấp cứu Trung Vương*

ĐAU BỤNG CẤP

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Đau bụng cấp là những cơn đau bụng từ nhẹ đến dữ dội, thường xảy ra đột ngột, có thể là biểu hiện của nhiều bệnh lý nội hay ngoại khoa.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Bệnh sử:

Đặc điểm cơn đau:

- Khởi phát: từ từ hay đột ngột.

Vị trí:

Kiểu đau; từng cơn, âm ỉ, co thắt.

- Hướng lan: khu trú hay lan tỏa.

Yếu tố giảm đau: sau khi đi tiêu, tư thế chống hông, sau nôn ói.

Triệu chứng đi kèm:

- Toàn thân: sốt, mệt mỏi.

- Đau đầu, nôn ói, tiêu chảy.

- Ho, thở nhanh, đau ngực.

- Tiểu lắt nhắt, tiểu gắt, tiểu khó, tiểu máu.

- Đau khớp.

2. Tiền căn:

- Phẫu thuật ở bụng; gợi ý dính ruột.

- Chấn thương bụng.

- Bệnh nội khoa, tiểu đường, hội chứng thận hư.

- Phụ khoa: kinh nguyệt, huyết trắng.

- Thuốc đã dùng.

- Tiền căn đau bụng trước đây.

3. Lâm sàng:

Tổng trạng:

- Dấu giảm thể tích, mất nước: chấn thương bụng, xoắn ruột, viêm phúc mạc

- Vàng da: bệnh lý gan, tán huyết.

- Sinh hiệu:

+ Sốt: gợi ý nhiễm trùng.

+ Thở nhanh: viêm phổi, toan chuyển hóa.

- Huyết áp thấp: chấn thương bụng, xoắn ruột, viêm phúc mạc

- Khám bụng: bụng chướng, nhu động ruột, vị trí đau, dấu hiệu viêm phúc mạc, thăm trực tràng.

- Khám tổng quát các cơ quan khác.

4. Cận lâm sàng:

- TPTTBM: Bạch cầu tăng gợi ý nhiễm trùng, hồng cầu giảm gợi ý xuất huyết.

Sinh hóa:

- Tăng men gan, lipase, amylase gan gợi ý viêm gan, viêm túi mật, viêm tụy.

- Đường huyết tăng gợi ý nhiễm toan ceton. Ion đồ, chức năng thận.

- TPT nước tiểu.

- X quang phổi thẳng: viêm phổi, X quang bụng không sửa soạn: dấu tắc ruột, thủng tạng rỗng, dị vật.

- Siêu âm bụng tổng quát: viêm ruột thừa, viêm tụy.... Siêu âm bình thường

cũng chưa loại trừ được.

III. ĐIỀU TRỊ:

- Điều trị theo nguyên nhân theo phác đồ điều trị từng bệnh.
- Tránh dùng thuốc giảm đau và kháng sinh khi chưa loại trừ nguyên nhân ngoại khoa.
- Có thể chườm ấm bụng.

IV. CHUYỂN VIỆN:

- Khi không xác định được chẩn đoán.
 - Khi tình trạng bệnh nặng, diễn tiến khó xác định.
 - Chuyển viện an toàn.
-

Tài liệu tham khảo:

Phác đồ điều trị Đau bụng cấp tính - Bệnh viện Nhi đồng 2.

BLOCK NHĨ THẤT ĐỘ 1

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Block nhĩ thất là một trong những loại rối loạn dẫn truyền hay gặp nhất. Do tổn thương thực thể hay cơ năng tại nút nhĩ thất hay thân bó His hoặc cả hai nhánh phải và trái làm cho sự dẫn truyền xung động từ tâm nhĩ xuống tâm thất bị chậm lại hay ngừng trệ.

- Block nhĩ thất độ 1: Là hiện tượng dẫn truyền chậm trễ từ tâm nhĩ xuống tâm thất, biểu hiện bằng đoạn PQ (PR) kéo dài trên điện tâm đồ $> 0,20$ giây. Hiện tượng này có thể gặp ở người bình thường hoặc trong một số bệnh lý của tim.

II. CHẨN ĐOÁN:

Phụ thuộc vào mức độ nhịp tim chậm và sự dung nạp của từng bệnh nhân.

1. Triệu chứng cơ năng:

- Block nhĩ thất độ 1 có nhịp thất chậm ít, bệnh nhân có thể không có triệu chứng gì cả.

- Nhưng nếu nhịp tim chậm nhiều thì lượng máu từ tim đến các cơ quan, trong đó có não bị giảm sút. Do đó, bệnh nhân có thể thấy choáng váng thoáng qua, mất thăng bằng và có khi bị xỉu hay thậm chí bị ngất (Hội chứng Adams- Stokes). Khi xảy ra cơn ngất, thì bệnh nhân mất ý thức, tay chân co quắp, sùi bọt mép.

2. Triệu chứng thực thể:

- Block nhĩ thất độ 1 không có triệu chứng thực thể gì đặc hiệu

3. Biểu hiện trên điện tâm đồ:

- Khoảng PQ (PR) $> 0,20$ giây.

- Mỗi sóng P đều có một phức bộ QRS đi sau.

- Khoảng PQ (PR) thường dài từ 0,20 đến 0,40 giây.

- Đôi khi PR dài tới 0,60 giây hoặc hơn làm nó có thể chồng lên sóng T của thất đồ trước.

III. ĐIỀU TRỊ:

- Block nhĩ thất độ 1 thường không cần điều trị gì đặc hiệu.

- Thuốc: Dùng trong trường hợp cấp cứu, đặc biệt khi bệnh nhân có ngất. Thuốc thường chỉ có tác dụng tạm thời để chờ cấy máy tạo nhịp hoặc trong giai đoạn cấp của một số bệnh chờ khi hồi phục.

• Atropine: 0.25 mg 2 ống tiêm tĩnh mạch chậm, nếu có tác dụng (tần số tim tăng) tiếp tục tiêm hoặc truyền tĩnh mạch.

• Dopamine truyền tĩnh mạch với liều bắt đầu 5mcg/kg/phút ở những bệnh nhân có kèm huyết áp thấp (huyết áp tối đa < 90 mmHg), tăng 2,5mcg/kg/phút mỗi 15-30 phút (liều tối đa không quá 20mcg/kg/phút).

• Adrenaline truyền tĩnh mạch liều 1-2 mcg/kg/phút nếu bệnh nhân trong tình trạng rất trầm trọng. (xem lại)

IV. CHUYỂN VIỆN:

- Block nhĩ thất độ 1 có rối loạn huyết động.

- Có chỉ định đặt máy tạo nhịp.

- Chuyển viện an toàn.

Tài liệu tham khảo:

- Phác đồ điều trị Block nhĩ thất độ 1 - Bệnh viện Cấp cứu Trung Vương.

CƠN ĐAU QUẶN THẬN

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Cơn đau quặn thận là hội chứng đau cấp tính vùng lưng và bụng.
- Do sự tắc nghẽn và sự co xát gây phản ứng co thắt đường tiêu trên, nhất là niệu quản, làm thận căng chướng cấp tính kéo theo sự dồn ép vỏ bọc thận.
- Có 75% - 80% liên quan tới sỏi.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Tính chất cơn đau:

- Thông thường sau một chuyển động hay không có nguyên nhân rõ ràng và về ban đêm.
- Cơn đau quặn thận có thể xuất hiện đột ngột hay sau những cơn đau nhẹ vùng hông lưng.
- Đau dữ dội, không có tư thế giảm đau hiệu quả.
- Kéo dài từ vài phút đến vài giờ.
- Lúc đầu khu trú ở góc sườn thắt lưng, sau đó lan ra trước vùng hố chậu, vùng bẹn.

2. Triệu chứng đi kèm:

- Buồn nôn, nôn, chướng bụng.
- Tiểu gắt, tiểu buốt, thiếu niệu hay vô niệu tạm thời.

3. Cận lâm sàng:

- TPTTBM
- Siêu âm bụng tổng quát.
- X quang bụng đứng không sửa soạn.
- Tổng phân tích nước tiểu.
- Creatinine khi cần.

4. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm ruột thừa, viêm túi mật, loét dạ dày tá tràng, thoát vị bẹn nghẹt.
- Bướu buồng trứng xoắn, thai ngoài tử cung.
- Tụ máu quanh thận, nhồi máu thận, xoắn tinh hoàn, viêm mào tinh hoàn.

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Giảm đau:

- Kháng viêm không steroid:
 - Mobic 15mg hoặc Diclofenac 75mg tiêm bắp 1 lần/ngày trong 2 ngày **hoặc thuốc không steroid khác.**
- **Thuốc chống co thắt.**
- Morphine 0,1mg/kg mỗi 4 giờ khi không giảm đau với kháng viêm không steroid.

2. Điều trị khác:

- Kháng sinh:
 - Khi có dấu hiệu nhiễm trùng.
 - Chọn loại kháng sinh không độc cho thận.
 - Điều chỉnh liều lượng theo tuổi, độ thanh thải creatinine.
 - Dùng kháng sinh uống hoặc tiêm tĩnh mạch.
 - Thời gian điều trị: 7-14 ngày. Ngưng kháng sinh khi hết sốt 3-5 ngày, hoặc thể trạng ổn định.
- Bù dịch khi có sốt, nôn ói. Hạn chế truyền dịch nhiều trong khi có cơn đau quặn thận.
- Chườm ấm bụng.

IV. CHUYỂN VIỆN:

- Khi điều trị như trên không hiệu quả, sau khi đã hội chẩn.
 - Có biến chứng kèm theo: nhiễm trùng, suy thận..
 - Chuyển viện an toàn.
-

Tài liệu tham khảo:

Phác đồ điều trị Con đau quặn thận - Bệnh viện Cấp cứu Trưng Vương.

CHOÁNG NHIỄM TRÙNG

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Choáng nhiễm trùng là tình trạng nhiễm trùng huyết có biểu hiện huyết áp thấp kéo dài mặc dù đã được bù dịch đầy đủ.
- Để xác định nguyên nhân cần tiến hành cấy máu.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Nhiễm trùng huyết:

- Sốt cao, lạnh run
- Mạch nhanh.
- Thở nhanh.
- Bạch cầu tăng hoặc giảm.

2. Triệu chứng choáng:

- Mạch nhanh, huyết áp tụt (huyết áp tối đa <90).
- Thở nhanh.
- Da nổi bông.
- Lơ mơ.
- Tiểu ít.

3. Cận lâm sàng:

- Bạch cầu máu tăng hoặc giảm, tiểu cầu giảm.
- Cấy máu (nếu có): (+) cấy 2 lần cách nhau 2 nơi khác nhau (khi rét run, sốt cao).
- SGOT tăng, SGPT tăng.
- Creatinin tăng, Đường huyết tăng, Ion đồ.
- Ổ mủ: Cấy mủ tìm vi trùng.
- Cấy nước tiểu.
- X quang và siêu âm (tim và bụng) để tìm nguyên nhân.
- Đo điện tâm đồ, Troponin I.

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Kháng sinh:

Nguyên tắc sử dụng kháng sinh:

- Cấy máu (nếu cần) trước khi sử dụng kháng sinh.
- Chọn kháng sinh ban đầu dựa vào yếu tố lâm sàng: dịch tể học, ngộ vào, bệnh lý nền.
- Thời gian điều trị từ 7 - 14 ngày hoặc lâu hơn tùy tình trạng bệnh.
- Ngưng kháng sinh khi bệnh nhân hết sốt 5 - 7 ngày, tổng trạng tốt.

2. Hồi sức tuần hoàn hô hấp:

- Theo dõi monitor liên tục.
- Đặt sonde tiểu, theo dõi lượng nước tiểu xuất nhập.
- Thở oxy ẩm 5 - 10 lít/phút bảo đảm SpO₂ >90%.

3. Dịch truyền:

- Natri chloride 0.9% TTM 100 - 200 giọt/phút, duy trì huyết áp tâm thu >80 mmHg.

4. Vận mạch:

- Nor adrenaline 0,2 - 10 mcg/kg/phút.
- Hoặc Dopamine 3 - 5 mcg/kg/phút trong 15 - 30 phút. Tăng liều 2 - 2,5 mcg/kg/phút khi cần.
- Dobutamine tối đa 20 mcg/kg/phút truyền tĩnh mạch khi có suy tim hoặc khi huyết áp chưa nâng lên được sau khi dùng Nor adrenaline hay Dopamine như trên.

5. Điều trị khác:

- Hydrocortisone khi không đáp ứng với dịch truyền hay thuốc vận mạch, không quá 300 mg/ngày (**mỗi 6 giờ/lần**).
- Hỗ trợ hô hấp, an thần.
- Sử dụng insulin để kiểm soát và giữ đường máu ở mức dưới 150mg %.

IV. CHUYỂN VIỆN:

- Huyết động tạm ổn định và chưa tìm được nguyên nhân.
- Chuyển viện an toàn đến bệnh viện gần nhất.

Tài liệu tham khảo:

Phác đồ điều trị Sốc nhiễm trùng - Bệnh viện Bệnh nhiệt đới.

SỐC ĐIỆN

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Máy sốc điện được phát minh vào năm 1899, có thể giúp chuyển tình trạng rung thất về nhịp xoang.

- Sốc điện là phương pháp sử dụng năng lượng điện để khôi phục lại nhịp tim bình thường. Phương pháp này đơn giản và tác dụng nhanh trong điều trị một số trường hợp rối loạn nhịp nhanh.

- Phương thức:

- Sốc điện không đồng bộ: máy phóng xung điện ngay thời điểm nhấn nút. Chỉ định trong rung thất.

- Sốc điện đồng bộ: máy nhận biết được vị trí sóng R trên ECG để tránh phóng xung điện vào thời kỳ nguy hiểm (sóng T). Chỉ định trong các rối loạn nhịp khác rung thất.

- Các loại máy sốc điện:

- Máy sốc điện cầm tay.

- Máy sốc điện bên ngoài tự động.

- Máy sốc điện chuyên nhịp cấy dưới da tự động.

II. CHỈ ĐỊNH:

- Rung nhĩ: Cần tối thiểu là 100J.

- Cường nhĩ: Từ 10J đến 50J.

- Nhịp nhanh trên thất: Từ 25J - 100J.

- Nhịp nhanh thất: Từ 25J - 50J. Nếu bệnh nhân mất mạch hay tụt huyết áp: bắt đầu từ 200J, tăng lên đến 360J nếu không đáp ứng.

- Rung thất: Từ 200J, tăng lên đến 360J nếu không hiệu quả.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Ngộ độc digitalis.

- Cơ nhịp nhanh ngắn, tái phát nhiều lần.

- Nhịp nhanh nhĩ đa ổ.

- Rung nhĩ với huyết động ổn định.

- Block nhĩ thất hoàn toàn.

IV. PHƯƠNG PHÁP TIẾN HÀNH:

Trường hợp khẩn cấp: có thể bỏ qua những bước chuẩn bị để nhanh chóng loại bỏ loạn nhịp nguy hiểm.

Trường hợp không khẩn cấp:

- Giải thích cho bệnh nhân.

- Khám lâm sàng, xem xét thuốc đang sử dụng.

- Đặt monitor theo dõi.

- Bệnh nhân được nằm trên mặt phẳng cứng.

- Diazepam uống. Thở oxy qua bóngambu hay qua mặt nạ.

- Kỹ thuật:

❖ Kiểm tra trên monitor để ghi nhận sự đồng bộ của sóng R.

❖ Chọn điện cực: người lớn điện cực có đường kính 8 - 10 cm, trẻ em điện cực có đường kính 5 cm.

❖ Bôi gel điện cực.

❖ Đặt điện cực: - Điện cực trước ở đáy tim, điện cực bên ở mỏm tim.

- Điện cực trước ở đáy tim, điện cực sau ở mỏm xương vai trái.

❖ Tiến hành sốc điện.

❖ Mức năng lượng điện:

Loạn nhịp	Máy 1 pha	Máy 2 pha
Cuồng nhĩ	50 (Đồng bộ)	30 (Đồng bộ)
Nhịp nhanh kịch phát trên thất	50 (Đồng bộ)	30 (Đồng bộ)
Rung nhĩ	100 (Đồng bộ)	70 (Đồng bộ)
Nhịp nhanh thất đơn dạng	100 (Đồng bộ)	70 (Đồng bộ)
Nhịp nhanh thất đa dạng và rung thất	360 (Không đồng bộ)	120 - 200 (Không đồng bộ)

❖ Theo dõi sát bệnh nhân sau sốc điện.

Tài liệu tham khảo:

Phác đồ điều trị Sốc điện - Bệnh viện Cấp cứu Trưng Vương.

SUY GIÁP

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Là tình trạng giảm hoạt động chức năng tuyến giáp, làm giảm sản xuất hormone giáp gây ra những tổn thương ở mô và rối loạn chuyển hóa.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

Có nhiều triệu chứng trên lâm sàng gợi ý:

- | | |
|----------------------------------|--------------------------|
| - Sợ lạnh | - Trầm cảm |
| - Tăng cân | - Giảm trí nhớ |
| - Da khô | - Phù niêm |
| - Phù quanh hốc mắt | - Xanh xao |
| - Giọng nói thay đổi, khàn giọng | - Bướu giáp |
| - Chậm chạp | - Hói đầu |
| - Mệt mỏi | - Đau cơ |
| - Táo bón | - Nhịp tim chậm |
| - Rong kinh | - Phản xạ gân cơ giảm |
| - Vẻ mặt vô cảm | - Rối loạn chuyển hóa mỡ |

2. Cận lâm sàng:

- Suy giáp nguyên phát: TSH cao và FT4 thấp.
- Suy giáp thứ phát: TSH bình thường/ thấp và FT4 thấp.
- Suy giáp dưới lâm sàng: TSH cao và FT4 bình thường.

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Levothyroxine (T4), L-thyroxine, Thyroxine:

❖ Bệnh nhân thông thường:

- Liều khởi đầu: 50 - 100 mcg/ngày uống 1 lần.
Tăng 25 - 50 mcg mỗi 3 - 4 tuần cho đến khi TSH về bình thường.
- Liều duy trì: 100 - 200 mcg/ngày uống 1 lần.

❖ Bệnh nhân già, bệnh nhân có bệnh mạch vành, suy giáp lâu ngày:

- Liều khởi đầu: 25 - 50 mcg/ngày.
Tăng liều 25 mcg mỗi 4 tuần cho đến khi TSH về bình thường.

❖ Hội chứng Sheehan: nên cho hormone thượng thận trước để tránh suy thượng thận cấp khi cho hormone giáp.

❖ Bệnh nhân có thai: nên cho liều cao hơn để tránh bướu giáp thai nhi.

❖ Suy giáp dưới lâm sàng:

- Liều 25 - 50mcg/ngày
Tăng liều đến khi TSH về bình thường.

❖ Hôn mê suy giáp:

- Liều đầu: 200 - 500 mcg tiêm mạch.
- Liều duy trì: 100 - 200 mcg/ngày tiêm mạch hoặc qua sonde dạ dày cho đến khi bình giáp thì đổi qua uống.

Chú ý:

Cách dùng và theo dõi:

- Uống trước ăn sáng 30 phút.
- Uống cách xa các loại thuốc khác.
- Bệnh nhân già: mắc monitor theo dõi.
- Đo TSH và FT4 mỗi 4 tuần.

Tác dụng phụ: khi dùng quá liều gồm có đau ngực, nhịp nhanh, hồi hộp, tiêu chảy, nôn, đau đầu, buồn ngủ.. .

2. Liothyronine (T3)

❖ Bệnh nhân thông thường:

- Liều khởi đầu: 20 mcg/ngày uống 1 lần.

Tăng liều đến khi bình giáp hoặc TSH về bình thường.

- Liều duy trì: 60 - 100 mcg/ngày chia 2 - 3 lần.

❖ Bệnh nhân già, bệnh nhân có bệnh mạch vành, suy gan lâu ngày: khởi đầu liều thấp và tăng dần.

❖ Hôn mê suy giáp: 50 mcg TMC, sau đó 25 mcg mỗi 8 giờ cho đến khi cải thiện, sau đó 25 mcg tiêm mạch mỗi 12 giờ.

Chú ý: theo dõi:

- Tăng liều dựa trên đáp ứng lâm sàng, thử TSH, FT4 đều đặn.

- Thận trọng ở bệnh nhân lớn tuổi, có bệnh mạch vành.

IV. CHUYỂN VIỆN:

- Khi điều trị như trên không hiệu quả.

- Khi bệnh nhân có nhiều bệnh phối hợp hoặc có yếu tố nguy cơ (bệnh nhân lớn tuổi, có bệnh mạch vành)

Tài liệu tham khảo:

Phác đồ điều trị Suy giáp - Bệnh viện Nhân dân Gia định.

HẠ CALCI MÁU

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Hạ calci máu khi calci toàn phần trong máu $< 80\text{mg/lít}$ (hoặc 2 mmol/lít), hoặc calci ion hóa $< 1\text{ mmol/lít}$

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Hỏi bệnh:

- Tiền căn có hạ calci máu.
- Co giật không có sốt, nôn ói.
- Ngất, có hoặc không kèm theo mất ý thức.
- Đau kiến bò.

2. Lâm sàng:

❖ Thần kinh:

- Tăng kích thích, run cơ.
- Co cứng cơ (bàn tay đờ để hoặc bàn chân ngựa).
- Dấu hiệu Chvostek, Trousseau. Lust,....

❖ Các dấu hiệu khác:

- Không sốt.
- Khó thở thanh quản.
- Suy tim không rõ nguyên nhân.
- Rối loạn nhịp tim.
- Còi xương.
- Đôi khi không có triệu chứng lâm sàng.

3. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm calci máu và magnesium máu khăn.
- Các xét nghiệm tìm nguyên nhân: chỉ tiến hành khi hạ calci máu nặng hoặc tái phát.

- Phosphatase kiềm, creatinine máu
- X quang cổ tay và hệ xương.

❖ Cơ Tetani:

- Cơ tetani xuất hiện do hạ canxi máu nặng.
- Biểu hiện: dị cảm ở đầu chi, môi, lưỡi, bàn cổ chân, đau cơ lan tỏa, co cứng cơ vùng mặt, tay, chân.

- Dấu hiệu Chvostek biểu hiện bằng sự co cơ mặt tự phát sau khi gõ nhẹ vào dây thần kinh mặt ở vị trí ngay trước ống tai. Dấu hiệu này gặp trong hầu hết các trường hợp hạ canxi máu cấp.

- Dấu hiệu Trousseau biểu hiện bằng sự co rút các cơ vùng cổ tay, bàn tay xuất hiện khi giảm lượng máu cung cấp cho bàn tay, dấu hiệu này còn gặp trong hạ magie, kiềm hóa máu, hạ kali máu.

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Hạ calci máu nặng (calci ion hóa toàn phần $< 70\text{ mg/lít}$ hoặc $1,75\text{ mmol/lít}$ hoặc $3,5\text{ mEq/lít}$) hoặc có triệu chứng lâm sàng:

- Calci tĩnh mạch:

❖ Gluconate calcium 10% **0,3-0,5 ml/kg** tĩnh mạch chậm, hoặc:

❖ Calci chlorua 10% 0,3-0,5 ml/kg pha loãng **với nước cất** 5-10 lần tĩnh mạch chậm.

- Sau đó duy trì truyền tĩnh mạch: (xem lại pha với gì)

❖ Calci gluconate 10% 4-6 ml/kg/ngày, hoặc:

❖ Calci chlorua 10% 1-2 ml/kg/ngày

Thời gian duy trì tối thiểu 48 giờ. Sau 48 giờ chuyển sang đường uống.

- Calci uống:

❖ Calci gluconate 10% 75 mg/kg/ngày chia làm 4 lần.

❖ Bổ sung vitamine D đường uống.

2. Hạ calci máu nhẹ:

- Calci uống: Calci gluconate 10% 75 mg/kg/ngày chia làm 4 lần cho đến khi calci máu về bình thường.

- Tăng cung cấp vitamine D lên 2400 đơn vị/ngày.

IV. CHUYỂN VIỆN:

- Hạ calci máu nặng không đáp ứng với điều trị như trên.

- Chuyển viện an toàn.

Tài liệu tham khảo:

Phác đồ điều trị Hạ calci máu - Bệnh viện Nhi đồng 2

NHỒI MÁU CƠ TIM CÓ ST CHÊNH LÊN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Nhồi máu cơ tim có ST chênh lên (STEMI) thường do huyết khối gây tắc động mạch vành thượng mạc:

- Vỡ hoặc bào mòn vỏ xơ sợi của mảng xơ vữa dễ bị tổn thương có thể dẫn đến hoạt hóa tiêu cầu, hình thành thrombin, và tạo huyết khối, dẫn đến tắc mạch máu và thiếu máu cục bộ cơ tim/ nhồi máu cơ tim. Bằng chứng huyết khối động mạch vành trên hình ảnh chụp động mạch vành hiện diện > 90% bệnh nhân nhồi máu cơ tim có ST chênh lên.

- Do tính chất đột ngột và tắc của huyết khối động mạch vành ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim có ST chênh lên, hoại tử cơ tim thường không giới hạn ở lớp nội mạc mà còn lan rộng xuyên thành thất.

II. CHẨN ĐOÁN

1. LÂM SÀNG:

- Diễn hình: bệnh nhân STEMI thường nhập viện với biểu hiện cơn đau thắt ngực lúc nghỉ ngơi.

- Không diễn hình: khó thở, vã mồ hôi, buồn nôn và chóng mặt có thể xảy ra ở trường hợp không có đau ngực, đặc biệt là ở phụ nữ, bệnh nhân đái tháo đường và người già.

- Cung lượng thấp: nhồi máu một phần đáng kể thất trái có thể dẫn đến cung lượng tim thấp (hạ huyết áp, nhanh xoang, vã mồ hôi, da lạnh, suy giảm nhận thức) và gia tăng áp lực đổ đầy [áp lực tĩnh mạch cảnh tăng, ran phổi].

- Loạn nhịp: nhịp nhanh thất và rung thất.

- Nhồi máu thất phải [tắc động mạch vành phải]:

+ Loạn nhịp: nhịp chậm xoang và / hoặc block nhĩ thất.

+ Suy thất phải: nhồi máu thất phải liên quan đến tắc đoạn gần động mạch vành phải có thể biểu hiện bằng tụt huyết áp và tĩnh mạch cảnh căng phồng mà không có phù phổi.

2. CẬN LÂM SÀNG

- Xét nghiệm cơ bản: TPTTBM, glucose, creatinin, ion đồ

- Xét nghiệm dấu ấn sinh học: CK-MB, Troponin I

- Điện tâm đồ

* ST chênh lên > 1 mm (0,1 mV) ở ít nhất hai chuyển đạo tiếp giáp

* Block nhánh trái mới (LBBB) trong bối cảnh lâm sàng nghi ngờ cao

* Phân vùng trên điện tâm đồ:

+ Trước rộng: V1 - V6

+ Trước vách: V1 - V3 + Thành bên: V4 - V6, I, aVL + Thành dưới: II, III, aVF

+ Thành sau: V7 - V9, sóng R cao và ST chênh xuống ở V1 - V2

+ Thất phải: V4R, V5R, V6R

- Chẩn đoán phân biệt về vấn đề ST chênh lên trên điện tâm đồ:

+ Viêm màng ngoài tim cấp

+ Tái cực sớm + Phi đại tâm thất trái + Bệnh cơ tim phì đại

+ Hội chứng Wolff - Parkinson - White + Hội chứng Brugada

- + Hội chứng Tako - Tsubo (bệnh cơ tim do stress)
- + Co thắt mạch vành cũng có thể dẫn đến ST chênh lên, mặc dù thay đổi trên điện tâm đồ thường thoáng qua.
- + Bóc tách động mạch chủ cùng với che lấp động mạch vành có thể dẫn đến ST chênh lên.

III. ĐIỀU TRỊ

❖ Thời gian là vàng

- Nguyên tắc cơ bản trong điều trị STEMI là chẩn đoán và điều trị tái tưới máu kịp thời. Tái thông mạch máu nhanh chóng liên quan với cải thiện kết cục ngắn hạn và dài hạn.

- Mục tiêu: tổng thời gian thiếu máu cục bộ tính từ khi khởi phát triệu chứng: < 120 phút.

❖ Xử trí:

1. Bệnh nhân nằm nghỉ, giải thích cho bệnh nhân tránh lo lắng
2. Thở Oxy 2 - 5l/phút qua mũi, Oxy 6l/phút khi độ bão hòa oxy <90%.
3. Lập đường truyền tĩnh mạch: NaCl 0,9%. Lấy máu xét nghiệm men tim.
4. Đo ECG 12 chuyển đạo. Monitor liên tục phát hiện các rối loạn nhịp tim để xử trí.
5. Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn mỗi 10-20-30 phút cho đến khi chuyển viện sớm và an toàn.
6. Giảm đau:

*Nitroglycerin (NTG) ngậm dưới lưỡi (0.3-0.6mg) hoặc xịt 1-2 nhát/1-2 lần. Nếu cơn đau kéo dài trên 20 phút mặc dù đã dùng NTG thì phải lưu ý đến khả năng NMCT, bệnh nhân cần được chuyển ngay lên tuyến trên.

*Isoket 0,1% 10ml 02 ống pha vào dung dịch đẳng trương hay ngọt qua bơm truyền tự động liều tăng dần, 5 - 20mcg/phút tăng liều mỗi 5phút đến khi hiệu quả, mỗi lần 5 - 10 mcg. KHÔNG CÓ CHỈ ĐỊNH DÙNG ISOKET KHI HUYẾT ÁP TÂM THU <90 mmHg, NHỊP NHANH XOANG >110 l/p, NHỊP CHẬM < 50l/p HAY NMCT VÙNG HOÀNH CÓ KÈM THEO NMCT THẤT PHẢI. Không truyền, nếu sildenafil được sử dụng trong 24 giờ qua hoặc tadalafil trong 48 giờ qua, hạ huyết áp, nhịp chậm, nhồi máu thất phải và thận trọng ở bệnh cơ tim phì đại, hẹp van động mạch chủ nặng

*MORPHINE SULFATE tiêm TM 1-3 mg, có thể lập lại mỗi 5-15 phút nếu cơn đau kéo dài. Tác dụng phụ gây tụt huyết áp của Morphin có thể giảm thiểu bằng cách để bệnh nhân nằm ngửa, kê chân cao nếu huyết áp tâm thu <100mmHg và không có phù phổi.

7. Chống kết tập tiểu cầu:

* Aspirin: dùng cho mọi bệnh nhân nếu không có chỉ định với liều 162-325 mg

*Clopidogrel: dùng cho mọi bệnh nhân trước khi chuyển viện với liều 600mg

*Enoxaparin: Điều trị cơn đau thắt ngực không ổn định và nhồi máu cơ tim không sóng Q, dùng kết hợp với aspirin.

Lovenox 1mg/kg/TDD x 2 lần/ngày, 2-8 ngày + Aspirin 100-325 mg/ ngày/ 1 lần.

Nhồi máu cơ tim ST chênh lên cấp: 90mg. TMX + 1mg/kg TDD tiếp sau đó 1mg/kg/TĐ mỗi 12 giờ + Aspirin 100-325mg/lần/24 giờ x 2-8 ngày (Tối đa 100mg cho 2 lần đầu tiên.)

8. Kiểm soát huyết áp: ỨC CHẾ MEN CHUYỂN được sử dụng sớm trừ khi có chống chỉ định.

IV. CHUYỂN VIỆN

- Chuyển sớm đảm bảo thời gian vàng để điều trị tái tưới máu kịp thời (< 120phút).
- Đảm bảo chuyển viện an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội trú năm 2013 - Bệnh viện cấp cứu Trung Vương.*
- *Phác đồ điều trị Nhồi máu cơ tim cấp không biến chứng của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương.*

ĐAU THẮT NGỰC ỔN ĐỊNH

I. ĐẠI CƯƠNG

- Đau thắt ngực ổn định là hội chứng lâm sàng đặc trưng bởi khó chịu ở ngực, quai hàm, vai, cánh tay, hoặc lưng, thường khởi phát khi gắng sức và cải thiện khi nghỉ ngơi hoặc ngậm dưới lưỡi Nitroglycerin (NTG). Đau thắt ngực ổn định là hậu quả của tắc nghẽn động mạch vành. Chiến lược điều trị hiện nay tập trung vào điều trị nội khoa để cải thiện sống còn và ngăn ngừa nhồi máu cơ tim, và điều trị nội khoa kèm hoặc không kèm tái thông động mạch vành nhằm điều trị triệu chứng đau thắt ngực.

- Nguyên nhân:

- Thiếu máu cục bộ vùng cơ tim, thường do mảng xơ vữa gây tắc nghẽn một hoặc nhiều nhánh động mạch vành thượng mạc.

- Ít gặp hơn là do bệnh cơ tim phì đại, hẹp động mạch chủ, co mạch, viêm động mạch vành, cầu cơ, ma túy, động mạch vành xuất phát bất thường (lên đến 6,6%) hoặc các bệnh lý hiếm gặp khác.

- Do gia tăng nhu cầu oxy cơ tim ("đau thắt ngực do tăng cầu") hoặc giảm cung cấp oxy thoáng qua ("đau thắt ngực do giảm cung").

II. CHẨN ĐOÁN

1. Bệnh sử:

- Các yếu tố nguy cơ gây bệnh động mạch vành (tuổi, thuốc lá, tăng cholesterol máu, đái tháo đường, tăng huyết áp, tiền sử gia đình bị bệnh mạch vành sớm, tai biến mạch máu não hoặc bệnh động mạch ngoại biên)

- Dựa vào đặc điểm bệnh sử có thể phân loại như sau:

- Đau thắt ngực điển hình:

- + Khó chịu có đặc điểm phù hợp tính chất và thời gian (Bảng 1)

- + Khởi phát khi gắng sức hoặc do cảm xúc + Giảm khi nghỉ ngơi hoặc

NTG

- Đau thắt ngực không điển hình:

- + Khó chịu không đáp ứng tiêu chuẩn của đau thắt ngực điển hình

- Không do tim:

- + Bao gồm co thắt thực quản, bệnh lý lồng ngực và phổi

Đau thắt ngực không ổn định

Bảng 1: Triệu chứng đau thắt ngực

Điển hình	Không điển hình, không do tim
Khó chịu mô tả như bóp chặt, thắt nghẹt, đè nặng trước ngực Hướng lan ra vai, cổ, hàm, mặt trong cánh tay (thường ở bên trái), hoặc vùng thượng vị (ít gặp) Khởi phát có thể tiên đoán được, thường liên quan với gắng sức, xảy ra vào buổi sáng, sau bữa ăn giàu carbohydrate, lạnh Kéo dài 3-15 phút.	Khó chịu mô tả kiểu màng phổi, đau buốt, kim chích, dao đâm, mạch đập, nghẹt thở Liên quan đến thành ngực; có vị trí, sờ nắn đau; hướng lan thay đổi Khởi phát ngẫu nhiên. Kéo dài vài giây, vài giờ, hoặc cả ngày. Đáp ứng với NTG thay đổi.

2. Khám lâm sàng:

- Tiếng T3, T4 (do thất trái suy, cứng và phì đại thành thất trái), hoặc cọ màng

tim (do viêm màng ngoài tim)

- Hở van hai lá hoặc tiếng thổi tâm thu ở mỏm tim (hở van 2 lá có thể là do thiếu máu cục bộ cơ nhú)

- Tiếng T2 tách đôi nghịch thường (bằng chứng của block nhánh trái)

- Ran phổi (suy tim do bệnh lý mạch vành)

- Bằng chứng bệnh lý mạch máu (âm thổi động mạch cảnh, phình động mạch chủ bụng)

- Đau khi sờ ấn thành ngực (đau ngực không do tim)

3. Cận lâm sàng:

- TPTTBM, creatinin, đường huyết lúc đói, ion đồ

- Xem xét CRP, BNP, Troponin.

ECG lúc nghỉ (bình thường > 50%):

- Có thể đo trong lần thăm khám đầu tiên và bất kỳ khi có cơn đau thắt ngực

- Theo dõi điện tâm đồ liên tục nếu nghi ngờ đau thắt ngực do co thắt mạch

vành **Chụp X - quang ngực thẳng:**

- Khi nghi ngờ suy tim, bệnh van tim, bệnh màng ngoài tim.

- Khi nghi ngờ bệnh phổi.

Siêu âm tim:

- Nếu nghi ngờ do bệnh lý van tim hoặc rối loạn chức năng tâm thất trái.

- Đánh giá bất thường vận động vùng.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Cải thiện tiên lượng:

- Điều trị nội khoa:

- + Thuốc chống kết tập tiểu cầu: Aspirin (ASA) 81 mg là chọn lựa đầu tay, Clopidogrel 75 mg/ngày nếu ASA không dung nạp. Điều trị kháng tiểu cầu kép có thể hữu ích đối với phòng ngừa thứ phát (tránh sử dụng COX – 2 nếu cần sử dụng NSAID)

- + Statin cho tất cả các bệnh nhân bệnh động mạch vành với mục tiêu LDL < 70 mg/dL (vd: Atorvastatin 10 - 80 mg/ngày, Rosuvastatin 5 - 40mg/ngày)

- + Ức chế beta là nền tảng trong điều trị CBTNOĐ, giảm tử vong sau NMCT hoặc suy tim (vd Bisoprolol 5 - 10mg/ngày, Carvedilol 25 - 50 mg/ngày, Metoprolol 50 - 200 mg, lần/ngày .)

- + UCMC (Lisinopril 20 - 40 mg/ngày, Valsartan 160 mg/ngày.). Lưu ý dùng liều thấp khi mới sử dụng rồi sau đó tăng liều phù hợp đáp ứng bệnh. **Chú ý chống chỉ định huyết áp ≤ 90 mmHg**

- + Xác định và điều trị các yếu tố nguy cơ: Tăng huyết áp - nguy cơ của bệnh mạch vành tăng gấp đôi cho mỗi 20 mmHg tăng thêm; LDL cao hoặc HDL thấp; thuốc lá; đái tháo đường; trầm cảm.

- + Hoạt động thể dục 30 phút 5-7 ngày/ tuần khi bệnh đã ổn định.

2. Giảm thiểu hoặc loại bỏ triệu chứng:

- Điều trị nội khoa:

- + Nitroglycerin ngậm dưới lưỡi (0.3 - 0.6 mg) + Nitrat tác dụng kéo dài (30 - 240 mg/ ngày)

- + Ức chế beta (ngoại trừ đau thắt ngực do co thắt)

- + Ức chế canxi + Trimetazidine, Ranolazine.

- + Có thể phối hợp nhiều loại thuốc khác nhau.

IV. CHUYỂN VIỆN

- Khi có chỉ định tái thông mạch máu. Các trường hợp chỉ định **Tái thông mạch máu:**

- + Hẹp động mạch vành trái chính có ý nghĩa
 - + Bệnh 3 nhánh động mạch vành và có một trong những điều sau đây: bằng chứng khách quan vùng thiếu máu cục bộ lớn, rối loạn chức năng thất trái, hẹp nặng đoạn gần động mạch liên thất trước
-

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội trú năm 2013 - Bệnh viện cấp cứu Trưng Vương.*

CƠN ĐAU THẮT NGỰC KHÔNG ỔN ĐỊNH VÀ NHỒI MÁU CƠ TIM KHÔNG ST CHÊNH LÊN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Hội chứng mạch vành cấp bao gồm tất cả các biểu hiện lâm sàng phù hợp với thiếu máu cục bộ cơ tim. Đau thắt ngực không ổn định/ nhồi máu cơ tim không ST chênh (CĐTNKOĐ / NSTEMI) bao gồm nhóm con nguy cơ cao của nhóm hội chứng mạch vành cấp, với thiếu máu cục bộ cơ tim đang xảy ra.

• CĐTNKOĐ: triệu chứng thiếu máu cục bộ cơ tim mới xảy ra hoặc diễn biến xấu đi, có hoặc không có thay đổi điện tâm đồ (ECG) nhưng men tim không tăng.

• NSTEMI: men tim tăng (troponin hoặc CK - MB), triệu chứng thiếu máu cục bộ, thay đổi điện tâm đồ (hai trong ba tiêu chuẩn của WHO về nhồi máu cơ tim).

- Nguyên nhân:

• Huyết khối động mạch vành không gây tắc (hoặc tắc từng lúc) và /hoặc vỡ mảng xơ vữa

• Thuyên tắc động mạch vành

• Tắc nghẽn động học động mạch vành (co thắt, tăng nhu cầu trên nền hẹp cố định)

• Bóc tách động mạch vành (VD hội chứng mạch vành cấp xảy ra ở giai đoạn chu sinh)

• Mảng xơ vữa động mạch gây hẹp nặng nhưng không có huyết khối

• CĐTNKOĐ thứ phát (các bệnh lý làm gia tăng nhu cầu):

+ Cường giáp

+ Hemoglobin (thấp)

+ Tăng huyết áp + Nhiệt độ cao + Bệnh cơ tim phì đại

II. CHẨN ĐOÁN (Bảng 1)

1. Lâm sàng

- Đau thắt ngực lúc nghỉ ngơi

- Đau thắt ngực khi gắng sức (CCS III) mới xảy ra (< 2 tháng)

- Gia tăng đau thắt ngực khi gắng sức (cường độ, thời gian, và/hoặc tần số)

- **Bệnh sử:**

• Tính chất của triệu chứng:

+ Diễn hình: đau ngực, lan tới hàm, cổ, cánh tay, vai, lưng, vùng thượng vị, khó thở không rõ nguyên nhân, đau kéo dài trên 20 phút + Không diễn hình cho thiếu máu cục bộ cơ tim

+ Màng phổi, khu trú ở bụng, khu trú ở đầu ngón tay, đau khi sờ nắn, thời gian ngắn (giây), lan ra nhiều chi

+ Nam giới (peritest bệnh động mạch vành cao)

• Tiền căn NMCT hoặc tắc nghẽn động mạch vành đã được chẩn đoán

• Hiện diện của các yếu tố nguy cơ bệnh động mạch vành khác [thuốc lá, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, đái tháo đường, bệnh động mạch ngoại biên]

- **Khám thực thể:**

• Loại trừ các nguyên nhân đau ngực không do tim (ví dụ như tràn khí màng phổi, cơ xương khớp, liên quan tới hệ tiêu hóa)

• Dấu hiệu suy tim (ran, áp lực tĩnh mạch cảnh tăng, T3, phù)

Bảng 1 Khả năng có biểu hiện của hội chứng mạch vành cấp (bất kỳ dấu hiệu nào dưới đây)

Đặc điểm	KHẢ NĂNG CAO	KHẢ NĂNG TRUNG BÌNH	KHẢ NĂNG THẤP
Bệnh sử và tiền sử	-Có đau hoặc khó chịu ở ngực hoặc tay trái là triệu chứng chính trước khi có đau thắt ngực được xác định. -Có tiền sử bệnh ĐMV bao gồm cả NMCT	-Có đau hoặc khó chịu ở ngực hoặc tay trái là triệu chứng chính. -Tuổi trên 70. -Nam. -Đái tháo đường.	-Đã có triệu chứng thiếu máu cơ tim cục bộ mà không có đặc điểm như nhóm khả năng trung bình. -Mới dùng cocaine gần đây.
Khám lâm sàng	Hở 2 lá thoáng qua, hạ áp, vã mồ hôi, phù phổi cấp hoặc có ran ở phổi.	Bệnh mạch máu ngoài tim.	Cảm giác khó chịu ở ngực như hồi hộp đánh trống ngực.
ECG	Thay đổi đoạn ST thoáng qua, mới ($> 0,05$ mV) hoặc sóng T đảo chiều ($> 0,2$ mV) cùng với triệu chứng	Sóng Q cố định. ST hoặc T bất thường nhưng không phải là mới.	T dẹt hoặc đảo chiều ở chuyển đạo có sóng R cao. ECG bình thường.
Các men tim	Tăng men: Tnl, TnT, CKMB	Bình thường	Bình thường

- Hở van hai lá mới xảy ra hoặc xấu đi (có thể là do thiếu máu cục bộ cơ nhú)
- Nếu xuất hiện âm thổi tâm trương mới, xem xét chẩn đoán thay thế bóc tách động mạch chủ.

2. Cận lâm sàng:

- ECG:

- ST chênh xuống $> 0,5$ mV thoáng qua xảy ra khi đau không liên quan tới gắng sức.

- Sóng T đảo ngược, đặc biệt > 2 mV

- ST chênh lên thoáng qua

- ECG bình thường không đủ để qui kết nguy cơ thấp thấp (CĐTNKOĐ 4%, NSTEMI 1-6%)

- Nếu không chẩn đoán được, điện tâm đồ hàng loạt giúp gia tăng độ nhạy (15 - 30 phút): Xem xét chuyển đạo V7 - V9 ở điện tâm đồ không chẩn đoán được để xác định ST chênh lên do tắc nhánh mũ.

- Sử dụng Lovenox như phân nhồi máu cơ tim ST chênh lên cấp, không dùng liều tiêu tĩnh mạch ban đầu.

- Sinh hóa:

- **Troponin (Tn) nhạy cảm và đặc hiệu hơn CK - MB**

- Đo cách nhau 6-8 giờ X 2 - 3 lần

- Lựa chọn thay thế có thể bao gồm delta CK - MB và Tn ở thời điểm 0 và 2 giờ hoặc **myoglobin** + CK - MB / Tn ở thời điểm 0 và 90 phút

- Các xét nghiệm khác:

- + TPTTBM, đường huyết, creatinin (suy thận tiên lượng xấu hơn), ion đồ, **BNP**

+ Chụp X quang phổi nếu có phù phổi hoặc huyết động không ổn định + Bilan lipid máu.

III. ĐIỀU TRỊ

❖ Xử trí :

1. Bệnh nhân nằm nghỉ, giải thích cho bệnh nhân tránh lo lắng
2. Thở Oxy 2 - 5l/phút qua mũi, Oxy 6l/p khi độ bão hòa oxy <90%.
3. Lập đường truyền tĩnh mạch: Glucose 5%, Nacl 0,9%. Lấy máu xét nghiệm men tim.
4. Đo ECG 12 chuyển đạo. Monitor liên tục phát hiện các rối loạn nhịp tim để xử trí.
5. Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn mỗi 10-20-30phút cho đến khi chuyển viện sớm và an toàn.

6. Giảm đau:

*Nitroglycerin (NTG) ngậm dưới lưỡi (0.3-0.6mg) hoặc xịt 1-2 nhát/1-2 lần. Nếu cơn đau kéo dài trên 20 phút mặc dù đã dùng NTG thì phải lưu ý đến khả năng NMCT, bệnh nhân cần được chuyển ngay lên tuyến trên.

**Isoket 0,1% 10ml 2 ống pha vào dung dịch đẳng trương hay ngọt qua bơm truyền tự động liều tăng dần, 5 - 20mcg/phút tăng liều mỗi 5phút đến khi hiệu quả, mỗi lần 5 – 10 thay bằng levonox*

mcg. KHÔNG CÓ CHỈ ĐỊNH DÙNG ISOKET KHI HUYẾT ÁP TÂM THU <90 mmHg, NHỊP NHANH XOANG >110 l/p, NHỊP CHẬM < 50l/p HAY NMCT VÙNG HOÀNH CÓ KÈM THEO NMCT THẤT PHẢI. Không truyền, nếu sildenafil được sử dụng trong 24 giờ qua hoặc tadalafil trong 48 giờ qua, hạ huyết áp, nhịp chậm, nhồi máu thất phải và thận trọng ở bệnh cơ tim phì đại, hẹp van động mạch chủ nặng

*MORPHINE SULFATE tiêm TM 1-3 mg, có thể lập lại mỗi 5-15 phút nếu cơn đau kéo dài. Tác dụng phụ gây tụt huyết áp của Morphin có thể giảm thiểu bằng cách để bệnh nhân nằm ngửa, kê chân cao nếu huyết áp tâm thu <100mmHg và không có phù phổi.

7. Chống kết tập tiểu cầu:

*Aspirin: dùng cho mọi bệnh nhân nếu không có chống chỉ định với liều 162-325 mg

*Clopidogrel: dùng cho mọi bệnh nhân trước khi chuyển viện với liều 600mg

8. Kiểm soát huyết áp: **ỨC CHẾ MEN CHUYỂN** được sử dụng sớm trừ khi có chống chỉ định.

IV. CHUYỂN VIỆN

- Khi có chỉ định tái thông mạch máu.
- Đảm bảo chuyển viện an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội trú năm 2013 - Bệnh viện cấp cứu Trưng Vương.*

Phác đồ điều trị Nhồi máu cơ tim cấp không biến chứng của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương.

NHỒI MÁU NÃO

I. Đại cương:

- Nhồi máu não là tình trạng tổn thương 1 vùng của não xảy ra khi 1 mạch máu bị tắc do huyết khối hay bị lấp mạch do tim. Khu vực não do động mạch đó cấp máu bị thiếu máu và hoại tử.

- Nhồi máu não có đặc điểm là sự khởi phát cấp tính các dấu hiệu thần kinh khu trú tương ứng với tổn thương tắc nghẽn của ĐM chi phối 1 vùng ở não.

- Kỹ thuật CT Scan giúp chẩn đoán phân biệt giữa nhồi máu não và chảy máu não ở giai đoạn cấp.

- Cần phân biệt cơn thiếu máu não thoáng qua (TIA) khi các triệu chứng thần kinh thoái lui trong 1,3 tuần lễ.

II. Chẩn đoán:

1. Chẩn đoán lâm sàng:

- Khởi phát đột ngột, có thể nhức đầu lúc khởi phát

- Yếu hay liệt nửa người, giảm phản xạ gân cơ, có dấu Babinski

- Liệt mặt trung ương

- Mất ngôn ngữ nếu liệt bên phải

- Tổn thương thân não: chóng mặt, mất thăng bằng, liệt vận nhãn

- Ý thức có thể giảm nếu nhồi máu não diện rộng, hai bán cầu hoặc thân não

Hình ảnh học: Hình ảnh giảm đậm độ phù hợp lâm sàng trên CT Scanner hoặc MRI, loại trừ xuất huyết não, loại trừ tổn thương cũ tương ứng trên lâm sàng

2. Chẩn đoán nguyên nhân:

- Xơ vữa các mạch máu lớn và trung bình: Tăng lipid máu, tăng huyết áp, tiểu đường, tăng homocystein máu, xạ trị. Bóc tách động mạch, loạn sản sợi cơ, bệnh moyamoya, sarcoidosis, viêm mạch do nấm và lao, viêm mạch do varicella zoster, hội chứng viêm mạch hệ thống, viêm mạch hệ thần kinh trung ương cùng bên.

- Bệnh mạch máu nhỏ: Lipothyalinosis, xơ vữa động mạch, nhiễm trùng (giang mai, lao, cryptococcus), viêm mạch.

- Thuyên tắc từ tim: Tăng huyết áp, bệnh cơ tim, rung nhĩ, bệnh van tim, huyết khối nhĩ trái, huyết khối thành thất sau nhồi máu cơ tim, viêm nội tâm mạc nhiễm trùng, không do vi trùng (ung thư, hội chứng antiphospholipid), u nhày nhĩ trái.

- Tình trạng tăng đông: Thuốc ngừa thai, thai kì và hậu sản, hội chứng antiphospholipid, bệnh hồng cầu liềm, ung thư, đa hồng cầu thực sự, TTP, DIC, tăng đông di truyền.

- Do thuốc: Chất gây co mạch, viêm mạch, loạn nhịp tim, viêm nội tâm mạc, phình mạch dạng nấm, tiêm truyền các chất gây nhiễm hoặc tạo huyết khối.

- CADASIL (bệnh mạch máu não di truyền trội nhiễm sắc thể) thường với nhồi máu dưới vỏ và bệnh não chất trắng, bệnh Fabry, hội chứng Sneddon, MELAS (bệnh não ty thể với nhiễm acid lactic máu và đột quỵ từng đợt).

3. Chẩn đoán phân biệt: Các dạng bệnh mạch máu não khác:

- Xuất huyết não, xuất huyết dưới nhện, huyết khối tĩnh mạch nội sọ.

- Liệt sau cơn động kinh (liệt Todd)

- Liệt trong migraine

- Hạ đường huyết

- Khỏi choán chỗ nội sọ

- Rối loạn chuyển dạng.

III. Điều trị:

1. Nguyên tắc điều trị:

- Tái thông mạch máu để phục hồi tưới máu não
- Đảm bảo tưới máu não để hạn chế lan rộng tổn thương
- Chống biến chứng, chống tái phát sớm
- Phục hồi chức năng và phòng ngừa tái phát

2. **Xử trí ban đầu:** Lượng giá mức độ trầm trọng của nhồi máu não dựa trên lâm sàng.

- Xử trí THA có biến chứng đột quỵ trong giai đoạn cấp :

*Đột quỵ cấp: khởi phát trong vòng 72 giờ: Điều trị THA nặng (>220/120 mmHg): hạ khoảng 15-25% trong 24 giờ đầu và hạ áp dần dần sau đó. Tránh hạ áp quá mức vì có thể làm nặng thêm tình trạng thiếu máu.

* **Huyết áp tâm thu 220/180 mmHg hay huyết áp tâm trương 120/105 mmHg (trong 2 lần đo cách nhau 60 phút), điều trị cấp cứu tăng huyết áp nên hoãn lại trừ khi có dấu hiệu suy tim trái, phình bóc tách ĐM chủ hay thiếu máu cơ tim cấp.**

***Ở giai đoạn cấp của TBMMN, khi HA tâm thu <185 mmHg hay HA tâm trương <105mmHg không có chỉ định điều trị tăng huyết áp.**

3. Điều trị hỗ trợ:

- Đảm bảo đường thở thông thoáng, thông khí đầy đủ và tuần hoàn ổn định: Đảm bảo thông khí, hút đàm nhớt, nằm đầu 30°, oxy qua sonde mũi 2-4l/phút, khi SpO₂ < 92%, đạt SpO₂ từ 95 - 100%. Hồi sức bằng dung dịch đẳng trương 1500-2000ml/ngày (không dùng glucose)

- **Điều chỉnh huyết áp:**

+ Kiểm soát HA: đảm bảo HA tâm thu <185 và HA tâm trương <110mmHg (Nicardipine TTM 5mg/giờ, điều chỉnh thêm 2.5mg/giờ mỗi 5-15 phút, liều tối đa 15mg/giờ). Kiểm soát HA trong 24 giờ sau dùng tiêu sợi huyết: HA tâm thu <180mmHg, tâm trương <105mmHg

+ Bệnh nhân không điều trị rtPA: Duy trì HA trung bình = 80-110mmHg. Mục đích giảm 10-15% HA. Thuốc UCMC + lợi tiểu (Coversyl Plus 5 - 10mg/ngày). Khởi đầu liều thấp tăng liều tùy đáp ứng.

+ Bệnh nhân có HA thấp, cần tìm nguyên nhân và điều trị theo nguyên nhân, khi cần có thể đặt CVP, dùng vận mạch

4. Các điều trị khác:

- **Điều trị bảo vệ thần kinh và tăng tuần hoàn não:**

+ Cerebrolysin 10-20ml/ngày

+ Piracetam (Nootropyl) 12g/ngày

- **Ổn định đường huyết** giữ đường huyết < 150mg/dl (insulin tiêm dưới da hoặc TTM)

- **Chống tăng áp lực nội sọ:** nằm đầu cao 30 độ, tránh gập chân quá mức. Thông khí đầy đủ, tránh ứ CO₂, tăng thông khí cơ học nếu có biểu hiện tăng áp lực nội sọ dọa phù não.

- **Chống nhiễm trùng:** chủ yếu là nhiễm trùng hô hấp và nhiễm trùng tiết niệu + Xoay trở, tránh ứ đờm, tránh hít sặc, tập vật lý trị liệu hô hấp

+ Cho vận động sớm ngay khi không còn các chống chỉ định + Dinh dưỡng

đầy đủ, chống huyết khối tĩnh mạch và thuyên tắc phổi

- Kháng sinh: Dựa vào kháng sinh đồ, khi chưa có kết quả kháng sinh đồ -> điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm. Các kháng sinh:

+ Cephalosporin thế hệ 3

+ Quinolones

- Tăng cường thông thoáng đường hô hấp bằng thuốc.

- **Kháng kết tập tiểu cầu:** Aspirin 160mg-325mg/ngày, Clopidogrel 75mg/ngày

+ Statin điều chỉnh lipid máu và bảo vệ thành mạch: Atorvastatin (Ator 20 mg), Rosuvastatin (Rosvas 10mg)

+ Điều trị dự phòng loét ứng xuất đường tiêu hóa: Omeprazole 20mg, Pantoprazone 40mg

+ Điều chỉnh lối sống, điều chỉnh các yếu tố nguy cơ, đặc biệt là tăng huyết áp và đái tháo đường.

IV. CHUYỂN VIỆN:

- Khi có chỉ định dùng thuốc tiêu sợi huyết trong vòng 3 - 4 giờ sau khởi phát. Đảm bảo chuyển viện sớm càng sớm càng tốt (thời gian vàng <3 giờ). Chuyển viện bệnh viện có can thiệp đột quỵ.

- Khi có rối loạn huyết động học.

- Đảm bảo hô hấp và tuần hoàn tốt trong quá trình chuyển viện. Nếu BN nặng, điều kiện vận chuyển khó khăn, phải mời tuyến sau chỉ viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội trú năm 2013 - Bệnh viện cấp cứu Trung Vương.

XUẤT HUYẾT NÃO

I. ĐẠI CƯƠNG

- Xuất huyết não (XHN) là tình trạng chảy máu vào trong nhu mô não hoặc não thất do vỡ động mạch, tĩnh mạch hoặc cấu trúc mạch máu khác. Cần phân biệt XHN tiên phát (vỡ mạch máu) và nhồi máu não (NMN) chuyển dạng xuất huyết (bắt đầu từ tắc nghẽn mạch máu) vì nguyên nhân và điều trị hoàn toàn khác nhau.

- Cần chụp CT. SCAN để chẩn đoán phân biệt giữa chảy máu não và nhồi máu não ở giai đoạn cấp. Nguyên nhân thường gặp là THA. Các nguyên nhân ít gặp khác là: chấn thương sọ não, liệu pháp kháng đông, phình động mạch não, u não...

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán lâm sàng

- Bệnh cảnh lâm sàng hướng đột quỵ não.
- Biểu hiện lâm sàng cấp tính với dấu hiệu thần kinh khu trú gợi ý kích thước và vị trí chảy máu não, nhức đầu, ói mửa, rối loạn ý thức do chảy máu lan rộng và có tăng áp lực nội sọ.
- Hỏi bệnh sử và khám; tìm các dấu hiệu chấn thương. Đánh giá **GCS** và phản xạ thân não (nếu hôn mê) hoặc điểm NIHSS nếu BN còn tỉnh. Kiểm tra huyết áp, độ bão hòa oxy, tình trạng thông khí.

2. Chẩn đoán nguyên nhân: Tăng huyết áp là nguyên nhân thường gặp nhất:

- Thường ở người lớn tuổi (>65), vị trí XHN gợi ý do tăng huyết áp (hạch nền, đồi thị, cầu não, tiểu não, thùy), hoặc nhiều ổ XHN ở vỏ não.
- Do thuốc (heparin hoặc coumadin; Cocaine).
- Do dị dạng mạch máu não (phình mạch, dị dạng - tĩnh mạch, cavernous angioma).
- Do huyết khối tĩnh mạch não.
- U não.
- Chấn thương đầu.
- Các bệnh lý đông cầm máu.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Hạn chế lan rộng tổn thương.
- Đảm bảo tưới máu não.
- Phòng ngừa biến chứng.
- Phục hồi chức năng.
- Phòng ngừa tái phát.
- Kiểm soát sớm huyết áp: HA tâm thu < 160mmHg ở BN không có tăng áp lực nội sọ, lâm sàng và HA tâm thu < 180mmHg nếu nghi ngờ có tăng áp lực nội sọ trên lâm sàng.

2. Xử trí cấp cứu ban đầu trước khi chuyển viện

- Đặt bệnh nhân ở nơi yên tĩnh.
- Theo dõi tình trạng lâm sàng thần kinh (Theo thang điểm GLASGOW)
- Nằm đầu 30⁰.
- Truyền dịch NaCl 0,9% duy trì khối lượng tuần hoàn ổn định (hay Hct >38% và < 42 %).

- Xử trí THA có biến chứng đột quỵ trong giai đoạn cấp :

*Đột quỵ cấp: khởi phát trong vòng 72 giờ: Điều trị THA nặng (>220/120 mmHg): hạ khoảng 15-25% trong 24 giờ đầu và hạ áp dần dần sau đó. Tránh hạ áp quá mức vì có thể làm nặng thêm tình trạng thiếu máu.

*Huyết áp tâm thu 185 - 220 mmHg hay huyết áp tâm trương 105 - 120 mmHg (trong 2 lần đo cách nhau 60 phút), điều trị cấp cứu tăng huyết áp nên hoãn lại trừ khi có dấu hiệu suy tim trái, phình bóc tách ĐM chủ hay thiếu máu cơ tim cấp.

*Ở giai đoạn cấp của TBMMN, khi HA tâm thu <185 mmHg hay HA tâm trương <105mmHg không có chỉ định điều trị tăng huyết áp.

IV. CHUYỂN VIỆN:

- Đảm bảo chuyển viện càng sớm càng tốt. Chuyển viện bệnh viện có can thiệp đột quỵ.

- Tìm nguyên nhân gây chảy máu và điều trị nguyên nhân.

- Đảm bảo hô hấp và tuần hoàn tốt trong quá trình chuyển viện. Nếu BN nặng, điều kiện vận chuyển khó khăn, phải mời tuyến sau chi viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội trú năm 2013 - Bệnh viện cấp cứu Trưng Vương*

NHỊP NHANH KỊCH PHÁT TRÊN THẤT

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Con nhịp nhanh kịch phát trên thất (gọi tắt là tim nhanh trên thất – TNTT) là một thuật ngữ rộng bao hàm nhiều loại rối loạn nhịp nhanh có cơ chế và nguồn gốc khác nhau. Trước đây một con tim nhanh QRS hẹp, đều, xuất hiện đột ngột ở một người không có bệnh tim thực tồn được gọi là bệnh Bouveret. Ngày nay với những tiến bộ của thăm dò điện sinh lý học người ta đã hiểu được các cơ chế gây ra các con nhịp nhanh và từ đó đưa ra các cách phân loại con nhịp nhanh trên thất cũng như phương pháp điều trị hiệu quả nhất.

II. CHẨN ĐOÁN ECG:

- Tần số 150-250 l/p.
- Nhịp đều, QRS hẹp có khi dẫn rộng qua dẫn truyền qua đường phụ.
- Sóng P khó xác định thường lẫn vào QRS.

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Trường hợp NNTT có huyết động không ổn định:

BN có tụt HA, co giật, đau thất ngực, phù phổi cấp: tiến hành sốc điện cấp cứu cắt con nhịp nhanh ngay.

2. Trường hợp NNTT có huyết động ổn định: việc điều trị cấp cứu được thực hiện theo các bước:

❖ Các thủ thuật cường phế vị:

a) Ấn nhãn cầu:

- Không dùng thủ thuật này nếu BN có tiền sử bệnh võng mạc, tăng nhãn áp,...
- BN nhắm mắt, đặt 2 ngón tay cái hoặc 3 đầu ngón tay trỏ, giữa, nhấn lên hố mắt, mỗi bên ấn từ từ tăng dần. Trong khi ấn theo dõi trên monitoring ĐTĐ hoặc nghe tim, nếu con tim nhanh ngừng thì cũng dừng ấn nhãn cầu ngay. Khi con tim nhanh ngừng sẽ có đoạn ngừng tim ngắn sau đó có thoát bộ nối hoặc nhịp xoang trở lại.

b) Xoa xoang cảnh:

- Không thực hiện nếu bệnh nhân có ngất xoang cảnh, có tiền sử TBMMN thoáng qua.

- BN nằm ngửa xoa nhẹ nhàng từng bên từ 10-20 giây, sau đó chuyển sang bên kia.

- Không nên tiến hành xoa đồng thời 2 bên.

- Cần theo dõi ĐTĐ hoặc nghe tần số tim liên tục nếu không có monitoring vì khi con tim nhanh ngừng lại thì cần dừng ngay xoa xoang cảnh nếu không nhịp chậm quá mức sẽ dẫn đến ngất.

- Tác dụng của xoa xoang cảnh, ấn nhãn cầu sẽ tăng lên nếu BN đã được dùng digitalis trước đó.

c) Động tác Valsalva:

Nuốt miếng thức ăn to, uống miếng nước lạnh lớn, cúi gập người thấp, đầu kẹp giữa 2 đầu gối, úp mặt vào chậu nước lạnh.

❖ Các thuốc cắt con:

a) Adenosin: là một thuốc có tác dụng gây cường phế vị mạnh, làm chậm dẫn truyền, gây bloc ở nút nhĩ thất phá vỡ được vòng vào lại cắt được con nhanh trên thất.

+ Thuốc có half-life rất ngắn <10s và thải trừ hoàn toàn khỏi huyết tương trong 30 giây nên phải tiêm TM thật nhanh (1 -2 giây).

- + Thuốc có thể gây ngừng tim ngắn vài giây hoặc nhịp chậm.
- + Tác dụng phụ: gây cảm giác bồn chồn khó chịu.
- + Liều lượng: Tiêm TM 1 ống 6mg. Nếu không có kết quả sau 2-3 phút tiêm liều thứ 2 hoặc thứ 3 là 12mg.
- + Nên chuẩn bị Atropin (0,5-1mg tiêm TM) để đề phòng khi nhịp quá chậm).
- + Chống chỉ định:
 Những ca có hội chứng suy yếu nút xoang. Những ca đã dùng các thuốc ức chế nút xoang. CCD tuyệt đối ở BN hen phế quản.
- + Nếu sau khi tiêm BN mất tri giác cần đâm mạnh vào vùng trước xương ức BN có thể tỉnh lại.
- b) Digitalis: là thuốc có hiệu quả và an toàn nhưng cần mất vài giờ để có tác dụng.
 + Liều lượng: Digoxin 0,5mg tiêm TM, sau 4-6 giờ có thể cho lại nếu cần hoặc sau đó. 25 - 0,125 mg cứ 2-4 giờ /lần. Tổng liều 1 - 1,25mg / ngày.
 + Nên dùng Digitalis trong TH cơn tim nhanh có kèm suy tim.
- c) **Cordaron: 0,15g tiêm tĩnh mạch khi không đáp ứng với digoxin, hay nhịp nhanh kịch phát trên thất do hội chứng WPW, chống chỉ định với digoxin.**
- d) **Thêm Canxi, chẹn beta giao cảm**

IV. CHUYỂN VIỆN

- Cơn NNKPTT không đáp ứng điều trị ban đầu.
 - Phải đảm bảo an toàn chuyển viện.
-

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- *Phác đồ hướng dẫn chẩn đoán và điều trị - Bệnh viện Nguyễn Trãi.*
- *Bệnh học nội khoa - Bệnh viện Bạch Mai*

HÔN MÊ NHIỄM CETON ACID

I.ĐẠI CƯƠNG:

- Nhiễm ceton acid là 1 triệu chứng thường gặp ở bệnh nhân đái tháo đường do tình trạng thiếu hụt insulin cấp.

II.CHẨN ĐOÁN

1. Bệnh sử:

- Hội chứng tăng đường máu : uông nhiều, tiểu nhiều, sụt cân.
- Tiền căn tiểu đường, tự ngưng sử dụng insulin.

2. Lâm sàng:

- RL tri giác: lơ mơ đến hôn mê, thường không có dấu TK định vị.
- Dấu mất nước.
- Nôn ói, hơi thở có mùi ceton, thở kiểu Kussmaul.
- Yếu tố thúc đẩy, đặc biệt chú ý nhiễm trùng.

3. Cận lâm sàng

- Đường máu >16.6 mmol/l, thường <33mmol/l
- Ceton máu t (>5mg/l) hoặc ceton niệu (+)
- Ion đồ máu, ECG, xét nghiệm tầm soát nhiễm trùng.

III.ĐIỀU TRỊ

- Xử trí cơ bản trước khi chuyển viện: nhằm đảm bảo hô hấp tuần hoàn, đưa đường máu <13,9mmol/l và làm sạch thể ceton máu.

1. Dịch truyền

- NaCl 0,9 %
- Nếu bệnh nhân còn tỉnh không ói, có thể bù % lượng dịch bằng đường uống
- Lượng & tốc độ dịch truyền phụ thuộc vào mức độ mất nước, có choáng hay không, trung bình :

- + 1000 - 2000 ml trong 4h đầu
- + 500 - 1000 ml trong 4h sau
- + NaCl 0,45 % khi Na⁺ máu > 155 - 166mmol/l
- Theo dõi M,HA, TM cổ, ran phổi

2. Insulin thường : (Ordinaire, Regular, Actrapid)

- Bắt đầu tiêm TM trực tiếp 0,3 đv/kg (10 - 20 đv)
- Duy trì 0,1đv/kg/ giờ (5đv/ giờ)
- Không nên
 - + Hạ đường huyết quá nhanh.
 - + Ngưng insulin đột ngột.
 - + Bù quá 7000ml dịch trong 24h đầu.

IV.CHUYỂN VIỆN

- Xử trí cơ bản và chuyển viện sớm.
- Đảm bảo chuyển viện an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Phác đồ điều trị - Bệnh viện Nguyễn Tri Phương.

HÔN MÊ TĂNG ÁP LỰC THẨM THẤU DO TĂNG ĐƯỜNG MÁU

I. ĐẠI CƯƠNG

- Hôn mê tăng đường huyết tăng áp lực thẩm thấu là tình trạng cấp cứu nội khoa, đặc trưng bởi đường huyết tăng cao trên 600 mg/dl, áp lực thẩm thấu >340 mosm/l, pH máu

> 7.2 và không có nhiễm ceton máu.

- Đây là biến chứng chủ yếu gặp ở ĐTĐ típ 2, nữ nhiều hơn nam, thường gặp ở tuổi già gặp khó khăn trong việc duy trì đầy đủ dịch cơ thể.

- Các yếu tố thuận lợi đưa đến hôn mê bao gồm các tình trạng nhiễm trùng (viêm phổi, nhiễm trùng đường tiêu), nhồi máu cơ tim, tai biến mạch máu não, viêm tụy, phồng, say nóng và một số rối loạn nội tiết như hội chứng cushing,...

II. CHẨN ĐOÁN

1. Bệnh sử

- Hội chứng tăng đường máu : tiểu nhiều, uống nhiều, sụt cân

- Tiền căn tiểu đường

2. Lâm sàng

- Rối loạn tri giác : lơ mơ đến hôn mê, co giật

- Không thở kiểu Kussmaul

- Dầu mắt nước nặng

- Yếu tố thúc đẩy đặc biệt, chú ý nhiễm trùng

3. Cận lâm sàng

- Đường máu > 33mmol/l

- Áp lực thẩm thấu máu 320 mosmol/l

- ALTT : $2 (Na^+ + K^+)mEq/l + ĐH(mmól/l) + BUN (mmól/l)$

- Ceton máu < 5mg/l, ceton niệu (-) hoặc chỉ (+) nhẹ

III. ĐIỀU TRỊ

❖ Xử trí cơ bản trước khi chuyển viện: Đảm bảo hô hấp tuần hoàn, đưa đường máu -11

- 14 mmol/l, giảm áp lực thẩm thấu máu

1. Dịch truyền

- NaCl 0,9 % : loại dịch truyền chọn lựa

- Lượng và tốc độ dịch truyền phụ thuộc vào mức độ mất nước, có choáng hay không, trung bình: 1000 - 2000 ml trong 1 - 2 giờ đầu

- NaCl 0,45 % khi Na^+ máu > 160mmol/l, điều chỉnh theo ion đồ máu

2. Insulin thường

- Đường máu > 33mmol/l -> tiêm TM trực tiếp 10-20 UI, duy trì : 3-10 UI/giờ

- Đường máu < 33mmol/l tiêm TM trực tiếp 0,3 đv/kg, duy trì : 0,1 đv/kg/giờ

> Chú ý

+ Không nên hạ đường máu quá nhanh.

+ Tốc độ dịch truyền ở bệnh nhân già, nhồi máu cơ tim, suy thận, suy tim.

IV. CHUYỂN VIỆN

- Xử trí cơ bản và chuyển viện sớm.

- Đảm bảo chuyển viện an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Phác đồ điều trị - Bệnh viện Nguyễn Tri Phương.

XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA TRÊN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Xuất huyết tiêu hóa trên (XHTH trên) là tình trạng chảy máu ra khỏi mạch máu vào trong ống tiêu hóa. Việc chảy máu này được thể hiện trên lâm sàng với dấu hiệu nôn ra máu và đi tiêu phân đen. Xuất huyết tiêu hóa trên là một bệnh lý cấp cứu nội và ngoại khoa.

II. CHẨN ĐOÁN

1. **Bệnh sử:**

- Sử dụng steroids, aspirin, kháng viêm NSAIDs, rượu ...
- Ói máu, tiêu phân đen.

2. **Lâm sàng:**

- Dấu mất máu : chi lạnh, niêm nhợt, hạ áp tư thế.
- Đau thượng vị.
- Triệu chứng bệnh cơ bản: XGCC, RLDM.
- Tube Levin có máu.
- Thăm trực tràng phân đen đỏ.

3. **Cận lâm sàng**

- TPTTBM, nhóm máu, phản ứng chéo, TS, TQ, TCK, Creatinin máu, ion đồ máu.
- Hct mỗi 4 giờ trong ngày đầu.
- Nội soi dạ dày ghi nhận tổn thương xuất huyết ở thực quản, dạ dày hoặc tá tràng.
- ECG, siêu âm bụng.

Đánh giá mức độ mất máu:

- Sự phân loại mất máu chỉ có giá trị tham khảo vì còn phụ thuộc vào nhiều yếu

	NHE	TRUNG BÌNH	NẶNG
Lượng máu mất	<500	500 – 1000	>1000
Mạch (1/phút)	<100	100 – 120	>120
Huyết áp	Bình thường	Hạ áp tư thế	Hạ HA
Hct	>30%	20 - 30 %	<20%

tố: cơ địa, điều trị trước đó.

❖ Đánh giá chảy máu còn tiếp diễn không?

- Mạch, huyết áp tiếp tục thay đổi theo chiều hướng xấu sau điều trị ban đầu.
- Tiếp tục ói máu, tiêu phân đỏ.
- Tube Levin ra máu đỏ tươi.
- Hct tiếp tục giảm sau truyền máu.
- Bệnh lý kèm theo : suy gan, rối loạn đông máu, thiếu máu cơ tim.

III. ĐIỀU TRỊ

1. **Điều trị ban đầu trước khi chuyển viện:** Đảm bảo hô hấp tuần hoàn - cầm máu
- Thở oxy lưu lượng cao đối với trường hợp có choáng, đặt NKQ & thông khí nhân tạo đối với trường hợp xuất huyết nặng và rối loạn tri giác. (Phải xử trí cơ bản trước khi chuyển viện).

- Xác lập đường truyền TM lớn ngoại vi.

- Đối với trường hợp rối loạn huyết động: khởi đầu Normal Salin 1000- 2000 ml trong 20-30 phút, sau đó điều chỉnh theo đáp ứng huyết động. Hoàn tất hồ sơ chuyển viện sớm.

- Thuốc cầm máu: Transamin.
- Thuốc ức chế bơm proton: Omeprazol liều 80mg tiêm TM trực tiếp trong 30 phút, sau đó truyền 80 mg mỗi giờ.

2. Điều trị nội khoa tại BV mức độ XHTH nhẹ và trung bình:

❖ Do loét dạ dày tá tràng:

- Các thuốc băng niêm mạc dạ dày: sucralfate, varogel ...
- Kháng H2 : Ranitidin.
- Ranitidin : 50mg TB/4 - 6 giờ.
- Ức chế bơm proton : Omeprazol : 40 - 80 mg TMC sau đó 40mg/24giờ, chuyển dạng uống 40mg/ngày khi tình trạng xuất huyết ổn. **Hoặc Pantoprazol 40-80mg TMC, sau đó TTM 8mg/h đến khi ngưng xuất huyết tiêu hóa chuyển sang TMC 40mg/12 giờ hoặc sang đường uống.**
- Truyền máu khi có chỉ định.

IV.CHUYỂN VIỆN

- XHTH trên trung bình, nặng kèm choáng RLHĐH, rối loạn tri giác.
 - XHTH trên do giãn vỡ TM thực quản.
 - Phải đảm bảo chuyển viện an toàn.
-

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- *Phác đồ điều trị - Bệnh viện Nguyễn Tri Phương*

XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DƯỚI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Trĩ là nguyên nhân hay gặp nhất ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa dưới.
- Tiếp đến là rách niêm mạc hậu môn với các triệu chứng chính là đau hậu môn kèm xuất huyết. Khi các nguyên nhân ở ống hậu môn đã được loại trừ, nguyên nhân thường gặp trong xuất huyết tiêu hóa dưới ở người lớn là bệnh lý túi thừa, giãn mao mạch (vascular ectasia) - đặc biệt hay gặp ở người lớn tuổi, u (chủ yếu là ung thư biểu mô tuyến, polyp), và viêm loét đại trực tràng.
- Ngoài ra có một số nguyên nhân khác có thể kể đến là viêm trực tràng xuất huyết do xạ trị, chảy máu sau cắt polyp, hội chứng loét trực tràng đơn độc, loét do NSAIDs, chấn thương, giãn tĩnh mạch (chủ yếu ở trực tràng), tăng sản lympho dạng nốt, viêm mạch. Ở trẻ em và lứa tuổi vị thành niên, nguyên nhân thường gặp là bệnh lý viêm loét đại trực tràng và polyp thiếu niên.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Bệnh sử

- Đi cầu máu đỏ tươi lẫn phân, hoặc sau phân.
- Đi cầu phân đen lẫn máu đỏ.
- Máu chảy rỉ rả tồn đọng trong ruột sẽ có biểu hiện phân đen sệt có mùi tanh.

2. Lâm sàng

- DHST: mạch, huyết áp thay đổi tùy tình trạng máu chảy và số lượng máu mất.
- Thiếu máu: da xanh, niêm nhạt.
- Thở nhanh nông nếu mất máu nhiều.
- Rối loạn tri giác: lơ mơ, hôn mê nếu thiếu máu nặng và sốc nếu không xử trí kịp.

❖ *Mức độ chảy máu*

- Chảy máu nhẹ: máu mất 250ml, không ảnh hưởng toàn trạng, dấu sinh hiệu không đổi, các chỉ số về máu bình thường.
- Chảy máu trung bình: máu mất 250-500ml, có ảnh hưởng toàn trạng, M-HA thay đổi.
- Chảy máu nặng: máu mất trên 1000ml, toàn trạng thay đổi, da xanh, niêm nhạt, vật vã, rối loạn tri giác.
+ $M > 120l/p$, $HA < 80/50$ mmHg + $HC < 2.5tr/m^3$, $Hct < 30\%$

3. Cận lâm sàng

- Nội soi đại tràng, trực tràng.

III. ĐIỀU TRỊ

- Hồi sức nội khoa, truyền dịch, cầm máu là ưu tiên sau đó cần xác định vị trí chảy máu, nguyên nhân chảy máu và xử lý đặc hiệu nguyên nhân này.

IV. CHUYỂN VIỆN

- XHTH dưới trung bình, nặng kèm choáng RLHĐH, rối loạn tri giác.
- Phải đảm bảo chuyển viện an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- *Phác đồ điều trị - Bệnh viện Nguyễn Tri Phương.*

VIÊM TÚI MẬT CẤP

I.KHÁI NIỆM:

- Viêm túi mật cấp là một cấp cứu về tiêu hóa, thường do sỏi mật gây nên. Bệnh hay gặp ở nữ, tuổi thường gặp từ 40 - 60 tuổi. Bệnh cần được chẩn đoán sớm, điều trị kịp thời để phòng những biến chứng có thể dẫn tới tử vong.

- Bệnh gây ra do vi khuẩn chiếm đến 50-85% trường hợp. Vi khuẩn thường gặp là E. coli, Klebsiella, Streptococcus nhóm D, Staphylococcus, và Clostridium.

II.CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

- Viêm túi mật dấu hiệu và triệu chứng thường xảy ra sau bữa ăn, đặc biệt là một bữa ăn lớn hay bữa ăn nhiều chất béo.

- Thường khởi phát bởi cơn đau quặn gan, đau hạ sườn phải, đau tức bụng khi chạm vào, nếu không được điều trị sẽ tăng dần sau vài giờ, sau đó diễn tiến đưa đến nhiễm trùng và tắc mật. Có khoảng 60-70% bệnh nhân với cơn đau đầu tiên tự lui bệnh. Tuy nhiên những cơn đau kéo dài về sau sẽ đưa đến đau lan tỏa cả vùng hạ sườn phải, lan đến vùng bả vai phải, vai phải. Đau tăng khi ho và hít sâu.

- Chán ăn, bụng đầy hơi, buồn nôn và nôn.

- Vàng da chỉ xuất hiện khi có viêm phù nề hoặc hạch chèn ép vào đường dẫn mật chính nên thường không có hoặc đến muộn.

- Sốt, ớn lạnh, đổ mồ hôi.

2. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm CLS thường qui: Tổng phân tích tế bào máu, AST, ALT, creatinin, ion đồ.

- Xét nghiệm máu:

+ Công thức máu: bạch cầu cao, đặc biệt là bạch cầu trung tính.

+ Sinh hóa máu: thể hiện tắc mật

+ Bilirubin tăng, đặc biệt bilirubin trực tiếp.

+ Phosphatase kiềm tăng.

+ Protein C phản ứng (CRP): thường tăng cao.

- Xquang bụng đứng không sửa soạn.

- Siêu âm hệ gan mật.

- Chụp CT bụng hoặc MRI gan mật (nếu cần).

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Áp xe gan

- Viêm gan siêu vi

- Viêm đường dẫn mật

III.ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA:

❖ Nguyên tắc:

- Kháng sinh: ưu tiên là các kháng sinh có phổ tác dụng trên vi khuẩn gram âm như quinolon thế hệ 2 (ciprofloxacin hoặc peflacin) và kháng sinh có tác dụng trên các vi khuẩn kỵ khí như nhóm imidazol (metronidazole, tinidazole, ornidazole).

- Trong trường hợp bệnh nặng cần sử dụng phối hợp kháng sinh và dùng bằng đường tiêm, thường phối hợp thêm với cephalosporin thế hệ 3 như cefotaxim, ceftriaxon hoặc cefuroxim.

- Chú ý đến nhiễm các vi khuẩn kỵ khí, do đó cần phối hợp thêm metronidazol hoặc clindamycin (dalacin).

a. Nghỉ ngơi hoàn toàn, chườm nước đá vùng túi mật.

b. Chế độ ăn uống:

- Những ngày đầu uống nước cháo, chè đường, sữa về sau chế độ ăn lỏng, súp, cháo.

c. Thuốc:

- **Chống co thắt giảm đau:**

+ Atropin 1/2mg x 1 ống tiêm dưới da/24 giờ.

+ Hyoscine butylbromide

+ Nospa hay sparmaverin, ...

+Tránh dùng thuốc phiện.

- **Thuốc kháng sinh** : Nên dùng loại kháng sinh phổ rộng:

+ Nhóm Aminoglycoside

+ Nhóm Beta-lactam

+ Nhóm Cephalosporin thế hệ thứ 3

Phối hợp một trong những kháng sinh sau:

+ Chloramphenicol (lọ 1g) tiêm bắp, nhỏ giọt tĩnh mạch 1 - 4lọ/24h + Colimixin (lọ 1 triệu Đv) tiêm bắp 2 - 4 lọ/24 giờ.

+ Gentamycin (ống 80mg) tiêm bắp 2 - 4 ống/24 giờ Nếu có suy thận phải giảm liều 1/2 colimixin, gentamixin.

- **Điều chỉnh nước, điện giải** bằng truyền dịch: Mặn, ngọt đẳng trương.

IV. TIÊU CHUẨN CHUYỂN VIỆN:

- Không đáp ứng với điều trị nội khoa mà tình trạng nhiễm trùng nhiễm độc nặng.

- Viêm túi mật có các biến chứng: viêm mũ túi mật, viêm phúc mạc mật, ứ dịch túi mật, hoại tử và thủng túi mật.

- Chỉ định phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- *Phác đồ điều trị Viêm túi mật cấp- Bệnh viện Nhân Dân 115*

TIÊU CHẢY NHIỄM TRÙNG

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Tiêu phân lỏng không thành khuôn nhiều hơn 2 lần/ 24 giờ trong vòng dưới 2 tuần được coi là tiêu chảy cấp.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

- Tiêu phân lỏng toàn nước: là do siêu vi, riêng dịch tả do yếu tố dịch tễ và tiêu ra nước thoáng đục có màng lợn cợn với mùi tanh đặc biệt, không sốt.

- Tiêu phân đàm máu do vi trùng xâm lấn hoặc amip gây ra (trẻ em rất ít khi bị lỵ amip).

2. Cận lâm sàng:

- Cây phân: khi bệnh nặng, sốt cao, tiêu đàm máu, phân soi có bạch cầu, bệnh suy giảm miễn dịch và bệnh nhân có tiền sử hội chứng ruột kích thích

- Cây máu: khi sốt cao, dọa sốc, hay suy giảm miễn dịch nặng.

- Chụp phim bụng đứng khi nghi ngờ bệnh nhân có bệnh lý ngoại khoa, amib.

- Nghi dịch tả: soi phân trực tiếp dưới kính hiển vi tìm thấy khuẩn có chuyển động đặc biệt + cây phân. Kết quả cây phân là căn cứ để báo dịch và điều chỉnh kháng sinh nếu cần.

- Lỵ amip: soi phân tươi trong vòng 5 phút sau khi lấy / hoặc chứa trong dung dịch cố định thấy thể tư dưỡng của E. histolytica ăn hồng cầu.

- Lỵ trực trùng: cây phân trước khi cho kháng sinh.

- Xét nghiệm CLS thường qui: Tổng phân tích tế bào máu, creatinin, ion đồ, siêu âm bụng.

3. Chẩn đoán phân biệt:

Cần loại trừ các bệnh cấp cứu khác như: lồng ruột, tắc ruột, viêm ruột thừa, thai ngoài tử cung vỡ, hoặc cơn bão giáp,.

4. Đánh giá mức độ mất nước:

Không dấu mất nước (<3% thể trọng)	Mất nước trung bình (3-9% thể trọng)	Mất nước nặng (>9% thể trọng)
Không có dấu hiệu thực thể, chỉ khát nước	Niêm mạc miệng khô. Mắt trũng. Dấu véo da trở về hơi chậm (1 -2 giây). Tình trạng tri giác có biến đổi (ngủ gà hoặc kích thích) Thở sâu.	Có các dấu hiệu của nhóm nhẹ và trung bình cộng với: Tay chân lạnh, thời gian làm đầy tĩnh mạch trên 2 giây. Huyết áp hạ hoặc kẹt. Mạch nhẹ khó bắt, hoặc không đo được.

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Bù nước điện giải: tùy mức độ mất nước:

- Mất nước nhẹ uống ORS theo nhu cầu, mất nước trung bình uống ORS

75ml/kg cân nặng trong 3-4 giờ đầu, chỉ truyền dịch khi ói nhiều hoặc không đảm bảo uống đủ.

- Mất nước nặng: truyền tĩnh mạch, cần phải nhập viện. Truyền dịch 100ml/kg cân nặng trong 4-6 giờ dd đẳng trương NaCl 0,9% hoặc Lactate Ringer.

- Tổng lượng dịch cần bù trong 24 giờ = lượng đã thiếu hụt + lượng duy trì + lượng tiếp tục mất.

2. Kháng sinh:

- Chỉ định:

+ Tiêu toàn nước không dùng kháng sinh, trừ trường hợp nghi bệnh Tả.

+ Tiêu đàm máu đại thể: nếu có sốt nên dùng kháng sinh, nếu không sốt nên điều trị như Ly Amíp.

+ Tiêu đàm máu vi thể: có hồng cầu và nhiều bạch cầu trong phân: dùng kháng sinh.

- Kháng sinh:

+ Norfloxacin 400mg X 2 lần/ngày X 3-5 ngày.

+ Ciprofloxacin 500mg X 2 lần/ngày X 3-5 ngày.

+ Azithromycine 500mg/ngày X 3-5 ngày.

+ Metronidazole (cho Ly Amip) 500mg X 3 lần/ngày X 5-10 ngày.

+ Ceftriaxone 2g/ngày x 5-10 ngày

* Theo tác nhân: Tả: Tetracycline, Ciprofloxacin, Azithromycine s Shigella: Ciprofloxacin, Azithromycine, Ceftriaxone Amip: Metronidazole, Tetracycline.

3. Các thuốc chống tiêu chảy: Hạn chế các thuốc giảm nhu động ruột.

- Loperamid (imodium) chỉ cho khi bệnh nhân không có sốt, không bị liệt ruột, không có tiêu đàm máu, không bị viêm loét đại tràng nhiễm độc. Liều dùng thường bắt đầu 1- 2viên, sau đó duy trì 1 -2 viên mỗi 6-8 giờ.

- Các thuốc hấp phụ khác có thể an toàn hơn Loperamid:

+ Than hoạt: carbogastrin 1-2viên x3-4 lần/ngày

+ Smecta 1-2 gói x 2-4 lần/ngày

4. Men vi sinh (Lactobacillus, Antibio, Enterogermina) có thể dùng trong các trường hợp tiêu chảy không đàm máu, loạn khuẩn do dùng kháng sinh.

IV.RA VIỆN:

- Hết triệu chứng lâm sàng > 24 giờ.

- Trường hợp dịch tả cần cấy phân âm tính trước khi xuất viện.

V.CHUYỂN VIỆN:

- Khi có rối loạn huyết động học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh ngoại trú năm 2013 - Bệnh viện Cấp cứu Trung Ương.

- Phác đồ điều trị bệnh viện Bệnh Nhiệt đới

- Phác đồ điều trị bệnh viện Nguyễn Tri Phương

VIÊM TỤY MẠN

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Là tình trạng chức năng tụy bị suy giảm kéo dài do tổn thương nhu mô tụy hay ống tụy.

- Khoảng 70-90% nguyên nhân viêm tụy mạn do rượu.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Chẩn đoán lâm sàng:

- Đau bụng vùng tụy (trên rốn bên trái, lan phía lưng bên trái), tăng lên sau khi ăn hay sau khi uống rượu.

- Đau xuất hiện nhiều trong những năm đầu tiên, sau đó giảm dần khi ngưng rượu ở bệnh nhân nghiện rượu.

- Gầy, sụt cân, tiêu chảy phân mỡ.

- Vàng da, sốt.

- Bệnh cảnh đợt cấp của viêm tụy mạn.

- Các yếu tố nguy cơ thúc đẩy: sỏi mật, xơ gan (sau 10 năm viêm tụy mạn), sỏi tụy, xơ hóa tụy, vôi hóa tụy, nang giả tụy.

2. Chẩn đoán cận lâm sàng:

- Xét nghiệm máu: Tổng phân tích tế bào máu, Glycemie, creatinin, AST, ALT, GGT, LDH, ion đồ, CRP, Protein máu, albumin máu, bilan mỡ máu, glucose, HbA1c.

- Định lượng men tụy : amylase (máu, niệu), lipase.

- Hình ảnh chẩn đoán:

+ XQ bụng đứng không sửa soạn.

+ Siêu âm bụng.

+ CT Scan bụng, MRI (nếu cần).

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Hội chứng kém hấp thu

- Ung thư tụy

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc:

- Điều trị giảm đau: trong giai đoạn đầu.

- Điều trị đợt cấp của viêm tụy mạn giống như điều trị viêm tụy cấp.

- Điều trị các biến chứng.

- Điều trị suy tụy ngoại tiết, nội tiết.

2. Điều trị viêm tụy mạn:

2.1 Giảm đau:

- Ngưng rượu.

- Chế độ ăn:

+ Đảm bảo 2500 - 3000 kcal/ngày.

+ Chia làm nhiều bữa nhỏ trong ngày để tránh tụy hoạt động nhiều.

+ Chất béo 60-70g/ngày (chủ yếu chất béo thực vật).

+ Chất đạm 60-120g/ngày.

+ Chất bột đường 300-400g/ngày.

+ Ăn nhiều bữa hạn chế mỡ và protein.

+ Ăn thức ăn giàu vitamin tan trong dầu, sắt, vitamin B12, acid folic.

- Thuốc giảm đau:

- + Aspirin 2-3g/ngày (viên có bọc đường) hoặc:
- + Acetaminophen 2-3g/ngày.

2.2 Giảm co thắt:

- N-butyl hyoscine (Buscopan): 20mg x 3 lần/ngày IV/IM.
- Tiumonium methyl sulfate (Visceralgine): 25mg x 3 lần/ngày IV/IM.
- Alverine (No-spa 40mg): 1 ống x 3 lần/ngày IV/IM.

2.3 Giảm tiết: dùng 1 trong các nhóm sau:

- Anti H2:
 - + Cimetidine 200mg x 2-3 lần/ngày IV/IM.
 - + Ranitidin 50mg x 2-3 lần/ngày IV/IM.
- Ức chế bơm proton: omeprazol 40mg x 1-2 lần/ngày IV/IM Và/hoặc dùng thêm:
 - + Octreotide: somatostatin 100 mcg x 3 lần/ngày IV/SC.
 - + Metochlopramide: 10-20mg x 2-3 lần/ngày IV/IM.

2.4 Điều trị suy tụy ngoại tiết:

- Chế độ ăn giảm lipid.
- Phối hợp thuốc kháng acid, chống tiết.
- Pancreatin: 1-2 viên uống trong bữa ăn.
- Men tụy (Pancrease 1-3 viên uống trong bữa ăn) + thuốc chống tiết acid dạ dày (anti H2 hoặc PPI).

2.5 Điều trị suy tụy nội tiết:

- Dựa theo xét nghiệm đường trong máu vì đảo Langerhans bị phá hủy không đủ tiết insulin.
- Điều trị bằng insulin.

IV. CHUYỂN VIỆN

- Đau bụng nhiều đã điều trị nội khoa không đỡ, phải điều trị phẫu thuật.
- Có chỉ định điều trị phẫu thuật: có sỏi tụy, sỏi mật gây tắc mật, tắc ống tụy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Phác đồ điều trị - Bệnh viện Nhân Dân 115

BỆNH TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY - THỰC QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Bệnh trào ngược dạ dày - thực quản (GERD) là các triệu chứng có hoặc không có tổn thương niêm mạc thực quản do hậu quả của dịch dạ dày trào ngược lên thực quản.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

1.1 .Triệu chứng điển hình:

- Ợ nóng:
 - + Cảm giác nóng rát từ thượng vị lan lên sau xương ức, có thể đến cổ họng, sau lưng.
 - + Thường xảy ra sau bữa ăn no, ăn chua, cay, nhiều chất béo, chocolate, thức uống có cồn.
 - + Tăng khi cúi người ra trước hay nằm nghiêng (P).
 - + Giảm rõ khi dùng thuốc kháng acid.
- Trớ: ợ thức ăn từ thực quản lên miệng.
- Ứa nước bọt.

1.2. Triệu chứng không điển hình:

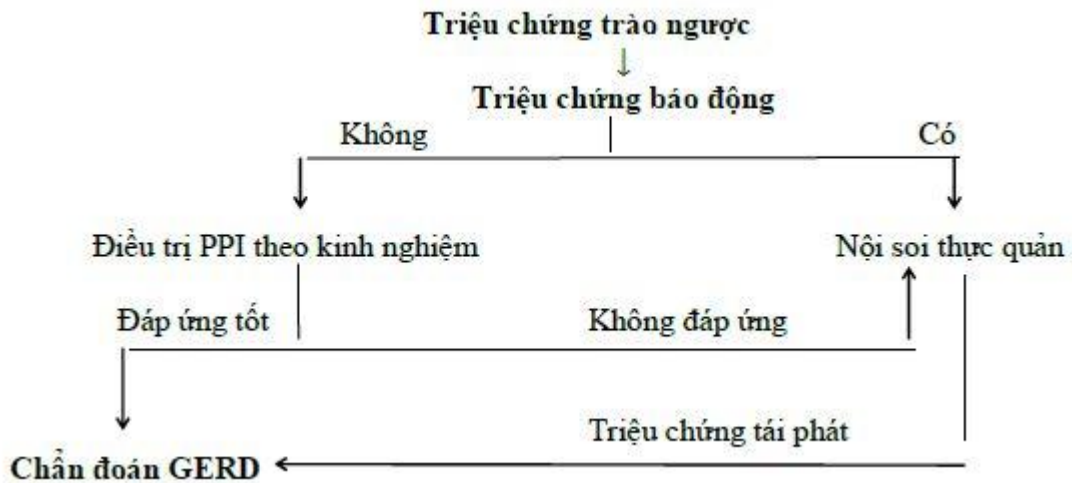
- Đau ngực: nghĩ đến GERD khi đau ngực kèm rối loạn giấc ngủ mà không giải thích được.
- Rối loạn tiêu hóa không đặc hiệu, ợ hơi, đầy bụng, đau bụng, nghẹn, nôn.
- Khàn tiếng, viêm thanh quản, họ mạn tính, hẹn phế quản.
- Bào mòn răng.

1.3. Triệu chứng do biến chứng:

- Nghẹn thở về đêm.
- Nuốt khó, nuốt đau.
- Nôn ra máu.
- Loét, hẹp thực quản, thực quản Barrett, ung thư thực quản.
- Triệu chứng báo động khác: sụt cân, thiếu máu, lớn tuổi, tiền sử gia đình có ung thư tiêu hóa trên.

2. Cận lâm sàng :

- Chỉ định nội soi thực quản sớm khi:
 - + Có triệu chứng báo động.
 - + Có triệu chứng không điển hình.
 - + Có triệu chứng nhưng không đáp ứng điều trị ban đầu.
 - + Triệu chứng kéo dài thường xuyên gây khó chịu.



III. ĐIỀU TRỊ:

1. Thay đổi lối sống:

- Sinh hoạt:
 - + Tránh cúi người về phía trước, nằm nghiêng (P).
 - + Nằm đầu cao > 10-15cm sau ăn và khi ngủ.
 - + Không mặc quần áo quá chật.
 - Tránh tăng cân, giảm cân nếu thể trạng mập, tránh lao động nặng
 - + Ăn uống:
 - + Không uống rượu, hút thuốc lá.
 - + Tránh ăn trong vòng 3 giờ trước khi ngủ.
 - + Ăn nhiều bữa nhỏ trong ngày.
 - + Tránh thức ăn chua, có gas, nhiều mỡ, café, trà...
 - Tránh một số thuốc không có lợi: anti-adrenergic, anti-cholinergic, ức chế calci, diazepam, nitrate, estrogen, progesterone, theophylline, thuốc gây nghiện, chống trầm cảm 3 vòng...
 - Dùng antacid khi có triệu chứng, nhất là triệu chứng ợ nóng.
 - 2. PPI: chỉ định ngay từ đầu nếu có triệu chứng điển hình.
 - Nên điều trị Helicobacter pylori (nếu có) trước khi điều trị PPI lâu dài.
 - Liều dùng:
 - + Tấn công: Omeprazol 40 mg/ngày.
 - hoặc Esomeprazol 40 mg/ngày. hoặc Pantoprazol 40 mg/ngày.
 - + Duy trì: liều tấn công - liều thấp nhất có thể kiểm soát được triệu chứng.
 - + Có thể dùng liều tấn công x 2 lần/ngày khi: Chỉ đáp ứng điều trị một phần.
- Không cải thiện triệu chứng.

Rối loạn vận động thực quản nặng. Thực quản Barrett.

Chiến lược điều trị:

- + Triệu chứng điển hình < 1 lần/tuần: điều trị theo nhu cầu.
- + Triệu chứng điển hình > 1 lần/tuần: PPI chuẩn 4 tuần.
- + Triệu chứng báo động hoặc BN > 50 tuổi:
 - Viêm thực quản nhẹ trở xuống: PPI 4 tuần. Viêm thực quản nặng, biến chứng: PPI 8 tuần.
 - + Biểu hiện ngoài ống tiêu hóa:
 - Cần xác định nguyên nhân do thực quản. PPI chuẩn hoặc PPI 2 lần/ngày x 4-

8 tuần.

3. Thuốc tăng vận động thực quản: Metoclopramid 30-40mg/ngày, Domperidon 20-30mg/ngày, cisapril 20-40mg/ngày.

4. Điều trị triệu chứng: Trimafort (Varogel.) 1 gói x 2-3 lần/ngày.

5. Chỉ định điều trị ngoại khoa:

- GERD điển hình không thể cắt thuốc.
- GERD điển hình hoặc không điển hình: kháng với điều trị nội.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN:

- Bệnh nhân không tuân thủ điều trị ngoại trú.
- Có triệu chứng do biến chứng.

V. TIÊU CHUẨN CHUYỂN VIỆN:

- Có chỉ định điều trị ngoại khoa.
 - BN không muốn điều trị nội khoa kéo dài.
-

Tài liệu tham khảo:

- Bài giảng bộ môn Nội - ĐHYD Tp.HCM

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bệnh lý đại tràng co thắt (IBS) là sự rối loạn chức năng tiêu hóa gồm tam chứng:
 - +Đau bụng - chướng bụng
 - +Thay đổi thói quen đi tiêu
 - +Không có bất thường cấu trúc và chức năng
- Các yếu tố thúc đẩy:
 - +Stress
 - +Làm việc ngồi nhiều một chỗ
 - +Khởi phát sau khi ăn uống một số chất:chocola,rượu bia,cà phê,sữa.
 - +Nhiễm trùng tiêu hóa hay dùng kháng sinh
 - +Uống thuốc nhuận trường hoặc chống tiêu chảy

II. CHẨN ĐOÁN

IBS: TIÊU CHUẨN ROME III (2006)

Đau bụng hoặc khó chịu vùng bụng, tái phát ít nhất 3 ngày trong 1 tháng, trong 3 tháng gần đây: Giảm triệu chứng sau khi đi tiêu, thay đổi số lần đi tiêu khi khởi phát bệnh, thay đổi hình dạng phân khi khởi phát bệnh

Tiêu chuẩn này được thỏa mãn trong 3 tháng gần đây với triệu chứng khởi phát ít nhất 6 tháng trước khi chẩn đoán

CHẨN ĐOÁN IBS

- Chẩn đoán loại trừ những nguyên nhân thực thể gây đau bụng và rối loạn đi tiêu
- Không hẳn là chẩn đoán loại trừ: phải dựa vào bệnh sử, triệu chứng lâm sàng điển hình gợi ý (Rome III) và các kết quả xét nghiệm có chọn lọc vì bệnh có nhiều triệu chứng cơ năng nhưng không có dấu chứng thực thể, không có dấu hiệu báo động.
- Loại trừ nguyên nhân thực thể khi có các triệu chứng báo động:
 - + Tuổi > 50
 - + Chán ăn, sụt cân
 - + Thiếu máu
 - + Sốt, tăng vs, tăng BC
 - + Đi tiêu phân đàm,máu,mủ
 - + Đi tiêu phân dẹt nhỏ
 - + Tiền sử gia đình có bị ung thư đại tràng

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc chung

- Tập trung vào các triệu chứng nổi trội là biện pháp hợp lý và hữu ích
- Việc điều trị có thể không làm dứt hẳn triệu chứng nhưng sẽ cải thiện tốt hơn chất lượng cuộc sống
- Tạo môi quan hệ tốt giữa thầy thuốc và bệnh nhân:trần an, lắng nghe, giải thích,giao dục bệnh nhân biết cách tiết chế và thay đổi lối sống thích nghi với bệnh

2. Điều trị thuốc

a. Thuốc chống co thắt điều trị đau bụng và chướng bụng

- Kháng cholinergic:hyoscine, atropine, scopolamine....
- Hướng cơ trơn: alverrine, mebeverine, drotaverine, Trimebutine...
- Chống trầm cảm liều thấp: amitriptyline

b. Thuốc điều trị tiêu chảy

- Chống tiêu chảy: Loperamide, Cholestyramine,
- Bảo vệ niêm mạc: Diosmectite, Attapulgate
- Probiotics: Lactobacillus acidophilus, Bacillus clausii...

c. Thuốc điều trị táo bón

- Thẩm thấu: Macrogol, Lactulose, Mannitol, Forlax, Sorbitol...
- Tạo khối: Normacol, mucilage
- Tăng co thắt: lô hội, muồng trâu, Docusate, Picosulfate.

d. Thuốc tác dụng lên thụ thể 5-HT: Alosetron, Ondacetron, Tegaserod, Cisapride, Mosapride, Renzapride...

e. Thuốc giải lo âu: Beta bloquants, Benzodiazepine, Benzoxaxine, chống loạn thần, chống trầm cảm 3 vòng

IV. THEO DÕI VÀ DẶN DÒ

- Chú ý và tránh các yếu tố nguy cơ thúc đẩy bệnh nặng hơn
- Chế độ ăn uống: tránh thức ăn không dung nạp, gây tiêu chảy hay đau bụng nhưng không kiêng cử quá mức
- Tránh bữa ăn quá nhiều chất béo, carbohydrate không hấp thu, cà phê, lactose
- Nếu táo bón, cần uống nhiều nước, ăn chất xơ, rau quả, tránh thức ăn khô mồm và nhiều gia vị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh ngoại trú năm 2013 - Bệnh viện cấp cứu Trung Vương.*

SUY THẬN MÃN

I. ĐẠI CƯƠNG:

Suy thận mãn là tình trạng suy giảm chức năng thận một cách thường xuyên, liên tục, chậm, kéo dài > 3 tháng và không hồi phục.

Độ lọc cầu thận giảm: $GFR < 90 \text{ ml/phút/1,73 m}^2$ da kéo dài trên 3 tháng.

II. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG:

A. Triệu chứng lâm sàng

1. **Phù:** Phù nhiều hay ít tùy thuộc vào giai đoạn của suy thận, STM do viêm thận thường phù ở giai đoạn cuối.

2. **Thiếu máu:** là triệu chứng thường gặp, trừ trường hợp suy thận do thận đa nang. Mức độ thiếu máu liên quan đến giai đoạn STM.

3. **Tăng huyết áp:** 80% bệnh nhân STM có tăng huyết áp, tăng huyết áp phụ thuộc vào nguyên nhân dẫn đến STM. Bệnh lý mạch máu thận và bệnh lý mạch máu cầu thận THA đến sớm và nặng hơn so với bệnh lý viêm cầu thận. Bệnh nhân STM có từng đợt THA nặng làm chức năng thận suy nhanh chóng, có thể gây tử vong nhanh nếu không điều trị kịp thời.

4. **Suy tim:** suy tim trong STM có nhiều cơ chế đôi khi phối hợp nhiều cơ chế trên cùng một người bệnh: THA quá tải muối nước, thiếu máu nặng... khi có suy tim nghĩa là STM đã nặng là nguyên nhân gây tử vong thường gặp ở bệnh nhân STM.

5. **Rối loạn tiêu hóa:** Giai đoạn sớm: chán ăn; giai đoạn 3 trở đi buồn nôn, ỉa chảy có khi XHTH.

6. **Xuất huyết:** chảy máu mũi, chảy máu chân răng, chảy máu dưới da thường gặp, có khi xuất huyết tiêu hóa thì bệnh rất nặng làm ure máu tăng lên rất nhanh.

7. **Viêm màng ngoài tim:** xuất hiện ở giai đoạn cuối của STM, là dấu hiệu báo hiệu tử vong nếu không điều trị lọc máu.

8. **Ngứa:** xuất hiện STM ở giai đoạn có cường tuyến cận giáp thứ phát do ứ đọng canxi dưới da.

9. **Chuột rút:** xuất hiện ban đêm do giảm natri, giảm calci máu.

10. **Hôn mê:** do tăng ure máu gặp trong STM giai đoạn cuối, bệnh nhân có thể co giật, rối loạn tâm thần.

B. Cận lâm sàng:

1. Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi: thiếu máu đẳng sắc, hồng cầu không biến dạng.

2. Sinh hóa máu:

- Ure tăng, Creatinin tăng, giảm độ thanh thải Creatinin.

- Kali bình thường hoặc giảm, nếu kali máu tăng là biểu hiện đợt cấp kèm thiếu niệu, nhưng không vô niệu.

- Giai đoạn đầu: calci máu giảm, phospho tăng.

- Giai đoạn có cường tuyến cận giáp thứ phát: calci máu tăng, phospho tăng đặc biệt hormon cận giáp (PHT).

- Acide uric tăng.

3. Sinh hóa nước tiểu: tùy nguyên nhân nhưng STM giai đoạn III, giai đoạn IV thì kèm theo có protein niệu nhưng không cao; HC, BC tùy nguyên nhân suy

thận.

4. CDHA:

- Siêu âm bụng: thận nhỏ, chiều cao thận <10cm (VN<9cm), chủ mô thận mỏng mất ranh giới vỏ và tủy.

- X-quang: kích thước thận nhỏ: <3 đốt sống trên phim thận không chuẩn bị

III. CHẨN ĐOÁN:

1. Chẩn đoán xác định dựa vào:

- Triệu chứng của STM.

- Dấu chứng của STM: tăng ure máu, tăng creatinin máu, giảm độ lọc cầu thận.

- Tính chất mạn của suy thận có 3 tiêu chuẩn:

+ Tiền sử: có tiền sử bệnh thận, creatinin máu tăng trên 3 tháng.

+ Hình thái học:

• Siêu âm: chiều cao thận <9cm, chủ mô thận mỏng mất ranh giới vỏ và tủy.

• XQ: kích thước thận < 3 đốt sống.

+ Sinh học: có 2 bất thường hướng tới suy thận mãn.

• Thiếu máu đẳng sắt, HC bình thường không biến dạng.

• Hạ calci máu.

* Cần chú ý đến các trường hợp sau:

- STM kích thước thận không giảm: ĐTD, amylose, thận ứ nước, thận đa nang.

- STM không thiếu máu: suy thận mãn do thận đa nang.

- STM mãn không hạ calci: u tủy, STM kèm nguyên nhân tăng calci thêm vào.

2. Chẩn đoán giai đoạn STM, hướng dẫn việc làm theo giai đoạn:

Giai đoạn	Mô tả	Creatinine máu	Độ lọc cầu thận GFR	Việc cần làm
1	Suy thận nhẹ	<130	≥ 60-89	Chẩn đoán nguyên nhân và điều trị Đánh giá tình trạng suy thận mãn và làm chậm sự tiến triển Điều trị những yếu tố nguy cơ tim mạch. Điều trị những bệnh đi kèm. Loại bỏ những chất độc vào thận.
2	Suy thận mãn giai đoạn trung bình	130-299	30-59	Chẩn đoán dự phòng và điều trị những biến chứng. Chuẩn bị đường mạch máu để lọc thận. Tiêm phòng chống viêm gan B.
3	Suy thận mạn giai đoạn trung bình	300-900	15-29	Chuẩn bị điều trị thay thế thận
4	Suy thận mãn giai đoạn cuối	>900	<15	Điều trị thay thế thận.

Giai đoạn sau của STM cần tiếp tục làm công việc của giai đoạn trước.

3. Chẩn đoán nguyên nhân suy thận mãn:

- Nguyên nhân thường gặp: tăng huyết áp, đái tháo đường,
- Nguyên nhân khác: bệnh nhiễm trùng, viêm đài bể thận, viêm cầu thận, bệnh mạch máu thận, bệnh thận bẩm sinh, thận đa nang. Dùng thuốc độc tính thận: kháng sinh độc tính thận, NSAIDS...

4. Chẩn đoán các yếu tố cấp làm nặng nhanh STM: có ý nghĩa quan trọng và nếu loại trừ các yếu tố nặng nhanh chức năng thận có thể giúp chức năng thận hồi phục trở lại với chức năng thận vốn có từ ban đầu.

Yếu tố	Nguyên nhân	Đặc tính
Mất nước ngoại bào	Lợi tiểu RLTH	Hồi phục sau bồi hoàn muối và nước.
Những thuốc có tác động lên huyết động	SAINS Ức chế men chuyển Thuốc kháng thụ thể AT1	Giảm thể tích máu phổi hợp. Hẹp động mạch thận hoặc tổn thương mạch máu nặng. Hồi phục khi ngừng thuốc.
Tắc nghẽn	Tất cả các nguyên nhân gây tắc nghẽn.	Hồi phục sau khi lấy tắc nghẽn.
Những phẩm gây độc	Thuốc cản quang có iode Những thuốc độc tính thận	Cần thiết cung cấp nước. Chỉ định đúng Tôn trọng quy tắc kê đơn.
Bệnh lý phổi hợp	Viêm đài bể thận cấp Bệnh mạch máu thận	Hồi phục sau điều trị đặc hiệu.

5. Chẩn đoán phân biệt:

- Suy thận cấp: dựa vào bệnh sử, nguyên nhân, tiến triển của suy thận
- Đợt cấp của STM: tiền sử, tỉ lệ ure máu/Creatinin máu ($\mu\text{mol/l}$) >100

IV. ĐIỀU TRỊ

A. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

Điều trị nguyên nhân:

- Điều trị yếu tố làm giảm độ lọc cầu thận
- Làm chậm tối đa sự tiến triển của STM
- Dự phòng hoặc điều trị biến chứng của STM
- Điều trị những yếu tố nguy cơ tim mạch và những bệnh lý đi kèm.
- Chuẩn bị điều trị thay thế thận.

B. ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ

1. Điều trị nguyên nhân: tùy theo nguyên nhân gây suy thận nào sẽ có dạng phác đồ điều trị cụ thể cho từng nguyên nhân.

2. Điều trị làm chậm tối đa sự tiến triển của suy thận mãn: có 3 can thiệp được đưa ra làm chậm tối đa sự tiến triển của suy thận mãn:

- Kiểm soát có hiệu quả huyết áp.
- Dùng thuốc ức chế men chuyển hoặc ức chế angiotensin.

- Chế độ ăn hạn chế muối và protein.

2.1. Điều trị tăng huyết áp cụ thể:

Huyết áp khuyến cáo: HA < 130/85 mmHg khi đạm niệu < 1g/24g.

HA < 125/75 mmHg khi đạm niệu > 1g/24g.

Thuốc huyết áp được dùng trong suy thận mãn:

* Nhóm lợi tiểu:

- Dùng thiazide nếu GFR > 25 ml/P. Liều 25-50mg x 2 lần/ngày.

- Dùng lợi tiểu quai nếu GFR < 25ml/P. liều 40mg x 1-2 lần/ ngày.

* Nhóm ức chế men chuyển: làm chậm sự tiến triển của thận so với các thuốc khác.

- Ưu tiên lựa chọn ức chế men chuyển trong các trường hợp sau:

+ Đái tháo đường type 1 hoặc có microalbumin niệu, hoặc protein niệu, bệnh thận có protein niệu < 1g/24giờ; bệnh lý tim mạch sau điều trị thay thế thận. Tuy nhiên đái tháo đường type 2 cần chỉ định được ức chế men chuyển.

+ Thận trọng: suy thận mãn giai đoạn 3 (khi GFR < 30ml/P), suy thận mãn đang tiến triển, suy thận cấp.

+ CCD: suy thận mãn giai đoạn IV, tăng calci huyết, tăng kali.

Thuốc và điều trị cụ thể:

Liều lượng và cách dùng:

+ Ức chế men chuyển:

• Captopril 25mg: liều 25-100mg/ngày chia 3-4 lần/ngày.

• Enalapril: liều 5-40mg/ngày. Nếu sử dụng liều 40mg ngày nên chia 2 lần hoặc có suy tim.

• Lisinopril: liều 5mg-40mg; khởi đầu liều thấp 5mg/ngày. Dùng liều cao 40mg/ngày nên chia làm 2 lần/ngày hoặc có suy tim nên chia làm 2 lần/ngày.

- Ức chế angiotensin:

• Losartan: liều 25-100mg/ngày dùng 1 lần. nếu có suy tim nên chia 2 lần/ngày.

• Telmisartan: liều điều trị 40-20-80mg 1 lần/ngày. Nếu có suy tim chia 2 lần/ngày. (40-20-80mg: khởi đầu 40mg duy trì 20 mg, tối đa 80mg)

- Nhóm ức chế calci: nên chọn nhóm Dihydropyridin(DHP)

• Ưu tiên chọn lựa Felodipin: liều 2,5-20mg/lần/ngày.

• Amlodipin: liều 5-10mg x 1 lần/ngày.

• Nifedipin LA: liều 30-90mg 1-2 lần/ngày. Liều cao chia 2 lần/ ngày.

• Nifedipin Retard 10-80mg/ngày. Liều cao chia 2 lần/ngày.

* Nhóm chẹn Beta: CCD hen suyễn, nhịp tim < 60l/phút.

Thuốc và liều dùng:

- Bisoprolol: liều 25-10mg x 1 lần/ngày.

- Metoprolol: liều 50-100mg chia 1-2 lần/ngày.

- Atenolol: liều 25-100mg, chia 1-2 lần/ngày.

- Nhóm hydralazin: liều 20mg x 2-4 lần/ngày.

2.2. Hạn chế protein: hạn chế protein sẽ cho phép làm chậm sự tiến triển của STM.

- Cần hạn chế protein khi độ lọc cầu thận (GFR)<60ml/p: protein 0.8-1g/kg/ngày nhưng phải đảm bảo đầy đủ 30-35 kcal/kg/ngày (0.6-0.8/kg/ngày)
- Theo dõi lượng ure niệu/24 giờ, cho phép tính việc tiêu thụ protein/ngày.

2.3. *Dự phòng những nguyên nhân của suy thận cấp*: cần loại bỏ những yếu tố thuận lợi của STC ở BN TSM đó là:

- Giảm thể tích máu
- Sử dụng thuốc cản quang có iode
- Sử dụng thuốc kháng viêm nonsteroid kể cả thuốc ức chế chọn lọc trên COX-2
- Sử dụng thuốc độc với thận (Aminoside, Amphotericin B, Tacrolimus...)
- Tồn tại tắc nghẽn đường bài tiết.

3. Điều trị những biến chứng của suy thận mãn.

3.1. *Thiếu máu*:

- Thiếu máu trong STM là thiếu máu đẳng sắc, hồng cầu bình thường và không biến dạng. Nếu STM không thiếu máu thì cần nghĩ đến nguyên nhân gây STM là bệnh thận đa nang hoặc bệnh thận tắc nghẽn.

- Những yếu tố chính gây thiếu máu trong STM:
 - + Thận không tiết ra được Erythropoietin
 - + Giảm đời sống HC do ure máu tăng
 - + Do chảy máu, thỉnh thoảng chảy máu ẩn, khi ure máu cao có hiện tượng mất máu trong nhân gấp 3 lần # 10 ml/ngày thay vì 2-3 ml/ngày.

* Điều trị cụ thể: điều chỉnh thiếu máu/STM phải từ từ để tránh xuất hiện hoặc làm gia tăng huyết áp.

- Mục tiêu duy trì Hb 11,5g/l (11-12g/l)
- Erythropoietin(Eprex, Epokin, Recaspron): liều tấn công 50-70 đv/kg/tuần chia 2 lần tiêm dưới da, khi nồng độ Hb máu đạt được 11,5g/dl duy trì 2-3 tháng chuyển qua liều duy trì 50đv/kg/tuần hoặc 2000-4000 UI/tuần và cần theo dõi cân nặng.

Trong trường hợp liều Erythropoietin bình thường không nâng được Hb cần xem nguyên nhân của sự cung cấp sắt, B12 không đầy đủ (Erythropoietin 80-120 UI/kg/tuần)

- Fe: 200mg/ngày.
- Acide folie 5mg/ngày
- Bổ sung B1 B6 B12 đồng hành với điều trị Erythropoietin nhất là các bệnh nhân cao tuổi có rối loạn tiêu hóa. Mục đích: ngăn chặn suy tim trái do thiếu máu

3.2. *Điều trị những rối loạn calci – Phospho*

- Dự phòng hạ calci, tăng phospho và tăng hoạt động tuyến cận giáp thứ phát là biện pháp cơ bản trong điều trị STM để tránh những tổn thương gây rối loạn xương do thận và mất muối khoáng xương. Biện pháp này được tiến hành sớm ngay suy thận mãn giai đoạn đầu.

- Mục đích duy trì:
 - + Calci máu giữ 2,3-2,5 mmol/l (không vượt quá giới hạn này)
 - + Phospho máu < 1,7 mmol/l (BT phospho 0,9-1,5 mmol/l)
 - + PHT (Hormon cận giáp) 100-200Pg/ml

- Điều trị cụ thể:

- + Khi mức lọc cầu thận >40ml/phút, bổ sung calci vừa phải 500-1000mg
- + Khi GFR<40ml/phút: calcicarbonate liều 2,5g-8g/ ngày(1-3g calcium)
- + Nếu BN khó chịu khi uống calci liều cao hoặc táo bón nhiều nhất là ở bệnh nhân cao tuổi thì giảm liều Calci Carbonate và cung cấp thêm vitaminD để gia tăng hấp thu calci và kìm hãm hoạt động tuyến cận giáp thứ phát.

- Suy thận mạn nhẹ vừa: calcifidiol liều 5-10 giọt/ngày
- Suy thận nặng calcitriol 0,25mg/ngày
- Dùng chế phẩm gắn phospho không chứa calci và không chứa nhôm: renagel viên 403-800mg (giá thành quá đắt)

3.3 Điều trị tăng acid uric máu do ứ acid uric và thường không biểu hiện lâm sàng.

Nhạy cảm với colchicin.

Trường hợp acid uric > 600mmol/l: allopurinol, liều dùng tùy mức độ suy thận nếu khi sử dụng Allopurinol khi có xuất hiện ban đỏ thì phải ngừng thuốc ngay.

Liều lượng của Allopurinol (STM được cho như sau:)

Độ lọc cầu thận	allopurinol
<30 ml/phút	200-300 mg/ngày
10-30ml/phút	100mg/ngày
<10ml/phút	50mg/ngày
Lọc máu	100-200mg/ngày

3.4 Điều trị toan máu: toan máu là một biến chứng sớm của suy thận mạn do giảm đào thải H⁺ qua thận, cần duy trì Bicarbonate máu >22mmol/l bằng cách bổ sung Natri bicarbonate.

3.5 Điều trị tăng kali máu:

- Tăng kali máu / STM chỉ xuất hiện khi GFR<30ml/phút. tuy nhiên gần đây do chỉ định ức chế men chuyển và ức chế Angiotensin II nên không những gia tăng tần suất mà ngay cả khi độ lọc cầu thận còn cao.

- Điều trị tăng kali máu khi GER ở mức độ trung bình

- + Hạn chế các chế phẩm chứa nhiều kali: chuối xim, penicillin K...

- + Chống chỉ định các thuốc làm tăng kali máu: lợi tiểu giữ K⁺, panagin....

- + Thuốc điều trị: Kayexalate, Bicarbonate natri.

3.6 Những biến chứng khác: những biến chứng này thường đến muộn khi độ lọc cầu thận < 15ml/phút

- Suy dinh dưỡng

- Rối loạn tiêu hóa, chán ăn, buồn nôn, nôn mửa, viêm dạ dày thường gặp.

- Viêm màng ngoài tim, có thể chèn ép tim, suy tim: thận trọng

- Bệnh lý thần kinh: viêm đa dây thần kinh ngoại biên.

- Giảm đáp ứng miễn dịch: cần tiêm chủng vacxin sớm như VGSV B

- Rối loạn chức năng đông máu: kéo dài thời gian chảy máu.

3.7. Những yếu tố nguy cơ tim mạch: cần điều trị triệt để các bệnh lý tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, đái tháo đường, nghiện thuốc lá, béo phì.

V. CHUYỂN VIỆN

- Suy thận giai đoạn 2 có biến chứng xuất huyết, ure tăng rất cao, viêm màng ngoài tim, Kali tăng rất cao.
- Suy thận giai đoạn 3.
- Khi có chẩn đoán điều trị thay thế.

BỆNH VIÊM GAN SIÊU VI B

A. VIÊM GAN SIÊU VI B CẤP

I. CHẨN ĐOÁN: triệu chứng lâm sàng và bất thường về xét nghiệm chức năng gan kéo dài dưới 6 tháng

I.1. Chẩn đoán sơ bộ

I.1.1. Dịch tễ

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

I.1.2. Lâm sàng

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

I.1.3. Cận lâm sàng

* **Xét nghiệm thường qui:** khi có các yếu tố dịch tễ, các triệu chứng lâm sàng nêu trên cần thực hiện CLS:

- Xét nghiệm thường qui: TPTTBM, đường huyết, ion đồ, chức năng gan (SGOT, SGPT), chức năng thận (ure, creatinin), siêu âm bụng tổng quát.
- Khi men gan SGOT, SGPT gia tăng tối thiểu gấp 2 lần bình thường, tiến hành xét nghiệm huyết thanh lần lượt như sau:
 - + Đầu tiên nên làm IgM anti HAV, IgM anti HBc và HBsAg.
 - + Sau đó nếu IgM anti HAV và IgM anti HBc (-), làm tiếp anti HCV.

I.2. Chẩn đoán xác định

Dựa vào xét nghiệm huyết thanh: IgM anti-HBeAg và HBsAg.

- + HbeAg, HbsAg +: VGSV B cấp
- + HBsAg (+) đơn thuần: không kết luận được VGSV B (có thể là người mang mầm bệnh cũng có thể là VGSV cấp và mạn).

II. ĐIỀU TRỊ

II.1. Tiêu chuẩn nhập viện điều trị nội trú tại đơn vị:

- BN nghi ngờ bị VGSV B (có yếu tố dịch tễ và lâm sàng rõ ràng).
- Men gan SGOT, SGPT gia tăng tối thiểu gấp 2 lần bình thường.
- Xét nghiệm huyết thanh **IgM anti HBc (+), HbeAg (+), HbsAg (+)**

II.2. Tiêu chuẩn chuyển viện tuyến trên:

Bệnh nhân có các dấu hiệu nặng sau:

- Rối loạn tri giác
- Xuất huyết
- Rối loạn hô hấp, trụy tim mạch
- Nôn ói nhiều, không ăn uống được
- Sốt cao

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

II.3. Tiêu chuẩn xuất viện:

- Lâm sàng: các dấu hiệu lâm sàng ổn định.
- Xét nghiệm men gan giảm,..

III. ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ:

III.1. Nghỉ ngơi

- Không cần thiết nghỉ ngơi tuyệt đối và hoàn toàn tại giường nhưng làm việc nặng, gắng sức làm cho bệnh diễn tiến phức tạp và kéo dài.
- Thời gian nghỉ ngơi nên kéo dài cho đến khi hết
- Không nên lao động nặng, gắng sức ít nhất là 3 tháng kể từ khi hết giai đoạn nghỉ ngơi.
- Hạn chế các thuốc gây hại cho gan, không uống rượu bia.

III.2. Theo dõi thường xuyên về lâm sàng và xét nghiệm

*** về lâm sàng**

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

*** về xét nghiệm**

- SGOT và SGPT hàng tuần cho đến khi < 2 lần so với trị số cao nhất của giới hạn bình thường, sau đó mỗi tháng một lần, ít nhất trong 6 tháng. Nếu SGOT, SGPT tiếp tục tăng hoặc kéo dài > 6 tháng, bệnh nhân có biểu hiện của bệnh viêm gan mạn tính.

- HBsAg, anti-HBs mỗi 3 tháng. Nếu sau 6 tháng kể từ khi có biểu hiện viêm gan cấp, bệnh nhân vẫn còn HBsAg (+) có nghĩa là bệnh viêm gan siêu vi cấp đã chuyển sang giai đoạn mạn tính. Nếu anti-HBs (+), IgM anti-HBc trở thành (-) có nghĩa là bệnh nhân VGSV B cấp có biểu hiện phục hồi.

IV. CHẾ ĐỘ ĂN UỐNG

- Khẩu phần nhiều đạm, nhiều đường, ít mỡ.
- Không bia rượu.
- Không nên kiêng ăn thái quá, khuyến khích bệnh nhân ăn nhiều lần, mỗi lần một ít, nếu cần, đổi bữa ăn chính vào lúc sáng và trưa, chiều tối nên ăn nhẹ.
- Đối với bệnh nhân có nồng độ ferritin trong huyết thanh cao nên giảm các thức ăn có chất sắt (thịt bò, đồ biển, rau muống, rau dền, các loại cải xanh..).

V. SỬ DỤNG CÁC LOẠI THUỐC

- Xem xét dùng Lamivudine 100mg/ngày, Tenofovir 300mg/ngày nếu như bệnh viêm gan siêu vi B cấp diễn tiến nặng hoặc rơi vào viêm gan tối cấp, hội chẩn chuyển bệnh nhân về tuyến trên hoặc tiếp tục điều trị tại bệnh viện.

- Hạn chế các loại thuốc có thể gây độc gan: không dùng corticoid, cẩn thận khi sử dụng phenobarbital, thuốc kháng lao, kháng sinh nhóm cyclin.

- Vitamin K1. 10mg/ngày tiêm bắp, 3-5 ngày khi prothrombin giảm < 60%.

- Anti histamin khi bệnh nhân có dấu hiệu ngứa.

- Các loại thuốc có nguồn gốc dược thảo như VG5 (diệp hạ châu + cao nhân trần + cao cỏ nhọ nồi + râu bắp), diệp hạ châu không gây độc, cao khô bìm bìm, cao khô Actiso, cao khô rau đắng đất: cao khô bồ bồ, **diệp hạ châu, nhân trần, bồ công anh...**

- ursodeoxycholic acid, L-ornithin L-aspartat, L- arginin hydroclorid, Arginin HCl làm giảm transaminases có thể xem xét sử dụng trong VGSV cấp (**theo TT05**).....

B.VIÊM GAN SIÊU VI B MẠN

I.CHẨN ĐOÁN: triệu chứng lâm sàng và bất thường về xét nghiệm chức năng gan kéo dài trên 6 tháng

I.1. Chẩn đoán

I.1.1. Dịch tễ: giống như VGSV B cấp.

I.1.2. Lâm sàng

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

I.1.3. Cận lâm sàng

- **SGOT, SGPT** gia tăng và kéo dài > 6 tháng.
- **HBsAg (+)** và kéo dài > 6 tháng.
- **IgM anti - HBc (-), IgG anti-HBc (+)**

II.ĐIỀU TRỊ

II.1. Chỉ định điều trị đặc hiệu Cần đủ 2 tiêu chuẩn sau:

- Bệnh VGSV B mạn đang tiến triển với **SGPT > 2 lần** trị số cao nhất của giới hạn bình thường. **Có bằng chứng xơ hóa gan tiến triển mặc dù men gan bình thường.**

- Siêu vi đang tăng sinh được xác định trong 2 trường hợp sau:

+ **HBsAg (+), HBeAg(+)** và **HBV DNA (+) $\geq 10^5$ copies/ml**

+ Hoặc **HBsAg (+), HBeAg (-)** và **HBV DNA (+) $\geq 10^4$ copies/ml** Dựa vào sự tăng sinh của siêu vi B, để thuận tiện cho việc điều trị, có thể chia ra làm 2 loại VGSV B mạn: VGSV B mạn tính với HBeAg(+)**và**VGSV B mạn với HBeAg (-).

II.2. Phác đồ điều trị:

II.2.1. Tiêu chuẩn nhập viện điều trị nội trú tại đơn vị:

* **HbeAg (+): hội chẩn điều trị bệnh nhân tại bệnh viện hay chuyển viện.**

- Bệnh nhân mới chưa điều trị bằng các thuốc chống siêu vi B:

+ Thuốc: thuốc uống gồm Tenofovir (TDF).

+ Liều dùng: 300 mg/ngày (uống), (uống trước bữa ăn trên 1h hoặc trên 2h sau khi ăn).

+ Thời gian điều trị:

o VGSV B mạn tính có HBeAg (+): thuốc uống kéo dài ít nhất là 12 tháng. Ngưng thuốc khi HBV DNA < 15 IU/ml(khoảng 80 copies/ml) và khoảng 6 -12 tháng sau khi chuyển đổi huyết thanh (HBeAg dương tính trở thành âm tính hoặc xuất hiện anti-HBe dương tính).

o VGSV B mạn tính có HBeAg (-): thời gian điều trị khó xác định vì ngưng thuốc rất dễ bị tái phát, có thể kéo dài đến khi mất HBsAg.

II.2.2. Tiêu chuẩn chuyển viện tuyến trên:

+ Bệnh nhân đã điều trị thuốc kháng virus không đáp ứng (sau 6 tháng dùng LAM nồng độ HBV DNA > 10^3 copies/ml).

+ VGSV B biến chứng xơ gan còn bù, nếu ALT tăng và nồng độ HBV DNA trên ngưỡng phát hiện.

+ VGSV B mạn tính biến chứng xơ gan mất bù.

+ Trẻ em <12 tuổi.

+ Trường hợp SGPT trong khoảng 1-2 **X ULN**, **nồng độ HBV DNA cao (> 10^6 copies/ml)**, **có tiền sử gia đình liên quan đến HCC.**

+ Phụ nữ VGSV B đang được điều trị bằng thuốc uống và có thai.

II.2.3.Tiêu chuẩn xuất viện:

- Lâm sàng: các dấu hiệu lâm sàng ổn định.
- Xét nghiệm men gan giảm,..

II.2.4. Điều trị ngoại trú:

Theo dõi

- Trong thời gian điều trị: Các triệu chứng lâm sàng. Xét nghiệm: aminotransferases, creatinine, HBsAg, HBeAg, anti - HBe, mỗi 3 tháng. HBV DNA mỗi 6 tháng / lần.

- Sau khi ngưng điều trị: Triệu chứng lâm sàng. Xét nghiệm: aminotransferases, HBsAg, HBeAg, anti- HBe, HBV DNA mỗi 3- 6 tháng để đánh giá tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh viêm gan siêu vi - Bệnh viện Bệnh Nhiệt Đới.*

NHIỄM TRÙNG ĐƯỜNG MẬT

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Là tình trạng viêm đường mật do vi khuẩn gây nên, thường xảy ra trên bệnh nhân có ứ trệ đường mật (sỏi, giun,...). Bệnh cần được chẩn đoán và điều trị kịp thời.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Chẩn đoán xác định:

a. Lâm sàng:

• Thể điển hình:

- Tiền sử: sỏi mật, giun chui ống mật chủ, phẫu thuật nối mật ruột.
- Sốt cao 39-40⁰C, có thể sốt kéo dài, rét run, vã mồ hôi.
- Đau âm ỉ hạ sườn phải, có thể có cơn đau quặn gan.
- Vàng da.
- Rối loạn tiêu hóa: chán ăn, rối loạn phân.
- Có hoặc không có gan to hoặc túi mật to.

• Thể không điển hình:

- Triệu chứng lâm sàng không đầy đủ, có thể bệnh nhân sốt hoặc đau hạ sườn phải, hoặc có vàng da. Cũng có thể bệnh nhân đến viện vì các biến chứng của nhiễm trùng đường mật như nhiễm trùng huyết, suy thận, xuất huyết hoặc áp xe đường mật.

b. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm thường qui: Tổng phân tích tế bào máu, SGOT, SGPT, creatinin, ion đồ.

- Xét nghiệm máu:

- + Công thức máu: bạch cầu cao, đặc biệt là bạch cầu trung tính.
- + VS tăng.
- Sinh hóa máu: thể hiện tắc mật
 - + Bilirubin tăng, đặc biệt bilirubin trực tiếp.
 - + Phosphatase kiềm tăng.
 - + Cholesterol máu tăng.
 - + Tỷ lệ Prothrombin giảm, khi tiêm vitamin K sau 72 giờ xét nghiệm lại thấy tăng lên.

- Protein C phản ứng (CRP): thường tăng cao.

- Cây máu: phát hiện nhiễm trùng huyết, chủ yếu các vi khuẩn Gram (-) từ đường ruột (E.coli, Klebsiela, Bacteroides, Enterococcus, Staphylococcus); vi khuẩn kỵ khí (Clostridium perfringens).

- Siêu âm đường mật.

- Chụp CT bụng hoặc MRI đường mật (nếu có).

2. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm túi mật cấp.
- Vàng da tắc mật khác như: u đầu tụy, u bóng Vater, u đường mật.
- Áp xe gan.
- Viêm gan.

III. ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA:

1. Nguyên tắc:

- Chống nhiễm khuẩn: chọn kháng sinh có chu trình mật ruột, phổ kháng sinh hướng vào vi khuẩn Gram âm đường ruột hoặc kháng sinh phổ rộng khuếch tán tốt vào máu và thải trừ qua gan mật, phối hợp kháng sinh điều trị vi khuẩn kỵ khí.

2. Điều trị cụ thể:

a. Điều trị nội khoa: kháng sinh thường dùng 10 - 14 ngày.

Tốt nhất nên cấy máu, nếu có vi khuẩn nên lựa chọn kháng sinh theo kháng sinh đồ, nếu không có kháng sinh đồ có thể lựa chọn:

+ Nhóm amoxicillin + acid clavulanic: Augmentin 625mg, uống 2 viên/ lần, 2 lần/ngày, có thể kết hợp Ciprofloxacin 500mg uống 1 viên/lần, 2 lần/ngày, hoặc kết hợp với Metronidazol 1g/ngày, chia 2 lần.

+ Cephalosporin tốt nhất dùng thế hệ thứ 3: Cefoperazon (2-4g/ngày chia 2-3 lần), có thể kết hợp với Aminocyclitol (chú ý theo dõi chức năng thận), hoặc phối hợp với quinolon thế hệ II (1-2g/ngày) hoặc phối hợp với 5-imidazol (2-4g/ngày).

+ Hoặc dùng nhóm Imipenem (2-4g/ngày) hoặc carbapenem (1,5-3g/ngày) hoặc piperacilin/tazobactam phối hợp với 5-imidazol (2-4g/ngày).

+ Có thể dùng nhóm macrolid, lincomycin và penicillin.

b. Điều trị chống sốc nhiễm khuẩn:

- Thở oxy.

- Truyền dịch bồi phụ nước điện giải.

- Phối hợp kháng sinh.

- Tìm nguyên nhân.

- Dùng thuốc vận mạch như dopamin, noradrenalin, adrenalin, dobutamin.

c. Điều trị triệu chứng:

- Hạ sốt, giảm đau: paracetamol 500mg 1-2g/ngày, chia 3-4 lần, cách 6-8 giờ/lần.

- Giảm đau, giãn cơ trơn:

+ Drotaverin HCl (No-spa) 40mg uống 3-6 viên/ngày, chia 3 lần.

+ Hoặc alverin citrat (Spasmaverin) 40mg uống 1-3 viên/lần, uống 2-3 lần/ngày.

IV. CHUYỂN VIÊN:

- Nhiễm trùng đường mật có biến chứng: nhiễm trùng huyết, suy thận, xuất huyết hoặc áp xe đường mật, tắc nghẽn đường mật.

- Có chỉ định phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- *Phác đồ điều trị - Bệnh viện Nhân Dân 115*

BỆNH THƯƠNG HÀN

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Thương hàn là một bệnh truyền nhiễm cấp tính, lây bằng đường tiêu hoá, do trực khuẩn *Salmonella* (*S. typhi* và *S. paratyphi* A, B) gây nên. Biểu hiện lâm sàng là hội chứng nhiễm khuẩn nhiễm độc toàn thân, kèm theo tổn thương bệnh lý đặc hiệu tại đường tiêu hoá.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Chẩn đoán sơ bộ:

❖ Dịch tễ:

- Cư ngụ hoặc lui tới vùng đang được ghi nhận có dịch bệnh thương hàn.
- Có tiếp xúc với người bệnh thương hàn đã xác định (trong gia đình, bệnh viện.)

❖ Lâm sàng:

- Sốt kéo dài (thông thường trên 7 ngày)
- Vết nhiễm độc và các triệu chứng: nhức đầu, mất ngủ, mạch nhiệt phân ly (hiếm gặp ở trẻ em)
- Rối loạn tiêu hoá: tiêu lỏng sệt vài lần trong ngày, bụng sinh, có tiếng lạo xạo hố chậu phải
- Gan, lách to
- Biểu hiện lâm sàng thường không điển hình ở trẻ em hoặc những bệnh nhân đã điều trị trước

❖ Cận lâm sàng:

- Bạch cầu máu thường không tăng (tỉ lệ đa nhân trung tính < 70%)
- Phản ứng huyết thanh Widal: các hiệu giá kháng thể kháng O và H > 1/100. Lấy máu làm xét nghiệm khi cần.

2. Chẩn đoán xác định:

- Cây máu hoặc cấy tuỷ xương phát hiện *Salmonella typhi* hoặc *Salmonella paratyphi* (*Salmonella enterica* phân loài *enterica*, tít huyết thanh *typhi*, *paratyphi*)

III. ĐIỀU TRỊ:

❖ Kháng sinh:

- Tình hình kháng thuốc của các chủng *Salmonella typhi* tại các tỉnh phía Nam diễn biến thay đổi nên việc lựa chọn kháng sinh điều trị bệnh thương hàn cần dựa trên những thông tin cập nhật về mức độ nhạy cảm của vi trùng gây bệnh. Hiện nay, do phần lớn các dòng *Salmonella typhi* phân lập được là chủng đa kháng thuốc (kháng chloramphenicol, ampicillin, cotrimoxazole) và có thể kháng cả acid nalidixic (quinolone thế hệ I) nên một trong các loại kháng sinh sau đây có thể được chọn lựa sử dụng đầu tiên. Các ngày tiếp theo, bác sĩ điều trị sẽ căn cứ vào sự đáp ứng của bệnh nhân với các thuốc đã dùng, kết hợp với kết quả phân lập vi trùng và kháng sinh đồ (nếu có) để quyết định thời gian điều trị cần thiết và thay đổi kháng sinh cho phù hợp (nếu cần)

- Nhóm Fluoroquinolone:

+ Fluoroquinolone thế hệ III:

Levofloxacin: người lớn dùng liều dùng: 500 - 750mg mỗi ngày (8mg/ kg mỗi 12 giờ). Thời gian điều trị: 7 - 14 ngày

+ Các Fluoroquinolone khác (trường hợp vi trùng nhạy cảm):

Ofloxacin: người lớn dùng liều dùng 400mg uống x 2 lần mỗi ngày (12 - 15 mg/kg/ngày, chia làm 2 lần)

Ciprofloxacin: người lớn dùng liều 500 - 750mg uống x 2 lần mỗi ngày (10 mg/kg mỗi 12 giờ)

Thời gian điều trị thay đổi 7 - 14 ngày

- Bệnh thương hàn gây ra do *Salmonella typhi* kháng acid nalidixic nên dùng Fluoroquinolone liều cao. Các trường hợp bệnh có biến chứng, nên sử dụng Fluoroquinolone truyền tĩnh mạch và thời gian điều trị sẽ kéo dài tùy độ nặng và tình hình diễn biến của bệnh, trung bình 7 - 14 ngày.

- Nhóm Cephalosporine thế hệ III:

Ceftriaxone: liều cho người lớn là 2 - 3g/ ngày, một lần duy nhất trong ngày, qua

đường tĩnh mạch trực tiếp. Trẻ em: liều 80 - 100 mg/kg/ngày Thời gian điều trị: 7 - 14 ngày

- Kháng sinh khác:

Một số những kháng sinh khác qua nghiên cứu đã chứng tỏ có hiệu quả điều trị bệnh thương hàn đa kháng thuốc và kháng acid nalidixic như:

+ Azithromycin: liều 20 mg/kg/ngày, uống trong 5- 7 ngày

Người lớn uống 1 g mỗi ngày trong 5 - 7 ngày.

IV. CHUYỂN VIỆN:

- Không cắt sốt sau 48-72 giờ, người cao tuổi có hay không có bệnh lý kèm theo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- *Phác đồ điều trị - Bệnh viện Bệnh nhiệt đới*

BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) là một tình trạng bệnh lý đường hô hấp nhỏ đặc trưng bởi tắc nghẽn thông khí, sự tắc nghẽn này tiến triển, có thể tăng đáp ứng của đường hô hấp và có phục hồi 1 phần.

II. CHẨN ĐOÁN:

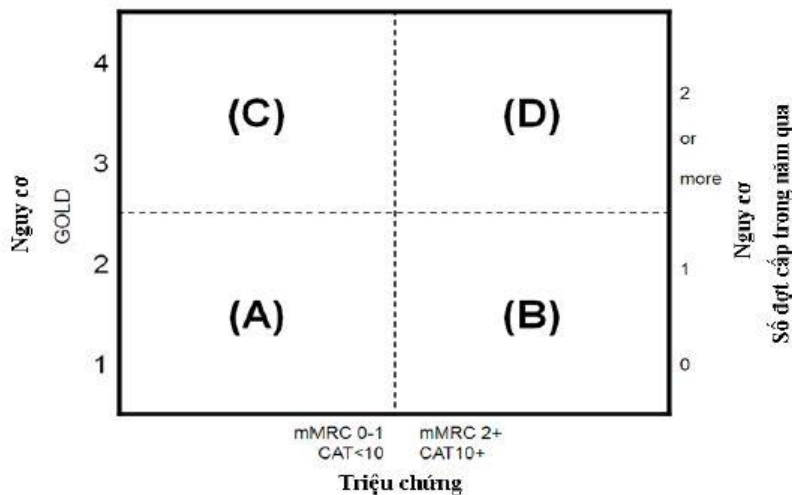
1. Lâm sàng:

- Khó thở: khi gắng sức, dai dẳng liên tục, nặng dần theo thời gian.
- Ho mạn tính
- Khạc đàm mạn tính: đàm nhày, trong, lượng ít; trong đợt cấp hay nhiễm trùng thì đàm đục, đổi màu.
- Tiền căn tiếp xúc độc chất: thuốc lá, hóa chất, bụi.
- Tiền căn gia đình có người bị COPD.

2. Cận lâm sàng:

- Hô hấp ký: có hội chứng tắc nghẽn không hồi phục sau test dẫn phế quản.
- X quang ngực: có thể tăng sáng phế trường do ứ khí, cơ hoành phẳng, hạ thấp, khoảng gian sườn giãn rộng...

3. Chẩn đoán mức độ nặng:



Nguy cơ:	Ít	Nhiều
+Mức độ tắc nghẽn:	GOLD 1-2	GOLD 3-4
+Tần suất đợt cấp trong năm vừa qua:	≤ 1	≥ 2

Triệu chứng:	Ít	Nhiều
+mMRC:	≤ 1	≥ 2 .
+CAT:	< 10	≥ 10 .

Mức độ tắc nghẽn:	FEV1 sau test dẫn phế quản
+GOLD 1:	$\geq 80\%$ dự đoán.
+GOLD 2:	$< 80\%$ dự đoán.
+GOLD 3:	$< 50\%$ dự đoán.
+GOLD 4:	$< 30\%$ dự đoán.

- mMRC: (Modified Medical Research Council)
 - +Độ 0: Không khó thở, chỉ khó thở khi làm nặng.
 - +Độ 1: Khó thở khi đi vội hay lên dốc thẳng.

+Độ 2: Đi chậm hơn người cùng tuổi hoặc phải dừng lại dù đi trên đường phẳng với tốc độ của mình.

+Độ 3: Khó thở sau khi đi được 100 m hoặc vài phút trên đường bằng phẳng.

+Độ 4 : Khó thở khi thay quần áo hoặc không thể ra khỏi nhà vì khó thở.

4. Chẩn đoán biến chứng:

- Tâm phế mạn.
- Suy hô hấp mạn.
- Đa hồng cầu.

5. Chẩn đoán phân biệt:

- Hen.
- Dẫn phế quản.
- Lao phổi.
- Cơn hen tim...

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Mục tiêu:

- Cải thiện triệu chứng và chất lượng cuộc sống.
- Giảm thiểu sự suy giảm chức năng hô hấp.
- Ngăn ngừa và xử trí biến chứng.
- Giảm tần xuất các đợt cấp cần nhập viện.

2. Điều trị không dùng thuốc:

- Cai thuốc lá.
- Tập luyện thể lực đều đặn.
- Tiêm vaccin cúm, phế cầu.
- Giáo dục bệnh nhân tự chăm sóc.
- Bổ sung **alpha 1 -antitrypsin** cho bệnh nhân thiếu.
- Phục hồi chức năng hô hấp (khi cần).

3. Điều trị bằng thuốc:

Nhóm	Lựa chọn 1	Lựa chọn 2	Cách khác
A	SAMA khi cần hoặc SABA khi cần	LAMA hoặc LABA hoặc SAMA + SABA	Theophylline
B	LAMA hoặc LABA	LAMA + LABA	SABA và/hoặc SAMA Theophylline
C	ICS + LABA hoặc LAMA	LAMA + LABA	Ức chế PDE-4 SABA và/hoặc SAMA Theophylline
D	ICS + LABA hoặc LAMA	ICS + LAMA hoặc ICS + LABA + LAMA hoặc LAMA + LABA hoặc LAMA + Ức chế PDE-4 hoặc ICS + LABA + Ức chế PDE-4	Carbocystein SABA và/hoặc SAMA Theophylline

- Beta 2 giao cảm tác dụng ngắn - SABA: Ventolin 4-6 lần/ngày.
- **Kháng cholinergic tác dụng dài - LAMA: Tiotropium (Spiriva) 18mcg 1 viên hít buổi tối.**
- Beta 2 giao cảm tác dụng dài - LABA: Bambuterol (Bambec) 10 mg 1 viên uống tối.
- Phối hợp kháng cholinergic tác dụng ngắn và beta 2 giao cảm tác dụng ngắn - SAMA + SABA: Berodual, Combivent 3-4 lần/ngày.
- Phối hợp corticoids khí dung và beta 2 giao cảm tác dụng dài - ICS + LABA: Seretide, Symbicort 1-2 nhát X 2 lần/ngày.
- Corticoids khí dung - ICS: Pulmicort, Flixotide 1-2 nhát X 2 lần/ngày.
- Theophylline 100 mg 1-2 viên x 2 lần/ngày.

4. Các thuốc khác:

- Giảm đau.
- An thần.
- Giảm ho.
- Kháng sinh, kháng viêm khi có bội nhiễm.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Dọa vào đợt cấp, đợt cấp.

V. CHUYỂN VIỆN:

- Có biến chứng.
- Đợt cấp không đáp ứng điều trị tối ưu.

Tài liệu tham khảo:

- GOLD 2012.
- Phác đồ Điều trị Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính của BV. Nguyễn Trãi.

BỆNH GOUT

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bệnh Gout là một bệnh khớp do rối loạn chuyển hoá các nhân purines, một bệnh lý quan trọng nhất trong nhóm các bệnh khớp do tinh thể đưa đến tình trạng tăng acid uric trong máu và hậu quả của quá trình trên là sự lắng đọng các tinh thể mono sodium urate ở các mô trong cơ thể.

- Gout nguyên phát: liên quan với yếu tố gia đình, lối sống và một số bệnh rối loạn chuyển hoá khác (đái tháo đường, rối loạn lipid máu, bệnh lý tim mạch..

- Gout thứ phát:

Do bệnh thận.

Do dùng thuốc như thuốc kháng lao, thuốc chống ung thư, thuốc lợi tiểu, NSAID.

Do bị các bệnh ác tính cơ quan tạo máu : leucemia, lymphoma, đa hồng cầu.

Mắc một số bệnh : vẩy nến, sarcoidose, giả gout, tán huyết, thận đa nang.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: diễn tiến chung của bệnh qua các giai đoạn:

- Tăng acid uric máu đơn thuần.

- Con viêm khớp Gout cấp:

+Vị trí: khớp bàn ngón ngón I bàn chân (75%).

+Tính chất: đột ngột đau dữ dội kèm sưng tấy, nóng, đỏ, sung huyết... ở một khớp.

+Thường xảy ra về đêm.

+Triệu chứng viêm khớp tăng tối đa trong 24-48 giờ và kéo dài từ 3-10 ngày rồi tự khỏi hoàn toàn.

+Càng về sau đợt viêm cấp càng kéo dài, không tự khỏi, không thành các con điển hình, biểu hiện ở nhiều khớp, đối xứng và để lại các di chứng cứng khớp, teo cơ, hạn chế vận động...

+Biểu hiện toàn thân: có thể sốt, rét run, cứng gáy, mệt mỏi...

+Yếu tố thuận lợi: thường xuất hiện sau ăn uống quá mức, uống rượu, gắng sức, bị lạnh đột ngột, chấn thương, phẫu thuật, nhiễm khuẩn...

- Khoảng cách giữa các cơn viêm khớp gout cấp.

- Viêm khớp Gout mạn:

+Viêm nhiều khớp, có thể đối xứng, biến dạng khớp, teo cơ, cứng khớp...

+Các u cục (tophi) ở sụn vành tai, ở phần mềm cạnh khớp, ở quanh khớp (bàn ngón chân I, khuỷu tay, cổ chân, gối, ngón tay).

+Các biểu hiện toàn thân khác: thiếu máu mạn, suy thận mạn.

- Sỏi thận: có thể xuất hiện trước hoặc sau cơn viêm khớp Gout cấp đầu tiên.

- Suy thận: có thể là nguyên nhân và hậu quả của bệnh Gout.

2. Cận lâm sàng:

- Lượng acid uric trong máu: tăng khi $>420 \mu\text{mol/L}$ (hay $>7 \text{ mg/dL}$).

- Công thức máu: có thể hơi tăng số lượng bạch cầu.

- Tốc độ máu lắng tăng.

- X quang:

+Trong đợt viêm cấp, chỉ thấy hình ảnh sưng phù mô mềm quanh khớp nên ít có giá trị chẩn đoán.

+Hình ảnh khá đặc trưng của bệnh khi đã tiến triển là khuyết xương thành hốc, thường ở đầu các xương gần khớp bị ảnh hưởng.

- Các cận lâm sàng khác: đường huyết, chức năng thận, bilan lipid, siêu âm bụng...

3. Chẩn đoán xác định:

- Lâm sàng:

+Giới: > 90% là nam giới.

+Tuổi: đa số khởi bệnh ở cuối tuổi 30 và 40.

+Vị trí: đa số bắt đầu ở khớp bàn ngón chân I.

+Tính chất và hoàn cảnh của cơn viêm khớp cấp: như phần lâm sàng.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán của ILAR và OMERACT năm 2000:

+Có tinh thể urate đặc trưng trong dịch khớp, và / hoặc

+Tophi được chứng minh có chứa tinh thể urate bằng phương pháp hoá học hoặc

kính hiển vi phân cực, và / hoặc

+Có 6/12 trạng thái lâm sàng, xét nghiệm và X quang sau:

Viêm tiến triển tối đa trong vòng 1 ngày.

Có hơn 1 cơn viêm khớp cấp.

Viêm khớp ở 1 khớp bất kỳ.

Đỏ vùng khớp.

Sưng, đau khớp bàn ngón chân cái.

Viêm khớp bàn ngón chân ở 1 bên.

Viêm khớp cổ chân 1 bên. Tophi nhìn thấy được.

Tăng acid uric máu.

Sưng khớp không đối xứng.

Nang dưới vỏ xương, hốc khuyết xương.

Cấy vi sinh âm tính.

4. Chẩn đoán phân biệt:

- Cơn viêm khớp gout cấp:

+Viêm khớp nhiễm trùng, viêm mô tế bào quanh khớp.

+Giả gout - Pseudogout (vôi hoá sụn khớp).

+ Chấn thương khớp và quanh khớp.

- Viêm khớp Gout mạn: viêm khớp dạng thấp, viêm khớp vẩy nến, thoái hoá khớp...

III. ĐIỀU TRỊ

1. Mục tiêu:

- Không chế các đợt viêm khớp gout cấp.

- Làm hạ và duy trì acid uric máu ở mức cho phép.

- Kiểm soát tốt các bệnh kèm theo.

2. Kiểm soát tốt các bệnh kèm theo và thay đổi lối sống:

- Thay đổi thói quen trong ăn uống và sinh hoạt để giảm các yếu tố thuận lợi: ăn uống quá mức, uống rượu, gắng sức, lạnh, chấn thương, phẫu thuật, nhiễm khuẩn, stress...

- Hạn chế các thức ăn chứa nhiều nhân purin như tim, gan, thận, óc, hột vịt lộn, cá chích, cá đuối...

- Giảm cân nặng.

- Kiểm soát tốt các bệnh lý kèm theo (nếu có): THA, rối loạn lipid máu,
- 3. Không chế các đợt viêm khớp gout cấp:**
- NSAIDs: là thuốc chủ yếu sử dụng để không chế cơn Gout cấp hiện nay.
 - +Celecoxib 200 mg/ngày.
 - +Meloxicam 7.5-15 mg/ngày.
 - +Piroxicam 20 mg/ngày.
 - +Diclofenac 50 mg X 2 lần/ngày.
- Colchicine: dùng càng sớm càng hiệu quả.
 - +Liều dùng: 2-6 mg/ngày đầu tiên, 1-2 mg/ngày trong vài ngày sau, sau đó 1 mg/ngày cho đến khi hết đau hoàn toàn.
 - +Chỉ định chủ yếu là phòng ngừa cơn gout cấp khi bắt đầu sử dụng thuốc làm giảm acid uric máu.
- Corticosteroids:
 - +Chỉ dùng khi các thuốc trên không hiệu quả hoặc chống chỉ định.
 - +Methylprednisolone, prednisolon uống hoặc chích 40 mg/ngày trong 3 -5 ngày rồi giảm liều dần và ngưng thuốc trong vòng 7-10 ngày.

4. Làm giảm và duy trì acid uric máu trong mức cho phép:

- Nguyên tắc:
 - +Không sử dụng khi đang đợt viêm cấp.
 - +Bắt đầu ở liều thấp, tăng dần tới liều điều trị, sử dụng liên tục, không ngắt quãng.
 - +Trong thời kỳ đầu cần dùng kèm các thuốc để ngừa cơn Gout cấp.
- Chống tổng hợp acid uric:
 - +Đường ngoại sinh: hạn chế thức ăn nhiều nhân purin như tim, gan, thận, óc.
 - +Đường nội sinh: giảm tổng hợp acid uric bằng:
 - Allopurinol khởi đầu 100 mg/ngày, tăng dần tới 300 mg/ngày, liều duy nhất, sau ăn.
 - Liều tối đa 800-900 mg/ngày, khi dùng trên 300mg, phải chia liều.
- Tăng thải acid uric khỏi cơ thể: Probenecid bắt đầu ở liều 250 mg X 2 lần/ngày, tăng dần tới tối đa 1 g X 2 lần/ngày (tăng mỗi 500 mg/tuần) và duy trì 500 mg X 2 lần/ngày.
- Kiểm soát nước tiểu bằng chế độ ăn (rau xanh...), uống nước khoáng, nước sả lá sake...
- Thuốc ngừa cơn gout khi bắt đầu sử dụng thuốc làm hạ acid uric máu:
 - +Trong thời gian 3 tuần đến 6 tháng (cho đến khi acid uric trong máu giảm và ổn định).
 - +Colchicin 0,6-1,2 mg/ngày, uống sau ăn tối hoặc NSAID liều trung bình, sau bữa ăn.

IV. Tiêu chuẩn chuyển viện:

- Có thiếu máu mạn, suy thận mạn.
- Có biến dạng khớp.
- Điều trị nội không hiệu quả.

Tài liệu tham khảo:

Giáo trình Khoa Nội khớp - Bệnh viện Chợ Rẫy.

HỘI CHỨNG NHIỄM ĐỘC GIÁP

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Hội chứng nhiễm độc giáp là một hội chứng gồm các triệu chứng lâm sàng do hormon giáp tăng cao và tăng thường xuyên trong máu.

- Nguyên nhân có thể do tuyến giáp tăng sản xuất hormon (cường giáp), do viêm giáp hay do dùng hormon giáp không đúng cách.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Triệu chứng lâm sàng:

- Cảm giác sợ nóng, tăng tiết mồ hôi nhiều.
- Tăng nhịp tim, dễ hồi hộp, trống ngực, khó thở, đau ngực.
- Tăng HA tâm thu, giảm HA tâm trương, hiệu áp rộng.
- Mỏm tim tăng động, T1 mạnh, âm thổi vùng trước tim.
- Thay đổi tính tình, dễ bị kích thích, thích hoạt động.
- Lo lắng, khó ngủ hay mất ngủ.
- Dầu run đầu ngón tay, có thể run toàn thân.
- Yếu cơ, teo cơ.
- Ăn ngon miệng, nhiều, đôi khi có thể chán ăn, buồn nôn, nôn.
- Sụt cân, thể trạng gầy sút.
- Tăng nhu động ruột, dễ bị tiêu chảy.
- Ở nữ: rối loạn kinh nguyệt (vô kinh, thiếu kinh); vô sinh, dễ sảy thai.
- Giảm libido ở nam.
- Loãng xương.
- Mắt sáng long lanh, cơ kéo cơ nâng mi trên.
- Bướu giáp lớn tùy nguyên nhân, đôi khi không có tuyến giáp lớn.

2. Cận lâm sàng:

- Nồng độ hormon giáp trong máu: T3, T4, FT4, FT3 tăng.
 - Trị số bình thường: T4: 4-12 p,g/dL FT4: 0,8-2,4 ng/dL
T3: 80-160 ng/dL FT3: 0,2-0,52 ng/dL.
- Nồng độ TSH trong máu: (Bình thường: 0,1-4 j.UI/mL)
 - Cường giáp TSH tăng: Cường giáp do tuyến yên.
 - Cường giáp TSH giảm: Cường giáp do tuyến giáp.

3. Chẩn đoán nguyên nhân:

3.1 Bệnh Basedow:

- Là bệnh tự miễn, thường gặp ở nữ giới, 20-50 tuổi.
- Lâm sàng có hội chứng nhiễm độc giáp, bướu giáp to lan toả có âm thổi trên bướu, lồi mắt, và phù niêm trước xương chày.
- Siêu âm tuyến giáp: tuyến giáp tăng thể tích, độ echo kém, tăng lưu lượng máu đến mô giáp.
- Cần bổ sung các cận lâm sàng khác như: Anti-thyroglobulin (Tg Ab), kháng thể kháng thụ thể TSH (TR Ab), xạ hình tuyến giáp với I131, Tc 99m.

3.2. Bướu giáp đa nhân độc:

- Thường ở nữ lớn tuổi bướu giáp lớn diễn tiến lâu ngày, mới xuất hiện hội chứng cường giáp.
- Siêu âm tuyến giáp: nhiều nhân.
- Có thể bổ sung xạ hình tuyến giáp.

3.3 Nhân độc giáp:

- Bướu giáp có một nhân, có thể bổ sung xạ hình tuyến giáp.

3.4 .Viêm tuyến giáp:

3.4.1. Viêm giáp bán cấp:

- Sốt, tuyến giáp to thường cả hai thùy, đau. Triệu chứng nhiễm độc giáp.
- Tiền căn nhiễm siêu vi hô hấp trên.
- Thường cường giáp thoáng qua và tự giới hạn, ít khi kéo dài trên 2 tháng.

3.4.2. Viêm giáp lympho bào bán cấp, viêm tuyến giáp sau sanh:

- Viêm giáp yên lặng, không đau, tuyến giáp lớn nhẹ, chắc. Triệu chứng nhiễm độc giáp.
- Có thể kéo dài 3 tháng, tiếp đó là suy giáp, sau đó về bình giáp. 5% suy giáp vĩnh viễn.

3.4.3. Viêm giáp Hashimoto: bệnh tự miễn.

- Ít gặp giai đoạn cường giáp (< 5%), thường đến khám với bệnh cảnh suy giáp, bướu giáp to.
- Thường triệu chứng nhiễm độc giáp trong viêm giáp tự giới hạn.

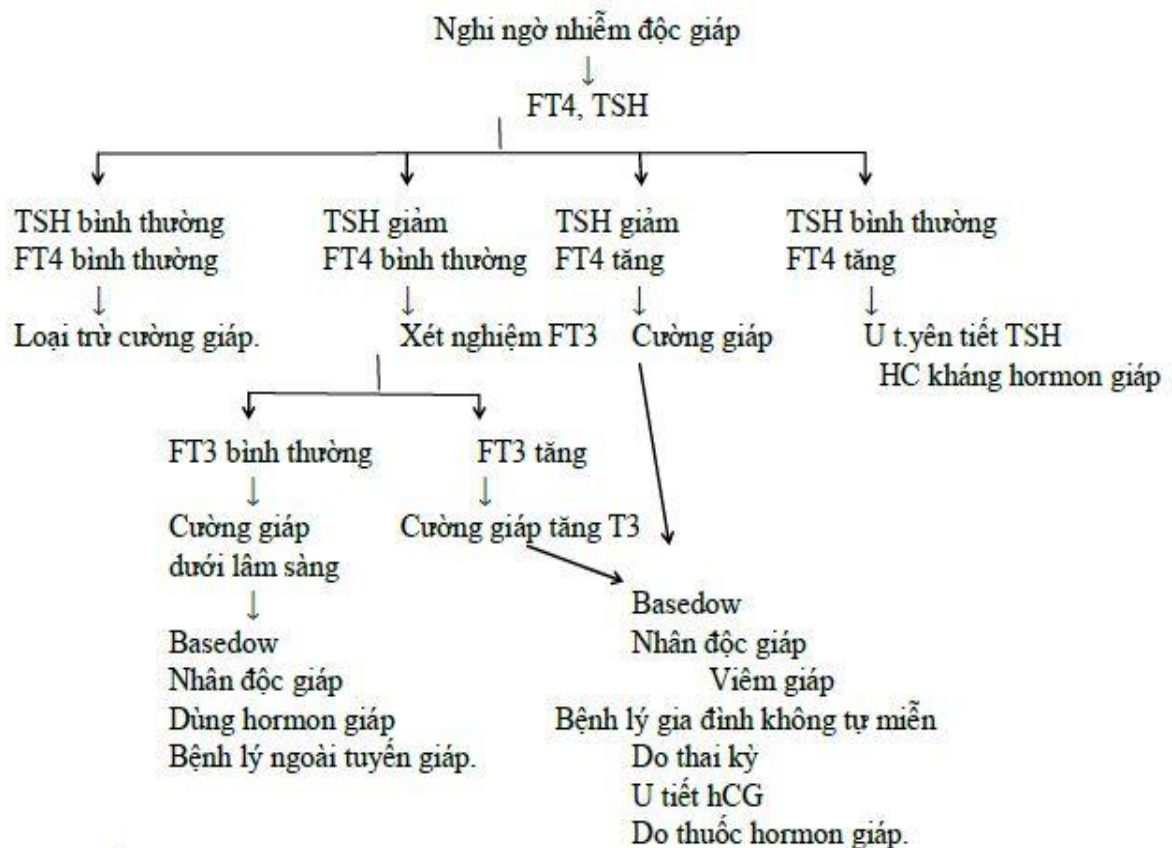
3.4.4. Viêm tuyến giáp do thuốc: interferon, lithium, iod...

3.5 Do quá liều hormon giáp hay quá tải iod:

- Tiền sử dùng hormon tuyến giáp hay thuốc chứa iod kéo dài.
- Có thể bổ sung cận lâm sàng: độ tập trung iod phóng xạ, xạ hình tuyến giáp, đo iod niệu.

3.6 Nguyên nhân khác hiếm gặp:

- u tuyến yên: tăng tiết TSH.
- Thai trứng, carcinoma tế bào nuôi.



III. ĐIỀU TRỊ:

1. Điều trị nội khoa bệnh Basedow:

- Dùng thuốc, giảm liều dần, thời gian duy trì 12 - 18 tháng.
- Chọn lựa điều trị nội khoa:
- +Basedow lần đầu, nhẹ (thường < 50 tuổi).
- +Trẻ em, có thai, cho con bú.
- +Điều trị ổn định cường giáp trước phẫu thuật, xạ trị.
- Thuốc ức chế beta: để giảm các triệu chứng ngoại biên của cường giáp.
- +Propranolol 40-120 mg/ngày.
- +Không dùng các thuốc chọn lọc trên tim.
- Thuốc kháng giáp tổng hợp: điều trị tấn công 6-8 tuần, duy trì 16-18 tháng.
- +UU tiên sử dụng: Thiamazol (MMI).
 - Chống chỉ định: có thai, cho con bú.
 - Liều tấn công: 20-60 mg/ngày. Liều duy trì: 5-10 mg/ngày. +Thay thế: Propylthiuracil (PTU).
 - Chống chỉ định: suy gan, không khuyến cáo PTU cho trẻ em.
 - Liều tấn công: 300-600 mg/ngày. Liều duy trì: 50-100 mg/ngày.
 - Corticoids: Dexamethasone 2mg mỗi 6 giờ.
 - Vitamin nhóm B.

2. Điều trị bướu giáp đa, đơn nhân độc:

- Giai đoạn đầu điều trị nội tương tự Basedow.
- Sau thời gian điều trị nội khoa cường giáp ổn định: điều trị bằng 1131 hoặc phẫu thuật.
- Thường ít tái phát.

3. Điều trị viêm tuyến giáp:

- Chỉ điều trị triệu chứng bằng các thuốc ức chế beta, thuốc giảm đau hoặc corticoid trong thời gian ngắn vì bệnh tự giới hạn.

4. Điều trị nhiễm độc giáp do dùng hormon giáp:

- Ngưng hormon giáp trạng, trấn an và giải thích cho bệnh nhân.
- Điều chỉnh lại liều thuốc cho thích hợp nếu có bướu giáp đơn thuần.

5. Điều trị nhiễm độc giáp do quá tải iod:

- Có thể khỏi tự nhiên hoặc triệu chứng có thể giảm bớt.
- Ngưng Iod ngay khi chẩn đoán.
- Nếu triệu chứng cường giáp kéo dài, nếu lâm sàng nặng: dùng kháng giáp tổng hợp, PTU thích hợp hơn.

IV. CHUYỂN VIỆN:

- Basedow: không đáp ứng điều trị nội; có chỉ định điều trị Iode phóng xạ hay phẫu thuật.
- Bướu giáp đa, đơn nhân độc ổn định.
- Nhiễm độc giáp do u tuyến yên...

Tài liệu tham khảo:

- Bài giảng bộ môn Nội tiết - ĐHYD Tp.HCM.

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Suy tim là một hội chứng, gây ra do bất thường chức năng của tim khiến cho khả năng tim bơm máu bị suy giảm, không đáp ứng đủ nhu cầu chuyển hóa của mô và áp lực đổ đầy thất gia tăng.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

Phụ thuộc tốc độ mất bù, nguyên nhân, tuổi tác, bệnh lý phối hợp của bệnh nhân.

- Khó thở: với các biểu hiện theo mức độ nặng dần như sau: khó thở khi gắng sức, khó thở nằm, khó thở kịch phát về đêm, khó thở khi nghỉ...

- Mệt mỏi, biếng ăn, ói, đau bụng, nhất là hạ sườn phải, bón...

- Tiểu đêm trong giai đoạn đầu của suy tim, tiểu ít trong giai đoạn trễ của suy tim.

- Lo lắng, giảm trí nhớ, nhức đầu, mất ngủ, ác mộng, mất định hướng, ảo giác, lú lẫn, giảm độ tập trung..., nhất là ở người già có xơ vữa mạch não.

- Suy kiệt.

- Suy tim nặng: vàng da, tím tái, má đỏ, độ chênh áp hẹp.

- Suy tim rất nặng: huyết áp tâm thu giảm, nhất là khi cung lượng tim giảm cấp tính.

- Thở Cheyne-Stokes.

- Dấu hiệu tăng hoạt thần kinh giao cảm.

- Co mạch ngoại biên gây: chi tái lạnh, tím đầu ngón, vã mồ hôi, tăng tần số tim, huyết áp tâm trương tăng nhẹ, dẫn tĩnh mạch ngoại biên, giảm thân nhiệt.

- Tăng áp tĩnh mạch hệ thống: tĩnh mạch cảnh, mu tay, thái dương nổi, phản hồi gan - tĩnh mạch cổ (+).

- Phù đối xứng và phụ thuộc tư thế. Giai đoạn cuối: phù toàn thân.

- Tràn dịch màng phổi.

- Bụng báng, gan to.

- Tim to, ngựa phi T3, P2 mạnh, âm thổi tâm thu do hở van hai hoặc ba lá thứ phát sau dẫn thất, mạch so le.

- Ran phổi: ran ẩm, ran rít, ngáy.

2. Cận lâm sàng:

- NT-proBNP máu:

• Tăng khi suy tim, ngưỡng chẩn đoán suy tim đối với NT-proBNP là 31 pmol/L.

• Giúp xác định chẩn đoán, hướng dẫn điều trị và đánh giá tiên lượng.

- Điện tâm đồ: dấu hiệu lớn nhĩ - thất, dấu hiệu bệnh tim căn bản (bệnh cơ tim, bệnh mạch vành).

- X quang ngực thẳng: tim to, bệnh tim căn bản, tĩnh mạch chủ trên to, tăng tuần hoàn phổi...

- Siêu âm tim: nguyên nhân do tổn thương van tim hay bệnh tim bẩm sinh, rối loạn vận động vùng, kích thước thành tim và buồng tim, chức năng tâm thu và tâm trương.

- Chức năng thận: có thể tăng nhẹ BUN, creatinin.

- Ion đồ máu: có thể hạ natri, tăng hoặc giảm kali.

- Chức năng gan: có thể tăng men gan, tăng bilirubin; nếu xơ gan tim, giảm albumin máu.

- Công thức máu: có thể thiếu máu.
- Chức năng tuyến giáp: cho những bệnh nhân mới khởi bệnh.
- Bilan lipid máu và đường huyết: là xét nghiệm thường quy quan trọng.

3. Chẩn đoán:

3.1. Chẩn đoán xác định:

3.1.1. Tiêu chuẩn Framingham: chẩn đoán xác định khi có 01 TC chính + 02 TC phụ.

- Tiêu chuẩn chính: `Khó thở kịch phát về đêm. Tĩnh mạch cảnh nổi.
Khó thở nằm. Tim to trên Xquang ngực.
Ngừa phi T3. Ran phổi.
Phù phổi trên X quang ngực.

- Tiêu chuẩn phụ: Khó thở khi gắng sức. Ho về đêm.
Phù chân. Gan to.
Tràn dịch nang phổi. Tần số tim > 120lần/phút.

3.1.2. Tiêu chuẩn Châu Âu: Có triệu chứng cơ năng suy tim (lúc nghỉ hay trong khi gắng sức). Và chứng cứ khách quan của rối loạn chức năng tim (lúc nghỉ). Và đáp ứng với điều trị suy tim (trường hợp có nghi ngờ chẩn đoán).

3.2 Chẩn đoán thể: -Khó thở cơn, ran phổi: suy tim trái.

-Triệu chứng của tăng áp tĩnh mạch hệ thống, gan to: suy tim phải.

3.4 Chẩn đoán phân biệt:

- Khó thở do tim hay bệnh phổi tắc nghẽn mạn: bệnh nhân mắc bệnh phổi có khó thở xuất hiện dần, cũng khó thở kịch phát về đêm nhưng giảm đi khi ho khạc đàm hơn là sau khi ngồi dậy. BNP và NT-proBNP đặc biệt hữu ích giúp loại trừ khó thở do tim hay ngoài tim.
- Hen tim: có triệu chứng bệnh tim, vã mồ hôi nhiều, ran ẩm hơn ran rít.
- Gan to: do bệnh lý ngoài tim thì phản hồi gan - tĩnh mạch cổ âm tính.
- Suy tim trái: phân biệt với triệu chứng giả suy tim trái của hẹp van hai lá.

3.5 Chẩn đoán nguyên nhân:

- Suy tim phải: thường do tâm phế mạn, hẹp van hai lá, tim bẩm sinh (thông liên nhĩ, hẹp van động mạch phổi, tam chứng Fallot)...
- Suy tim trái: thường do tăng huyết áp, bệnh mạch vành, bệnh cơ tim, bệnh van động mạch chủ, hở van hai lá...

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

3.6 Chẩn đoán mức độ: Theo phân độ chức năng của NYHA:

- Độ 1: không giới hạn hoạt động thể lực, hoạt động thông thường không gây khó thở, hồi hộp.
- Độ 2: giới hạn nhẹ hoạt động thể lực, có triệu chứng khi hoạt động ở mức thông thường và khoẻ khi nghỉ.
- Độ 3: giới hạn rõ hoạt động thể lực, có triệu chứng khi hoạt động dưới mức thông thường và khoẻ khi nghỉ.
- Độ 4: không thể hoạt động thể lực, có triệu chứng cả khi nghỉ.

3.7 Chẩn đoán giai đoạn: Theo ACC/AHA:

- Giai đoạn A: Nguy cơ cao suy tim, không có triệu chứng hay bệnh tim thực thể (bệnh mạch vành, tăng huyết áp, đái tháo đường..
- Giai đoạn B: Bệnh tim thực thể nhưng chưa có triệu chứng suy tim (dày thất trái, nhồi máu cơ tim cũ, bệnh van tim...

- Giai đoạn C: Hiện có hay đã có triệu chứng suy tim.
- Giai đoạn D: Suy tim nặng, tiến triển hay trơ.

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Mục tiêu điều trị:

- Giảm triệu chứng cơ năng và cải thiện khả năng vận động.
- Ngăn cản tiến triển.
- Kéo dài đời sống.

2. Điều trị theo mức độ nặng:

- Giai đoạn A:

- Điều trị THA. Ngưng thuốc lá.
- Điều trị rối loạn lipid. Tập luyện thể lực.
- Ngưng uống rượu, ma túy. Ức chế men chuyển ở một số chỉ định.

Giai đoạn B:

- Các biện pháp giai đoạn A. Ức chế men chuyển.
- Chẹn beta ở một số chỉ định.

Giai đoạn C:

- Các biện pháp giai đoạn A.
- Thuốc thường qui: lợi tiểu, ức chế men chuyển, chẹn beta, digitalis, hạn chế muối.

Giai đoạn D:

- Tất cả các biện pháp giai đoạn A, B, c.
- Dụng cụ trợ tim.
- Ghép tim.
- Truyền thuốc cơ tim liên tục hay từng lúc.

3. Các biện pháp không thuốc:

- Dinh dưỡng: 2,5g natri/ngày (2g nếu suy tim nặng). Hạn chế nước, đặc biệt ở BN hạ natri máu. Ăn ít mỡ, ít calorie (khi cần). Không uống rượu. Hoạt động và tập thể lực: Tiếp tục công việc thường ngày. Tập thể lực, phục hồi tim.

- Hướng dẫn BN và gia đình:

Cắt nghĩa về suy tim và triệu chứng. Lý do hạn chế muối.

Các thuốc và sự tuân thủ. Cân mỗi ngày.

Nhận biết các dấu hiệu suy tim nặng hơn.

4. Thuốc đáp ứng mục tiêu điều trị:

4.1. Kháng Aldosteron:

	Liều khởi đầu	Liều đích
-Spironolactone:	25 mg/ngày	25 mg/ngày.
-Eplerenone:	50 mg/ngày	50-100 mg/ngày.

Chống chỉ định:

+Kali máu ≥ 5 mmol/l.

+Creatinine máu ≥ 220 mmol/l.

+Phối hợp điều trị bổ sung Kali.

+Phối hợp ức chế men chuyển hay ức chế thực thể AT1.

4.2.Ức chế men chuyển:

	Liều khởi đầu	Liều duy trì
-Captopril:	6.25 mg x 3 lần/ngày	25-50 mg x 3 lần/ngày.
-Enalapril:	2.5 mg x 2 lần/ngày	10 mg x 2 lần/ngày.
-Lisinopril:	2.5 mg/ngày	5-20 mg/ngày.

-Perindopril: 2 mg/ngày 4 mg/ngày.

Chống chỉ định: +Tiền sử phù mạch.
+Hẹp động mạch thận 2 bên.
+Kali máu ≥ 5 mmol/l.
+Creatinine máu ≥ 220 mmol/l.
+Hẹp van động mạch chủ nặng.

4.3.Ức chế thụ thể AT1: Liều dùng

-Candesartan: 4-32 mg/ngày.
-Valsartan: 80-320 mg/ngày.
-Telmisartan: 40-80 mg/ngày.

Chống chỉ định: +Tiền sử phù mạch.
+Hẹp động mạch thận 2 bên.
+Kali máu ≥ 5 mmol/l.
+Creatinine máu ≥ 220 mmol/l.
+Hẹp van động mạch chủ nặng.

4.4. Chẹn beta: Liều khởi đầu Liều tối đa
-Carvedilol: 3.125 mg x 2 lần/ngày 25 mg x 2 lần/ngày.
-Bisoprolol: 1.25 mg/ngày 10 mg/ngày.
-Metoprolol: 12.5 mg/ngày 200 mg/ngày.

Chống chỉ định: +Hen phế quản.
+Block AV độ II-III, hội chứng suy nút xoang,
+Nhịp chậm xoang (< 50 lần/phút).

5. Thuốc làm giảm triệu chứng:

-Ivabradine 5-7.5 mg/ngày.

. Chỉ định trong trường hợp có cơn đau thắt ngực ổn định.

. Lưu ý chống chỉ định trong suy tim nặng.

-Digoxin liều thấp: 0.125-0.25 mg/ngày.

-Lợi tiểu:

+Furosemide 20-40mg/ngày.

+Hydrochlorothiazide 25 mg/ngày.

+Indapamide 2.5 mg/ngày.

-Nitrates: ISMN 30-60 mg/ngày.

6. Thuốc khác:

- Thuốc chống huyết khối: chỉ định trong:

+Rung nhĩ.

+Tiền sử huyết khối thuyên tắc.

+Có cục máu đông trong buồng tim.

+Có echo trong buồng tim.

- Các thuốc có thể gây hại, cần nhắc sử dụng tùy từng trường hợp: thuốc tăng co bóp cơ tim, chống loạn nhịp, ức chế Calci, digoxin liều cao.

IV. CHUYÊN VIỆN:

- Suy tim NYHA 3-4 không đáp ứng điều trị nội khoa.

- Phẫu thuật và dụng cụ: theo chỉ định cụ thể từng trường hợp.

- Tái lưu thông động mạch vành.

- Phẫu thuật (thay / sửa van tim).
- Tạo nhịp 2 buồng thất.
- Chuyển nhịp phá rung cấy được.
- Dụng cụ trợ thất; tim nhân tạo; ghép tim...

Tài liệu tham khảo:

- *Bài giảng bộ môn Nội - ĐHYD Tp.HCM.*
- *Phác đồ Viện Tim Tp.HCM.*

THIẾU MÁU

A. THIẾU MÁU THIẾU SẮT

1. ĐẠI CƯƠNG:

- Thiếu máu: Hb < 12 g/dl ở nữ, < 13 g/dl ở nam.
- Nguyên nhân thiếu máu thiếu sắt: Mất máu rỉ rã:
 - +Hô hấp: chảy máu mũi, ho ra máu.
 - +Tiêu hóa:
 - .Chảy máu dạ dày, viêm dạ dày, K dạ dày.
 - .Chảy máu từ ruột non VD: giun móc, polype, ruột non, ruột già.
 - .Trĩ xuất huyết.
 - +Tiết niệu sinh dục: rong kinh, cường kinh, tiểu máu.
 - +Da: cho máu thường xuyên.

Cung cấp không đủ:

- +Trẻ em đang lớn.
- +Phụ nữ mang thai, cho con bú.
- +Người già (răng không có, không ăn được thịt cá, rau xanh).
- +Chế độ ăn không đủ chất sắt.

I. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng: thường kín đáo, chỉ xảy ra khi thiếu máu thiếu sắt đã diễn tiến nhiều.

- Da xanh, niêm nhợt.
- Lưỡi mất gai, viêm lưỡi.
- Móng tay dẹt, lõm.
- Xuất huyết, xuất tiết võng mạc.
- Đôi khi có lách to.
- Ngoài ra còn có các triệu chứng khác: táo bón, buồn ngủ, ù tai, đánh trống ngực, rụng tóc, ngứa, trầm cảm, khó thở khi gắng sức.

2. Cận lâm sàng:

- Công thức máu: HC giảm, Hct giảm, Hb giảm; MCV, MCH, MCHC hồng cầu nhỏ nhược sắc.
- BC giảm nhẹ 3-4 G/L, thành phần bình thường.
- Tiểu cầu:
 - +Trẻ em giảm trong 28% các trường hợp.
 - +Người lớn: bình thường hoặc tăng.
- Hồng cầu mạng: giảm hay bình thường (0,5-1%).
- Sắt huyết thanh: thường thấp nhưng có thể bình thường.
- Ferritine: thường < 20 µg/L là chẩn đoán xác định thiếu máu thiếu sắt. Trong trường hợp BN có viêm nhiễm, như viêm đa khớp dạng thấp, nhiễm trùng thì Ferritine < 60 µg/L là có ý nghĩa chẩn đoán thiếu máu thiếu sắt.

3. Chẩn đoán xác định thiếu máu thiếu sắt:

- Lâm sàng có 1 nguyên nhân mất máu rỉ rã hoặc các đối tượng dễ bị thiếu sắt.
 - Công thức máu: HC nhỏ, nhược sắc.
 - Sắt / huyết thanh ↓.
 - Ferritine (<↓20µg/L).
2. Chẩn đoán phân biệt:
- Rối loạn sử dụng sắt.

- Thalassemia.

II. ĐIỀU TRỊ:

1. Điều trị nguyên nhân

2. Cung cấp sắt: sulfate sắt 300 mg (có 65 mg sắt cơ bản) 2-3 viên/ngày.

- Đánh giá lại sau 4 tuần:
 - +Hb không tăng: ngưng cung cấp sắt, tìm nguyên nhân thiếu máu.
 - +Hb về bình thường: cung cấp sắt thêm 12 tháng nữa.

B. THIẾU MÁU DO THIẾU VITAMIN B12

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Thiếu máu: Hb < 12 g/dl ở nữ, < 13 g/dl ở nam.
- Nguyên nhân thiếu máu do thiếu vitamin B12: Thiếu yếu tố nội tại.

Thiếu máu ác tính do viêm dạ dày mãn.

Cắt dạ dày.

Nhiều vi khuẩn trong ruột non.

Sản dãi cá.

Giảm hấp thu vitamin B12 do di truyền.

Thuốc gây ức chế hấp thu B12.

Viêm tụy mãn.

HC Zollinger -Ellison.

Bệnh hồi tràng.

Viêm ruột.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

- Thiếu máu mãn diễn tiến chậm.
- Lưỡi viêm đỏ, mất gai lưỡi, rất đau.
- Bệnh nhân có kèm theo dấu chứng thần kinh, mất cảm giác sâu.

2. Cận lâm sàng:

- CTM: Thiếu máu HC to, MCV >100 fL.
- HC mạng giảm.
- Có thể cân định lượng B12: giảm.

III. ĐIỀU TRỊ:

- Bổ sung vitamin B12.
- Thay đổi chế độ ăn thiếu vitamin B12: ăn chay trường (không trứng, sữa).

C. THIẾU MÁU DO THIẾU ACID FOLIC

1. ĐẠI CƯƠNG:

- Thiếu máu: Hb < 12 g/dl ở nữ, < 13 g/dl ở nam.
- Nguyên nhân thiếu máu do thiếu acid folic:

Thai kỳ.

Tăng nhu cầu.

Trẻ em.

Thiếu máu tán huyết mãn.

Nghiện rượu.

Giảm hấp thu vitamin B12 bẩm sinh di truyền.

Thiếu acide folic do thuốc (Methotrexate).

Hội chứng ruột ngắn.

I. CHẨN ĐOÁN:

1.Lâm sàng:

- Thiếu máu mãn, viêm lưỡi, lưỡi đỏ mất gai.
- Không có triệu chứng thần kinh.

2.Cận lâm sàng:

- Thiếu máu hồng cầu to.
- Có thể cần định lượng acid folic: giảm.

II.ĐIỀU TRỊ:

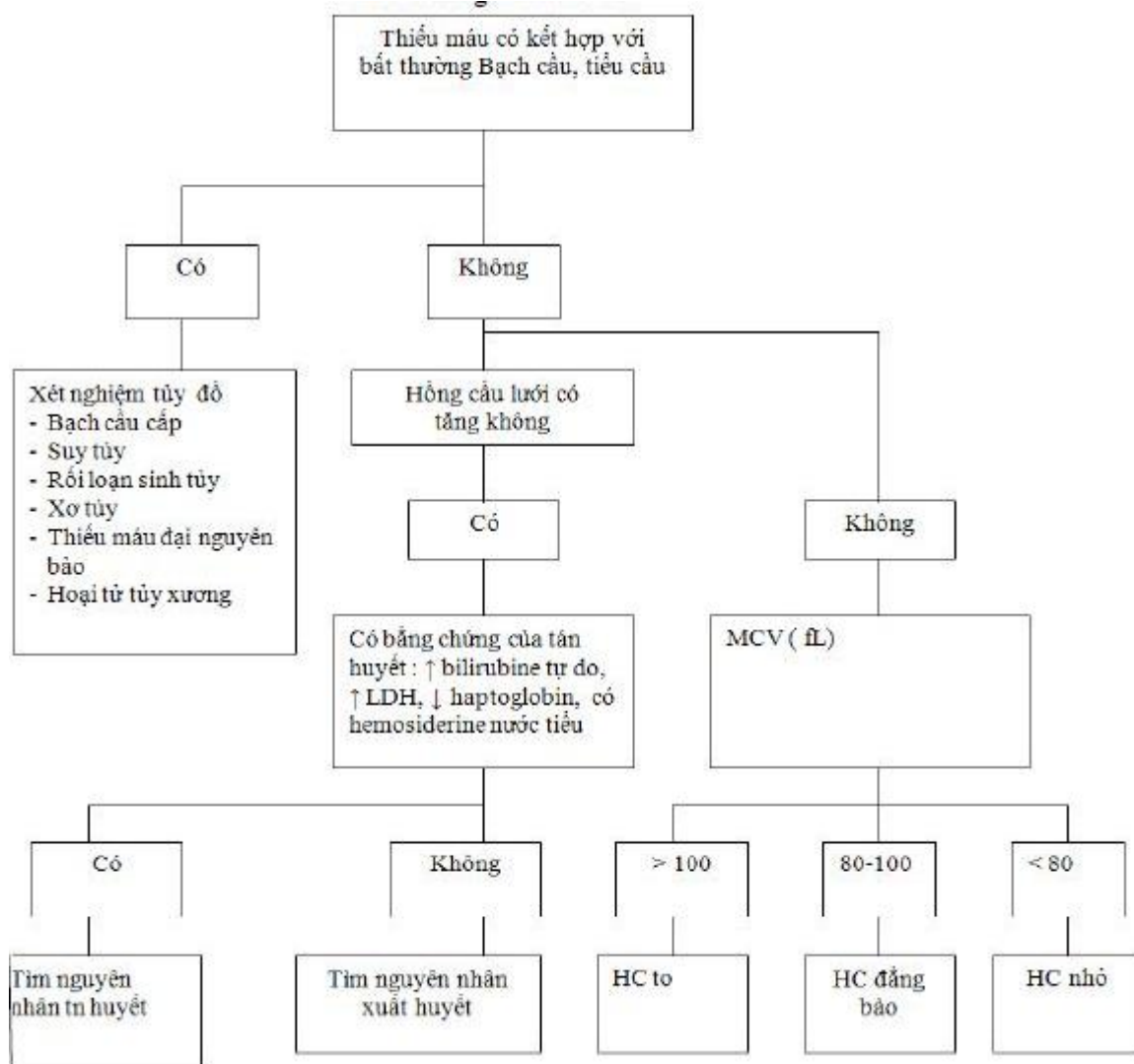
- Bổ sung acid folic.
- Thức ăn nhiều acid folic: sữa, giá, đậu (nảy mầm), bơ, cải bó xôi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

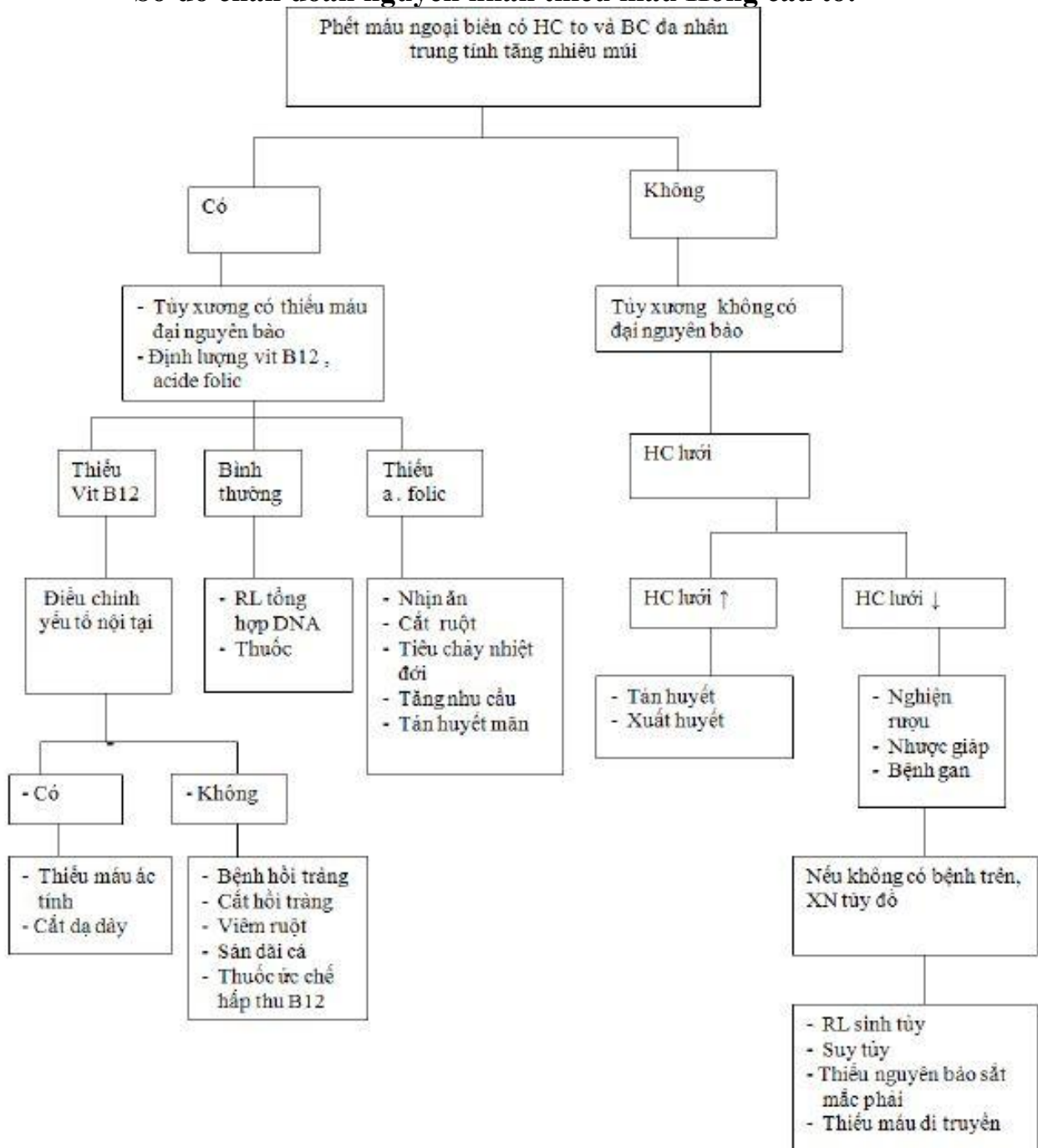
Bài giảng bộ môn Nội - ĐHYD Tp.HCM.

PHỤ LỤC

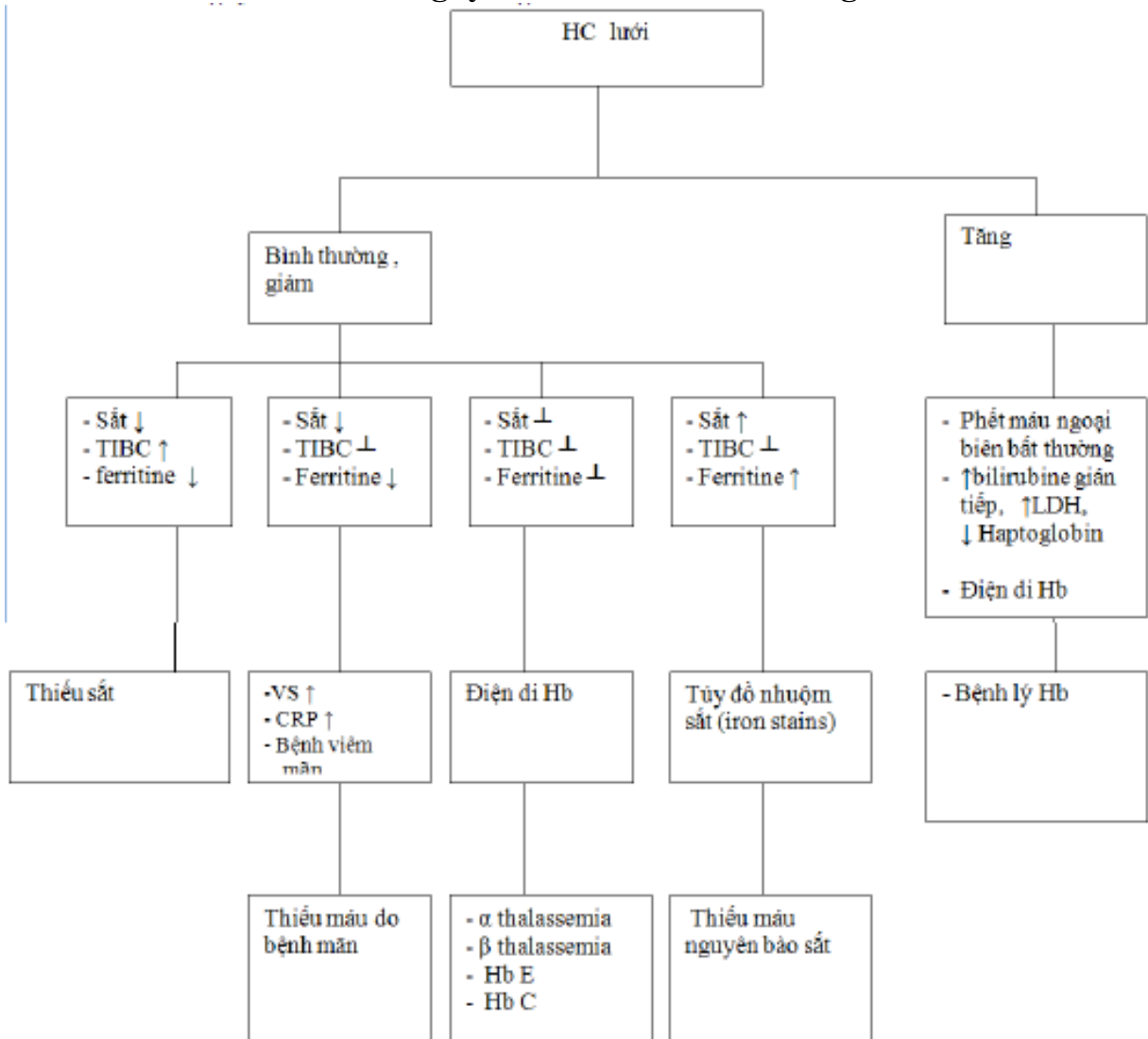
Sơ đồ đánh giá thiếu máu:



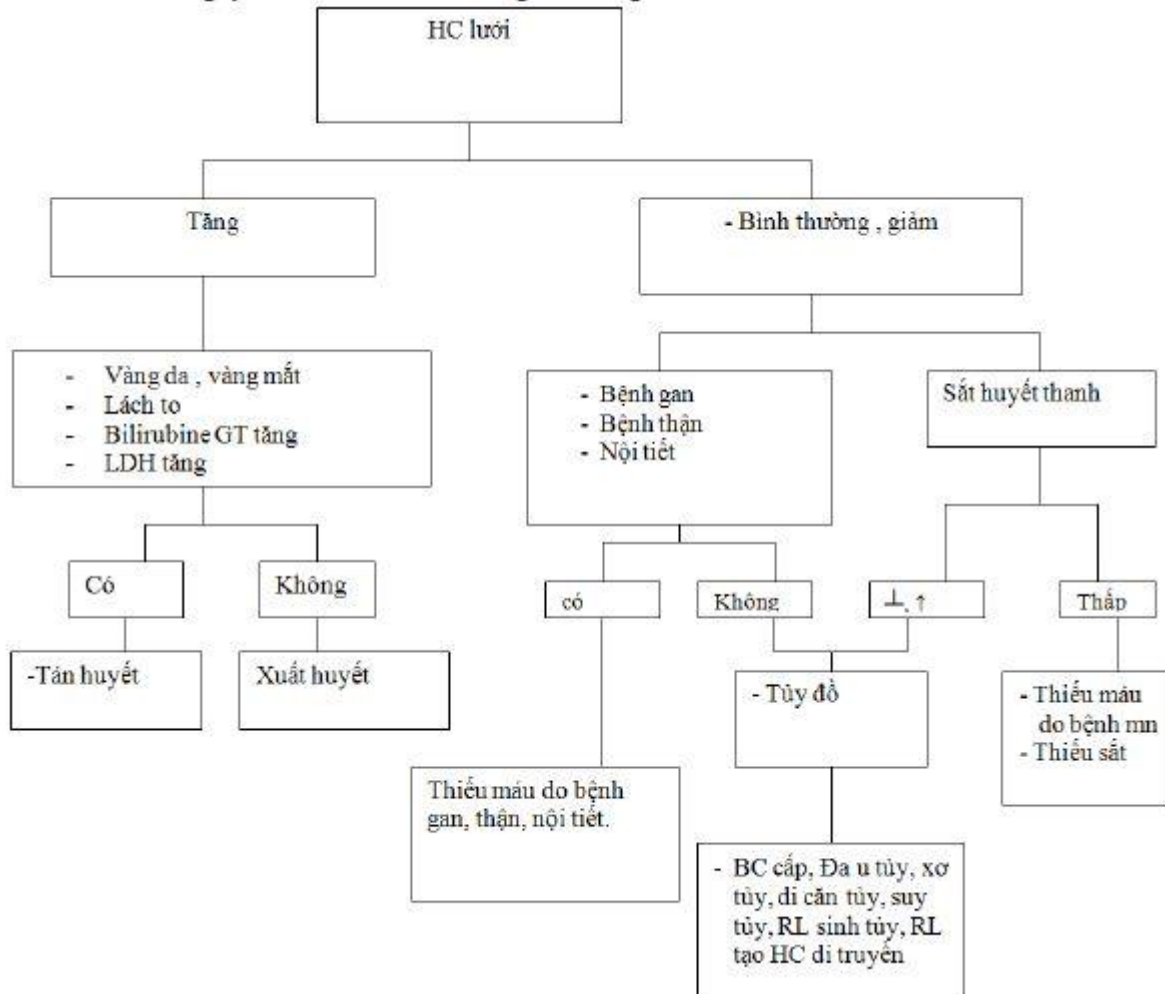
Sơ đồ chẩn đoán nguyên nhân thiếu máu Hồng cầu to:



Sơ đồ chẩn đoán nguyên nhân thiếu máu Hồng cầu nhỏ:



Sơ đồ chẩn đoán nguyên nhân thiếu máu hồng cầu đẳng bào:



VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

I. ĐẠI CƯƠNG:

Viêm khớp dạng thấp là một bệnh tự miễn điển hình với các biểu hiện tại khớp, toàn thân, ngoài khớp ở nhiều mức độ khác nhau, diễn biến phức tạp, gây hậu quả nặng nề, cần được điều trị tích cực ngay từ đầu bằng các biện pháp hữu hiệu.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

- Toàn thân: mệt mỏi, xanh xao, gầy sút, sốt nhẹ và vừa.
- Tại khớp:

Các triệu chứng có thể hồi phục:

+Cứng khớp buổi sáng.

+Viêm các khớp nhỏ, ngoại biên.

+Tính chất: đối xứng, thường teo cơ liên đốt, biến dạng sớm. Các triệu chứng không thể hồi phục:

+Hẹp khe khớp, dính khớp.

+Biến dạng khớp, lệch trục khớp.

- Triệu chứng ngoài khớp: thường ít gặp, nhẹ, dễ bỏ sót.

+Teo cơ, nốt dưới da.

+Viêm móng mắt.

+Tràn dịch màng tim, tràn dịch màng phổi, viêm mạch máu...

2. Cận lâm sàng:

- Thường quy: công thức máu, vs, CRP, chức năng gan, thận, X quang tim phổi, ECG...

- Đặc hiệu:

+Yếu tố dạng thấp (RF) (+) 60-70%.

+X quang khớp bị tổn thương (đặc biệt 2 bàn tay).

3. Chẩn đoán xác định: khi có > 4 trong 7 yếu tố sau, trong đó tiêu chí 1 -4 thời gian > 6 tuần. (Tiêu chuẩn của Hiệp hội thấp khớp Hoa Kỳ ACR 1987)

1. Cứng khớp buổi sáng: dấu hiệu cứng khớp hoặc quanh khớp kéo dài > 1 giờ.

2. Viêm tối thiểu 3 nhóm khớp: sưng phần mềm hay tràn dịch > 3 trong 14 nhóm khớp (kể cả 2 bên): khớp liên đốt ngón gần bàn tay, khớp bàn ngón tay, khớp cổ tay, khớp khuỷu, khớp gối, khớp cổ chân, khớp bàn ngón chân.

3. Viêm các khớp ở bàn tay: sưng tối thiểu một nhóm trong số các khớp cổ tay, khớp ngón gần, khớp bàn ngón tay.

4. Viêm khớp đối xứng.

5. Hạt dưới da: trên nền xương, ở phía mặt duỗi của khớp, ở quanh khớp.

6. RF(+), ASO

7. X quang: những dấu hiệu điển hình của viêm khớp dạng thấp, chụp bàn tay và cổ tay thấy hình bào mòn, hẹp khe khớp, mất vôi hình dải.

4. Chẩn đoán phân biệt:

- Thoái hóa khớp.
- Viêm khớp Gout mạn.
- Lupus ban đỏ hệ thống.

- Viêm cột sống dính khớp...

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Điều trị không dùng thuốc:

- Giáo dục sức khỏe.
- Tập luyện, chế độ ăn uống giàu vitamin và khoáng chất.
- Duy trì vận động thường xuyên.

2. Điều trị bằng thuốc:

- Trong thời gian chờ chẩn đoán xác định hay chờ chuyển viện điều trị chuyên khoa khớp, bệnh nhân cần được điều trị:

-NSAID thích hợp và/hoặc thuốc giảm đau đơn thuần: Celecoxib 200 mg/ngày, Diclofenac 50 mg x 2 lần/ngày.....

- Tránh dùng Corticoids toàn thân.

IV. CHUYỂN VIỆN:

Khi có chỉ định điều trị chuyên khoa.

Tài liệu tham khảo:

- *Bài giảng khoa Nội khớp - BV. Chợ Rẫy.*

ĐIỀU TRỊ VIÊM LOÉT DẠ DÀY - TÁ TRÀNG DO HELICOBACTER PYLORI

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Viêm dạ dày: tổn thương niêm mạc dạ dày do tác động của quá trình viêm.
- Loét dạ dày - tá tràng: tình trạng lớp niêm mạc dạ dày - tá tràng bị khuyết do sự tác động của HCl và pepsin làm phá vỡ hàng rào bảo vệ của niêm mạc dạ dày – tá tràng.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Chẩn đoán viêm loét dạ dày - tá tràng:

- Đau vùng thượng vị, có tính chu kỳ, hoặc đã có biến chứng.
- Triệu chứng rối loạn tiêu hóa: khó tiêu, đầy hơi, chướng bụng, buồn nôn...
- Nội soi dạ dày - tá tràng (khi cần).

2. Chẩn đoán Helicobacter pylori:

- Huyết thanh chẩn đoán H.P:
 - +BN chưa điều trị H.P bao giờ, huyết thanh chẩn đoán H.P tình cờ (+): có thể kết luận nhiễm H.P, chỉ điều trị nếu có triệu chứng.
 - +Chỉ dùng phát hiện H.P lần đầu tiên.
 - +Không dùng để theo dõi sau điều trị.
- Test urea hơi thở: trước khi thực hiện: không dùng kháng sinh > 4tuần, không uống bismuth, thuốc ức chế tiết acid > 2 tuần.
- Test urea nhanh qua nội soi - CLO test: phải ngưng kháng sinh, thuốc ức chế tiết acid 4 tuần.

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Chế độ ăn uống, nghỉ ngơi:

- Thức ăn mềm, dễ tiêu.
- Tránh thức ăn chua, cay, nóng, hút thuốc lá, uống café, rượu, nước có gas, dầu mỡ...
- Nghỉ ngơi nằm viện khi đau nhiều, cần tránh stress, hay khi có biến chứng.

2. Điều trị ức chế tiết acid: trong thời gian 8 tuần với loét tá tràng, 12 tuần với loét dạ dày.

- PPI liều chuẩn:
 - Omeprazol 20-40mg/ngày.
 - Esomeprazol 20-40 mg/ngày.
 - Pantoprazol 40-80 mg/ngày.
 - Kháng thụ thể H₂: hạn chế sử dụng.
 - Ranitidin 150 mg x 2 lần/ngày.
 - Famotidin 40 -80mg/ngày.

3. Điều trị triệu chứng :

- Antacids: hỗn hợp hydroxyd nhôm và hydroxyd magie (Maalox, Gastropulgite, Phosphalugel)...
- Điều hòa vận động dạ dày:
 - Domperidon 10 mg x 2-3 lần/ngày.
 - Trimebutin 100-200 mg X 3 lần/ngày.
- Chống co thắt: -Spasmaverin 40 mg 1-2 viên X 2-3 lần/ngày.
- Chống đầy hơi: - Simethicone 40 mg 1-2 viên x 3 lần/ngày.
- Điều trị triệu chứng khó tiêu: Pancrease 100 mg x 2 lần/ngày.

4. Điều trị Helicobacter pylori:

- Phác đồ chuẩn (3 thuốc: PPI + amoxicilline + clarithromycine X 7-14 ngày)

chỉ sử dụng ở những vùng có tỷ lệ đề kháng của *Helicobacter pylori* đối với clarithromycine và metronidazol lần lượt là < 15-20% và < 40% nên hiện nay không được khuyến cáo ở Việt Nam (vì tỷ lệ kháng thuốc cao).

- Phác đồ nối tiếp: 5-7 ngày đầu: PPI + amoxicilline.
7 ngày tiếp theo: PPI + clarithromycine + metronidazol.
- Phác đồ 4 thuốc: PPI + amoxicilline + tetracycline + bismuth x 14 ngày.
- Phác đồ lai ghép: 7 ngày đầu: PPI + amoxicilline (1 g x 3 lần/ngày).
9 ngày tiếp theo: PPI + amoxicilline (1 g x 3 lần/ngày) + clarithromycine + metronidazol.
- Phác đồ cứu cánh: PPI + amoxicilline + levofloxacin **X** 14 ngày.
- Theo dõi điều trị tiếp theo:
 - Loét dạ dày: PPI thêm nữa cho đủ 4-6 tuần.
 - Loét tá tràng:
 - +Loét nhỏ, không biến chứng: không cần PPI duy trì.
 - +Loét to/có biến chứng/không thể ngưng NSAIDs: tiếp tục PPI duy trì.
- Liều dùng các thuốc:
 - Ức chế bơm proton (PPI): Omeprazol 20mg x 2 lần/ngày.
Esomeprazol 20-40mg x 2 lần/ngày.
Pantoprazol 40mg x 2 lần/ngày. Amoxicilline 1g x 2 lần/ngày.
Clarithromycine 500mg x 2 lần/ngày.
Metronidazol 500mg x 2 lần/ngày.
Tetracycline 500 mg x 4 lần/ngày.
Bismuth 525 mg x 4 lần/ngày.
Levofloxacin 250-500 mg x 2 lần/ngày.

Tài liệu tham khảo:

- *Maastricht III - 2005: Management of H. pylori infection.*
- *Yamada: Textbook of Gastroenterology, 5th ed.*
- *Phác đồ BV Nguyễn Tri Phương, BV. Nguyễn Trãi*

VIÊM PHẾ QUẢN CẤP DO VI TRÙNG

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Viêm phế quản cấp do vi trùng là nhiễm trùng phế quản cấp tính.
- Tác nhân thường gặp:
 - Streptococcus pneumoniae.
 - Mycoplasma pneumoniae.
 - Chlamidiae pneumoniae...

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

- Bệnh diễn tiến cấp tính.
- Có thể sốt, thường $> 38^{\circ}\text{C}$.
- Ho đàm đục.
- Có thể khò khè, phổi có ran rít, ran ướt.
- Không có nguyên nhân khác để giải thích: viêm đường hô hấp trên, hen phế quản, viêm phổi.

2. Cận lâm sàng:

- SpO₂ có thể giảm.
- Công thức máu: bạch cầu có thể tăng.
- vs tăng, CRP tăng.
- X quang tim phổi: không có tổn thương nhu mô phổi.

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Kháng sinh:

❖ Thời gian điều trị:

- Điều trị các vi khuẩn thường gặp: 7-10 ngày.
- Điều trị M.pneumoniae và c.pneumoniae cần thời gian dài hơn: 10-14 ngày.
- Những bệnh nhân dùng corticoid lâu ngày: cần thời gian 14 ngày hoặc lâu hơn.

❖ Chọn lựa kháng sinh:

- Bệnh cảnh nhẹ: +Lựa chọn: Beta-lactam: cephalosporin thế hệ 1, 2...

Doxycycline.

Macrolide mới.

+Thường đánh giá kết quả điều trị ban đầu sau 48-72 giờ.

+Nếu đáp ứng kháng sinh ban đầu tốt: tiếp tục điều trị đủ thời gian.

+Nếu đáp ứng kháng sinh ban đầu kém: thay đổi kháng sinh như bệnh cảnh nặng hơn.

- Bệnh cảnh nặng hơn: lựa chọn: Beta-lactam phối hợp Macrolide.

Fluoroquinolone: moxifloxacin hay levofloxacin.

- Liều thường dùng một số kháng sinh:

+Cephalexin 500 mg x 3 lần/ngày.

+Cefuroxim 250-500 mg x 2 lần/ngày.

+Cefixim 100-200 mg/ngày.

+Augmentin 625-1000 mg x 2 lần/ngày.

+Doxycycline 100 mg x 2 lần/ngày.

+Azithromycin 500 mg/ngày.

+Moxifloxacin 400 mg/ngày.

+Levofloxacin 500-750 mg/ngày.

2. Điều trị triệu chứng:

- Giảm ho nếu BN ho có đàm nhiều: (**Bromhexin 8 mg x 2-3 lần/ngày hoặc theo hướng dẫn của nhà sản xuất**).
- Giảm ho nếu BN ho khan nhiều: Acetylcystein 200 mg x 2-3 lần/ngày, Terpin codein 1-2 v x 3 lần/ngày, TE > 12 tuổi: 1 v X 1-3 lần/ngày, ...
- Trường hợp ho khan do dị ứng hô hấp: Alimemazine 5 mg (sử dụng liều theo thông tin kê toa cho từng trường hợp cụ thể).
- Thở Oxy khi có giảm oxy máu.
- Giảm đau, hạ sốt: Paracetamol 500 mg X 3-4 lần/ngày.
- Dẫn phế quản: + SABA hoặc LABA uống: Salbutamol 2mg x 3 lần/ngày. Bambuterol 10 mg/ngày.
+SABA phun khí dung 2-6 lần/ngày tùy trình trạng hô hấp bệnh nhân.
- Dinh dưỡng tốt, uống nước nhiều.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Cần điều trị oxy, SABA phun khí dung.
- Bệnh cảnh nặng, không đáp ứng điều trị ngoại trú.

Tài liệu tham khảo:

- *Phác đồ BV. Trung Vương.*
- *Bài giảng bộ môn Nội - ĐHYD Tp.HCM.*

BỆNH SỞI

I.ĐẠI CƯƠNG

- Vi rút sởi gây suy giảm miễn dịch: làm chậm các phản ứng miễn dịch, giảm sản xuất interleukin 12, giảm khả năng tạo kháng thể có thể kéo dài nhiều tuần đến nhiều tháng.

II.CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

- Giai đoạn ủ bệnh: 10 - 14 ngày
- Giai đoạn khởi phát: 2 - 4 ngày: sốt cao, viêm long đường hô hấp trên và viêm kết mạc, đôi khi có viêm thanh quản cấp, có thể thấy hạt Koplik: giai đoạn lây nhiều nhất.
- Giai đoạn toàn phát: Kéo dài 2 - 5 ngày. Thường sau khi sốt cao 3 - 4 ngày: phát ban, từ sau tai, sau gáy, trán, mặt, cổ dần lan đến thân mình và tứ chi, cả ở lòng bàn tay và gan bàn chân. Khi ban mọc hết toàn thân thì thân nhiệt giảm dần.
- Giai đoạn hồi phục: Ban nhạt dần rồi sang màu xám, bong vảy phần sẫm màu.
- Nếu không xuất hiện biến chứng thì bệnh tự khỏi. Có thể có ho kéo dài 1 - 2 tuần sau khi hết ban.

2. Thể không điển hình

- Biểu hiện lâm sàng có thể sốt nhẹ thoáng qua, viêm long nhẹ và phát ban ít, toàn trạng tốt: liên quan đến tình trạng miễn dịch: chủng ngừa, kháng thể của mẹ.
- Bệnh nhân cũng có thể sốt cao liên tục, phát ban không điển hình, phù nề tứ chi, đau mỏi toàn thân, thường có viêm phổi nặng kèm theo. Xét nghiệm có thể có tăng men gan.

3. Chẩn đoán có thể

- + Sốt
- + Phát ban và 1 trong 3 triệu chứng:
 - + Ho
 - + Chảy mũi
 - + Mắt đỏ
- Trong giai đoạn dịch tiêu chuẩn này dùng báo cáo, cách ly theo dõi.

III.ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Bệnh nhân mắc sởi cần được cách ly
- Điều trị hỗ trợ
- Phát hiện và điều trị sớm biến chứng.
- Không sử dụng Corticoid khi chưa loại trừ sởi

2. Điều trị:

- Vệ sinh da, mắt, miệng họng.
- Tăng cường dinh dưỡng
- Hạ sốt
- Bổ sung vitamin A
 - + < 6 tháng: 50.0000 đơn vị x 2 ngày liên tiếp
 - + Trẻ 6 - 12 tháng tuổi: 100.000 đơn vị x 2 ngày liên tiếp
 - + Trẻ trên 12 tháng tuổi và người lớn: 200.000 đơn vị x 2 ngày liên tiếp
- Phòng bội nhiễm: các can thiệp không cần thiết nếu cần phải đảm bảo vô

trùng nhất (nhân viên y tế và thân nhân bệnh nhân).

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN:

- Tất cả những trường hợp sỏi
- Sốt cao khó hạ > 48h

V. TIÊU CHUẨN CHUYỂN VIỆN

- Biến chứng viêm phổi
- Biến chứng viêm não

VI. PHÒNG BỆNH

- Phòng bệnh chủ động bằng vắc xin
- Cách ly bệnh nhân và vệ sinh cá nhân
- Giai đoạn lây nhiều nhất là sắp ra ban và 1 ngày sau ra ban
- Ít nhất 4 ngày sau khi bắt đầu phát ban
 - Sử dụng khẩu trang phẫu thuật cho bệnh nhân, người chăm sóc, tiếp xúc gần và nhân viên y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- *Phác đồ điều trị sỏi năm 2013 của BỆNH VIỆN NHI ĐÔNG I*

BỆNH CÒI XƯƠNG DO THIẾU VITAMIN D

I. ĐẠI CƯƠNG

- Còi xương là một hội chứng gây ra bởi sự khoáng hóa kém đĩa sụn tăng trưởng.
- Còi xương có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau: bệnh di truyền, sanh non, do dinh dưỡng (thiếu cung cấp canxi, vitamin D), thiếu Phospho (do thiếu cung cấp, do giảm hấp thu hay do tăng thải qua thận) do thuốc...
- Nguyên nhân còi xương thường gặp nhất là do thiếu Vitamin D
- Hai nguồn Vitamin D chính là D3 (cholecalciferol) được tổng hợp tại da dưới tác động của tia cực tím và D2 (ergocalciferol) từ thực phẩm.
- Yếu tố thuận lợi của còi xương thiếu Vitamin D:
 - + Trẻ nhỏ (thiếu cung cấp, nhu cầu cao)
 - + Trẻ sanh non, đa thai + Trẻ da màu

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Triệu chứng cơ năng:

- Biểu hiện hạ canxi máu như khóc đêm, mồ hôi trộm, chậm mọc thóp rộng, chậm đóng, rụng tóc, spasmophile (trẻ nhỏ < 6 tháng).
- Tổng quát: Khó nuốt, giảm thính lực, bụng ỏng, gãy xương, giảm trương lực cơ, thiếu máu (các thể nặng), nhiễm trùng hô hấp, dẫn phế quản.
- Đầu: Mềm xương sọ, thóp lớn, chậm đóng, chậm mọc răng, dính liền sớm khớp sọ
- Ngực: ngực gồ, rãnh Harrison, xương ức nhô, chuỗi hạt sườn, vòng cổ tay, chân.
- Lung: gù, vẹo, uốn cột sống
- Chi: lớn cổ tay, chân, vẹo ngoài hoặc trong của chi, tật đùi cong vào, đau chân.

2. Triệu chứng thực thể

- Triệu chứng hạ canxi máu: Tetani, co giật, co thắt do mềm sụn thanh quản, nghiệm pháp Spasme du Sanglot.
- Thể lâm sàng
 - + Thể cổ điển: > 6 tháng, triệu chứng hạ canxi, biến dạng xương, thiếu máu, giảm trương lực cơ.
 - + Còi xương sớm: < 6 tháng, thường gặp 2 tuần sau sanh, triệu chứng spasmophilie (ngủ giật mình, thở rít mềm sụn thanh quản.) biến dạng xương sọ.
 - + Còi xương bào thai: thường gặp mẹ đa thai, ít tiếp xúc ánh sáng mặt trời. Triệu chứng thóp rộng 4 - 5 cm đường kính, đường liền thóp rộng, dấu Cranio - Tabés, hạ canxi máu

3. Triệu chứng cận lâm sàng

- X - quang hệ xương có bất thường + Khoét xương
 - + Chuỗi hạt sườn + Điểm cốt hóa chậm so với tuổi
- Sinh hóa máu: tăng phosphatase alkaline, PTH, giảm P, 25 - QHD

4. Chẩn đoán:

- Tiêu chuẩn chẩn đoán
 - + Tiền sử thiếu cung cấp Vitamin D, yếu tố nguy cơ giảm tổng hợp dưới da.
 - + Biến dạng xương ở trẻ nhỏ, mềm xương ở trẻ lớn + X quang hệ xương có bất thường.
 - + Sinh hóa máu
- Chẩn đoán phân biệt:

- + Bệnh thận: Bệnh ống thận mạn, loạn dưỡng xương do thiếu năng cầu thận.
- + Bệnh tiêu hóa: Bệnh gan - ruột (viêm ruột mạn, dò mật), kém hấp thu.
- + Bệnh xương hiếm gặp: tạo xương bất toàn, loạn dưỡng sụn xương, mềm

xương bẩm sinh

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị biến chứng: Con tetani, suy hô hấp do giảm trương lực cơ, viêm phổi.
- Bổ sung Vitamin D
- Bổ sung canxi
- Chú ý dinh dưỡng

2. Điều trị cụ thể:

- Bổ sung Vitamin D
- + 5.000UI - 15.000UI/ ngày uống trong 4 tuần.
- +Hoặc 100.000 UI - 500.000 UI/ 6 tháng uống

Bổ sung canxi: Nhu cầu canxi mỗi ngày theo tuổi

Tuổi	Canxi (mg)
0 - 6 tháng	210
7 - 12 tháng	270
1 - 3 tuổi	500
4 - 8 tuổi	800
9 - 15 tuổi	1.300

- Theo dõi và tái khám
- Trẻ có giảm canxi thử lại canxi, phosho máu sau 1 - 2 ngày, phosphatase alkaline sau 1 tháng.
- X - quang xương: sau 3 - 4 tuần có dấu hiệu hồi phục (có đường viền vôi hóa tách biệt) phục hồi hoàn toàn sau 8 tháng.

IV. DỰ PHÒNG

- Mẹ mang thai: Uống Vitamin D 100.000UI lần duy nhất khi ít tiếp xúc ánh sáng mặt trời.
- Trẻ:
 - + Phơi nắng trước 8 giờ sáng, đến khi da vừa ửng đỏ, xác định khoảng thời gian phơi, những ngày sau phơi 1/3 khoảng thời gian đó là đủ, thường khoảng 10 - 30 phút tùy mùa, vị trí địa lý.
 - + Uống Vitamin D đối với đối tượng nguy cơ từ ngày thứ 7 sau sinh: 400 UI/ ngày, đa thai 1000 UI/ ngày.
 - + Các trẻ khác cũng có thể uống Vitamin D 400 UI/ ngày thay vì phơi nắng (giảm phơi nhiễm tia cực tím).
- Tuyên truyền giáo dục sức khỏe.
- Bú mẹ, ăn dặm đúng cách.

V. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Còi xương bào thai
- Có kèm tình trạng thiếu canxi nặng (cơn tetani)
- Biến dạng lồng ngực, giảm trương lực cơ hô hấp gây viêm phổi

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- *Phác đồ điều trị bệnh còi xương do thiếu vitamin D năm 2013 của Bệnh viện Nhi Đồng 2*

SỐT Ở TRẺ EM

I. ĐẠI CƯƠNG

- Sốt khi nhiệt độ hậu môn $>38^{\circ}\text{C}$ hay nhiệt độ ở nách $> 37,5^{\circ}\text{C}$.
- Sốt có thể là hậu quả của nhiễm khuẩn (vi khuẩn, virus, kí sinh trùng nấm), bệnh ác tính, bệnh tự miễn, bệnh chuyển hoá, bệnh di truyền, sử dụng thuốc, và một số trường hợp không rõ nguyên nhân.

II. CHẨN ĐOÁN:

1.Lâm sàng:

- Đặc điểm của sốt
 - + Số ngày sốt.
 - + Nhiệt độ khi sốt.
 - + Liên tục hay không.
 - + Có tính chu kì hay không.
 - + Đáp ứng với thuốc hạ sốt hay không.
- Triệu chứng đi kèm:
 - + Hô hấp, TMH: ho, sổ mũi, đau họng, đau tai,...
 - + Tiêu hoá: ói, tiêu chảy, táo bón, đau bụng,.
 - + Tiết niệu: tiểu khó, tiểu nhắc, tiểu máu,...
 - + Thần kinh: đau đầu, co giật, yếu liệt,...
- Dịch tễ:
 - + Những người xung quanh có bệnh gì ?
 - + Có súc vật ở nhà? Có bị súc vật cắn?
 - + Du lịch từ vùng dịch tễ về?
- Tiền căn: phẫu thuật, chích ngừa gần đây, sử dụng thuốc, bệnh sẵn có (suy giảm miễn dịch, tổn thương cơ quan mạn tính, suy dinh dưỡng.), những đợt nhiễm khuẩn tái diễn

2.Cận lâm sàng

- Tổng phân tích tế bào máu
- Chuyên biệt: CRP, cấy máu, huyết thanh chẩn đoán tác nhân gây bệnh: sốt xuất huyết,... tổng phân tích nước tiểu , cấy phân và soi phân chọc dò tuỷ sống, X quang phổi, siêu âm bụng, siêu âm tim.

III. ĐIỀU TRỊ

1.Mục tiêu:

- Hạ nhiệt.
- Điều trị nguyên nhân.
- Điều trị biến chứng.

2.Hạ nhiệt:

- Phương pháp vật lý: cho bệnh nhân mặc đồ thoáng mát, lau mát bằng nước ấm (không lau mát bằng cồn vì cồn có thể hấp thu qua da và phổi gây ngộ độc), cho bệnh nhân uống nhiều nước, ở nơi thông thoáng.
- Thuốc hạ nhiệt khi trẻ bứt rứt, khó chịu hoặc khi thân nhiệt $> 39^{\circ}\text{C}$ hoặc $>38^{\circ}\text{C}$ nếu trẻ có tiền căn bệnh tim mạch, viêm phổi hay sốt co giật:
 - +Acetaminophen: 10 - 15 mg/kg, uống hoặc đặt hậu môn hoặc truyền tĩnh mạch, mỗi 4 - 6 giờ (tổng liều: 60mg/kg/ngày).
 - + Hoặc Ibuprofen: 10mg/kg uống mỗi 6 - 8 giờ. Không dùng nếu nghi ngờ sốt xuất huyết, rối loạn đông máu, bệnh lý thận, tiêu hoá,..

3. Điều trị nguyên nhân:

- Điều trị đặc hiệu tùy nguyên nhân gây sốt, sốt và nhiễm khuẩn không đồng nghĩa với nhau nên kháng sinh không nên được chỉ định rộng rãi và việc điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm cũng cần phải tránh.

4. Điều trị triệu chứng co giật

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Nên cho nhập viện khi trẻ:

+ Thuộc nhóm nguy cơ cao: dưới 2 tháng tuổi hoặc có bệnh lý nền (cắt lách, bệnh tim bẩm sinh, bệnh phổi mạn tính, bệnh ác tính, suy giảm miễn dịch,..).

+ Có vẻ mặt nhiễm trùng, nhiễm độc hoặc rối loạn tri giác, co giật.

+ Có ban xuất huyết

TE > 12 tuổi: lv X 1-3 lần/ngày

V. TIÊU CHUẨN CHUYỂN VIỆN:

- Sốt cao có biến chứng

- Sốt cao kèm bệnh lý mãn tính, di truyền, bẩm sinh

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- *Phác đồ điều trị Sốt ở trẻ em năm 2013 của Bệnh viện Nhi Đồng 2*

NHIỄM TRÙNG TIỂU TRẺ EM

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Nhiễm trùng tiểu (NTT) là sự hiện diện của vi khuẩn và bạch cầu với số lượng bất thường trong nước tiểu.

- Khoảng 5% ở trẻ em gái và 1% ở trẻ em trai bị NTT trong số các trẻ sốt không rõ nguyên nhân.

- Nhiễm trùng tiểu có thể ở đường tiểu dưới hoặc có thể có tổn thương nhu mô thận còn gọi là nhiễm trùng đường tiểu trên (Viêm bể thận cấp)

- Cần nghĩ đến nguyên nhân do dị dạng đường tiểu, trước bệnh cảnh viêm bể thận cấp.

- Về mặt điều trị : rất khác nhau trong điều trị nhiễm trùng tiểu thấp và viêm bể thận.

- Chuẩn đoán và điều trị trễ sẽ để lại biến chứng nặng nề: sẹo thận dẫn đến cao huyết áp và suy thận mạn bất phục hồi.

- Nhiễm trùng tiểu được định nghĩa dựa vào cấy nước tiểu dương tính

- Cấy nước tiểu dương tính khi:

+ Hiện diện > 100 000 khuẩn vi trùng/1ml nước tiểu bằng phương pháp lấy nước tiểu giữa dòng hoặc túi đựng nước tiểu.

+ Hiện diện > 10 000 khuẩn vi trùng/1ml nước tiểu bằng phương pháp lấy nước tiểu qua sonde

+ Hiện diện > 1000 khuẩn vi trùng/1ml nước tiểu bằng phương pháp chọc dò trên xương mu

*Cần lưu ý : Sự hiện diện của bạch cầu niệu >104 bạch cầu/1ml nước tiểu đồng thời với cấy nước tiểu dương tính đã nêu trên càng củng cố vững chắc cho chuẩn đoán nhiễm trùng đường tiểu

- Tác nhân :

- 80-90% do Ecoli nhạy với đa số các kháng sinh

- Nhiễm trùng tiểu tái phát nhiều lần : Ecoli kháng với nhiều loại kháng sinh, hoặc Proteus, Klebsiella

- Nhiễm trùng tiểu trong bệnh lý đường niệu sau phẫu thuật : Staphylocoque, Pseudomonas, Enterocoque.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Triệu chứng lâm sàng :

- Rất đa dạng : từ không triệu chứng lâm sàng đến bệnh cảnh nhiễm trùng huyết

- Trẻ nhũ nhi :

+ Sốt không rõ nguyên nhân, không có dấu hiệu khác đi kèm.

+ Rối loạn tiêu hoá : Biếng ăn, nôn ói, tiêu chảy.

+ Giảm cân

- Trẻ em lớn : Tiểu nhiều, tiểu khó, tiểu nóng rất rất và đôi khi kèm đau bụng

- Đối với tất cả các lứa tuổi, nhiễm trùng tiểu có thể không có triệu chứng đặc biệt trong những lần tái phát sau điều trị.

2. Triệu chứng cận lâm sàng :

- Tổng phân tích tế bào máu:

+ Huyết đồ: Bạch cầu máu tăng, đa nhân trung tính tăng.

- CRP: Tăng trong viêm bể thận cấp :

- Cấy máu(khi cần)

- Xét nghiệm nước tiểu :

+ Tổng phân tích nước tiểu (TPTNT)

- + Cây nước tiểu (khi cần)
- Chẩn đoán hình ảnh : siêu âm, XQ(khi cần).
- 3. Chẩn đoán vị trí:
 - NTT trên :
 - * Lâm sàng : sốt trên 38,5° , đôi khi sốt dao động với lạnh run, đau bụng và/hoặc đau thắt lưng, sờ vào có dấu hiệu chạm thận.
 - * Cận lâm sàng : tăng CRP, tăng bạch cầu đa nhân trung tính, cấy máu có thể dương tính, đạm niệu > 0,05g/24g
 - NTT dưới:
 - * Không sốt, hoặc sốt nhẹ, rối loạn đi tiểu, không tăng CRP, bạch cầu đa nhân trung tính bình thường.
 - * Trong trường hợp nghi ngờ và số lượng vi khuẩn trong nước tiểu ít (102-104/ml), cần hỏi bệnh sử về việc có dùng kháng sinh trước đó hay không.

III. ĐIỀU TRỊ :

1. Nhiễm trùng đường tiểu dưới:
 - Chỉ cần 1 loại kháng sinh, thời gian 5-7 ngày.
 - Chọn 1 trong các loại sau đây : tùy dịch tể vi trùng của từng nơi.
 - + Sulfamethoxazole và Trimethoprim: SM 40mg/kg/ngày chia 2 lần
 - + Amoxicilline : 50-100mg/kg/ngày chia 3 lần, Augmentin liều 50mg/kg/ngày chia 3 lần.
 - + Cephalosporine thế hệ 3 (Cefixime) 8mg/kg/ngày chia 2 lần
 - + Kiểm tra lại nước tiểu sau điều trị 48 giờ . Không nên lập lại nhiều lần các xét nghiệm nước tiểu gây tốn kém và lo lắng cho gia đình.
 - + Cho uống nhiều nước, giữ vệ sinh tại chỗ. Điều trị táo bón, giun kim.
2. Viêm bể thận cấp :
 - Ở trẻ lớn : Nếu không có dấu hiệu nặng, không cần nằm viện :
 - * KS đường uống với Cephalosporine thế hệ 3 theo danh mục thuốc của bệnh viện.
 - * KS đường TM :
 - Cephalosporine thế hệ 3 theo danh mục thuốc của bệnh viện.
 - Sau đó chuyển sang đường uống (KS theo kháng sinh đồ hoặc Cefriaxone), tổng thời gian 10 ngày.
 - Kiểm tra sau 48-72 giờ : bạch cầu máu, CRP, cấy nước tiểu.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN :

- Trẻ có chỉ định kháng sinh chích hoặc lâm sàng gợi ý nhiễm trùng tiểu trên

V. TIÊU CHUẨN CHUYỂN VIỆN :

- Nhiễm trùng tiểu có biến chứng
- Tình trạng nhiễm trùng nặng hay biến chứng (nhiễm trùng nặng, abscess thận, tái đi tái lại, bất thường hệ niệu...)

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- *Phác đồ điều trị bệnh nhiễm trùng tiểu trẻ em năm 2013 của Bệnh viện Nhi Đồng 2*

VIÊM CẦU THẬN CẤP HẬU NHIỄM TRÙNG

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Là tình trạng viêm cầu thận do cơ chế tự miễn, thường khởi phát bởi nhiễm liên cầu tan huyết B nhóm A ở họng và da. Trong một số trường hợp, có thể có vai trò của siêu vi, ký sinh trùng, Mycoplasma pneumoniae...

- Độ tuổi thường mắc: 2-12 tuổi

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Triệu chứng lâm sàng :

1.1. Bệnh sử :

- Phù mắt, sưng đau mắt
- Có kèm tiểu ít, tiểu đỏ không
- Có viêm họng trước đó 1-2 tuần không

1.2. Triệu chứng thực thể :

- Phù 90%
- Tiểu máu đại thể : 24-40%
- Cao huyết áp : 80%
- Tiểu máu vi thể : 80%
- Tiểu đạm ở mức thận hư : 4%
- Tiểu đạm thoáng qua : 25%
- Thiếu niệu : 50%
- Vô niệu : hiếm
- 30% nhập viện trong bệnh cảnh biến chứng của cao huyết áp như suy tim, phù phổi cấp, co giật.

2. Cận lâm sàng :

- Máu :
 - + Ure, ceratinin, ion đồ, đạm máu
 - + ASO tăng
- Nước tiểu :
 - + Tổng phân tích nước tiểu
 - + Soi nước tiểu thấy trụ hồng cầu, trụ hạt
 - + Đạm niệu/ Creatinin niệu
- Hình ảnh học :
 - + X quang phổi

III. ĐIỀU TRỊ :

1. Kháng sinh

- Không thường quy.
- Chỉ định khi có viêm họng hoặc viêm da tiền triển
- Penicilline V 100.000 đv/kg hoặc Cephalosporin hoặc Erythromycin 50-75 mg/kg/ngày x 10 ngày

2. Chế độ ăn :

- Hạn chế muối nước
- Khi có suy thận : Chế độ ăn giảm đạm, kali
- Nghỉ ngơi tuyệt đối khi có huyết áp

3. Hạ áp :

- NIFEDIPINE 20 mg 1 viên phối hợp FUROSEMIDE 40 mg 1 viên (xem bài

cao huyết áp)

- Không nên sử dụng ức chế men chuyển, chống chỉ định beta bloquant

4. Lợi tiểu :

- Chỉ định : Phù, cao huyết áp
- FUROSEMIDE 2mg/kg/ngày uống đến khi hết phù, cân nặng trở về cân nặng trước lúc bệnh (2-3 ngày).

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN:

- Khi huyết áp cao

V. TIÊU CHUẨN CHUYỂN VIỆN:

- Khi có biến chứng
- Thiếu niệu

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- *Phác đồ điều trị Viêm cầu thận cấp hậu nhiễm trùng năm 2013 của Bệnh viện Nhi Đông 2*

SUYỄN TRẺ EM

I. ĐẠI CƯƠNG:

Suyễn là một bệnh lý viêm mạn đường thở kết hợp với tăng phản ứng của đường dẫn khí biểu hiện các đợt khò khè, khó thở, nặng ngực và ho. Các giai đoạn này thường kết hợp với giới hạn luồng khí lan toả nhưng hay thay đổi theo thời gian thường có khả năng phục hồi từ nhiên hay sau điều trị.

II. CHẨN ĐOÁN :

1. Triệu chứng lâm sàng :

- Ho
- Khò khè
- Khó thở
- Nặng ngực
- Triệu chứng thường xảy ra và nặng hơn vào ban đêm hay sáng sớm, tái đi tái lại, thường xuất hiện thành từng đợt sau khi tiếp xúc với dị nguyên, khi thay đổi mùa, hay gắng sức.
- Tiền căn bản thân, gia đình : suyễn, dị ứng, viêm da dị ứng, viêm mũi dị ứng.

2. Triệu chứng thực thể:

- Thở nhanh, co lõm ngực, phập phồng cánh mũi, hõm trên ức.
- Khám phổi :
 - + Ran rít, ran gáy.
 - + Phế âm giảm, thông khí kém.

3. Cận lâm sàng :

- Thăm dò chức năng hô hấp khi trẻ hợp tác tốt
- Xét nghiệm khác :
 - + Tổng phân tích tế bào máu (Bạch cầu ái toan/máu)
 - + Test da với các dị nguyên
 - + X-quang phổi : chẩn đoán phân biệt, phát hiện biến chứng
 - + Ion đồ máu : sử dụng đồng vận β_2 tác dụng nhanh thường xuyên làm giảm kali máu

4. Chẩn đoán phân biệt:

- Nhiễm siêu vi hô hấp tái phát nhiều lần
- Viêm mũi xoang mãn tính
- Trào ngược dạ dày thực quản
- Lao
- Dị dạng bẩm sinh đường thở
- Dị vật
- Loạn sản phế quản phổi
- Bệnh tim bẩm sinh
- Suy giảm miễn dịch

III. ĐIỀU TRỊ :

1. Nguyên tắc điều trị:

- Thiết lập mối quan hệ đồng hành bác sỹ- bệnh nhân, người chăm sóc bệnh nhân
- Giúp nhận biết và giảm tiếp xúc yếu tố khởi phát suyễn
- Điều trị :
 - + Xử trí cơn suyễn cấp
 - + Điều trị lâu dài (điều trị phòng ngừa)

- Đánh giá, theo dõi, quản lý suyễn
 - 2. Điều trị cơn suyễn cấp :
 - Thở Oxy qua cannula mũi hoặc qua mask đảm bảo SpO2 >92%
 - Đồng vận B2 tác dụng nhanh (SABA) (Salbutamol):
 - + Khi dùng liên tục (>4 lần khi dùng/1 giờ) hiệu quả hơn trong các trường hợp tắc nghẽn nặng
 - + Liều :
 - * 0,15mg/kg/lần (min 2,5mg/lần đến 5mg/lần)
 - * Cách pha : lượng Salbutamol + NaCl 0,9% = 3ml
 - * Khí dung liên tục : 0,5mg/kg/giờ (5-15mg/giờ)
 - * MDI: 4 xịt/lần
 - Ipratropium bromide : Nếu salbutamol không hiệu quả thì
 - + Phun khí dung phối hợp Ipratropium bromide và SABA giúp dẫn phế quản nhiều hơn là dùng riêng từng thứ thuốc
 - Corticoid toàn thân :
 - + Sử dụng cho cơn suyễn trung bình, nặng, không đáp ứng với điều trị đồng vận B2 ban đầu
 - + Prednisone hoặc Methylprednisolone tiêm mạch:
 - * Prednisone uống 1-2mg/kg
 - <2 tuổi : max 20mg
 - 2 - 5 tuổi : max 30mg
 - * Methylprednisolone TM : 1-2mg/kg/1 lần mỗi 6-12 giờ trong 2-3 ngày, sau đó chuyển sang dạng uống nếu cải thiện
- Thời gian sử dụng 3 - 7 ngày không cần giảm liều Corticoid uống
- Corticoid hít: Kết hợp liều cao Corticoid hít và Salbutamol trong cơn suyễn cấp giúp dẫn phế quản nhiều hơn chỉ dùng một mình Salbutamol
 - Kháng sinh : khi có bội nhiễm
 - Vật lý trị liệu hô hấp (nếu có)
 - Thuốc long đờm
 - Thuốc an thần (tránh ức chế hô hấp)

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN:

- Cơn suyễn cấp
- Khó thở co kéo nhiều

V. TIÊU CHUẨN CHUYỂN VIỆN:

- Không đáp ứng điều trị như trên 2-3 giờ
- Có bệnh lý mãn tính, di truyền, bẩm sinh kèm theo
- Trẻ < 2 tuổi

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- *Phác đồ điều trị Suyễn trẻ em năm 2013 của Bệnh viện Nhi Đồng 2*

BỆNH CHÀM

I. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: chàm là tình trạng viêm da tái diễn, kéo dài, biểu hiện bằng ngứa nhiều có thể kèm theo mụn nước. Bệnh chàm rất phổ biến ở trẻ em, tỉ lệ mắc bệnh từ 10 -20%

- Yếu tố kết hợp: bệnh chàm thường kết hợp 2 yếu tố sau đây:

- Cơ địa dị ứng: hen , sổ mũi kéo dài, nổi mề đay
- Yếu tố khởi phát:

Các chất kích thích tại chỗ: quần áo lông cừu, sợi tổng hợp, mồ hôi ứ đọng nhiều, xà bông, chất tẩy rửa, một số thuốc bôi ngoài. . . o Các loại thực phẩm: sữa bò, trứng, các loại đồ biển, đậu nành . . .

Các dị nguyên đường hô hấp: bụi nhà, phấn hoa, lông thú, khói bụi giao thông, khói thuốc lá . . .

Khí hậu: nhiệt độ, độ ẩm quá cao hay quá thấp. Yếu tố này gây ra bệnh chàm theo mùa o Căng thẳng tâm lý, mọc răng, thiếu ngủ

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng :

- Vị trí: sang thương thường đối xứng, tập trung vùng hai má, vành tai, da đầu, cổ, các nếp gấp tay, chân. Các trường hợp nặng có thể lan tỏa toàn thân

- Đặc điểm khởi đầu là các dát hay mảng hồng ban, phù nhẹ giới hạn thường không rõ ràng. Trên nền hồng ban xuất hiện nhiều mụn nước nhỏ, to dần hoặc tập hợp lại thành bóng nước. Ngứa nhiều .Các mụn nước sau đó thường vỡ ra,rỉ dịch vàng, đóng thành mài

Nếu diễn tiến tốt, các triệu chứng biến mất, da sẽ trở lại bình thường sau vài tuần o Nếu diễn tiến xấu các sang thương tiếp tục xuất hiện tại chỗ hoặc lan ra nhiều nơi khác. Sang thương có thể bị bội nhiễm, khi đó dịch tiết có mủ, bệnh nhân bị sốt và hạch vùng sưng đau

2. Cận lâm sàng :

- TPTTBM

- VS

3. Chẩn đoán phân biệt :

- Bệnh ghẻ ngứa: mụn nước khu trú ở kẽ ngón tay, chân, quanh rốn, kẽ mông. Bệnh cũng gây ngứa nhiều chủ yếu về đêm. Tiền căn dịch tế : Nhiều người trong gia đình hoặc cùng chung sống mắc bệnh

- Rôm sảy: mụn nước thường tập trung ở vùng da ẩm nóng. Ngứa nhiều khi thời tiết nóng, giảm khi thời tiết dịu mát

- Zona: mụn nước tập trung thành chùm trên nền hồng ban phù nề nhẹ, lúc đầu có thể ngứa nhưng cảm giác đau, rát nhiều. Thương tổn thường phân bố theo dây thần kinh và không đối xứng

III. ĐIỀU TRỊ :

❖ Nguyên tắc điều trị

- Tránh yếu tố khởi phát: thông qua tư vấn với phụ huynh, cố gắng tìm yếu tố khởi phát khả dĩ để tránh như:

- Dị nguyên tiêu hóa do ăn uống
- Dị nguyên tiếp xúc: các tác nhân gây kích ứng da
- Dị nguyên hô hấp

❖ Điều trị cụ thể

- Điều trị tại chỗ

+Sữa làm dịu da (emollients) : sử dụng đối với chàm nhẹ, da chỉ bị khô và/hoặc ửng đỏ.

Bôi tại chỗ hoặc tắm toàn thân , từ 1 đến 2 lần một ngày o Sang thương tiết dịch: sử dụng thuốc bôi dạng nước như Eosin 2% xanh Methylen hoặc rửa bằng dung dịch thuốc tím pha loãng màu hồng cánh sen o Corticoid bôi (hydrocortisone 1% cho các sang thương vùng mặt , clobetasone 0.5% ở chi và thân): chỉ định khi chàm ở mức độ trung bình hoặc nặng trong giai đoạn bán cấp hoặc mạn tính không quá bảy ngày

- Điều trị toàn thân

+Thuốc chống ngứa: thuốc kháng Histamin đường uống, dùng khi trẻ bị ngứa nhiều ảnh hưởng đến giấc ngủ, sinh hoạt

+ Kháng sinh: chỉ định khi có dấu chứng nhiễm khuẩn: sang thương tiết dịch mủ, trẻ có sốt, nổi hạch vùng

+ Corticoid toàn thân: không nên dùng kéo dài trong bệnh chàm mạn tính vì có thể gây ra hiện tượng bùng phát bệnh khi ngưng thuốc. Có thể chỉ định trong chàm cấp với Prednisolone liều 0.5 mg/kg/ ngày x3 ngày

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN :

- Chàm có nhiễm trùng toàn thân

Tài liệu tham khảo:

- *Phác đồ điều trị Bệnh Chàm năm 2013 của Bệnh viện Cấp cứu Trưng Vương.*

VIÊM DA DỊ ỨNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Viêm da dị ứng là một tình trạng phản ứng viêm của da đối với chất gây dị ứng qua trung gian tế bào đặc trưng.
- Có 2 nhóm Viêm da dị ứng
 - o Viêm da kích thích trực tiếp
 - o Viêm da tiếp xúc dị ứng

II. CHẨN ĐOÁN

A. VIÊM DA KÍCH THÍCH TRỰC TIẾP

1. Nguyên nhân

Là tình trạng viêm cấp tính do tiếp xúc một lần với chất kích thích như acid, kiềm, phenol,... muối halogen hay một số hóa chất khác... khởi phát nhanh và các tổn thương xuất hiện một cách chính xác tại vị trí tiếp xúc.

2. Triệu chứng lâm sàng

Sau khi tiếp xúc với dị nguyên thì da sẽ đổi sang màu đỏ, nâu sậm, phù nề nóng, có thể đau rát, ngứa và có thể có những mụn nước li ti

3. Chẩn đoán

Khai thác bệnh sử là điều quan trọng nhất giúp ích cho chẩn đoán chính xác quá trình thăm khám thì nhìn trực tiếp vào thương tổn để chẩn đoán bệnh

4. Điều trị

- Nguyên tắc: loại bỏ dị nguyên ra khỏi cơ thể càng sớm càng tốt
- Điều trị tại chỗ:
 - + Làm sạch thương tổn bằng nước sạch có thể sử dụng dung dịch thuốc tím pha loãng để rửa
 - + Nếu tổn thương khô: bôi kem Hydrocortosone 0.5 % - 1% lên tổn thương khô 2 lần / ngày trong 3- 5 ngày
 - + Nếu thương tổn rỉ dịch: bôi dung dịch có chứa chất kẽm Dalibour 2 lần / ngày hoặc dung dịch xanh Methylen 3 lần / ngày

• Điều trị toàn thân:

Kháng histamine uống nếu ngứa nhiều: Hydroxyzine 2mg/kg/ngày chia 3 - 4 lần

Kháng sinh uống nếu có bội nhiễm nặng: Erythomycin hoặc Cephalixin

5. Tiêu chuẩn nhập viện

Thương tổn rộng, bội nhiễm nặng

Trẻ sơ sinh kèm sốt

B. VIÊM DA TIẾP XÚC DỊ ỨNG

1. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng viêm da do tiếp xúc trước đó với dị nguyên dẫn đến nhạy cảm qua trung gian tế bào đặc hiệu

2. NGUYÊN NHÂN VÀ VỊ TRÍ THƯỜNG GẶP

VỊ TRÍ	NGUYÊN NHÂN
Mặt	Mỹ phẩm, xà phòng, gọng kính, dược phẩm dầu xức..
Da đầu	Chất nhuộm tóc, dầu gội..
Miệng	Chất liệu trong nha khoa , một số thực phẩm có chất bảo quản, gia vị
Cổ, dải tai	Trang sức chứa niken Phấn hút ẩm chống hăm
Nách	Phấn hút ẩm chấm hăm Chất kem tẩy mùi, sáp lăn
Bàn tay	Cây cỏ, chất niken, kem bôi, dược phẩm xà bông, chất tẩy rửa, chất liệu trong dầu nhớt xe,.
Thân người	Trang sức, quần áo có đính niken, màu nhuộm, đầu dây thắt lưng kim loại bị oxy hóa.
Bàn chân	Vớ, chất liệu trong giày da.

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

+ Thường biểu hiện bằng các thương tổn viêm da cấp tính hoặc bán cấp ở những vị trí mà kháng nguyên tiếp xúc trực tiếp hay những vị trí khác nhẹ hơn mà sự tiếp xúc không rõ ràng. Sự nhạy cảm có thể mới xảy ra hoặc đã tiếp xúc lâu dài trước đó.

+ Giai đoạn sớm vùng da bệnh có phản ứng viêm, ngứa, sẩn , mụn nước, có thể có mào. Nếu tiếp xúc thường xuyên với chất dị ứng thì da có thể khô, sần sùi, vảy hay vết nứt xen kẽ và thương tổn có thể lan rộng ra hơn

4. ĐIỀU TRỊ:

Nguyên tắc: xác định dị ứng được dị ứng nguyên và loại bỏ càng sớm càng tốt
Điều trị tại chỗ:

+Thuốc tím pha loãng (1/10000) đắp làm ẩm và mềm da

+Hồ kềm chống dịch

+Methylen bleu, kháng sinh bôi nếu có hiện tượng bội nhiễm Corticoide nhẹ (Eumovate) nếu có viêm cấp và ngứa

+Tẩy sừng bằng acid salicylic nếu thương tổn lâu năm dày sừng

Điều trị toàn thân:

+Kháng sinh nếu có bội nhiễm o Kháng histamine nếu có ngứa o Kháng viêm nếu đợt cấp nặng o Các loại sinh tố : A, E, PP, C...

+Thời gian điều trị phụ thuộc vào từng bệnh cảnh rất dễ tái phát do không kiểm soát được dị ứng nguyên

5. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN:

Nhập viện khi thương tổn bội nhiễm trùng

MÈ ĐAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Mề đay là một bệnh da phổ biến, 20% dân số, gặp ở mọi lứa tuổi
- Mề đay là một phản ứng viêm da với cơ chế phức tạp xoay quanh chất trung gian chủ yếu: Histamine. Nguyên nhân của bệnh rất nhiều, có khi dễ dàng nhận biết đôi khi rất khó tìm ra. Việc điều trị dựa vào dùng antihistamine và loại bỏ nguyên nhân
- Lâm sàng ngứa sần phù, xuất hiện đột ngột và biến mất trong vài phút-> vài giờ. Phát ban Mề đay trên da thường và niêm mạc

II. CHẨN ĐOÁN :

1. Lâm sàng

- Ngứa
- Sần phù
- Xuất hiện và biến mất đột ngột trong vài phút hay vài giờ không để lại dấu vết
- Cận lâm sàng
- CTM, TPTNT
- Soi phân tìm ký sinh trùng

2. Chẩn đoán phân biệt

- Prurigo strophulus dễ lầm với mề đay sần
- Dühring ghẻ tổ đĩa: dễ lầm với mề đay mụn nước, bóng nước

III. ĐIỀU TRỊ

- Đối với cơn đau cấp tính việc điều trị tương đối dễ dàng. Ngược lại mề đay mãn tính hay tái phát cần một biện pháp điều trị lâu dài

1. Mề đay cấp tính

- Cần loại trừ yếu tố căn nguyên(nếu biết)
- Điều trị tại chỗ chống ngứa
Menthol, giấm
Kháng histamine tại chỗ ít hiệu quả và dễ gây nhạy cảm
- Điều trị toàn thân
 - + Kháng histamine (anti H1) : một trong các thuốc sau:
Chlopheniramine 4mg , 2 đến 6 viên / ngày Cetirizine 10 mg , 1 viên / ngày
Loratadin 10 mg , 1 viên / ngày
 - + Có thể kết hợp với anti H2 vì qua trung gian thụ thể H2 mà histamine được giải phóng
có thể một vài tác giả kết hợp thuốc kháng histamine H2 với 1 hoặc 2 loại anti H1 cho kết quả tốt
 - + Corticoide sử dụng trong cơn nặng kết quả hạn chế

2. Mề đay mãn hay tái phát

- Loại trừ nguyên nhân (nếu biết)
- Điều trị thuốc kháng histamine, điều trị ít nhất là 3 tháng và ngưng từ từ

IV. TIÊU CHUẨN CHUYÊN VIỆN

- Mề đay mãn hay tái phát không đáp ứng điều trị

Tài liệu tham khảo:

- Phác đồ điều trị Mề đay năm 2013 của Bệnh viện Cấp cứu Trung Ương

PHẦN B
PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ
HỆ NGOẠI – SẢN, RHM, MẮT.

VIÊM ÂM HỘ - ÂM ĐẠO

I. ĐẠI CƯƠNG

- Viêm âm hộ, âm đạo là tình trạng viêm bộ phận sinh dục ngoài của phụ nữ. Tình trạng này thường do vi trùng, vi nấm hoặc kí sinh trùng,

- Ngoài ra viêm âm hộ, âm đạo (AH, AĐ) còn do lượng estrogen thấp (viêm teo âm đạo) hoặc do đáp ứng dị ứng hoặc kích ứng với các chất như kem diệt tinh trùng, bao cao su, xà phòng hoặc tắm bồn với sữa tắm.

- Vi trùng thường trú trong âm đạo phần lớn là các vi trùng ái khí, chủ yếu là các lactobacili có khả năng chuyển hoá glycogen trong tế bào thành lactic acid, giữ cho PH âm đạo ở mức 4,5. Nếu PH âm đạo bị kiềm hoá sẽ gây xáo trộn môi trường âm đạo tạo điều kiện cho các vi trùng cơ hội và các tác nhân khác phát triển gây viêm âm đạo

II. CHẨN ĐOÁN LÂM SÀNG:

1. Triệu chứng cơ năng:

Bệnh nhân có biểu hiện đau, ngứa, rát âm hộ, đau khi giao hợp và khi đi tiểu, huyết trắng nhiều, màu trắng đục, vàng hoặc xanh,... hôi, lúc nào cũng cảm thấy như có con giòi bò bò ở chỗ kín.

2. Triệu chứng thực thể:

- Vùng da, niêm mạc của âm hộ (môi lớn, môi nhỏ) sẽ bị sưng, xung huyết, hoặc vùng da dày hơn, khô và nứt nẻ, một vài bệnh nhân còn bị sưng bên trong môi nhỏ, xung huyết, loét và mọc những mụn nước có thể tạo thành mảng, hoặc xuất hiện những cục mụn lớn.

- Khám qua mỏ vịt sẽ thấy niêm mạc âm đạo viêm đỏ, xung huyết, dễ nứt, dễ chảy máu, có khí hư trắng loãng và nhiều bọt nếu do Trichomonas, hoặc lớp bọt trắng bao phủ như váng sữa nếu nhiễm nấm,... Thường kèm theo cổ tử cung viêm đỏ, phù nề đôi khi bị loét.

3. Cận lâm sàng:

- PH âm đạo >4.5

- Whiff test dương tính: nhỏ một giọt KOH 10% vào huyết trắng sẽ bốc mùi hôi như cá ươn.

- Phết âm đạo : rất ít hoặc không có lactobacili, ít bạch cầu nhiều clue cell, nhuộm gram thấy có nhiều cocobacilli nhỏ.

- Soi nhuộm có sợi tơ nấm hoặc bào tử nấm

- Soi tươi: trùng roi di động và nhiều bạch cầu.

- Soi tươi dịch âm đạo thấy tế bào trung gian.

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Nhiễm khuẩn âm hộ, âm đạo: Dùng đường uống hay đặt âm đạo

Metronidazole 500mg x 2 lần/ngày x 7 ngày (uống trong bữa ăn), hoặc Metronidazole gel 5g 2 lần/ngày x 5 ngày, hoặc Clindamycin 300mg x 2 lần/ngày x 7 ngày (uống) hoặc Clindamycin 100mg x1 lần/ngày x 3 ngày (đặt âm đạo).

Chú ý: Metronidazole không dùng trong 3 tháng đầu thai kỳ.

2. Viêm âm hộ âm đạo do nấm:

2.1. Thuốc đặt âm đạo:

Miconazole hay Clotrimazole 100mg đặt âm đạo 1 lần/ngày x 6 ngày hoặc Miconazole hay Clotrimazole 200mg đặt âm đạo 1 lần/ngày x 3 ngày hoặc Clotrimazole 500mg đặt âm đạo 1 viên duy nhất

2.2. Thuốc uống:

Fluconazole 150mg uống 1 viên duy nhất, hoặc Itraconazol 100mg 2 viên x 2 lần / ngày, hoặc Ketoconazol 200mg 1 viên x 2 lần/ ngày.

2.3. Thuốc bôi:

Bôi thuốc kháng nấm ngoài da (vùng âm hộ) 7 ngày (Ketoconazol)

Chú ý: chỉ điều trị cho người bạn tình khi có 1 trong các triệu chứng sau

Có triệu chứng viêm ngứa quy đầu.

Có nấm trong nước tiểu.

Trường hợp người phụ nữ bị tái phát nhiều lần.

3. Viêm âm hộ, âm đạo do trichomonas

Metronidazole/ Secnidazole/Tinidazole 2g uống 1 liều duy nhất, hoặc Metronidazole 500mg x2 lần/ngày x7 ngày (uống trong bữa ăn).

Chú ý luôn luôn điều trị cho bạn tình Metronidazole 2g uống 1 liều duy nhất

4. Viêm âm đạo do thiếu nội tiết:

a. Điều trị tại chỗ:

Cream estrogen bôi âm đạo, hoặc Estriol 0,5mg đặt âm đạo 1 viên/đêm x 20 đêm Promestriene 10mg đặt âm đạo 1 viên/ngày x20 ngày Cream promestriene bôi âm hộ, âm đạo 1 lần/ngày x 2 tuần.

b. Nếu có bội nhiễm sử dụng kháng sinh thích hợp

IV. CHUYỂN VIỆN:

Khi các triệu chứng không giảm sau một đợt điều trị là 7 ngày

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Phác đồ Điều trị Viêm Âm hộ-Âm đạo của Bệnh viện Đại học Y dược TP.Hồ Chí Minh

VIÊM TUYẾN BARTHOLINE

I. ĐẠI CƯƠNG

- Tuyến Bartholin là hai tuyến cỡ hạt đậu (nằm giữa môi lớn và môi bé) với các ống dẫn mở vào âm hộ. Tuyến này có chức năng sản xuất một chất dịch giúp bôi trơn vùng sinh dục trong lúc giao hợp.

- Trong chứng viêm tuyến Bartholin, một hay cả hai tuyến hoặc các ống dẫn của chúng bị viêm.

- Trong một số trường hợp, bệnh do các vi khuẩn từ phân người bệnh xâm nhập vào cơ quan sinh dục do vệ sinh kém. Ngoài ra, một số bệnh nhiễm trùng lây qua đường sinh dục cũng có thể là nguyên nhân gây bệnh.

- Viêm tuyến bartholin nếu không điều trị có thể dẫn đến nang tuyến bartholin, áp xe nang tuyến bartholin hoặc ung thư tuyến bartholin.

II. CHẨN ĐOÁN:

- Trong khi giao hợp, chỗ viêm bị va chạm, bị ép mạnh, khiến cả vùng này bị đau rát. .

- Ngoài ra, một hay cả hai ống dẫn của tuyến Bartholin có thể bị bít kín gây ra một khối sưng không đau, gọi là u nang Bartholin.

- Bệnh làm sưng các mô xung quanh và có thể gây ra một áp-xe khiến cho bệnh nhân đau đớn

- Nếu viêm nhiễm ở tuyến có thể gây mưng mủ , bị tắc miệng ống , nước mủ không thể chảy ra ngoài thì trở thành khối sưng mưng mủ ở tuyến Bartholin, khối u do viêm tuyến Bartholin thường không lớn , sau khi mưng mủ có khi khối u đó to bằng quả trứng gà , mặt ngoài trở nên mỏng theo cùng với sự tăng kích thước của khối u , đồng thời cảm thấy đau.

- Viêm tuyến bartholin nếu không điều trị triệt để thường sẽ tái phát cấp tính.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Viêm tuyến Bartholine chưa có biến chứng:

- Kháng sinh: Cephalosporin (cefotaxim, cefuroxim...)

- Kháng viêm: alpha chymotrypsin

- Giảm đau: NSAID (paracetamol,...)

2. Nếu viêm tuyến Bartholine có mủ: chích rạch áp xe nếu điều trị nội khoa thất bại

IV. CHUYỂN VIỆN

- Nang tuyến có kích thước >5cm

- Có biến chứng áp xe tuyến Bartholin to đau nhiều.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Phác đồ Điều trị Viêm Âm hộ-âm đạo của Bệnh viện Đại học Y dược TP.Hồ Chí Minh.

KHOA NGOẠI

SUY TĨNH MẠCH CHI DƯỚI MẠN TÍNH

I. ĐẠI CƯƠNG

- Suy tĩnh mạch chi dưới mạn tính là tình trạng tĩnh mạch nông giãn, chạy quanh co, thấy rõ dưới da của chi dưới và có dòng chảy trào ngược
- Theo CEAP: Clinical classification (C0-C6), phân loại:

C0: chỉ có triệu chứng cơ năng, chưa có triệu chứng thực thể C1: giãn mao mạch , tĩnh mạch dang lưới C2: giãn tĩnh mạch , tĩnh mạch giãn C3: phù mắt cá trong , màu da không thay đổi C4: da xám, chàm, xơ mỡ bì C5: như C4 kèm loét đã lành C6: như C5 kèm loét tiến triển

II. CHẨN ĐOÁN

Lâm sàng:

- Bệnh nhân khai với các triệu chứng
 - + Chân nặng: cảm giác này thường tăng lên sau một ngày làm việc đứng lâu, qua một đêm ngủ dậy thì bớt hẳn
 - + Đau: dọc hai bên chân, nhiều nhất ở vùng cẳng chân sau, đau bớt nếu gác chân cao
 - + Tê: cảm giác tê bì ngoài da như kiến bò, còn gọi là dị cảm
 - + Vọp bẻ: do cơ ở cẳng chân co rút gây đau đón
- Triệu chứng thực thể: đứng 2-5 phút
 - + Tĩnh mạch giãn: mao mạch mạng lưới tĩnh mạch giãn
 - + Phù chân: thường xảy ra ở mắt cá trong
 - + Loét chân ở giai đoạn trễ chân bị loét đã lành hoặc không lành, thường ở mắt cá trong của chân
- Các thủ thuật đánh giá tình trạng của van tĩnh mạch giãn trong
 - Thủ thuật Schwatz, thủ thuật ho, thủ thuật Trendelenburg, Thủ thuật Perthez

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Mục tiêu điều trị

- Điều chỉnh lại các rối loạn về sinh lý bệnh
- Trả lại cho bệnh nhân đôi chân bình thường

2. Chỉ định điều trị nội

- Phân độ C0, C1, C2, C3
- Các phương pháp điều trị không phẫu thuật gồm có chích xơ tạo bọt, mang vớ áp lực, các bài tập ở cơ chân và dùng thuốc
- Băng ép 2 chân bằng băng thun, tất điều trị.

3. Các thuốc sử dụng

- Làm tăng trương lực tĩnh mạch: Daflon 500 mg, 1 viên x 2 lần / ngày
- Chống đông: Aspirin 100 - 150 mg/ ngày, hoặc Clopidogrel 75 mg, 1 viên/ ngày
- Thuốc giảm đau kháng viêm Non-steroid hoặc Paracetamol đơn chất hay phối hợp với Opioid.

IV. TIÊU CHUẨN CHUYÊN VIỆN

- Khi bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật C4 C5 C6
- Khi có biến chứng huyết khối tĩnh mạch

V. THEO DÕI VÀ DẶN DÒ BỆNH NHÂN

- Tuân thủ nếp sinh hoạt phòng bệnh.
- Mang vớ áp lực khi đứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Phác đồ điều trị Suy tĩnh mạch nông chi dưới năm 2013 của Bệnh viện Cấp cứu Trung Vương

HỘI CHỨNG ỚNG CỔ TAY

I. ĐẠI CƯƠNG: Hội chứng ống cổ tay là một hội chứng chèn ép dây thần kinh ngoại vi hay gặp nhất. Trong hội chứng này dây thần kinh giữa bị chèn ép trong đường hầm cổ tay

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Bệnh nhân thấy đau ở cổ tay, đau lan xuống ngón I,II,III và nửa ngoài của ngón tay IV, sau đó đau cả bàn và các ngón tay, có thể lan lên cẳng tay

- Tê như kiến bò hoặc kim châm

- Tăng nhiều về đêm

- Mất cảm giác ở các ngón tay

- Một số trường hợp hoặc viêm kéo dài sẽ teo cơ mô cái, giảm cảm giác nông ở các ngón I,II,III và nửa ngoài ngón IV

- Khám tại vùng cổ tay có thể thấy sưng nhẹ so với bên lành

2. Các nghiệm pháp:

- Nghiệm pháp Tinel: duỗi bàn tay hết cỡ, dùng búa gõ phản xạ gõ vào vùng cổ tay làm xuất hiện hay làm tăng hơn cảm giác tê và đau các ngón I, II, III và nửa ngoài ngón IV

- Nghiệm pháp Phalen: giữ bàn tay ở tư thế gập trong 1 phút có thể gây ra hoặc làm tăng triệu chứng

3. Cận lâm sàng:

- Điện cơ 2 tay có sự dẫn truyền bất thường của thần kinh giữa ở đoạn cẳng tay. Điện cơ giúp phân biệt với hội chứng rễ, dây thần kinh cột sống cổ, hội chứng đám rối thần kinh cánh tay

- Siêu âm (nếu cần) với đầu dò tần số cao thấy có dày bao gân và dịch tụ quanh bao gân trong đường hầm cổ tay.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Các phương pháp không dùng thuốc:

Giảm vận động cổ tay, bàn tay. Nẹp cổ tay để giữ bàn tay ở vị trí trung gian, giảm các hoạt động gập và xoay cổ tay liên tiếp do đó giảm sưng phù của các đầu gân cơ

2. Dùng thuốc:

- Tiêm corticoid vào ống cổ tay.

- Thuốc giảm đau kháng viêm Non- steroid đường uống hoặc Paracetamol đơn chất hay phối hợp với opioid. Dùng một trong các loại thuốc sau:

+ Diclofenac 50mg: 1 viên x 2 lần/ngày.

+ Meloxicam 7.5 mg: 1 viên x 1 - 2 lần / ngày

+ Celecoxib 200mg: 1 viên x 1 - 2 lần / ngày

- Thuốc giảm đau thần kinh:

+ Gabapentine 300mg: 1 - 6 viên / ngày

+ Methycobal 0.5 mg , 1 - 2 viên / ngày

+ Vitamin nhóm B

3. Điều trị phẫu thuật

- Phẫu thuật nhằm giải ép thần kinh giữa bằng cách cắt đứt mạc giữ gân

gấp khi các phương pháp điều trị bảo tồn không hiệu quả.

- Sau phẫu thuật bệnh nhân phải bất động cổ tay 2 tuần khi ngủ nhằm không gập cổ tay quá mức khi ngủ.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Điều trị bảo tồn không hiệu quả.
- Có chỉ định phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phác đồ điều trị Hội chứng Ống cổ tay năm 2013 của Bệnh viện Cấp cứu Trung Vương

VIÊM GÂN GẤP NGÓN TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm gân gấp ngón tay (ngón tay lò xo) là tình trạng viêm bao gân của các gân gấp các ngón tay gây chít hẹp bao gân. Một số trường hợp gân gấp bị viêm xuất hiện cục viêm xơ, làm di động của gân gấp qua vùng ngón tay bị cản trở. Do lực duỗi ngón tay thường không thắng được phần tắc nghẽn này nên ngón tay thường ở tư thế gấp. Mỗi lần gấp hay duỗi ngón tay rất khó khăn, bệnh nhân phải cố gắng mới bật được ngón tay ra hoặc phải dùng tay bên lành kéo ngón tay ra như kiểu ngón tay có lò xo. Vì vậy, bệnh có tên là ngón tay lò xo.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Đau ngón tay tại vị trí bao gân bị viêm và tại cục xơ, khó cử động ngón tay
- Triệu chứng này nặng hơn vào buổi sáng và cải thiện vào ban ngày.
- Bệnh nhân cảm giác được tiếng bật ở gân khi gấp hoặc duỗi ngón tay
- Ngón tay có thể bị kẹt ở tư thế gấp vào lòng bàn tay hoặc duỗi thẳng
- Khám ngón tay có thể có sưng
- Có thể sờ thấy cục viêm xơ trên gân gấp ngón tay ở vị trí khớp đốt bàn ngón tay. Cục viêm xơ di động khi gấp duỗi ngón tay

2. Cận lâm sàng:

- Siêu âm với đầu dò có tần số 7.6 -20MHz có thể thấy gân dày lên và có dịch bao quanh
- Chụp Xquang bàn tay bình thường. Hình ảnh Xquang chỉ có giá trị phân biệt với các tổn thương viêm khớp bàn ngón tay

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh co cứng Dupuytren giai đoạn sớm, thường gặp nhất là co cứng tại ngón 4 tại sau đó đến các ngón 5,3,2. Thường bị cả hai tay do xơ hóa dải cân bàn tay
- Viêm khớp bàn ngón tay: đau vùng góc ngón tay nhưng không có hiện tượng ngón lò xo
- Viêm khớp dạng thấp, viêm khớp vẩy nến, gout.

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc điều trị:

- Kết hợp nhiều phương pháp điều trị: không dùng thuốc, tiêm corticoid tại chỗ, vật lý trị liệu, phục hồi chức năng ngoại khoa.
- Cần tích cực dự phòng bệnh tái phát bằng chế độ sinh hoạt nhẹ nhàng, hợp lý.

2. Điều trị cụ thể:

a. Phương pháp không dùng thuốc

- Hạn chế vận động ngón tay và có gân tổn thương nẹp duỗi ngón tay về đêm gây co quắp ngón tay khi ngủ
- Chườm lạnh nếu có sưng đỏ

b. Dùng thuốc: Dùng một trong các loại thuốc giảm đau kháng viêm Non-steroid đường uống hoặc Paracetamol đơn chất hay phối hợp với opioid. Ví dụ

+ Diclofenac 50mg: 1 viên x 2 lần/ngày.

c. Điều trị ngoại khoa

Phẫu thuật khi điều trị nội khoa thất bại

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

Khi có chỉ định phẫu thuật

V. THEO DÕI VÀ QUẢN LÝ

- Tránh yếu tố nguy cơ, tránh các vi chấn thương
- Phát hiện và điều trị đúng các bệnh lý như: viêm khớp dạng thấp, viêm khớp vẩy viêm cột sống dính khớp, gout, thoái hóa khớp, đái tháo đường, nhiễm khuẩn
- Chỉnh các dị tật gây lệch trục của chi
- Thận trọng khi sử dụng thuốc nhóm Quinolon và phát hiện sớm khi có triệu chứng gợi ý.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phác đồ điều trị Viêm gân gấp ngón tay năm 2013 của Bệnh viện Cấp cứu Trung Vương

BỆNH VIÊM NHIỄM VÙNG HẬU MÔN

I. ĐẠI CƯƠNG

Là tình trạng viêm nhiễm vùng hậu môn có thể từ nhẹ đến nặng và cấp tính hay mãn tính, được phân loại như sau :

- + Viêm ống hậu môn hoặc viêm da quanh hậu môn
- + Viêm tầng sinh môn
- + Áp xe cạnh hậu môn
- + Rò hậu môn

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Đau rát vùng hậu môn hoặc đau cạnh hậu môn, tăng dần kèm sưng nóng quanh hậu môn hoặc ngay ống hậu môn:

- + Chảy mủ
- + Sốt, mệt mỏi

- Thăm hậu môn:

- + Viêm ống hậu môn: đau nề nhẹ, rách phân da niêm ống hậu môn.
- + Viêm tầng sinh môn: toàn thân có tình trạng nhiễm trùng nặng.

Vùng tầng sinh môn phù nề đỏ đau có thể lan rộng lên bẹn hoặc mông. Có thể có tình trạng hoại tử hay viêm mủ mô mềm vùng này.

+ Áp xe cạnh hậu môn: sưng đỏ đau cạnh hậu môn. Có thể lan rộng cả 2 bên hậu môn. Chỗ sưng nề nhiều nhất phập phều chứa mủ hoặc đã xì mủ. trường hợp ổ áp xe trong sâu, da ngoài cạnh hậu môn chỉ hơi sưng nề, ấn đau nhiều, thăm trực tràng cảm giác sưng phồng và đau bên tổn thương.

+ Rò hậu môn: có tổn thương viêm sưng có lỗ rò tiết dịch mủ. Trường hợp sưng đau nhiều trên nền đã có lỗ rò từ trước: rò hậu môn áp xe hóa.

2. Cận lâm sàng:

- Tổng phân tích tế bào máu.
- VS

III. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị nội:

- Viêm ống hậu môn
- Rò hậu môn chờ phẫu thuật
- Sau khi được phẫu thuật
- Thuốc và cách chăm sóc

+ Thuốc kháng sinh: dùng một trong các thuốc thuộc nhóm Beta-lactam hoặc kháng sinh Metronidazol, Tinidazol hoặc kháng sinh phối hợp.

+ Thuốc kháng viêm, giảm đau: dùng một trong các thuốc nhóm Non-Steroid hoặc Paracetamol đơn chất hay phối hợp với opioid.

2. Điều trị ngoại:

- Rò hậu môn
- Áp xe cạnh hậu môn
- Viêm tầng sinh môn

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

Điều trị nội khoa thất bại

TÀI LIỆU THAM KHẢO

HỘI CHỨNG CỔ VAI CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Hội chứng cổ vai cánh tay còn gọi là hội chứng vai cánh tay hay bệnh lý rễ tủy cổ, là một nhóm các triệu chứng lâm sàng liên quan đến các bệnh lý cột sống cổ mà thông thường có kèm theo các rối loạn chức năng rễ, dây thần kinh cột sống cổ và tủy cổ

- Biểu hiện lâm sàng thường gặp là đau vùng cổ vai và một bên tay, kèm theo một số rối loạn cảm giác và vận động tại vùng chi phối của rễ dây thần kinh cột sống bị ảnh hưởng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: tùy thuộc nguyên nhân mức độ và giai đoạn bệnh, bệnh nhân có thể có ít nhiều những triệu chứng và hội chứng sau:

- Hội chứng cột sống cổ

+ Đau vùng cổ gáy: có thể khởi phát cấp tính sau chấn thương, sau động tác vận động cổ quá mức, hoặc tự nhiên như sau khi ngủ dậy. Đau cũng có thể xuất hiện từ từ âm ỉ, mạn tính.

+ Hạn chế vận động cột sống cổ, có thể kèm theo dấu hiệu vẹo cổ, hay gặp trong đau cột sống cổ cấp tính. Điểm đau cột sống cổ khi ấn vào các gai sau, cạnh cột sống cổ tương ứng các rễ thần kinh.

- Hội chứng rễ thần kinh

Đau vùng gáy lan lên vùng chẩm và xuống vai hoặc cánh tay, bàn tay, biểu hiện lâm sàng là hội chứng vai gáy hoặc hội chứng vai cánh tay. Đau thường tăng lên khi xoay đầu hoặc gập cổ về bên đau.

+ Rối loạn vận động, cảm giác kiểu rễ: yếu cơ và rối loạn cảm giác như rát bỏng, kiến bò, tê bì vùng vai, cánh tay, hoặc ở bàn tay và ngón tay.

+ Một số nghiệm pháp đánh giá tổn thương rễ thần kinh cổ.

+ Dấu hiệu chuông bấm: ấn điểm cạnh sống tương ứng với lỗ tiếp hợp thấy đau xuất hiện từ cổ lan xuống vai và cánh tay.

+ Nghiệm pháp Spurling: bệnh nhân ngồi hoặc nằm nghiêng đầu về bên đau, thầy thuốc dùng tay ép lên đỉnh đầu bệnh nhân, làm cho đau tăng lên.

+ Nghiệm pháp dạng vai: bệnh nhân ngồi, cánh tay bên đau đưa lên trên đầu và ra sau, các triệu chứng rễ giảm hoặc mất.

+ Nghiệm pháp kéo giãn cổ: bệnh nhân nằm ngửa, thầy thuốc dùng tay giữ chẩm và cằm và kéo từ từ theo trục dọc, làm giảm triệu chứng.

- Hội chứng tủy cổ

+ Do lỗi hoặc thoát vị đĩa đệm gây chèn ép tủy cổ, tiến triển trong một thời gian dài.

+ Biểu hiện sớm là dấu hiệu bị tê bì và mất khéo léo 2 bàn tay, teo cơ 2 tay, đi lại khó khăn, nhanh mỏi. Giai đoạn muộn tùy vị trí tổn thương có thể thấy liệt trung ương tứ chi, liệt ngoại vi 2 tay và liệt trung ương 2 chân; rối loạn phản xạ đại tiểu tiện.

- Hội chứng động mạch sống nền: Đau đầu vùng chẩm, chóng mặt, ù tai, mờ mắt. Đôi khi có giảm thị lực thoáng qua, mất thăng bằng một mắt.

- Các triệu chứng khác:
 - + Có thể có các rối loạn thần kinh thực vật: đau kèm theo ù tai, rối loạn thị lực, rối loạn vận mạch vùng chẩm, vai hoặc tay.
 - + Khi có các triệu chứng toàn thân như sốt rét run, vã mồ hôi vào ban đêm, sụt cân,... cần phải đặc biệt lưu ý loại trừ bệnh lý ác tính, nhiễm trùng.

2. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm máu: ít có giá trị chẩn đoán trong bệnh lý cột sống cổ và đĩa đệm gây chèn ép cơ học. Trong những bệnh như khối u viêm, nhiễm trùng, có thể thấy thay đổi trong một số xét nghiệm như tế bào máu ngoại vi, tốc độ máu lắng, CRP, phosphatase kiềm, điện di protein huyết thanh,...

- Chụp X Quang thường quy: cần chụp tư thế trước sau, nghiêng và chéch 3/4.

X Quang có thể phát hiện những tổn thương cột sống cổ do chấn thương, thoái hóa, hẹp lỗ tiếp hợp, xẹp đốt sống do loãng xương, hủy xương do bệnh lý ác tính,...

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Bệnh lý khớp vai và viêm quanh khớp vai.
- Viêm đám rối thần kinh cánh tay, hội chứng đường hầm cổ tay.
- Hội chứng đau loạn dưỡng giao cảm phản xạ.
- Bệnh lý tủy sống do viêm, nhiễm trùng, đa xơ cứng.
- Bệnh lý màng não, tim mạch, hô hấp, tiêu hóa gây đau vùng cổ vai hoặc tay.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị triệu chứng bệnh kết hợp với nguyên nhân nếu có thể.
- Kết hợp điều trị thuốc, không dùng thuốc với các biện pháp phục hồi chức năng.
- Chỉ định điều trị ngoại khoa khi cần thiết.

2. Điều trị cụ thể

- Các biện pháp không dùng thuốc.
 - + Giáo dục bệnh nhân, thay đổi thói quen sinh hoạt, công việc.
 - + Có thể bất động cột sống cổ bằng đai cổ mềm trong giai đoạn cấp khi có đau nhiều hoặc sau chấn thương.

- Các biện pháp khác : dùng thuốc hoặc phẫu thuật tùy theo nguyên nhân. Có thể dùng các thuốc sau:

+ Thuốc kháng viêm, giảm đau: dùng một trong các thuốc nhóm Non-Steroid hoặc Paracetamol đơn chất hay phối hợp với opioid.

+ Thuốc giãn cơ vân: Mephenesine hoặc Methocarbamol.

IV. TIÊU CHUẨN CHUYỂN VIỆN

Điều trị nội khoa không đáp ứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phác đồ điều trị Hội chứng cổ vai cánh tay, năm 2013 của Bệnh viện Cấp cứu Trưng Vương

VIÊM QUANH KHỚP VAI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Viêm quanh khớp vai là thuật ngữ dùng chung cho các bệnh lý của các cấu trúc phần mềm nằm cạnh khớp vai: gân, túi thanh dịch, bao khớp, không bao gồm các bệnh lý có tổn thương đầu xương, sụn khớp và màng hoạt dịch như viêm khớp nhiễm khuẩn, viêm khớp dạng thấp.

- Theo Welfling (1981) các thể lâm sàng của viêm quanh khớp vai:

+ Đau vai đơn thuần: thường do bệnh lý gân.

+ Đau vai cấp: do lắng đọng vi tinh thể.

+ Giả liệt khớp vai: do đứt các gân của bó dài nhị đầu hoặc đứt gân mũ cơ quay khiến cơ delta không hoạt động được.

+ Cứng khớp vai: do viêm dính bao hoạt dịch, co thắt bao khớp, bao khớp dày, dẫn đến giảm vận động ổ chảo- xương cánh tay.

II. CHẨN ĐOÁN

Mỗi thể có triệu chứng lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh khác nhau. Các xét nghiệm máu về hội chứng viêm thường âm tính.

Đau khớp vai đơn thuần:

1. Lâm sàng:

- Đau vùng khớp vai thường xuất hiện sau vận động khớp vai quá mức hoặc sau những vi chấn thương liên tiếp ở khớp vai. Đau kiểu cơ học. Đau tăng khi làm các động tác cơ cánh tay đối kháng. Ít hạn chế vận động khớp. Tùy theo vị trí gân tổn thương mà có các triệu chứng khác nhau.

+ Viêm gân bó dài cơ nhị đầu: khi ấn vào rãnh nhị đầu, gây đau ở phần trên- trong của mặt trước cánh tay. Nghiệm pháp Palm- up: Bệnh nhân ngửa bàn tay tư thế 90° bàn tay xoay ngoài, nâng dần cánh tay lên trên kháng lại lực giữ của người khám, bệnh nhân đau khi có tổn thương gân cơ nhị đầu.

+ Viêm gân cơ trên gai: có điểm đau chói ở dưới mỏm cùng vai ngoài hoặc ngay phía trước mỏm cùng vai. Nghiệm pháp Jobe: bệnh nhân giạng tay 90° , ngón cái hướng xuống dưới, đưa cánh tay về phía trước 30° và hạ thấp dần xuống, bệnh nhân đau khi tổn thương gân cơ.

+ Viêm gân cơ dưới gai: có điểm đau chói khi ấn vào dưới mỏm cùng vai phía sau ngoài. Đau tăng khi quay ngoài có đối kháng. Nghiệm pháp Pattes: khuỷu tay gấp vào cánh tay 90° , cánh tay ở tư thế dạng 90° , hạ thấp cẳng tay và xoay vào trong làm bệnh nhân đau.

+ Tổn thương dưới vùng mỏm quạ: nghiệm pháp Neer: người khám đứng phía sau bệnh nhân, một tay giữ vùng vai trong khi đó tay còn lại nâng dần cánh tay cùng bên sẽ gây áp lực ép vùng mỏm cùng vai, bệnh nhân đau vùng tổn thương.

+ Tổn thương dây chằng quạ- cùng vai: nghiệm pháp Hawkins: nâng tay bệnh nhân lên 90° và làm động tác xoay trong bằng cách hạ thấp cẳng tay và đưa ra phía ngoài, bệnh nhân đau vùng dưới mỏm cùng vai.

+ Tổn thương vùng dưới mỏm cùng vai: nghiệm pháp Yocum: đặt tay bệnh nhân lên vai đối diện và nâng khuỷu tay cùng bên lên phía trên (không được cử động khớp vai). Động tác này gây ép vùng dưới mỏm cùng vai giữa dây chằng quạ- cùng vai và chỏm xương cánh tay.

+ Tồn thương cơ dưới vai: nghiệm pháp tay- gáy, tay lưng và Gerber.

* Nghiệm pháp tay gáy, tay lưng : bệnh nhân đặt gan tay một bên ra sau gáy và hạ thấp xuống phía dưới tối đa. Động tác này sẽ khiến khớp xoay ra ngoài và ra trước. Mu tay còn lại đặt ra sau lưng và đưa tay lên cao tối đa, khớp sẽ xoay vào trong và ra sau.

* Nghiệm pháp Gerber: tay ở vị trí tay- lưng, đưa tay bệnh nhân tách rời khỏi lưng. Nếu tồn thương cơ dưới vai thì không được làm động tác này.

2. Cận lâm sàng:

- Các XN máu về hội chứng viêm thường âm tính.
- XQ bình thường, có thể thấy hình ảnh calci hóa tại gân.
- Siêu âm phần mềm đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán tồn thương gân trong viêm quanh khớp vai.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Bao gồm điều trị đợt cấp và điều trị duy trì.
- Kết hợp nhiều biện pháp: nội khoa, ngoại khoa, vật lý trị liệu, phục hồi chức năng.

2. Điều trị Nội khoa

- Thuốc kháng viêm, giảm đau: dùng một trong các thuốc nhóm Non-Steroid hoặc Paracetamol đơn chất hay phối hợp với opioid.
- Thuốc giãn cơ vân: Mephenesine hoặc Methocarbamol.
- Vật lý trị liệu có thể áp dụng cho các thể viêm khớp vai đơn thuần, đặc biệt thể đông cứng khớp vai, siêu âm sóng ngắn, tập vận động khớp vai.

IV. THEO DÕI VÀ QUẢN LÝ

- Có chế độ sinh hoạt vận động hợp lý. Trong giai đoạn cấp cần phải cho vai nghỉ ngơi. Sau khi điều trị hiệu quả bắt đầu tập luyện để phục hồi chức năng khớp vai.

- Cần điều trị PHCN với các bài tập chuyên biệt cho khớp vai.
- Tăng cường dinh dưỡng , nâng cao sức đề kháng của cơ thể.
- Cần tái khám định kỳ sau 1 -3 tháng tùy theo tình trạng bệnh. Có thể siêu âm khớp vai để kiểm tra tình trạng của gân, bao gân và khớp vai.

V. TIÊU CHUẨN CHUYỂN VIỆN

Khi có chỉ định điều trị ngoại khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phác đồ điều trị Viêm quanh khớp vai, năm 2013 của Bệnh viện Cấp cứu Trung Vương.

RĂNG HÀM MẶT

RĂNG ÁP XE TÁI PHÁT

I. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

Tiến triển nhanh từ nhẹ đến sưng nhiều. Đau dữ dội khi gõ và sờ Răng bị lung lay và trôi cao hơn. Trường hợp nặng bệnh nhân bị sốt

2. Cận lâm sàng:

X-Quang vùng mô quanh chóp có thể có vẻ bình thường

II. ĐIỀU TRỊ:

- Rạch áp xe hoặc mổ tùy để cho thoát mủ.

- Tùy thực tế trên lâm sàng có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.

+ Kháng sinh: Có thể dùng một trong các kháng sinh nhóm Beta-lactam, beta-lactam kết hợp với chất ức chế beta-lactamase, Macrolid, Quinolon, ví dụ:

Amoxicilin 500mg+Acid Clavulanic 125mg: 1viên x 3 lần / ngày.

+ Khi có kỵ khí:

Spirarmycin 750000 IU + Metroridazole 125mg: 2 viên x 3lần ngày

+ Kháng viêm: steroid.

+ Kháng viêm & giảm đau: dùng Paracetamol đơn chất hay phối hợp hoặc một trong các thuốc nhóm Non-steroid

- Sau đó điều trị nội nha (như điều trị hoại tử tủy) hoặc chuyển nhổ.

III. SAU ĐIỀU TRỊ :

- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng.

- Tái khám định kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Phác đồ điều trị Răng Áp xe tái phát của Bệnh viện RHM TP.HCM năm 2013

NHA CHU VIÊM TOÀN BỘ / KHU TRÚ / ÁP - XE NHA CHU

I. ĐẠI CƯƠNG: Tình trạng hệ thống nâng đỡ răng bao gồm: xương ổ răng, dây chằng nha chu, ướm, xê măng gốc răng bị phá hủy bởi vi khuẩn.

II. LÂM SÀNG:

1. Lâm sàng:

- Vôi răng, vết dính
- Chảy máu tự phát, nướu có thể sưng hay có mũ Có thể có răng lung lay (1 răng hay nhiều răng).
- Túi nha chu sâu (> 4mm).
- Miệng hôi (có thể có).
- Chẩn đoán xác định: Nha chu viêm khu trú/ toàn bộ/ áp-xe nha chu.

2. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm máu: công thức máu, TS, TC (có thể có TQ, TCK)
- Đường huyết nếu cần) (tùy theo cơ địa bệnh nhân mà có chỉ định cần thiết)
- X quang răng: có tiêu xương ít hoặc nhiều theo chiều ngang, dọc.

III. ĐIỀU TRỊ:

- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng Cạo vôi răng.
 - + Nạo túi nha chu loại bỏ mô hạt viêm, xử lý mặt gốc răng.
 - + Tái tạo viền nướu (giảm độ sâu túi).
- Bơm rửa với dung dịch nước muối sinh lý NaCl 0.9%.
- Đắp Spongel (nếu có chảy máu).
 - + Đắp gel Arthrodon hoặc khâu chỉ Silk 3.0/4.0 (nếu cần).
 - + Thời gian điều trị: 01 ngày, tái khám sau 07 ngày.
 - + Thuốc dùng trong điều trị: Tùy thực tế trên lâm sàng, có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.
- Dùng thuốc:
 - + Kháng sinh: Có thể dùng một trong các kháng sinh nhóm Beta-lactam, beta-lactam kết hợp với chất ức chế beta-lactamase, Macrolid, Quinolon, ví dụ:
Amoxicilin 500mg+Acid Clavulanic 125mg: 1viên x 3 lần / ngày.
 - + Khi có kỵ khí:
Spirarmycin 750000 IU + Metroridazole 125mg: 2 viên x 3lần ngày
 - + Kháng viêm: steroid.
 - + Kháng viêm & giảm đau: dùng Paracetamol đơn chất hay phối hợp hoặc một trong các thuốc nhóm Non-steroid

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Phác đồ điều trị Nha chu viêm toàn bộ/khu trú/ apxe nha chu của Bệnh viện RHM TP.HCM năm 2013.

RĂNG KHÔN LỆCH, NGANG, NGẪM BIẾN CHỨNG

I. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

- Mặt sưng nề, mắt cân xứng, đau nhẹ hay đau nhiều
- Há miệng hạn chế
- Vùng răng liên hệ sưng đỏ, đau, có mũ.
- Bệnh nhân có thể thấy sốt nhẹ.

2. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm máu: công thức máu, TS, TC (có thể có TQ, TCK, thử đường huyết nếu cần) (tùy theo cơ địa bệnh nhân mà có chỉ định cần thiết).
- X-Quang; Panorex, cận chóp.
- Trên phim XQ thấy hình ảnh răng khôn lệch, ngang, ngấm biến chứng.

3. Chẩn đoán xác định:

Biến chứng răng không lệch, ngang, ngấm.

II. ĐIỀU TRỊ:

1. Chỉ định: Răng khôn lệch ngang, ngấm

2. Chống chỉ định:

- Bệnh nhân tiểu đường, tim mạch, các bệnh lý về máu .(trong trường phẫu thuật phải xin ý kiến Bác sĩ chuyên khoa).
- Trong giai đoạn điều trị ung thư (xa trị).
- Phụ nữ có thai: 3 tháng đầu, 3 tháng cuối của thai kỳ.

3. Phác đồ điều trị:

- Phương pháp điều trị: Khám và làm bệnh án
- Phẫu thuật được tiến hành các bước như sau:
 - + Sát trùng tại chỗ bằng Povidone Iodine 10%.
 - + Gây tê vùng gai Spix, gây tê tại chỗ.
 - + Rạch vạt hình tam giác hoặc tứ giác.
 - + Bóc tách niêm mạc, bộc lộ răng 8 mặt ngoài, mặt xa
 - + Khoan xương ổ răng + tạo điểm tựa, cắt chia răng.
 - + Nạo dũa, bơm rửa, kiểm tra vết thương.
 - + Khâu vết thương.
- Thuốc dùng trong điều trị: Tùy thực tế trên lâm sàng, có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.
 - + Kháng sinh: Có thể dùng một trong các kháng sinh nhóm Beta-lactam, beta-lactam kết hợp với chất ức chế beta-lactamase, Macrolid, Quinolon, ví dụ: Amoxicilin 500mg+Acid Clavulanic 125mg: 1viên x 3 lần / ngày.
 - + Kháng viêm: steroid.
 - + Kháng viêm & giảm đau: dùng Paracetamol đơn chất hay phối hợp hoặc một trong các thuốc nhóm Non-steroid
- Thời gian điều trị:
 - + Theo dõi sau phẫu thuật, hẹn sau 1 tuần cắt chỉ.
 - + Không ngậm nước muối sau nhổ răng, ngậm nước đá lạnh thời gian đầu.
 - + Vệ sinh răng miệng sạch sẽ, ăn thức ăn mềm.

4. Biến chứng:

- Chảy máu sau nhổ răng khôn tìm nguyên nhân chảy máu xử lý tại chỗ, khâu cầm máu
- Phù nề: cắt chi mũi rời thoát dịch, bơm rửa ổ răng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Phác đồ điều trị Răng khôn, lệch, ngang, ngầm biến chứng của bệnh viện RHM TP.HCM năm 2013.

RĂNG VĨNH VIỄN VIÊM TỦY

I. ĐẠI CƯƠNG:

1. Viêm tủy không hồi phục:

- Tự nhiên đau, dữ dội, đột ngột
- Đau từng cơn
- Đau lan tỏa
- Đau tăng khi kích thích vận động ngủ
- Hết kích thích đau vài giờ
- Đau giật, lộ tủy hoặc không

2. Viêm tủy hồi phục:

- Tự nhiên đau
- Đau kích thích
- Hết kích thích đau vài phút
- Thử lạnh, điện: +

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

- Đau khi có kích thích: nóng, lạnh, chua, ngọt, khi ăn nhai ... hết kích thích hết đau.
- Đau liên tục, uống thuốc giảm đau cũng không đỡ.
- Khám trong miệng
- Răng sâu lớn, mô mềm xung quanh răng có biểu hiện viêm nhiễm trùng (sưng đỏ, có thể có lỗ đỏ).
- Răng lung lay nhẹ hoặc không, đau khi gõ nhẹ (đôi khi triệu lâm sàng rất điển hình của viêm tủy cấp không cần gõ).

2. Cận lâm sàng: Phim X-quang răng:

- Độ lan rộng của tổn thương mô răng (độ thấu quang) tới tủy hoặc gần sát sừng tủy. Hoặc có điều trị lấy tủy buồn hay tủy chân trước đó. Có thấu quang quanh chóp hoặc không.
- Dây chằng nha chu dẫn rộng hoặc bình thường
- Chóp chân răng đóng kín hoặc chưa đóng chóp.

3. Chẩn đoán xác định: Viêm tủy

III. ĐIỀU TRỊ: Tùy theo tổn thương trên lâm sàng và phim X- quang:

- Điều trị bảo tồn: Che tủy trực tiếp hoặc gián tiếp bằng Hydroxit Canxi Ca(OH)₂
- Điều trị tủy: Lấy tủy chân, nếu răng chưa đóng chóp phải điều trị đóng chóp chân răng trước khi trám ống tủy.
- Dùng thuốc: tùy thực tế trên lâm sàng, có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.
 - + Kháng sinh: Có thể dùng một trong các kháng sinh nhóm Beta-lactam, beta-lactam kết hợp với chất ức chế beta-lactamase, Macrolid, Quinolon, ví dụ: Amoxicilin 500mg+Acid Clavulanic 125mg: 1viên x 3 lần / ngày.
 - + Kháng viêm: steroid.
 - + Kháng viêm & giảm đau: dùng Paracetamol đơn chất hay phối hợp hoặc một trong các thuốc nhóm Non-steroid
 - + Kháng sinh: Có thể dùng một trong các kháng sinh nhóm Beta-lactam, beta-lactam kết hợp với chất ức chế beta-lactamase, Macrolid, Quinolon, ví dụ: Amoxicilin 500mg+Acid Clavulanic 125mg: 1viên x 3 lần / ngày.

- + Kháng viêm: dùng một trong các thuốc sau:
 - Alpha chymotrypsin 4,2mg: 2 viên x 2 lần / ngày.
 - Prednisone 5mg: 1 viên x 3 lần / ngày
 - Methylprednisolone 16mg: 1 viên / ngày (sáng)
- + Kháng viêm & giảm đau: dùng Paracetamol đơn chất hay phối hợp hoặc một trong các thuốc nhóm Non-steroid
- + Thời gian dùng thuốc từ 5-7 ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Phác đồ điều trị Răng vĩnh viễn viêm tủy của Bệnh viện Răng Hàm Mặt TP.HCM năm 2013

Giáo trình nội nha của khoa RHM đại học Y DƯỢC TP.HCM

VIÊM MIỆNG HERPES CẤP TÍNH Ở TRẺ EM (6th - 5 tuổi)

I. CHẨN ĐOÁN:

- Sốt, ón lạnh, đau cơ nổi hạch vùng, biếng ăn.
- Nướu viêm đỏ, phù nề, chảy máu.
- Niêm mạc miệng viêm đỏ, xuất hiện nhiều mụn nước, vết loét đau, chảy nước bọt ngoài miệng.

II. ĐIỀU TRỊ:

- Nâng cao thể trạng.
- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng.
- Chế độ ăn lỏng, uống nhiều nước
- Giảm đau, hạ sốt: paracetamol.
- Súc miệng bằng dung dịch NaCl 0,9% hoặc CHX 0,2% x 3 lần / ngày.
- Trường hợp lan tỏa : Acyclovir uống 200mg x 5lần / ngày.
- Thời gian điều trị : 5 ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Bài giảng của bộ môn Bệnh Học Miệng - Bs. Võ Đắc Tuyên - Khoa RHM - ĐHYD TPHCM 2007 - 2008.

VIÊM NƯỚU HOẠI TỬ LỞ LOÉT

I. ĐỊNH NGHĨA:

Viêm nướu hoại tử lở loét (VNHTLL): là một bệnh nhiễm trùng ở nướu, đặc trưng là sự lở loét và hoại tử ở viền nướu hay gai nướu.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. VNHTLL cấp:

- Hoại tử nướu viền: bắt đầu ở đỉnh nướu và lan sang viền nướu, tạo vết lõm trung tâm tạo sang thương hoại tử hình miệng núi lửa.
- Sang thương giới hạn, không liên quan đến nướu dính.
- Màng giả: trên vùng sang thương hoại tử.
- Đường viền ban đỏ: nằm giữa vùng hoại tử và vùng mô nướu tương đối lành mạnh.
- Chảy máu nướu: tự phát hay đụng vào sang thương.
- Đau: mức độ vừa phải, đau nhiều hơn khi tăng tiết nước bọt, đau dữ dội khi ăn thức ăn nóng, có nhiều gia vị.
- Miệng hôi thối.
- Nổi hạch dưới hàm có thể có hạch cổ.
- Sốt, khó chịu, mất ngủ, mệt mỏi, suy nhược, rối loạn tiêu hóa.

2. VNHTLL mãn:

- VNHTLL cấp không điều trị hay điều trị không tốt -> VNHTLL mãn.
- Sang thương miệng núi lửa vẫn tồn tại và được lấp đầy bởi vôi răng
- Nướu viền không ôm sát vào răng, nướu mềm.
- Phá hủy mô trầm trọng ở kẽ răng.

III. ĐIỀU TRỊ:

- Nâng cao thể trạng.
- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng, súc miệng với dung dịch Chlorhexidine 0,2% 2 lần/ngày.

1. Không phẫu thuật:

- Cạo vôi răng, xử lý mặt gốc răng.
- Kháng sinh: Metronidazole 200 - 400mg x 2 lần/ngày (14 viên) hoặc Tinidazole 500mg: 1 viên x 2 lần / ngày.

2. Phẫu thuật: chuyển viện nếu điều trị nội khoa không hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bài giảng của bộ môn Nha Chu - Ths. Bs. Hà Thị Bảo Đan - Khoa RHM - ĐHYD TP HCM 2007 - 2008.

ÁP TƠ THÔNG THƯỜNG

I. PHÂN LOẠI:

1. Áp tơ đơn giản:

- Thường gặp 80%.
- Có 01 vết loét (<3), tròn/bầu dục bờ đều, có quầng viêm đỏ, đáy phủ màng trắng xám.
- Vị trí niêm mạc môi má.
- Lành thường 7-10 ngày. Không sẹo.

2. Áp tơ khổng lồ: (dạng nặng nhất)

- Ít gặp (10%).
- Vị trí : môi, khâu cái mềm, trụ amidan.
- Nhiều vết loét (5-10), bờ gồ, không đều.
- Kích thước 1-3 cm.
- Lành thường 2-6 tuần/sẹo.

3. Áp tơ dạng Herpes:

- Nhiều vết loét nông (10 - 100), thành từng chùm.
- Kích thước: 1 - 3mm.
- Đau nhức nhiều.
- Lành thường: 7 - 10 ngày.

II. ĐIỀU TRỊ:

- Loại trừ nguyên nhân kích thích.
- Chống nhiễm trùng thứ phát: dung dịch súc miệng CHX 0,2% hay Tetracycline.
- Thuốc thoa chứa thuốc sát trùng, kháng viêm giảm đau: Kenalog, Pansoral, Pyralvex..., corticoids thoa tại chỗ: Triamcinolone acetonide, Bentamethasone...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bài giảng của bộ môn Khoa RHM - Trường ĐHYD TPHCM 2007 - 2008.

VIÊM NHA CHU TẤN CÔNG

I. ĐỊNH NGHĨA:

- Viêm nha chu tấn công là viêm nha chu xảy ra ở người có sức khỏe bình thường, thường dưới 30 tuổi.

- Phân loại: 2 dạng

+ Viêm nha chu tấn công khu trú : trong miệng ít hơn 30% vị trí mất bám dính và tiêu xương.

+ Viêm nha chu tấn công toàn thể : trong miệng có hơn 30% vị trí mất bám dính và tiêu xương.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Viêm nha chu tấn công khu trú:

- Xảy ra ở độ tuổi dậy thì đến 20 tuổi.

- Mất bám dính khu trú ít nhất 2 răng vĩnh viễn: răng cối lớn 1 và răng cửa.

- Dấu chứng nổi bật: không có dấu chứng viêm nhiễm, có túi nha chu sâu.

- Vô răng, mảng bám ít, ít sâu răng.

- Tốc độ tiêu xương nhanh.

- Răng bị di chuyển tạo kẽ hở giữa 2 răng cửa giữa hàm trên, răng bị lung lay.

2. Viêm nha chu tấn công toàn thể:

- Xảy ra ở người dưới 30 tuổi hay lớn tuổi hơn.

- Mất bám dính trầm trọng ít nhất trên 3 răng vĩnh viễn khác ngoài răng cối lớn 1 và răng cửa.

- Sự phá hủy mô diễn ra theo chu kỳ sau thời gian yên nghỉ kéo dài hằng tuần, hằng tháng, hay cả năm.

- Mảng bám, vô răng ít.

- Trong thời kỳ hoạt động : nướu triển dưỡng, loét đỏ, chảy máu nướu, phá hủy mô, mất bám dính, tiêu xương, tạo túi nha chu.

- Trong thời kỳ yên nghỉ : nướu hồng, không có dấu chứng viêm, bề mặt lấm tấm da cam, có túi nha chu sâu.

III. ĐIỀU TRỊ:

- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng, nâng cao thể trạng.

- Cạo vôi răng, xử lý mặt gốc răng.

- Điều trị nội khoa: thời gian điều trị 10 - 14 ngày.

+ Kháng sinh: Có thể dùng một trong các kháng sinh nhóm Beta-lactam, beta-lactam kết hợp với chất ức chế beta-lactamase, Macrolid, Quinolon, ví dụ:

Amoxicilin 500mg+Acid Clavulanic 125mg: 1viên x 3 lần / ngày.

+ Kháng viêm: steroid.

+ Kháng viêm & giảm đau: dùng Paracetamol đơn chất hay phối hợp hoặc một trong các thuốc nhóm Non-steroid

+ Kháng sinh: Có thể dùng một trong các kháng sinh nhóm Beta-lactam, beta-lactam kết hợp với chất ức chế beta-lactamase, Macrolid, Quinolon, ví dụ:

Amoxicilin 500mg+Acid Clavulanic 125mg: 1viên x 3 lần / ngày.

+ Kháng viêm: steroid.

+ Kháng viêm & giảm đau: dùng Paracetamol đơn chất hay phối hợp

hoặc một trong các thuốc nhóm Non-steroi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bài giảng của bộ môn Nha Chu - Ths. Bs. Hà Thị Bảo Đan - Khoa RHM - ĐHYD TP HCM 2007 - 2008.

VIÊM Ổ RĂNG KHÔ

I. ĐỊNH NGHĨA:

Là dạng viêm khu trú ở vùng răng nhỏ, gây chậm lành thương, không liên quan đến nhiễm trùng

II. CHẨN ĐOÁN:

Viêm ổ răng khô sau nhổ thường rất hiếm gặp (2%), thường xảy ra sau nhổ răng khôn lệch hàm dưới (khoảng 20%).

- Khởi đầu: ổ răng lấp đầy bởi cục máu đông màu xám nhạt, sau đó mất đi để lại ổ răng trống.

- Đau dữ dội 3-4 ngày sau nhổ răng, khám thấy ổ răng trống, bề mặt xương lộ ra.

- Nướu quanh ổ răng viêm đỏ.

- Dấu hiệu và triệu chứng giảm sau 10-14 ngày.

- X - quang: không phát hiện gì bất thường

III. ĐIỀU TRỊ:

- Chủ yếu là giảm đau trong thời gian lành thương.

- Rửa ổ răng nhẹ nhàng với dung dịch nước muối sinh lý.

- Nạo ổ răng -> chảy máu (không đụng đến thành ổ răng), nếu cục máu chưa phân hủy hoàn toàn nên giữ lại phần chưa phân hủy này.

- Sau đó nhét vào ổ răng mèche có tẩm iodoform hay các thuốc như eugenol, benzocaine, thuốc tê thoa —> giảm đau.

- Thay mèche mỗi ngày hoặc sau vài ngày. Rửa ổ răng với nước muối sau mỗi lần thay mèche. (khi bớt đau thì không đặt mèche nữa.)

- Tránh nhai bên ổ răng mới nhổ.

- Vệ sinh răng miệng tốt.

- Điều trị nội khoa:

+ Kháng sinh: Có thể dùng một trong các kháng sinh nhóm Beta-lactam, beta-lactam kết hợp với chất ức chế beta-lactamase, Macrolid, Quinolon, Metronidazol + Spiramycin. Ví dụ:

Amoxicilin 500mg+Acid Clavulanic 125mg: 1viên x 3 lần / ngày.

+ Kháng viêm: steroid.

+ Kháng viêm & giảm đau: dùng Paracetamol đơn chất hay phối hợp hoặc một trong các thuốc nhóm Non-steroid.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bài giảng của bộ môn Bệnh Học Miệng - Bs. Võ Đắc Tuyên - Khoa RHM - ĐHYD TP HCM 2007 - 2008.

VIÊM XƯƠNG TỤ CỐT

I. ĐỊNH NGHĨA:

- Viêm xương tủy cốt là thuật ngữ dùng trong trường hợp khi tổn thương viêm nhiễm lan rộng ở xương hàm bao gồm cả xương và tổ chức tủy.

- Các thể lâm sàng: Viêm cốt tủy xương hàm cấp tính, Viêm cốt tủy xương hàm mãn tính, Hoại tử xương hàm do tia xạ.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Viêm cốt tủy xương hàm cấp tính

a) Giai đoạn đầu:

- Thường xảy ra sau giai đoạn viêm quanh chóp cấp.
- Đau càng ngày càng tăng, không đỡ với thuốc giảm đau.
- Răng nguyên nhân lung lay và lung lay các răng bên cạnh.
- Khít hàm, sốt cao 39 - 40 độ.
- X - quang: thấy tổn thương ở răng nguyên nhân.

b) Giai đoạn toàn phát:

- Đau lan rộng cả vùng hàm mặt, từng cơn dữ dội
- Khít hàm nhiều hơn
- Tê môi cằm (dấu hiệu Vincent)
- Sung mặt ngoài, mặt trong xương hàm, niêm mạc phù nề, biến dạng một bên mặt, da nóng đỏ, xung huyết.
- Sờ rất đau.
- Sau 1 tuần: mũ dò ra da hoặc niêm mạc, triệu chứng giảm dần.
- X- quang: Mười ngày sau giai đoạn viêm cấp: bè xương mờ nhòa giống như phim ứot bị chùi.

c) Giai đoạn sau: một hay nhiều vùng thấu quang nhỏ do phá hủy xương.

2. Viêm cốt tủy xương hàm mãn tính:

Sau giai đoạn viêm cấp hay do nhiễm trùng nhẹ.

3. Viêm cốt tủy xương hàm mãn tính chảy mũ:

- Giống viêm cốt tủy xương hàm cấp tính: tạo mũ, có mảnh xương chết.
- Nhiễm trùng nhẹ, khu trú, biểu hiện lâm sàng kín đáo hơn.
- Đau ít hoặc không đau.
- Có thể sưng nhẹ tại chỗ.
- Răng nguyên nhân chết tủy.
- Lỗ dò ở da, hoặc niêm mạc, dính hút vào bè mặt xương.
- Bệnh kéo dài nhiều tháng, có đợt ổn định rồi lại tái phát.
- X - quang : một hay nhiều vùng thấu quang trong xương hàm, đường bờ rõ hoặc không rõ. (hình ảnh gặm nhấm)

4. Viêm cốt tủy xương hàm mãn tính xơ hóa:

- Có hiện tượng tiêu xương và kích tạo xương.
- Thường gặp ở người lớn tuổi, ở hàm dưới, vùng mất răng.
- Xương hàm bên bệnh lớn hơn bên bình thường.
- Bệnh tiến triển từng cơn.
- Đau nhức, sưng phần mềm và xương hàm.
- Khít hàm.
- X - quang : hình ảnh gặm nhấm, xương ngày càng đặc hơn, nhưng không

vượt quá đường giữa.

5. Viêm xương xơ hóa tại chỗ: là phản ứng đặc xương đối với nhiễm trùng ở mức độ nhẹ.

- Thường gặp ở người trẻ.
- Răng cối lớn thứ nhất hàm dưới
- Không có triệu chứng lâm sàng
- Phát hiện tình cờ trên phim tia X: vùng cản quang, có bờ rõ hoặc không rõ quanh chóp chân răng, không thấy bè xương.

6. Viêm xương mãn tính tăng sinh: (viêm xương Garré)

- Thường gặp người trẻ (trung bình 13 tuổi).
- Hàm dưới: vùng răng cối nhỏ, cối lớn, dọc theo bờ dưới xương hàm dưới.
- Đau ở răng, đau nhức trong xương hàm.
- Sưng cứng bề mặt xương ở vùng răng nguyên nhân, da phủ bình thường.
- Biến dạng mặt.
- X - quang: phì đại xương cản quang xếp song song nhau trên bề mặt vỏ xương (số lượng 1 - 12), hình vỏ củ hành.

7. Hoại tử xương hàm do tia xạ:

- Biến chứng trầm trọng sau khi xạ trị vùng đầu cổ.
- Hàm dưới nhiều hơn hàm trên.
- Loét bề mặt, lở dò chảy mủ, gãy xương.

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Viêm cốt tủy xương hàm cấp tính:

- Nâng cao thể trạng
- Rạch dẫn lưu, nhổ răng nguyên nhân, lấy xương chết.
 - + Kháng sinh: Có thể dùng một trong các kháng sinh nhóm Beta-lactam, beta-lactam kết hợp với chất ức chế beta-lactamase, Macrolid, Quinolon, Metronidazol + Spiramycin. Ví dụ:

Amoxicilin 500mg+Acid Clavulanic 125mg: 1viên x 3 lần / ngày.

+ Kháng viêm: steroid.

+ Kháng viêm & giảm đau: dùng Paracetamol đơn chất hay phối hợp hoặc một trong các thuốc nhóm Non-steroid

2. Viêm cốt tủy xương hàm mãn tính chảy mủ:

- Điều trị nội khoa: thời gian: 5-7 ngày.

+ Kháng sinh: Có thể dùng một trong các kháng sinh nhóm Beta-lactam, beta-lactam kết hợp với chất ức chế beta-lactamase, Macrolid, Quinolon, Metronidazol + Spiramycin, Lincomycin. Ví dụ:

Lincomycin 500mg: 1viên x 3 lần / ngày.

+ Kháng viêm: steroid.

+ Kháng viêm & giảm đau: dùng Paracetamol đơn chất hay phối hợp hoặc một trong các thuốc nhóm Non-steroid

- Phẫu thuật lấy xương chết.
- Nhổ răng nguyên nhân.
- Nạo đường dò.

3. Viêm cốt tủy xương hàm mãn tính xơ hóa: Chuyển viện

4. Viêm xương xơ hóa tại chỗ:

- Điều trị nội khoa: thời gian 3 - 5 ngày.

+ Kháng sinh: Có thể dùng một trong các kháng sinh nhóm Beta-lactam, beta-lactam kết hợp với chất ức chế beta-lactamase, Macrolid, Quinolon, Metronidazol + Spiramycin, Lincomycin. Ví dụ:

Lincomycin 500mg: 1viên x 3 lần / ngày.

+ Kháng viêm: steroid.

+ Kháng viêm & giảm đau: dùng Paracetamol đơn chất hay phối hợp hoặc một trong các thuốc nhóm Non-steroid

- Xử trí nguyên nhân.

5. Viêm xương mãn tính tăng sinh: (viêm xương Garré)

- Điều trị nội khoa: thời gian 3 – 5 ngày.

+ Kháng sinh: Có thể dùng một trong các kháng sinh nhóm Beta-lactam, beta-lactam kết hợp với chất ức chế beta-lactamase, Macrolid, Quinolon, Metronidazol + Spiramycin, Lincomycin. Ví dụ:

Lincomycin 500mg: 1viên x 3 lần / ngày.

+ Kháng viêm: steroid.

+ Kháng viêm & giảm đau: dùng Paracetamol đơn chất hay phối hợp hoặc một trong các thuốc nhóm Non-steroid

- Nhổ răng nguyên nhân.

- Hoại tử xương hàm do tia xạ: Chuyển viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bài giảng của bộ môn Bệnh Học Miệng - Bs. Võ Đắc Tuyển - Khoa RHM - ĐHYD TP HCM 2007 – 2008

VIÊM MÔ TẾ BÀO

I. ĐỊNH NGHĨA:

Viêm mô tế bào (VMTB) là tình trạng viêm lan tỏa xảy ra ở mô mềm.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Viêm mô tế bào khu trú: thường khởi đầu ở răng.

- Đau tự phát, răng lung lay
- Sưng đỏ, phù nề ở đáy hành lang vùng răng nguyên nhân và sưng đau vùng phần mềm quanh hàm.
- Khối sưng lấp đầy các rãnh, lõm ở mặt.
- Da phủ căng bóng, đỏ nóng
- Sờ: mật độ chắc, và đau.
- Bệnh nhân có thể sốt, nhức đầu, mệt mỏi, khít hàm, nổi hạch vùng.

2. Viêm mô tế bào mãn tính: do điều trị VMTB tấy không đúng.

- Khối sưng khu trú, không đau, di động.
- Răng nguyên nhân chưa được loại bỏ.

3. Viêm mô tế bào lan tỏa: viêm lan tỏa không giới hạn ở mô tế bào đưa đến sự hoại tử rộng lớn.

- Bệnh nhân đề kháng kém hoặc bệnh mãn tính: tiểu đường, suy gan, suy thận,...
- Biểu hiện toàn thân: sốt cao, rét run, mệt mỏi, buồn nôn, mất ngủ...
- Biểu hiện tại chỗ:
 - + Sưng lan tỏa vùng cổ mặt.
 - + Da phủ trắng nhạt hay hồng, đau, căng bóng
 - + Sờ cứng như gỗ.
 - + Bệnh nhân có thể tử vong trong vòng 24-48h.

II. ĐIỀU TRỊ:

- Kết hợp tại chỗ và toàn thân.
- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng.

1. Điều trị tại chỗ:

- Xử lý răng nguyên nhân
- Giữ lại răng: mở tủy để trống.
- Nhổ răng: thường nhổ răng sau khi dùng kháng sinh 1 - 2 ngày.
- Rạch dẫn lưu mủ nếu có.

2. Điều trị toàn thân:

- Nâng cao thể trạng
- Điều trị nội khoa: thời gian 5 – 7 ngày.
 - + Kháng sinh: Có thể dùng một trong các kháng sinh nhóm Beta-lactam, beta-lactam kết hợp với chất ức chế beta-lactamase, Macrolid, Quinolon, Metronidazol + Spiramycin, Lincomycin. Ví dụ:
 - Rodogyl: 1viên x 3 lần / ngày.
 - + Kháng viêm: steroid.
 - + Kháng viêm & giảm đau: dùng Paracetamol đơn chất hay phối hợp hoặc một trong các thuốc nhóm Non-steroid

IV. TIÊU CHUẨN CHUYÊN VIỆN:

- Nhiễm trùng tiến triển nhanh.
- Khó thở, khó nuốt.
- Nhiễm trùng lan rộng đến các khoang mặt.
- Khít hàm ($< 10\text{mm}$).
- Bệnh toàn thân ảnh hưởng đến sức đề kháng của cơ thể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bài giảng của bộ môn Nha Chu - Ths. Bs. Hà Thị Bảo Đan - Khoa RHM - ĐHYD TP HCM 2007 - 2008.

MỘNG THỊT

I. ĐẠI CƯƠNG

Mộng thịt là sự tăng sinh của kết mạc nhãn cầu góc trong hay góc ngoài của mắt hướng vào trung tâm giác mạc.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng lâm sàng

a) Triệu chứng cơ năng:

- Đỏ mắt.
- Kích thích .
- Cảm giác nóng mắt.
- Chảy nước mắt.
- Cảm giác có dị vật trong mắt.
- Mờ mắt.

b) Triệu chứng thực thể:

- Viêm.
- Khô mắt.
- Giảm thị lực.
- Loạn thị không đều.

2. Chẩn đoán phân biệt:

- Mộng già.
- Mộng mỡ.
- Các u ở vùng rìa.

3. Phân loại:

a) Dựa vào mức độ xâm lấn giác mạc.

- Độ 1: Rìa giác mạc.
- Độ 2: Giữa rìa và nhỏ hơn 1/2 bán kính giác mạc.
- Độ 3: Từ 1/2 bán kính giác mạc đến bờ đồng tử.
- Độ 4: Quá bờ đồng tử.

b) Dựa vào hình thái:

- Mộng teo: thấy rõ mạch máu ở lớp thượng củng mạc.
- Mộng trung gian: Thấy rõ phần mạch máu ở thượng củng mạc.
- Mộng thân dày: Không thấy mạch máu ở thượng củng mạc.

c) Dựa vào mức độ tái phát:

- Mộng nguyên phát: chưa phẫu thuật lần nào.
- Mộng thứ phát: đã phẫu thuật.

4. Yếu tố nguy cơ tái phát:

- Tuổi: càng trẻ tái phát càng cao.
- Triệu chứng của mộng: Đỏ, đau mộng dày, nhiều mạch máu, thâm nhiễm đầu mộng.
- Công việc.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Mộng độ 1, 2: Điều trị nội khoa khi bị kích thích.

- Nước mắt nhân tạo.
- Kháng viêm: dùng một trong các thuốc sau:

- + Alpha chymotrypsin 4,2mg: 2 viên x 2 lần / ngày.
- + Prednisone 5mg: 1 viên x 3 lần / ngày.
- + Methylprednisolone 16mg: 1 viên / ngày (sáng).
- Đeo kính mắt.

2. Mộng thị độ 3,4: chuyển viện.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN: Mộng độ 2.

V. TIÊU CHUẨN CHUYỂN VIỆN: Mộng tái phát phức tạp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phác đồ điều trị Mộng thị của Bệnh viện Mắt thành phố Hồ Chí Minh.

QUẠM

I. ĐẠI CƯƠNG

Quặm là tình trạng cuộn vào trong của 1 phần hay toàn bộ bờ mi gây biến chứng giác mạc do sự cọ xát của lông mi.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các hình thái lâm sàng:

- Quặm tuổi già.
- Quặm do sẹo.
- Quặm cơ học.
- Quặm cơ thắt.
- Quặm bẩm sinh.

2. Mức độ: Tùy theo mức độ tổn thương sụn, bờ mi, lông siêu, lông quặm người ta chia làm nhiều mức độ:

- Độ 1: chưa có tổn thương bề dày của sụn.
- Độ 2: có tổn thương bề dày của sụn.
- Độ 3: có tổn thương bề dày sụn + lông siêu, lông quặm.
- Độ 4: độ 3 + tổn thương giác mạc...

III. ĐIỀU TRỊ: chuyên viện

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phác đồ điều trị Quặm của Bệnh viện Mắt thành phố Hồ Chí Minh

VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO NẤM

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Viêm loét giác mạc do nấm là một bệnh nhiễm trùng nặng ở mắt, nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời sẽ có nguy cơ gây mù lòa, thậm chí phải bỏ mắt, ảnh hưởng nặng nề đến cuộc sống của người bệnh.

- Viêm loét giác mạc do nấm thường liên quan đến chấn thương ở mắt do tác nhân thực vật (bụi, hạt thóc, hạt lúa, cành cây...) bắn vào mắt. Bệnh thường tiến triển nặng, gây nhiều biến chứng và khi khỏi để lại sẹo dày ở giác mạc gây mờ đục giác mạc, làm giảm thị lực nghiêm trọng, là một trong những nguyên nhân chính gây mù lòa ở các nước đang phát triển.

II. CHẨN ĐOÁN:

- Hình ảnh lâm sàng điển hình là một ổ loét tròn hoặc oval màu trắng xám hoặc hơi vàng có bờ ranh giới khá rõ, đáy phẳng và chứa nhiều chất hoại tử khô, đôi khi tạo thành vẩy hơi gồ lên trên bề mặt giác mạc.

- Một số trường hợp khác ổ loét lại có bờ không rõ nét được bao quanh bằng những đám thâm lậu lớn vờn như bông tơ liên kết lại với nhau trong nhu mô.

- Đôi khi có thể gặp bệnh nhân với loét giác mạc nông nhưng dưới đó là ổ áp xe đặc chiếm hết bề dày nhu mô và tiến triển vào tiền phòng. Mủ tiền phòng tăng giảm thất thường cũng là một đặc tính của viêm loét giác mạc do nấm.

III. ĐIỀU TRỊ: chuyển viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phác đồ điều trị Loét giác mạc do nấm của Bệnh viện Mắt thành phố Hồ Chí Minh.

VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO VI TRÙNG

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Viêm loét giác mạc (VLGM) là một bệnh rất nguy hiểm vì nó sẽ để lại những di chứng vĩnh viễn như sẹo giác mạc, teo nhãn, lồi mắt cua và làm mất một phần hoặc toàn bộ thị lực.

- Giác mạc là một mảnh mô trong suốt nằm phía trước con ngươi. VLGM là khi giác mạc bị trầy và nhiễm trùng. Giác mạc có thể bị nhiễm trùng do nhiều nguyên nhân: vi khuẩn, nấm, amip và virus.

- Việc phát hiện và điều trị sớm bệnh VLGM sẽ giúp giảm hoặc ngăn được di chứng và giúp cải thiện thị lực.

II. CHẨN ĐOÁN:

- Đau nhức mắt dữ dội.

- Chảy nước mắt, sợ ánh sáng, mi mắt nhắm chặt lại.

- Mắt nhìn mờ.

- Mắt bị VLGM sẽ đỏ, đặc biệt đỏ nhiều quanh tròng đen.

- Xuất hiện đốm trắng to hay nhỏ ở bất cứ nơi nào trên giác mạc, nhưng thường ở trung tâm giác mạc.

- Đôi khi sẽ thấy một ngón mủ màu trắng ở trước tròng đen.

- Chẩn đoán đúng VLGM thì dễ, nhưng tìm được nguyên nhân gây bệnh thì khó khăn hơn và rất quan trọng vì liên quan đến việc trị bệnh và dự hậu của bệnh.

- Bệnh nhân bị VLGM đến khám sẽ được bác sĩ Nhãn khoa xác định lại có đúng là VLGM hay không. Nếu là VLGM bệnh nhân sẽ được làm thêm một số xét nghiệm (nuộm gram, soi tươi, nuôi cấy vi khuẩn, kháng sinh đồ) để tìm nguyên nhân gây bệnh.

III. ĐIỀU TRỊ: chuyển viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phác đồ điều trị Loét giác mạc do vi trùng của Bệnh viện Mắt thành phố Hồ Chí Minh

BỆNH ĐỤC THỦY TINH THỂ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bệnh đục thủy tinh thể người già là một bệnh lý mà thủy tinh thể mất di sự trong suốt ở người lớn tuổi.

- Đục nhân: Gây rối loạn thị giác sớm nhất là ảnh hưởng đến thị lực.

- Đục vỏ: Thị giác bị ảnh hưởng nặng hơn.

- Đục toàn bộ: Thị lực giảm rất nhiều.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng cơ năng: một hoặc nhiều các triệu chứng sau:

- Nhìn mờ

- Chóa mắt, nhìn hình án.

- Dấu hiệu môi bay

- Nhìn mờ khi môn trường xung quanh càng sáng và ngược lại nhìn rõ hơn khi môi trường ánh sáng yếu.

- Cận thị nhẹ hoặc viễn thị nhẹ xuất hiện.

2. Triệu chứng thực thể:

Thủy tinh thể bị đục.

3. Cận lâm sàng:

Đường huyết.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Mục tiêu điều trị: cải thiện thị lực

2. Điều trị nội khoa:

a) Độ 1,2:

- Hiện nay không có thuốc uống hay thuốc nhỏ mắt nào có thể giúp cải thiện thị lực ở bệnh nhân đục thủy tinh thể.

- Tuy nhiên một số nghiên cứu ngành dược cho rằng có một số thuốc nhỏ mắt có thể làm chậm tiến triển của bệnh đục thủy tinh thể và như vậy mắt bệnh nhân cũng mờ chậm hơn.

- Nhóm thuốc có gốc: Pyridixin hydroclorid, Kide/ Naiode như: Cctarsat (Allergan), Catachol (Alcon) Eyaren (samil) nhỏ mắt mỗi ngày 3 -4 lần, mỗi lần 1 giọt và nhỏ thường xuyên liên tục.

b) Độ 3, 4: chuyển viện.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN:

- Thị lực $< 3/10$ cho bệnh nhân nhập viện phẫu thuật.

- Tuy nhiên việc nhập viện sớm hơn hay muộn hơn còn tùy thuộc :

+ Nghề nghiệp: Như tài xế nhập viện sớm hơn nông dân.

+ Tuổi tác: càng lớn tuổi việc nhập viện có thể trì hoãn hơn.

+ Loại đục thủy tinh thể : đục nhân sẽ mờ sớm hơn đục vỏ.

+ Đục T3 toàn bộ, thị lực $< 1/10$

V. TIÊU CHUẨN CHUYỂN VIỆN:

- Đục T3, tăng áp.

- Bệnh nhân lớn tuổi, bệnh nội khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phác đồ điều trị Đục Thủy tinh thể của Bệnh viện Cấp cứu Trung Vương. Bệnh viện Mắt thành phố Hồ Chí Minh.

VIÊM KẾT MẠC

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Kết mạc là một màng mỏng trong, bóng che phủ toàn bộ bề mặt nhãn cầu và mặt trong mi mắt, đảm bảo cho mi mắt không dính chặt vào nhãn cầu và có thể trượt dễ dàng trên bề mặt nhãn cầu mà không gây tổn thương cho giác mạc.

- Về đại thể kết mạc chia làm 3 phần:

- Kết mạc mi kết nối ở phần trước với bờ tự do của mi mắt và che phủ bề mặt sụn mi.

- Kết mạc cùng đồ tiếp nối từ phần sau của kết mạc mi quặt ra sau và tạo túi cùng kết mạc.

- Kết mạc nhãn cầu bao gồm phần kết mạc che phủ bề mặt nhãn cầu tiếp nối từ dưới cùng đồ đến sát rìa giác mạc.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Cơ năng:

- Cộm xôn, nóng ngứa, nặng mi.

- Sợ ánh sáng, chảy nước mắt.

- Cảm giác đau: không đau, nếu có đau thì đã có biến chứng lên giác mạc, nang bờ đảo.

- Thị lực: không giảm.

2. Thực thể:

- Đa tiết:

+ Lúc đầu chất tiết loãng sau nhày dính.

+ Chất tiết có thể là mủ vàng xanh, sợi trắng tái lập nhanh, có khi thành màng giả.

- Phù : kết mạc phù, mắt bóng. Đôi khi kết mạc nhãn cầu phồng ra khe mi.

- Cương tụ mạch máu kết mạc: mạch máu kết mạc mi, kết mạc cùng đồ dãn, xung huyết.

- Nhú: khi xuất hiện nhú nhỏ và nhiều tập trung lại làm cho kết mạc như nhung khi nhú to, dẹt chồng chất lên nhau tạo nên hình ảnh như lát gạch ở kết mạc mi.

- Hạt: do các hạt lympho phát triển tạo nên, dạng nửa cầu hay bầu dục, thường ở hai góc cùng đồ mi dưới.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Tật khúc xạ.

- Mỗi điều tiết.

- Tắt lệ đạo.

- Phản ứng kết mạc do dị vật.

- Viêm thượng củng mạc.

- Bệnh bán phần trước: Giác mạc, màng bờ đảo, Gluscom A.

4. Tiến triển biến chứng

- Thường tiến triển lành tính.

- Biến chứng viêm giác mạc nông.

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Viêm kết mạc do vi khuẩn.

- Điều trị tại chỗ bằng collyre (Chloramphenicol, Ciprofloxacin, Gentamycin, Neomycin, NaCl) hay pomade kháng sinh, nếu chưa có biến chứng giác mạc thì dùng thêm một trong các thuốc kháng viêm sau:

+ Alpha chymotrypsin 4,2mg: 2 viên x 2 lần / ngày.

+ Prednisone 5mg: 1 viên x 3 lần / ngày.

+ Methylprednisolone 16mg: 1 viên / ngày (sáng).

- Phối hợp thêm kháng sinh + kháng viêm bằng đường uống.

2. Viêm kết mạc do virus

- Không có thuốc điều trị virus ngoại trừ Hepres.

- Dùng **kháng viêm tại chỗ (kể ra)** khi chưa có biến chứng giác mạc, corticoides không được dùng trong ca nhiễm Hepres.

- Thuốc điều trị Hepres:

Acyclovic 800mg 1 viên X 5 /ngày.

3. Viêm kết mạc dị ứng

- Loại trừ tác nhân. Rửa mắt bằng NaCl 0,9%.

- Thuốc nhỏ mắt kháng histamine + co mạch: ketolerg.

- Thuốc nhỏ mắt không corticoides: Propinate Sodium Cromolyn Alegysal Oloparadine...

- Thuốc nhỏ mắt có corticoids: Tobradexa, Neomycin,...

+ Không dùng lâu dài.

+ Không dùng khi có nhiễm Hepres.

+ Phải theo dõi nhãn áp, thủy tinh thể, tình trạng nhiễm nấm khi dùng nhiều ngày.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN:

- Biến chứng giác mạc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phác đồ điều trị Viêm kết mạc của Bệnh viện Cấp cứu Trung Vương

VIÊM MÔ TẾ BÀO

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm mô tế bào là nhiễm trùng da và dưới da. Các vùng giải phẫu liên quan được chia làm 2 vùng.

Vùng mặt: miệng, quanh mắt, hốc mắt.

Vùng không phải mặt: da đầu, cổ, thân và chi.

Nguyên nhân:

Tác nhân thông thường là *Streptococcus pyogenes* và *S.aureus*.

H.influenzae (trẻ 3- 5t, viêm mô tế bào mặt).

S.aureus.

Streptococcus A.

Streptococcus Pneumonia.

II. CHẨN ĐOÁN

Lâm sàng:

Đáp ứng viêm khu trú tại nơi nhiễm trùng: hồng ban, phù ẩm, đau hạn chế cử động, bờ không rõ.

Tiền sử: vết thương hoặc côn trùng cắn trước đó.

Sốt: thường gặp khi tổn thương lan rộng hoặc khi có biểu hiện nhiễm trùng huyết.

Hạch vùng thường lớn.

Viêm mô tế bào kèm nhiễm trùng huyết: thường do *H.influenzae* *Streptococcus Pneumonia*, cấy máu : dương 90%.

Viêm mô tế bào hiếm xảy ra ở trẻ suy giảm miễn dịch, trong những trường hợp này tác nhân thường là *Pseudomonas aeruginosa* trực khuẩn đường ruột gram âm, vi khuẩn kỵ khí.

Cận lâm sàng:

- Tổng phân tích tế bào máu.

- Cấy máu, KSD khi cần.

- Hút dịch tại nơi viêm, sinh thiết da.

III. ĐIỀU TRỊ

Tại chỗ:

Giảm triệu chứng tại chỗ: đắp gạc ẩm : 10-20phút, ngày 3 lần.

Bất động vùng da bị ảnh hưởng.

Rạch và dẫn lưu ổ mủ.

Toàn thân:

Kháng sinh: có thể dùng β -lactam.

Dicloxacillin 50mg/kg/ngày.

Cephalexin 50mg/kg/ngày.

Amoxicillin Clavulanic acid 50mg/kg/ngày.

Trẻ không sốt, bạch cầu <15.000 có thể điều trị ngoại trú với kháng sinh uống.

Trẻ sốt > 39 oC và bạch cầu tăng >15.000 nên nhập viện điều trị kháng sinh chích, có thể dùng một trong các thuốc sau :

Oxacilin 150mg/kg/ngày, chia 4 lần.

Cephazolin 100mg/kg/ngày, chia 3 lần.

Cefotaxim 200mg/kg/ngày chia 4 lần.

Ceftriaxon 100mg/kg/ngày, 1 lần Thời gian điều trị 7 -10 ngày.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

Khi không đáp ứng kháng sinh uống.

Tài liệu tham khảo:

Phác đồ điều trị Viêm mô tế bào, năm 2013 của Bệnh viện cấp cứu Trưng Vương.

PHẦN C
PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ
KHOA Y HỌC CỔ TRUYỀN

VIÊM XOANG MẠN

CHUẨN BỊ

Cán bộ Y tế: Bác sĩ, điều dưỡng.

Phương tiện: thuốc, các phương pháp không dùng thuốc theo quy trình này và các dụng cụ khám bệnh có tại khoa.

Kê đơn theo quy chế của Bộ Y Tế.

I. Y HỌC HIỆN ĐẠI

Xoang là những hốc rỗng nằm trong một số xương của khối sọ mặt, xương hàm trên, xương trán, xương sàng và xương bướm. Những hốc này được lót bởi niêm mạc hô hấp với biểu mô trụ có lông chuyển cùng loại với niêm mạc mũi. Các xoang đổ thông vào mũi bằng lỗ thông hẹp (ostium), do vậy xoang còn được gọi là các hốc phụ của mũi.

Viêm xoang là tình trạng viêm niêm mạc lót trong lòng các xoang. Đa số các trường hợp bệnh lý viêm niêm mạc xoang có nguồn gốc từ mũi, tổn thương ảnh hưởng đến niêm mạc lông chuyển mũi và xoang. Cho nên thuật ngữ viêm mũi xoang chính xác hơn viêm xoang.

1. Nguyên nhân

- Siêu vi: Rhinovirus, Influenza, Adenovirus.
- Nhiễm khuẩn: sau nhiễm siêu vi cúm, sởi, phát ban, sau đợt viêm mũi, viêm amidan, viêm V.A.
- Nhiễm nấm: Aspergillus.
- Dị ứng: với các yếu tố kích thích (bụi, hóa chất) .
- Các yếu tố lý hóa: áp lực cao, không khí lạnh hoặc khô, hơi hóa chất, rượu, thuốc lá.
- Chấn thương: vùng hàm mặt, mũi, sàn sọ.
- Các yếu tố thuận lợi: suy nhược, suy giảm miễn dịch, rối loạn nội tiết, tiểu đường, lao.
- Những cấu tạo bất thường ở mũi xoang: vẹo vách ngăn, hẹp cửa mũi sau, hẹp ngách mũi trên.
- Do thầy thuốc: đặt ống nuôi ăn qua mũi nhiều ngày, nhét bông vào mũi.

2. Vị trí :

- Viêm xoang trước: xoang hàm, trán và sàng trước.
- Viêm xoang sau: xoang sàng sau và bướm.
- Viêm đa xoang: quá trình viêm lan rộng ra nhiều xoang ở bên trái và bên phải.

3. Phân loại:

3.1. Viêm mũi xoang cấp:

Viêm xảy ra ở xoang trước đó hoàn toàn lành mạnh. Thường viêm xuất hiện cùng lúc hoặc sau một đợt viêm họng, viêm V.A, cảm, cúm, sởi, răng..... Bệnh kéo dài trong vòng 4 tuần lễ.

Lâm sàng:

- Triệu chứng toàn thân: mệt mỏi, suy nhược, kém ăn, mất ngủ, sốt.
- Triệu chứng cơ năng:
 - + Đau nhức đầu mặt là triệu chứng nổi bật, vị trí đau tùy theo xoang viêm:

- . Viêm xoang trán: đau ở vùng trán, phía trên cung mày.
- . Viêm xoang hàm: đau vùng gò má và hàm răng trên.
- . Viêm xoang sàng trước: đau ở góc trong trên và đau sâu trong ổ mắt.
- . Viêm xoang sàng sau: đau sâu phía sau hốc mắt, đau lan lên đỉnh đầu vùng chẩm.

- . Viêm xoang bướm: đau trên đỉnh đầu và vùng chẩm.
- + Chảy mũi: nhiều vào buổi sáng, lúc đầu dịch mũi trong loãng sau dịch mũi mủ vàng hoặc xanh đặc có mùi tanh, có khi lẫn máu.
- + Nghẹt mũi: bên bị viêm, nhiều vào ban đêm hoặc khi nằm.
- + Mắt: mỏi mắt, sợ ánh sáng, không đọc sách hoặc xem truyền hình được.

Triệu chứng thực thể:

- Tìm các điểm đau: ấn nhẹ vào vùng tương ứng với viêm xoang, người bệnh sẽ thấy đau ở những điểm sau:

- . Điểm hó nanh: xoang hàm bị viêm.
- . Điểm Grunwald: ở bờ trong và trên hốc mắt, khi viêm xoang sàng.
- . Điểm Ewing: ở mặt trước của xoang trán, nghĩ đến viêm xoang trán.
- Soi mũi trước: toàn bộ niêm mạc hốc mũi sung huyết, các cuống mũi sưng to và đỏ, khe mũi giữa có nhầy hoặc mủ chảy ra do viêm các xoang trước.
- Soi mũi sau: thấy mủ chảy ra từ sau mũi sau xuống dọc thành sau họng do viêm các xoang sau.

Cận lâm sàng:

Công thức máu: VS tăng nhẹ, bạch cầu N tăng nhẹ hoặc không tăng.

X quang: tư thế BLONDEAU, HIRTZ thấy có hiện tượng viêm tại xoang bị viêm.

Nội soi.

Điều trị:

- Kháng sinh:
 - Amoxiciline + Acid clavulanic 625 mg 1 viên x 2 lần/ngày uống
 - Amoxiciline 500 mg 1 viên x 4 lần/ngày uống
 - Cefuroxim 500 mg 1 viên x 2 lần/ngày uống
- Kháng viêm: Prednison 5 mg uống sáng sau ăn nó (giảm liều N1: 04 viên, N2: 03 viên, N3: 02 viên, N4: 01 viên, N5: 01 viên)
- Chống phù nề: alpha chymotrypsin 2 viên x 2 lần/ngày (ngậm)
- Thuốc trị dị ứng: cetirizin 10 mg/viên/ngày (uống) hoặc Clopheniramin 4 mg 01 viên x 2 lần/ngày uống
- Điều trị hỗ trợ: thuốc hạ nhiệt giảm đau.
 - Paracetamol 500 mg 01-02 viên x 2-3 lần ngày (uống)
 - Paracetamol codein 500mg 01 viên x 2-3 lần ngày (uống)
- Bơm rửa mũi: nước muối đẳng trương 2-3 lần/ngày
- Nghỉ ngơi

3.2. Viêm mũi xoang mạn :

Triệu chứng :

- Nghẹt mũi.
- Sổ mũi.
- Vương nhầy ở mũi sau buocoj bệnh nhân phải luôn khịt khạc.

- Đau nhức căng ở mặt (trước trán, gò má, hốc mắt)
- Ngủ kém.
- Sốt âm ỉ, gai rét, sốt cao có thể gặp trong đợt viêm mũi xoang mạn hồi viêm.

Triệu chứng phụ

- Hơi thở hôi.
- Ho dai dẳng.
- Nhức đầu: cảm giác nặng ở đỉnh đầu, hai thái dương hoặc đau mỗi vùng chẩm và gáy.
- Đau tai hoặc cảm giác căng đầy trong tai.
- Nhức răng.
- Mệt mỏi uể oải, giảm khả năng tập trung làm việc trí óc.

Tiêu chuẩn chẩn đoán

Khi các triệu chứng (TC) trên tồn tại dai dẳng kéo dài 8 tuần .

(không phải lúc nào cũng có các triệu chứng trên)

Chẩn đoán xác định VXM khi bệnh nhân có 02 triệu chứng chính hoặc 01 TC + 02 TC phụ .

Chẩn đoán nghi ngờ VXM khi bệnh nhân chỉ có 01 TC chính hoặc chỉ có các triệu chứng phụ .

Khám thực thể

- Sờ nắn vùng mặt phát hiện những điểm đau: điểm đau thường không rõ rệt như trong viêm mũi xoang cấp.
- Soi mũi trước: trong viêm các xoang trước, thấy ở ngách mũi giữa động nhầy hoặc mủ, cuống mũi giữa thường quá phát và thoái hóa có thể thấy polyp xuất phát từ ngách mũi giữa.
- Soi mũi sau: trong viêm các xoang sau thấy nhầy mủ chảy ra từ khe mũi trên xuống thành họng sau.

Cận lâm sàng:

- X Quang: tư thế BLONDEAU, HIRTZ thấy có hiện tượng viêm tại xoang bị viêm.
- CT scan
- Nội soi mũi xoang.

*** Điều trị:**

- Nguyên tắc: phải điều trị nội khoa, chỉ khi nào điều trị nội khoa thất bại mới điều trị ngoại khoa.

- Kháng sinh:

Amoxiciline 500mg 01 viên x 4 lần/ngày (uống) trong 2 tuần

Pms Claminat 625 mg 01 viên x 03 lần/ngày x 07 ngày

Zinnat 250 mg 01 viên x 2 lần/ngày uống

Cefuroxim 500 mg 1 iên x 2 lần/ngày uống

- Kháng sinh chống kỵ khí sử dụng trong VMX dai dẳng: metronidazone 250 mg 02 viên x 2 lần/ngày uống

- Kháng viêm perdnison 05mg uống sáng sau ăn no (N1: 04 viên, N2: 03 viên, N3: 02 viên, N4: 01 viên, N5: 01 viên)

- Chống phù nề: alpha chymotripsin 02 viên x 02 lần/ngày uống

- Thuốc chống dị ứng: (Zyrtec) cetirizin 10mg/viên/ngày (uống) hoặc

chlorpheniramin 01 viên x 02 lần/ngày uống

- Điều trị hỗ trợ: thuốc hạ nhiệt giảm đau.

Paracetamol 500 mg 01 viên x 02 lần/ngày (uống)

Paracetamol codein 500 mg 01 viên x 02 lần/ngày (uống)

- Bơm rửa mũi bằng nước muối sinh lý.

II. Y HỌC CỔ TRUYỀN

Theo quan niệm YHCT: ty lậu.

Nguyên nhân do cơ địa dị ứng, nhiễm khuẩn (huyết nhiệt). Dị ứng do lạnh (phế khí hư, vệ khí hư) gặp phải tác nhân phong hàn, phong nhiệt, nhiệt độc mà gây ra bệnh. Được chia làm hai loại:

- Viêm mũi xoang dị ứng.

- Viêm mũi xoang nhiễm khuẩn.

1. Viêm mũi xoang dị ứng

Nguyên nhân: phế khí và vệ khí hư không khống chế được phong hàn xâm nhập gây ra bệnh.

Pháp trị: Bổ khí, cố biểu, khu phong tán hàn.

Bài thuốc :

Bài 1

Bạch chỉ	Ké đầu ngựa
Phòng phong	Hạ khô thảo
Hoàng cầm	Cỏ hôi
Kim ngân hoa	

Bài 2

Tân di hoa	Xuyên khung
Thăng ma	Bạch chỉ
Cam thảo	

Nếu bệnh mới mắc chảy nước mũi nhiều, gia: Ma hoàng.

Nếu bệnh mệt mỏi, ăn kém, đoản hơi, gia thêm: Đinh lăng.

Bài 3: Tiêu thanh long thang gia giảm

Ma hoàng	06 g	bàn hạ chế	08g
Quế chi	06g	ngũ vị tử	06g
Bạch thược	12g	đảng sâm	08g
Gừng khô	04g	hoàng kỳ	12g
Cam thảo	04g	khương hoạt	04g

Bài 4: Bài thuốc nam :

Bồ công anh	12g	sài đất	12g
Kinh giới	10g	hy thiêm	12g
Ô rô	12g	trần bì	06g
Can khương	06g	câu đằng	12g

2. viêm mũi xoang nhiễm khuẩn

Thường do phong nhiệt , nhiệt độc gây ra có 2 thể :

2.1 thể cấp tính

* **Triệu chứng:** Bệnh mới phát, ngạt mũi chảy nước mũi vàng có mủ, xoang hàm , xoang trán đau, viêm hốc mũi kèm các sợ lạnh, sốt, nhức đầu.

* **Pháp trị:** Thanh phế tiết nhiệt giải độc. Kèm sợ lạnh nhức đầu thì thêm phát tán phong nhiệt

Bài thuốc:

Bài 1:

Kim ngân hoa	Ngưu bàng tử
Liên kiều	Kinh giới
Cát cánh	Đạm trúc điệp
Đạm đậu xị	Cam thảo
Bạch hà	

Bài 2:

Bồ công anh	16g	Mạch môn	12g
Sài đất	12g	Hy thiêm	16g
Chi tử	08g	Diệp cá	16g
Ô rô	15g	Lạc tiên	15g
Trần bì	06g	Mạn kinh tử	10g

Bài 3: Tân di thanh phế âm gia giảm :

Tân di hoa	12g	Tri mẫu	12g
Hoàng cầm	12g	Kim ngân	16g
Thạch cao	40g	Diệp cá	20g

Nếu sợ lạnh, sốt, nhức đầu, bỏ Mạch môn, thêm Ngưu bàng tử 12g, Bạch hà 12g

2.2. Mãn tính

***triệu chứng:** Bệnh kéo dài, xoang hàm và trán ấn đau, thường chảy nước mũi có mủ, mùi hôi, khứu giác giảm, nhức đầu thường xuyên.

***Pháp trị :** dưỡng âm, nhuận táo, thanh nhiệt, giải độc.

***Bài thuốc :**

Sinh địa	16g	Sài đất	12g
Huyền sâm	12g	Bồ công anh	12g
Đơn bì	12g	Hoàng cầm	12g
Bạch chỉ	12g	Tân dihoa	08g

* **Thuốc thành phẩm:**

Ngân kiều giải độc- f chai 40 viên nang 02 viên x 3 lần/ngày (uống)

Rhinassin 02 viên x 2 lần/ngày (uống)

Cảm xuyên hương 02 viên x 3 lần/ngày (uống)

Viên cảm cúm 2 viên x 3 lần/ngày (uống)

Fitorhi-f 02 viên x 2 lần/ngày (uống)

Tivicaps 03 viên x 3 lần/ngày uống

Thông xoang ACP 03 viên x 3 lần/ngày uống

* **Phương pháp không dùng thuốc :**

- Điện châm: Châm bổ lưu kim 30 phút/lần/ngày, liệu trình 5-10 ngày x 2-4 liệu trình

Huyệt tại chỗ đau: Toàn túc, Đầu duy, Thái dương, Ấn đường, Quyền liêu, Hợp cốc, Khúc trì, Nội đình, Nghinh hương, Phong trì.

- Châm bổ lưu kim 30 phút/lần/ngày, liệu trình 5-10 ngày x 2-4 liệu trình.

Công

thức huyệt: Nghinh hương, hợp cốc, túc tam lý.

- Điều trị bằng khí dung: ngày 1 lần (dùng cho 2 thể viêm mũi xoang do dị

ứng và viêm mũi xoang do nhiễm khuẩn)

- Laser chiếu ngoài ngày 1 lần

- Điều trị bằng tia hồng ngoại

- Điều trị bằng các dòng điện xung (trong trường hợp sinh hiệu ổn định)

- Xoa bóp bấm huyệt bằng tay vùng đầu mặt ngày 1 lần

- Luyện tập dưỡng sinh: thư giãn thở 4 thì, xoa đầu mặt rẽ chân tóc, xoa mũi, uốn cổ

- Tập hít thở sâu, (hít bằng mũi thở ra bằng miệng) ngày 3 lần.

LIỆT MẶT NGOẠI BIÊN

CHUẨN BỊ :

- Cán bộ y tế: Bác sĩ, điều dưỡng.
- Phương tiện: thuốc, các phương pháp không dùng thuốc theo quy trình này và các dụng cụ khám bệnh tại khoa.
- Hồ sơ bệnh án theo mẫu của Bộ Y Tế.

I. Y HỌC HIỆN ĐẠI:

Liệt mặt ngoại biên là một bệnh thường gặp. Tỷ lệ mắc 1/60-70 người trong suốt cuộc đời họ .

Cần phân biệt với liệt mặt trung ương (được nói ở phần khác)

1. Nguyên nhân

* Nguyên phát:

- Phần lớn do nhiễm Herper Simplex Virus.

* Thứ phát:

- Tổn thương hỗn hợp.
- Viêm tai giữa .
- Hạch hai vùng cổ .
- Nhiễm trùng : Herper Zoster tai.
- Viêm màng nhện góc cầu tiểu não.
- Chèn ép thiếu máu hoại tử ống Fallope: liệt VII tự phát bẩm sinh, vỡ xương

thái dương...

2. Chẩn đoán:

* **Triệu chứng :**

- Bệnh khởi phát đột ngột, triệu chứng liệt xuất hiện hoàn toàn, thường trong vòng 18 giờ.

- Có thể đau sau tai trước đó 1-2 ngày, có thể kèm ù tai, chảy nước mắt sống.

- Liệt toàn bộ cơ mặt một bên, mất nếp nhăn trán, mất nét nhăn mũi, ảnh hưởng đến tiếng nói ăn uống .

- Nhắm mắt không kín: Charles - Bell (+).

- Mắt trở nên cứng, mắt bị lệch về bên lành .

- Mất vị giác 2/3 trước lưỡi .

- Mất những phản xạ có sự tham gia của cơ vùng quanh mắt như phản xạ giác mạc.

* **Tiêu chuẩn chẩn đoán liệt mặt Bell (liệt mặt do lạnh)**

- Yếu nửa bên cơ mặt khởi phát một cách đột ngột .

- Tiền triệu của nhiễm siêu vi.

- Không có bằng chứng bệnh lý của hệ thần kinh trung ương .

- Không có bằng chứng tổn thương góc cầu tiểu não .

- Không có bệnh sử tai .

Bệnh nhân có thể có triệu chứng của tổn thương viêm đa dây thần kinh, đồng thời kèm theo đau tai và sau tai, rối loạn vị giác, giảm chảy nước mắt hoặc chảy nước mắt sống, tăng cảm giác rối loạn hoặc rối loạn cảm giác vùng mặt của dây V hoặc dây IX.

* **Phân độ liệt mặt:**

Đánh giá mức độ các cử động tự ý để làm tài liệu phân độ liệt mặt được mô tả theo hệ thống phân độ của House – Brackmann:

- Độ I: Bình thường: cử động mặt bình thường không có đồng vận .
- Độ II: Biến dạng nhẹ: chức năng vùng trán tốt có đồng vận nhẹ, yếu nhẹ, mắt cân xứng ở mặt nhẹ khi quan sát gần người bệnh.
- Độ III: Yếu mặt vừa: hoạt động của trán yếu, mắt nhắm được khi cố gắng, bất đối xứng, có hiện tượng Bell.
- Độ IV: Yếu mặt vừa - nặng: tăng đồng vận, không có hoạt động của trán, mắt không nhắm kín.
- Độ V: Liệt mặt nặng: thấy mặt bất đối xứng khi nghỉ, chỉ còn vài trương lực mắt không nhắm được.
- Độ VI: liệt mặt toàn bộ không có trương lực.

3. Điều trị:

- Prednisone chia liều uống 1mg/1kg/ngày có thể giúp dự phòng hoặc làm nhẹ đi quá trình thoái hóa thần kinh, giảm đồng vận, giảm đau và phục hồi sớm. Cách dùng: dùng 5 ngày đánh giá kết quả. Nếu một vài chức năng xuất hiện thì giảm liều dùng thêm 5 ngày nữa. Nếu không có dấu hiệu cải thiện, dùng liều đầy đủ trong 10 ngày sau đó giảm liều trong 5 ngày (thuốc nên dùng ở tuần lễ đầu khi phát bệnh).

- Nucleo C.M.P fort 01 viên x 03 lần/ngày uống (uống 10 ngày).
dạng IM liều 1 ống / ngày sau đó chuyển sang liều uống.

- Bedouza (vitamin b12) 1000 µg 1 ống thủy châm/lần/ngày.

- Methycobal 500 µg 1 lần/ngày.

- Nivalin 2,5 mg 01 ống x 2 lần/ngày (IV) hoặc Nivalin 5mg 1 ống (IV)

II. Y HỌC CỔ TRUYỀN:

1. Nguyên nhân :

-Ngoại nhân: do phong hàn, phong nhiệt thừa lúc tấu lý sơ hở xâm nhập vào các kinh dương ở đầu mặt gây ứ huyết ở các lạc trên.

-Những nguyên nhân này làm cho khí huyết của các lạc mạch vùng đầu bị cản trở hoặc bị bế tắt lại gây nên chứng nuy (yếu liệt) có thể kèm theo tê và đau (không thông thì đau)

2. Các thể lâm sàng

2.1. Phong hàn phạm kinh lạc thể bệnh lâm sàng thường xuất hiện trong những trường hợp liệt mặt do lạnh

Triệu chứng: người lạnh, sợ lạnh. Bệnh có liên quan đến yếu tố thời tiết lạnh như sau khi gặp mưa, mùa lạnh, râu lưỡi trắng mỏng, mạch phù sắc

2.2. Phong nhiệt: thể bệnh lâm sàng thường xuất hiện trong những trường hợp liệt mặt do viêm nhiễm.

Triệu chứng: có sốt, sợ gió, sợ nóng. Rêu lưỡi trắng dày, mạch phù sắc

2.3. Huyết ứ kinh lạc : thể bệnh lâm sàng thường xuất hiện trong những trường hợp liệt mặt do nguyên nhân chấn thương hoặc khối choáng chỗ

*Triệu chứng:

Như phần YHHĐ. Luôn có kèm dấu đau, xuất hiện sau chấn thương hoặc mổ vùng hàm mặt, xương chũm.

3. Điều trị

3.1 Phong hàn phạm kinh lạc

- Pháp trị: khu phong tán hàn hành khí hoạt huyết

Bài thuốc:

Bài 1:

Cỏ xước	12g	tang ký sinh	12g
Uất kim	8g	lạc tiên	15g
Quế chi	8g	trần bì	8g
Bạch chỉ	8g	hương phụ chế	8g
Bạc hà	10g	tía tô	12g
Sinh khương	8g		

Bài 2:

Khương hoạt	12g	Bạch thược	8g
Độc hoạt	8g	Thục địa	12g
Tần giao	8g	Đảng sâm	8g
Bạch chỉ	8g	Bạch linh	8g
Xuyên khung	8g	Cam thảo	6g
Cỏ xước	12g	Bạch truật	12g
Đương qui	8g	Hoàng cầm	8g

Bài 3: Tiêu tục mệnh thang:

Ma hoàng	10g	Phòng phong	12g
Nhân sâm	10g	Hoàng cầm	10g
Quế chi	6g	Cam thảo	6g
Hạnh nhân	10g	Phụ tử chế	6g
Sinh khương	10g		

3.2. Phong nhiệt phạm kinh lạc

- Pháp trị: khu phong, thanh nhiệt hoạt huyết

Sài đất	16g	Kê huyết đằng	12g
Bồ công anh	16g	Đan sâm	12g
Thỏ phục linh	12g	Cỏ xước	12g
Trình nữ	12g	Bạc hà	8g

3.3 Huyết ứ kinh lạc

- Pháp trị : Hoạt huyết hành khí

Xuyên khung	12g	Uất kim	8g
Đan sâm	12g	Chỉ xác	6g
Cỏ xước	12g	Trần bì	6g
Tô mộc	8g	Hương phụ chế	6g

* Thuốc thành phẩm:

Hoàn đại tần giao

Hoàn ngoại cảm

Hoàn cứu vị khương hoạt

Đan sâm tam thất

Viên cảm cúm

Rheumapain- f 03 viên x 3 lần/ ngày uống

Khu phong trừ thấp 04 viên x 2 lần/ngày uống hoặc 03 viên x 3 lần/ngày uống.

* Châm cứu thường, châm tả lưu kim 15-20 phút/lần/ngày, liệu trình 5-10 ngày

x 2-4 liệu trình

Công thức huyết: các huyết bên liệt: Toán trúc, Ân đường, Thái dương, Dương bạch, Nghinh hương, Giáp xa, Hạ quan, Địa thương, Ế phong, Phong trì, Nhân trun, Thừa tương.

- Hợp cốc (đổi diện)
- Do nhiễm trùng thì thêm khúc trì
- Do sang chấn thì thêm huyết hải, túc tam lý
- Phần lớn là ôn châm, phong hàn huyết ứ
- Phong nhiệt, châm tả

* Nhu châm

* Mãng châm , hào châm

* Cứu bồ

* Laser chiếu ngoài

* Điều trị bằng tia hồng ngoại

* Xoa bóp bấm huyết vùng đầu mặt

bảo vệ mắt, đeo kính, băng mắt, thuốc nhỏ bảo vệ mắt

* Tập dưỡng sinh

* Vật lý trị liệu, phục hồi chức năng:

* Tập luyện cơ

Nhắm 2 mắt lại

Nhăn trán

Nhíu mày

Mím cười

Huýt sáo và thổi

Ngậm chặt miệng

Phát âm như: b p u i

Cười thấy răng và nhếch môi trên

Hình 2 cánh mũi

* Tập với cây lăn mặt.

* Chườm nóng cơ mặt vùng liệt.

* Tránh gió lùa, tránh lạnh, quạt, khói bụi, bảo vệ mắt khi ra gió, đeo kính râm.

* Chế độ ăn: ăn nóng uống ấm.

* Chế độ chăm sóc: cấp III nghỉ ngơi tại giường.

VIÊM HỌNG

CHUẨN BỊ

* Cán bộ Y tế : Bác sỹ, Điều dưỡng .

* Phương tiện : thuốc, các phương pháp không dung thuốc theo quy trình này và các dụng cụ khám bệnh có tại khoa .

* Kê đơn theo quy chế của Bộ Y tế

I. Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. Nguyên nhân:

- Siêu vi trùng chiếm tỉ lệ khoảng 40 % các nguyên nhân gây viêm họng – amidan, siêu vi thường gây viêm họng Rhinovirut, Adenovirut, Herpes virut.

- Vi trùng: chiếm tỉ lệ khoảng 30% thường do Streptocoque tan máu nhóm A S.Pyrogenes

- Không rõ nguyên nhân 30% viêm họng cấp không rõ nguyên nhân

2. Cận lâm sàng

- CTM, CTBC không thay đổi trong viêm họng do nhiễm siêu vi

- Cây, phết cổ họng: tìm loại vi khuẩn

- Huyết thanh chẩn đoán: ASLO

3. Chẩn đoán

* Lâm sàng :

- Do vi khuẩn: sốt cao đột ngột viêm đỏ sưng tấy vòm họng, hạch dưới hàm sưng đau.

- Tiêu chuẩn: CENTOR: sốt > 38oC đau họng không ho, đờm nhớt cổ họng kèm theo hạch dưới hàm viêm họng do vi khuẩn.

- Do siêu vi: Ho kèm theo viêm họng mũi hoặc viêm phế quản, hạch cổ sưng.

3.1 Viêm họng cấp tính

- Đau rát trong họng nhất là khi nuốt kể cả chất lỏng, khi ho, khi nói, có thể ho từng cơn, ho khan, hoặc ho có đờm nhầy giọng nói mất trong có thể khan nhẹ thường có kèm chảy mũi nhầy hoặc tắt mũi

- Khám toàn bộ niêm mạc họng đỏ mọng có những mao mạch nổi rõ. Hai amidan khâu cái xung to đỏ, có khi có lớp nhầy trắng. Trụ trước và trụ sau cũng đỏ, có hạch góc hàm sưng nhẹ, hơi đau, khám mũi cũng thấy xung huyết và ít huyết nhầy.

3.2 Viêm họng mãn tính:

3.2.1. Toàn thân:

Thường có những đợt tái phát viêm họng cấp tính khi trời lạnh khi cảm mạo, cảm cúm thì lại xuất hiện sốt mệt mỏi đau rát họng.

3.2.2. Viêm họng mạn tính xuất tiết:

Khám thành sau họng có tầng xuất tiết nhầy, trong, hơi dính, niêm mạc họng đỏ, nổi nhiều tia mao mạch máu, các chất xuất tiết nhầy trở nên đặc và dính vào niêm mạc họng.

3.2.3. Viêm họng mạn tính quá phát:

Niêm mạc họng đỏ và dày lên, tổ chức bạch huyết phát triển mạnh quá phát thành từng đám to nhỏ không đều lồi lên thành nê-m mạc họng không đều màu hồng đỏ, thể này gọi là viêm họng hạt

3.2.4. Viêm họng teo

Niêm mạc họng teo dần, những tuyết nhầy dưới niêm mạc cũng teo đi làm cho niêm mạc họng từ màu đỏ thẫm biến thành màu hồng rồi nhợt nhạt khô và đọng những vảy mỏng các trụ sau như teo biến đi làm cho họng trở nên rộng hơn loại này thường là viêm họng do nghề nghiệp hoặc tuổi già

4. Điều trị:

4.1. Viêm họng cấp tính

- Dùng thuốc giảm đau hạ sốt:

Paracetamol 500mg 01 viên x 3 lần/ngày uống

Paracetamol 250 dạng gói

- Nặng có biến chứng thì dùng kháng sinh:

Clarithromycin 250 -500 mg 01 viên x 2 lần/ngày uống

Erythromycine 250- 500 mg (30 -50mg/ kg chia 3 lần/ngày uống)

Pms claminat 625mg 01 viên x 2 lần uống

Hoặc Amoxicilin 500mg 01 viên x 4 lần/ngày uống

- Kháng viêm: Prednison 5mg uống sang sau ăn no, khi tình trạng bệnh ổn bắt đầu giảm liều

- Điều trị tại chỗ: súc miệng bằng nước muối loãng (hoặc dung dịch kiềm như muối Natri bicacbonat)

4.2. Viêm họng mạn tính:

- Súc miệng bằng nước muối đẳng trương, nước muối khoáng.

- Viêm họng quá phát đốt các hạt quá phát bằng dòng điện một chiều bằng dung dịch natri 12% (chuyên chuyên khoa).

- Viêm họng teo: súc miệng bằng nước muối đẳng trương các thuốc bôi tại chỗ hoặc điều trị chuyên khoa.

II. Y HỌC CỔ TRUYỀN:

1. Các thể lâm sàng

1.1. Viêm họng cấp tính (chứng hầu tý hầu ung, hầu phong).

- Nguyên nhân: phong hàn nhiệt tà, đờm nhiệt, phế vị nhiệt (nội thương).

- Triệu chứng: họng sưng đỏ, phù nề, nước đau ho rất khạc đờm, đờm lúc đầu trắng đục về sau xanh, sốt, ớn lạnh, nhức đầu.

1.2. Viêm họng mạn tính (chứng hầu nga, hầu cam, thạch cam).

- Nguyên nhân tích nhiệt do: ăn nhiều chất cay béo kích thích.

Môi trường nhiều khói bụi.

Nội thương phế vị âm hư.

- Triệu chứng :

Họng khô đau nóng rát sưng huyết, lở loét.

Đau đầu, nóng sốt nhẹ.

Bệnh tái diễn nhiều lần.

2. Điều trị

2.1. Viêm họng cấp tính:

2.1.1. Phép trị:

Sơ phong thanh nhiệt hóa đờm

2.1.2. Bài thuốc:

***Bài 1:** Ngân kiều tán gia giảm:

Kinh giới	12g	bạc hà	6g
Kim ngân	20g	các cánh	8g
Liên kiều	12g	cam thảo	4g
Ngưu bàng tử	12g	sinh địa	12g
Bạch cương tàm	12g	tang diệp	10g
Huyền sâm	12g		

***Bài 2:** Bài thuốc nam

Bồ công anh	12g	trần bì	6g
Sài đất	12g	bán hạ	6g
Ô rô	12g	bạc hà	6g
Kinh giới	12g	tía tô	12g

***Bài 3:** Ho khan, ho gió, ho do cảm, ho do viêm họng- viêm phế quản thì kết hợp “Siro bổ phế chỉ khái lộ”:

Bạch linh	Bách bộ
Cát cánh	Tỳ bà diệp
Tang bạch bì	Ma hoàng
Mạch môn	Bán hạ chế
Mơ muối	Cam thảo
Bạc hà	Bạch phàn
Tinh dầu bạc hà	Acid Benzoid
Đường trắng	AquaPotabilic

Châm cứu : Thiên đột, Hợp cốc, Liệt khuyết, Khúc trì (Lưu kim 15-20 phút/lần/ngày x 5-10 ngày).

2.2. Viêm họng mạn tính:

2.2.1.Pháp trị : Dưỡng âm thanh nhiệt hóa đờm

2.2.2.Bài thuốc :

***Bài 1:** Sa sâm mạch môn thang gia giảm

Sa sâm	16g	Thiên hoa phấn	12g
Mạch môn	12g	Cát cánh	12g
Hoàng cầm	12g	Cam thảo	4g
Tang bạch bì	12g	Tang diệp	10g

***Bài 2:** Bài thuốc nam

Bồ công anh	12g	Trần bì	6g
Sài đất	12g	Bán hạ	6g
Ô rô	12g	Tang bạch bì	12g
Kinh giới	12g	Tía tô	12g
Bạc hà	6g	Mạch môn	10g
Kiệt cánh	10g	Sinh địa	10g

***Bài 3:** Ho lâu ngày, ho khan, rát cổ, viêm họng mạn tính kết hợp bài Mẫu sinh đường:

Sinh địa	Mạch môn
Huyền sâm	Bối mẫu
Bạch thực	Mẫu đơn bì
Cam thảo	

***Bài 4:**

*** Thuốc thành phẩm**

Hoàn trị ho
Hoàn bán hạ bạch truật
Thuốc ho người lớn
Thuốc ho trẻ em
Ngân kiều giải độc
Superyin
Thuốc ho bổ phế
Mẫu sinh đường (cao lỏng)
Siro bổ phế chỉ khái lộ

Phương pháp không dùng thuốc

Điện châm lưu kim 15-30 phút/ lần/ ngày, liệu trình 5-10 ngày x 2-4 liệu trình.

Công thức huyệt: Thiên đột, Xích trạch, Thái uyên, Túc tam lý, Tam âm giao (Lưu kim 30 phút/ lần/ ngày x 10 ngày).

Laser chiếu ngoài vùng họng.

Xông họng.

Điều trị bằng tia hồng ngoại

ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

* CHUẨN BỊ:

- Cán bộ y tế: bác sĩ, điều dưỡng
- Phương tiện: thuốc, các phương pháp không dùng thuốc theo quy trình này và các dụng cụ khám bệnh có tại khoa.
- Hồ sơ bệnh án theo mẫu của Bộ Y tế.

I. Y HỌC HIỆN ĐẠI:

Đái tháo đường là một bệnh mãn tính, có yếu tố di truyền, do hậu quả từ tình trạng thiếu insulin tuyệt đối hay tương đối, được đặc trưng bởi những bất thường về những chuyển hóa và bởi những biến chứng lâu dài tác động tới mắt, thận, thần kinh và mạch máu.

1. Nguyên nhân:

* Đái tháo đường type 1:

- Nguyên nhân di truyền: có yếu tố di truyền rất rõ, thiếu các yếu tố tự miễn với tế bào beta, kết hợp với nhóm HLA.
- Nguyên nhân không rõ: một số trường hợp đái tháo đường type 1 không có nguyên nhân, bệnh nhân này thường thiếu insulin trầm trọng và dễ bị nhiễm ceton acid.
- Yếu tố thuận lợi phát bệnh: các yếu tố môi trường có tác động khởi động hoạt tính miễn dịch gây bệnh có thể là virus, nhiễm trùng... hoặc stress.

* Đái tháo đường type 2:

- Yếu tố di truyền.
- Yếu tố môi trường:
 - + Sự thay đổi lối sống: như giảm các hoạt động thể lực; thay đổi chế độ ăn uống theo hướng tăng tinh bột, giảm chất xơ gây dư thừa năng lượng.
 - + Chất lượng thực phẩm.
 - + Các stress.
- Tuổi thọ ngày càng tăng, nguy cơ mắc bệnh càng cao: Đây là yếu tố không thể can thiệp được.

2. Cận lâm sàng:

- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi.
- Những xét nghiệm sinh hóa trong chẩn đoán và theo dõi bệnh đái tháo đường, gồm 8 nhóm xét nghiệm.

1. Đường máu lúc đói nhịn ăn trên 8 giờ và sau khi ăn 2 giờ.
2. Nghiệm pháp tăng đường huyết.
3. HbA1C
4. Insulin

5. Xét nghiệm nước tiểu: Đường niệu, cetone niệu, protein niệu.

6. Creatinine, Urê

7. Cholesterol, TG, HDL, LDL - C } Theo dõi chức năng thận. Theo dõi biến chứng

8. Ion đ

tiểu đường

- Đo ECG.

3. Chẩn đoán:

* Triệu chứng lâm sàng:

- Thường biểu hiện bởi nhóm triệu chứng:

+ Khát nước và uống nước nhiều

+ Tiểu nhiều

+ Ăn nhiều

+ Sụt cân

- Ngoài triệu chứng trên người bệnh còn có thể bị khô da, ngứa toàn thân và mờ mắt.

* Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh ĐTD (WHO-1999)

Dựa vào một trong 3 tiêu chí:

- Mức glucose huyết tương lúc đói ≥ 7.0 mmol/l (≥ 126 mg/dl)

- Mức glucose huyết tương $\geq 11,1$ mmol/l (200mg/dl) ở thời điểm 2 giờ sau nghiệm pháp dung nạp glucose bằng đường uống.

- Có các triệu chứng của đái tháo đường (lâm sàng); mức glucose huyết tương ở thời điểm bất kỳ $\geq 11,1$ mmol/l (200mg/dl).

Những điểm cần lưu ý:

- Nếu chẩn đoán dựa vào glucose huyết tương lúc đói và/hoặc nghiệm pháp dung nạp tăng glucose máu bằng đường uống, thì phải làm 2 lần vào 2 ngày khác nhau.

- Có những trường hợp chẩn đoán đái tháo đường nhưng lại có huyết tương lúc đói bình thường. Trong những trường hợp đặc biệt này phải ghi rõ chẩn đoán bằng phương pháp nào. Ví dụ “Đái tháo đường type 2 – phương pháp tăng glucose máu bằng đường uống”.

4. Điều trị ĐTD type 2:

* Nguyên tắc chung:

- Nhằm khắc phục tình trạng đề kháng insulin và giảm tiết insulin của tế bào tuyến tụy.

- Để duy trì và ổn định mức đường huyết lâu dài cần có những thay đổi trong chiến lược điều trị. Tự tiếp cận từng bước sang điều trị kết hợp sớm, tích cực.

- Kiểm soát luôn những yếu tố nguy cơ khác (tăng huyết áp, rối loạn chuyển

hóa lipid máu...)

*** Mục tiêu điều trị:**

- Làm giảm các triệu chứng liên quan đến tăng Glucose máu.
- Đạt được sự kiểm soát chuyển hóa.
- Phòng ngừa biến chứng cấp, ngăn chặn hoặc làm chậm sự xuất hiện các biến chứng mạch máu nhỏ và lớn.

*** Mục tiêu kiểm soát chung:**

+ Glucose máu (người lớn) theo Hiệp hội ĐTĐ Hoa Kỳ (2013);

Glucose huyết tương mao mạch lúc đói: 70 – 130mg/dl (3,6 – 7,2 mmol/l)

Đỉnh Glucose huyết tương mao mạch sau ăn: < 180mg/dl (<10 mmol/L)

1-2 giờ sau khi bắt đầu ăn.

HbA1c <7%.

+ Huyết áp <140/80mmHg. Huyết áp tâm thu có thể < 130 mmHg ở người trẻ.

+ Lipid máu:

LDL – C <2,6mmol/L (<100mg/dL)

HDL – C > 1,1mmol/L (>50mg/dL)

Triglycerit <1,7mmol/L (<150mg/dL)

*** Kiểm soát đường huyết:** Các loại thuốc hạ đường huyết uống:

THUỐC	LIỀU LƯỢNG (mg/ngày)	LẦN SỬ DỤNG (viên)	CHỐNG CHỈ ĐỊNH
Sulfonuyureas thế hệ 2: - Glymepirid (Amaryl) - Glipizide - Gliclazide (Diamicron hay diamicron MR, predian)	1-8 2.5 -40 80-320 Hoặc 30-90	1 1-2 1-2 Hoặc 1 (uống trước ăn 1 lần duy nhất trong ngày gần bữa ăn)	Bệnh gan, thận
Meglitinide - Repaglinide (Novonorm)	0.5 - 16	1-39 (uống trước bữa ăn 15 phút)	Bệnh gan
Biguanide: - Metformin: Glucofast	500 -2500	1-3 (uống sau ăn)	Bệnh gan, thận
Ức chế Glucosidase: - Acarbose (glucobay)	500- 2500 3- 9	1 -3 (uống trong bữa ăn) 1-3	Bệnh gan, thận
Thiazolidinedione :	2-8	1-2 (uống theo	Bệnh gan,

- Rosiglitazone (Avandia)		bữa ăn hoặc không)	thận
---------------------------	--	-----------------------	------

Chiếc lược kiểm soát đường huyết: Thường được tiếp cận từng bước theo hình bậc thang đầu tiên là chế độ ăn và thể dục – điều trị một loại thuốc hạ đường huyết uống – kết hợp các nhóm thuốc hạ đường huyết uống – kết hợp insulin và thuốc hạ đường huyết – insulin.

Theo dõi:

Kiểm tra đường huyết 1 lần/tuần

Kiểm tra HbA1C 2 – 4 lần/năm

Khám mắt hàng năm

Kiểm tra microalbumine niệu hàng năm

Kiểm tra lipid máu, huyết áp.

II. Y HỌC CỔ TRUYỀN

- Do ăn quá nhiều chất béo ngọt, lại uống nhiều rượu, cả thức ăn và rượu điều tích nhiệt rồi hóa hỏa ở trung tiêu, hỏa nhiệt sẽ thiêu đốt tân dịch làm cho âm hư, âm hư nhiệt càng tích.

- Do tình chí thất điều: tinh thần căng thẳng làm cho thần tán hóa hỏa hoặc do ngũ chí cực uất cũng hóa hỏa. Hỏa sinh ra thiêu đốt phần âm của phủ tạng.

- Phòng dục quá độ làm thận thủy khô kiệt sinh ra khát nhiều và tiểu nhiều

- Biểu hiện chung là âm hư nội nhiệt: khát uống nước nhiều, ăn nhiều chóng đói, người gầy da khô, lưỡi thon đỏ, rêu lưỡi mỏng, mạch hoạt sắc, hoặc tế sắc.

1. Các thể lâm sàng

1.1 Thể phế âm hư

- Chủ yếu là khát nhiều, uống nước nhiều, họng khô.

- Lưỡi ít rêu.

- Thuộc thượng tiêu phế nhiệt.

1.2 Thể vị âm hư:

- Ăn nhiều vẫn đói muốn thêm ăn.

- Người gầy, khát, tiểu nhiều, đại tiện táo.

- Lưỡi đỏ, rêu vàng, mạch hoạt sắc.

- Thuộc trung tiêu khát, vị âm hư.

1.3. Thể thận âm hư, thận dương hư

- Tiểu tiện nhiều, nước tiểu ngọt, miệng khát, hồi hộp, lòng bàn tay bàn chân nóng, lưỡi đỏ không rêu, mạch tế sắc là thể thận âm hư.

- Nếu chân tay lạnh, người mệt mỏi, người gầy, mạch tế hoãn vô lực là thể thận dương hư.

2. Điều trị

2.1. Thể phế âm hư:

- **Pháp trị:** Dưỡng âm nhuận phế

- **Bài thuốc:**

+ **Bài 1:**

Sinh địa	Kỷ tử/Câu kỷ tử
Mạch môn	Bạch linh/Phục linh
Thiên hoa phấn	Ngũ vị tử
Hoàng kỳ	Mẫu đơn bì
Hoàng liên	Nhân sâm
(Thạch cao)	

+ **Bài 2:**

Thục địa	Hoài sơn
Sơn thù	Đan bì/Mẫu đơn bì
Bạch linh/Phục linh	Trạch tả

+ **Bài 3:**

Cao lá dâu tằm.

+ **Bài 4:** Tri bá địa hoàng gia vị

Sinh địa	20g	Tri mẫu	12g
Hoài sơn	20g	Hoàng bá	12g
Sơn thù	08g	Mạch môn	12g
Đơn bì	12g	Sa sâm	12g
Bạc linh	12g	Trạch tả	08g
Ngũ vị tử	04g		

+ **Bài 5:** Thiên hoa phấn thang

Thiên hoa phấn	20g	Mạch môn	16g
Ngũ vị tử	08g	Sinh địa	16g
Cam thảo	06g	Cát căn	10g

+ **Bài 6:** Lục vị địa hoàng hoàn gia giảm

Sinh địa	16g	Hoài sơn	12g
Sơn thù	12g	Trạch tả	12g
Bạch linh/Phục linh	12g	Đan/Đơn bì	12g
Thiên hoa phấn	12g	kỷ tử	12g
Thạch học	12g		

2.2. Thể Vị âm hư:

- **Pháp trị:** Dưỡng vị sinh tân

- **Bài thuốc:**

+ **Bài 1:** Tri bá địa hoàng gia giảm

Sinh địa	20g	Kỷ tử	12g
----------	-----	-------	-----

Hoài sơn	20g	Mạch môn	16g
Sơn thù	08g	Thạch học	12g
Thiên hoa phấn	08g	Đơn bì	12g

+ **Bài 2:** Tăng dịch thang gia giảm

Huyền sâm	20g	Sinh địa	20g
Thiên hoa phấn	16g	Mạch môn	16g
Khổ sâm cho lá	08g	Đại hoàng	06g
Cát căn	12g	Chỉ xác	06g

+ **Bài 3:** hỗ trợ điều trị đái tháo đường type 2 (Didala)

Cao khô lá dâu tằm.

2.3. Thể Thận âm hư:

- **Pháp trị:** Tư âm bổ thận sinh tân (thể thận âm hư)

Bài thuốc: Thục địa, Hoài sơn, Đan/Đơn bì/Mẫu Đơn bì, Trạch tả, Bạch linh/Phục linh, Sơn thù.

Bài thuốc: Thục địa, Táo nhục, Củ sừng, Thạch học, Hoài sơn, Tỳ giải.

Bài thuốc: Sinh địa, Mạch môn, Thiên hoa phấn, Hoàng kỳ, Kỷ tử/Câu kỷ tử, Bạch linh/Phục linh, Ngũ vị tử, Mẫu đơn bì/Đan bì/Đơn bì, Hoàng liên, Nhân sâm/Đảng sâm, (Thạch cao).

Bài thuốc:

+ Bài 1: Tri bá địa hoàng thang gia giảm

Sinh địa	20g	Kỷ tử	12g
Hoài sơn	20g	Mạch môn	16g
Sơn thù	08g	Thạch học	12g
Thiên hoa phấn	08g	Đơn bì	12g

+ Bài 2: nuôi dưỡng thận âm, sinh tân dịch, làm hết tiêu khát, giảm đường huyết (Diatyp)

Sinh địa	Mạch môn
Thiên hoa phấn	Hoàng kỳ
Câu kỷ tử	Thạch cao
Bạch linh	Ngũ vị tử
Mẫu đơn bì	Hoàng liên
Nhân sâm	

+ Bài 3: dưỡng thận, sinh tân, làm hết tiêu khát, bổ khí, giảm đường huyết (tieukhatling caps)

Sinh địa	Ngũ vị tử
Mạch môn	Mẫu đơn bì
Hoàng kỳ	Hoàng liên

Bạch linh	Nhân sâm
Thiên hoa phấn	Thạch cao
Kỉ tử	Magnesi stearate

+ Bài 4: BỔ thận, dưỡng can, sáng mắt, tăng thị lực (BỔ mắt)

Thục địa	Sơn thù
Hoài sơn	Mẫu đơn bì
Bạch linh	Trạch tả
Cúc hoa	Kỉ tử

2.4. Thể thận dương hư:

Pháp trị: BỔ dương, ích khí, dưỡng thận

Bài thuốc: Nhân sâm (Đảng sâm), Lộc nhung, Thục địa, Sơn thù, Ngưu tất, Xuyên khung, Hà thủ ô đỏ, Ba kích, Nhục thung dung, Đỗ trọng, Dương quy, Bạch truật, Kim anh, Nhục quế, Cam thảo.

Bài thuốc: Thục địa, Hoài sơn, Đan/Đơn bì/Mẫu Đơn bì, Trạch tả, Bạch linh/Phục linh, Sơn thù, Phụ tử chế/Hắc phụ, Quế/Quế nhục.

Bài thuốc: Thục địa, Hoài sơn, Đan/Đơn bì/Mẫu Đơn bì, Trạch tả, Xa tiền tử, Ngưu tất, Bạch linh/Phục linh, Sơn thù, Phụ tử chế/Hắc phụ, Quế/Quế nhục.

+ Bài Bát vị quế phụ gia giảm

Thục địa	20g	Trạch tả	12g
Tang phiêu tiêu	04g	Hoài sơn	12g
Đơn bì	12g	Kim anh tử	12g
Khiếm thực	08g	Sơn thù	08g
Nhục quế	08g	Phụ tử chế	04g

+ Bài Thận khí hoàn:

Sinh địa	20g	Trạch tả	12g
Hoài sơn	12g	Hoàng kỳ	12g
Đơn/Đan bì	12g	Kim anh tử	12g
Khiếm thực	08g	Sơn thù	08g
Quế chi	04g	Phụ tử chế	04g
Thiên hoa phấn	12g	Bạch linh (Phục linh)	12g

* Thuốc thành phẩm:

- Hoàn lục vị.
- Lục vị nang.
- Lục vị ACP
- Bát trân nang.
- Hoàn bổ thận.
- Diatyp 05 viên x 3 lần/ ngày uống
- Tieukhatling caps 05 viên x 3 lần/ ngày uống

- Didata 4-6 viên/ngày, chia làm 2-3 lần uống
- Hữu quy phương: 5-9 viên, ngày 3 lần uống sau bữa ăn, uống với nước ấm
- Song hảo đại bổ tinh f
- Flavital 500: 4 viên chia 2 lần sang tối

III. ĐIỀU TRỊ KHÔNG DÙNG THUỐC:

1. Laser nội mạch ngày 1 lần: liệu trình khoảng 10-20 lần

2. Châm cứu liệu trình 5-10 ngày x 2-4 liệu trình trong trường hợp đường huyết ổn định:

- Châm bổ lưu kim 30 phút/lần/ngày; công thức huyết: Thận du, Tỳ du, Vị du, Thái khê, Phục lưu, Tam âm giao.

- Châm tả lưu kim 15-20 phút/lần/ngày, công thức huyết: Thái xung, Túc tam lý, Phong long.

3. Xoa bóp bấm huyết.

4. Tập VLTL (dụng cụ)

5. Điều trị bằng tia hồng ngoại

6. Điều trị bằng các dòng điện xung (trong trường hợp sinh hiệu ổn định)

7. Tập dưỡng sinh:

- Thư giãn.
- Thở 4 thời có kê môn và giờ chân
- Tam giác, vận cột sống, Rắn hổ mang.

8. Bó parafin

9. Ăn uống kiêng cử đúng cách:

- Giảm chất bột, chất mỡ, giữ nguyên lượng đạm (tổng số calori trong ngày được phân bổ như sau: 65% tinh bột, 15% đạm, 20% chất béo)... Giảm hẳn các đường hấp thu nhanh có nhiều trong các loại bánh kẹo, thức uống có ga...

- Bỏ thuốc lá, bỏ rượu.
- Tăng chất xơ (30 – 40g/ngày), rau quả vừa chín
- Điều chỉnh cân nặng tối ưu. Đi bộ 30 phút/ngày, 3 lần/tuần.
- Tập thể dục buổi sáng 15 phút.

VIÊM DẠ DÀY – TÁ TRÀNG

* CHUẨN BỊ:

- Cán bộ y tế: bác sĩ, điều dưỡng
- Phương tiện: thuốc, các phương pháp không dùng thuốc theo quy trình này và các dụng cụ khám bệnh có tại khoa.
- Hồ sơ bệnh án theo mẫu của Bộ y tế.

I. Y HỌC HIỆN ĐẠI:

1. Lâm sàng:

- Đau vùng thượng vị:
 - + Kéo dài 15 phút đến 1 giờ, có thể khu trú ở bên (T) nếu là loét dạ dày, hoặc bên (P) nếu là loét tá tràng. Con đau có thể lan ra vùng hông sườn (P) hoặc có thể chỗi ra sau lưng.
 - + Con đau có tính chu kỳ và trở nên đau dai dẳng liên tục nếu là loét lâu ngày hoặc loét xơ chai.
 - + Con đau thường xuất hiện lúc đói, về đêm có tính chất quặn thắt hoặc nóng rát hoặc nặng nề âm ỉ.
 - + Trong con đau, khám có thể phát hiện vùng thượng vị đề kháng khi sờ nắn.
- Có thể kèm theo rối loạn tiêu hóa như: táo bón, nôn mửa, buồn nôn, cảm giác chậm tiêu.

2. Cận lâm sàng:

- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi.
- Xét nghiệm phân: soi tươi tìm kí sinh trùng đường ruột.
- Nước tiểu 10 thông số.
- Nội soi: Xác định vị trí và mức độ tổn thương làm sinh thiết tế bào để tiên lượng điều trị xét nghiệm dịch vị dạ dày tá tràng.
 - Clotest.
 - Huyết thanh kháng HP.
 - Echo: Gan mật và tụy để chẩn đoán các bệnh phối hợp thường gặp như xơ gan, sỏi mật u tụy.

3. Điều trị:

- Thuốc giảm đau: Spasmaverin (Alverin) 40mg 1 viên x 2 lần/ngày (uống).
- Thuốc băng niêm mạc dạ dày: Phosphalugel (Varogel) gói 12,38g (uống).
- Thuốc kháng axit: Omeprazol viên 20mg (uống).
- Thuốc kháng HP: (phác đồ điều trị).

*Clarithromycin + Amoxicillin

(20mg x 2 lần/ngày + 0,5g x 2 lần/ngày + 1g x 2 lần/ngày)

*Omeprazole + Clarithromycin+ Metronidazol

(20mg x 2 lần/ngày + 0,25g x 2 lần/ngày + 0,5g x 2 lần/ngày)

*Omeprazole + Amoxicillin + Metronidazol

(20mg x 2 lần/ngày + 1g x 2 lần/ngày + 0,5g x 2 lần/ngày)

*Omeprazole + Tetracyclin + Metronidazol

(20mg x 2 lần/ngày + 1g x 2 lần/ngày + 0,5g x 2 lần/ngày)

*Omeprazole + BMT (Bismuth + Metronidazol + Tetracyclin) từ 1 đến 2 tuần tấn công, sau đó duy trì Omeprazol 1 lần/ngày (uống) x 4-8 tuần.

Nếu tái nhiễm HP mà không kèm loét thì sử dụng phác đồ 4 trong 1 tuần.

- Nên lựa chọn công thức thích hợp cho mỗi bệnh nhân.

* Thủy châm: Dùng vitamin nhóm B (Bedouza, Vitamin B12 kabi...) thủy châm các huyết nâng đỡ thể trạng, liệu trình khoảng 1-2 tuần.

- Vitamin B12 100mcg 01 ống thủy châm/lần/ngày.

II. Y HỌC CỔ TRUYỀN:

Theo YHCT bệnh viêm loét dạ dày tá tràng thuộc phạm vi chứng Vị quản thống, Vị thống.

Có 2 nhóm nguyên nhân:

- Ngoại nhân: Hàn, thấp tà

- Nội nhân: Âm thực thất điều, tình chí uất kết.

1. Đau thượng vị do hàn tà:

Do cảm nhiễm ngoại hàn hoặc ăn thức ăn sống lạnh.

- Triệu chứng: Đau thượng vị từng cơn, sợ lạnh, thích nóng, uống nước nóng hoặc chườm nóng thượng vị thì giảm đau, không khát. Rêu lưỡi trắng, mạch khẩn (khi đang đau).

- Pháp trị: Tán hàn, chỉ thống

- Phương dược: Bán hạ hậu phác thang:

Bán hạ chế	08g	Sinh khương	08g
Hậu phác	10g	Tử tô	12g
Tỳ giải	12g		

2. Đau thượng vị do thức ăn bị đình trệ:

- Triệu chứng: Bụng đầy chướng, nặng tức khó chịu vùng thượng vị, ợ hơi, nuốt chua. Nôn thức ăn chưa tiêu. Nôn xong đau bụng giảm, đại tiện không thông. Rêu lưỡi dày bản.

- **Pháp trị:**

+**Bài thuốc: Tiêu thực đạo trệ.**

Mã đề	12g	Nghệ	12g
Cúc tần	16g	Thủy xương bò	12g
Hương phụ chế	12g		

+**Bài thuốc:**

Cao Cồn nghệ/nghệ Trần bì

Cao mật heo

+Bài thuốc:

Lá khô	Dạ cẩm
Cỏ hàn the	Khổ sâm
Ô tặc cốt.	

3. Can khí phạm vị:

3.1. Khí trệ: Còn gọi là khí uất.

- **Triệu chứng:** Đau thượng vị từng cơn cảm giác nặng bụng khó chịu, buồn nôn, ợ hơi hoặc trung tiện được thì nhẹ. Đau nhức lan ra 2 mạn sườn, đau không ưa xoa nắn, ấn vào đau tăng, đại tiện không thông. Chất lưỡi bệu, rêu trắng nhầy, mạch huyền hoạt hữu lực.

- **Pháp trị:** Sơ can lý khí

- **Phương dược:**

+Bài thuốc: Sài hồ sơ can thang:

Sài hồ	16g	Bạch thược	12g
Cam thảo	08g	Chi xác (sao)	08g
Hương phụ chế	12g	Xuyên khung	08g

+Bài thuốc:

Bột nha đam tử	Berberin
Cao tỏi	Mộc hương (cao khô)
Cát căn (bột)	

4. Hỏa uất:

- **Triệu chứng:** Đau nóng rát vùng thượng vị, miệng khô đắng, hay nôn, ợ chua, dễ bực mình, hay cáu gắt, ăn kém, đầy bụng lâu tiêu. Đau tăng khi tức giận, lo lắng, tiểu vàng nóng, chất lưỡi đỏ, rêu vàng. Mạch huyền sắc.

- **Pháp trị:** Sơ can tiết nhiệt chỉ thống

- **Phương dược:**

+Bài thuốc: Tiêu giao tán gia giảm

Sài hồ	16g	Đương qui	12g
Uất kim	12g	Bạch thược	12g
Hương phụ chế	08g	Bạch truật	12g
Bạch linh	16g	Chích thảo	06g

+Bài thuốc:

Cao chè dây

5. Tỳ vị hư hàn:

- **Triệu chứng:** đầy hơi, lạnh bụng, tức bụng, đau âm ỉ suốt ngày. Khi đau thích ấn, thích xoa, thích chườm nóng, cơ thể có buồn nôn, nôn nước trong. Ăn kém, gầy sút, môi mết, hơi thở ngắn, tiểu lỏng, da niêm nhợt, môi tái, lưỡi nhợt

bệu, rêu trắng nhày ướt rung, mạch trầm nhược hoặc trầm tế.

- **Phép trị:** ôn trung, tán hàn, chỉ thống.

- **Phương dược:**

+Bài thuốc: Hương sa lục quân thang

Đảng sâm	12g	Bạch linh	12g
Bạch truật	12g	Cam thảo	08g
Trần bì	08g	Bán hạ chế	08g
Mộc hương	12g	Sa nhân	12g

+Bài thuốc:

Đảng sâm	Hoàng kỳ
Đương quy	Bạch truật
Thăng ma	Sài hồ
Trần bì	Cam thảo
Đại táo	Sinh khương

6. **Huyết thoát:**

* **Huyết ứ thoát:**

- Triệu chứng: Nôn ra máu đỏ tươi, tiêu phân đen. Đau cố định một chỗ, đau như kim châm, môi khô, lưỡi đỏ, rêu vàng, lưỡi có điểm tím đen, mạch tế sác hoặc sáp.

Kết hợp cấp cứu nội khoa xuất huyết tiêu hóa.

- Pháp trị: Hoạt huyết, lương huyết, chỉ huyết, chỉ thống.

- Pháp trị: Hành huyết, chỉ huyết, dưỡng huyết.

- Phương dược:

Sinh địa	20g	Hoàng cầm	12g
Đan sâm	08g	A giao	12g
Cam thảo	08g	Chi tử	12g
Trắc bá diệp(sao đen)	12g	Cỏ mực(Sao đen)	12g
Uất kim	08g		

- Phương huyết:

Châm tả: can du, tỳ du, thái xung, huyết hải, hợp cốc.

* **Huyết hư thoát:**

- Triệu chứng: có bệnh vị quản thống lâu ngày, đột nhiên thấy đau tăng vùng thượng vị. sắc mặt xanh, tái nhợt, chân tay vã mồ hôi, nôn ra máu hoặc tiêu phân đen. Môi nhợt nhạt, lưỡi nhợt bệu, rêu nhầy, có điểm ứ huyết. Mạch vi tế vô lực.

Kết hợp cấp cứu nội khoa xuất huyết tiêu hóa.

- Pháp trị: Bổ huyết, chỉ huyết, chỉ thống.

- Phương dược: Tứ vật thang gia vị:

Xuyên khung	12g
Sinh địa	16g

Đương qui 12g

Bạch truật 12g

Bạch thược 12g

Đơn bì 08g

Gia trác bá diệp (sao đen) 12g, Bột tam thất 05g

* Nếu bệnh nhân không thuộc các thể trên có thể dùng đôi chứng lập phương.

- Nếu bệnh nhân lo lắng, gắt gỏng gia: Sài hồ, phục linh.
- Đau tính chất quặn thắt kéo dài gia: bạch thược, cam thảo.
- Lợm giọng buồn nôn gia: bạch truật, ô tặc cốt, mẫu lệ.
- Cảm giác nóng rát, cồn cào gia: đương quy, đại táo.
- Đau chướng bụng, tiêu lỏng gia: can khương.

* **Thuốc thành phẩm:**

- Trà tiêu thực
- Hoàn dưỡng vị
- Hoàn tiêu trệ
- Đại tràng HD: Người lớn: 2-3 viên/lần, ngày 3 lần.
Trẻ em trên 8 tuổi: Mỗi lần uống 1 viên, ngày 3 lần.

- Ampelop:

- Cholapan: Người lớn: Uống 2 viên x 2 lần/ngày.

Trẻ em từ 5 tuổi đến dưới 15 tuổi: Uống 1 viên x 2 lần/ngày.

Trường hợp đau nhiều, uống gấp đôi.

- Bỏ trung ích khí: Uống 1 ống x 2-3 lần/ngày

- Folitat dạ dày: Người lớn: ngày uống 3 lần. Mỗi lần 1-2 viên.

Trẻ em: ngày uống 2 lần. Mỗi lần 1 viên.

- Botidana: Người lớn: ngày uống 3 lần. Mỗi lần 3 viên.

Trẻ em: ngày uống 3 lần. Mỗi lần 2 viên.

Phương pháp không dùng thuốc

Phương huyết: Lưu 20-30 phút/ lần/ ngày x 5-10 ngày một liệu trình x 2-4 liệu trình.

Châm tả: Thái xung, Tam âm giao, Túc tam lý, Trung quản, Thiên xu, Nội đình, Hợp cốc, Quan nguyên, khí hải, can du, tỳ du, cao hoang, cách du, tâm du.

Châm bổ: Can du, Tỳ du, Vị du, Nội quan.

Nhĩ châm: Vùng dạ dày, vùng giao cảm.

* Trong YHCT ngoài điều trị bằng thuốc và châm cứu ta còn có thể hướng dẫn bệnh nhân tập dưỡng sinh và các chế độ ăn uống như:

- Nghỉ ngơi hợp lý, ăn uống theo chế độ bệnh lý: ăn các chất dễ tiêu, kiên dùng các chất kích thích, chua cay, quá nóng, quá lạnh.

- Nhu châm: công thức huyết: thái xung, tam âm giao, trung quản, thiên xu, nội đình, hợp cốc, quan nguyên, khí hải, can du, tỳ du, vị du, nội quan.

- Tập dưỡng sinh:

. Xoa bóp: xoa trung tiêu, vận cột sống cổ ngược chiều,...

. Thư giãn, thở 4 thời

VIÊM GAN MẠN

* CHUẨN BỊ:

- Cán bộ y tế: bác sĩ, điều dưỡng.
- Phương tiện: thuốc, các phương pháp không dùng thuốc theo quy trình và các dụng cụ khám bệnh có tại khoa.
- Hồ sơ bệnh án theo mẫu của Bộ Y tế.

I. Y HỌC HIỆN ĐẠI:

Viêm gan mạn là hiện tượng viêm và hoại tử tế bào gan liên tục, kéo dài > 6 tháng, men gan: SGOT, SGPT ≥ 2 lần trị số bình thường.

1. Nguyên nhân:

Do siêu vi.

Viêm gan tự miễn hoặc không rõ nguyên nhân.

2. Triệu chứng lâm sàng:

- Mệt mỏi, khó chịu, chán ăn, mụn trứng cá, đau khớp, vàng da.

3. Cận lâm sàng:

- Công thức máu thường qui + TPTNT.
- Sinh hóa: AST, ALT, albumine, bilirubin, HBsAg, HbeAg, AntiHCV, GGT, AFP.
- Ion đồ.
- Siêu âm bụng tổng quát.
- Xét nghiệm phân.

4. Điều trị:

Thuốc cải thiện chuyển hóa tế bào gan (Hepasell, Nissel)

Biphenyl dimethyl dicarboxylat 25mg 2 viên x 2 lần / ngày uống.

Arginin 200mg 1 viên x 2 lần / ngày (uống).

II. Y HỌC CỔ TRUYỀN :

* **Quan niệm YHCT:** Hoàng đản, Hiếp thống.

1. Nguyên nhân:

- . Thấp nhiệt tà
- . Tửu độc
- . Ăn uống
- . Lao lực

2. Lâm sàng:

2.1. thể can uất tỳ hư: viêm gan mạn tồn tại chuyển sang mạn tiến triển

- Triệu chứng:

- . Đau tức nặng vùng hông sườn (P).
- . Miệng đắng, ăn kém, đại tiện phân nhão.
- . Người mệt mỏi.
- . mạch huyền.

- Phép trị: Sơ can, kiện tỳ.

- Phương dược: sài hồ sơ can thang gia giảm

Sài hồ	12g	Bạch thực	08g
Chỉ thực	08g	Xuyên khung	08g

Hậu phác	08g	Cam thảo	06g
Đương quy	12g	Đại táo	12g

* Nếu kích thích tiêu hóa gia: Bạch truật, Trần bì.

* Nếu cảm giác đau tức nặng vùng gan thì tăng liều

Bạch thược	12g	Xuyên khung	10g
Hậu phác	10g	Cam thảo	06g

2.2. Can nhiệt tỳ thấp (viêm gan mạn tiến triển)

- Triệu chứng:

- . Miệng đắng, khô nhớt, chán ăn, bụng đầy chướng.
- . Đau nhiều vùng gan.
- . Da vàng xám.
- . Tiểu tiện vàng.
- . Chất lưỡi đỏ, rêu vàng.
- . Mạch huyền.

- Phép trị: Thanh nhiệt, trừ thấp.

- Phương dược: Nhân trần ngũ linh gia giảm

Nhân trần	20g	Bạch truật	12g
Tỳ giải	12g	Trư linh	08g
Trạch tả	12g	Quế chi	06g

* Nếu có sốt: gia Đơn bì

* Nếu lợi mật-tống mật: tăng liều Nhân trần, gia thêm Hoạt thạch 12g

2.3. Thể can âm hư (giai đoạn thuyên giảm sau viêm gan mạn tiến triển).

- Triệu chứng:

- . Hồi hộp, ngủ ít.
- . Lòng bàn tay, bàn chân nóng.
- . Sốt âm i 37,5°C đến 38°C.
- . Khát nước, họng khô hay gât gồng.
- . Táo bón, nước tiểu vàng.
- . Lưỡi đỏ.
- . Mạch: Huyền tế sắc.

- Phép trị: Tư dưỡng can âm

- Phương dược: Nhất quán triển gia giảm

Sa sâm	10g	Sinh địa	12g
Mạch môn	12g	Bạch thược	10g
Kỷ tử	10g	Trình nữ tử	10g

* **Chú ý:** cả 3 thể trên có thể gia thêm: Sài đất, Diệp hạ châu, Bán chỉ liên, Bạch hoa xà tiết thảo, Cam thảo đất, Artichaut, Cây cách...

* Thuốc thành phẩm:

- Bibiso: Người lớn: ngày uống 3 lần. Mỗi lần 2-4 viên.

Trẻ em: ngày uống 3 lần. Mỗi lần 1-2 viên.

- Diệp hạ châu: Người lớn: ngày uống 3 lần. Mỗi lần 2 viên.

Trẻ em: ngày uống 2 lần. Mỗi lần 1 viên.

- Cynaphytol.

- Pharnanca: Người lớn: ngày uống 2 lần. Mỗi lần 2-4 viên.

Trẻ em: theo sự hướng dẫn của thầy thuốc.

- Phyllantol: Người lớn: ngày uống 2 lần. Mỗi lần 2-4 viên, đợt dùng 10-

20 ngày với bệnh cấp tính, 3-6 tháng với bệnh mãn tính.

Trẻ em: 40mg/kg thể trọng/ngày, thời gian điều trị như đối với người lớn.

- Diệp hạ châu vụn xuan: Người lớn: ngày uống 2-3 lần. Mỗi lần 1-2 gói, đợt dùng 10-20 ngày với bệnh cấp tính; 3-6 tháng hay dài hơn với bệnh mãn tính.

Trẻ em: 0,5-1g/kg thể trọng/ngày, chia nhiều lần trong ngày.

- Thuốc uống Actiso: Người lớn: ngày uống 2 lần. Mỗi lần 1-2 ống.

Trẻ em: ngày uống 2 lần. Mỗi lần 1/2-1 ống.

- Abivina: Người lớn: ngày uống 3 lần. Mỗi lần 3-4 viên.

Trẻ em: ngày uống 3 lần. Mỗi lần 1-2 viên.

- Cenditan: Người lớn: ngày uống 3 lần. Mỗi lần 2 viên.

- Bình can ACP: Người lớn: ngày uống 3 lần. Mỗi lần 3 viên.

Trẻ em: ngày uống 3 lần. Mỗi lần 1-2 viên.

*** Tập dưỡng sinh.**

*** Chế độ ăn uống nghỉ ngơi:**

- Tránh lao lực nặng, khi bệnh tiến triển cần nhập viện.
- Không dùng bia, rượu.
- Hạn chế muối mỡ trong khẩu phần ăn.
- Đảm bảo cung cấp đủ năng lượng cho người bệnh (2000-3000 kcal/ngày), trong đó protid dùng khoảng 1g/kg cân nặng/1 ngày.
- Ăn nhiều hoa quả rau tươi./.

VIÊM GAN SIÊU VI

* **CHUẨN BỊ:**

- Cán bộ y tế: bác sĩ, điều dưỡng.
- Phương tiện: thuốc, các phương pháp không dùng thuốc theo quy trình này và các dụng cụ khám bệnh có tại khoa.
- Hồ sơ bệnh án theo mẫu của Bộ y tế.

I. Y HỌC HIỆN ĐẠI:

* Có 5 loại siêu vi gây viêm gan:

- HAV: picornavirus
- HBV: hepadnavirus
- HCV: flavivirus
- HDV: viroides
- HEV: calcivirus

1. Triệu chứng lâm sàng viêm gan siêu vi cấp:

1.1. thời kỳ ủ bệnh:

- HAV: 15- 40 ngày
- HBV: 30 – 180 ngày
- HCV: 15-150 ngày
- HDV: liên kết với HBV
- HEV: 15-60 ngày

1.2. Thời kỳ tiền vàng da: 3-7 ngày

- Mệt mỏi, chán ăn, buồn nôn, nôn ói, tiểu sậm màu.
- Tam chứng caroli: nhức đầu, nổi mề đay, đau khớp.

1.3. Thời kỳ vàng da: 3-6 tuần

- Vàng da, tiểu sậm màu.
- Gan hơi to và đau
- Lách, hạch to (10%)

1.4. Thời kỳ hồi phục: 3-6 tuần

- Giảm vàng da, nước tiểu bớt vàng.
- Ăn uống được

2. Cận lâm sàng:

- Công thức máu thường qui + TPTNT.
- Sinh hóa: AST, ALT albumine, bilirubin, HBsAg, HbeAg, AntiHCV, GGT, AFP.
- Ion đồ.
- Siêu âm bụng tổng quát.
- Xét nghiệm phân.

3. Chẩn đoán:

* **Hội chứng hoại tử:**

ALT, AST tăng cao > 1000 U/L: cấp

ALT, AST tăng nhẹ, trung bình (100- 300 U/L): mãn

* **Hội chứng tắc mật:** bilirubine tăng

* **Hội chứng viêm:** gamma globuline tăng

* **Hội chứng suy tế bào gan:** NH₃ tăng, TQ kéo dài trong trường hợp nặng.

- Chẩn đoán siêu vi B: HBsAg, IgG AntiHCB, HBeAg, HBV, DNA.

- Chẩn đoán siêu vi C : AntiHDV, HDV.RNA
- Chẩn đoán siêu vi D: AntiHDV, HDV.RNA

3.1. Viêm gan siêu vi B cấp:

Triệu chứng lâm sàng: kéo dài < 6 tháng.

* Cận lâm sàng:

- TRANSAMINASA (SGPT) tăng trên 5 lần trị số bình thường.
- BILIRUBINE trực tiếp và gián tiếp gia tăng
- HBsAg (+)
- IgM anti HBc (+): quan trọng nhất.
- Siêu âm không dùng để chẩn đoán xác định VGSV B cấp.

3.2. Viêm gan siêu vi B mạn:

Triệu chứng lâm sàng: kéo dài > 6 tháng.

* Cận lâm sàng:

- TRANSAMINASA (SGPT) gia tăng kéo dài > 6 tháng
- BILIRUBINE tăng
- HBsAg (+) kéo dài > 6 tháng
- HBeAg (+), Anti HBcIgC (+), HBV DNA(+)
- BILIRUBINE trực tiếp gián tiếp gia tăng

4. Điều trị:

4.1. Nguyên nhân điều trị:

- Nhập viện.
- Nghỉ ngơi, giới hạn vận động, không bắt buộc tuyệt đối nằm trên giường.
- Dinh dưỡng hợp lý: sử dụng nhiều glucid, một ít chất protid, kiêng chất béo.
- Thuốc chống siêu vi: interferon, lamivudine, thymosin.
- Các loại corticosteroids: chỉ định giới hạn trong thể vàng da cấp.

4.2. Thuốc điều trị VGSV B:

Lamivudin (Befadin, Pilafix) 100mg/ngày, thời gian 1 năm.

Biphenyl dimethyl dicarboxylat 25mg 2 viên x 2 lần/ngày uống.

Arginin 200mg 1 viên x 2 lần/ngày (uống).

- Các loại corticosteroids: chỉ định giới hạn trong thể vàng da cấp.

II. Y HỌC CỔ TRUYỀN:

Quan niệm YHCT:

Hoàng đản, Hiếp thống.

1. Nguyên nhân:

- Ngoại cảm
- Âm thực
- Hậu thiên

2. Các thể lâm sàng:

Có 2 thể chính:

- Dương hoàng (cấp tính)
- Âm hoàng (mạn tính)

2.1. Thể dương hoàng:

2.1.1. Có vàng da:

- Triệu chứng:

- . Toàn thân vàng, sắc vàng sáng.
- . Đau hạ sườn (p)
- . Lợm giọng, buồn nôn, ăn kém, đầy bụng, miệng đắng.
- . Mệt mỏi, sợ lạnh.
- . Rêu lưỡi vàng dày.
- . Mạch nhu sắc.

- Phép trị: thanh nhiệt, táo thấp, thoái hoàng, lợi niệu, nhuận trường,.

- Phương dược: nhân trần cao thang phối hợp tử linh tán gia giảm

Nhân trần	20g
Đại phúc bì	12g
Sa tiền tử	20g
Diệp hạ châu	20g
Chi tử(sao)	12g
Trư linh	12g
Trạch tả	12g

* Nếu sốt nhiều, miệng khô, rêu lưỡi vàng, mạch sắc gia thêm:

Hoàng bá	12g
Liên kiều	12g
Thạch斛	10g
Cát căn	12g

* Nếu mệt mỏi bụng đầy chướng thì gia thêm

Thương truật	12g
Hậu phác	10g
Bán hạ (chế)	08g
Trần bì	06g

2.1.2.Không vàng da:

- Triệu chứng:

- . Người mệt mỏi, vô lực.
- . Ăn kém, chán ăn, chàm tiêu.
- . Tiểu vàng, đại tiện táo hay nát.
- . Chết lưỡi vàng dính.
- . Mạch huyền sắc.

- Phép trị: thanh nhiệt, lợi thấp

- Phương dược: ngũ linh tán gia giảm

Tỳ giải	12g
Trạch tả	10g
Kim ngân	16g
Đại phúc bì	08g
Diệp hạ châu	20g
Trư linh	10g
Sa tiền tử	16g
Nhân trần	20g
Ý dĩ	12g

2.2.Thể âm hoàng:

***Thể can uất tỳ hư khí trệ:**

- Triệu chứng:
 - . Người mệt mỏi
 - . Đau tức nặng vùng hạ sườn (p), ngực sườn đầy tức.
 - . Miệng đắng ăn kém
 - . Đại tiện nát, tiểu tiện vàng
 - . Chết lưỡi nhợt, rêu trắng mỏng
 - . Mạch huyền
- Phép trị: sơ can, kiện tỳ, lý khí.
- Phương dược: sài thực lục quân thang gia giảm.

Bạch truật 12g
 Bạch linh 10g
 Sài hồ 12g
 Trần bì 06g
 Diệp hạ châu 20g
 Đẳng sâm 12g
 Cam thảo 06g
 Bạch thực 12g
 Bán hạ (chế) 08g

*** Thuốc thành phẩm:**

- Bibiso: Người lớn: ngày uống 3 lần. Mỗi lần 2-4 viên.
 Trẻ em: ngày uống 3 lần. Mỗi lần 1-2 viên.
 - Diệp hạ châu: Người lớn: ngày uống 3 lần. Mỗi lần 2 viên.
 Trẻ em: ngày uống 2 lần. Mỗi lần 1 viên.
 - Cynaphytol.
 - Pharnanca: Người lớn: ngày uống 2 lần. Mỗi lần 2-4 viên.
 Trẻ em: theo sự hướng dẫn của thầy thuốc.
 - Phyllantol: Người lớn: ngày uống 2 lần. Mỗi lần 2-4 viên, đợt dùng 10-20 ngày với bệnh cấp tính, 3-6 tháng với bệnh mãn tính.
 Trẻ em: 40mg/kg thể trọng/ ngày, thời gian điều trị như đối với người lớn.
 - Diệp hạ châu vạn xuân: Người lớn: ngày uống 2-3 lần. Mỗi lần 1-2 gói, đợt dùng 10-20 ngày với bệnh cấp tính; 3-6 tháng hay dài hơn với bệnh mãn tính.
 Trẻ em: 0,5-1g/kg thể trọng/ ngày, chia nhiều lần trong ngày.
 - Thuốc uống Actiso: Người lớn: ngày uống 2 lần. Mỗi lần 1-2 ống.
 Trẻ em: ngày uống 2 lần. Mỗi lần 1/2-1 ống.
 - Abivina: Người lớn: ngày uống 3 lần. Mỗi lần 3-4 viên.
 Trẻ em: ngày uống 3 lần. Mỗi lần 1-2 viên.
 - Bình can ACP: Người lớn: ngày uống 3 lần. Mỗi lần 3 viên.
 Trẻ em: ngày uống 3 lần. Mỗi lần 1-2 viên.

*** Tập dưỡng sinh.**

*** Chế độ ăn:**

- Hạn chế dầu mỡ, rượu bia
- Ăn nhiều rau quả tươi

*** Phòng bệnh:**

Tiêm ngừa VGSV B

XƠ GAN

* CHUẨN BỊ:

- Cán bộ y tế: bác sĩ, điều dưỡng.
- Phương tiện: thuốc, các phương pháp không dùng thuốc theo quy trình này và các dụng cụ khám bệnh có tại khoa.
- Hồ sơ bệnh án theo mẫu của Bộ Y tế.

I. Y HỌC HIỆN ĐẠI:

Xơ gan là một bệnh lý có nhiều biểu hiện lâm sàng phản ánh 1 tổn thương nhu mô gan không hồi phục, bao gồm sự hóa sợi lan tỏa phối hợp với sự thành lập của đảo nhu mô gan tân sinh. Những hình ảnh này là kết quả từ sự hoại tử tế bào gan, sự sụp đổ hệ thống võng nội mô nâng đỡ cùng với sự ứ đọng các mô liên kết, sự rối loạn hệ thống mạch máu và sự tân tạo những nốt chủ mô gan.

1. Nguyên nhân:

- Viêm gan virus: virus B, virus C...
- Nghiện rượu
- Xơ gan mật nguyên phát
- Xơ gan mật thứ phát
- Thuốc và hóa chất
- Sự thiếu dinh dưỡng
- Ký sinh trùng
- Xơ gan do mạch máu hoặc xơ gan xung huyết
- Xơ gan do những rối loạn chuyển hóa di truyền
- Xơ gan lách to kiểu Banti
- Xơ gan sacorit
- Xơ gan căn nguyên ẩn

2. Triệu chứng:

2.1. Thể xơ gan tiềm tàng:

Không có triệu chứng lâm sàng, phát hiện do tinh cờ phẫu thuật bụng vì nguyên nhân khác, quan sát có hình ảnh xơ gan

2.2. Thể xơ gan còn bù tốt:

- * Lâm sàng:
 - Cơ năng: rối loạn tiêu hóa, tức nhẹ vùng hạ sườn phải, nước tiểu vàng sẫm...
 - Thực thể: có thể gan hơi to và chắc, lách to quá bờ sườn, có sao mạch ở lưng và bụng, mẩn đỏ ở lòng bàn tay, móng tay khô trắng...
- * Cận lâm sàng:
 - Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi
 - Định lượng: urê, glucose, creatinin, bilirubin, TP-TT-GT, protein TP, albumin, gamma globulin, A/G, AST, ALT, GGT, AFP, HBsAg, Anti HCV
 - Ion đồ
 - ECG
 - Siêu âm bụng tổng quát
 - Nước tiểu 10 thông số
 - Xét nghiệm phân

2.3.Thể xơ gan mất bù:

* Lâm sàng:

- Toàn thân: gầy sút, huyết áp thấp
- Cơ năng: rối loạn tiêu hóa thường xuyên, chán ăn, ăn không tiêu, đại tiện lỏng, sần, mệt mỏi, chảy máu cam, chân răng
- Thực thể: da mặt xạm, nhiều đám xuất huyết dưới da, phù 2 chân, gan teo, cổ trướng, lách to chắc

3.Điều trị:

- Điều trị cổ trướng:
 - + Nhóm lợi tiểu tác động vào ống thận xa:
Spironolacton: 100-200mg/ ngày; tối đa 400mg/ngày (600mg/ngày)
Tăng liều mỗi 3-5 ngày nếu thấy không đáp ứng
 - + Nhóm lợi tiểu quai: thường phối hợp với nhóm lợi tiểu kháng aldosteron
Furosemide: 40-80mg/ngày, tối đa 240mg/ngày
 - +Nhóm thiazide: dùng phối hợp thêm nếu 2 nhóm thuốc trên không hiệu quả nhưng làm tăng hậu quả mất Na+
- Thuốc cải thiện chuyển hóa tế bào gan:
Biphenyl dimethyl dicarboxylat 25mg 2viên x 2lần/ngày uống
- truyền dịch: huyết tương tươi, human albumin 20%, và các dung dịch giàu acid amin phân nhánh (morihepamin)
- Dự phòng xuất huyết tiêu hóa do giãn vỡ tĩnh mạch thực quản:
Propranolol 40mg: 1/4 viên/ngày/uống
Imdur(isosorbit mononitrat) 30mg-60mg 1 viên uống/ ngày
- Tăng sức đề kháng, bền thành mạch:
Rutin C 100mg 2 viên x 2 lần/ngày/uống
Arginin 200mg 1 viên x 2 lần/ngày/uống
- Chống táo bón: lactulose 40-60/ngày (duphalac 1-2 gói/ ngày)
- Kháng sinh điều trị nhiễm trùng dịch báng:
Ciprofloxacin 500mg 1 viên x 2 lần/ngày uống
Ofloxacin 200mg 1 viên x 2 lần/ ngày sử dụng liên tục đến khi bệnh nhân không còn dịch báng.

II. Y HỌC CỔ TRUYỀN:

1.Bệnh danh:

Cổ trướng, chứng tích, hiệp thống, hoàng đản, can ngạnh hóa.

2.Nguyên nhân:

Tình chí uất kết làm can uất khí trệ, cảm nhiễm ngoại tà(viêm gan virus)

Ăn uống không điều độ, uống quá nhiều rượu, ảnh hưởng chức năng của can tỳ. can thích điều đạt chủ về sơ tiết, can không sơ tiết dẫn đến can uất khí trệ và phạm và tỳ khiến cho vận hóa của tỳ bị ảnh hưởng, dẫn đến chứng can uất tỳ hư. Khí là soái của huyết, khí lưu thông thì huyết lưu thông, can uất khí trệ thì huyết lưu thông không thông suốt, mạch lạc ứ mà thành chứng tích, tỳ hư không phân bố được tân dịch, thủy thấp ngưng trệ ở trong bụng dần to mà thành cổ trướng.

Can tỳ dài ngày bị bệnh, dần ảnh hưởng đến thận, thận dương không quá thủy khí thành nước làm cho cổ trướng ngày càng nặng, thận âm thương tổn thì can âm cũng hư, hư hỏa bốc lên mà hao huyết động huyết, nặng thì can thận âm

kiệt dẫn đến hôn mê.

3. Các thể lâm sàng:

3.1. Thể can uất tỳ hư :

- Triệu chứng : mệt mỏi , chán ăn , tức nặng vùng gan , bụng trướng đầy hơi, đại tiện phân nát, rêu lưỡi mỏng, mạch huyền tế (thường gặp trong giai đoạn xơ gan còn bù).

- Phép trị : sơ can kiện tỳ

- Bài thuốc

Bài thuốc 1 : Sài hồ sơ can thang (cảnh nhạc toàn thư) hợp vị linh thang (đan kê tâm pháp) gia giảm :

Sài hồ	10g	huang phụ chế	10g
Xuyên khung	10g	bạch thược	10g
Trần bì	06g	hậu phác	10g
Trương truật	10g	trư linh	10g
Bạch linh	10g	trạch tả	10g

Bài thuốc 2:

Rau má	12g	hoài sơn	16g
Hậu phác	08g	chỉ thực	08g
Bạch biển đậu	12g	ý dĩ	16g
Uất kim	08g	thanh bì	08g
Đinh lăng	26g		

Bài thuốc 3 : Sài thược lục quân than:

Bạch truật	12g	trần bì	06g
Đảng sâm	12g	bàn hạ chế	08g
Bạch linh	12g	sài hồ	12g
Cam thảo	06g	bạch thược	12g

Bài thuốc 4 : Tiêu dao gia giảm :

Sài hồ	12 g	cam thảo	04g
Bạch linh	12g	đương qui	12g
Bạch thược	12g	bạch truật	12g

3.2. Thể khí trệ huyết ứ :

- Triệu chứng : đau tức 2 bên mạn sườn, bụng trướng noiopr gân xanh, người gầy, môi lưỡi tím, mạch tế(thường gặp trong thể xơ gan có tăng áp lực tĩnh mạch cửa)

-Phép trị: Hành khí hóa ứ, thông lạc tiêu tích:

- Bài thuốc :

Bài thuốc 1 : Kim lệnh tử tán (tổ vấn – bệnh cơ khí tuyên bảo mệnh) hợp thất tiêu tán (thái bình huệ vân hòa tế cục phương) gia giảm

Diên hồ sách	10g	bạch mao căn	20g
Xuyên lệnh tử	10g	bồ hoàn	10g
Trần bì	06g	kê huyết đằng	15g
Thanh bì	08g	mẫu lệ	30g
Xuyên khung	10g		

Bài thuốc 2: Cách hạ trực ứ thang

Đào nhân	12g	hồng hoa	06G
----------	-----	----------	-----

Đương qui	12g	xích thực	12g
Đan sâm	12g	nga truyệt	12g
Hương phụ chế	08g	chỉ xác	08g

3.3. Thể tỳ thận dương hư:

- Triệu chứng: mệt mỏi, ăn kém, bụng trướng, chân phù, tiểu ít, cầu loãng, sắc mặt hoàng tái, lưỡi nhợt bệu, mạch trầm tế
- Phép trị: ôn trung hàn thủy, ôn bổ tỳ thận
- Bài thuốc: chân vũ thang(thương hàn luận) gia giảm

Phụ tử chế	04g	Bạch thực	15g
Bạch truật	10g	bạch linh	15g
Đại phúc bì	12g	nhục quế	06g
Đương qui	12g	nga truyệt	12g
Xa tiền tử	15g	can khương	06g

3.4. Thể âm hư thấp nhiệt:

- Triệu chứng: sắc mặt vàng sậm, chảy máu da niêm, cổ trướng chân phù, sốt hâm hấp, phiền táo, họng khô, tiểu ít, cầu táo, lưỡi đỏ khô, mạch huyền tế sắc(thường gặp trên bệnh nhân xơ gan, có rối loạn điện giải và suy tế bào gan nặng)
- Phép trị: tư âm lợi thấp
- Bài thuốc 1:

Nhân trần	20g	hậu phác	08g
Chi tử	10g	trần bì	08g
Bạch mao căn	20g	bán hạ chế	08g
Sa sâm	12g	trạch tả	12g
Sinh địa	12g	thạch hộc	12g
Sa tiền tử	12g		

- Bài thuốc 2: Lục vị địa hoàng gia giảm:

Thục địa	12g	Bạch truật	12g
Sơn thù	08g	Đương quy	12g
Đơn bì	08g	Địa cốt bì	12g
Hoài sơn	12g	Bạch mao căn	20g
Trạch tả	08g	Bạch linh	10g

3.5. Thể Thủy khí tương kết:

- Triệu chứng : Cổ chướng phát triển nhanh, khó thở, mạch huyền sắc
- Phép trị: Công hạ trục thủy (hội chẩn)
- Bài thuốc 1 : Thiên kim đại phúc thủy

Khương hoàng	10g	Kiên ngưu	10g
Côn bố	12g	Hải tước	10g
Quế tâm	06g	Đình lịch	12g

*Nếu bệnh không thuộc các thể trên có thể dùng đối chứng lập phương:

- Cảm giác đau tức nặng vùng gan: gia Bạch thực, Cam thảo, Xuyên khung , Chỉ thực, Hậu phác.

- Nếu bệnh nhân chán ăn mệt mỏi, đại tiện máu phân gia: Bạch truật.

- Nếu lợm giọng, buồn nôn gia: Trần bì, Bán hạ chế.

- Nếu phù nhiều, mệt mỏi, khó thở gia: Trạch tả, Đại phúc bì.

- Nếu sốt cao gia: Đơn bì, Địa cốt bì.

* Thủy châm Vitamin nhóm B huyết Túc tam lý, Huyết hải.

4. Thuốc thành phẩm:

- Phyllantol: Người lớn: ngày uống 2 lần. Mỗi lần 2-4 viên, đợt dùng 10-20 ngày với bệnh cấp tính, 3-6 tháng với bệnh mãn tính.

Trẻ em: 40mg/kg thể trọng/ ngày, thời gian điều trị như đối với người lớn.

- Diệp hạ châu vạn xuân: Người lớn: ngày uống 2-3 lần. Mỗi lần 1-2 gói, đợt dùng 10-20 ngày với bệnh cấp tính; 3-6 tháng hay dài hơn với bệnh mãn tính.

Trẻ em: 0,5-1g/kg thể trọng/ngày, chia nhiều lần trong ngày.

*Theo dõi: Tri giác, dấu hiệu sinh tồn, cân nặng, nước tiểu/24h nếu có bụng báng .

*Chế độ ăn uống nghỉ ngơi:

- Khi bệnh tiến triển cần nghỉ ngơi tuyệt đối.

- Không dùng bia rượu.

- Hạn chế muối mỡ trong khẩu phần ăn. Khi có phù, cổ trướng cần ăn nhạt hoàn toàn.

- Đảm bảo cung cấp đủ năng lượng cho người bệnh (2000-3000 kcal/ngày), trong đó Protid dùng khoảng 1g/kg/ngày.

- Ăn nhiều chuối trong ngày.....

5. Phòng bệnh :

- Diệt sán lá gan.

- Phòng và điều trị viêm gan virus.

- Nếu bị sơ gan: nghỉ ngơi, hạn chế mỡ, ăn đủ calo và nhiều vitamin, ít muối.

-Không uống rượu.

TĂNG HUYẾT ÁP

*CHUẨN BỊ:

- Cán bộ y tế: bác sĩ, điều dưỡng.
- Phương tiện: thuốc, các phương pháp không dùng thuốc theo quy trình này và các dụng cụ khám bệnh có tại khoa.
- Hồ sơ bệnh án theo mẫu của Bộ Y tế.

I. Y HỌC HIỆN ĐẠI:

1. Định nghĩa:

Tăng huyết áp là hội chứng lâm sàng, do nhiều nguyên nhân khác nhau gây nên, nổi lên tình trạng gia tăng áp lực máu trong các động mạch.

Theo OMS người có huyết áp bình thường: Huyết áp (HA) động mạch tối đa < 140 mmHg và HA động mạch tối thiểu < 90mmHg.

Tăng huyết áp khi HA động mạch tối đa \geq 140 mmHg và huyết áp động mạch tối thiểu \geq 90mmHg.

Dựa định nghĩa trên tăng HA được phân loại :

- Tăng HA giới hạn khi trị số HA trong khoảng 140/90 < PA < 160/95mmHg.
- Tăng HA tâm thu khi HA động mạch tối đa (PAS) \geq 140 mmHg và HA động mạch tối thiểu (PAD) < 90 mmHg.
- Tăng HA tâm trương khi HA động mạch tối đa (PHS) < 140 mmHg và HA động mạch tối thiểu \geq 90 mmHg.

Dựa vào nguyên nhân , ta có:

Tăng HA nguyên phát (không có nguyên nhân):I10

Tăng HA thứ phát (có nguyên nhân):I15

2. Nguyên nhân :

Tùy theo nguyên nhân có thể chia ra : Tăng HA thứ phát và tăng HA nguyên phát.

- Tăng HA thứ phát : chiếm 11- 15 %.
 - . Nguyên nhân thận (5-8%) (I15.0); CHA do mạch máu thận (I15.1).
 - . Nguyên nhân nội tiết (I15.2).
 - . Nguyên nhân khác (1%) (I15.8).
- Tăng HA nguyên phát (85- 89%): ở người trung niên và người già có nhiều yếu tố thuận lợi .
 - Yếu tố di truyền.
 - Yếu tố biến dưỡng.
 - Yếu tố tâm thần kinh.
 - Yếu tố nội tiết.

3. Chẩn đoán:

3.1 Triệu chứng lâm sàng :

Bệnh nhân tăng HA thường không có triệu chứng chức năng đặc hiệu...

* Đo huyết áp:

Theo Quy trình đo huyết áp đúng (Ban hành kèm theo Quyết định số 3192/QĐ-BYT ngày 31 tháng 8 năm 2010 của Bộ trưởng Bộ Y Tế)

3.2. Cận lâm sàng :

- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi.
- Sinh hóa: Glucose, Ure, Creatinine, cholesterol, HDL, LDL, triglycerid,

điện giải đồ (Na⁺ k⁺ Cl)

- ECG.
- Tổng phân tích nước tiểu.
- Siêu âm tim, Siêu âm bụng tổng quát.

4. Phân loại tăng huyết áp:

Theo JNC-VII:

Phân loại tăng huyết áp	Huyết áp tâm thu (mmHg)	Huyết áp tâm trương (mmHg)	Điều chỉnh lối sống
Bình thường	≤120	Và ≤80	Khuyến khích
Tiền tăng huyết áp	120-139	80-90	Có
tăng huyết áp giai đoạn 1	140-159	90-99	Có
tăng huyết áp giai đoạn 2	≥160	≥ 100	Có

5. Điều trị và theo dõi:

5.1. Điều chỉnh lối sống:

Cao huyết áp nguyên phát không đơn thuần chỉ dùng thuốc mà phải phối hợp với các biện pháp khác, các nhà khoa học đặt tên chung là "Điều chỉnh lối sống" các biện pháp này rất quan trọng, được coi là cách điều trị chủ yếu cho bệnh nhân cao HA nhẹ không có yếu tố nguy cơ và cả khi cần dùng thuốc cho bệnh nhân cao HA ở mức độ nặng hơn đó là:

- Giảm cân nặng (nếu thừa cân).
- Hạn chế muối (2,4-6 gram/ngày NaCl).
- Ăn đủ lượng Kalium, calcium, Magnesium.
- Hạn chế uống rượu.
- Hạn chế ăn chất chứa nhiều cholesterol acide béo no.
- Ngưng hút thuốc lá.
- Tăng cường vận động (30 -45 phút/ngày).

5.2. điều trị dùng thuốc:

*Tăng HA không biến chứng:

- Lợi tiểu + ức chế beta (Thiazides 25 – 75 mg/ngày + Propranolol 40 - 240mg/ ngày hoặc Atenolol 50mg).
- Các thuốc nhóm khác phối hợp cùng với thuốc lợi tiểu như:
 - + Thuốc ức chế calci như:
 - Nifedipine 10, 20mg, 30mg/lần, ngày 2 lần .
 - Amlodipine 5mg 1 viên khởi đầu (Lodimax 5 mg)
 - + Thuốc ức chế men chuyển như: Captopril 25 -50 mg/ngày;
 - + Renapril Tablet 5mg (5- 10mg/ngày)
 - +Losartan 50mg/ngày (Eulosan 50mg)
- Thuốc có tác dụng tốt: Tiếp tục dùng và tìm liều lượng tối thiểu có tác dụng duy trì HA ở mức độ mong muốn .

Bảng tham khảo việc chọn thuốc khởi đầu cho người cao huyết áp có một số bệnh kèm theo .

	Lợi	Ức	Ức	Ức chế	Đối kháng canxi
--	-----	----	----	--------	-----------------

	tiểu	chế bêta	chế Alpha	men chuyển	Diltiaze-m	Dihydro pyridine
Người già	++	±	+	+	+	+
Đau thắt ngực	+	++	+	+	++	++
Sau NMCT	+	++	+	++	+	-
Suy tim	++	±	±	++	-	±
TB mạc mão	+	+	±	+	+	+
Bệnh thận	++	±	+	++	+	+
Đái tháo đường	±	-	++	++	+	+
Rối loạn C/hóa mỡ	-	-	++	+	+	+
bệnh tuyến liệt tuyến			++			

* Ghi chú : ++ Nên chọn, + dùng được, ± Thận trọng trong khi dùng,
Dùng UCMC trong Bệnh thận : Cần loại trừ hẹp ĐM thận trước khi cho điều trị.

* Tăng huyết áp có các yếu tố nguy cơ:

-Thiếu máu cơ tim cục bộ trên ECG :

Nitromint 2.6mg 2-3 lần/ ngày

Vastarel MR 35mg 2 viên uống/ ngày

- Rối loạn chuyển hóa lipid (QT điều trị RLCH Lipid)

- Rối loạn chuyển hóa Glucid (QT điều trị ĐTĐ)

II. Y HỌC CỔ TRUYỀN :

* Các chứng trạng thường gặp trong bệnh tăng HA.

Tóm tắt các triệu chứng cơ năng thường gặp trong bệnh lý tăng HA .

Hoa mắt, chóng mặt xếp vào chứng huyễn vựng hay còn gọi là huyễn vựng.

Đau đầu ; YHCT xếp vào chứng đầu thống

Đánh trống ngực, hồi hộp YHCT tâm quý chính xung.

Đau ngực gọi là tâm thống kèm khó thở gọi là tâm tỳ, tâm trưởng.

Hôn mê liệt nửa người :YHCT xếp vào chứng trúng phong.

1. Thể can dương xung (Thể âm hư dương xung).

Trong thể bệnh này trị số HA thường dao động .

- Triệu chứng:

. Người bệnh thường đau đầu căng như mạch đập, đau đỉnh đầu hoặc một bên đầu.

. Choáng váng, tính tình nóng nảy, mặt đỏ, mắt đỏ, mắt ngủ, miệng khô đắng, đại tiện táo bón, thường kèm cơn nóng phùng mặt.

. Lưỡi rêu vàng nhớt, đầu lưỡi đỏ.

. Mạch huyền có lực.

- Pháp trị :

.Bình can tiềm dương, tư âm giáng hỏa.

.Bình can tức phong (nếu cơn CHA)

- Bài thuốc :

+Bài 1: Thiên ma câu đằng ẩm:

Thiên ma	08g	Câu đằng	12g
Hà thủ ô	10g	Hoàng cầm	10g
Chi tử	12g	Tang ký sinh	12g
Đỗ trọng	10g	Bạch linh	12g
Ích mẫu	12g	Thảo quyết minh(sao)	20g
Ngưu tất	12g		

+Bài 2: Bài long đờm tả can thang (y tông kim giáng) gia giảm

Long đờm thảo	10g	Hạ khô thảo	15g
Hoàng cầm	10g	Xuyên khung	10g
Từ thạch	30	Cảo bản	08g
Cúc hoa	10g	Tang chi	30g

Nếu đau đầu gia Linh dương 1.5g hoặc câu đằng 12g

+Bài 3: cho trường hợp người cao huyết áp đau đầu, mất ngủ, hoa mắt, chóng mặt, liệt nửa người, chân tay tê dại, tai biến mạch máu não (Bảo mạch hạ huyết áp)

Thăng ma	Câu đằng
Dạ giao đằng	Thạch quyết minh
Sơn chi	Hoàng cầm
Ngưu tất	Đỗ trọng
Ích mẫu	Tang ký sinh
Bạch phục linh	Hòe hoa

2. Thận âm hư:

- Triệu chứng nổi bật trong thể này, ngoài trị số HA cao còn;

. Tình trạng uể oải, mệt mỏi thường xuyên.

. Đau nhức mỏi lưng âm ỉ.

. Hoa mắt, ù tai, chóng mặt, nặng đầu, đau âm ỉ.

. Cảm giác nóng trong người, lòng bàn tay chân nóng, bực rức, thỉnh thoảng có cơn nóng phừng mặt. Ngũ tâm phiền nhiệt, ngủ kém, có thể có táo bón.

. Tính tình cáu gắt, hay quên.

. Lưỡi đỏ, rêu mỏng.

. Mạch trầm, huyền sắc, vô lực.

- Pháp trị: Tư âm ghìm dương. Tư bổ can thận.

- Bài thuốc:

+Bài 1: Bài thuốc hạ áp:

Thực địa	12g	Cỏ xước	16g
Rễ nhàu	12g	Trạch tả	10g
Mã đề	12g	Táo nhân(sáo)	10g
Hoa hòe	15g		

+Bài 2: Lục vị quy thược:

Thực địa	12g	Hoài sơn	12g
Sơn thù	08g	Đơn bì	10g

Bạch linh	12g	Trạch tả	10g
Đương quy	10g	Bạch thược	08g

+Bài3: Can bổ thận:

Hà thủ ô	12g	Thục địa	12g
Hoài sơn	12g	Đương quy	12g
Trạch tả	08g	Sài hồ	10g

Thảo quyết minh 10g

+Bài 4: tinh huyết suy kém, mệt mỏi, ù tai, hoa mắt, vàng đầu, người nóng, khát nước, táo bón, nước tiểu vàng, di mộng tinh, mồ hôi trộm (Bổ thận âm)

Thục địa	Táo nhục
Củ sủng	Thạch斛
Hoài sơ	Tỳ giải

+Bài 5: tinh huyết suy kém, mệt mỏi, ù tai, hoa mắt, vàng đầu, người nóng, khát nước, táo bón, nước tiểu vàng, di mộng tinh, mồ hôi trộm, tiểu đêm (Lục vị)

Thục địa	Hoài sơn
Sơn thù	Đan bì/Mẫu đơn bì
Bạch linh/ Phục linh	Trạch tả

3. Thể đờm thấp:

- Triệu chứng nổi bật trong thể này là:

- . Người béo, thừa cân.
- . Lưỡi dày, to.
- . Bệnh nhân ít than phiền về triệu chứng đau đầu, (nếu có cảm giác nặng đầu) dễ than phiền về tê nặng chi dưới.
- . Thường hay kèm tăng cholesterol máu.
- . Mạch hoạt.

* Pháp trị: Hóa đờm trừ thấp

*Bài thuốc

- Bài 1: Bán hạ bạch truật thang gia giảm:

Bán hạ chế	06g	Bạch linh	08g
Câu đằng	16g	Tang ký sinh	16g
Bạch truật	12g	Hoa hòe	10g
Ý dĩ	16g	Trần bì	06g
Thiên ma	12g	Ngưu tất	16g

-Bài 2: Phòng ngừa xơ vữa động mạch, cao huyết áp, điều trị cholesterol máu cao, điều trị hỗ trợ trong bệnh béo phì (Cholestin)

Ngưu tất	Nghệ
Hoa hòe/Rutin	(Bạch truật)

-Bài 3:

Linh chi	Đương quy
----------	-----------

* **Thuốc thành phẩm :**

- Hoàn trị cao huyết áp
- Hoàn thiên ma câu đằng
- Trà thiên ma câu đằng
- Hoàn bổ thận âm
- Lục vị

- Hoàn bán hạ bạch truật
- Hoàn bổ tâm

Brar tonic, Ginkgo Biloba

- Bảo mạch hạ huyết áp: ngày uống 2-3 lần. Mỗi lần 2-3 viên.
- Dưỡng tâm an thần:
- Tim đập hồi hộp, tâm thần bất an, ăn không ngon, cơ thể suy nhược, hay quên: uống ngày 3 lần mỗi lần 2 viên.
- Trạng thái mất ngủ: 2 viên trước khi đi ngủ 1 giờ
- An thần bổ tâm: Trạng thái mất ngủ, hồi hộp, ngủ không sâu: : uống ngày 3 lần mỗi lần 2-3 viên.
- Nếu kèm theo chóng mặt, ù tai, nặng đầu:
 - * Bổ huyết ích não: ngày uống 3 lần. Mỗi lần 1 viên.
 - * Hoạt huyết Phúc Hưng: ngày uống 3 lần. Mỗi lần 9 viên.
 - * Hoạt huyết dưỡng não: ngày uống 2-3 lần. Mỗi lần 2-3 viên.

III. CÁC PHƯƠNG PHÁP KHÔNG DÙNG THUỐC:

Thực hiện các kỹ thuật khi sinh hiệu ổn định.

* Điện châm: công thức huyết sử dụng: châm cứu thời gian 20-30 phút/lần/ngày, liệu trình 5-10 ngày x 2-4 liệu trình.

Bô: Can du, Thận du, Thái khê, Phi dương, Nội quan, Phục lưu, Tam âm giao, Can du, Thái xung, Thần môn, Nội quan, Bách hội.

Tả: Thái dương, Bách hội, Ấn đường, Hành gian, Thái xung, Thiếu phủ, Túc lâm khắp, Túc tam lý, Phong long, Dương lăng tuyền.

* Điều trị bằng tia hồng ngoại.

* Điều trị bằng các dòng điện xung.

- Tập dưỡng sinh: Thư giãn, thở bốn thì, xoa đầu mặt, xoa tam tiêu.

Chế độ sinh hoạt: tránh xúc cảm tâm lý âm tính, trạng thái stress căng thẳng....

Ăn uống: Kiên giữ động vật, ăn giảm muối (4-6g/ ngày), tăng cường trái cây tươi, dầu thực vật./.

SUY NHUỘC MẠN

CHUẨN BỊ:

- Cán bộ y tế: Bác sĩ, điều dưỡng.
- Phương tiện: Thuốc, các phương pháp không dùng thuốc theo quy trình này và các dụng cụ có tại khoa.
- Hồ sơ bệnh án theo mẫu của Bộ Y Tế.

1.THEO Y HỌC HIỆN ĐẠI

- Suy nhược mạn là bệnh lý gây suy nhược kết hợp với nhiều rối loạn vật lý, thể chất và tâm thần kinh.
- Bệnh nhận thường gặp ở lứa tuổi 25 -45.
- Nữ mắc bệnh nhiều hơn nam gấp 2 lần.

1.1.Nguyên nhân

Sau nhiễm trùng: thường do siêu vi.

- Những rối loạn về miễn dịch: Sự gia tăng trong máu kháng thể kháng nhân.
- Những rối loạn về nội tiết.
- Tình trạng trầm uất.

1.2. Triệu chứng

- Bệnh xuất hiện đột ngột trên người trước đó hoàn toàn bình thường. Với các triệu chứng: đau đầu, đau họng, đau nhức các hạch ngoại vi, đau nhức cơ khớp.
- Sau vài tuần xuất hiện các rối loạn giấc ngủ, khó tập trung tư tưởng và trầm uất.
- Có thể thêm 1 số triệu chứng như: khó ngủ, nóng trong người, sút cân, vấn đề tâm lý.

1.3. Cận lâm sàng

- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi.
- Siêu âm
- ECG

1.4. Chẩn đoán

Để chẩn đoán cần thực hiện khám lâm sàng thường qui (sinh hóa máu, ECG... Các cận lâm sàng chuyên biệt để loại trừ nguyên nhân gây bệnh).

* **Tiêu chuẩn chẩn đoán SNM theo CDC** (cơ quan kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ)

8 triệu chứng hay gặp:

1. Mất khả năng tập trung trong công việc, suy giảm trí nhớ
2. Đau cổ họng
3. Các hạch Lympho ở cổ, nách to và đau
4. Đau khớp di chuyển nhưng không viêm
5. Đau cơ

6. Rối loạn giấc ngủ

7. Đau đầu

8. Kiệt sức nhanh chóng sau những công việc bình thường

Khi suy nhược mệt mỏi không giải thích được kéo dài 6 tháng trở lên, với ít nhất 4/8 triệu chứng trên thì chuẩn đoán H/c Suy nhược mạn tính.

II. THEO YHCT:

1. Nguyên nhân:

Nội dung: Như giận, lo sợ gây tổn thương 3 tạng Tỳ, Ca, Thận.

DO mắc bệnh lâu ngày: làm cơ thể suy yếu, thận âm, Thận dương suy. Thận âm suy hư hỏa bốc lên. Thận dương suy chân dương nhiều loạn ở trên, hay Tỳ hư không nuôi được tâm.

2. Các thể lâm sàng:

2.1. Thể âm hư hỏa vượng

- Đau đầu từng cơn, đau dữ dội, đau căng như mạch đập, thường đau ở đỉnh hoặc bên đầu.

- Người cầu gắt, bứt rứt, nóng trong người, mặt đỏ, đại tiện táo, khó dỗ giấc ngủ, tập trung bắt đầu sút giảm.

- Rêu lưỡi khô, mạch huyền, tế, sác.

2.2. Thể Can Thận âm hư:

- Đau đầu thường âm ỉ, thường đau cả đầu.

- Người mệt mỏi, mất ngủ, sút cân, dễ cáu gắt, bứt rứt, hoảng hốt.

- Khả năng tập trung tư tưởng giảm sút nhiều.

- Rêu lưỡi khô, mạch tế.

2.3. Thể Tâm Tỳ lưỡng hư:

- Đau đầu âm ỉ, đau cả đầu

- Người mệt mỏi, sút cân

- Ngủ ít, dễ hoảng sợ. Hồi hộp trống ngực.

- Khả năng tập trung tư tưởng giảm sút nhiều.

- Hai mắt thâm quầng.

- Rêu lưỡi trắng. Mạch nhu tế, hoãn.

2.4. Thể Thận dương hư:

- Bệnh đau đầu âm ỉ, mệt mỏi, sút cân

- Ngủ ít. Hồi hộp trống ngực

- Khả năng tập trung tư tưởng giảm.

- Sợ lạnh liệt dương. Mạch trầm nhược.

3. Điều trị:

3.1. Thể Âm hư hỏa vượng:

- Pháp trị: Tư âm giáng hỏa tiềm dương an thần

- Bài thuốc:

Bài 1: Đơn chi Tiêu dao gia giảm

Sài hồ	12g	Đương quy	10g
Chi tử	12g	Bạch linh	12g
Bạc hà	08g	Đơn bì	12g
Sinh khương	06g	Bạch truật	08g
Bạch thược	10g	Thiên ma	12g
Câu đằng	12g	Cúc hoa	12g

Bài 2: Kỳ cúc địa hoàng thang

Cúc hoa	12g	Hoài sơn	16g
Câu kỳ tử	12g	Trạch tả	12g
Bạch linh	12g	Đơn bì	12g
Thục địa	12g	Sơn thù	16g

3.2. Thể Can Thận âm hư:

- Pháp trị: Bổ Thận âm, bổ can huyết, an thần

- Bài thuốc:

Bài 1: Lục vị địa hoàng hoàn gia quy thược

Thục địa	15g	Trạch tả	10g
Hoài sơn	12g	Đương quy	12g
Sơn thù	08g	Bạch thược	08g
Đơn bì	12g	Bạch linh	12g

Bài 2: Bổ Can Thận

Hà thủ ô	10g	Sài hồ	10g
Thục địa	15g	Hoài sơn	15g
Đương quy	12g	Thảo quyết minh	10g
Trạch tả	12g		

Bài 3: Lục vị

Thục địa	Hoài sơn
Sơn thù	Đơn bì/Mẫu đơn bì
Bạch linh/ Phục linh	Trạch tả

Bài 4 Bổ thận âm

Thục địa	Táo nhục
Củ sung	Thạch斛
Hoài sơn	Tỳ giải

3.3. Thể Tâm Tỳ hư:

- Pháp trị: Bổ Tâm Tỳ

- Bài thuốc:

Bài 1: Phục mạch thang

A giao	12g	Sinh địa	16g
Mạch môn	12g	Đại táo	10g
Chích thảo	15g	Quế chi	08g
*Nhân sâm	12g	Sinh khương	04g

Bài 2: Quy tỳ thang:

Hoàng kỳ	10g	*Nhân sâm	10g
Bạch truật	10g	Long nhãn	10g
Cam thảo	04g	Toan táo nhân	04g
Mộc hương	08g	Viễn chí	06g
Đương quy	10g	Bạch linh	08g

Bài 3:

Bạch linh	Phục thần/ Bạch linh
Hoàng kỳ	Táo nhân
Nhân sâm/ Đảng sâm	Mộc hương
Cam thảo	Đương quy
Viễn chí	(Long nhãn)
(Đại táo)	

Bài 4: ăn kém, mệt mỏi, đau đầu, choáng váng, chóng mặt, huyết áp thấp (Siro Langga)

Nhân sâm	Trần bì
Hà thủ ô	Đại táo
Hoàng kỳ	Cam thảo
Đương quy	Thăng ma
Táo nhân	Bạch truật
Sài hồ	Bạch thược
Đường trắng	Acid Benzoid

Bài 5.

Đương quy	Phục linh/Bạch linh
Bạch truật	Quế nhục
Cam thảo	Thục địa
Nhân sâm/Đảng sâm	Xuyên khung
Bạch thược	Hoàng kỳ

Bài 5: tăng thể trạng, trí lực, suy giảm miễn dịch đối với bệnh nhân ung thư điều trị bằng tia xạ trong trường hợp người mới ốm dậy, bệnh nhân sau phẫu thuật, mệt mỏi, chán ăn, suy nhược cơ thể do tuổi tác, trẻ em kém ăn, chậm lớn (Mediphylamin)

Bèo hoa dâu

3.4. Thể Thận dương hư:

- Pháp trị: Ôn Thận dương, bổ Thận âm.
- Bài thuốc:

Bài 1: Thận khí hoàn:

Thục địa	15g	Sơn thù	08g
Đơn bì	12g	Quế nhục	04g
Phụ tử	04g	Bạch linh	12g
Trạch tả	12g		

Bài 2: Hữu quy âm:

Đỗ trọng	12g	Quế nhục	04g
Hoài sơn	12g	Phụ tử	04g
Nhân sâm	08g	Thục địa	15g
Cam thảo bắc	04g		

4. Phương pháp không dùng thuốc

* Điện châm: châm cứu thời gian 20-30 phút/ lần/ ngày, liệu trình 5-10 ngày x 2-4 liệu trình

Công thức huyết sử dụng: châm bổ: Thái dương, Bách hội, Đầu duy, Phong trì, Thái xung, Quang minh, Can du, Thận du, Tam âm giao, Thái khê, Phi dương, Mệnh môn, Trung cực, Quan nguyên, Khí hải.

* Điều trị bằng tia hồng ngoại.

* Điều trị bằng các dòng điện xung.

* Tập dưỡng sinh: Tập thư giãn, Thở 4 thời có kê móng và giờ chân, xoa đầu mặt, xoa tam tiêu.

* Xoa bóp bấm huyết vùng đầu mặt: 1 lần/ngày x 10 ngày/một liệu trình x 2-4 liệu trình.

* Kết hợp thuốc:

- Thủy châm: Dùng vitamin nhóm B thủy châm các huyết nâng đỡ tổn trạng, liệu trình khoảng 1-2 tuần.

- Truyền dịch: Glucose, Acid amin,..trong những trường hợp suy kiệt nặng.

Stilux 60mg, 2 viên/1 lần uống tối.

* Chế độ ăn uống: ăn đủ chất mỡ, protein, các vitamin và khoáng chất, các yếu tố vi lượng như đồng, kẽm, sắt... hạn chế rượu, cà phê, ngưng thuốc lá.

VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

CHUẨN BỊ:

Cán bộ y tế: Bác sĩ, điều dưỡng.

Phương tiện: Thuốc, các phương pháp không dùng thuốc theo quy định này và các dụng cụ khám bệnh có tại khoa.

Hồ sơ bệnh án theo mẫu của Bộ Y tế

I. Y HỌC HIỆN ĐẠI:

Viêm khớp dạng thấp (PCE: polyarthrite chronique évolutive) là một bệnh khớp mạn tính thường gặp ở phụ nữ, tuổi trung niên, tổn thương giải phẫu chủ yếu là tình trạng viêm không đặc hiệu của màng hoạt dịch do các rối loạn về miễn dịch mà nguyên nhân chưa được xác định. Bệnh diễn biến kéo dài nhiều năm, tiến triển từng đợt có xu hướng tăng dần, dẫn đến tổn thương sụn khớp, ăn mòn xương gây biến dạng khớp, dính khớp và mất chức năng vận động của khớp.

Bệnh khớp không phải viêm khớp dạng thấp như: thấp khớp cấp, K khớp, gout, viêm khớp do vi khuẩn, chấn thương khớp..

1. Triệu chứng lâm sàng:

- Toàn thân: Mệt mỏi, xanh xao, sốt nhẹ và vừa
- Tại khớp:
 - Các triệu chứng có thể phục hồi, liên quan hiện tượng viêm màng hoạt dịch.
 - . Cứng khớp buổi sáng.
 - . Viêm các khớp nhỏ, ngoại biên.
 - . Tính chất: Đối xứng, thường teo cơ liên đốt, biến dạng khớp.
- Các triệu chứng không thể hồi phục, liên quan hiện tượng viêm màng hoạt dịch.
 - . Hẹp khe khớp, dính khớp, teo cơ
 - . Biến dạng khớp, lệch trục khớp.
- Ngoài khớp: Viêm màng mắt, nốt dưới da, tràn dịch màng tim, tràn dịch màng phổi.

2. Cận lâm sàng:

- Các xét nghiệm chung: công thức máu, VS, CRP, glucose, chức năng gan, thận, ASLO, X quang tim, phổi, ECG.
- Các xét nghiệm đặc hiệu: yếu tố dạng thấp (RF), X quang khớp tổn thương.

3. Chẩn đoán:

* Tiêu chuẩn chẩn đoán: (ARA-1987)

- Có dấu hiệu cứng khớp buổi sáng kéo dài trên 1 giờ.
- Sưng đau 3 trong 14 vị trí khớp(ngón tay gần, bàn ngón, cổ tay, khuỷu tay gối, cổ chân, ngón chân x 2 bên phải và trái = 14).
- Sưng đau 1 trong 3 vị trí khớp ngón tay gần, bàn ngón tay, cổ tay.

- Sưng đau đối xứng.
- Có tổn thương hạt dưới da điển hình.
- Có tổn thương đặc hiệu trên phim X quang.
- Yếu tố dạng thấp trong huyết thanh dương tính(Phản ứng Waller Rose,

Gamma Latex).

-Chẩn đoán xác định: Khi có 4 tiêu chuẩn. Từ tiêu chuẩn 1-4 kéo dài 6 tuần

* **Tiêu chuẩn chẩn đoán theo ACR/ EULAR 2010** (American College of Rheumatology/ European League Against Rheumatism) :

Số lượng khớp viêm: 1 khớp lớn	0
2- 10 khớp lớn	1
1-3 khớp nhỏ	2
4- 10 khớp nhỏ	3
>10 khớp	5

Huyết thanh chẩn đoán :

Yếu tố thấp (-) hoặc anti – CCP (-)	0
Yếu tố thấp (+) nhẹ (1-3 lần bình thường)	2
Hoặc anti –CCP (+)	3
Chỉ số viêm giai đoạn cấp CRP hoặc VS bình thường	0
CRP hoặc VS tăng cao	1
Thời gian hiện diện các triệu chứng <6 tuần	0
>6 tuần	1

Chẩn đoán VKDT khi > 6 điểm.

4. Chẩn đoán phân biệt:

1. Lupus ban đỏ hệ thống : phân biệt dựa vào các dấu hiệu toàn thân và nội tạng, nhiều khi rất khó.

2. Thoái hóa khớp : đau mới là dấu hiệu chủ yếu, ít khi thấy nóng đỏ, thường tổn thương ở khớp lớn .

3. Viêm cột sống dính khớp: chủ yếu gặp ở nam giới trẻ, tổn thương cột sống và các khớp lớn ở chân.

4. Viêm khớp goutte mãn: viêm nhiều khớp, nổi u cục tophi quanh khớp, acid uric máu tăng cao, chủ yếu gặp ở nam giới.

5. Viêm khớp vẩy nến: viêm khớp kèm theo có vẩy nến ngoài da.

6. Xơ cứng bì toàn thể: tổn thương da rất đặc biệt: da dày, cứng, rối loạn sắc tố, thường kèm hội chứng Raynaud.

7. Hội chứng Pierrre Marie: thường nam hút thuốc lá + ho khạc đờm, ngón tay dùi trống.

8. Thấp khớp cấp:

- Viêm khớp cấp tính kiểu di chuyển.
- Tiền sử sốt, đau họng khoảng 1 tuần trước đó.
- Xét nghiệm ASLO (+).
- Tổn thương tim (nhịp tim nhanh, âm thổi).

5. Điều trị :

Nguyên tắc : Điều trị toàn diện, tích cực, dài hạn và theo dõi thường xuyên .

5.1. Điều trị kết hợp : trong giai đoạn cấp.

- Thuốc giảm đau đơn thuần:

Paracetamol 500 mg (2- 3g/ ngày)

(Liều từ 1g-2.6g. chia 2-3 lần trong 24 giờ . Không quá 3g/ 24 giờ).

Efferalgan codein : 4-6 viên/ ngày.

Tramadol 50mg liều từ 1-2 viên / 4-6h không quá 400mg/ ngày.

Tổn thương gan, suy gan: Floctafenin (Idarac 2-6 viên/ ngày).

- Thuốc kháng viêm giảm đau:

Diclofenac:

+ Đường tiêm: ống 75mg (IM) 1-2 lần/ ngày x 3-5 ngày

+ Đường uống: viên 50mg, 75mg 1 viên x 2 lần / ngày uống

Mobic (Meloxicam) 15mg tiêm bắp ngày 1 lần

Mobic (Meloxicam) 7.5 mg 1 viên x 2 lần / ngày uống

Piroxicam: 20mg/ viên 1 viên x 2 lần / ngày uống

Celecoxib (celebrex) viên 200mg x 2 lần / ngày uống.

-Corticoid: Prednisolon 5mg, liều 1-1.5mg/ kh/ ngày.

Khi ở liều cao: 2/3 liều buổi sáng, 1/3 liều buổi chiều.

Liều 40mg/ ngày uống duy nhất 1 lần lúc 8h sáng, uống sau ăn.

-Medrol (Methyprednisolon) 16mg 01 viên uống 8 giờ sáng sau ăn

* Chống chỉ định: loét dạ dày tá tràng, đái tháo đường, tăng huyết áp, đục thủy tinh thể, bệnh nhiễm trùng đang tiến triển.

* Sau giai đoạn kết hợp Glucosamin (Viartril-S, Becosamin...) liều từ 1000-1500mg/ ngày uống trước ăn vào buổi sáng.

5.2. Chăm sóc:

- Chế độ ăn uống: ăn thường

- Chế độ chăm sóc: nghỉ ngơi, hạn chế vận động trong giai đoạn cấp.

5.3. Theo dõi và tiên lượng:

- Bệnh nhân phải được điều trị lâu dài và theo dõi trong suốt quá trình điều trị.

- Xét nghiệm định kỳ

- Tiên lượng nặng khi: tổn thương viêm nhiều khớp, bệnh nhân nữ, yếu tố dạng thấp (+) mức độ nặng, có các biểu hiện ngoài khớp, HLADR4 (+)

II. Y HỌC CỔ TRUYỀN:

Triệu chứng bệnh lý của viêm đa khớp dạng thấp theo YHCT nêu trên cũng được mô tả trong phạm vi các bệnh chứng của YHCT như:

- Chứng tý: tam tý, ngũ tý, chu tý.

- Lịch tiết phong, hạc tất phong

1. Biện chứng luận trị:

Nhóm ngoại cảm đơn thuần do 3 thứ khí phong, hàn, thấp lẫn lộn dẫn đến thừa cơ vệ khí yếu xâm nhập vào cơ thể, các tà khí này bị tắc lưu lại ở cơ nhục kinh lạc gây sưng đau, nhức, tê buốt, nặng, mõi ở một vùng cơ thể hay các khớp xương.

Nhóm ngoại cảm phối hợp với ngoại thương gây bệnh.

Cơ thể đã có sẵn nguyên khí suy yếu, hoặc có sẵn khí huyết hư do mắc bệnh đã lâu hoặc tuổi già can thận hư suy. Ba thứ khí xâm nhập vào làm cho sự vận hành khí huyết bị tắc trở, không thông, tà khí lưu lại ở cân- cốt- bì phu làm sưng, đau nhức, tê mõi, buốt..Hoặc là phong hàn thấp tà nhiễm đã lâu uất lại hóa nhiệt

nay nhiễm phong hàn thấp đồng thời gặp nguyên khí suy yếu mà sinh bệnh.

2.Điều trị:

2.1.Viêm khớp dạng thấp giai đoạn sớm:

Chưa đủ tiêu chuẩn để chẩn đoán viêm đa khớp dạng thấp. Bệnh chưa quá 6 tháng, khớp có viêm có sưng nhưng không nóng đỏ. Trên lâm sàng, nếu triệu chứng bệnh lý khớp thuộc về phong, về hàn hay về thấp mà có cách dùng thuốc khác nhau.

2.1.1.Thể phong tý: Đau nhiều khớp, đau di chuyển chạy từ khớp này sang khớp khác, sợ gió, rêu lưỡi trắng, mạch phù.

-Bát cương: biểu thực.

-Nguyên nhân: phong, hàn, thấp (phong là chính)

-Tạng phủ, kinh lạc: bệnh ở kinh lạc.

-Pháp trị: Khu phong, tán hàn, trừ thấp, hành khí, hoạt huyết.

-Phương dược:

-Bài thuốc:

+Bài Phòng phong thang gia giảm gồm:

Phòng phong	10g	Tần giao	08g
Bạch thược	12g	Cam thảo	06g
Dây đau xương	08g	Quế chi	08g
Đương quy	10g	Ma hoàng	04g
Tỳ giải	12g		

+Quyên tý thang:

Khương hoạt	08g	Đương quy	12g
Phòng phong	10g	Xích thược	10g
Khương hoàng	10g	Hoàng kỳ	16g

2.1.2.Thể hàn tý:

Đau dữ dội ở một khớp, không lan, trời lạnh đau tăng, chườm nóng đỡ đau, tay chân lạnh, sợ lạnh, rêu lưỡi trắng, mạch huyền khẩn hoặc nhu hoãn.

- Bát cương: biểu thực hàn.

- Nguyên nhân: phong, hàn, thấp (hàn là chính).

- Tạng phủ kinh lạc: bệnh ở kinh lạc.

- Pháp trị: Tán hàn, khu phong, trừ thấp, hành khí, hoạt huyết.

- Bài thuốc

Quế chi	08g	Ý dĩ	12g
Can khương	06g	Thương truật	08g
Phụ tử chế	04g	Xuyên khung	10g
Thiên niên kiện	08g		

- Bài thuốc: Ô đầu thang gia giảm:

Phụ tử chế	04g	Hoàng kỳ	12g
Ma hoàng	06g	Bạch linh	10g
Bạch thược	10g	Cam thảo	06g

2.1.3.Thể thấp tý: Các khớp nhức mỗi đau một chỗ, to bè, đau các cơ, bệnh lâu ngày vận động khó, miệng nhạt, rêu lưỡi trắng dính, mạch nhu hoãn, người nặng nề mệt mỏi.

-Bát cương: biểu hư

-Nguyên nhân: phong, hàn, thấp (thấp là chính).

-Tạng phủ,kinh lạc: bệnh ở kinh lạc.

-Pháp trị: trừ thấp, tán hàn, khu phong, hành khí, hoạt huyết.

-Phương dược: ý dĩ nhân thang gia giảm:

Ý dĩ	12g	Ô dược	10g
Thương truật	06g	Cốt toái bổ	12g
Ma hoàng	04g	Cma thảo	06g
Quế chi	06g	Đinh lăng	10g
Dây đau xương	08g	Xuyên khung	12g
Độc hoạt	10g	Lá lốt	10g
Cỏ xước	12g		

2.2.Viêm khớp dạng thấp có đợt tiến triển cấp tính: Tương ứng với thể nhiệt tý của y học cổ truyền.

-Bát cương: biểu thực nhiệt.

-Nguyên nhân: phong, thấp, nhiệt (nhiệt là chính).

-Tạng phủ kinh lạc: bệnh ở kinh lạc.

-Pháp trị: khu phong, thanh nhiệt, hóa thấp, giải độc, hành khí, hoạt huyết.

Phương dược:

Bài Bạch hồ quế chi thang:

Thạch cao	12g	Kim ngân	12g
Quế chi	06g	Tang chi	12g
Tri mẫu	10g	Cam thảo	06g
Hoàng bá	12g	Thương truật	08g

Bài quế chi thực dược tri mẫu thang:

Quế chi	06g	Tri mẫu	06g
Ma hoàng	08g	Kim ngân	12g
Bạch thực	10g	Bạch truật	08g
Lá lốt	12g	Liên kiều	08g
Cam thảo	06g		

2.3. Viêm khớp dạng thấp đợt mạn tính:

Các khớp còn sưng đau, nhưng hết đỏ hết sốt, các khớp dính, cứng khớp hoặc biến dạng, teo cơ.

-Pháp trị: khu phong, thanh nhiệt, trừ thấp, tán hàn.

-Bài thuốc: bài độc hoạt tang kí sinh.

Độc hoạt	10g	Thục địa	10g
Ngưu tất	12g	Tần giao	08g
Lá lốt	10g	Bạch thực	10g
Đỗ trọng	12g	Đương qui	10g
Quế chi	06g	Cam thảo	06g
Tang kí sinh	12g	SĐinh lăng	10g
Tỳ giải	10g		

Bài phòng phong thang gia giảm gồm:

Phòng phong	10g	Tần giao	10g
Bạch thực	10g	Cam thảo	06g
Khương hoạt	08g	Quế chi	06g
Đương qui	12g	Hạnh nhân	10

Bạch linh	12g	Hoàng cầm	10g
Ý dĩ	20g	Ngũ gia bì	12g

2.4. Điều trị duy trì phòng viêm đa khớp dạng thấp tái phát:

- Pháp trị: Bổ can thận, lương huyết, khu phong, trừ thấp

- Phương dược:

*Bài thuốc: Độc hoạt tang kí sinh gia phụ tử chế:

Độc hoạt	10g	Thục địa	10g
Ngưu tất	12g	Ngũ gia bì	08g
Hy thiêm	12g	Bạch thược	08g
Đỗ trọng	10g	Đương qui	10g
Quế chi	06g	Cam thảo	06g
Tang kí sinh	12g	Đinh lăng	12g
Tỳ giải	08g	Tần giao	10g
Phụ tử chế	04g		

*Bài thuốc:

Thục địa	Hoài sơn
Sơn thù	Đan bì/Mẫu đơn bì
Bạch linh/Phục linh	Trạch tả

*Bài thuốc:

	Thục địa	Táo nhục
Củ sừng	Thạch斛	
Hoài sơn	Tỳ giải	

2.5. Khi có biến chứng cứng khớp, chân tay co quắp:

-Pháp trị: Bổ can thận, lương huyết, khu phong, trừ thấp.

- Phương dược:

*Bài Tam tỳ thang

Độc hoạt	10g	Tần giao	10g
Ngưu tất	12g	Bạch thược	10g
Phòng phong	10g	Đương qui	12g
Đỗ trọng	12g	Cam thảo	06g
Hoàng kỳ	12g	Đảng sâm	12g
Quế chi	06g	Tục đoạn	10g
Bạch linh	12g(Phục linh)	Sinh khương	08g
Thục địa	10g		

*Bài thuốc PT5:

Lá lốt	15g	Thỏ phục linh	12g
Trình nữ	15g	Hà thủ ô	D12g
Quế chi	06g	Đỗ trọng	12g
Thiên niên kiện	10g	Sinh địa	12g
Cỏ xước	12g		

*Bài thuốc:

Thục địa	Hoài sơn
Sơn thù	Đan bì/Mẫu đơn bì
Bạch linh/Phục linh	Trạch tả

*Bài thuốc:

Thục địa	Táo nhục
----------	----------

Củ sừng
Hoài sơn

Thạch斛
Tỳ giải

*** Thuốc thành phẩm:**

- Độc hoạt tang ki sinh (v. phonte)
- Phong thấp nang
- Phong thấp FIDO
- Thập toàn đại bổ
- Hoàn bổ thận
- Hoàn bổ thận dương
- Rheumapain-f
- Song hảo đại bổ tinh-f
- Thấp khớp ND (Nam Dược)
- Flavital
- Phong thấp ACP
- Khu phong trừ thấp
- Revmaton
- Hydan 500
- Viên phong thấp Topphote

*** Thủy châm:**

- Dùng vitamin nhóm B thủy châm nhóm A thị huyết hoặc huyết trong công thức huyết châm cứu cũng đạt được kết quả tốt.
- Liệu trình từ 1-2 tuần.

2.6. Các phương pháp không dùng thuốc:

1. Châm cứu: 20 → 30 phút/ lần. Châm liệu trình 05 → 10 ngày, gia giảm tùy theo triệu chứng trên lâm sàng, 2-4 liệu trình.

- Tại chỗ: châm các huyết quanh khớp hoặc lân cận khớp đau.

- Toàn thân: Hợp cốc, Phong môn, Huyết hải, Đại chùy, Túc tam lý, Tỳ du, Thái khê, Can du, Thận du.

***Đau khớp khuỷu tay:**

Chủ huyết: Khúc trì, Xích trạch(tả), Thủ tam lý, Hợp cốc (bổ)

Phối huyết: Phế du(bổ), Hậu khê (tả).

***Khớp cổ tay:**

Chủ huyết: Hợp cốc (bổ), Dương trì, Đại lãng (tả)

Phối huyết: Dương khê (tả), Ngoại quan (bổ)

***Đau bàn ngón tay:**

Chủ huyết: Dương trì, Bát tà(tả)

Phối huyết: Đại lãng, Trung chũ (tả)

***Khớp gối:**

Chủ huyết: Dương lãng, Độc ty, Tắt nhãn (tả)

Phối huyết: Âm lãng (tả), Ủy trung, Túc tam lý (bổ)

***Khớp cổ chân:**

Chủ huyết: Giải khê (tả), Khâu khư (bổ)

Phối huyết: Công tôn (bổ), Hậu khê (tả)

***Bàn ngón chân:**

Chủ huyết: Giải khê, Bát phong (tả)

- Phối huyết: Công tôn (bồ), Hậu khê (tả).
2. Chôn chỉ (Cấy chỉ)
 3. Điều trị tia bằng hồng ngoại
 4. Điều trị bằng các dòng điện xung
 5. Laser chiếu ngoài
 6. Laser nội mạch
 7. Bó parafin
 8. Từ trường, siêu âm điều trị, sóng ngắn.
 9. Tập dưỡng sinh.
 10. Xoa bóp bấm huyết các khớp đau.
 11. Bó thuốc, xông thuốc.
 12. Tác động cột sống.
 13. Vận động trị liệu.
 14. Chôn chỉ (cấy chỉ, nhu châm).

Chăm sóc phục hồi chức năng:

Khuyên bệnh nhân nằm tư thế sấp trên giường cứng, nằm thẳng, đứng hoặc đi dạo, tránh đứng hoặc ngồi quá lâu, dùng nạng chống hỗ trợ đối với các khớp đau./.

BỆNH THOÁI HÓA KHỚP (Osteo Arthritis)

CHUẨN BỊ:

Cán bộ y tế: bác sĩ, điều dưỡng.

Phương tiện: thuốc, các phương pháp không dùng thuốc theo quy định này và các dụng cụ khám bệnh có tại khoa.

Hồ sơ bệnh án theo mẫu của Bộ Y tế.

I. Y HỌC HIỆN ĐẠI

- Thoái hóa đa khớp là quá trình lão hóa mang tính quy luật của tổ chức sụn, các tế bào và các tổ chức khớp và quanh khớp. Kết hợp với tình trạng chịu áp lực quá tải kéo dài của sụn khớp. Là bệnh rất thường gặp ở người có tuổi, chiếm khoảng 30% các bệnh lý về cơ xương khớp.

- Vị trí thường gặp: khớp gối, cột sống thắt lưng, cột sống cổ.

- Cơ chế bệnh sinh liên quan tới 5 vấn đề: vai trò của yếu tố cơ địa, vai trò của men tiêu protein, vai trò của các Cytokines, vai trò của yếu tố phát triển, vai trò của áp lực quá tải kéo dài lên sụn khớp.

1. Biểu hiện lâm sàng:

* Đau có tính chất cơ giới:

- Đau đối xứng, tăng khi vận động, giảm khi nghỉ ngơi.
- Đau âm ỉ, từng đợt khi mang vác nặng, sai tư thế, khi mệt mỏi, căng thẳng, thay đổi thời tiết, hay tái phát.
- Đau thường xuất hiện ở những khớp chịu lực.
- Không hoặc ít kèm các biểu hiện viêm.
- Có thể có phản ứng tiết dịch gây tràn dịch khớp, thường gặp ở khớp gối.

* Hạn chế vận động:

- Cứng và khó cử động khớp vào buổi sáng: “ Dầu phá hủy khớp”.
- Dầu lạo xạo khi vận động (đặc biệt ở khớp gối).
- Teo cơ do ít vận động.

* Biến dạng khớp, cột sống:

- Biến dạng khớp chậm, chủ yếu do hiện tượng mọc gai xương phù nề tổ chức quanh khớp, lệch trục khớp, thoát vị bao hoạt dịch khớp.
- Cột sống có thể gù vẹo, biến dạng, hạn chế vận động, co cứng cơ cạnh cột sống, cơ thang. Có thể phối hợp đau thần kinh tọa, tê chân do thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, có thể phối hợp tê tay do chèn ép thần kinh cánh tay, chèn ép tủy cổ.

2. Cận lâm sàng:

- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, VS.
- Tổng phân tích nước tiểu.
- Yếu tố dạng thấp thường âm tính [(RF (-)].

* Dịch khớp:

- Khi có tràn dịch khớp, thường không có viêm.

* X. quang khớp:

- Hẹp khe khớp hoặc đĩa đệm, hẹp lỗ liên hợp của cột sống cổ.
- Đặc xương dưới sụn.
- Mọc gai xương.

- Hốc xương dưới sụn.
- Thay đổi hình dạng đầu xương.
- X quang: giúp định bệnh OA, mức độ hẹp khe khớp giúp phân loại OA và độ nặng của OA. Theo phân loại của Kellgren và Lawrence có 4 mức độ về OA.

Độ I: có chồi xương nhưng khe khớp vẫn giữ nguyên.

Độ II: hẹp khe khớp đùi chày + chồi xương.

Độ III: hẹp khe khớp đùi chày trong + chồi xương.

Độ IV: chồi xương + mất khe khớp và biến dạng khớp.

3. Các thể lâm sàng:

Mỗi vị trí không có các thể lâm sàng riêng biệt, ở đây xin được giới thiệu một số thể lâm sàng thường gặp.

3.1. Thoái hóa cột sống cổ:

- Hội chứng cột sống cổ:

- + Đau vùng gáy cấp tính: sau lao động, mệt mỏi, lạnh vẹo cổ cấp.

- + Đau vùng gáy mãn tính: âm ỉ, hạn chế động tác cúi và xoay ngoài.

- Hội chứng động mạch đốt sống: nhức đầu vùng chẩm lan ra thái dương, trán và hai hố mắt, xuất hiện vào buổi sáng kết hợp đau và hạn chế vận động cổ, có khi kèm chóng mặt, yếu cơ hoặc teo cơ vai, cánh tay bên tổn thương.

- Hội chứng chèn ép tủy cổ: liệt nửa người hoặc tứ chi tăng dần.

3.2. Thoái hóa cột sống thắt lưng:

- Đau thắt lưng cấp: đau ở phần dưới cột sống thắt lưng, lan tỏa tăng khi ho, hắt hơi, rặn, thay đổi tư thế, đau nhiều, phải nằm cứng cơ cạnh cột sống → vẹo khi đứng.

- Đau thắt lưng mãn: đau âm ỉ vùng thắt lưng, tăng khi vận động nhiều, thay đổi thời tiết, hoặc nằm lâu bất động, giảm khi nghỉ ngơi.

- Đau thắt lưng và thần kinh tọa: (xem bài đau thần kinh tọa)

- Đau cách hồi: giống viêm tắc động mạch chi dưới song động mạch hoàn toàn bình thường, gọi là chứng “đau cách hồi thần kinh” do hẹp ống sống.

3.3. Thoái hóa khớp háng:

- Đau ở vùng bẹn hoặc phần trên mông, lan xuống đùi, có khi đau ở trước đùi và khớp gối. Đau tăng khi vận động, mang vác, đi lại, đứng lâu và giảm khi nghỉ ngơi.

- Hạn chế một số động tác: ngồi xổm, bước qua bậc thang về sau đi khập khiễng phải chống gậy.

3.4. Thoái hóa khớp gối:

Nữ chiếm 80%, thừa cân, thường phối hợp các bệnh dẫn tĩnh mạch căng chân. Theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Hội thấp khớp học Mỹ- ACR (American College of Rheumatology), 1991:

- Có gai xương ở rìa khớp

- Dịch khớp là dịch thoái hóa

- Tuổi trên 38

- Có dấu hiệu lực khục khi cử động khớp.

- Chẩn đoán xác định khi có yếu tố 1,2,3,4 hoặc 1,2,5 hoặc 1,4,5.

- Các dấu hiệu khác:
 - + Trần dịch khớp: đôi khi thấy ở khớp gối, do phản ứng viêm của màng hoạt dịch.
 - + Biến dạng: do xuất hiện các gai xương, do lệch trục khớp hoặc thoát màng hoạt dịch.
- X quang qui ước: tiêu chuẩn chẩn đoán thoái hóa khớp của Kellgren và Lawrence.
 - Giai đoạn 1: gai xương nhỏ hoặc nghi ngờ có gai xương.
 - Giai đoạn 2: mọc gai xương rõ.
 - Giai đoạn 3: hẹp khe khớp vừa.
 - Giai đoạn 4: hẹp khe khớp nhiều kèm xơ xương dưới sụn.
- Siêu âm khớp.
- Chụp cộng hưởng từ (MRI).
- Nội soi khớp.

4. Chẩn đoán:

4.1. Chẩn đoán xác định:

- Triệu chứng lâm sàng: như trên.
- Triệu chứng X quang nhất định phải có.
- Xét nghiệm máu.

4.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm đa khớp dạng thấp: nữ, tuổi trung niên, sưng đau các khớp nhỏ, biến dạng khớp, X quang hình bào mòn xương, chẩn đoán theo tiêu chuẩn ARA 1987.
- Goutte: viêm nhiều khớp, nổi cục tophi quanh khớp, acid uric máu tăng cao, chủ yếu gặp ở nam giới.
- Viêm cột sống dính khớp: bệnh chủ yếu ở nam giới, viêm cột sống và các khớp lớn ở chân.
- Lao khớp: triệu chứng nhiễm lao (sốt về chiều, sụt cân, mất ngủ), tổn thương thường ở 1 khớp, X quang khớp tổn thương.

5. Điều trị kết hợp: trong giai đoạn cấp

- Thuốc giảm đau đơn thuần:
 - Paracetamol 500mg (Mypara, Befadol, Efferalgan 500mg, Efferalgan codein....).

Liều từ 1g-2.6g. Chia 2-3 lần trong 24 giờ

Thận trọng đối với những người suy gan.

- Thuốc kháng viêm giảm đau:

Diclofenac:

+ Tiêm bắp 75mg/ ống, 01-2 ống trên ngày, không quá 5 ngày.

+ Đường uống: viên 75mg, 01 viên x 2 lần / ngày (uống)

Mobic (Meloxicam) 15mg tiêm bắp ngày 1 lần

Mobic (Meloxicam) 7.5mg 01 viên x 2 lần / ngày uống

Piroxicam 20mg 01 viên x 2 lần/ ngày uống

Thời gian dùng thuốc: uống sau ăn.

- Bệnh kèm loãng xương dùng Calcitrol 0.25 ug 01 viên x 2 lần / ngày (uống).

6. Chăm sóc:

- Chế độ ăn uống: đầy đủ chất dinh dưỡng

- Chế độ chăm sóc: cấp III (một số trường hợp nặng cần chăm sóc cấp II)

II. Y học cổ truyền

- Tùy thuộc vào vị trí khớp bị bệnh mà sẽ có tên gọi thể bệnh tương ứng.

- Với mô tả triệu chứng học trên thì thoái hóa khớp nằm trong phạm trù:

+ Chứng tý: tam tý, ngũ tý.

+ Chứng tích bồi thống (đau sống lưng)

+ Chứng kiên bồi thống, yêu thống,...

Nhóm ngoại cảm đơn thuần do 3 thứ khí phong, hàn, thấp lẫn lộn dẫn đến thừa cơ vệ khí yếu xâm nhập vào cơ thể, các tà khí này bị tắc lưu lại ở cơ nhục kinh lạc gây sưng đau, nhức, tê buốt, nặng, mỗi ở một vùng cơ thể hay các khớp xương.

Nhóm ngoại cảm phối hợp với ngoại thương gây bệnh.

Cơ thể đã có sẵn nguyên khí suy yếu, hoặc có sẵn khí huyết hư do mắc bệnh đã lâu, hoặc tuổi già Can Thận hư suy, ba thứ khí xâm nhập vào làm cho sự vận hành khí huyết bị tắc trở, không thông, tà khí lưu lại ở cân- cốt – bì phu làm sưng, đau nhức, tê mõi, buốt... hoặc phong hàn thấp tà nhiễm đã lâu uất lại hóa nhiệt, nay nhiễm phong hàn thấp đồng thời gặp nguyên khí hư yếu mà sinh bệnh.

1.Điều trị dùng thuốc:

- Phép trị chung: ôn thông kinh lạc, hành khí, hoạt huyết, bổ can thận, bổ khí huyết, khu phong, tán hàn, trừ thấp.

1.1. Thoái hóa khớp từ vùng eo lưng xuống tới chân:

- Bài thuốc: Độc hoạt, Phòng phong, Tang ký sinh, Đỗ trọng, Ngưu tất, Trinh nữ, Hồng hoa, Bạch chỉ, Tục đoạn, Bồ cốt chỉ.

- Bài thuốc: Độc hoạt, Phòng phong, Tang ký sinh, Tần giao, Bạch thược, Ngưu tất, sinh địa/Thực địa, Cầm thảo, Đỗ trọng, Tế tân, Quế nhục, nhân sâm/Đảng sâm, Đương quy, Xuyên khung.

- Bài thuốc: Tần giao, Đỗ trọng, Ngưu tất , Độc hoạt, Phong phong, Phục linh/Bạch linh, Xuyên khung, Tục đoạn, Hoàng kỳ, Bạch thược, Cam thảo, Đương quy, Thiên niên kiện.

- Bài thuốc: Độc hoạt, Quế chi/Quế nhục, Phòng phong, Đương quy, Tế tân (Dây đau xương), Xuyên khung, Tần giao, Bạch thược, Tang ký sinh, Sinh địa/Thực địa/địa hoàng, Đỗ trọng , Ngưu tất, Phục kinh/Bạch linh, Cam thảo, (Đảng sâm/Nhân sâm).

+ Bài Độc hoạt tang ký sinh:

Độc hoạt	10g	Thực địa	10g
Ngưu tất	12g	Tần giao	08g
Phòng phong	10g	Bạch thược	10g

Đỗ trọng	12g	Đương qui	10g
Quế chi	06g	Cam thảo	06g
Tang ký sinh	12g	Đinh lăng	12g
Tỳ giải	10g		
+ Bài thuốc Pt5 gồm:			
Lá lốt	15g	Thỏ phục linh	12g
Trinh nữ	12g	Hà thủ ô	10g
Quế chi	06g	Đỗ trọng	12g
Thiên niên kiện	10g	Sinh địa	12g
Cỏ xước	12g		

1.2. Thoái hóa khớp chi trên và các đốt xa bàn tay.

Bài thuốc: Hy thiêm

Lá lốt

Ngưu tất

Thỏ phục linh

- Bài thuốc: Quyên tỵ thang gia giảm:

Dây đau xương	10g	Đương qui	12g
Phòng phong	12g	Xích thược	12g
Khương hoàng	12g	Sinh khương	08g
Chích thảo	12g	Đại táo	12g
Cốt toái bồ	12g		

1.3. Thoái hóa vùng cột sống thắt lưng trở xuống do can thận hư kèm triệu chứng của phong hàn thấp:

- Bài thuốc: Hữu quy hoàn:

Phụ tử	04g	Đỗ trọng	12g
Kỷ tử	10g	Hoài sơn	12g
Nhục quế	08g	Thục địa	10g
Sơn thù	06g	Cam thảo	06g

*Gia:

Cẩu tích	10g	Cốt toái bồ	12g
----------	-----	-------------	-----

- Bài thuốc:

Thục địa	Bạch linh/Phục linh
Hoài sơn	Trạch tả
Sơn thù	Đan bì/Mẫu đơn bì

- Bài thuốc:

Thục địa	Táo nhân
Củ sung	Thạch斛
Hoài sơn	Tỳ giải

- Bài thuốc: Độc hoạt tang ký sinh gia Phụ tử chế:

Độc hoạt	10g	Sinh địa	12g
Ngưu tất	12g	Tần giao	10g

Phòng phong	10g	Bạch thược	10g
Đỗ trọng	12g	Đương qui	12g
Quế chi	06g	Cam thảo	06g
Tang ký sinh	12g	Đinh lăng	12g
Bạch linh	12g	Phụ tử chế	04g

-Bài thuốc:

Tế tân	Xuyên khung
Tần giao	Ngưu tất
Tang ký sinh	Cam thảo
Độc hoạt	Đương quy
Phòng phong	Thục địa
Bạch thược	Đảng sâm
Đỗ trọng	Bạch linh/Phục linh

-Bài thuốc:

Độc hoạt	Bạch thược
Phòng phong	Cam thảo
Tang ký sinh	Tế tân
Đỗ trọng	Quế nhục
Ngưu tất	Nhân sâm/Đảng sâm
Đương quy	Xuyên khung
Tần giao	Quế chi/Quế nhục
Sinh địa/Thục địa	

-Bài thuốc:

Độc hoạt	Tục đoạn
Phòng phong	Trình nữ
Tang ký sinh	Hồng hoa
Đỗ trọng	Bạch chỉ
Ngưu tất	Bổ cốt chỉ

-Bài thuốc:

Tần giao	Đỗ trọng
Ngưu tất	Độc hoạt
Phục linh/bạch linh	Xuyên khung
Tục đoạn	Hoàng kỳ
Bạch thược	Cam thảo
Đương quy	Thiên niên kiện
Phòng phong	

1.4. Đau cột sống có đợt cấp do co cứng:

- Nguyên nhân do lạnh, YHCT khu trú trong nhóm Bồi thống.

- Phép trị: khu phong, tán hàn, trừ thấp, ôn kinh, hoạt lạc.

-Bài thuốc:

Dây đau xương	08g	Xuyên khung	10g
Độc hoạt	10g	Cam thảo	06g
Mạn kinh tử	10g	Quế chi	06g

-Bài thuốc: Can khương thương truật thang gia giảm:

Khương hoạt	08g	Thương truật	06g
Can khương	06g	Ngưu tất	12g

Tang ký sinh	12g	Quế chi	06g
Bạch linh	10g		
-Bài thuốc:			
Dây đau xương	12g	Lá lốt	12g
Ngũ gia bì	12g	Tang chi	16g
Thiên niên kiện	12g	Trinh nữ	12g
Cỏ xước	12g	Quế chi	06g
Kê huyết đằng	12g	Huyết giác	12g
Đinh lăng	16g	Cầu tích	16g
Cốt toái bồ	16g		
-Bài thuốc:			
Hy thiêm			
Lá lốt			
Ngưu tất			
Thổ phục linh			
-Bài thuốc:			
Hy thiêm		Thương nhĩ tử	
Phòng kỷ/Dây đau xương		Thổ phục linh	
Hà thủ ô		Thiên niên kiện	
Huyết giác			

***Thủy châm:**

-Dùng vitamin nhóm B thủy châm A thị huyết hoặc huyết theo công thức châm cứu đạt được kết quả tốt

-Liệu trình từ 1-2 tuần.

***Thuốc thành phẩm:**

-Độc hoạt tang ký sinh (V. phonte, Revmaton, Thấp khớp Nam Dược, Thấp khớp hoàn P/H).

- Phong thấp nang

-Hoàn đại tân giao

-Thập toàn đại bổ

-Viên phong thấp FENGSHI- OPC

-Rheumapain -f

-Phong thấp FIDO

-Hoàn cứu vị khương hoạt

- Song hảo đại bổ tinh- f

-Phong thấp ACP

-Hydan 500

-Viên phong thấp Topphote

-Khu phong trừ thấp

- Cồn xoa bóp

- Flavital

2. Điều trị không dùng thuốc:

Tùy theo bệnh, vị trí bệnh mà chọn phương pháp phù hợp.

2.1 Châm cứu: 20→ 30 phút/ ngày, châm liệu trình 5→10 ngày, gia giảm tùy theo triệu chứng trên lâm sàng x 2-4 liệu trình.

* Cột sống cổ:

- Bỏ: đại trữ, phong môn.

- Tả: đại chùy, phong trì, hợp cốc.

- Ôn châm: các huyết tại khớp đau và vùng lân cận

* Cột sống thắt lưng trở xuống:

- Bỏ: quang nguyên, khí hải, thận du, tam âm giao, đại trường du, chí thất, mệnh môn, ủy trung..

Ôn châm các huyết tại khớp đau và vùng lân cận.

-Tả: huyết giáp tích, bát liêu, a thị huyết.

2.2. Nhu châm

2.3. Điều trị bằng tia hồng ngoại

2.4. Điều trị bằng các dòng điện xung

2.5. Laser chiếu ngoài

2.6. Laser nội mạch

2.7. Bó parafin

2.8. Siêu âm trị liệu: chỉ định các khớp lớn như khớp háng, khớp vai, liệu trình trung bình 15 ngày

2.9. Sóng ngắn.

2.10. Kéo cột sống: chống chỉ định trong hẹp ống tủy, loãng xương.

2.11. Tập dưỡng sinh: thư giãn, thở 4 thời, các động tác tác động lên cột sống như vận cột sống cổ ngược chiều, tam giác...

2.12. Xoa bóp bấm huyết: xoa bóp cục bộ các khớp đau được chỉ định khi qua giai đoạn cấp.

2.13. Bó thuốc, xông thuốc

2.14. Tác động cột sống.

2.15. Chôn chỉ (cây chỉ, nhu châm).

* **PHÒNG BỆNH:**

- Chế độ sinh hoạt: nghỉ ngơi giảm chịu lực cho khớp, thay đổi thói quen (ngồi xổm, xách nặng...).

- Chế độ tập luyện: tập cơ tứ đầu đùi, tập vận động vừa sức, đều đặn, đi bộ đường bằng phẳng./.

ĐAU DÂY THẦN KINH TỌA

CHUẨN BỊ:

- Cán bộ y tế : bác sĩ, điều dưỡng
- Phương tiện: thuốc, các phương pháp không dùng thuốc theo quy trình này và các dụng cụ khám bệnh có tại khoa.
- Hồ sơ bệnh án theo mẫu của Bộ Y Tế.

I.Y HỌC HIỆN ĐẠI

1.Triệu chứng:

Đau dây thần kinh tọa là một hội chứng đau rễ thần kinh thắt lưng V và cùng I, đau lan từ thắt lưng xuống hông dọc theo mặt sau đùi cẳng chân lan ra ngón cái và ngón út (tùy theo rễ bị đau). Nguyên nhân do thoát vị đĩa đệm hay gặp nhất, ngoài ra còn do cùng hóa thắt lưng V hay cùng I, gai đôi cột sống, thoái hóa cột sống hoặc do chấn thương cột sống, viêm cột sống dính khớp...

2. CẬN LÂM SÀNG:

- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, VS.
- X. quang cột sống thắt lưng cùng.

3. CHẨN ĐOÁN:

- Đau dọc theo đường đi của dây thần kinh tọa
- Có điểm đau cạnh sống
- Dấu Lasegue (+) 70 độ
- Dấu Valleix (+)
- Nghiệm pháp Nerri (+)
- Nghiệm pháp Bonnet (+)
- Có rối loạn cảm giác hoặc không
- Có teo cơ hoặc không

4.Điều trị:

- Trường hợp đau cấp, hạn chế vận động nhiều.
- Thuốc: dùng thuốc giảm đau theo bậc của OMS.

Paracetamol 0,5-2,6g / ngày: (Mypara, Efferalgan 500 mg, Efferalgan codein).

.Nhóm dẫn cơ: Myocur, Decontractyl, Tiphensin 500 mg 1 viên x 2 – 3 lần / ngày

.Nhóm NSAID:

Diclofenac, Voltaren:

Ống 75 mg tiêm bắp 01-3 ngày/01- 2 ống/ngày

Viên 75 mg, 01 viên x 2 lần / ngày (uống).

Piracetam 20 mg: 01 viên x 2 lần/ ngày (uống).

Mobic (Meloxicam) 15 mg: Tiêm bắp ngày 1 lần.

Mobic (Meloxicam) 7,5 mg: 01 viên x 2 lần/ ngày (uống).

Thủy châm: vitamin nhóm B: Bedouza, Vitamin B12 kabi 1000microgram 1 ống/ ngày, thủy châm 10- 12 ngày theo đường kinh bệnh (L5 hoặc S1).

II.Y HỌC CỔ TRUYỀN

Theo Y học cổ truyền (YHCT) đau dây thần kinh tọa còn gọi là “yêu cước

thông”, “tọa cốt phong”, “tọa điển phong” thuộc phạm vi chứng tý. Nguyên nhân do phong hàn, phong thấp, phong nhiệt thừa cơ thấu lý sơ hở xâm lấn vào kinh Túc Thái dương Bàng quang và Túc Thiếu dương Đờm, hoặc do chính khí suy yếu, rối loạn chức năng tạng phủ, nhất là tạng Can Thận, hoặc do lao động quá sức, trọng thương gây huyết ứ, khí ứ làm bế tắc kinh khí của kinh Bàng quang, kinh Đờm gây đau.

1. Các thể lâm sàng:

1.1. Thể cấp: phong hàn phạm kinh lạc hoặc khí huyết ứ trệ .

Đau lưng lan xuống chân dọc theo dây thần kinh tọa (S1 và L5).

Đau dữ dội, đau tăng khi ho, khi hít hơi, khi cúi gập đột ngột.

Đau tăng về đêm, giảm khi nằm yên trên giường cứng.

Giảm đau khi chườm nóng.

Rêu lưỡi trắng, mạch phù (nếu do phong hàn).

Lưỡi có thể có điểm ứ huyết (nếu do khí huyết ứ trệ).

Dị cảm (theo rễ L5 hoặc S1)

Pháp trị: khu phong, tán hàn, hành khí, hoạt huyết.

Bài thuốc:

Lá lốt	12g	Thỏ phục linh	12g
Quế chi	06g	Sài đất	12g
Thiên niên kiện	10g	Thạch斛	16g
Cỏ xước	10g	Sinh địa	16g

Bài thuốc:

Độc hoạt	12g	Lá lốt	08g
Chỉ xác	08g	Quế chi	08g
Uy linh tiên	12g	Trần bì	08g
Kê huyết đằng	12g	Cỏ xước	12g
Tang ký sinh	12g	Xuyên khung	12g

Bài thuốc:

Độc hoạt	Tục đoạn
Phòng phong	Trình nữ
Tang ký sinh	Hồng hoa
Đỗ trọng	Bạch chỉ
Ngưu tất	Bổ cốt chi

Bài thuốc:

Tần giao	Đỗ trọng
Ngưu tất	Độc hoạt
Phục linh/bạch linh	Xuyên khung
Tục đoạn	Hoàng kỳ
Bạch thược	Cam thảo
Đương quy	Thiên niên kiện
Phòng phong	

Bài thuốc:

Độc hoạt	Bạch thược
Phòng phong	Cam thảo
Tang ký sinh	Tế tân
Đỗ trọng	Quế nhục

Ngưu tất	Nhân sâm/Đảng sâm
Đương quy	Xuyên khung
Tần giao	Quế chi/Quế nhục

2.Thể mẫn: (Thể phong hàn thấp / Can thận âm hư).

Bệnh kéo dài, đau âm ỉ với những đợt đau tăng. Chườm nóng, nằm nghỉ dễ chịu, thường đau 2 bên.

Ăn kém, ngủ ít, mệt mỏi.

Teo cơ, đau lưng, mỏi gối.

Mạch nhu hoãn, trầm nhược.

Pháp trị: Khu phong, tán hàn, trừ thấp, bổ can thận.

Bài thuốc:

Bài 1:

Thục địa	12g	Ý dĩ	12g
Cẩu tích	12g	Bạch truật	12g
Tục đoạn	12g	Hoài sơn	12g
Tang ký sinh	16g	Tỳ giải	12g
Cỏ xước	12g	Hà thủ ô	12g
Đảng sâm	12g		

Bài 2: Độc hoạt tang ký sinh thang .

Độc hoạt	12g	Đinh lăng	12g
Hy thiêm	10g	Tỳ giải	12g
Tang ký sinh	12g	Bạch thược	12g
Đương quy	12g	Quế chi	06g
Đại táo	10g	Cỏ xước	12g
Thục địa	12g	Đỗ trọng	08g

Nếu dương hư bỏ Quế chi thêm:

Quế nhục	04g	Phụ tử chế	04g
----------	-----	------------	-----

Bài 3: Ý dĩ thang:

Ý dĩ	16g	Gừng	04g
Thương truật	08	Cam thảo	06g
Khương hoạt	08g	Đại táo	12g
Quế chi	08g	Đỗ trọng	08g
Độc hoạt	08g	Phụ tử chế	08g

Bài 4: BỔ thận thang gia giảm:

Thục địa	12g	Thỏ ty tử	08g
Đỗ trọng	12g	Tục đoạn	12g
Tang ký sinh	16g	Khương hoạt	08g
Cẩu tích	16g	Độc hoạt	08g
Thương truật	08g	Kỷ tử	12g

Bài 5:

Thục địa	Hoài sơn
Sơn thù	Đan bì/Mẫu đơn bì
Bạch linh/Phục linh	Trạch tả

Bài 6:

Thục địa	Táo nhục
----------	----------

Củ sừng
Hoài sơn

Thạch斛
Tỳ giải

***Thuốc thành phẩm:**

-Độc hoạt tang ký sinh (V. phonte, Revmaton, Thấp khớp Nam Dược, Thấp khớp hoàn P/H).

- Phong thấp nang
- Hoàn đại tân giao
- Thấp toàn đại bổ
- Dưỡng cốt hoàn
- Viên phong thấp FENGSHI- OPC
- Rheumapain -f
- Phong thấp FIDO
- Song hảo đại bổ tinh- f
- Phong thấp ACP
- Hydan 500
- Viên phong thấp Topphote
- Khu phong trừ thấp
- Cồn xoa bóp
- Lục vị ACP
- Bỏ thận âm
- Kefentech

Phương pháp không dùng thuốc

+Điện châm: 20→ 30 phút/ ngày, châm liệu trình 5→10 ngày, gia giảm tùy theo triệu chứng trên lâm sàng x 2-4 liệu trình.

Tùy theo bệnh, vị trí bệnh mà chọn huyệt phù hợp.

Phương huyệt:

*Huyệt chính: A thị , Giáp tích L4-L5, L5-S1, Hoàn khiêu, Thừa phù, Phong thị, Dương lăng tuyền, Ủy trung, Thừa sơn, Côn lôn. (Nếu đau dọc rễ S1 thêm Kinh cốt, Đại chung; đau dọc rễ L5 thêm Khâu khư, Lãi câu).

*Huyệt phối hợp: Thận du, Thái khê, Phi dương, Tam âm giao, Mệnh môn, Bát liêu, Dương quan, trật biên, Ân môn, Huyền chung.

+Điều trị bằng các dòng điện xung.

+Điều trị bằng tia hồng ngoại.

+Laser chiếu ngoài.

+Chôn chỉ (cây chỉ, nhu châm).

+Cứu điều ngải.

+Laser chiếu ngoài các huyệt trên.

+Những bài tập: Tập vận động trị liệu đau thần kinh tọa.

+Tư thế nằm ngửa:

- . Gồng cơ tứ đầu đùi
- . Tập cổ chân
- . Động tác uốn lưng

- . Tập gông cơ bụng
- . Nằm ngửa trên giường đạp xe
- +Nằm sấp:
 - . Gông cơ mông
 - . Nhấc chân lên hạ xuống
 - . Gập, duỗi gối từng bên cùng lúc.
 - . Tay để sau gáy, nhấc đầu và vai lên.
 - . Tư thế người bệnh quỳ (chống 2 tay và gối)
 - . Đưa từng chân lên, hạ xuống.

+Tập dưỡng sinh:

- . Tam giác
- . Tam giác biến thể
- . Chào mặt trời
- . Uỡn lưng

+xoa bóp: Xoa bóp bấm huyết dọc theo vùng lưng và chi đau.

III.Lưu ý các trường hợp sau cần điều trị chuyên khoa:

- Đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm có chỉ định ngoại khoa.
- Đau thần kinh tọa do bệnh lý cột sống khác: Lao, ung thư có chèn ép tủy, bệnh ống tủy, đang tăng huyết áp có chấn thương cột sống, gãy xương và biến dạng.
- Đau thần kinh tọa kèm theo: Xơ gan, suy tim, hen suyễn, ung thư , tâm thần, suy thận, HIV/AIDS.

IV.Phòng bệnh:

Trong lao động cần thận trọng trong động tác cúi xuống để bốc vác.

Tập vận động thể lực, rèn luyện cơ lưng và tăng sự mềm mại cột sống.

Điều trị kịp thời các bệnh thoái hóa cột sống có giá trị tích cực phòng bệnh trong đau thần kinh tọa ./.

BỆNH TRĨ

CHUẨN BỊ:

Cán bộ y tế : bác sĩ, điều dưỡng.

Phương tiện: thuốc, các phương pháp không dùng thuốc theo qui trình này và các dụng cụ khám bệnh có tại khoa.

Hồ sơ bệnh án theo mẫu của Bộ Y tế.

1.Y HỌC HIỆN ĐẠI

1.1.Phân loại

Trĩ là một bệnh mãn tính, do các tĩnh mạch trực tràng hậu môn bị sa dẫn, xung huyết. Tùy theo vị trí xuất phát từ đám rối tĩnh mạch nào mà ta chia ra **2 loại trĩ**: Trĩ nội và trĩ ngoại.

Trĩ nội : là đám rối mạch máu trĩ trong(hệ tĩnh mạch cửa) nằm ở phía trên đường lược phủ bởi niêm mạc.

Trên thực tế thường gặp cả trĩ nội và trĩ ngoại cùng tồn tại lúc này gọi là trĩ hỗn hợp

Trĩ ngoại: bắt nguồn từ khoang cạnh hậu môn dưới da từ đám rối trĩ ngoại (hệ tĩnh mạch chủ phía dưới đường lược, được phủ bởi lớp da).

1.2.Nguyên nhân:

Nguyên nhân cơ học: Xơ gan, khối u bụng dưới ,có thai, táo bón lâu ngày hoặc kiết lị rặn nhiều.

Nguyên nhân viêm nhiễm: Ly, viêm đại tràng mãn.

Các nguyên nhân khác: Ăn uống, nòi giống , nghề nghiệp, đứng ngồi lâu.

1.2.1.Cận lâm sàng:

-Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi,TS, TC, nhóm máu .

-Siêu âm bụng tổng quát.

-Nội soi đại tràng , sinh thiết.

*Điều trị không dùng thuốc

-Vệ sinh vùng hậu môn, ngâm nước muối ấm.

-Ăn nhiều rau quả, ăn ít gia vị cay nóng.

-Hạn chế hoặc không uống rượu, cá phê.

-Lao động thích hợp.

*Điều trị thuốc:

Toàn thân.

Tại chỗ.

*Điều trị bằng thủ thuật:

-Chỉ định: Trĩ độ 1,2,3 nhỏ.

*Các thủ thuật chính:

-Thắt vòng cao su.

-Tia laser, hồng ngoại.

-Nong hậu môn.

-Phẫu thuật (điều trị nội trú):

Là phương pháp hữu hiệu nhất , ít tái phát , xử lí mọi trường hợp.

*Các loại phẫu thuật chính:

- Phẫu thuật tạm thời : lấy máu tụ , cắt búi trĩ .

- Phẫu thuật triệt để : khâu trĩ triệt mạch, cắt trĩ theo bó rời, cắt toàn bộ búi trĩ.

***Thuốc điều trị cụ thể:**

- Thuốc chống phù nề : Chymotrypsin 2 - 6 viên/ ngày (uống).
- Daflon 2 – 6 viên/ ngày (uống).
- Thuốc giảm đau: Alaxan, Efferalgan codein, Diclofenac, Befadol...
- Chống viêm nhiễm: Ofloxacin 200 mg 1 viên x 2 lần / ngày (uống)...

*** Điều trị tại chỗ :**

- Thuốc đặt: Proctolog 1 viên / ngày x 10 ngày , dầu mù u.
- Nhuận tràng: Forlax, Paragain...
- Thuốc cầm máu : Adrenoxin, Transamin.
- Điều trị bằng phương pháp bảo tồn.

. Dùng thuốc uống trong chảy máu, chống viêm, chống co thắt , giảm đau , điều hòa lưu thông tiêu hóa, chống táo bón. Làm nhỏ búi trĩ bằng xông búi trĩ , ngâm nước muối ấm.

- . Khâu cầm máu trĩ.
- . Cột cắt búi trĩ.
- . Khâu trĩ triệt mạch

Trong thời gian điều trị bảo tồn, hay ngoại khoa bệnh nhân phải vệ sinh hậu môn mỗi ngày và ngâm nước muối ấm 2 lần/ ngày .

2. Y HỌC CỔ TRUYỀN.

2.1.Nguyên nhân :

Trĩ phát sinh không đơn giản cục bộ mà do cơ chế âm dương khí huyết không điều hòa, bên ngoài do lục dâm, bên trong do thất tình.

- Ngoại tà: phong thấp, nhiệt táo thấp nhiệt sinh kết ly, lâu ngày sinh trĩ.
- Đại tràng thấp nhiệt, hoặc thấp nhiệt kéo dài làm hư hao tân dịch gây táo bón. Thường xuyên đại tiện rặn nhiều làm khí huyết dồn xuống giang môn gây nên hạ trĩ.

- Tỳ vị mất điều hòa.

- Ăn uống không điều độ: Nhiều chất cao lương mỹ vị, các chất cay nóng, nhờn béo, thấp nhiệt dồn đọng hạ tiêu gây khí trệ, ăn uống thiếu chất độn, rau xanh.

2.2.Các thể lâm sàng:

2.2.1. Trĩ nội xuất huyết hay thể huyết ú:

- **Triệu chứng :** Đi tiêu xong, máu ra từng giọt , đau hậu môn, táo bón.
- **Phép chữa:** Lương huyết, chỉ huyết, hoạt huyết , khử ứ

- Bài thuốc:

Bài 1: Tứ vật đào hồng gia giảm:

Sinh đại	12g	Đào nhân	8g
Bạch thực		Hoa hòe	8g
Đương quy	12g	Chỉ xác	04g
Xuyên khung	08g	Cỏ mực (sao đen)	12g
Hồng hoa	08g	Đại hoàng	06g

Nếu chảy máu nhiều tăng thêm Trắc bá diệp, Rễ tranh (sao đen).

Bài 2: Hoạt huyết địa hoàng thang gia giảm:

Sinh địa	20g	Đương quy	12g
Xích thực	12g	Hoàng cầm	12g

Kinh giới 12g Hòe hoa 12g

Bài 3:(Theo sách Ngoại khoa YHCT Đại học Y hà Nội)

Hoa hòe (sao đen) 16g Kinh giới (sao đen) 16g

Huyền sâm 12g Sinh địa 12g

Trắc bá diệp sao đen 16g Cỏ nhọ nôi (sao đen) 16g

2.2.2. Trĩ bội nhiễm hay thể thấp nhiệt :

- **Triệu chứng:** Vùng hậu môn sưng đỏ, trĩ bị sưng to, đau ngồi đứng không yên, chất lưỡi đỏ, rêu vàng mỏng, nước tiểu đỏ , mạch sác.

- **Phép trị:** Thanh nhiệt, lợi thấp, hoạt huyết, chỉ thống.

- Bài thuốc:

Bài 1: Chỉ thống thang gia giảm:

Long đởm thảo 12g Sinh địa 16g

Đạm trúc diệp 10g Trạch tả 12g

Nga truật 08g Đại hoàng 06g

Xích thược 12g Chỉ xác 04g

Đương quy 08g

Bài 2 : Hoa hòe tán gia vị .

Hoa hòe 12g Xích thược 16g

Kinh giới (sao đen) 16g Sinh địa 16g

Cam thảo 04g Trắc bá diệp 12g

Chỉ xác 08g Kim ngân 12g

2.2.3. Trĩ thể khí huyết đều hư :

- **Triệu chứng:** Đại tiện ra máu lâu ngày , hoa mắt ù tai, sắc mặt trắng bợt , rêu lưỡi trắng mỏng, Mạch trầm tế , người mệt mỏi đoản hơi, tự ra mồ hôi.

- **Phép trị:** Bổ khí huyết , thăng đề, chỉ huyết.

- Bài thuốc

Bài 1: Bổ trung ích khí thang gia giảm:

Ô dược 12g Thăng ma 10g

Đinh lăng 12g Trần bì 06g

Bạch truật 12g Sài hồ 12g

Cam thảo 04g Đương quy 12g

Bài 2:

Nhân sâm/Đảng sâm Hoàng kỳ

Đương quy Bạch truật

Thăng ma Sài hồ

Trần bì Cam thảo

(Sinh khương) (Đại táo).

Bài 3:

Nhân sâm Hoàng kỳ

Đương quy Bạch truật

Thăng ma Sài hồ

Trần bì Cam thảo

Hòe hoa Cỏ nhọ nôi

Kim ngân hoa Đào nhân.

Bài 2 : Tứ vật thang gia giảm.

Thục địa 12g Cỏ nhọ nôi (sao đen) 12g

Đương quy	12g	Trắc bá diệp (sao đen)	12g
Xuyên khung	12g	Đinh lăng	12g
Bạch thược	12g	Cam thảo	04g
A giao	10g		

Các thể bệnh trên ta dựa vào thể trạng bệnh nhân gia giảm và chọn lựa bài thuốc thích hợp .

Nếu ra máu nhiều gia thêm Cỏ nhọ nồi (sao đen), kinh giới (sao đen).

*** Thuốc thành phẩm :**

Bổ trung ích khí-f: liều uống ngày 3 lần mỗi lần 2 viên.

Chè trị BTKG: liều uống:

Người lớn: ngày 3 lần mỗi lần 1 gói

Trẻ em: +từ 10-15 tuổi ngày 2 lần mỗi lần 1 gói

+từ 6-12 tuổi ngày 2-3 lần mỗi lần 2 viên.

Trường hợp bệnh nặng có thể dùng gấp đôi.

Cenditan: liều uống: người lớn: ngày 3 lần mỗi lần 2 viên.

2.3.Phương pháp không dùng thuốc

* Châm cứu: châm bổ, lưu kim 30 phút/lần/ngày; liệu trình 5-10 ngày x 2-4 liệu trình.

Trường cường, Thử liêu, Tiêu trường du, Đại trường du, Túc tam lý, Tam âm giao, Thừa sơn, Hợp cốc, Bách hội, Tỳ du, Vị du, Cao hoang, Cách du, Quan nguyên, Khí hải.

*Luyện tập dưỡng sinh ./.

VIÊM ĐẠI TRÀNG MÃN TÍNH

CHUẨN BỊ

Cán bộ y tế: bác sĩ, điều dưỡng

Phương tiện: thuốc, các phương pháp không dùng thuốc theo quy trình này và các dụng cụ khám bệnh có tại khoa

Hồ sơ bệnh án theo mẫu của Bộ y tế

I. THEO Y HỌC HIỆN ĐẠI:

1. Đại cương:

Viêm đại tràng mãn tính hay gặp ở nước ta, thường xuất hiện sau đợt nhiễm khuẩn, nhiễm ký sinh trùng ở ruột, bệnh mãn tính có từng đợt tiến triển.

Viêm đại tràng mãn tính mang tính chất viêm nhiễm loạn dưỡng tại ruột, dẫn đến những thay đổi về hình thái niêm mạc đại tràng cùng với rối loạn tiết chế, hấp thu của đại tràng. Nét đặc trưng của bệnh là những thay đổi viêm tấy tại ruột.

2. Nguyên nhân

Do nhiễm ký sinh trùng

Nhiễm trùng

Bướu đại tràng

Yếu tố thần kinh

3. Triệu chứng

3.1. Lâm sàng

Đau bụng âm ỉ theo khung đại tràng hoặc đau bụng từng cơn thường bên bụng trái (đại tràng xuống), phân thường sệt, lỏng, đôi lúc có lẫn máu, mủ. Bệnh nhân gầy, mệt mỏi, chán ăn, đầy bụng.

Khám:

+ Sờ bụng đoạn đại tràng căng cứng, đôi lúc có khối u hố chậu (trái) hoặc (phải)

+ Thăm trực tràng có thể phát hiện K hoặc Polyp đại tràng

3.2 Cận lâm sàng

- Xét nghiệm phân

. Tìm KSTĐR

. Cây phân tìm vi trùng

- X quang đại tràng (Có chuẩn bị)

- Siêu âm bụng tổng quát

- Nội soi đại tràng

4. Nguyên tắc điều trị:

- Điều trị triệu chứng

- Điều trị nguyên nhân

+ Kháng sinh

+ Thuốc điều trị ký sinh trùng:

. Metronidazol 250 mg 2 viên x 2 lần/ ngày (uống) x 7 ngày

+ Chống đau: Spasmaverin (Alverin) 40 mg

+ Táo bón: Duphalac 1 gói x 2 lần/ ngày (uống)

+ Bù nước và điện giải : Hydride 1 viên pha 100 ml nước uống, oresol 1 gói/1 lít nước.

+ chế độ ăn:

- . ăn đầy đủ dinh dưỡng.
- . Tránh táo bón: ăn nhiều rau xanh có chất xơ, trái cây tươi.
- . Hạn chế ăn dầu mỡ.
- . Hạn chế ăn đường, sữa.
- . Giảm ăn thịt, nên ăn nhiều sữa chua.

II. Y HỌC CỔ TRUYỀN

1. Nguyên nhân:

Theo y học cổ truyền viêm đại tràng mãn tính thuộc chứng tiết tả kết lý.

Biện chứng luận trị: ngoại cảm lục dâm gây tổn thương tỳ vị hoặc do ăn uống nhiều chất béo, chất sống lạnh hoặc cay nóng, uống nhiều rượu gây chứng thấp nhiệt nội sinh ú trệ ở đại tràng hoặc do tình chí tổn thương can khí uất hại đến tỳ.

2. Điều trị:

2.1. Thể thấp nhiệt:

Triệu chứng: Lúc bệnh mới phát: Sốt, đau bụng, tiêu chảy hoặc mót rặn, phân có máu như mủ. Lưỡi có rêu dày nhớt. Mạch hoạt sắc.

Pháp trị: Thanh nhiệt, lợi thấp

Bài thuốc:

Nha đam tử	Berberin
Tỏi	Cát căn
Mộc hương	

Bài thuốc:

Mộc hương	Hoàng liên/Berberin
(Xích thực/Bạch thực)	Ngô thù du

Bạch đầu ông gia.

Bạch đầu ông	16g	Trần bì	12g
Hoàng liên	08g	Hoàng bá	12g
Mộc hương	10g	Sa tiền tử	10g
Cát căn	12g		

+ Nếu nhiệt tăng:

Kim ngân hoa	10g
--------------	-----

2.2. Thể Can Tỳ bất hòa:

- Triệu chứng: Tiêu chảy xảy ra sau khi bị kích động thần kinh, đau bụng, tiêu xong giảm đau, kèm ngực đau tức, chán ăn có thể ợ chua, bụng sôi, lưỡi có rêu trắng, mạch huyền tế.

- Pháp trị: Điều hòa Can Tỳ.

- Bài thuốc:

Nhân sâm/Đảng sâm	Bạch truật
Cam thảo	Đại táo
Bạch linh	Hoài sơn
Cát cánh	Sa nhân
Bạch biển đậu	Ý dĩ
Liên nhục	

Bài thuốc:

Nhân sâm/Đảng sâm	Bạch linh	Cam thảo
Bạch truật		Bán hạ/Bán hạ chế
Trần bì		Bạch biển đậu
Sa nhân		Liên nhục
Ý dĩ		

Bài thuốc 1: Thống tả yếu phương gia:

Phòng phong	12g	Bạch thược	10g
Bạch truật	10g	Ý dĩ	16g
Sài hồ	12g	Trần bì	08g
Sơn tra	12g		

Đau bụng quặn gia: Đan sâm 10g

Bài thuốc 2: Điều hòa Can Tỳ gia giảm

Bài thuốc 3: Tiêu dao gia giảm.

Bài thuốc 4: Long đởm tả Can thang gia giảm.

2.3.Thể tỳ hư

Triệu chứng: Người mệt mỏi, đau bụng xoa ấn dễ chịu. tiêu chảy dễ tái phát, phân lỏng nhón nhiều chất không tiêu. Lưỡi bệu, rêu dày. Mạch trầm nhỏ nhược.

Pháp trị: Kiện Tỳ, tiêu thực.

Bài thuốc:

Kha tử	Mộc hương
Hoàng liên	Bạch truật
Cam thảo	Bạch thược

Bài thuốc:

Hoàng kỳ	Cam thảo
Bạch truật	Trần bì
Thăng ma	Sài hồ
Đương quy	Nhân sâm/Đảng sâm
Đại táo	Sinh khương

Bài thuốc:

Cam thảo	Đảng sâm
Dịch chiết men bia	Cát lâm sâm
Đảng sâm	Bạch linh
Bạch truật	Cam thảo
Ý dĩ	Hoài sơn
Khiếm thực	Liên nhục
Mạch nha	Sử quân tử
Sơn tra	Thần khúc
Cốc tinh thảo	Ô tặc cốt
Bạch biển đậu	

Bài thuốc: Sâm linh bạch truật tán gia:

Nhân sâm	10g	Bạch truật	10g
Bạch linh	10g	Mộc hương	06g

Hoài sơn	10g	Sa nhân	08g
Liên nhục	10g	mạch nha	10g

Trường hợp tiêu chảy lâu ngày sa trực tràng dung: Hoàn bổ trung ích khí

Thê thận hư

Triệu chứng: Tiêu chảy kéo dài lâu ngày, bệnh nhân sợ lạnh, sắc mặt tái nhợt, đau lưng, gối mỏi, tay ù, giảm thính lực, tiêu chảy lúc sáng sớm (ngũ canh tả). lưỡi bệu, rêu trắng. Mạch trầm tế nhược.

Pháp trị: Ôn Thận, sáp tràng.

Bài thuốc; Tứ thân hoàn gia:

Phụ tử chế	04g	Nhục đậu khấu	10g
Phá cố chỉ	08g	Ngô thù du	08g
Hậu phác	10g	Can khương	06g

Thuốc thành phẩm:

Hoàn bổ thận

Hoàn chỉ thống

Bổ trung ích khí

Cenditan

Dưỡng vị

Hoàn bổ thận dương

Hoàn tiêu trệ

Nam Dược nhuận tràng kháng

Đại tràng HD

3. Phương pháp không dùng thuốc:

+Điện châm: 20→ 30 phút/ ngày, châm liệu trình 5→10 ngày, gia giảm tùy theo triệu chứng trên lâm sàng x 2-4 liệu trình.

Tùy theo bệnh, vị trí bệnh mà chọn huyệt phù hợp.

. Phương huyệt:

Quan nguyên

Thiên xu

Tỳ du

Túc tam lý

Thận du

Đại trường du

Trung quản

+Dưỡng sinh – xoa bóp:

. Thư giãn

. Thở bốn thời

. xoa bụng: Xoa tam tiêu 2-3 lần/ ngày. Thời gian 5-10 phút.

III. PHÒNG BỆNH

1. Giảm kích thích thần kinh

Nghỉ ngơi hợp lý

Dùng các thuốc an thần

Tập dưỡng sinh, xoa bóp.

2. Ăn đủ chất dinh dưỡng, hạn chế chất xơ, không ăn thức ăn sống lạnh.

3. Điều trị kịp thời bệnh nhiễm khuẩn, nhiễm KST. Điều trị tích cực bệnh rối loạn tiêu hóa thứ phát./.

QUY TRÌNH KHÁM VÀ ĐIỀU TRỊ KINH NGUYỆT KHÔNG ĐỀU

(Mã ICD: Kinh nguyệt nhiều, hay xuất hiện và không đều N92
Kinh nguyệt không đều, không xác định N92.6)

CHUẨN BỊ

- Cán bộ y tế: bác sĩ, điều dưỡng.
- Phương tiện: thuốc, các phương pháp không dùng thuốc theo quy trình này và các dụng cụ khám bệnh có tại khoa.
- Hồ sơ bệnh án theo mẫu của Bộ Y tế.

* KHÁI NIỆM VỀ KINH NGUYỆT

Ở người phụ nữ bình thường, tuổi bắt đầu có kinh là khoảng 13-16 tuổi, mãn kinh vào khoảng 45-50 tuổi.

Chu kỳ kinh nguyệt trung bình là 28 ngày, mỗi kỳ kinh ra máu kéo dài từ 3-4 ngày, lượng máu trung bình là 50-100 ml cho mỗi chu kỳ kinh.

Kinh nguyệt là dấu hiệu hoạt động của buồng trứng và tử cung, cụ thể là niêm mạc tử cung, phải bình thường về cấu trúc giải phẫu, về tổ chức học và cả sự tiếp nhận nội tiết.

Ngay lúc sinh ra, dưới lớp vỏ buồng trứng có nhiều nang trứng nguyên thủy. Mỗi nang trứng có một trứng chưa trưởng thành, vào ngày thứ 6 của chu kỳ kinh, một trong hai buồng trứng phát triển thành 1 nang trội, còn những nang khác thì thoái triển. Nang trứng trưởng thành gọi là nang Degraf, vào ngày 14 của chu kỳ kinh nang trứng này căng phồng và vỡ ra giải phóng trứng vào ổ bụng gọi là giai đoạn rụng trứng. Nếu không thụ tinh trứng ra ngoài âm đạo. Nang trứng bị rụng lúc này đổ đầy máu rất nhanh tạo ra thể xuất huyết, có ít máu đổ vào ổ bụng gây đau bụng (do dịch noãn chảy vào ổ bụng gây kích thích phúc mạc).

Rối loạn kinh nguyệt là một từ chung để biểu thị sự bất thường của kinh nguyệt về tuổi bắt đầu có kinh, tuổi mãn kinh, chu kỳ kinh, thời gian hành kinh, lượng máu kinh cũng như những triệu chứng kèm theo hiện tượng kinh nguyệt.

Các rối loạn kinh nguyệt bao gồm:

- Chảy máu bất thường ở tử cung.
- Chứng thống kinh.
- Chứng vô kinh.

I. ĐẶC ĐIỂM

1. Thay đổi về chu kỳ

- Trước kỳ: sớm hơn 7 ngày.
- Sau kỳ: chậm hơn 7 ngày.

Nếu khác thường trên 2 lần kinh nguyệt mới cần chữa.

2. Thay đổi về tính chất

- Số lượng kinh ra nhiều hay ít hơn bình thường.
- Số lượng hành kinh ngắn hay dài (trung bình 3-7 ngày).
- Sắc kinh: Tím đỏ nhạt.
- Kinh đặc, loãng, thành cục.

3. Nguyên nhân- bệnh sinh theo YHCT

Rối loạn kinh nguyệt được gọi là bệnh nguyệt kinh. Gồm các chứng thống kinh, bế kinh, băng lậu, kinh trễ, kinh loạn,...

Đối với người phụ nữ thì bào cung là khí quan riêng biệt, chuyên chủ việc kinh nguyệt và hệ bào, nơi phát nguồn của mạch xung, mạch nhâm. Mạch xung là bể của huyết, mạch nhâm là chủ của bào thai, cho nên công năng của bào cung cùng với 2 mạch xung - nhâm có quan hệ không thể tách ra được.

Khi khí huyết của mạch xung, mạch nhâm bắt đầu đầy đủ thịnh vượng thì hành kinh đúng chu kỳ mỗi tháng. Đến trên dưới 49 tuổi thì khí - huyết mạch xung, mạch nhâm suy yếu dần, thiên quý kiệt, rồi kinh nguyệt ngừng hẳn.

Chu kỳ kinh nguyệt thường dễ bị ảnh hưởng bởi:

- Những kích động về tinh thần (Nội nhân)
- Ngoại cảm lục dâm
- Hoặc nội thương do ăn uống, bệnh tật.

Các nguyên nhân trên làm cho khí huyết của mạch Xung, mạch Nhâm và bào cung mất điều hòa, mà gây nên những rối loạn chu kỳ kinh nguyệt. Mặt khác, khi nội tạng bệnh đặc biệt là tạng Can, Tỳ, Thận cũng ảnh hưởng rất lớn về bệnh nguyệt kinh. Thật vậy, Tâm chủ huyết, Tỳ thống huyết và sinh huyết, Can tàng huyết. Mạch Can liên lạc với âm khí, quản lý phần bụng dưới. Tạng thận khai khiếu ở tiền âm, hậu âm lại là chủ tể của cơ quan sinh dục, cho nên khi các chức năng của các tạng trên rối loạn đều có thể tác động đến chu kỳ kinh nguyệt của phụ nữ.

II. PHÂN LOẠI

1. Kinh nguyệt trước kỳ:

Phần nhiều do nhiệt gây ra (thực nhiệt, hư nhiệt), đôi khi do khí hư gây ra

1.1 Do huyết nhiệt:

Hay ăn đồ cay nóng, cảm nhiệt tà làm huyết đi sai đường, thấy kinh trước kỳ và lượng kinh ra nhiều.

- Triệu chứng: Số lượng kinh ra nhiều, màu đỏ tía, đặc, máu cục, sắc mặt đỏ, khô, dễ giận, cáu gắt, thích mát, sợ nóng, táo bón, nước tiểu đỏ, rêu vàng.

- Pháp trị: Thanh nhiệt, lương huyết.

- Bài thuốc: Cầm liên tứ vật thang gia giảm:

Sinh địa	16g	Bạch thược	12g
Xuyên khung	08g	Hoàng cầm	12g
Đương quy	08g	Hoàng liên	04g

1.2 Do huyết hư nhiệt:

Do âm hư hỏa vượng làm âm huyết kém, nhiệt làm ra kinh trước kỳ.

- Triệu chứng: lượng kinh ít, màu đỏ và trong, không có cục, sắc mặt không nhuận, hai gò má đỏ, hoa mắt, chóng mặt, trong người nóng, phiền nhiệt, ngủ không yên, chất lưỡi đỏ, rêu vàng khô.

- Pháp trị: Dưỡng âm, thanh nhiệt

- Bài thuốc: tứ vật gia thêm đơn bì và địa cốt bì;

Sinh địa	16g	Bạch thược	12g
Đương quy	08g	Đan bì	08g
Xuyên khung	08g	Địa cốt bì	12g

Nếu âm hư nhiều dùng bài thuốc: Lương địa thang gia giảm:

Sinh địa	12g	Mạch môn	10g
Huyền sâm	12g	Địa cốt bì	12g
Bạch thược	10g	A giao	12g

1.3 Khí hư:

Cơ thể suy nhược dinh dưỡng kém làm ảnh hưởng đến mạch xung nhâm gây ra kinh nguyệt trước kỳ.

- Triệu chứng: Kinh ra trước kỳ, số lượng nhiều, màu nhạt loãng, sắc mặt trắng, tinh thần uể oải, hơi thở ngắn hơi, cảm thấy eo lưng đùi mỏi, bụng dưới sa xuống, chất lưỡi nhạt.

- Pháp trị: Bổ khí cố kinh

- Bài thuốc:

+Bài 1: Bổ khí cố tinh hoàn

Đảng sâm	15g	Bạch linh	10g
Huỳnh kỳ	15g	Bạch truật	12g
Sa nhân	04g		

+Bài 2: bồi bổ khí huyết. cơ thể suy nhược, ăn kém, hơi thở ngắn, chóng mặt, tay chân lạnh, mệt mỏi, yếu sức.

Bạch thược	Phục linh
Bạch truật	Quế nhục
Cam thảo	Thục địa
Đảng sâm	Xuyên khung
Đương quy	Hoàng kỳ

2. Kinh nguyệt sau kỳ:

Đa số là do hàn, có khi do huyết ứ hay đàm trệ.

2.1 Do hàn:

Do nội thương (hư hàn), do ngoại cảm phong hàn (thực hàn).

- Triệu chứng:

Hư hàn: Kinh chậm, lượng ít, màu nhạt hoặc xám đen loãng, sắc mặt trắng, môi nhạt, thích nóng sợ lạnh, tay chân lạnh, bụng đau liên miên, chườm nóng dễ chịu, thở ngắn, mỏi lưng.

2.2 Do phong hàn:

Tay chân lạnh, sợ rét, rêu lưỡi mỏng.

- Pháp trị: Hư hàn: Ôn kinh, trừ hàn, bổ hư

- Bài thuốc: Quy tỳ thang:

Hoàng kỳ	12g	Long nhãn	12g
Đảng sâm	12g	Viễn chí	06g
Bạch truật	12g	Táo nhân	08g
Đương qui	12g	Bạch linh	12g
Mộc hương	08g	Đại táo	12g

- Pháp trị: Do ngoại cảm phong hàn (thực hàn).

- Bài thuốc: Ôn kinh thang

Bạch truật	12g	Nhân sâm	8g
Đương qui	12g	Quế chi	08g
Xuyên khung	12g	Cỏ xước	08g
Thược dược	12g	Đơn bì	08g
Sinh khương	08g	Cam thảo	06g

Bán hạ chế 08g Mạch môn 10g

2.3 Do huyết

2.3.1 Huyết ứ

- Triệu chứng: Kinh ra sau kỳ, lượng ít, màu đen, đóng cục, sắc mặt tím xám, bụng dưới chướng, cự án, sau khi hành kinh ra huyết bết đau, nước tiểu ít và đỏ.

- Pháp trị: Hoạt huyết khứ ứ, điều kinh.

- Bài thuốc: Tứ vật đào hồng thang

Sinh địa	12g	Xuyên khung	10g
Bạch thược	12g	Đào nhân	08g
Đương quy	12g	Hồng hoa	06g

2.3.2 Do huyết hư:

- Triệu chứng: Kinh nguyệt sau kỳ, lượng ít, kinh loãng, sắc mặt trắng, mệt mỏi, hồi hộp, đoản hơi, móng tay chân lạnh, da khô, đầu choáng, mắt hoa, ít ngủ.

- Pháp trị: Bổ huyết, điều kinh.

- Bài thuốc:

+ Bài 1: Bát trân thang gia hương phụ trần bì

Bạch truật	12g	Bạch thược	12g
Đảng sâm	12g	Xuyên khung	08g
Cam thảo	04g	Đương qui	12g
Bạch linh	08g	Hoàng kỳ	12g
Thục địa	08g	Nhục quế	04g
Hương phụ chế	06g	Trần bì	04g

+ Bài 2: dưỡng huyết nhuận sắc, điều kinh (Bổ huyết điều kinh)

Xuyên khung	Bạch thược
Thục địa	Phục linh
Bạch truật	Cam thảo
Ích mẫu	Đương quy
Đảng sâm	Bột talc
Magie stearat	

2.3.3 Do đàm thấp:

- Triệu chứng: Kinh nguyệt sau kỳ, sắc nhợt, dính, có thể nhiều hay ít, ngực bụng chướng, thường buồn nôn, ăn kém, miệng nhạt và nhớt, rêu lưỡi trắng nhớt.

- Pháp trị: Kiện tỳ, tiêu đàm

- Bài thuốc: Thương phụ đạo hàm hoàn

Thương truật	12g	Chỉ xác	08g
Hương phụ chế	12g	Bán hạ chế	08g
Trần bì	10g	Bạch linh	10g
Chích thảo	06g		

2.3.4 Do khí uất:

- Triệu chứng: Kinh ra ít, bụng dưới chướng đau, Tinh thần không thoải mái, ngực sườn đầy tức, ợ hơi.

- Pháp trị: Hành khí, giải uất, điều kinh.

- Bài thuốc: Hương phụ hoàn gia giảm:

Hương phụ chế	08g	Ô dược	08g
Đương quy	12g	Xuyên khung	08g
Sài hồ	12g	Nga truật	08g
Hồng hoa	06g	Ngải diệp	08g
Đan bì	08g		

3. Rối loạn kinh nguyệt không định kỳ (lúc thấy kinh lúc sớm lúc muộn)

3.1 Do Can khí uất kết:

Do tình chí uất làm can khí không thông suốt, đều ảnh hưởng tới kỳ kinh sớm hay muộn khác nhau.

- Triệu chứng: kinh đến có lúc sớm, lúc muộn, lượng kinh ít, kinh đi không thông, sắc kinh đỏ tía, huyết cục. khi hành kinh vú căng, đau bụng trước khi hành kinh, đau lan ra ngực sườn, đau lưng, tinh thần u uất căng thẳng.

- Bài thuốc: Đơn Chi Tiêu dao thang gia giảm

Sài hồ	12g	Trần bì	06g
Bạc hà	08g	Đương quy	12g
Bạch truật (sao)	12g	Cam thảo	04g
Bạch linh	08g	Đơn bì (sao)	08g
Bạch thược	08g	Chi tử	08g
Can khương	04g		

3.2 Do Tỳ hư:

- Triệu chứng: Kinh ra không định kỳ, lượng ít, sắc nhạt, sắc mặt vàng, chân tay phù thũng, tinh thần mệt mỏi, thích nằm, hay chóng mặt, hồi hộp, bụng chướng miệng nhạt, tiêu chảy, ăn không ngon, chất lưỡi nhạt.

- Pháp trị: Bổ Tỳ, điều kinh.

- Bài thuốc: Quy tỳ gia giảm thêm:

Hoài sơn	16g
Ý dĩ	16g

3.3 Do Can Thận âm hư:

- Triệu chứng: Kinh ra không định kỳ, sắc kinh nhạt, trong loãng, sắc mặt ám tối, ù tai, chóng mặt, đau lưng, mỏi gối, đi tiểu nhiều lần, đại tiện lỏng.

- Pháp trị: Bổ Can Thận, cố kinh.

- Bài thuốc

*Bài 1: Lục vị gia thêm sài hồ, bạch thược, đan sâm:

Thục địa	12g	Bạch linh	08g
Son thù	08g	Đơn bì	08g
Hoài sơn	12g	Sài hồ	12g
Trạch tả	08g	Bạch thược	12g
Đan sâm	12g		

*Bài 2: tinh huyết suy kém, mệt mỏi, ù tai, hoa mắt, vầng đầu, người nóng, khát nước, táo bón, nước tiểu vàng, di mộng tinh, mồ hôi trộm (Bổ thận âm)

Thục địa	Táo nhục
Củ sủng	Thạch斛
Hoài sơn	Tỳ giải

*Bài 3: tinh huyết suy kém, mệt mỏi, ù tai, hoa mắt, vầng đầu, người nóng, khát nước, táo bón, nước tiểu vàng, di mộng tinh, mồ hôi trộm, tiểu đêm (Lục vị)

Thục địa
Sơn thù
Bạch linh/ Phục linh

Hoài sơn
Đan bì/Mẫu đơn bì
Trạch tả

*** Thuốc thành phẩm:**

-Bổ huyết điều kinh

- Hoàn chỉ thống
- Cao ích mẫu, viên ích mẫu
- Hoàn dưỡng huyết
- Khang minh thanh huyết
- Bát trân f
- Quy tỳ
- Ích mẫu
- Hoàn điều kinh bổ huyết

III. ĐIỀU TRỊ KHÔNG DÙNG THUỐC

*** Châm cứu (Điện châm)**

Châm cứu lưu kim 15-30 phút/ lần/ ngày, liệu trình 5-10 ngày x 2-4 liệu trình

1. Lấy các huyết ở nhâm mạch và 3 kinh âm ở chân Can, Tỳ, Thận là chính.

Nếu kinh sớm do thực nhiệt, huyết nhiệt, hư nhiệt, huyết ứ thì không nên cứu.

Nếu kinh đến muộn do hư hàn thì cứu hoặc châm bình bổ bình tả.

2. Sử dụng huyết:

Huyết chung: Quan nguyên, Khí hải, Tam âm giao.

Nếu kinh sớm thêm Thái xung (châm tả), Thái khê (Bình bổ bình tả).

Nếu kinh muộn: Thiên khu (ôn châm), Qui lai (bình bổ bình tả).

Kinh không định kỳ: Thận du, Tỳ du, Túc tam lý (châm bình bổ bình tả)

*Điều trị bằng tia hồng ngoại

*Điều trị bằng các dòng điện xung

*Laser chiếu ngoài

*** Tập dưỡng sinh:**

Thư giãn

Xoa bóp cục bộ vùng hạ vị

VI. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ YHHD

1. Chống stress

2. Ăn uống đủ dinh dưỡng:

3. Bổ sung các Vitamin: Vitamin E, Vitamin D; bổ sung các loại thuốc về nội tiết tố./.

QUY TRÌNH ĐIỀU TRỊ ĐỘT QUY (TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO)

Mã ICD 10 : Đột quy không xác định do xuất huyết hay nhồi máu : I64

Nhồi máu não: I63

Xuất huyết dưới màng nhện: I60

Xuất huyết trong não: I61

Di chứng bệnh mạch máu não: I69

Di chứng xuất huyết trong não: I69.1

Di chứng nhồi máu não: I69.3

* CHUẨN BỊ :

- Cán bộ y tế : Bác sĩ , điều dưỡng.
- Phương tiện : Thuốc , các phương pháp không dùng thuốc theo quy trình này và các dụng cụ khám bệnh có tại khoa .
- Hồ sơ bệnh án theo mẫu của Bộ Y Tế.

I. Y HỌC HIỆN ĐẠI:

Đột quy là một tập hợp các thiếu sót chức năng thần kinh, thường khu trú hơn là lan tỏa xảy ra đột ngột, kéo dài hơn 24^h , có thể gây ra tử vong và nguyên nhân là do mạch máu .

1. Phân loại đột quy :

Đột quy thiếu máu não (85%)

- Huyết khối do xơ mỡ hay thuyên tắc từ các động mạch lớn .
- Nhồi máu nhỏ (lỗ khuyết) do xơ mỡ hay thoái hóa lipohyaline.
- Thuyên tắc mạch từ tim .
- Các nguyên nhân ít gặp khác (tăng đông, bóc tách động mạch) .

Xuất huyết trong sọ (15%)

- Xuất huyết trong não (xuất huyết não –não thất) .
- Xuất huyết khoang dưới nhện.

2. cận lâm sàng

- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi.
- Sinh hóa máu: glucose, creatinin, ure, cholesterol, triglycerid, hdl, ldl, ion đồ.
- Nước tiểu mùi thông số .
- Đo ECG, siêu âm, CTScanner, MRI

3.chẩn đoán

- *Thiếu máu não thoáng qua*
- Khởi phát các triệu chứng giống đột quy nhưng sau đó hồi phục hoàn toàn trong 24h.
- Thời gian tồn tại trung bình vài phút. Hầu hết hồi phục hoàn toàn sau 1h .
- Không thể đoán trước sẽ thoáng qua, tiến triển, hay tử vong. Nên điều trị cấp cứu chớ không chờ tự hồi phục.

Nhồi máu ĐM não trước:

- Liệt nửa thân đối bên: chân, tay, mặt.

- Mất cảm giác kiểu vô: chỉ ở chân .
- Rối loạn tiểu tiện .
- Các triệu chứng giải phóng thùy trán: Phản xạ da lòng bàn tay – cầm , phản xạ cầm nắm .
- Nếu tắc hai bên: liệt hai chân, bất động, thờ ơ, khó nuốt.
- Không rối loạn ngôn ngữ, không bán manh .

Nhồi máu ĐM não giữa nhánh nông:

- Yếu liệt nửa thân, hoặc kèm rối loạn cảm giác, không đồng đều: mặt, tay, chân đối bên tổn thương.
- Rối loạn thị trường góc, bán manh cùng bên liệt.
- Trường hợp nặng, mắt, đầu quay về bên tổn thương.
- Tổn thương bán cầu ưu thế mất ngôn ngữ Broca hay Wernicke.
- Nếu tổn thương bán cầu không ưu thế: mất nhận thức nửa thân liệt, mất chú ý khi kích thích hai điểm. Khó nói nhưng không mất ngôn ngữ .

Nhồi máu ĐM não giữa nhánh sâu:

- Yếu hoặc liệt đồng đều nửa thân đối bên.
- Có thể rối loạn cảm giác.
- Có thể nói khó.

Hội chứng toàn bộ ĐM não giữa:

- Bao gồm cả hai hội chứng trên: liệt nửa thân đồng đều.
- Rối loạn cảm giác, thị giác và ngôn ngữ.

Động mạch não sau:

- Bán manh hay góc manh, đối bên thương tổn, nếu tổn thương hai bên: mù vỏ.
- Rối loạn cảm giác kiểu loạn cảm nửa thân, mất cảm giác sâu nửa thân.
- Mất nhận biết thị giác màu, ý nghĩa một bức tranh, ý nghĩa của các biểu tượng hình vẽ, mất trí nhớ gần.
- Rất ít hay không liệt, rối loạn ngôn ngữ.

Động mạch cột sống thân nền:

* Động mạch cột sống thân nền hố sau: Bên tổn thương gồm triệu chứng tiểu não và các dây sọ, bên đối diện: rối loạn cảm giác và vận động.

* Động mạch tiểu não sau dưới: đau gáy, rối loạn nuốt nấc, bên thương tổn : mất cảm giác đau, còn cảm giác xúc giác nửa mặt, hội chứng Claude – Bernard – Horner, liệt hầu họng và nửa dây thanh âm, hội chứng tiền đình với đánh mắt xoay tròn , hội chứng tiểu não tĩnh trạng, bên đối diện: mất cảm giác đau nóng lạnh nửa thân .

* Động mạch tiểu não sau trên: bên tổn thương: hội chứng tiểu não, hội chứng Claude – Bernard – Horner, giảm thính lực, liệt IV, rung giật màng hầu thứ phát .

* Nhồi máu cạnh đường giữa thân não :

- *Hành não*: liệt nửa người bên đối diện không kèm liệt mặt, liệt nửa lưỡi bên thương tổn. Có thể mất cảm giác sâu.
- *Cầu não*: liệt VI, VII ngoại biên, chức năng nhìn ngang bên tổn thương, liệt nửa người bên đối diện .
- *Hai bên cầu*: hội chứng khóa trong: liệt tứ chi, mất chức năng nhìn

ngang hai bên, còn chức năng nhìn dọc, còn chức năng vó.

* Nhồi máu cạnh não giữa: hội chứng Weber: bên thương tổn liệt dây III, đối diện liệt nửa thân.

* Nhồi máu tiểu não: có 3 cuống tiểu não: dưới từ hành não, tiểu não giữa nối với cầu não, liên quan với các triệu chứng tiền đình, loạn choạng, tiểu não trên.

* Hội chứng lỗ khuyết: yếu vận động nửa người đơn thuần, rối loạn cảm giác nửa người đơn thuần, liệt nửa người thất điều, rối loạn vận ngôn và bàn tay vụng về, tai biến hỗn hợp cảm giác và vận động. Nhóm hỗn hợp: liệt gia hành, sa sút trí tuệ.

Xuất huyết não:

- Triệu chứng lâm sàng: Nhức đầu nôn ói, biến đổi tri giác sớm, HA tăng, dấu thần kinh khu trú .

- CT sọ não là tiêu chuẩn vàng chẩn đoán xuất huyết.

- Mạch não đồ nhằm tầm soát nguyên nhân.

- MRI – MRA: chẩn đoán nguyên nhân xuất huyết não ở bệnh không có chỉ định chụp não đồ .

Xuất huyết khoang dưới mạng nhện.

- Lâm sàng: Nhức đầu đột ngột dữ dội, buồn nôn và nôn, thường không kèm dấu thần kinh khu trú, có hội chứng màng não (+).

- Chẩn đoán xác định bằng chụp CT, chọc dò dịch não tủy có hồng cầu.

4. Điều trị di chứng đột quy:

- Thuốc ức chế kết tập tiểu cầu: (dùng trong di chứng nhồi máu)

Aspirin 81mg 160-325mg/ngày

Clopidogrel 75mg 1 viên/ngày (uống) sáng

- Thuốc bảo vệ tế bào thần kinh :

Piracetam (Nootropyl) 800mg x 3lần/ngày

Ginko biloba (Thekan) 40 mg x 2 lần/ngày

* Cerebrolysin 5- 10 ml tiêm tĩnh mạch ngày 1 ống.

- Thu dọn các gốc tự do:

Citicholin tác dụng ổn định màng tế bào, ngăn ngừa thành lập gốc tự do, cải thiện dự hậu trong 6 tuần.

- Thuốc ức chế Acetylcolin (giúp dẫn truyền xung động thần kinh ngoại biên về trung ương):

Nivalin 2,5mg 01 ống x 2 lần/ngày (IV)

Hoặc Nivalin 5mg 01 ống (IV)

- Thuốc giảm đau do nguyên nhân thần kinh :

Gabentin 300mg 01 viên x 03 lần/ngày

- Thuốc dẫn cơ : Baclofen 10mg 01 viên x 03 lần/ngày (uống)

5. Điều trị bệnh lý kèm theo:

- Tăng huyết áp

- Rối loạn lipide máu

- Đái tháo đường

- Các bệnh lý tim mạch...

II. Y HỌC CỔ TRUYỀN:

TBMMN biểu hiện trên lâm sàng phong phú, dưới nhiều dạng khác nhau

trừ những triệu chứng không đặc hiệu như hoa mắt, chóng mặt, cảm giác tê ở 1 phần cơ thể cho đến hôn mê, liệt $1/2$ người. Vì thế, việc mô tả toàn bộ các thể lâm sàng YHCT của TBMMN không thật sự dễ dàng. Thông thường, có thể thấy xuất hiện những thể lâm sàng sau đây:

1. Các thể lâm sàng:

1.1. Trong đợt tai biến mạch máu não:

1.1.1. Trúng lạc (Trúng phong ở lạc):

Bệnh nhân đột ngột ghi nhận da tê đại kèm các chứng đầu vầng, đau, hoa mắt. Triệu chứng này có thể thoáng qua rồi biến mất hoặc kéo dài.

1.1.2. Trúng kinh (Trúng phong kinh lạc):

Bệnh tại kinh mạch, người bệnh không mê man, tuy nhiên tình trạng ý thức thật sự cũng bị ảnh hưởng, có thể lơ mơ li bì.

Bại liệt nửa người, chân tay tê dại, miệng nhiều đàm giải, nói năng không trôi chảy. Rêu lưỡi trắng dày, mạch huyền hoạt.

1.1.3. Trúng Phong Tạng Phủ:

Bệnh cảnh này có một đặc điểm chung là triệu chứng hôn mê và gồm 2 nhóm bệnh chính (tùy theo tình trạng hôn mê xuất hiện đột ngột hay từ từ).

* Trúng phủ (Trúng phong ở phủ):

Bệnh nhân mê man, xuất hiện các chứng bại liệt nửa người, miệng mắt méo lệch, nói năng ú ớ hoặc đàm lấp thanh khiêu, nói không được, đại tiểu tiện không nín được hoặc bí kết.

* Trúng Tạng (Trúng phong ở tạng):

Bệnh nhân đột nhiên ngã ra mê man bất tỉnh. Trong nhóm bệnh này lại chia ra làm 2 nhóm nhỏ:

1.1.4. Chứng Bế:

Dương bế: Bệnh nhân đột nhiên ngã ra mê man bất tỉnh. Hàm răng cắn chặt, tay nắm chặt, mặt đỏ, thở ồn ào, tiếng thở khò khè, chân tay lạnh, rêu lưỡi trắng nhầy, mạch huyền hoạt sác.

Âm bế: Bệnh nhân đột nhiên ngã ra mê man bất tỉnh. Răng cắn chặt, tay nắm chặt, mặt trắng nhợt, môi bầm, tiếng thở khò khè, chân tay lạnh, rêu lưỡi trắng nhầy, mạch trầm hoạt.

Chứng thoát: Bệnh nhân đột nhiên ngã ra mê man bất tỉnh. Hôn mê rất sâu, mắt nhắm, mồm há, hô hấp yếu

Chân tay lạnh, 2 bàn tay xòe ra, đái són, vã mồ hôi động từng giọt hoặc nhòe như dầu. Lưỡi nhạt, rêu trắng trơn. Mạch vi tuyệt.

1.2. Giai đoạn sau TBMMN – Di chứng của TBMMN:

Ở giai đoạn này, có 2 loại di chứng cần được quan tâm. Đó là di chứng thần kinh (chủ yếu là vận động) và tâm thần. Do bệnh trở thành mãn tính và ảnh hưởng nhiều đến Can và Thận nên triệu chứng YHCT trong giai đoạn này chủ yếu gồm cân nuy, cốt nuy, kiện vong (do tinh của Thận không đủ nuôi Tâm). Những bệnh cảnh lâm sàng YHCT thường xuất hiện

1.2.1. Can thận âm hư: (chiếm đa số các trường hợp)

Sắc mặt xạm, mặt má thường ửng hồng.

Răng khô, móng khô, gân gòong cứng co rút lại.

Đau nơi eo lưng, tiểu đêm, tiêu bón, ngũ kém.

Than nóng trong người, người dễ bực dọc, bực rức .

Lưỡi đỏ, bệu, mạch trầm sắc vô lực.

1.2.2.Thận âm dương lưỡng hư:

Sắc mặt tái xanh hoặc đen xám .

Răng khô, móng khô, gân gồng cứng co rút lại.

Đau nơi eo lưng, tiểu đêm, ngủ kém.

Không khát ít uống nước, sợ lạnh.

Lưỡi nhợt, bệu, mạch trầm nhược.

1.2.3.Đờm thấp: (bệnh nhân béo bệu)

Người béo, thừa cân, lưỡi dày, to.

Bệnh nhân thường ít than phiền về triệu chứng đau đầu (nếu có, thường là cảm giác nặng đầu) nhưng dễ than phiền về tê nặng các chi.

Thường hay kèm tăng cholesterol máu, mạch hoạt.

1.2.4.Thể khí trệ huyết ú.

2.Chăm sóc và điều trị:

Như trên đã trình bày, TBMMN biểu hiện trên lâm sàng dưới nhiều thể lâm sàng khác nhau (từ những triệu chứng không đặc hiệu như hoa mắt, chóng mặt, cảm giác tê ở 1 phần cơ thể cho đến hôn mê, liệt 1/2 người) và nguyên nhân cũng có nhiều loại; nên việc chăm sóc và điều trị cũng rất phong phú. Trong giới hạn của người thầy thuốc đa khoa YHCT ngày nay, có thể ứng dụng vào điều trị như sau:

2.1.Trong đợt tai biến mạch máu não :

Điều trị cấp cứu và chăm sóc tích cực bệnh nhân bằng phương pháp và phương tiện trị liệu YHHĐ phù hợp với tình trạng bệnh nhân và nguyên nhân gây bệnh. Trong giai đoạn này, vai trò của những phương pháp điều trị YHCT ít quan trọng (có ý kiến đề nghị sử dụng song song châm cứu phục hồi liệt – đầu châm- trong giai đoạn bệnh nhân còn hôn mê).

Phương pháp dùng thuốc và không dùng thuốc trong giai đoạn này có thể được chỉ định phối hợp với YHCT trong trường hợp trúng phong kinh lạc (bệnh nhân không hôn mê).

Theo YHCT, trong giai đoạn cấp tính này .

Bệnh cảnh là cấp và pháp điều trị quan trọng là "điều trị ngọn (triệu chứng), không chú ý đến gốc bệnh (nguyên nhân)".

Bất kỳ nguyên nhân nào cũng đều đưa đến tình trạng "Phong động". Nên cách điều trị chủ yếu là Bình Can tức phong.

- Pháp trị: Bình Can tức phong.

- Bài thuốc: Thiên ma câu đằng ẩm:

Thiên ma	08g	Tang ký sinh	12g
Câu đằng	12g	Trình nữ tử	10g
Long đờm thảo	10g	Đỗ trọng	10g
Chi tử	12g	Râu mèo	12g
Ích mẫu	12g	Thảo quyết minh	20g
Cỏ xước	12g		

* Bài linh dương câu đằng thang:

Trúc nhự	20g	Tang diệp	08g
Câu đằng	12g	Phục thần	12g

Sinh địa	20g	Cúc hoa	12g
Bối mẫu	08g	Cam thảo	04g
Bạch thược	12g.		

- Công thức huyết sử dụng: Hành gian, thiếu phủ, Can du, Thận du, Thái khê, Phi dương, Nội quan, Thái dương, Bách hội, Ấn đường.

2.2. Giai đoạn sau TBMMN- Di chứng của TBMMN :

Trong giai đoạn này, việc điều trị và chăm sóc bệnh nhân bao gồm 3 mục tiêu :

- Phục hồi chức năng vận động và tâm thần
- Giải quyết nguyên nhân bệnh hoặc bệnh lý kèm theo như tăng huyết áp, xơ mỡ động mạch, rối loạn biến nhiễm mỡ, tiểu đường. Việc chăm sóc và điều trị cho mục tiêu này, xin tham khảo thêm ở phần bệnh học tương ứng.
- Giải quyết tình trạng chung của cơ thể.

2.2.1. Thễ Thận âm hư:

- Pháp trị: Tư âm ghìm dương

Tư BỔ Can Thận

- Bài thuốc: Lục vị địa hoàng gia quy thược

Thục địa	12g	Hoài sơn	12g
Sơn thù	08g	Đơn bì	08g
Bạch phục linh	12g	Trạch tả	06g
Đương quy	12g	Bạch thược	12g

Bài này thường được sử dụng khi tăng huyết áp có kèm triệu chứng đau ngực, đau vùng tim.

- * Bài thuốc hạ áp (xuất xứ 30 công thức thuốc) gồm :

Thục địa	12g	Ngưu tất	10g
Trạch tả	10g	Hoa hòe	10g
Mã đề	20g	Táo nhân	10g
Rễ nhàu	12g		

- * Bài thuốc BỔ Can Thận:

Hà thủ ô	10g	Thục địa	12g
Hoài sơn	12g	Đương quy	12g
Trạch tả	10g	Sài hồ	10g
Thảo quyết minh (sao)	10g		

* Công thức huyết sử dụng Thận du, Phục lưu, Tam âm giao, Can du, Thái xung, Thận môn, Nội quan, Bách hội, Ấn đường. Châm bổ lưu kim 30 phút/ lần/ ngày, liệu trình 5-10 ngày x 2-4 liệu trình

2.2.2. Thễ Thận âm dương lưỡng hư:

- Pháp trị : Ôn bổ Thận dương
- Bài thuốc :

- *Bài 1: Thận khí hoàn

Hoài sơn	12g	Phụ tử chế	04g
Bạch phục linh	12g	Thục địa	12g
Sơn thù	08g	Đơn bì	08g
Qué chi	08g	Trạch tả	10g

- *Bài 2: Hữu quy âm:

Cam thảo	04g	Đỗ trọng	12g
Hoài sơn	16g	Kỷ tử	08g
* Nhân sâm	08g	Nhục quế	04g
Phụ tử chế	02g	Ngô thù du	08g
Thục địa	12g.		

*Bài 3: suy thận dương, đau lưng, mỏi gối, ù tai, hoa mắt, chóng mặt, tóc bạc sớm, ngủ kém, tiểu đêm (Song hảo đại bổ tinh)

Nhân sâm	Lộc nhung
Đương quy	Đỗ trọng
Thục địa	Phục linh
Ngưu tất	Xuyên khung
Hà thủ ô đỏ	Ba kích
Nhục thang dung	Sơn thù
Bạch truật	Kim anh
Nhục quế	Cam thảo

*Bài 4: bệnh mãn tính lâu ngày, sợ lạnh, đau lưng, mỏi gối, chân phù, di hoạt tinh, vô sinh, đại tiện phân lỏng, tiểu đêm (Hữu quy phương)

Thục địa	Hoài sơn
Sơn thù	Kỷ tử
Thỏ ty tử	Lộc giác giao
Đỗ trọng	Nhục quế
Đương quy	Phụ tử chế

- Điện châm: Châm bổ lưu kim 30 phút/ lần/ ngày, liệu trình 5-10 ngày x 2-4 liệu trình (Cứu bổ hoặc ôn châm) Thái dương, Bách hội, Đầu duy, Phong trì, Thái xung, Quang minh, Can du, Thận du, Tam âm giao, Thái khê, Phi dương, Mệnh môn, Trung cực, Quan nguyên, Khí hải.

2.2.3. Thễ Đờm Thấp:

- Pháp trị: Trừ đờm thông lạc.

- Bài thuốc: Bán hạ bạch truật thang

Bán hạ chế	06g	Câu đằng	16g
Bạch truật	12g	Bạch phục linh	08g
Tang ký sinh	16g	Trắc bá diệp	16g
Ý dĩ	16g	Thạch quyết minh	16g
Cỏ xước	16g	Trần bì	06g
Cam thảo	04g		

* Bài thuốc Nhị trần thang gia vị (xuất xứ Thiên gia diệu phương):

Bạch truật	16g	Cam thảo	04g
Bạch linh	12g	Bán hạ	12g
*Nhân sâm	04g	Trần bì	04g

* Bài hạ áp (xem phần trên).

2.2.4. Thễ khí trệ huyết ứ:

- Pháp trị: Bổ khí, hoạt huyết, khứ ứ, thông lạc.

- Bài thuốc:

* Bài 1: Bổ dương hoàn ngũ thang gồm:

Hoàng kỳ	15g	Hồng hoa	06g
Đào nhân	12g	Xuyên khung	10g

Địa long	10g	Xích thược	10g
Đương quy	12g		
* Bài 2: Đại tần giao thang:			
Tần giao	10g	Xuyên khung	12g
Hoàng cầm	10g	Bạch linh	10g
Bạch truật	10g	Đương qui	12g
Phong phong	08g	Độc hoạt	10g
Khương hoạt	08g	Bạch chỉ	08g
Sinh địa	10g	Cam thảo	04g
Bạch thược	12g		
* Bài 3: Bài thuốc nam:			
Đinh lăng	12g	Nga truật	06g
Huyết giác	08g	Xuyên khung	10g
Địa long	10g	Xích thược	10g
Đương quy	12g.		

*Bài 4: Cải thiện thể lực cho người tai biến mạch máu não (Vạn xuân hộ não tâm)

Hoàng kỳ	Địa long
Xích thược	Bạch thược
Đào nhân	Hồng hoa
Đương quy	Nhân sâm
Xuyên khung	

*Bài 5: Hoạt huyết, khử ứ huyết, thông khí và giảm đau (đau thắt ngực, xơ cứng động mạch, ngừa huyết khối, rối loạn nhịp tim) (Hộ tâm đơn):

Đan sâm	Tam thất
Camphor	Tá dược

* Thuốc thành phẩm:

- | | |
|--|------------------------------|
| -Hoàn bổ thận. | -Hoàn bổ gân cơ. |
| -Hoàn bổ dương hoàn ngũ. | -Đan sâm tam thất. |
| -Thiên sứ hộ tâm đan. | -Hoa đà tái tạo hoàn. |
| -Kiện não hoàn. | -Còn xoa bóp. |
| -Trà thiên ma câu đằng | -Thanh huyết nang. |
| -Dưỡng tâm an | |
| -Hoạt huyết dưỡng não (Bratonic, Ginkgo Biloba). | |
| - Vạn xuân hộ não tâm | |
| - Bảo mạch hạ huyết áp | |
| - Bổ huyết ích não | |

III.ĐIỀU TRỊ KHÔNG DÙNG THỐC:

1.Điện châm: 20→ 30 phút/ ngày, châm liệu trình 5→10 ngày, gia giảm tùy theo triệu chứng trên lâm sàng x 2-4 liệu trình.

Tùy theo bệnh, vị trí bệnh mà chọn nhóm huyết phù hợp.

Điều hòa kinh khí (khu phong hoạt lạc, thông kinh hoạt huyết):

+Nhóm huyết châm (bổ) 2-3 ngày châm 1 lần .

. Bách hội . Đầu duy

- . Phong trì
- . Thái dương
- + Nhóm huyết châm thường mỗi ngày : (bổ + tả):
 - . Khúc trì
 - . Thủ tam lý
 - . Hợp cốc
 - . Dương trì
 - . Âm lăng tuyền
 - . Đại chùy
 - . Hoàn khiêu
 - . Dương lăng tuyền
 - . Côn lân
 - . Tuyệt cốt

Bình : Kiên ngưng

Tả : Thái xung , Giải khê.

Méo miệng : gia giáp xa , Thừa tương(bổ).

Nói khó : gia nội – Ngoại Kim tân
 Ngọc dịch
 Liêm tuyền (tả)

Ăn kém : Tỳ du
 Trung quản
 Túc tam lý
 Vị du
 BỔ

+ Huyết áp thấp: cứu: Khí hải – Quan nguyên .

Châm bổ: Tam âm giao – Túc tam lý – Khâu khư.

+ Tay chân liệt nặng :

- . Kiên liêu
 - . Kiên tĩnh
 - . Trung chũ
 - . Túc tam lý
 - . Thừa sơn
 - . Ngoại quan (tiền bổ , hậu tả).
- Tả

+ Ngón tay, chân co rút:

- . Bát tà
- . Bát phong
- . giản sử (tiền bổ, hậu tả).

*Mãng châm:

Luân phiên các huyết:

- Mặt:

- | | | |
|--------------|---|--------------|
| . Toàn trúc | → | Tình minh |
| . Địa thương | → | Thừa khắp |
| . Địa thương | → | giáp xa |
| . Quyền liêu | → | Thính cung |
| . Dương bạch | → | Ngư yêu |
| . Thái dương | → | Đồng tử liêu |
| . Ê phong | → | Quyên liêu |
| . giáp xa | → | Đầu duy |

Tay chân:

- Tay: Bễ quan → Dương khâu

- Chân : Túc tam lý	→	Thượng cự hu
- Túc tam lý	→	Phong long
- Dương Khê	→	Khúc trì
- Ngoại quan	→	Tam dương lạc
- Hợp cốc	→	Lao cung
- Thái dương		
- Khúc trì	→	Kiên ngưng
- Kiên trinh	→	Cực tuyên
- Kiên ngưng	→	Tý nhu
- Trật biên	→	Hoàn khiêu
- Hoàn khiêu	→	Tất dương quan
- Thái xung	→	giải Khê
- Thần môn	→	Thiếu hải
- Trật biên	-> Thừa phù -> Ân môn	
- Thừa sơn	→	Ủy trung
- Tam âm giao	→	Trung đô
- Huyết hải	→	Âm liêm
- giải Khê	→	Túc lâm khắp
- Trật biên	→	Hội dương

Đối với những người bệnh có cân cơ co rút hay gồng cứng thì châm cứu + cứu âm (không sử dụng điện châm)

2. Điều trị bằng tia hồng ngoại

3. Điều trị bằng các dòng điện xung (trong trường hợp sinh hiệu ổn định).

Thủy châm vitamin nhóm B

4. Laser chiếu ngoài.

5. Vật lý trị liệu- phục hồi chức năng:

Tập vận động càng sớm sẽ giúp cho người bệnh mau chóng phục hồi.

* Vận động ở tư thế nằm (đối với bệnh nhân còn lơ mơ, liệt nửa người hoàn toàn).

- . Xoay trở thường xuyên 2 giờ/lần để tránh loét.
- . Vận động thụ động: Duy trì tầm vận động các khớp.
- . Vận động chủ động có trợ giúp, vận động chủ động.
- . Vận động ở vai, tay, chân, thân, vổ lưng.

* Vận tư thế ngồi :

- . Giúp ngồi dậy.
- . Ngồi đứng trên giường, trên ghế, thẳng bằng.
- . Ngồi dồn trọng lượng 2 mông.
- . Bật chéo chân liệt sang chân lành.
- . giậm gó chân xuống sàn nhà .
- . Dồn trọng lượng sang bên liệt.

* Vận động tư thế đứng :

- . Tập đứng dậy.
- . Vận động ở tư thế đứng dồn trọng lượng lên chân liệt, dồn trọng lượng lên 2 chân.
- . Bài tập trên đệm.

. Hoạt động liệu pháp PHCN cho bệnh nhân liệt 1/2 người .

. Chuẩn bị bài tập tại nhà cho bệnh nhân khi xuất viện

* Tập vận động toàn thân.

* Xoa bóp bấm huyệt cục bộ từng đoạn chi 1-2 lần/ngày.

Tập do liệt thần kinh TW.

Xoa bóp bấm huyệt theo chỉ định .

6. Cây chỉ (chôn chỉ, nhu châm).

7. Luyện tập dưỡng sinh.

8. Oxy cao áp .

IV. PHÒNG BỆNH:

1. Hạn chế các hoàn cảnh dễ xảy ra TBMMN.

. Giữ không bị thay đổi nhiệt độ đột ngột.

. Tránh các trạng thái thần kinh căng thẳng.

. Tránh: Rượu, cafe, thuốc lá, gắng sức quá mức.

2. Theo dõi huyết áp thường xuyên để kịp thời xử trí điều trị.

3. Chế độ lao động, vận động, hoặc nghỉ ngơi hợp lý .

4. Chế độ ăn uống hợp lý : Kiêng mỡ động vật, giảm glucid, giảm muối
còn < 5g/ ngày, tăng cường rau tươi, trái cây tươi, chống táo bón, chống mất
ngủ./.

QUY TRÌNH ĐIỀU TRỊ SỎI ĐƯỜNG TIẾT NIỆU/SỎI THẬN

Mã ICD 10 : N20.0

*** CHUẨN BỊ :**

- Cán bộ y tế : Bác sĩ , điều dưỡng.
- Phương tiện : Thuốc , các phương pháp không dùng thuốc theo quy trình này và các dụng cụ khám bệnh có tại khoa .
- Hồ sơ bệnh án theo mẫu của Bộ Y Tế.

1.Y HỌC HIỆN ĐẠI

1.1.Đại cương

Sỏi đường tiết niệu/sỏi thận là một bệnh khá phổ biến trên thế giới, nhất là các nước nhiệt đới. Ở Việt Nam chiếm một tỷ lệ đáng kể. Lứa tuổi hay gặp ở tuổi trung niên 30-50 tuổi.

Chế độ ăn uống không hợp lý, nhiễm khuẩn đường tiết niệu hoặc sống ở vùng khô, vùng nhiệt đới là những yếu tố thuận lợi tạo thành sỏi. Sỏi tiết niệu gồm các loại: sỏi thận, sỏi niệu quản, sỏi bàng quang, sỏi niệu đạo.

1.2.Nguyên nhân và cơ chế sinh bệnh

1.2.1.Sỏi thận

Do nguyên nhân toàn thân (rối loạn chuyển hóa) và nguyên nhân tại chỗ (tổn thương thận) gây nên.

-Rối loạn chuyển hóa: đặc biệt là sự tăng can xi nước tiểu do chế độ ăn sữa lâu dài, rối loạn chức năng tuyến cận giáp, rối loạn tuyến nội tiết.

-Tại chỗ: Một số tác giả nhận thấy hình thành sỏi từ trong nhu mô thận, trong lòng hệ tiết niệu. Đầu tiên là hình thành các nhân sỏi rồi kết tụ các nhân sỏi rồi to dần lên.

Các loại sỏi:

- +Sỏi calci hay gặp nhất, có 2 loại Oxalat calci hoặc Phosphat calci.
- +Sỏi kết hợp với nhiễm khuẩn.
- +Sỏi Acid uric.
- +Sỏi cystin.

1.2.2.Sỏi niệu quản

Thường do sỏi rơi xuống (80% trường hợp).

Một số được hình thành tại chỗ do niệu quản dị dạng. Các sỏi lớn trên 1cm có thể dừng lại ở bất kỳ vị trí nào gây tắc niệu quản.

1.2.3.Sỏi bàng quang

Ngoài các đặc điểm chung của sỏi tiết niệu còn có những đặc điểm riêng vì thường gặp ở nam giới, liên quan tới ứ đọng nước tiểu.

1.2.4.Sỏi niệu đạo

Phần lớn từ phần trên chạy xuống rồi dừng lại ở niệu đạo, thường gặp ở nam giới.

1.3.Triệu chứng

1.3.1.Lâm sàng

***Đau:**

Thường đau đột ngột, đau quặn từng cơn vùng thận, đau lan xuống tới bộ phận sinh dục.

***Đái ra máu:**

Thường là đái máu vi thể hoặc có thể nước tiểu đỏ lẫn máu, có thể đái rắt, buốt.

***Có thể có sỏi tiết niệu nhưng không có triệu chứng lâm sàng.**

Sỏi thận có thể đái ra máu, nếu sỏi lọt xuống niệu quản gây ứ nước tiểu ở bể thận cấp tính sẽ xuất hiện đau quặn dữ dội, đau bắt đầu ở một bên thắt lưng hoặc đường niệu quản lan xuống dưới. Sỏi to ở đầu bể thận có khi không triệu chứng gì đặc biệt.

Sỏi bàng quang có triệu chứng đi tiểu ngắt ngừng, đi tiểu nhiều lần, đái ra máu cuối bãi, đau bàng quang lan xuống dưới .

Sỏi niệu đạo gây đái buốt, đái rắt, đái ra máu, tia nước tiểu nhỏ.

1.3.2.Cận lâm sàng

-Xét nghiệm nước tiểu có hồng cầu, nếu viêm đường tiết niệu có bạch cầu, tế bào mỡ.

-Xét nghiệm máu: nếu ảnh hưởng đến chức năng thận thì ure, creatinin tăng.

-Chụp x quang thận thường: hình ảnh cản quang tương ứng với vị trí sỏi.

-Chụp thận thuốc (UIV) đánh giá chức năng thận.

-Siêu âm: hình ảnh, vị trí, kích thước sỏi, tình trạng của thận, bàng quang.

1.4.Chẩn đoán phân biệt

-Cơn đau vùng thắt lưng cần phân biệt với cơn đau sỏi mật, tụy, viêm ruột thừa cấp, viêm đại tràng, viêm phần phụ.

-Cơn đau sỏi niệu quản cần phân biệt với tắc ruột, viêm đại tràng.

1.5.Biến chứng

Sỏi thận: gây tắc đường niệu, giãn đài bể thận, nếu có kèm theo nhiễm khuẩn thì chức năng thận càng suy giảm nhiều hơn. Không được điều trị sẽ dẫn đến ứ nước thận, thận ứ mỡ, mất chức năng thận.

Nếu cả hai bên thận đều bị tắc sẽ dẫn đến vô niệu, đe dọa tính mạng. nhiễm khuẩn còn gây biến chứng toàn thân như nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn. Sỏi niệu quản có thể gây tắc niệu quản gây giãn thận, nhiễm khuẩn tiết niệu, thận ứ mỡ, vô niệu.

1.6.Điều trị

Sỏi tiết niệu điều trị phức tạp.

-Điều trị nội khoa: với sỏi nhỏ dưới 7mm, chức năng thận tốt: uống nhiều nước, truyền tĩnh mạch huyết thanh ngọt, mẫn đẳng trương. Dùng thuốc giảm đau khi có cơn đau, kháng sinh khi có nhiễm khuẩn.

-Điều trị ngoại khoa: mổ lấy sỏi.

-Tán sỏi ngoài cơ thể.

-Lấy sỏi niệu quản qua ống soi niệu quản thận.

2. Y HỌC CỔ TRUYỀN

2.1.Bệnh danh

Thạch lậm, Sa lậm, Huyết lậm.

2.2.Nguyên nhân và cơ chế gây bệnh

Y học cổ truyền cho rằng bệnh này phần nhiều thuộc chứng thấp nhiệt ở hạ

tiêu làm cho cặn nước tiểu đọng lại. Nhỏ gọi là Sa lâm, to gọi là Thạch lâm.

2.2.1.Thể thấp nhiệt

Thích ăn các thức ăn cay nóng béo ngọt, hoặc nghiện rượu lâu ngày gây nên thấp nhiệt, thấp nhiệt lâu ngày làm cho cặn trong nước tiểu tụ lại thành sỏi.

2.2.2.Thể can uất khí trệ

Do tinh thần không thư thái, cáu giận tổn thương can, gây nên can uất khí trệ, khí trệ không tuyên thông uất hóa hỏa, hỏa uất ở hạ tiêu, ảnh hưởng khí hóa của bàng quang, mà dẫn tới tiểu tiện khó, đau, tiểu không hết bãi.

2.2.3.Thể thận âm suy hư

Sỏi lâu ngày không khỏi, thấp nhiệt gây hao thương chính khí, hoặc tuổi già bệnh lâu ngày cơ thể bị hư nhược hoặc tiên thiên bất túc, lao lực quá độ, dẫn tới thận âm suy hư, âm hư hỏa vượng, hư hỏa bức huyết vong hành gây nên tiểu tiện ra máu.

2.3.Biện chứng luận trị

2.3.1.Thể thấp nhiệt

*Chứng trạng:

Tiểu tiện ra máu kèm theo đau quặn bụng, tiểu tiện nhiều lần, đái buốt, miệng đắng, họng khô, bụng dưới tức trướng, chất lưỡi đỏ, rêu vàng nhớt, mạch huyền hoạt.

*Pháp trị:

Thanh nhiệt lợi thấp, thông lâm bài thạch.

*Bài thuốc:

+Bài 1: bát chính tán (“cục phương”) gia giảm.

Mộc thông	09g	Xa tiền tử	15g
Biển súc	12g	Cù mạch	12g
Hoạt thạch	15g	Đại hoàng	06 (cho vào sau)
Son chi	12g	Cam thảo	06g
Kim tiền thảo	30g	Hải kim sa	15g
Kê nội kim	09g	Hoè hoa	09g
Tiên hạc thảo	15g		

Sắc mỗi ngày một thang.

+Bài 2:

Kim tiền thảo	40g	Tỳ giải	20g
Sa tiền tử	20g	Uất kim	12g
Trạch tả	12g	Ngưu tất	12g
Kê nội kim	08g		

Sắc mỗi ngày một thang.

+Bài 3:

Kim tiền thảo

+Bài 4:

Kim tiền thảo	chỉ thực
Nhân trần	Hậu phác
Hoàng cầm	Bạch mao căn
Nghệ	Binh lang
Mộc hương	Đại hoàng.

+Bài 5:

Kim tiền thảo	chỉ thực
Nhân trần	Hậu phác
Hoàng cầm	Bạch mao căn
Nghệ/Uất kim	Binh lang
Mộc hương	Đại hoàng.

+Bài 6:

Kim tiền thảo	Râu mèo/Râu ngô.
---------------	------------------

2.3.2. Thể can uất khí trệ

*Chứng trạng:

Tiểu tiện ra máu, đái buốt, đái rắt, ấn đau vùng thận, ngực sườn đầy trướng, chất lưỡi tối hoặc có ban ú huyết, mạch huyền sáp.

*Pháp trị:

Hoạt huyết lý khí, thông lâm bài thạch.

*Bài thuốc:

+Bài 1: Đào hồng tứ vật thang (“Y tông kim giám”) gia giảm.

Đào nhân	12g	xuyên khung	09g
Hồng hoa	12g	Đương quy vĩ	12g
Ngưu tất	09g	Kim tiền thảo	30g
Hoạt thạch	15g	Hải kim sa	15g
Kê nội kim	09g	Xa tiền tử	15g
Mộc thông	09g	Đông quý tử	12g
Trạch tả	09g	Xuyên luyện tử	09g
Ô dược	09g		

Sắc mỗi ngày một thang.

+Bài 2:

Kim tiền thảo	40g	Chi xác	08g
Xa tiền tử	20g	Đại phúc bì	08g
Đào nhân	08g	kê nội kim	08g
Uất kim	08g	Ý dĩ	16g
Ngưu tất	12g.		

2.3.3. Thể thận âm suy hư

*Chứng trạng:

Tiểu tiện ra máu không ngừng, bụng dưới trướng đầy, lưng gối mềm yếu, đầu váng ù tai, triều nhiệt, ra mồ hôi trộm, chất lưỡi đỏ, rêu ít, mạch tế sáp.

*Pháp trị:

Tư âm giáng hỏa, thông lâm bài thạch.

*Bài thuốc: Bồ thận bài thạch thang.

Tri mẫu	12g	Hoàng bá	12g
Thực địa	12g	Sơn thù	06g
Trạch tả	12g	Kim tiền kim	30g
Kê nội kim	09g	Hải kim sa	15g
Mộc thông	09g	Xa tiền tử	15g

Cam thảo	06g	Hoàng kỳ	15g
Đương quy	12g.		

2.4.Thuốc thành phẩm:

- Kim tiền thảo bài thạch
- Bài thạch
- Kim tiền thảo MKP
- Kim tiền thảo râu ngô

2.5.Phương pháp điều trị khác

+Điện châm: 20→ 30 phút/ ngày, châm liệu trình 5→10 ngày, gia giảm tùy theo triệu chứng trên lâm sàng x 2-4 liệu trình.

Tùy theo bệnh, vị trí bệnh mà chọn huyệt phù hợp.

Huyệt chủ yếu: Huyệt Huyệt hải, Tam âm giao, kích thích tương đối mạnh.

+Điều trị bằng các dòng điện xung: Huyệt Huyệt hải, Tam âm giao.

+Điều trị bằng tia hồng ngoại.

+Nhĩ châm:

Châm các điểm vùng thận, bàng quang, niệu quản.

2.6.Phương pháp phẫu thuật

Đối với sỏi to, sỏi san hô điều trị nội khoa không có kết quả thì chuyển sang phẫu thuật lấy sỏi.

2.7.Phòng bệnh

Uống nhiều nước (>4ml/kg cân nặng/ngày), chia nhiều lần trong ngày.

**QUY TRÌNH ĐIỀU TRỊ
U PHÌ ĐẠI LÀNH TÍNH
TUYẾN TIỀN LIỆT
Mã ICD 10 : N40**

*** CHUẨN BỊ:**

- Cán bộ y tế: Bác sĩ, điều dưỡng.
- Phương tiện: Thuốc, các phương pháp không dùng thuốc theo quy trình này và các dụng cụ khám bệnh có tại khoa.
- Hồ sơ bệnh án theo mẫu của Bộ Y Tế.

1.Y HỌC HIỆN ĐẠI

1.1.Đại cương

U phì đại lành tính tuyến tiền liệt là một bệnh thương gặp ở nam giới, tuổi cao. Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là tiểu tiện không thông lợi, đi tiểu rất, không đi hết bãi, đi tiểu nhiều lần hoặc có thể bí tiểu.

1.2.Nguyên nhân và cơ chế sinh bệnh

Nguyên nhân gây bệnh có nhiều giả thuyết, đa số cho rằng do rối loạn nội tiết tố sinh nam, đó là sự mất cân bằng giữa Oestrogen và Androgen trong cơ thể những người nam giới tuổi cao, lượng Testosteron giảm xuống, trong khi đó Oestrogen không giảm gây nên Oestrogen tăng tương đối. Đồng thời xuất hiện những xơ hóa, hiện tượng này có thể tăng lên do quá trình viêm nhiễm hay do các yếu tố miễn dịch. Tổ chức xơ phát triển đẩy ép các tổ chức xung quanh tạo ra các vỏ bọc quanh tuyến tiền liệt, nếu phát triển về phía bang quang sẽ tạo thành mảng lồi vào trong bàng quang hoặc phát triển về phía trực tràng sẽ tạo thành mảng lồi về phía trực tràng.

Tuyến liệt tiến càng to càng làm tăng sức cản niệu đạo càng làm tăng sức cản của niệu đạo gây nên giảm lưu lượng dòng chảy, bàng quang tăng cườ co bóp tổng nước tiểu dẫn tới thành bàng quang dày lên, xuất hiện cột và hang, nếu kéo dài dẫn tới hiện tượng bàng quang mất bù, xuất hiện nước tiểu tồn dư, lưu lượng nước tiểu giảm, đái nhiều lần, đái khó. Mặt khác tuyến tiền liệt chèn ép vào niệu đạo, cổ bàng quang gây cản trở sự lưu thông nước tiểu từ thận xuống bàng quang làm dẫn niệu quản và thận.

Về dịch tế học: tần số xuất hiện u phì đại lành tính tuyến tiền liệt tăng lên theo lứa tuổi, không có liên quan gì tới ung thư tuyến tiền liệt.

1.3.Triệu chứng

1.3.1.Các triệu chứng do kích thích

- Đái nhiều lần cả ban ngày và ban đêm.
- Buồn đi tiểu nhưng không nhịn được quá vài phút.

Các triệu chứng này càng tăng lên do nhiễm khuẩn hoặc rối loạn thần kinh.

1.3.2.Các triệu chứng do chèn ép

Gây đái khó, tia nước tiểu yếu, đái rớt nước tiểu.

1.3.3.trong giai đoạn biến chứng có gặp các triệu chứng sau

Bí đái hoàn toàn hoặc không hoàn toàn, đái rỉ, nhiễm khuẩn tiết niệu.

1.3.4. Khám lâm sàng

-Thăm trực tràng bằng tay là động tác khám cơ bản, phát hiện thấy khối u tròn đều, nhẵn, đàn hồi, đồng nhất, không đau, có rãnh giữa hai thùy, không có nhân rắn ở các thùy.

-Khám bộ phận sinh dục ngoài và khám toàn thân.

1.3.5. Xét nghiệm

-Xét nghiệm sinh hóa, vi khuẩn, kháng sinh đồ.

-Xét nghiệm PSA (Prostate Specific Antigen).

-Siêu âm: có thể đo được kích thước tuyến tiền liệt, đánh giá lượng nước tiểu tồn dư ở bàng quang, tình trạng của bàng quang, thận.

-Chụp niệu đạo ngược dòng phát hiện hẹp niệu đạo.

-Đo lưu lượng nước tiểu: bình thường 15-20ml/giây. Nếu nhỏ hơn 15ml/giây là có cản trở đường đi tiểu.

1.4. Chẩn đoán phân biệt

Ung thư tuyến tiền liệt.

Viêm tuyến tiền liệt mạn tính.

Hẹp niệu đạo, xơ cứng cổ bàng quang.

1.5. Điều trị

1.5.1. Nội khoa

-Thuốc đối kháng alpha- adrepergic có tác dụng làm giãn cơ trơn (prazosin, alfurotin, terazotin).

-Thuốc tác động vào chuyển hóa androgen: cyoproteron acetat, flutamit.

1.5.2. Ngoại khoa

Phẫu thuật bóc khối u, cắt nội soi qua niệu đạo, qua đường rạch từ cổ bàng quang đến ụ núi, nong niệu đạo tuyến tiền liệt.

2. Y HỌC CỔ TRUYỀN

2.1. Bệnh danh

Bệnh thuộc phạm trù chứng “Long bế”.

2.2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

Theo Y học cổ truyền: ở người bình thường tiểu tiện thông lợi do sự khí hóa của tam tiêu và có liên quan tới các tạng tỳ, phế, thận. Thủy dịch vào vị nhờ sự vận hóa của tỳ, sự tuyên phát và túc giáng của phế đưa xuống thận thông qua khí hóa của thận mà có sự phân thanh giáng trọc, chất thanh được đưa lên để đi nuôi dưỡng cơ thể, chất trọc đưa xuống bàng quang để tống ra ngoài.

Nếu phế mất túc giáng thì không thể thông điều thủy đạo, tỳ mất vận hóa không thể thăng giáng trọc, khí hóa của thận thất thường sẽ ảnh hưởng tới sự khai, nạp và gây nên chứng “Long bế”.

2.3. Biện chứng luận trị

2.3.1. Thể thấp nhiệt

***Chứng trạng:**

Tiểu tiện không thông lợi, nước tiểu vàng, bụng dưới trướng đau, đại tiện táo, miệng đắng và dính, chất lưỡi đỏ, rêu vàng nhớt, mạch hoạt sắc.

***Pháp điều trị:**

Thanh nhiệt lợi thấp.

***Bài thuốc:**

+Bài 1: Bát chính tán (“Thái bình huệ dân hòa tễ cục phương”) gia giảm.

Biển súc	09g	Cù mạch	09g
Sơn chi	12g	Đại hoàng	03g (cho sau)
Mộc thông	09g	Xa tiền tử	15g (bọc sắc)
Cam thảo	06g	Phục linh	09g
Tỳ giải	12g	Thương truật	09g.

+Bài 2: tiểu khó, tiểu nhiều lần về ban đêm (CRILA)

Cao khô trình nữ hoàng cung.

+Bài 3: Tadimax

Trình nữ hoàng cung	Tri mẫu
Hoàng bá	Ích mẫu
Đào nhân	Trạch tả
Xích thực	Nhục quế

2.3.2.Thể ứ trệ

***Chứng trạng:**

Tiểu tiện nhỏ giọt, tiểu rất hoặc bí tiểu, tia nước tiểu nhỏ không mạnh, bụng dưới trướng đầy, chất lưỡi tím tối hoặc có ban, điểm ứ huyết, mạch tế sáp.

***Pháp trị:**

Hóa đàm tán kết.

***Bài thuốc:**

+ Bài 1: Đại đở đương hoàng (“Chứng trị chuẩn thẳng”) gia giảm.

Đại hoàng	03g (cho sau)	Đương quy vĩ	12g
Sinh địa tươi	12g	Xuyên sơn giáp	09g
Đào nhân	09g	Biển súc	09g
Cù mạch	09g	Ngưu tất	09g
Hoàng kỳ	15g.		

2.3.3.Thể trung khí hạ hãm

***Chứng trạng:**

Lượng nước tiểu ít mà không thông, người mệt mỏi, ăn không ngon, đoản hơi, đoản khí, chất lưỡi nhạt, rêu trắng mỏng, mạch tế vô lực.

***Pháp trị:**

Kiên tỳ ích khí .

***Bài thuốc:**

+Bài 1: Bổ trung ích khí than (“tỳ vị luận”) gia giảm.

Đảng sâm	15g	Chích hoàng kỳ	15g
Bạch truật (sao)	10g	Chích cam thảo	06g
Trần bì	06g	Thăng ma	09g
Sài hồ	09g	Tỳ giải	09g
Biển súc	09g	Mộc thông	09g.

2.3.4.Thể thận âm bất túc

***Chứng trạng:**

Tiểu tiện nhỏ giọt không thông lợi, đau lưng ù tai, lòng bàn tay bàn chân nóng, gò má đỏ, miệng khát, chất lưỡi đỏ, rêu ít , mạch tế nhược hoặc mạch xích hư yếu.

***Pháp điều trị:**

Tư âm giảng hỏa.

***Bài thuốc:**

Lục vị địa hoàng thang (“Tiểu nhi dược chứng trực quyết”) gia giảm.

Thục địa hoàng	15g	Hoài sơn	09g
Phục linh	09g	Đan bì	09g
Trạch tả	09g	Son thù nhục	06g
Ngưu tất	09g	Xa tiền tử	15g (bọc sắc)
Hạ khô thảo	30g	Son tư cô	09g.

2.3.5. Thể tỳ thận đều hư***Chứng trạng**

Tiểu tiện rất, đi không hết bãi, tia nước tiểu không mạnh, lưng gối mỏi yếu, sắc mặt trắng bệch, tinh thần mệt mỏi chân tay lạnh, chất lưỡi bệu nhạt có vết ấn răng, mạch trầm tế.

***Pháp trị:**

Bổ thận lợi niệu thông lâm

***Bài thuốc:**

+Bài thuốc 1: Bổ thận lợi niệu thang

Đảng sâm	15g	Chích hoàng kỳ	30g
Trạch tả	15g	Nhục quế	03g (cho sau)
Phục linh	12g	Xa tiền tử	15g (bọc sắc)
Xuyên sơn giáp	15g	Đào nhân	12g
Hồng hoa	12g	Dương bất lưu hành	09g.

Thuốc thành phẩm:

Crila 04 viên x 02 uống x 8 tuần

Tadimax 02 viên x 03 uống liên tục 2 tháng

CƠN ĐAU THẮT NGỰC (Mã ICD: Cơn đau thắt ngực I20, Bệnh tim do thiếu máu cục bộ I25)

***CHUẨN BỊ**

-Cán bộ Y tế: Bác sĩ, điều dưỡng.

-Phương tiện: thuốc, các phương pháp không dùng thuốc theo quy trình này và các dụng cụ khám bệnh có tại khoa.

-Kê đơn theo quy chế của Bộ Y Tế.

1. Y HỌC HIỆN ĐẠI

1.1. Đại cương

Cơn đau cấp tính ở vùng ngực, tập trung ở điểm giữa hay trên xương ức, xuất hiện khi gắng sức; có thể lan lên cánh tay trái hay ra cả hai tay, xung quanh ngực lên cổ tay hay lên hàm, đau có thể gây cảm giác ngột ngạt đè nén, co thắt hay tức, có khi có cảm giác tê hay bỏng, mất đi vài phút sau khi ngừng vận động hoặc sau khi ngậm Nitroglycerin.

1.2. Nguyên nhân và cơ chế sinh bệnh

1.2.1. Nguyên nhân thực thể

Trên 90% các trường hợp do hẹp trên 50- 70% lòng mạch của một hay nhiều động mạch vành.

Vỡ xơ động mạch vành là nguyên nhân chủ yếu hay gặp ở người có tuổi, hiếm gặp viêm động mạch chủ do giang mai làm hẹp lỗ của động mạch vành.

1.2.2. Cơ chế động mạch vành

Máu vào động mạch vành không đủ trong thì tâm trương nhịp tim nhanh quá, hở van động mạch chủ.

Tăng thái hóa nhu cầu ô xy của cơ tim. Hẹp chít van động mạch chủ.

Giảm nồng độ ô xy trong máu: giảm hồng cầu, nhiễm độc ô xy carbon.

1.2.3. Cơ chế bệnh sinh

- Khi gắng sức có stress hệ giao cảm được kích thích giải phóng catecholamine làm tăng tần số, tăng co bóp cơ tim, tăng mạch ngoại vi, tăng mức tiêu thụ ô xy dẫn đến cung lượng vành tăng. Trong bệnh thiếu máu cơ tim động mạch vành bị hẹp, máu vào không đủ, tưới máu không đều làm cơ tim bị xơ hóa sau các cơn đau thắt ngực làm cho công suất của cơ tim và mức tiêu thụ ô xy tăng dẫn đến cùng một mức lao động yêu cầu về ô xy cao hơn, cơ thể phản ứng để đáp ứng.

-Tăng huy động tĩnh mạch về ô xy.

-Tăng cung lượng vành, nhưng cũng chỉ tăng không quá 15- 20% vì động mạch bị hẹp.

-Sử dụng chuyển hóa yếm khí.

Các phản ứng này cuối cùng cũng được giải quyết được cơ chế thiếu ô xy gây rối loạn về chuyển hóa tế bào giải phóng nhiều Kinin gây nên triệu chứng trong cơn đau thắt ngực.

Trong những năm gần đây, yếu tố gây co thắt mạch vành (có thể xảy ra đột nhiên) đã được chấp nhận trong cơ chế bệnh sinh. Nhiều trường hợp nhồi máu

cơ tim xuyên thanh mà không thấy hẹp tắc khi chụp động mạch vành.

1.3.Triệu chứng

1.3.1.Lâm sàng

-Hoàn cảnh xuất hiện:

+Trong thể thứ phát thường xảy ra khi gắng sức, khi stress, sau tắm lạnh, ăn quá nhiều mỡ, làm vữa xơ động mạch vành.

+Trong thể tiên phát (tự phát cơn đau xảy ra đột nhiên bất cứ lúc nào).

-Cơn đau điển hình: đau đột ngột thường ở sau xương ức (vị trí 1/3 trên, 1/3 giữa hoặc vùng trước tim).

+Tính chất đau: như co thắt tim, đau tức, đè nén, buộc bệnh nhân phải ngừng các hoạt động, thậm chí ngừng thở.

+Đau có thể lanra cánh tay trái hoặc cả 2 tay, 2 vai lên cổ, lên hàm ra sau lưng, kèm theo vã mồ hôi, lo lắng.

+Cơn đau mất đi nhanh chóng sau khi ngậm Nitroglycerin hoặc ngừng vận động. Lâm sàng cần chú ý nhiều khi có cơn đau không điển hình (thể thầm lặng).

-Mạch huyết áp bình thường hoặc tăng nhẹ.

1.3.2.Cận lâm sàng

-Điện tim ghi trong cơn: đoạn ST chênh xuống, sóng T dương nhọn đôi xứng (sóng tổn thương và thiếu máu dưới nội tâm mạc).

Hoặc đoạn ST chênh lên, sóng T âm nhọn, đôi xứng (sóng tổn thương và thiếu máu dưới thượng tâm mạc).

- Sinh hóa: không có thay đổi các men tim.

- Thăm dò hình ảnh thiếu máu1co7 tim bằng phóng xạ và chụp đđộng mạch vành để chẩn đoán.

1.3.3.Các thể bệnh

-Cơn đau thắt ngực thể ổn định: cơn đau chỉ xảy ra khi có tăng yêu cầu về ô xy, ổn thời gian dài, nên hạn chế gắng sức và stress.

-Cơn đau thắt ngực thể không ổn định: thường xảy ra khi tăng nhu cầu về ô xy và co mạch, bệnh nhân đau nhiều hơn, cơn đau thường xuấ hiện dày hơn, Nitroglycerin không cắt được cơn đau hoàn toàn, dễ tiến triển sang nhồi máu cơ tim.

-Cơ Cơn đau thắt ngực thể ổn định: n đau thắt ngực thể prinzmetal: do hẹp thân động mạch vành, cơn đau tự phát đột ngột trong lúc nghỉ nhất là đêm, hay tái phát. Dùng Nitroglycerin ít có hiệu quả.

-Thể thầm lặng: điện tim trên Monitor có dấu hiệu đặc trưng của suy vành.

1.4.Chẩn đoán

1.4.1.Chẩn đoán xác định

-Hoàn cảnh xuất hiện

-Tính chất cơn đau, vị trí cơn đau: cơn đau mất đi nhanh sau khi ngậm nitroglycerin hoặc ngừng vận động.

-Điện tim trong cơn: đoạn ST chênh lên, sóng T nhọn dương hoặc âm, đôi xứng.

-Sinh hóa máu: men tim không thay đổi.

1.4.2.Chẩn đoán phân biệt

-Nhồi máu cơ tim: cơn đau, hình ảnh điện tim đặc trưng sóng Q. tăng caclmen tim (nhất là LDH - 1).

-Viêm màng tim cấp: bệnh lý cấp tính.

-Phình bóc tách động mạch chủ đoạn trên.

-Tràn khí trung thất.

1.5.Điều trị

1.5.1.Điều trị nội khoa

Ngừng vận động

Thể ổn định:

Nitroglycerin 0,5 - 0,75mg ngậm 01 viên dưới lưỡi hoặc bơm

Natispray 2 lần vào niêm mạc.

Thể không ổn định

Phối hợp 2 thuốc trong các thuốc nitrat, ức chế thụ cảm β , ức chế calci, Aspirin 75- 160 mg/ngày.

Vastarel 20 mg uống 2-3 viên /ngày, có thể cho Seduxen 5mg.

Hết cơn đau thì sang điều trị củng cố, dự phòng tái phát.

1.5.2.Điều trị ngoại khoa

Cầu nối chủ vành

Kỹ thuật tạo hình động mạch vành

Kỹ thuật lấy mạng xơ vữa trong động mạch vành.

2. Y HỌC CỔ TRUYỀN

2.1. Bệnh danh

Tâm thống

2.2.Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh:

2.2.1.Nguyên nhân

Do rối loạn công năng của tạng phủ, đặc biệt là tâm, tỳ, can, thận.

Do phong, hàn, thấp xâm nhập.

2.2.2.Cơ chế bệnh sinh

Kí tạng thận không đầy đủ, dương khí của thận thiếu thì dương khí của ngũ tạng đều hư. Khi thận âm không đầy đủ, thủy không dưỡng mộc sinh ra tâm can âm hư, tâm can hỏa vượng lâu ngày làm tổn thương khí huyết dẫn đến khí huyết lưỡng hư.

Can chủ sơ tiết, khi can khí uất, khí trệ thì huyết ứ. Tỳ chủ vận hóa, tỳ mất kiện vận sinh thấp tụ, đàm ngưng.

“Linh khu - Kinh mạch thiên” nói: “Thủ thiếu âm tâm” khí tuyệt thì mạch không thông, bất thông thì thống.

Như vậy đặc điểm cơ chế bệnh cơ bản của tâm thống là gốc hư, ngọn thực, do đó lấy “Ích khí hoạt huyết” là cách trị cơ bản của chứng bệnh này.

2.3.Biện chứng luận trị:

2.3.1.Thể khí hư huyết ứ

*Chứng trạng:

Ngực sườn trướng tức, hụt hơi, đau nhói vùng trước tim, tinh thần mệt mỏi, tứ chi vô lực, tự đổ mồ hôi, ăn kém, chất lưỡi tối hoặc ban ứ, rêu mỏng, mạch tế sáp.

*Pháp trị:

Ích khí hoạt huyết

*Bài thuốc:

+Bài 1: Tứ vật đào hồng thang (“Hòa tễ cục phương”) gia giảm.

Hoàng kỳ	30g	Đảng sâm	15g
Đương quy	20g	Xuyên khung	15g
Đào nhân	10g	Hồng hoa	06g
Xích thược	15g.		

+Bài 2: Hộ tâm đơn (Chỉ định điều trị và phòng ngừa các chứng rối loạn nhịp tim, đau thắt ngực)

Đan sâm Tam thất

Borneol/Băng phiến/ Camphor.

2.3.2. Thở khí trệ huyết ứ

* Chứng trạng:

Ngực trướng đầy đau, ngộp hơi, đau nhói vùng trước tim hoặc lan ra tay, mặt môi đỏ sẫm, lưỡi tím tối, mép lưỡi có ban ứ, mạch huyền tế sắc hoặc kết đại.

*Pháp trị:

Hành khí hoạt huyết, hóa ứ chỉ thống.

*Bài thuốc:

+Bài 1: Huyết phủ trực ứ thang: (“Y lâm cải sái”) gia giảm.

Đảng sâm	20g	Đào nhân	10g
Hồng hoa	10g	Xích thược	15g
Uất kim	15g	Huyền hồ	12g
Hương phụ	12g	Xuyên khung	12g

2.3.3 Thở tâm tỳ hư

*Chứng trạng:

Tức ngực, tim hồi hộp, đoản hơi, tiếng nói nhỏ, tinh thần mệt mỏi, tứ chi vô lực, sắc mặt trắng, mất ngủ, hay quên, hoảng sợ, lưỡi nhạt, rêu lưỡi trắng, mạch trầm tế.

*Pháp trị:

Kiện tỳ dưỡng tâm, hoạt huyết hóa ứ thông đàm.

*Bài thuốc:

+Bài 1: Quy tỳ thang (“Tế sinh phương”) gia giảm

Đảng sâm	15g	Hoàng kỳ	15g
Phục thần	10g	Toan táo nhân	10g
Đương quy	10g	Bạch truật	10g
Mộc hương	05g	Chích cam thảo	03g
Đan sâm	20g		

+Bài 2:

Bạch truật	Phục thần/Bạch linh
Hoàng kỳ	Toan táo nhân
Nhân sâm/Đảng sâm	Mộc hương
Cam thảo	Đương quy
Viễn chí	(Long nhãn)
(Đại táo)	

+Bài 3: suy mạch vành, đau đầu, hoa mắt, chóng mặt, mất ngủ (Hoạt huyết dưỡng não/ Bổ huyết ích não)

Cao khô rễ đinh lăng/ Đương quy

Cao khô lá bạch quả

2.3.4. Thể tâm dương hư

*Chứng trạng:

Vùng ngực đau kéo dài có khi thành cơn, ngạt thở, tim hồi hộp, đoản hơi, sắc mặt xanh tím, mệt mỏi bơ phờ, tự ra mồ hôi, chân tay lạnh, lưỡi nhạt, chất tím, rêu lưỡi trắng hoặc trắng nhớt, mạch tế hoãn hoặc kết đại.

*Pháp trị:

Ôn dương thông lạc, trừ đàm chỉ thống.

*Bài thuốc:

+Bài 1: Chỉ thực Phỉ bạch quế chi thang (“Kim quỹ yếu lược:”) gia giảm.

Qua lâu bì	10g	Phỉ bạch	10g
Chỉ thực	10g	Bán hạ chế	10g
Hậu phác	10g	Quế chi	10g
Đan sâm	15g	Chích cam thảo	03g

2.3.5. Thể đàm trọc ngăn trở

*Chứng trạng:

Ngực bí bụng đầy, trướng đau, tim hồi hộp, hụt hơi, miệng đắng, bụng trướng ăn ít hoặc kèm ho, vầng đầu, reu lưỡi vàng nhớt, mạch hoạt sác.

*Pháp trị:

Thanh nhiệt hóa đàm, khoan hung hoạt huyết.

*Bài thuốc:

+Bài 1: Tiểu hãm hung thang (“Thương hàn luận”) gia giảm.

Hoàng liên	03g	Bán hạ	10g
Thạch xương bồ	10g	Ý dĩ nhân	15g
Phục linh	10g	Trần bì	06g
Xích thược	15g	Đan sâm	20g

+Bài 2:

Địa long	Hoàng kỳ
Đương quy	Xích thược
Xuyên khung	Đào nhân
Hồng hoa	

2.3.6. Phương pháp điều trị khác

*Phương pháp châm cứu

+Thể châm:

-Chọn huyết: Huyết Giáp tích L4-5, Nội quan.

-Phối huyết: Chiên trung, Tam âm giao, Tâm du.

Liệu trình: mỗi ngày 1 lần, mỗi lần 30 phút, mỗi liệu trình 10 lần x 3 liệu trình.

+Điện châm: Công thức huyết như thể châm trong trường hợp bệnh nhân có thiếu máu cơ tim mãn tính cục bộ, sinh hiệu ổn định.

+Điều trị bằng tia hồng ngoại ở những vùng có bệnh lý cần điều trị (trong trường hợp bệnh nhân có thiếu máu cơ tim mãn tính cục bộ, sinh hiệu ổn định.)

+Điều trị bằng các dòng điện xung ở những vùng có bệnh lý cần điều trị (trong trường hợp bệnh nhân có thiếu máu cơ tim mãn tính cục bộ, sinh hiệu ổn định.)

+Nhĩ châm: Các điểm: Tâm, Thần môn, Nội tiết.

2.4.Phòng bệnh

-Phòng ngừa xơ vữa động mạch, áp dụng chế độ ăn uống hợp lý, tránh ăn quá nhiều các mỡ động vật như mỡ lợn, bơ, thịt mỡ... và các thức ăn nhiều cholesterol (như não, gan, thận, lòng đỏ trứng....) ăn nhiều các thức ăn giàu chất K, Mg, sinh tố C ở các rau quả như rau xanh, bắp cải, hạt cát cánh, táo....

Tránh gió mạnh và những xúc cảm quá mức, kiêng rượu, bia, cai thuốc, rèn luyện thể dục nhẹ nhàng, phù hợp.

Điều trị dự phòng các nguy cơ gây tắc nghẽn động mạch vành nuôi tim, bao gồm nghỉ ngơi, dùng thuốc chống đông máu thích đáng, như các thuốc hoạt huyết hóa ứ loại xuyên khung, đan sâm, xích thược....có thể uống dài ngày các thuốc bổ ích tâm khí như nhân sâm, hoàng kỳ, tam thất...để tăng cường sức cơ bóp cơ tim, cải thiện chức năng tim.

LOÃNG XƯƠNG (Mã ICD10: M81)

*** CHUẨN BỊ:**

- Cán bộ y tế: bác sĩ, điều dưỡng
- Phương tiện: thuốc, các phương pháp không dùng thuốc theo quy trình này và các dụng cụ khám bệnh có tại khoa.
- Hồ sơ bệnh án theo mẫu của Bộ y tế.

1.Y HỌC HIỆN ĐẠI

Loãng xương đã trở thành vấn đề quan trọng đối với sức khỏe cộng đồng, đặc biệt ở các nước phát triển và đang phát triển. Ở nước ta với xu thế tuổi thọ ngày càng cao, loãng xương cũng sẽ trở thành một vấn đề sức khỏe quan trọng của xã hội vì những phí tổn trong điều trị.

1.1.Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

- Nữ giới sau thời kì mãn kinh, lượng Estrogen giảm xuống mức thấp nhất, ảnh hưởng đến quá trình tạo xương.
- Nam giới hoocmon sinh dục Testosterol được sản xuất tại tuyến thượng thận cũng giảm do tuổi cao.
- Sử dụng các thuốc Corticoid hoặc Heparin kéo dài.
- Không vận động (do cân nặng quá mức hoặc liệt nửa người...).
- Uống nhiều rượu.
- Dinh dưỡng không hợp lý.
- Giảm hấp thu.
- Bệnh Scorbut (do thiếu vitamin C trong thức ăn hàng ngày)
- Không dung nạp Lactose.
- Quá trình tạo xương không hoàn chỉnh.
- Hội chứng Sudeck-Kienbock (teo các xương nhỏ bàn tay và chân sau chấn thương do căn nguyên thần kinh).
- Rối loạn nội tiết.

1.2. Triệu chứng

1.2.1.Lâm sàng

- Đau mỗi xương bàn chân, đau lưng, đau tăng khi vận động.
- Biến dạng cột sống
- Gãy xương

1.2.2.Cận lâm sàng

- Dấu hiệu Xquang
- Sinh hóa máu

-Đo mật độ xương

1.3.Chẩn đoán

1.3.1.Chẩn đoán xác định:

- Lâm sàng
- Cận lâm sàng

1.3.2.Chẩn đoán phân biệt

- Di căn ung thư cột sống
- U tủy tiến triển
- Loãng xương do cường cận giáp trạng
- Loãng xương do cường giáp trạng
- Loãng xương do bất động kéo dài

1.4.Điều trị

- Calcitonin: 50-100UI/ ngày
- Calcium: 1-1,5g/ ngày
- Vitamin D: 400UI (10mcg/ ngày)
- Vitamin D3: 400-800UI/ ngày

2.Y HỌC CỔ TRUYỀN

2.1. Thể thận dương hư

***Triệu chứng:** Đau vùng lưng, thắt lưng, gù cong vùng lưng, sợ lạnh, tay chân lạnh, các khớp tứ chi biến dạng, hoạt động hạn chế, lưỡi bè to, rêu lưỡi trắng mỏng, mạch trầm tế.

*Pháp trị

Ôn thận ích tủy

*Phương dược

+Bài 1: Hữu quy hoàn:

Thục địa	320g	Hoài sơn	160g
Đỗ trọng	120g	Phụ tử chế	40g
Đương quy	120g	Sơn thù	160g
Kỷ tử	120g	Thỏ ty tử	120g
Nhục quế	40g	Lộc giác giao	40g

Thuốc hoàn: luyện mật làm hoàn uống 12- 16g/ lần x 2-3 lần/ ngày với nước ấm.
Thuốc thang với liều lượng thích hợp sắc uống ngày 1 thang chia 2 lần.

Gia giảm:

- Mật mỗi, ăn kém gia Đảng sâm 120g, Sa nhân 30g.
- chi dưới trầm nặng gia Phòng kỷ 100g
- Chân tay co duỗi khó khan gia Mộc qua, Câu đằng.

-Đau mỗi trong xương gia Cầu tích 120g, Tục đoạn 120g, Cốt toái bổ 120g, Cốt khí 120g, Đau xương 120g

+Bài 2: Bát vị hoàn

Thục địa	320g	Hoài sơn	160g
Sơn thù	160g	Trạch tả	120g
Bạch linh	120g	Đan bì	120g
Phụ tử chế	40g	Nhục quế	40g

Thuốc hoàn: luyện mật làm hoàn uống 08- 12g/ lần x 2-3 lần/ ngày với nước ấm.

Thuốc thang với liều lượng thích hợp sắc uống ngày 1 thang chia 2 lần.

+Bài 3:

Dây đau xương	15g	Cốt toái bổ	12g
Phá cố chỉ	10g	Tục đoạn	12g
Cầu tích	12g	Rễ cỏ xước	12g
Cốt khí củ	08g		

+Bài 4: bồi bổ khí huyết, cơ thể suy nhược, ăn kém, hơi thở ngắn, chóng mặt, tay chân lạnh, mệt mỏi, yếu sức.

Bạch thược	Phục linh
Bạch truật	Quế nhục
Cam thảo	Thục địa
Đảng sâm	Xuyên khung
Đương quy	Hoàng kỳ

+Bài 5: Suy thận dương, đau lưng, mỗi gối, ù tai, hoa mắt, chóng mặt, tóc bạc sớm, ngủ kém, tiểu đêm (Song hảo đại bổ tinh)

Nhân sâm	Lộc nhung
Đương quy	Đỗ trọng
Thục địa	Phục linh
Ngưu tất	Xuyên khung
Hà thủ ô đỏ	Ba kích
Nhục thang dung	Sơn thù
Bạch truật	Kim anh
Nhục quế	Cam thảo

+Bài 6:

Thỏ ty tử	Hà thủ ô đỏ
Dây đau xương	Cốt toái bổ
Đỗ trọng	Cúc bất tử

Nấm sò khô

2.2.Thể Thận âm hư

***Triệu chứng:** lưng và tứ chi đau mỏi, hồi hộp, trống ngực có thể đau tức ngực, bứt rứt, hoa mắt, chóng mặt, ù tai, lưỡi đỏ, rêu ít, mạch huyền.

*Pháp trị

Tư âm bổ thận.

*Phương dược

+Bài 1: Lục vị địa hoàng hoàn

Thục địa	320g	Hoài sơn	160g
Son thù	160g	Trạch tả	120g
Bạch linh	120g	Đan bì	120g

Thuốc hoàn: luyện mật làm hoàn uống 08-12g/ lần x 2-3 lần/ ngày với nước ấm.
Thuốc thang với liều lượng thích hợp sắc uống ngày 1 thang chia 2 lần.

+Bài 2:

Thục địa	Táo nhục
Củ sừng	Thạch斛
Hoài sơn	Tỳ giải

+Bài 3

Quy bản/Cao xương	Thục địa
Hoàng bá	Tri mẫu

+Bài 4:

Dây đau xương	12g	Kỷ tử	12g
Rễ cỏ xước	12g	Hà thủ ô	12g
Cốt toái bồ	12g	Tang thầm	12g
Tục đoạn	12g	Đỗ đen	12g

Sắc uống 1 thang chia 2 lần/ ngày.

+Thuốc thành phẩm:

Superyin: liều uống ngày 2-3 lần mỗi lần 2-3 viên.

Dưỡng cốt hoàn:liều uống ngày 2-3 lần mỗi lần 1 gói 5g.

Bổ thận âm: liều uống ngày 2 lần mỗi lần 1-2 gói

Lục vị ACP: liều uống ngày 3 lần mỗi lần 3-4 viên

2.3.Thể can thận âm hư, phong thấp xâm nhập

2.3.1.Triệu chứng

- Lưng và tứ chi đau mỏi, vô lực, vận động khó khăn
- Họng khô, lưỡi táo
- Lòng bàn tay, bàn chân đỏ
- Tự hãn, đạ hãn
- Lưỡi hồng, rêu lưỡi mỏng, ít rêu hoặc không rêu
- Mạch tế sác.

2.3.2. Phép trị

Bổ can thận trừ phong thấp

2.3.3. Phương dược

*Bài thuốc 1:

Cổ phương: **Độc hoạt tang ký sinh**

Độc hoạt	08g	phòng phong	15g
Tang ký sinh	15g	Tế tân	08g
Tần giao	08g	Đương quy	15g
Cam thảo	06g	Quế chi	10g
Đỗ trọng	15g	đăng sâm	15g
Ngưu tất	15g	Thục địa	15g
Bạch thược	10g	Xuyên khung	15g
Bạch linh	12g		

Sắc uống ngày một thang, chia 2 lần, uống sau ăn 20- 30 phút.

Bài 2: Thấp khớp Nam Dược

Tang ký sinh	Độc hoạt
Phòng phong	Đỗ trọng
Ngưu tất	Trinh nữ
Hồng hoa	Bạch chỉ
Tục đoạn	Bổ cốt chi

.Bài thuốc gồm các vị phong thấp chỉ thống: độc hoạt, tang ký sinh, phòng phong, bạch chỉ.

.Bổ can thận, chỉ thống, mạnh gân xương: Đỗ trọng, ngưu tất, tang ký sinh, tục đoạn.

.An thần, hoạt huyết, trợ dương: Trinh nữ, hồng hoa, bổ cốt chi

*Bài thuốc 4:

Tam tỳ thang

Khương hoạt	08g	phòng phong	15g
Tế tân	08g	Bạch linh	12g
Tần giao	08g	Đương quy	15g
Cam thảo	06g	Quế chi	10g
Đỗ trọng	15g	đăng sâm	15g
Ngưu tất	15g	Thục địa	15g
Bạch thược	10g	Xuyên khung	15g

Sắc uống ngày một thang, chia 2 lần, uống sau ăn 20- 30 phút.

+Bài 3:

Dây đau xương	12g	Kỷ tử	12g
Rễ cỏ xước	10g	Hà thủ ô	12g
Cốt toái bồ	12g	Tang thầm	12g
Rễ lá lốt	12g	Cốt khí củ	08g
Rễ xấu hổ	12g	Cẩu tích	
	12g		

Sắc uống ngày một thang, chia 2 lần, uống sau ăn 20- 30 phút.

+Thuốc thành phẩm:

Thấp khớp hoàn-P/H:liều uống ngày 2 lần mỗi lần 2 gói. Đợt điều trị 4-6 tuần.Có thể uống 2-3 đợt, mỗi đợt cách nhau 5 ngày.

Revmaton: liều uống: Người lớn ngày 3 lần mỗi lần 1-2 viên
Trẻ em ngày 3 lần mỗi lần 1 viên

V.phonte: liều uống:

Người lớn: ngày 2-3 lần mỗi lần 4 viên; đợt dùng 6-8 tuần

Trẻ em: +từ 2-5 tuổi ngày 2-3 lần mỗi lần 1 viên

+từ 6-12 tuổi ngày 2-3 lần mỗi lần 2 viên.

Thấp khớp Nam Dược: liều uống ngày 2 lần mỗi lần 4 viên.

2.4.Thể tỳ vị hư nhược

2.4.1.Triệu chứng

Tứ chi mỏi, tê, không muốn vận động

Sắc mặt kém nhuận

Cảm giác chóng mặt

Bụng đầy trướng

Đại tiện phân nát, có thể phân sống

Chất lưỡi nhạt, rêu lưỡi trắng

Mạch tế nhược, vô lực.

2.4.2.pháp trị

Kiên tỳ ích vị

2.4.3.Phương dược

*Bài 1:

Cổ phương: Tứ quân tử thang gia vị.

Đảng sâm	12g	Bạch linh	12g
Bạch truật	12g	Chích cam thảo	10g
Hoàng kỳ	10g	Đương quy	10g
Hoài sơn	12g.		

Sắc uống ngày một thang, chia 2 lần, uống trước ăn 30 phút.

*Bài 2:

Đương quy	Xuyên khung
Thục địa	Bạch thược
Nhân sâm/Đảng sâm	Bạch linh/Phục linh
Bạch truật	Cam thảo

*Bài 3:

Bạch truật	15g	Ý dĩ	12g
Củ mài	12g	Rễ cỏ xước	10g
Sâm nam	12g	Tục đoạn	12g
Dây đau xương	12g	Kê nội kim	08g
Hạt sen	12g		

Sắc uống ngày một thang, chia 2 lần, uống sau ăn 20- 30 phút.

+Thuốc thành phẩm:

Viên nang MediPhylamin: liều uống:

Người lớn: ngày 2 lần mỗi lần 2-4 viên

Trẻ em: trên 3 tuổi ngày 2 lần mỗi lần 1 viên.

Viên nang Quy tỳ: liều uống ngày 3 lần mỗi lần 4-6 viên.

Men bia tinh chế: liều uống ngày uống 1-2 ống liên tục 20-30 ngày cho một đợt điều trị .

2.4.4.phương pháp không dùng thuốc

2.4.5.Châm cứu

***Điện châm:** lưu kim 20 – 30 phút/lần/ngày. Liệu trình 5 – 10 ngày x 2- 4
trình

Châm bổ: Phục lưu, Huyền chung, Thận du, Đại trường du, Mệnh môn,
Thái khê, Tam âm giao, Yêu nhãn, Đại trũ, Đại chùy, Tỳ du, Vị du, Túc tam lý.

-Đau cổ gáy thêm phong trì, Kiên tỉnh.

-Đau lưng thêm Giáp tích L2 – S1.

-Đau vùng hông, đùi, cẳng chân thêm Trật biên, Thừa phù, Ủy trung, Thừa
sơn.

-Đau vùng cùi chỏ thêm Thử liêu, Bát liêu.

*Điều trị bằng tia hồng ngoại

*Điều trị bằng các dòng điện xung

*Laser chiếu ngoài

2.4.6.Xoa bóp, bấm huyệt.

2.4.7.Khí công, dưỡng sinh.

CẢM CÚM

(Mã ICD: Cúm, virus không được định danh J11)

*** CHUẨN BỊ:**

- Cán bộ y tế: bác sĩ, điều dưỡng
- Phương tiện: thuốc, các phương pháp không dùng thuốc theo quy trình này và các dụng cụ khám bệnh có tại khoa.
- Hồ sơ bệnh án theo mẫu của Bộ y tế.

1. ĐẠI CƯƠNG

Cảm cúm là tình trạng viêm nhiễm đường hô hấp trên do virus gây ra. Bệnh thường dễ lây, xảy ra trong cả 4 mùa nhưng thường hay gặp vào mùa đông và xuân.

Y học cổ truyền gọi là chứng “cảm mạo”.

2. NGUYÊN NHÂN, CƠ CHẾ BỆNH SINH

Do sức chống đỡ của cơ thể (chính khí, vệ khí) kém, tà khí (phong hàn, phong nhiệt, nhiệt độc) xâm nhập vào bì phu kinh lạc, làm cho phế khí không tuyên thông mà gây nên bệnh.

3. TRIỆU CHỨNG

Lâm sàng chia thành 2 thể:

-Ngoại cảm phong hàn: đau đầu phát sốt, gai rét, sợ lạnh, sợ gió, không có mồ hôi, ngạt mũi, chảy nước mũi nhiều, ho, khò khè đờm dãi, đờm trong đặc và có thể quánh, rêu lưỡi trắng mỏng, mạch phù hoãn.

-Ngoại cảm phong nhiệt: đau căng đầu, sốt cao, sợ lạnh, ít mồ hôi, người đau mỏi, ngạt mũi, chảy nước mũi vàng hoặc xanh, ho nhiều, đờm vàng đặc, miệng khô, rêu lưỡi vàng mỏng, mạch phù sác.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1 Thể Ngoại cảm phong hàn:

4.1.1. Pháp trị:

Khu phong, tán hàn, giải biểu

4.1.2. Bài thuốc

***Bài 1: Cảm xuyên hương**

Xuyên khung

Bạch chỉ

Hương phụ

Quế

Gừng

Cam thảo bắc.

***Bài 2: Nếu kèm ho, ho có đàm, đau họng thì kết hợp thêm: (Thuốc ho người lớn OPC)**

Tỳ bà diệp

Cát cánh

Bách bộ

Tiền hò

Tang bạch bì

Thiên môn

Bạch linh

Cam thảo

Hoàng cầm

Menthol

Cineol

***Bài 3: Nếu cảm cúm viêm nhiễm nhẹ đường hô hấp trên thì kết hợp thêm:**

(Thuốc ho bổ phế)

Trần bì
Tiền hồ
Tử uyển
Tang diệp
Cam thảo
Khương hoàng
Đường trắng

Cát cánh
Tô diệp
Tang bạch bì
Thiên môn
Ô mai
Menthol
Natribenzoat.

4.2. Thở ngoài cảm phong nhiệt

4.2.1. Pháp trị: Khu phong thanh nhiệt.

4.2.2. Bài thuốc

*Bài 1: Ngân kiều giải độc:(Trị Cảm mạo phong nhiệt)

Kim ngân hoa	Liên kiều
Cát cánh	Đạm đậu xị
Ngưu bàng tử	Kinh giới
Đạm trúc diệp	Cam thảo
Bạc hà	Bột Talc
Magnesi Stearat	Natri Benzoat

*Bài 2: ho khan lâu ngày, rát cổ thì gia thêm (Mẫu sinh đường):

Sinh địa	Mạch môn
Huyền sâm	Bối mẫu
Bạch thược	Mẫu đơn bì
Cam thảo	

QUY TRÌNH ĐIỀU TRỊ VIÊM ĐƯỜNG MẬT, SỎI MẬT

Mã ICD 10: K80

* CHUẨN BỊ:

- Cán bộ y tế: Bác sĩ, điều dưỡng.
- Phương tiện: Thuốc, các phương pháp không dùng thuốc theo quy trình này và các dụng cụ khám bệnh có tại khoa .
- Hồ sơ bệnh án theo mẫu của Bộ Y Tế.

1. Y HỌC HIỆN ĐẠI

1.1. Đại cương

- Viêm đường mật là trạng thái nhiễm khuẩn của đường dẫn mật trong và ngoài gan.
- Sỏi mật là có viên sỏi (tùy kích thước), sỏi dưới dạng bùn trong lòng ống dẫn mật (trong gan, ngoài gan) hoặc sỏi nằm trong túi mật gây ra.
- Hai chứng này nhân quả của nhau, đồng thời cùng tồn tại.

1.2. Nguyên nhân cơ chế sinh bệnh

- Nhiễm khuẩn đường mật: do các vi khuẩn đường ruột gây nên.
- Ứ trệ dịch mật.
- Ký sinh trùng: vai trò của giun đũa chui lên đường mật.
- Rối loạn chuyển hóa lipid và tang cao cholesterol.
- Các yếu tố trên đều dẫn đến sự phá vỡ cân bằng của các chất chủ yếu trong thành phần của mật, làm lắng đọng cholesterol mà thành nhân sỏi đầu tiên. Sỏi hình thành làm lưu thông dịch mật không tốt, ứ đọng tăng tạo điều kiện cho nhiễm khuẩn đường mật cứ thế tái đi tái lại. Các biểu mô, niêm dịch trong quá viêm cùng với xác giun và vi khuẩn khác sẽ làm cơ sở vật chất hình thành nhân sỏi. Hạt đầu tiên tuy là rất nhỏ nhưng do lưu thông đường mật kém, không đẩy những hạt đó ra ngoài được, tạo điều kiện cho cholesterol, sắc tố mật lắng đọng thành sỏi ngày càng to hơn.

1.3. Triệu Chứng

1.3.1. Lâm sàng

- Đau bụng vùng hạ sườn phải từng cơn lan lên vai phải.
- Sốt cao liên tục có rét run.
- Vàng da, có thể có ngứa.
- Có thể có gan to, túi mật to.

1.3.2. Cận Lâm sàng

- Máu: bilirubin toàn phần tăng (nhất là bilirubin kết hợp).
- Bạch cầu tăng (bạch cầu đa nhân trung tính tăng nhiều).
- Siêu âm: đường mật bị giãn hơn bình thường, thấy sỏi ở vị trí của sỏi.

1.4. Điều trị

1.4.1. Nội khoa

- Chế độ ăn: kiên mỡ, ăn đủ calo.
- Kháng sinh.

- Giảm đau, chống co thắt.
- Thuốc lợi mật.
- Thuốc làm tan sỏi.

1.4.2.Ngoại khoa

Nếu điều trị nội khoa không kết quả thì phải chỉ định điều trị ngoại khoa để tạo thông đường mật.

2.Y HỌ C CỔ TRUYỀN

2.1.Bệnh danh

Trong phạm trù chứng “Phúc thông”, “Hoàng đản”, “Hàn”, “Nhiệt”.

2.2.Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

- Can uất khí trệ.
- Trung tiêu thấp nhiệt.
- Đàm thấp khốn tỳ.
- Trùng tích- giun.

Đờm là một trong 6 phủ, “*lục phủ dĩ thông vi dụng*”, có chức năng tàn trữ đờm dịch, là phủ trung thanh. Đờm có quan hệ biểu lý với can, chủ sơ tiết.

Nếu tình chí không bình thường, ăn uống không điều độ, thấp nhiệt ở trung tiêu, trùng tích,... là yếu tố gây nên can đờm ứ trệ, ảnh hưởng đến chức năng sơ tiết của can đờm, sự bài tiết dịch mật không được thông suốt. Dịch mật bị ứ trệ, ứ trệ lâu sẽ hóa nhiệt, thấp nhiệt giao tranh làm cho dịch mật càng tồn đọng, dần dần kết lại thành sỏi. Thấp nhiệt bốc lên chưng đốt can đờm làm cho đường mật không thông suốt, dịch mật ứ ra ngoài gây vàng da, vàng mắt (mắt là khiếu của can). Điều đó có thể thấy về cơ chế sinh bệnh chủ yếu là thấp nhiệt ứ đọng can đờm, bệnh lý diễn biến tập trung ở tỳ, vị, can, đờm.

2.3.Biện chứng luận trị

2.3.1.Thể can đờm khí trệ

*Chứng trạng:

Sườn phải đau quặng từng cơn (Hiếp thông), lan sau lưng lên vai, có sốt rét ở (Hàn, Nhiệt), miệng đắng không muốn ăn, buồn nôn hoặc nôn, rêu lưỡi vàng nhớt, mạch huyền phồng (gặp trong viêm đường mật hoặc sỏi mật không gây tắc).

*Pháp trị:

Sơ can lợi đờm, lý khí chỉ thống.

*Bài thuốc

+Bài 1:

Sài hồ 6g	chỉ xác	09g	
Bạch thực	09g	xuyên khung	06g
Hương phụ	09g	cam thảo	03g
Xuyên luyện tử	09g	diên hồ sách	09g
Kim tiền thảo	30g		

Bài 2

Kim tiền thảo	Chỉ thực
Nhân trần	Hậu phác
Hoàng cầm	Bạch mao căn

	Nghê	Binh lang
	Mộc hương	Đại hoàng
Bài 3		
	Kim tiền thảo	Chỉ thực
	Nhân trần	Hậu phác
	Hoàng cầm	Bạch mao căn
	Nghê/ Uất kim	Binh lang
	Mộc hương	Đại hoàng
Bài 4		
	Kim tiền thảo	Râu mèo/Râu ngô

2.3.2. Thể can đởm thấp nhiệt

*Chứng trạng: sườn phải trướng đau kéo dài hoặc có cơn, lan lên vai, sốt cao, sợ rét, miệng đắng họng khô, buồn nôn, nôn, rêu lưỡi vàng nhớt, mạch huyền khẩn (gặp viêm đường mật hoặc sỏi mật bán tắt và viêm)

*Pháp điều trị

Thanh nhiệt hóa thấp, lợi đởm bài thạch

*Bài thuốc:

Kim tiền thảo	60g	Nhân trần	15g
Uất kim	09g	Chỉ xác	09g
Mộc hương	09g	Hổ trượng căn	09g
Bồ công anh	30g	Liên kiều	12g
Diên hồ sách	09g	Kê nội kim	06g

2.3.3. thể huyết ứ nhiệt kết

*Chứng trạng

Sườn phải nhói đau kéo dài nhiều ngày, sốt, rét, đêm nặng hơn, vùng đau có thể sờ thấy u cục, bụng trướng, đại tiện táo, hoàng đản kéo dài, môi có ban ứ, chất lưỡi tím, rêu lưỡi mỏng, mạch huyền sắc

*Pháp trị:

Hoạt huyết hóa ứ, thanh nhiệt công hạ

*Bài thuốc:

Đào hạch thừa khí thang (Thương hàn luận) gian giảm:\

Đào nhân	09g	Sinh đại hoàng	09g (cho
Cam thảo	06g	Mang tiêu	09g
Diên hồ sách	09g	Nhân trần	12g
Kim tiền thảo	30g		

(chiêu)

2.3.4. Thể nhiệt độc nội thịnh

* Chứng trạng:

Bụng sườn quặn đau trướng đầy không cho sờ, sốt cao rét run, hoàng đản, đại tiện táo, tiểu tiện đỏ, ra mồ hôi nhiều, nặng, hôn mê nói sảng, chất lưỡi đỏ sẫm, rêu lưỡi vàng khô, mạch tế sắc (gặp viêm đường mật hòa mủ, shok mật)

*Pháp trị:

Thanh nhiệt giải độc, hoad ứ chỉ thông.

*Bài thuốc:

Nhân trần cao thang (Thương hàn luận) hợp Ngũ vị tiêu độc ẩm (Y tông kim giám) gia giảm:

Nhân trần	15g	Sơn chi	09g
Đại hoàng	06g	Kim ngân hoa	09g
Liên kiều	12g	Bồ công anh	30g
Tử hoa địa đỉnh	30	Đan bì	09g
Xích thực	09g		

2.3.5.Thuốc thành phẩm:

- Kim tiền thảo bài thạch
- Bài thạch
- Kim tiền thảo MKP

2.4.Phòng bệnh

- Phòng và điều trị bệnh giun đũa.
- Kiêng ăn mỡ
- Tinh thần thoải mái.