

SỞ Y TẾ AN GIANG
BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TÂN CHÂU



PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ
BỔ SUNG 2024

9 - 2024

SỞ Y TẾ AN GIANG
BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TÂN CHÂU
-----o0o-----

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ
BỔ SUNG 2024

9 - 2024

CHỦ BIÊN

BS CKII. Nguyễn Văn No

BAN BIÊN TẬP

1. ThS.BS. Hứa Hoài Tâm	Phó Giám đốc	Trưởng ban
2. ThS.ĐD. Đào Hoàng Giang	Phó trưởng phòng KHTH	Thư ký
3. ThS.ĐD. Phan Văn Thêm	Trưởng phòng Điều dưỡng	
4. BS. Nguyễn Thị Như Huỳnh	Nhân viên phòng KHTH	
5. YS. Lê Trần Minh Châu	Nhân viên phòng KHTH	

HỘI ĐỒNG KHOA HỌC CÔNG NGHỆ

Hội đồng Khoa học công nghệ Bệnh viện Đa khoa khu vực Tân Châu:

1. BS CKII. Nguyễn Văn No	Giám đốc
2. BS CKI. Hồ Trần Công	Phó Giám đốc
3. ThS.BS. Hứa Hoài Tâm	Phó Giám đốc
4. ThS.ĐD. Đào Hoàng Giang	Phó trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp
5. ThS.ĐD. Tiêu Vạn Bảo	Trưởng phòng Tổ chức hành chính
6. ThS.ĐD. Phan Văn Thêm	Trưởng phòng Điều dưỡng
7. ThSKT. Lương Thị Thanh Tâm	Phó trưởng phòng Tài chính kế toán
8. BS CKI. Lâm Hữu Thiện	Trưởng khoa CC-HSTC&CD
9. BS CKI. Mai Văn Phúc	Trưởng khoa Nội
10. BS CKI. Phan Văn Quý	Trưởng khoa Ngoại
11. BS CKI. Trần Thị Thùy Trang	Phó Trưởng khoa Phụ Sản
12. BS CKI. Võ Thị Ngọc Thúy	Trưởng khoa Nhi
13. BS CKI. Trần Văn Điền	Trưởng khoa Nhiễm
14. BS CKI. Nguyễn Tấn Thành	Trưởng khoa Khám bệnh
15. DSDH. Nguyễn Hoàng Thịnh	Q. Trưởng khoa Dược
16. CNXN. Dương Chí Khuynh	Trưởng khoa Xét Nghiệm
17. BS. Trần Thị Ngọc Nữ	Trưởng khoa Dinh dưỡng
18. BS CKI. Phan Văn Phong	Trưởng khoa Răng Hàm Mặt
19. BS YHCT. Nguyễn Minh Tuấn	Trưởng khoa Y Dược cổ truyền
20. BS. Trần Thanh Tài	Trưởng khoa VLTL – PHCN
21. ThS.ĐD. Huỳnh Hữu Trường	Trưởng khoa KSNK

THAM GIA BIÊN SOẠN

- | | |
|----------------------------|------------------------------|
| 1. BS Phan Thị Mỹ Phượng | Bác sỹ điều trị |
| 2. BS Lâm Văn Nhân | Bác sỹ điều trị |
| 3. BS Nguyễn Quang Linh | Bác sỹ điều trị |
| 4. BS Lê Thúy An | Bác sỹ điều trị |
| 5. BS Nguyễn Minh Thơ | Bác sỹ điều trị |
| 6. BS Bùi Quốc Cường | Bác sỹ điều trị |
| 7. BS Phan Hữu Nhặt | Bác sỹ điều trị |
| 8. BS Trần Thị Như | Bác sỹ điều trị |
| 9. BS Huỳnh Văn Tâm | Phó trưởng khoa Ngoại |
| 10. BS Nguyễn Thanh Bình | Phó trưởng khoa Ngoại |
| 11. BS Võ Trần Thành Phát | Bác sỹ điều trị |
| 12. BS Đinh Nguyễn Mỹ Anh | Bác sỹ điều trị |
| 13. BS Đỗ Mỹ Linh | Bác sỹ điều trị |
| 14. BS Phan Thành Đạt | Bác sỹ điều trị |
| 15. BS Phan Phú Cường | Bác sỹ điều trị |
| 16. BS Lê Ý Hồng | Bác sỹ điều trị |
| 17. BS Trần Thị Hồng Ngọc | Bác sỹ điều trị |
| 18. BS Trần Thúy Uyên Uyên | Bác sỹ điều trị |
| 19. BS CKI. Võ Nguyên Khoa | Bác sỹ điều trị |
| 20. BS Lý Anh Tuấn | Bác sỹ điều trị |
| 21. BS Nguyễn Phước Long | Bác sỹ điều trị |
| 22. BS Trần Thanh Sang | Phó trưởng khoa Khám bệnh |
| 23. BS Trần Thanh Khôn | Bác sỹ điều trị |
| 24. BS Nguyễn Nhật Vy | Bác sỹ điều trị |
| 25. BS Lương Thị Hồng Hạnh | Bác sỹ điều trị |
| 26. BS Ngô Tú Anh | Phó trưởng khoa Răng Hàm Mặt |
| 27. BS Trương Thị Hoa Sen | Bác sỹ điều trị |
| 28. BS Võ Thị Lan Linh | Bác sỹ điều trị |

LỜI MỞ ĐẦU

Phác đồ điều trị bổ sung năm 2024 được các bác sĩ tại Bệnh viện đa khoa khu vực Tân Châu nghiên cứu trên cơ sở mô hình bệnh tật và các điều kiện nguồn lực của Bệnh viện là nhiệm vụ quan trọng trong nâng cao chất lượng chuyên môn, góp phần vào quản lý chất lượng Bệnh viện ngày một tốt hơn. Bệnh viện đa khoa khu vực Tân Châu phát hành Phác đồ điều trị bổ sung 2024 giúp các bác sĩ tham khảo, ứng dụng những kiến thức y học đã được cập nhật mới trong công tác thực hành hàng ngày.

Ban biên tập chân thành cảm ơn BS CKII. NGUYỄN VĂN NO, chủ biên, Giám đốc Bệnh viện luôn có những chỉ đạo sâu sát, kịp thời và hỗ trợ tích cực cho quyển phác đồ sớm ban hành. Hy vọng quyển phác đồ này là bạn đồng hành và sẽ cung cấp các thông tin bổ ích cho các quý đồng nghiệp trong công tác chuyên môn hàng ngày!

TM BAN BIÊN TẬP

TRƯỞNG BAN

ThS.BS. HỨA HOÀI TÂM

MỤC LỤC

KHOA CẤP CỨU – HỒI SỨC TÍCH CỰC & CHỐNG ĐỘC

1. NGỘ ĐỘC KHÍ CARBON MONOXIDE (CO)..... 2
2. NGẠT NƯỚC..... 6

KHOA NỘI

3. ĐIỀU TRỊ KIỂM SOÁT LIPID MÁU TRONG PHÒNG NGỪA BỆNH TIM MẠCH DO XƠ VỮA ĐỘNG MẠCH 11
4. BỆNH THẬN MẠN 17

KHOA NHIỄM

5. PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH LIÊN CẦU LỖN..... 29

KHOA KHÁM BỆNH

6. CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VÀ PHÒNG BỆNH ẤU TRÙNG GIUN Đũa CHÓ/MÈO 34

KHOA Y DƯỢC CỔ TRUYỀN

7. CẢM MẠO (CHỨNG NGOẠI CẢM)..... 41
8. TIÊU ĐƯỜNG (TIÊU KHÁT)..... 44

KHOA NGOẠI

9. GÃY XƯƠNG ĐÒN..... 49
10. GÃY THÂN HAI XƯƠNG CẰNG TAY 51

KHOA SẢN

11. ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG STREPTOCOCCUS NHÓM B TRONG CHUYỂN DẠ . 55
12. SOI CÔ TỬ CUNG..... 56

KHOA NHI

13. BỆNH HO GÀ 59
14. BỆNH TAY CHÂN MIỆNG 63

KHOA TAI MŨI HỌNG

15. ZONA TAI 76
16. VIÊM TAI Ứ DỊCH Ở TRẺ EM 78

KHOA RĂNG HÀM MẶT

17. VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI DO VIRUS (QUAI BỊ)..... 83
18. VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI MẠN TÍNH 85

**KHOA CẤP CỨU
HỒI SỨC TÍCH CỰC
CHỐNG ĐỘC**

NGỘ ĐỘC KHÍ CARBON MONOXIDE (CO)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Khí CO (carbon monoxide): là sản phẩm cháy không hoàn toàn của các vật liệu có chứa carbon. Nguồn nhiễm phổ biến nhất là đốt các nhiên liệu (than, củi, xăng, dầu) hoặc chạy động cơ (VD, máy phát điện) ở nơi thông khí kém (phòng kín, khu vực ít lưu thông khí).
- CO: khí không màu, không mùi, không gây khó chịu, có tỷ trọng xấp xỉ tỷ trọng không khí, khuếch tán mạnh, hấp thu và gây độc rất nhanh qua đường hô hấp, làm giảm khả năng vận chuyển oxy đến các tổ chức, ức chế hô hấp tế bào, ức chế co bóp cơ tim.
- Nồng độ HbCO ở người không hút thuốc lá là dưới 5%. Nồng độ HbCO trên 25% là ngộ độc đáng kể. Ngộ độc xuất hiện nhanh và thường gây tử vong nhanh chóng. Di chứng thần kinh-tâm thần nặng nề khi xuất viện chiếm tới 4-40%. Thai nhi, người cao tuổi, người có bệnh lý mạch vành, mạch máu não nguy cơ bị ngộ độc nặng hơn

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

- Nguồn nhiễm phổ biến nhất là đốt các nhiên liệu (than, củi, xăng dầu) hoặc chạy động cơ (VD máy phát điện) ở nơi thông khí kém (phòng kín, khu vực ít lưu thông khí). Các nguồn khác như dùng khí CO trong sản xuất gốm sứ, chất tẩy sơn methylen clorua (dạng lỏng qua da, tiêu hóa, hít), methylen bromua.

❖ *Lâm sàng*

Giai đoạn cấp

- Khởi đầu: triệu chứng thường không đặc hiệu: đau đầu, mệt mỏi, chóng mặt, buồn nôn, nhìn mờ, rối loạn hành vi kèm theo cảm giác sáng khoái.
- Thần kinh:
 - Nặng có thể có hôn mê, co giật, tử vong tại nơi tai nạn, hôn mê tăng trương lực cơ, thời gian và mức độ hôn mê rất thay đổi, xuất huyết võng mạc, dấu hiệu ngoại tháp. Nhẹ có thể đau đầu, giảm suy nghĩ, có thể nhầm lẫn với cảm cúm.
 - Một số bệnh nhân hôn mê có thể hồi phục nhanh chóng, số khác cải thiện thoáng qua và không hoàn toàn, nặng lên ở tuần thứ hai và để lại di chứng thần kinh - tâm thần.
- Tim mạch: loạn nhịp (chiếm 5 - 6%), có thể tụt huyết áp, giảm co bóp cơ tim, phù phổi cấp hỗn hợp. Có thể đau ngực, tổn thương cơ tim, nhồi máu cơ tim. Điện tim: thiếu máu cơ tim, thay đổi T, ST, loạn nhịp tim.
- Hô hấp: nặng có thể phù phổi, suy hô hấp, viêm phổi hít.
- Tiêu hóa: Buồn nôn, nôn, tiêu chảy, có thể nhầm lẫn với ngộ độc thức ăn.
- Huyết học: Tăng bạch cầu, giảm tiểu cầu, tan máu.
- Cơ, da: yếu cơ, giảm trương lực cơ, hoại tử cơ, tiêu cơ vân, phỏng da.
- Thân: đái máu, albumin niệu, myoglobin niệu, hoại tử ống thận cấp, suy thận.
- Mắt: xuất huyết võng mạc nếu tiếp xúc kéo dài.

Di chứng

- Tâm thần kinh: Xuất hiện sau ngộ độc 2-40 ngày, hầu hết ở người ban đầu có mất ý thức hoặc tụt huyết áp, nguy cơ tăng ở người trên 30 tuổi. Biểu hiện: hôn mê, trạng thái thực vật kéo dài, rối loạn nhận thức, mù vỏ, rối loạn hành vi, trí nhớ, sa sút trí tuệ, tâm thần. Biểu hiện có thể kín đáo về tâm thần kinh, giảm trí nhớ, tập trung, rối loạn cảm xúc, có thể tới 47%. Rối loạn trương lực cơ, liệt, bệnh lý thần kinh ngoại vi, parkinson, múa vờn, mất phối hợp động tác, đại tiện không tự chủ. Đánh giá bằng các thăm khám của chuyên khoa tâm thần
- Tim mạch: 1/3 số bệnh nhân nặng có bất thường tim sẽ tử vong trong vòng 8 năm sau (tăng tỷ lệ loạn nhịp, chủ yếu nhịp nhanh nghịch thường, rung thất).

❖ **Xét nghiệm, thăm dò, chẩn đoán hình ảnh**

- Thiết bị đo HbCO bằng phương pháp mạch này (CO-oximeter) thế hệ mới giúp đánh giá nhanh và cấp cứu, tuy nhiên xét nghiệm trực tiếp trên máu mới có giá trị khẳng định. HbCO bình thường dưới 5%, HbCO \geq 25% là ngộ độc đáng kể.

Lưu ý mẫu máu để xét nghiệm HbCO: máu động mạch và tĩnh mạch giá trị tương đương nhau, mẫu máu ổn định tới 28 ngày ở nhiệt độ phòng và nhiều tháng nếu bảo quản lạnh (giá trị chẩn đoán hồi cứu về pháp lý). HbCO giảm nhanh sau khi bệnh nhân được đưa ra khỏi nơi nhiễm độc và được thời oxy liểu cao, cần lấy máu càng sớm càng tốt sau khi bệnh nhân đến viện.

Trong ngộ độc khí CO, đo độ bão hòa oxy máu động mạch bằng phương pháp mạch này (pulse oximeter, đo SpO₂) phản ánh sai kết quả SpO₂, nhầm HbCO là HbO₂ nên kết quả đo không chính xác.

- Công thức máu, ure, creatinin, điện giải, CPK, CKMB, troponin, khí máu, lactat, test thai (phụ nữ tuổi sinh đẻ).

• Methemoglobin máu (nếu hít phải khói).

• Toan chuyển hóa là yếu tố phản ánh độc tính của CO tốt hơn là nồng độ HbCO.

• Tăng lactat là yếu tố tiên lượng độc lập bản hiệu biến chứng và tiên lượng xấu (nếu không có ngộ độc cyanua phối hợp).

- Chụp cắt lớp não: phát hiện các vùng giảm tỷ trọng đối xứng hai bên, tổn thương các nhân xám, chất trắng dưới vỏ, các tổn thương thiếu máu, phù não. Có thể thấy tổn thương não sau 12 giờ ở bệnh nhân có rối loạn ý thức, sau 1 tuần nếu kết quả chụp. cắt lớp não bình thường cho thấy tiên lượng tốt

- Cộng hưởng từ sọ não: đánh giá kỹ hơn tổn thương não, phát hiện thêm các tổn thương chất trắng hạch đáy, tổn thương chất trắng dưới vỏ và quanh não thất trong vòng nhiều giờ sau ngộ độc phát hiện các tổn thương chất trắng và hồi hải mã gặp trong di chứng tâm thần kinh muộn.

- Điện tim, siêu âm tim, soi đáy mắt

2. Chẩn đoán phân biệt

- Ngộ độc nhẹ: phân biệt với cảm cúm, ngộ độc thức ăn.

- Ngộ độc vừa và nặng: phân biệt với đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim, đột quy và hôn mê, co giật do các nguyên nhân khác.

- Chú ý: nếu ngộ độc do hít phải khói do cháy, cần phát hiện các ngộ độc, tổn thương khác kèm theo như ngộ độc cyanua, hít phải hơi nóng, methemoglobin, hít phải các khí gây kích ứng đường hô hấp.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Giảm hấp thu

- Nhanh chóng mở rộng cửa, làm thoáng khí, đưa bệnh nhân ra khỏi nơi nhiễm độc (lưu ý đảm bảo an toàn cho người cấp cứu).

- Nếu bệnh nhân thở yếu, ngừng thở: hô hấp nhân tạo bằng phương tiện hiện có tại chỗ (có thể hô hấp nhân tạo trực tiếp), cung cấp oxy 100% càng sớm càng tốt nếu có điều kiện thở khí phòng)

2. Biện pháp hồi sức

- Khai thông đường thở, hỗ trợ hô hấp khi cần: NKQ thở máy.

- Điều trị chống co giật, hôn mê...

- Điều trị sốc, tụt huyết áp, loạn nhịp tim, nhồi máu cơ tim.

- Điều trị toan chuyển hóa, tiêu cơ vân, suy thận.

- Hạ thân nhiệt bảo vệ não: ngoài chỉ định với các trường hợp hôn mê sau ngừng tuần hoàn, nên áp dụng với các trường hợp có dấu hiệu hoặc nguy cơ tổn thương não rõ và đến sớm.

- Điều trị khác.

3. Điều trị đặc hiệu

- Liệu pháp oxy:

- Cung cấp oxy liều cao nhất có thể càng sớm càng tốt. Oxy 100% làm rút ngắn nửa đời sống của HbCO từ 3-5 giờ (với xuống còn khoảng 80 phút).
- Thở oxy 100% (ví dụ qua mặt nạ không hít lại, lều oxy, mũ Oxy, thở Oxy dòng cao qua mũi): cho bệnh nhân ngộ độc nhẹ..
- Thở máy không xâm nhập CPAP (có thể kết hợp PS) và FiO₂ 100% hoặc BIPAP với FiO₂ 100%: nếu ngộ độc vừa hoặc nặng và bệnh nhân còn tỉnh, hợp tác tốt với máy thở, không ứ đọng đờm dài đường hô hấp trên, ho khạc tốt
- Đặt nội khí quản thở máy phương thức hỗ trợ kiểm soát kết hợp PEEP và FiO₂ 100%: cho bệnh nhân ngộ độc vừa hoặc nặng có hôn mê, co giật, có suy hô hấp, cần đặt nội khí quản (nên chỉ định sớm hơn so với các bệnh lý khác).
- Cung cấp oxy 100% đến khi hết triệu chứng hoặc HbCO < 5%, với bệnh nhân có thai thì tổng thời gian kéo dài gấp 5 lần so với ở bệnh nhân không có thai. Nếu không biết nồng độ HbCO thì cung cấp oxy 100% ít nhất trong vòng vài giờ, kéo dài hơn với phụ nữ có thai.
 - Thở oxy cao áp (HBO): Thở oxy với áp suất cao 2-3 lần so với áp suất khí quyển làm tăng khả năng khuếch tán oxy và tăng phân ly HbCO, rút ngắn thời gian bán hủy của HbCO xuống còn 20 phút, cải thiện nhanh chóng triệu chứng của ngộ độc cấp khí CO, giảm tỷ lệ biến chứng. Mặc dù chỉ định của HBO còn chưa thống nhất, nhưng bao gồm như sau:
 - Suy giảm về thần kinh, đặc biệt mất ý thức, co giật.
 - Bệnh nhân nữ có thai có biểu hiện lâm sàng ngộ độc rõ hoặc HbCO >10% hoặc có biểu hiện suy thai.
 - Tuần hoàn: tổn thương cơ tim, giảm co bóp cơ tim, tụt huyết áp, nhồi máu cơ tim (sau khi đã can thiệp tim mạch nếu có).
 - Toan chuyển hóa nặng.
 - HbCO > 25% (người không có thai).
 - Bệnh nhân trên 35 tuổi có tiếp xúc kéo dài ≥ 24 giờ.
- Ngoài ra, các chỉ định cân nhắc của HBO:
 - Rối loạn ý thức, bất thường về thần kinh, nhận thức trên lâm sàng (bất kể giai đoạn):
 - Bất kể nồng độ HbCO..
 - Đặc biệt nếu không đáp ứng với thở Oxy. 100% trong 1-2 giờ đầu.
 - Đáp ứng kém với thở Oxy 100% với triệu chứng kéo dài quá 4 giờ.
 - Nồng độ HbCO cho thấy nhiễm độc đáng kể (kể cả khi không có triệu chứng thần kinh).
 - Tình trạng xấu đi (đặc biệt về tâm thần kinh) trong 5-7 ngày sau tiếp xúc.
 - Bệnh nhân nếu có chỉ định cần được thở oxy cao áp càng sớm càng tốt, lý tưởng nhất là trong vòng 4-6 giờ đầu sau khi bị ngộ độc. Các lần điều trị bổ sung có thể được xem xét để phòng ngừa tổn thương thần kinh muộn ở bệnh nhân ngộ độc khí CO. Những bệnh nhân không đáp ứng với HBO nên được thở oxy dòng cao cho đến khi HbCO <5%
- Dexamethason kết hợp HBO: 5-10 mg/ngày (5 ngày/ tuần, trong 4 tuần), cải thiện điểm đánh giá tâm thần, giảm hiện tượng viêm trên dịch não tủy
- Erythropoietin tái tổ hợp: dùng hàng ngày trong 1 tuần cầm đi chung tâm thần kinh muộn

IV. PHÒNG BỆNH

Giáo dục bệnh nhân, tuyên truyền cộng đồng

- Không dùng than, củi để sưởi trong phòng không có không khí
- Không chạy động cơ sử dụng xăng dầu trong các khu vực khép kín

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Du và CS (2004)**. "Carbon monoxide". Tư vấn chẩn đoán và xử trí nhanh ngộ độc cấp, Tr. 362-373, Nhà xuất bản Y học
2. **Tomaszewski Ch. (2015)**, "Carbon monoxide" Goldfrank's Toxicologic Emergency, 10th edition, Mc Graw Hill, PP.1581-1590.
3. **Olson K.R. (2018)**, "Carbon monoxide Poisoning and Drug overdose. 7th edition, Mc Graw Hill-LANGE, PP, 182-184
4. **POISINDEX" Managements (2015)**. "Carbon monoxide MICROMEDEX 1.0 (Healthcare Series), Thomson Reuters
5. **Chang DC. (2010)**, "Hyperbaric oxygen ameliorates delayed neuropsychiatric syndrome of carbon monoxide poisoning. Undersea Hyperb Med. Jan-Feb 2010.37(1) 23-33.

NGẠT NƯỚC

I. ĐẠI CƯƠNG

Hàng năm nhất là về mùa hè có nhiều người bị chết đuối do không được cứu hoặc cứu không đúng cách. Sự hiểu biết và các kinh nghiệm cấp cứu ngạt nước của các cán bộ y tế cũng như của những người tình nguyện còn chưa đầy đủ.

* Hoàn cảnh xảy ra chết đuối:

Không kể đến các trường hợp như ngã, chấn thương trước khi ngã xuống nước, chết đuối có thể xảy ra trong 4 trường hợp sau:

- Do ngạt nước: đó là trường hợp của những người không biết bơi ngã xuống nước.
- Do ngạt đột ngột khi mới tiếp xúc với nước: đó là trường hợp sốc kiểu điện giật có thể gọi là nước giật (hydrocution)
- Do lặn quá sâu dưới nước rồi ngạt.
- Do bơi quá mệt có thể gọi là đuối nước, rồi ngạt đi.

II. CƠ CHẾ BỆNH SINH

- Thực nghiệm ngạt nước trên chó cho thấy chết đuối tiến triển theo 4 giai đoạn:

+ Đóng thiết hầu một cách đột ngột.

+ Thở ra và hít phải nước.

+ Ngừng thở.

+ Ngừng tim.

- Các giai đoạn kéo dài 4 phút, những vẫn còn cứu sống được. Tử vong chắc chắn sau 10 phút, đó là tình trạng ngạt tím.

- Tình trạng nước giật hay sốc do nước là một rối loạn huyết động đột ngột do sự chênh lệch giữa nhiệt độ da và nước.

- Người bơi đang có tình trạng giãn mạch do phơi nắng, đang tiêu hoá (sau bữa ăn), đang vận động nhiều (thí dụ vừa đi bộ hoặc đi xe đạp từ xa đến bãi tắm).

- Khi xuống nước, người đó đột ngột bị co mạch dữ dội làm tuần hoàn trở về tăng mạnh, gây ra ngạt và bệnh nhân chìm luôn. Đó là tình trạng ngạt trắng, một tai biến do không thích ứng.

- Ngạt trắng giống như tình trạng sốc nặng không gây ngừng tim ngay nhưng cũng có thể làm cho ngừng thở. Nếu may mắn lúc này nạn nhân được vớt lên và được cấp cứu ngay thì dễ có khả năng hồi phục vì phổi chưa bị sặc nước. Lartigue cho rằng trong ngạt trắng còn có vai trò của sốc thanh quản. Sốc này gây ra một tình trạng ngạt vì phản xạ sinh ra do tiếp xúc đột ngột giữa nước và dây X, giải phẫu bệnh cũng có cho thấy tim phải giãn, tim trái co cứng.

III. HỘI CHỨNG SAU KHI NGẠT NƯỚC

Sau ngạt nước có hai rối loạn chính đe dọa tính mạng nạn nhân:

Giảm oxy máu do nhiều yếu tố

- Nước vào phế nang gây ra một màng nước ngăn cách sự khuếch tán oxy qua màng phế nang mao mạch.

- Co thắt phế quản, co thắt động mạch phổi.

- Tăng sức cản phổi.

Phù phổi cấp

Có nhiều yếu tố gây phù phổi cấp:

- Yếu tố thấm thấu: nước mặn hay nước ngọt khi vào phổi đều có thể gây phù phổi cấp (tổn thương surfactant).

- Tăng gánh đột ngột ở thất phải, tăng gánh ở tuần hoàn máu (tăng thể tích máu trở về).

- Giảm oxy tổ chức ảnh hưởng đến thần kinh trung ương và cơ tim (rối loạn ý thức, rối loạn dẫn truyền và kích thích cơ tim).
- Niêm mạc phế quản, phế nang bị kích thích do nước bẩn, do nước có nhiều clo.

IV. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Ngạt nước

Sau 3 - 4 phút vùng vẫy, nạn nhân hít phải nước rồi ngừng thở sau đó ngừng tim.

Nạn nhân xanh tím (ngất tím): bọt hồng đầy mũi mồm khi vớt lên thì trào ra.

* Xét nghiệm máu thấy có:

- Tình trạng tan máu nếu là nước ngọt.
- Thay đổi thể tích máu: loãng máu nếu là nước ngọt, đặc máu nếu là nước mặn. Tuy nhiên dù là nước ngọt hay nước mặn cuối cùng nạn nhân thường có đặc máu (hematocrit tăng, hồng cầu tăng).

Vài giờ sau khi sơ cứu, nếu không can thiệp sớm phù phổi cấp sẽ xuất hiện:

- Sốc do ngạt nước hay nước giật, xuất hiện dưới 3 hình thức:
 - + Trường hợp nhẹ: cảm giác ớn lạnh, khó chịu, cảm giác co thắt ngực và bụng, buồn nôn, chóng mặt sau đó nhức đầu, mạch nhanh, nôn mửa, nổi mề đay kiểu dị ứng (với nước).
 - + Bệnh có thể chuyển từ nhẹ sang nặng với các triệu chứng truy mạch, mày đay, ngất.
 - + Ngất đột ngột trong khi bơi, ngất trắng kiểu ức chế thần kinh, nạn nhân chìm luôn không giẫy giụa kêu cứu được một tiếng. Đôi khi vừa dân mình xuống nước, nạn nhân đã thấy cảm giác thay đổi, chóng mặt ù tai và thấy da đỏ, ngứa nhưng vẫn tiếp tục bơi nên bị ngất và chìm luôn.

Tóm lại chết đuối có thể bắt đầu bằng ngạt rồi ngất hoặc ngất rồi ngạt. Vì vậy về mặt xử trí cũng không có gì thay đổi.

Hội chứng sau khi ngạt nước

Sau khi đã thở lại và tim đã đập trở lại, nạn nhân còn bị đe dọa bởi nhiều biến chứng:

- Giảm thân nhiệt.
- Rối loạn thần kinh do mất oxy não như: lẫn lộn, giẫy giụa, hôn mê, hội chứng bó tháp, co giật.
- Phù phổi cấp, vì vậy khi bệnh nhân được đưa đến đơn vị cấp cứu, phải chụp phổi ngay (hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển ARDS).
- Truy mạch.

V. XÉT NGHIỆM

Các thay đổi về các chất khí và kiềm toan máu đều rõ ràng: SaO₂ giảm, pH máu giảm và toan hô hấp biểu hiện một tình trạng suy hô hấp cấp. Ngoài ra nạn nhân còn có toan chuyển hoá.

Các rối loạn nước và điện giải máu thường biểu hiện một tình trạng mất nước ngoài tế bào, hiện tượng đặc máu, dù là nạn nhân bị ngạt nước ngọt hay mặn. Nguyên nhân: nạn nhân thở nhiều, xuất tiết nhiều.

Tan máu, (thực ra ít gặp).

Đường máu (thường tăng).

VI. XỬ TRÍ

Hướng xử trí

Hai phương châm cơ bản:

- Sơ cứu tại chỗ, tích cực, đúng phương pháp.
- Kiên trì cấp cứu trong nhiều giờ.

Các biện pháp chủ yếu xử trí nhằm:

- Giải phóng đường hô hấp.
- Đem lại oxy cho nạn nhân.

- Chống các rối loạn tim phổi và chuyển hoá.

Xử trí cụ thể

Xử trí tại chỗ:

- Là quan trọng nhất quyết định tiên lượng của nạn nhân, nếu xử trí chậm, trung tâm cấp cứu hồi sức sẽ đối phó với một tình trạng mất não.
- Theo kinh nghiệm về cấp cứu ngạt nước, phải cấp cứu ngay ở dưới nước: nắm tóc nạn nhân để nhô đầu lên khỏi mặt nước, tốt 2 - 3 cái thật mạnh vào má nạn nhân để gây phản ứng hồi tỉnh và thở lại, quàng tay qua nách nạn nhân lôi vào bờ. Nếu lôi được nạn nhân lên thuyền thì phải tiến hành hô hấp miệng - miệng. Nếu ngừng tim thì phải đâm mạnh vào vùng trước tim 5 - 6 cái.
- Khi chân người đi cứu đã chạm đất, phải tiến hành ngay hô hấp miệng - miệng.
- Khi đã đưa nạn nhân lên bờ, vấn đề quan trọng vẫn là giải phóng hô hấp đem lại oxy cho nạn nhân.
- Để nạn nhân nằm ưỡn cổ, lấy khăn lau sạch mũi, họng, miệng, rồi tiến hành hô hấp miệng - miệng. Nếu có ngừng tim (không có mạch bẹn) phải bóp tim ngoài lồng ngực.
- Động tác dốc ngược “nạn nhân”: chỉ có tác dụng khai thông vùng họng và miệng không nên thực hiện ở người lớn và kéo dài quá 1 phút ở trẻ em.
- Cần tiến hành hô hấp miệng - miệng và bóp tim ngoài lồng ngực cho đến khi kíp cấp cứu đến hoặc cho đến khi tim đập lại và hoạt động hô hấp trở lại.

Khi kíp cấp cứu đã đến:

- Có thể thay hô hấp miệng - miệng bằng bóng Ambu sau khi đặt canun Guedel hay Mayo và hút dòm dãi, hút nước ở dạ dày.
- Nếu tình trạng thiếu oxy đã bớt, và nếu người cấp cứu có kinh nghiệm, thì có thể đặt ống nội khí quản, bóp bóng và cho thở oxy.
- Chích máu ngay tại chỗ: chích máu có tác dụng gây phản xạ kích thích hô hấp và giải quyết vấn đề huyết động (tuần hoàn trở về ứ đọng, tăng áp lực động mạch phổi), nhưng chỉ chích máu khi tình trạng huyết áp còn tốt. Chỉ định chích máu nên thực hiện sớm khi:
 - Nạn nhân vẫn hôn mê sau khi hồi sức tích cực.
 - Có các biểu hiện báo hiệu, các biến chứng muộn sắp xảy ra như: khạc bọt màu đỏ, khó thở, giãy giụa, sốt, đe dọa phù phổi cấp (rên ẩm, thở nhanh, cánh mũi phập phồng, xanh tím), ở đây có thể cân nhắc đến vấn đề ngất trắng và ngất tím:
 - Nếu mặt và người nạn nhân trắng bệch hay truy mạch thì không nên chích máu. Chích máu phải nhanh gọn (bằng dao cắt tĩnh mạch) và nhiều. Ở người lớn phải rút 350 - 450 ml máu trong 5 phút.

Vấn đề vận chuyển:

Vấn đề vận chuyển đến một đơn vị hồi sức có trang bị đầy đủ được đặt ra khi

- Bệnh nhân đã thở lại, giãy giụa, kêu la.
- Bệnh nhân vẫn hôn mê nhưng đã có mạch và nhịp thở. Tuy nhiên nếu điều kiện vận chuyển khó khăn, đơn vị hồi sức ở xa, nên chích máu, đặt ống nội khí quản, bóp bóng trước khi vận chuyển. - Trong lúc vận chuyển vẫn phải tiếp tục hồi sức.

Tại bệnh viện hoặc trung tâm cấp cứu

Có nhiều tình huống:

- Nếu bệnh nhân vẫn chưa hồi tỉnh hẳn, phải bóp bóng Ambu cho thở oxy rồi tiến hành đặt ống nội khí quản, hô hấp nhân tạo bằng máy.
- Chống rung tim, truy mạch và phù phổi cấp (lasix, chích máu sớm nếu áp lực tĩnh mạch trung tâm tăng quá 10cm nước).
- Điều chỉnh thăng bằng kiềm toan, nước và điện giải máu.

- Cần chú ý đến tình trạng mất nước ngoài tế bào, cô đặc máu sau ngạt nước, nhất là trong những ngày sau. Tuy nhiên khi truyền dịch phải cẩn thận, dựa vào áp lực tĩnh mạch trung tâm, đề phòng truyền dịch quá nhanh sẽ gây ra phù phổi cấp.
- Nên chụp phổi để theo dõi phù phổi cấp và bội nhiễm.
- Nếu bệnh nhân không tím và bắt đầu tỉnh: chỉ cần hút đờm rãi, thở oxy mũi, theo dõi 48 giờ.
- Nếu tình trạng suy hô hấp nặng lên, xanh tím, phải đặt ống nội khí quản, hút đờm rãi, thở máy có PEEP.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Văn Đỉnh- Nguyễn Quốc Anh, “Hồi sức cấp cứu toàn tập”, Nhà xuất bản Y học 2022
2. Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí Hồi sức tích cực, ban hành kèm theo Quyết định số 1493/QĐ-BYT ngày 22/4/2015 của Bộ Y tế)
3. Tài liệu cập nhật Hồi sinh tim phổi nâng cao – Hội nghị Tim mạch học toàn quốc năm 2015.
4. Guidelines Update for CPR of the 2015 American Heart Association

KHOA NỘI

ĐIỀU TRỊ KIỂM SOÁT LIPID MÁU TRONG PHÒNG NGỪA BỆNH TIM MẠCH DO XƠ VỮA ĐỘNG MẠCH

I. KHẢO SÁT LIPID MÁU

1.1. Đối tượng cần được khảo sát lipid máu:

Theo khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam và hướng dẫn của Hội Tim/Hội xơ vữa động mạch (XVĐM) châu Âu, các đối tượng cần được khảo sát lipid máu gồm:

- Người đã được xác định là có bệnh tim mạch do XVĐM.
- Người có tình trạng/bệnh làm tăng nguy cơ bị biến cố tim mạch do XVĐM: đái tháo đường (ĐTĐ), tăng huyết áp (HA), hút thuốc, béo phì (BMI ≥ 25 kg/m² hoặc vòng eo > 90 cm đối với nam, > 80 cm đối với nữ), bệnh thận mạn, tiền sử gia đình mắc bệnh tim sớm, bệnh viêm mạn tự miễn (viêm khớp dạng thấp, lupus ban đỏ hệ thống, bệnh vẩy nến), có chỉ điểm của nguy cơ tim mạch cao (tăng HA hoặc ĐTĐ trong thai kỳ ở nữ, rối loạn cương ở nam).
- Tất cả nam ≥ 40 tuổi và nữ ≥ 50 tuổi hoặc sau mãn kinh. Con cái của người có rối loạn lipid máu nặng cần được tầm soát sớm từ lứa tuổi thiếu niên. Người có biểu hiện lâm sàng của rối loạn lipid máu di truyền (xanthoma, xanthelasma) cũng cần được khảo sát lipid máu sớm.

1.2. Xét nghiệm lipid máu:

Bộ xét nghiệm lipid máu thường qui gồm cholesterol toàn phần, cholesterol trong lipoprotein tỉ trọng cao (HDL-C), cholesterol trong lipoprotein tỉ trọng thấp (LDL-C) và triglyceride (TG).

II. PHÂN TẦNG NGUY CƠ TIM MẠCH

- Mục đích của việc phân tầng nguy cơ tim mạch trong kiểm soát lipid máu là xác định ngưỡng LDL-C cần khởi trị bằng thuốc và đích LDL-C cần đạt khi điều trị.
- Do không cần đánh giá nguy cơ bằng thang điểm: Người đã được xác định là có bệnh tim mạch do XVĐM, ĐTĐ týp 1 hoặc týp 2 kèm tổn thương cơ quan đích, có mức rất cao của từng yếu tố nguy cơ (ví dụ tăng cholesterol máu gia đình hoặc HA $\geq 180/110$ mm Hg), bệnh thận mạn.
- Những người không thuộc các đối tượng nêu trên cần được đánh giá nguy cơ tim mạch bằng thang điểm SCORE. Thang điểm SCORE dự báo xác suất bị biến cố tim mạch gây tử vong trong 10 năm của những người 40-65 tuổi dựa vào các thông tin: giới, tuổi, có hút thuốc hay không, HA tâm thu và cholesterol toàn phần. Hội Tim mạch học Việt Nam thống nhất sử dụng biểu đồ dành cho nhóm các nước nguy cơ thấp. Có thể tải biểu đồ về hoặc tính điểm SCORE trực tiếp tại địa chỉ www.heartscore.org (tính điểm trực tiếp chính xác hơn vì có thêm thông tin về HDL-C). Trên bảng 1 là phân tầng nguy cơ tim mạch theo Hội Tim châu Âu.

Bảng 1: Phân tầng nguy cơ tim mạch theo Hội Tim/Hội XVĐM châu Âu

Nguy cơ rất cao	Các đối tượng có bất kỳ một tình trạng/bệnh nào sau: - Đã được xác định là có bệnh tim mạch do XVĐM dựa trên lâm sàng hoặc chẩn đoán hình ảnh. Bệnh tim mạch do XVĐM gồm tiền sử hội chứng mạch vành cấp (NMCT hoặc ĐTN không ổn định), ĐTN ổn định, tái tưới máu mạch vành (can thiệp mạch vành qua da hoặc phẫu thuật bắc cầu chủ-vành) và các thủ thuật can thiệp động mạch khác, đột quỵ hoặc cơn thiếu máu cục bộ não thoáng qua, bệnh động mạch ngoại biên. Gọi là chứng cứ hình ảnh học xác nhận bệnh tim mạch nếu nó giúp dự báo các biến cố lâm
------------------------	---

	<p>sàng, ví dụ mảng xơ vữa có ý nghĩa thấy trên chụp mạch vành cản quang hoặc CT-scan (bệnh nhiều nhánh mạch vành với 2 động mạch vành lớn ở thượng tâm mạc hẹp > 50%) hoặc trên siêu âm động mạch cảnh.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bệnh ĐTD với tổn thương cơ quan đích (đạm niệu, rối loạn chức năng thận, bệnh võng mạc, biến chứng thần kinh) hoặc kèm ít nhất 3 yếu tố nguy cơ chính (tuổi cao, tăng HA, hút thuốc, rối loạn lipid máu, béo phì), hoặc ĐTD týp 1 kéo dài hơn 20 năm. - Bệnh thận mạn nặng (eGFR < 30 ml/phút/1,73m²). - Xác suất tử vong tim mạch trong 10 năm theo SCORE ≥ 10%. - Tăng cholesterol máu gia đình kèm bệnh tim mạch do XVDM hoặc một yếu tố nguy cơ chính khác.
Nguy cơ cao	<p>Các đối tượng sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Có mức rất cao của từng yếu tố nguy cơ riêng, đặc biệt là cholesterol toàn phần > 310 mg/dl (8 mmol/l), LDL-C > 190 mg/dl (4,9 mmol/l) hoặc HA ≥ 180/110 mmHg. - Tăng cholesterol máu gia đình không kèm yếu tố nguy cơ chính khác. - ĐTD không có tổn thương cơ quan đích, với thời gian mắc bệnh ≥ 10 năm hoặc có kèm một yếu tố nguy cơ chính khác. - Bệnh thận mạn mức độ trung bình (eGFR 30-59 ml/phút/1,73m²). - Xác suất tử vong tim mạch trong 10 năm theo SCORE ≥ 5% và < 10%.
Nguy cơ trung bình	<p>Bệnh nhân ĐTD trẻ (ĐTD týp 1 < 35 tuổi; ĐTD týp 2 < 50 tuổi) với thời gian mắc bệnh < 10 năm và không có yếu tố nguy cơ khác. Xác suất tử vong tim mạch trong 10 năm theo SCORE ≥ 1% và < 5%.</p>
Nguy cơ thấp	<p>Xác suất tử vong tim mạch trong 10 năm theo SCORE < 1%.</p>

Khi đánh giá tổng nguy cơ tim mạch, bên cạnh việc tính điểm SCORE (hoặc ASCVD) cần xác định các yếu tố gây tăng nguy cơ (*risk-enhancing factors*) (bảng 2). Sự hiện diện của một trong các yếu tố này có thể chuyển một người được xếp loại nguy cơ thấp hay trung bình theo thang điểm SCORE (hoặc ASCVD) sang nhóm nguy cơ cao và sẽ ảnh hưởng đến quyết định điều trị bằng statin (xem phần IV).

Bảng 2: Một số yếu tố gây tăng nguy cơ tim mạch

<p>Tiền sử gia đình mắc bệnh tim sớm (nam < 55 tuổi, nữ < 65 tuổi) Nữ mãn kinh sớm (trước 40 tuổi) Bệnh viêm mạn tự miễn (viêm khớp dạng thấp, lupus ban đỏ hệ thống, bệnh vẩy nến) Hội chứng chuyển hóa Chỉ số cổ chân-cánh tay < 0,9 hsCRP ≥ 2 mg/dl hs-cTnI (Architect, Abbott) tăng ở người không triệu chứng (> 12 pg/ml ở nam; > 10 pg/ml ở nữ) CAC score > 100 Agatston</p>

III. TĂNG CHOLESTEROL MÁU GIA ĐÌNH

Bệnh tăng cholesterol máu gia đình thể đồng hợp và dị hợp có thể được chẩn đoán xác định bằng xét nghiệm gen phát hiện biến thể gây bệnh trên các gen liên quan. Xét nghiệm

di truyền tìm bệnh tăng cholesterol máu gia đình nên được thực hiện cho người có một trong số các tình trạng sau:

- Không có nguyên nhân thứ phát rõ ràng gây ra tình trạng tăng cholesterol máu dai dẳng: LDL-C > 5 mmol/l (190 mg/dl) ở người lớn

LDL-C > 4 mmol/l (155 mg/dl) ở trẻ em hoặc nồng độ LDL-C trên bách phân vị 95 theo tuổi, giới tính và theo quốc gia

- Tiền căn bản thân/gia đình bị bệnh mạch vành/tim mạch sớm (nam < 55 tuổi, nữ < 60 tuổi)

- Tiền căn bản thân/gia đình có u mỡ ở gân (tendon xanthomas)

- Tiền căn gia đình có đột tử sớm do nguyên nhân tim mạch

Tầm soát gia đình bằng xét nghiệm di truyền được khuyến cáo khi có một thành viên trong gia đình được chẩn đoán xác định mắc bệnh, giúp phát hiện bệnh sớm và can thiệp hiệu quả nhằm cải thiện tiên lượng của các thành viên gia đình có mang đột biến di truyền gây bệnh.

Bảng 3: Tiêu chuẩn chẩn đoán tăng cholesterol máu gia đình (ESC/EAS, 2019)

TIÊU CHUẨN	ĐIỂM
1) Tiền sử gia đình	
Họ hàng đời thứ nhất bị bệnh mạch vành sớm (nam < 55, nữ < 60 tuổi) hoặc họ hàng đời thứ nhất có LDL-C trên bách phân vị 95	1
Họ hàng đời thứ nhất bị xanthomata gân và/hoặc đục rìa giác mạc hoặc con cái dưới 18 tuổi có LDL-C cao hơn bách phân vị 95	2
2) Tiền căn lâm sàng	
Mắc bệnh mạch vành sớm (nam < 55 tuổi, nữ < 60 tuổi)	2
Mắc bệnh mạch máu não hoặc bệnh mạch máu ngoại biên sớm (nam < 55, nữ < 60)	1
3) Khám lâm sàng	
Xanthomata ở gân xương	6
Đục rìa giác mạc (arcus cornealis) trước 45 tuổi	4
4) Nồng độ LDL-C (chưa điều trị)	
LDL-C \geq 8,5 mmol/l (325 mg/dl)	8
LDL-C 6,5 – 8,4 mmol/l (251 – 325 mg/dl)	5
LDL-C 5,0 – 6,4 mmol/l (191 – 250 mg/dl)	3
LDL-C 4,0 – 4,9 mmol/l (155 – 190 mg/dl)	1
5) Phân tích DNA	
Đột biến chức năng trên các gen <i>LDLR</i> , <i>apoB</i> hoặc <i>PCSK9</i>	8
Chọn 1 điểm cao nhất cho mỗi nhóm tiêu chuẩn. Chẩn đoán dựa trên tổng điểm.	

Chắc chắn tăng cholesterol máu gia đình	>8
Khả năng cao tăng cholestrol máu gia đình	6-8
Có khả năng là tăng cholesterol máu gia đình	3-5

IV. KIỂM SOÁT LIPID MÁU TRONG PHÒNG NGỪA THỨ PHÁT

Ở người có bệnh tim mạch do XVĐM, LDL-C được xem là mục tiêu điều trị hàng đầu. Đồng thời với việc khuyến khích bệnh nhân thay đổi lối sống, dùng ngay statin hoạt lực cao (*high-intensity statin*) để hạ LDL-C $\geq 50\%$ so với mức ban đầu, lý tưởng là đạt đích LDL-C < 55 mg/dl (1,4 mmol/l). Trên bảng 4 là xếp loại statin theo mức hoạt lực (FDA khuyến cáo hạn chế dùng rosuvastatin 40 mg/ngày cho người gốc Á, do đó liều rosuvastatin tối đa trong bảng này là 20 mg/ngày). Nếu không đạt đích LDL-C < 55 mg/dl dù đã dùng statin hoạt lực cao (hoặc liều statin tối đa mà bệnh nhân dung nạp được), phối hợp thêm ezetimibe uống 10 mg/ngày.

Một số trường hợp đặc biệt:

- Người có bệnh tim mạch do XVĐM bị một biến cố mạch máu thứ 2 trong vòng 2 năm (không nhất thiết là cùng loại với biến cố mạch máu đầu) dù đang được điều trị bằng statin: tăng liều statin và phối hợp ezetimibe, cố gắng hạ LDL-C xuống mức < 40 mg/dl.
- Bệnh nhân được can thiệp mạch vành qua da: Dùng liều nạp 80 mg atorvastatin trước can thiệp bất kể bệnh nhân có đang dùng statin trước đó hay không. Duy trì atorvastatin liều cao trong thời gian nằm viện.

Bảng 4: Hoạt lực của liệu pháp statin

HOẠT LỰC CAO (hạ LDL-C $\geq 50\%$)	HOẠT LỰC TRUNG BÌNH (hạ LDL-C 30-49%)	HOẠT LỰC THẤP (hạ LDL-C < 30%)
Atorvastatin 40-80 mg/ngày Rosuvastatin 20 mg/ngày	Atorvastatin 10-20 mg/ngày Rosuvastatin 5-10 mg/ngày Simvastatin 20-40 mg/ngày Pitavastatin 1-4 mg/ngày Pravastatin 40-80 mg/ngày Lovastatin 40-80 mg/ngày	Simvastatin 10 mg/ngày Pravastatin 10-20 mg/ngày Lovastatin 20 mg/ngày

V. KIỂM SOÁT LIPID MÁU TRONG PHÒNG NGỪA TIÊN PHÁT

Trong phòng ngừa tiên phát bệnh tim mạch do XVĐM, LDL-C cũng được xem là mục tiêu điều trị hàng đầu. Trên bảng 5 là ngưỡng LDL-C (chưa điều trị) cần khởi trị và đích LDL-C cần đạt khi điều trị tùy theo mức nguy cơ tim mạch của người bệnh. Hướng dẫn người bệnh thay đổi lối sống và dùng statin để đạt đích LDL-C. Kiểm tra hiệu quả của điều trị bằng cách xét nghiệm lại lipid máu 4-12 tuần sau khi bắt đầu statin (hoặc thay đổi liều statin) và định kỳ sau đó mỗi 3-12 tháng. Ở những bệnh nhân nguy cơ cao-rất cao, nếu không đạt đích LDL-C dù đã dùng statin hoạt lực cao (hoặc liều statin tối đa mà bệnh nhân dung nạp được), phối hợp thêm ezetimibe uống 10 mg/ngày.

Một số trường hợp đặc biệt:

- Trẻ em được chẩn đoán tăng cholesterol máu gia đình: Thay đổi lối sống và dùng statin.
- Người > 75 tuổi: Nếu đang dùng statin thì tiếp tục dùng. Nếu chưa dùng thì có thể xem xét khởi trị bằng statin nếu bệnh nhân có nguy cơ tim mạch cao/rất cao. Nếu bệnh nhân có rối loạn chức năng thận hoặc nguy cơ tương tác thuốc, bắt đầu statin với liều thấp và

tăng liều dần để đạt đích LDL-C.

- Người bệnh thận mạn nặng cần lọc máu định kỳ: Nếu đang dùng statin thì tiếp tục dùng. Nếu chưa dùng thì không khởi trị bằng statin (không mang lại lợi ích).

- Phụ nữ lứa tuổi sinh đẻ: Nếu đang dùng statin thì phải có biện pháp tránh thai hữu hiệu. Nếu muốn có thai thì ngưng statin 1-2 tháng trước ngày dự định có thai. Nếu có thai trong khi đang dùng statin thì ngưng statin càng sớm càng tốt.

Bảng 5: Ngưỡng LDL-C cần khởi trị và đích LDL-C cần đạt tùy theo mức nguy cơ

NGUY CƠ	NGƯỠNG LDL-C (CHƯA ĐIỀU TRỊ) CẦN KHỞI TRỊ	ĐÍCH LDL-C CẦN ĐẠT KHI ĐIỀU TRỊ
Rất cao	- LDL-C 55-69 mg/dl: Thay đổi lối sống. Nếu không đạt đích LDL-C ® dùng thuốc. - LDL-C ≥ 70 mg/dl: Dùng thuốc ngay đồng thời với thay đổi lối sống.	Hạ LDL-C ≥ 50% so với ban đầu và đạt LDL-C < 55 mg/dl
Cao	- LDL-C 70-99 mg/dl: Thay đổi lối sống. Nếu không đạt đích LDL-C ® dùng thuốc. - LDL-C ≥ 100 mg/dl: Dùng thuốc ngay đồng thời với thay đổi lối sống.	Hạ LDL-C ≥ 50% so với ban đầu và đạt LDL-C < 70 mg/dl
Trung bình	LDL-C ≥ 100 mg/dl: Thay đổi lối sống. Nếu không đạt đích LDL-C ® dùng thuốc.	Đạt LDL-C < 100 mg/dl
Thấp	LDL-C ≥ 116 mg/dl: Thay đổi lối sống. Nếu không đạt đích LDL-C ® cân nhắc việc dùng thuốc.	Có thể xem xét đạt đích LDL-C < 116 mg/dl

VI. XỬ TRÍ TĂNG TRIGLYCERIDE (TG)

- Tăng TG, đặc biệt là khi kết hợp với HDL-C thấp, cũng là một yếu tố nguy cơ tim mạch, tuy không mạnh bằng tăng LDL-C. Tăng TG nặng ≥ 500 mg/dl (5,6 mmol/l) có liên quan với tăng nguy cơ viêm tụy cấp.

- Xử trí tăng TG vừa (175-499 mg/dl hay 1,9-5,6 mmol/l) ở người trưởng thành ≥ 20 tuổi: Kiểm soát các yếu tố lối sống (giảm cân nặng, ngưng rượu bia, chế độ ăn ít chất béo và ít carbohydrate tinh luyện), các tác nhân thứ phát (ĐTĐ, bệnh gan mạn, bệnh thận mạn và/hoặc hội chứng thận hư, suy giáp) và xem xét ngưng/giảm liều các thuốc gây tăng TG (estrogen, corticosteroid, tamoxifen, ciclosporin, thuốc kháng siêu vi ức chế protease, thuốc chẹn beta không chọn lọc, lợi tiểu thiazide liều cao, phenothiazine). Ở bệnh nhân ĐTĐ, kiểm soát tốt đường huyết giúp giảm TG.

- Xử trí tăng TG vừa đến nặng ở người 40-75 tuổi có nguy cơ tim mạch cao-rất cao: Tác động lên các nguyên nhân có thể đảo ngược của TG, đồng thời khởi trị bằng statin hoặc tăng liều statin. Nếu TG ≥ 500 mg/dl dù đã dùng statin hoạt lực cao (hoặc liều statin tối đa mà bệnh nhân dung nạp được): phối hợp fenofibrate. Ở bệnh nhân ĐTĐ tít 2 có TG 200-400 mg/dl kèm HDL-C < 35 mg/dl dù đã dùng statin liều tối ưu: xem xét phối hợp fenofibrate.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị rối loạn lipid máu, 2015. Hội Tim mạch học Quốc gia Việt Nam.
2. Stone NJ, Robinson J, Lichtenstein AH, et al. 2013 ACC/AHA Guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines. *Circulation*. Published online November 12, 2013.
3. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J* 2019. DOI:10.1093/eurheartj/ehz455.
- 4 2018 AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the management of blood cholesterol. *J Am Coll Cardiol* 2018.
5. 2019 ACC/AHA Guideline on the primary prevention of cardiovascular disease. *J Am Coll Cardiol* 2019.

BỆNH THẬN MẠN

I. ĐỊNH NGHĨA

Bệnh thận mạn theo KDIGO 2024 (Kidney Disease Improving Global Outcomes) Bệnh thận mạn (Chronic kidney disease) là những bất thường về cấu trúc hoặc chức năng thận, kéo dài trên 3 tháng và ảnh hưởng đến sức khỏe người bệnh.

Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh thận mạn (BTM): dựa vào 1 trong 2 tiêu chuẩn sau:

a. Triệu chứng tổn thương thận (có biểu hiện 1 hoặc nhiều)

- Có Albumin nước tiểu (tỷ lệ albumin/creatinin nước tiểu > 30 mg/g hoặc albumin nước tiểu 24 giờ > 30 mg/ 24 giờ).
- Bất thường nước tiểu
- Bất thường về mô bệnh học thận
- Xét nghiệm hình ảnh học phát hiện thận tiết niệu bất thường
- Ghép thận

b. Giảm mức lọc cầu thận (Glomerular filtration rate: GFR) <60 ml/phút/1,73 m² da (xếp loại G3a – G5)

Với mức lọc cầu thận được đánh giá dựa vào độ thanh lọc creatinin ước tính theo công thức Cockcroft Gault hoặc dựa vào độ lọc cầu thận ước tính (Estimated GFR, eGFR) dựa vào công thức MDRD.

- Công thức Cockcroft Gault ước đoán ĐTL creatinin từ creatinin huyết thanh.
- Công thức MDRD (Modification of Diet in Renal Disease Study) ước đoán mức lọc cầu thận (estimated GFR, eGFR) từ creatinin huyết thanh.
- Công thức tính mức lọc cầu thận theo creatinin nội sinh

II. NGUYÊN NHÂN

Dựa vào lâm sàng, tiền sử cá nhân; gia đình, hoàn cảnh xã hội; yếu tố môi trường, thuốc dùng, khám lâm sàng, xét nghiệm sinh hóa, hình ảnh học, và thậm chí sinh thiết thận để chẩn đoán nguyên nhân bệnh thận mạn.

Theo hội Thận học Quốc tế KDIGO năm 2024; nguyên nhân bệnh thận mạn được phân dựa vào vị trí tổn thương giải phẫu học và bệnh căn nguyên chủ yếu tại thận; hoặc thứ phát sau các bệnh lý toàn thân (Bảng 2)

Nguyên nhân	Bệnh thận nguyên phát	Bệnh thận thứ phát sau bệnh toàn thân
Bệnh cầu thận	Bệnh cầu thận tổn thương tối thiểu, bệnh cầu thận màng	Đái tháo đường, thuốc, bệnh ác tính, bệnh tự miễn
Bệnh ống thận kẽ	Nhiễm trùng tiểu; bệnh thận tắc nghẽn, sỏi niệu	Bệnh tự miễn, bệnh thận do thuốc; đa u tủy
Bệnh mạch máu thận	Viêm mạch máu do ANCA, loạn dưỡng xơ cơ	Xơ vữa động mạch, tăng huyết áp, thuyên tắc do Cholesterol
Bệnh nang thận và bệnh thận bẩm sinh	Thiếu sản thận; nang tủy thận	

III. CHẨN ĐOÁN BỆNH THẬN MẠN

1. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán bệnh thận mạn dựa vào

a. Lâm sàng: có thể có hoặc không có biểu hiện lâm sàng của bệnh thận biểu hiện như: phù toàn thân, tiểu máu...

b. Cận lâm sàng tầm soát:

+ *Xét nghiệm định lượng Creatinin huyết thanh:* Từ Creatinin huyết thanh ước đoán độ thanh lọc creatinin theo công thức Cockcroft Gault, hoặc ước đoán mức lọc cầu thận theo công thức của MDRD (Modification of Diet in Renal Disease)

+ *Xét nghiệm nước tiểu tìm protein hoặc albumin trong nước tiểu:* với mẫu nước tiểu bất kỳ, tốt nhất là mẫu nước tiểu đầu tiên buổi sáng ngủ dậy.

Bảng 2: Kết quả xét nghiệm albumin và protein trong nước tiểu

	Bình thường	Bất thường
Tỷ lệ albumin/creatinin niệu	< 30mg/g <3mg /mmol/l	>=30 mg/g >=3mg/mmol/l
Albumin niệu 24 giờ	<30 mg/24 giờ	>= 30mg/24 giờ
Tỷ lệ protein/creatinin niệu (PCR)	<150mg/g <15mg/mmol/l	>=150mg/g >=15mg/mmol
Protein niệu 24 giờ	<150mg/24giờ	>=150mg/24giờ
Protein niệu giấy nhúng	Âm tính	Vết đến dương tính

+ *Xét nghiệm khảo sát cặn lắng nước tiểu* (tìm cặn lắng bất thường như hồng cầu, bạch cầu, các trụ niệu), *xét nghiệm điện giải đồ và sinh thiết thận*

+ *Xét nghiệm hình ảnh:* siêu âm thận và hệ niệu (tìm sỏi, nang thận, kích thước thận), niệu ký nội tĩnh mạch.

Chẩn đoán xác định bệnh thận mạn, khi các xét nghiệm vẫn bất thường trong những lần xét nghiệm lặp lại sau trong vòng 3 tháng.

2. Chẩn đoán bệnh thận mạn giai đoạn cuối

Bệnh thận mạn giai đoạn cuối hay suy thận mạn giai đoạn cuối có biểu hiện của hội chứng urê huyết bao gồm ba rối loạn chính là:

Rối loạn gây ra do sự tích tụ của các chất thải, và độc chất trong cơ thể, quan trọng nhất là sản phẩm biến dưỡng của protein.

Rối loạn là hậu quả của sự mất dần các chức năng khác của thận như điều hòa thăng bằng nội môi, nước điện giải, nội tiết tố.

Rối loạn là hậu quả của phản ứng viêm tiến triển gây ra ảnh hưởng lên mạch máu và dinh dưỡng.

a. Rối loạn chuyển hóa natri: Có thể tăng hoặc giảm natri máu

b. Rối loạn bài tiết nước

- Tiểu đêm là triệu chứng của tình trạng thải nước tiểu và sodium với mức độ thâm thấu cố định. Người bệnh dễ bị thiếu nước và muối, nếu tiết chế quá mức, và dễ giảm natri huyết thanh, nên uống quá nhiều nước.

c. Rối loạn chuyển hóa kali

- Người bệnh suy thận mạn, thận tăng tiết aldosteron làm tăng thải kali tại ống thận xa, và tăng thải kali qua đường tiêu hóa. Do vậy, kali máu chỉ tăng ở BTM giai đoạn cuối. Cần tìm nguyên nhân khác nếu tăng kali máu xuất hiện trước giai đoạn cuối.

- Giảm kali ít gặp hơn ở người bệnh BTM, chủ yếu do tiết chế nguồn nhập kali, kèm với việc dùng lợi tiểu quá liều, hoặc do tăng mất kali qua đường tiêu hóa.

d. Toan chuyển hóa

Suy thận mạn: lượng acid bài tiết bị khống chế trong khoảng hẹp từ 30 – 40 mmol/ngày, nên dễ bị toan chuyển hóa.

e. Rối loạn chuyển hóa calci và phospho

Suy thận mạn: thận giảm bài tiết phospho và calci, gây tăng phospho trong máu. Để duy trì tích số phospho và calci ổn định trong máu, calci máu giảm khi phospho tăng, kích thích tuyến cận giáp tiết PTH, làm tăng huy động calci từ xương vào máu, phức hợp calci – phospho tăng lắng đọng tại mô, gây rối loạn chu chuyển xương; tăng bài tiết phospho tại ống thận

f. Rối loạn về tim mạch

Bệnh lý tim mạch là nguyên nhân hàng đầu gây bệnh và tử vong ở mọi giai đoạn của bệnh thận mạn, nhất là khi người bệnh đến giai đoạn cuối.

- Tăng huyết áp và dày thất trái
- Suy tim xung huyết
- Viêm màng ngoài tim
- Bệnh mạch máu

g. Rối loạn về huyết học

- Thiếu máu ở người bệnh BTM
- Rối loạn đông máu ở người bệnh BTM
- Rối loạn đông máu bao gồm kéo dài thời gian máu đông, giảm hoạt tính yếu tố VIII tiểu cầu, giảm độ tập trung tiểu cầu và giảm prothrombin
- Rối loạn chức năng bạch cầu
- Rối loạn chức năng bạch cầu như giảm sản xuất bạch cầu, giảm chức năng bạch cầu do suy dinh dưỡng, toan chuyển hóa, môi trường tăng urê máu; và do teo hạch lympho.

h. Rối loạn tiêu hóa và dinh dưỡng

- Buồn nôn và nôn
- Ăn giảm đạm sẽ giúp giảm buồn nôn và nôn, tuy nhiên sẽ tăng nguy cơ suy dinh dưỡng.

i. Rối loạn thần kinh cơ

- Triệu chứng thần kinh cơ bắt đầu xuất hiện từ BTM (STM) giai đoạn 3 như giảm trí nhớ, kém tập trung, rối loạn giấc ngủ. Sau đó, tiến triển thành thần kinh kích thích như nấc cục, chuột rút, xoắn vặn cơ, nặng hơn trong giai đoạn suy thận nặng là rung vẩy, clonus cơ, co giật và hôn mê.
- Triệu chứng thần kinh ngoại biên xuất hiện từ BTM giai đoạn 4
- Triệu chứng rối loạn thần kinh cảm giác người bệnh BTM giai đoạn cuối là chỉ điểm người bệnh cần lọc máu.
- Bệnh thần kinh ngoại biên ở người bệnh BTM là chỉ định của điều trị thay thế thận, ngoại trừ tổn thương thần kinh trên người bệnh đái tháo đường.

k. Rối loạn nội tiết và chuyển hóa

- Hormon sinh dục: Ở người bệnh nữ, giảm estrogen gây rối loạn kinh nguyệt, giảm khả năng thụ thai; dễ sảy thai, nhất là khi mức lọc cầu thận giảm còn 40 ml/phút, chỉ có 20% sản phụ của thể sinh được con còn sống và ngược lại, thai kỳ sẽ đẩy nhanh tiến triển của suy thận. Ở người bệnh nam, giảm nồng độ testosterone, rối loạn tình dục và thiếu sản tinh trùng.

- Các rối loạn nội tiết này sẽ cải thiện sau điều trị lọc máu tích cực hoặc sau ghép thận thành công.

1. Tổn thương da

Tổn thương da trên BTM đang tiến triển đa dạng như:

- Da vàng xanh do thiếu máu, có thể giảm sau điều trị Erythropoietin
- Xuất huyết da niêm, mảng bầm trên da do rối loạn đông cầm máu/
- Da tăng sắc tố do tăng lắng đọng các sản phẩm biến dưỡng tăng sắc tố, hoặc urochrome, triệu chứng này có thể tồn tại và gia tăng sau lọc máu.
- Ngứa là triệu chứng thường gặp ở bệnh nhân suy thận mạn và có thể kéo dài ngay sau khi đã được lọc máu.
- Bệnh da xơ do thận biểu hiện bằng tổn thương xơ tiến triển mô da dưới vùng cánh tay và chân tương tự tổn thương da do phù niêm xơ hóa, có kèm dùng gadolinium trong chụp cộng hưởng từ (MRI) là một trong các nguyên nhân gây bệnh.

3. Chẩn đoán phân biệt với tổn thương thận cấp

Trước mọi người bệnh có tăng creatinin huyết thanh cần phân biệt bệnh thận mạn với tổn thương thận cấp vì tổn thương thận cấp có khả năng hồi phục chức năng thận nếu được chẩn đoán sớm và can thiệp kịp thời.

a. Dựa vào creatinin huyết thanh nền trước đây

- Nếu creatinin huyết thanh nền trong vòng 3 tháng trước đây ở mức bình thường thì có thể nghĩ đến tổn thương thận cấp.
- Nếu creatinin huyết thanh nền trước đây đã tăng mạn tính trên 3 tháng, sẽ là bằng chứng quan trọng của bệnh thận mạn.
- Nếu không biết creatinin huyết thanh nền trước đây, vẫn có thể cả hai bệnh lý trên kết hợp gây tổn thương thận cấp trên nền thận mạn. Trong trường hợp, cần theo dõi creatinin huyết thanh trong nhiều ngày liên tiếp kết hợp với các bằng chứng cận lâm sàng khác sẽ giúp chẩn đoán phân biệt.

b. Dựa vào siêu âm đo kích thước 2 thận: người bệnh tổn thương thận cấp, hai thận có kích thước bình thường hoặc to

c. Sinh thiết thận: Cần cân nhắc kỹ khi chưa chẩn đoán phân biệt được với tổn thương thận cấp.

thận nếu được chẩn đoán sớm và can thiệp kịp thời.

d. Dựa vào creatinin huyết thanh nền trước đây

- Nếu creatinin huyết thanh nền trong vòng 3 tháng trước đây ở mức bình thường thì có thể nghĩ đến tổn thương thận cấp.
- Nếu creatinin huyết thanh nền trước đây đã tăng mạn tính trên 3 tháng, sẽ là bằng chứng quan trọng của bệnh thận mạn.
- Nếu không biết creatinin huyết thanh nền trước đây, vẫn có thể cả hai bệnh lý trên kết hợp gây tổn thương thận cấp trên nền thận mạn. Trong trường hợp, cần theo dõi creatinin huyết thanh trong nhiều ngày liên tiếp kết hợp với các bằng chứng cận lâm sàng khác sẽ giúp chẩn đoán phân biệt.

4. Chẩn đoán giai đoạn

Năm 2024, NKF – KDOQI (National Kidney Foundation - Kidney Disease Outcomes Quality Initiatives) phân bệnh thận mạn thành 5 giai đoạn dựa vào GFR.

Bảng 1: Các giai đoạn của bệnh thận mạn.

Giai đoạn	Mô tả	Mức lọc cầu thận (ml/ph/1,73 ² da)
1	Tổn thương thận với mức lọc cầu thận bình thường hoặc tăng	≥ 90
2	Tổn thương thận với MLCT giảm nhẹ	60 – 89
3a	Giảm MLCT nhẹ, vừa	45 – 59
3b	Giảm vừa đến nghiêm trọng	30 - 44
4	Giảm MLCT nặng	15 – 29
5	Bệnh thận mạn giai đoạn cuối	< 15 hoặc phải điều trị thận nhân tạo

Năm 2024, KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes) của Hội thận học quốc tế có kèm theo bổ sung albumine niệu vào trong bảng phân giai đoạn hỗ trợ cho việc đánh giá tiên lượng và tiên triển của BTM.

				Albumin niệu kéo dài (tỷ lệ Albumin/creatinine) (mg/g)		
				A1	A2	A3
				Bình thường đến tăng nhẹ	Tăng trung bình	Tăng nhiều
				<30	30 – 300	>300
	G1	Bình thường hoặc tăng	≥ 90	Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao
	G2	Giảm nhẹ	60 - 89	Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao

Phân loại theo GFR (ml/ph/1.73 _m ²)	G3a	Giảm nhẹ đến trung bình	45 - 59	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao	Nguy cơ rất cao
	G3b	Giảm trung bình đến nặng	30 – 49	Nguy cơ cao	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao
	G4	Giảm nặng	15 – 49	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao
	G5	Suy thận	<= 15	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao

Màu	Nguy cơ bệnh thận tiến triển	Tần suất khám bệnh mỗi năm
	Nguy cơ thấp	Ít nhất 1 lần/ năm
	Nguy cơ trung bình	Ít nhất 2 lần/ năm
	Nguy cơ cao	Ít nhất 3 lần / năm
	Nguy cơ rất cao	Ít nhất 4 lần/ năm

Cần lưu ý mức lọc cầu thận chỉ phản ánh chính xác giai đoạn BTM khi chức năng thận ổn định (không thay đổi trong 3 tháng xét nghiệm lặp lại) và sau khi đã loại bỏ các yếu tố làm nặng thêm tạm thời tình trạng suy thận.

5. Chẩn đoán biến chứng

Khi chức năng thận ổn định, ở mọi người bệnh thận mạn (suy thận mạn) có mức lọc cầu thận <= 60 ml/phút/1,76m² da, cần đánh giá các biến chứng của BTM (STM) như:

- Tăng huyết áp: Tăng huyết áp làm tăng nguy cơ bệnh lý tim mạch
- Thiếu máu mạn: Theo WHO, thiếu máu khi Hb<13 g/l ở nam và <12g/l ở nữ. Đánh giá các tình trạng liên quan đến thiếu máu bao gồm: Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi; đếm số lượng hồng cầu lưới tuyệt đối; Ferritin máu; độ bão hòa transferin (TSAT); nồng độ VTM B12 và acid folic.
- Thiếu sắt ở bệnh nhân suy thận có thể thực sự tồn tại ngay cả khi chưa có thiếu máu, trên lâm sàng Ferritin thường được sử dụng. Khi có tình trạng viêm mạn tính, Ferritin máu phản ánh không đúng tình trạng Ferritin ở mô. Ferritin máu cũng không quá liên quan đến tình trạng sắt ở tủy xương. Độ bão hòa transferin đại diện cho khả năng sẵn có của sắt cung cấp cho sinh sản hồng cầu nhưng giá trị thường dao động tại thời điểm khác nhau.

+ Tình trạng suy dinh dưỡng: dựa vào giảm albumin huyết thanh, cân nặng, bảng điểm

đánh giá dinh dưỡng toàn diện chủ quan (Subjective Global Assessment,SGA), chế độ dinh dưỡng.

+ Rối loạn chuyển hóa calcium và phospho: giảm calcium, tăng phospho, tăng PTH huyết thanh gây cường tuyến cận giáp thứ phát, giảm VTM D, tổn thương xương.

+ Bệnh lý thần kinh: ngoại biên, trung ương, hệ thần kinh thực vật.

+ Biến chứng tim mạch

+ Các chỉ số giúp xác định bệnh lý tim mạch và các yếu tố nguy cơ tim mạch ở người bệnh có bệnh thận mạn: điện tâm đồ 12 chuyển đạo; Glucose huyết thanh, Bilan mỡ máu 4 ô (Cholesterol; Triglycerid, LDL, HDL – cholesterol); Chiều cao và cân nặng để tính BMI.

IV. ĐIỀU TRỊ BỆNH THẬN MẠN

1. Mục tiêu điều trị bệnh thận mạn

- Điều trị bệnh thận căn nguyên
- Điều trị nguyên nhân gây giảm GFR cấp tính có thể hồi phục được
- Điều trị làm chậm tiến triển của bệnh thận mạn
- Điều trị các biến chứng tim mạch, và các yếu tố nguy cơ tim mạch
- Chuẩn bị điều trị thay thế thận khi thận suy nặng.

2. Nguyên tắc điều trị bệnh thận mạn

Chiến lược chung điều trị bệnh thận mạn được phân theo giai đoạn của phân độ bệnh thận mạn.

Bảng 3: Chiến lược điều trị bệnh thận mạn theo giai đoạn của BTM

Giai đoạn	Mức lọc cầu thận (ml/ph/1,73 m ² da)	Việc cần làm (*)
1	≥ 90	Chẩn đoán và điều trị bệnh căn nguyên, giới hạn yếu tố nguy cơ gây suy thận cấp; làm chậm tiến triển bệnh thận, điều trị yếu tố nguy cơ tim mạch
2	60 – 89	Ước đoán tốc độ tiến triển bệnh thận
3a,3b	30 – 59	Đánh giá và điều trị biến chứng
4	15 – 29	Chuẩn bị điều trị thay thế thận
5	≤ 15	Điều trị thay thế thận nếu có hội chứng urê huyết

(*) Giai đoạn sau tiếp tục việc của giai đoạn trước

2.1 Điều trị bệnh thận căn nguyên

Giữ vai trò quan trọng nhất trong bảo vệ thận là làm chậm tiến triển bệnh thận, khi thận đã suy nặng (giai đoạn 4,5) do việc chẩn đoán bệnh căn nguyên trở nên khó khăn và việc điều trị trở nên kém hiệu quả, nên cân nhắc giữ lợi ích và tác hại của thuốc điều trị căn nguyên ở nhóm người bệnh này.

2.2 Điều trị làm chậm tiến triển của BTM giai đoạn cuối

Bảng 4: Các biện pháp bảo vệ thận tối ưu

STT	Yếu tố cần can thiệp	Mục tiêu	Biện pháp
1	Giảm protein niệu, tiểu albumin	Protein/creatinin <0,5mg/g Albumin /creatinin niệu < 30 mg/g	Kiểm soát huyết áp Điều trị bệnh căn nguyên Tiết chế protein trong khẩu phần
2	Kiểm soát huyết áp	Nếu người bệnh ACR<30 mg/gam, HA mục tiêu <= 140/90 mmHg. Nếu ACR>= 30 mg/g, HA mục tiêu <= 130/80 mmHg	Ức chế men chuyển và ức chế thụ thể angioténin II: ưu tiên chọn, nhất là người bệnh có tiểu albumin
3	Ăn nhạt	Sodium <2 g/ngày(hoặc NaCl <5g/ngày)	Tự nấu ăn, không ăn thức ăn chế biến sẵn, không chấm thêm
4	Giảm protein trong khẩu phần	Áp dụng ở người bệnh GFR<30 ml/phút/1,73; lượng protein nhập <0,8g/kg/ngày	Giảm protein, chọn các loại đạm có giá trị sinh học cao (tư vấn chuyên gia dinh dưỡng)
5	Kiểm soát đường huyết	HbA1C khoảng 7% HbA1C >7% ở người bệnh có nguy cơ hạ đường huyết cao	Không dùng metformin khi GFR <60ml/phút/1,73.
6	Thay đổi lối sống	Đạt cân nặng lý tưởng, tránh béo phì, bỏ hút thuốc lá	Tập thể lực tùy theo tình trạng tim mạch và khả năng dung nạp (ít nhất 30phút/lần/ngày x 5 lần/tuần)
7	Điều trị thiếu máu	Hb 11 – 12 g/dl	Erythropoietin, sắt, acid folic
8	Kiểm soát rối loạn lipid máu	LDL – cholesterol < 100 mg/dl; HDL – cholesterol > 40 mg/dl; triglyceride <200mg/dl	Statin, gemfibrozil, Fibrat giảm liều khi GFR <60, và không dung nạp khi GFR<15
9	Dùng thuốc ức chế men chuyển hoặc ức chế thụ thể angiotensin II	Dùng liều tối ưu để giảm protein niệu, kiểm soát huyết áp	Phòng ngừa và theo dõi tác dụng phụ: Suy thận cấp và tăng Kali máu, hay xảy ra ở người bệnh GFR giảm

2.3 Điều trị bệnh thận mạn giai đoạn cuối

a. Mục tiêu của điều trị bệnh thận mạn giai đoạn cuối là:

- Chuẩn bị điều trị thay thế thận khi thận suy nặng.
- Điều chỉnh liều thuốc ở bệnh nhân suy thận.
- Điều trị các biến chứng của hội chứng ure huyết cao như thiếu máu, suy dinh dưỡng, tăng huyết áp, rối loạn chuyển hóa canxi- photpho, rối loạn nước điện giải.
- Điều trị các biến chứng tim mạch và các yếu tố nguy cơ.

b. Điều trị triệu chứng: Tùy theo bệnh nhân có triệu chứng bất thường nào thì lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp.

c. Chỉ định điều trị thay thế thận:

Trừ khi người bệnh từ chối, mọi người BTM giai đoạn cuối với triệu chứng lâm sàng của hội chứng urê máu cao (thường xảy ra khi độ thanh thải creatinin dưới 15ml/phút, hoặc sớm hơn với người bệnh đái tháo đường) đều có chỉ định điều trị thay thế thận.

Các chỉ định điều trị thay thế thận:

- Tăng kali máu không đáp ứng với điều trị nội khoa.
- Toan chuyển hóa nặng (khi việc dùng HCO₃ có thể gây hóa tải tuần hoàn).
- Quá tải tuần hoàn, phù phổi cấp không đáp ứng với điều trị lợi tiểu.
- Suy dinh dưỡng tiến triển không đáp ứng với can thiệp khẩu phần.
- Mức lọc cầu thận từ 5 – 10ml/phút/1,73m² (hoặc BUN > 100mg/dl, creatinin huyết thanh >10mg/dl).

Lựa chọn hình thức điều trị thay thế thận: có 3 hình thức điều trị thay thế thận gồm:

- Thận nhân tạo (hoặc thẩm phân máu, hemodialysis)
- Thẩm phân phúc mạc (peritoneal dialysis)
- Ghép thận

Có thể lựa chọn một trong ba phương pháp, tùy vào từng trường hợp cụ thể của người bệnh.

Bảng 5: Chống chỉ định chạy thận nhân tạo, thẩm phân phúc mạc, ghép thận

Tuyệt đối	Tương đối
Thận nhân tạo	
Không có đường lấy máu thích hợp	+ Sợ kim chích + Suy tim + Rối loạn đông máu
Thẩm phân phúc mạc	
Mất hoàn toàn chức năng của màng bụng Sẹo dính trong phúc mạc làm ngăn cản dịch lọc dẫn lưu Dịch lọc dò lên cơ hoành Không có người giúp thay dịch lọc	+ Mỏi mô hep động mạch chủ bụng + Có shunt não thất - ổ bụng (trong não úng thủy) + Không dung nạp với chưa dịch trong ổ bụng + Suy dinh dưỡng nặng + Nhiễm trùng da + Bệnh đường ruột (viêm ruột, viêm túi thừa) + Béo phì
Ghép thận	
Không có chống chỉ định tuyệt đối	+ Người nhận có nguy cơ thải ghép cao: phản ứng chéo (cross – match) người nhận – người cho dương tính + Sức khỏe người nhận không cho phép thực hiện cuộc mổ. + Nhiễm cytomegalovirus (CMV), viêm gan virus C, nhiễm khuẩn đường mật, lao... + Bệnh nhân ung thư giai đoạn cuối, xơ gan mất bù, suy tim nặng,..

V. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiến triển của bệnh thận mạn

Bệnh thận mạn có tiến triển suy giảm chức năng thận chậm trong nhiều năm, và không hồi phục đến giai đoạn cuối. Nếu người bình thường không bệnh thận, sau 30 tuổi, mỗi năm theo sinh lý, mức lọc cầu thận giảm trung bình $1\text{ml/phút}/1,73\text{ m}^2$ thì bệnh thận mạn được gọi là tiến triển nhanh khi mỗi năm mất $\geq 5\text{ml/phút}$ (theo KDIGO 2024).

2. Nhóm yếu tố ảnh hưởng lên tiến triển của bệnh thận mạn: 2 nhóm

a. Nhóm yếu tố không thay đổi được

- Tuổi: người lớn tuổi tiến triển nhanh hơn người trẻ.
- Giới tính: nam tiến triển bệnh thận nhanh hơn nữ.
- Chủng tộc: người da đen mắc bệnh đái tháo đường nguy cơ suy thận giai đoạn cuối tăng gấp 2-3 lần nhiều hơn người da trắng.
- Yếu tố di truyền: thận của trẻ sinh nhẹ cân (dưới 2500 gam); sinh nhiều tháng, thận của trẻ có mẹ bị bệnh hoặc dùng thuốc độc thận trong thai kỳ nhạy cảm với tổn thương hơn trẻ khác.
- Chức năng thận nền lúc phát hiện bệnh đã giảm.

b. Nhóm yếu tố có thể thay đổi được

- Mức protein niệu: càng nhiều thì tốc độ suy thận càng nhanh.
- Bệnh thận căn nguyên: Đái tháo đường, bệnh cầu thận có tiến triển suy thận nhanh hơn tăng huyết áp, bệnh ống thận mô kẽ.
- Mức độ tổn thương ống thận mô kẽ trên sinh thiết thận càng nhiều thì suy thận càng nhanh
- Tăng lipid máu.
- Hút thuốc lá làm thúc đẩy quá trình xơ hóa cầu thận, ống thận, và mạch máu

VI. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

Nhập viện khi có một trong các triệu chứng sau hoặc kết hợp

- Bệnh nhân mệt; buồn nôn; nôn
- Tăng huyết áp không kiểm soát được ở bệnh nhân suy thận mạn
- Vô niệu hoặc thiếu niệu
- Mệt; chóng mặt
- Mạch nhanh, HA tăng hoặc tụt
- XN bệnh viện huyện hoặc tại phòng khám Ure máu $\geq 30.0\text{mmol/l}$ và/hoặc K $> 5.0\text{mmol/l}$

VII. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

Sau khi hết một trong các triệu chứng sau

- Hết mệt; hết buồn nôn
- Kiểm soát được huyết áp
- Tiêu khoảng $\geq 1000\text{ml}/24\text{ giờ}$
- XN chức năng thận giảm và/hoặc ure máu giảm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Thận Tiết Niệu, 2016; Bộ Y Tế.
2. Hướng dẫn điều trị, quản lý bệnh thận mạn giai đoạn cuối trong dịch COVID - 19 Ban hành kèm theo Quyết định số 1470 /QĐ-BYT, ngày 6 tháng 3 năm 2021.
3. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh thận mạn và một số bệnh lý thận; Ban hành kèm QĐ số 2388/QĐ-BYT ngày 12 tháng 8 năm 2024.

4. KDIGO guidelines 2024. The clinical practice guidelines for evaluation and management for Chronic kidney disease, *Kidney International*

KHOA NHIỄM

PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH LIÊN CẦU LỢN

- Liên cầu lợn có tên khoa học là *Streptococcus suis* là tác nhân gây bệnh ở lợn và một số gia súc khác (trâu, bò, dê, ngựa, ...) mang mầm bệnh, đôi khi gây bệnh trên người.
- *Streptococcus suis* là cầu khuẩn Gram dương, dựa vào các polysaccharid vỏ vi khuẩn đã được xác định có 35 typ huyết thanh, gây bệnh cho người và lợn chủ yếu là typ 2.
- Bệnh ở lợn biểu hiện bằng viêm màng não, nhiễm khuẩn huyết, viêm phổi, viêm nội tâm mạc và viêm khớp. Bệnh ở lợn thường xuất hiện tản phát nhưng cũng có khi bùng phát thành dịch.
- Thông thường người bị nhiễm vi khuẩn do tiếp xúc trực tiếp với lợn ốm, lợn chết hoặc ăn tiết canh, thịt lợn ốm, thịt lợn chết chưa nấu chín.
- Ở người, vi khuẩn gây hai bệnh cảnh chính là viêm màng não và nhiễm khuẩn huyết, có thể gây sốc nhiễm khuẩn. Nếu không được phát hiện bệnh sớm và điều trị kịp thời thì người bệnh có thể tử vong.

I. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán dựa trên các yếu tố dịch tễ học, bệnh cảnh lâm sàng và xét nghiệm

1. Các yếu tố dịch tễ học: Khai thác tiền sử có phơi nhiễm trong vòng 10 ngày trước khi bệnh khởi phát:

- Tiếp xúc trực tiếp với lợn ốm, lợn chết hoặc lợn không rõ nguồn gốc trong quá trình chăn nuôi, vận chuyển buôn bán, giết mổ, chế biến thịt sống.
- Ăn thịt lợn ốm, lợn chết hoặc thịt lợn không rõ nguồn gốc chưa được nấu chín như thịt thủ luộc tái, lòng lợn và nội tạng trần, tiết canh, nem chạo, nem chua,
- Sống trong khu vực có dịch bệnh ở lợn và gia súc.

2. Lâm sàng

- Thời gian ủ bệnh: 1-3 ngày, có thể kéo dài tới 10 ngày.
 - Khởi phát cấp tính với các triệu chứng
 - Sốt cao có thể kèm theo rét run.
 - Mệt, đau mỏi người.
 - Đau đầu, buồn nôn và nôn.
 - Đau bụng, tiêu chảy.
 - Có thể mê sảng, ngủ gà, hôn mê.
 - Những trường hợp nhiễm khuẩn huyết có thể xuất huyết dưới da, ban xuất huyết hoại tử lan rộng ở mặt, ngực, chân, tay, hoại tử đầu chi.
 - Toàn phát: Bệnh biểu hiện dưới 2 thể lâm sàng chính:
 - Viêm màng não mủ:
 - + Hội chứng màng não: Đau đầu, nôn, cứng gáy, dấu hiệu Kernig dương tính.
 - + Chậm chạp, lú lẫn, hôn mê hoặc kích động, co giật.
 - + Dịch não tủy đục.
 - Nhiễm khuẩn huyết có sốc nhiễm khuẩn:
 - + Huyết áp tụt (huyết áp tối đa < 90 mmHg hoặc giảm 40 mmHg so với bình thường) hoặc kẹt (hiệu số giữa huyết áp tối đa và huyết áp tối thiểu ≤ 20 mmHg).
 - + Nhịp tim nhanh trên 100 lần/phút, mạch nhỏ, khó bắt.
 - + Vã mồ hôi, lạnh đầu chi, nổi vân tím trên da.
 - + Thiếu niệu hoặc vô niệu.
- + Các biểu hiện khác có thể gặp:
- * Xuất huyết dưới da, niêm mạc, nội tạng.
 - * Suy thận cấp.
 - * Suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS).

- * Vàng da, gan to.
- * Viêm mô tế bào, tắc mạch đầu chi.

3. Cận lâm sàng

a) Xét nghiệm máu

- Công thức máu:
- + Số lượng bạch cầu máu ngoại vi tăng, chủ yếu là bạch cầu đa nhân trung tính.
- + Tiểu cầu có thể hạ trong những trường hợp nặng.
- Xét nghiệm đông máu: Trong thể nhiễm khuẩn huyết có sốc nhiễm khuẩn có thể thấy:
- + Tỷ lệ prothrombin giảm.
- + Fibrinogen giảm.
- + APTT kéo dài.
- + Có thể có tình trạng đông máu nội mạch rải rác (DIC): tăng FDP hoặc D-dimer, tiểu cầu giảm $< 100.000/\text{mm}^3$, fibrinogen $< 1 \text{ g/lít}$.
- Sinh hoá máu: Trong thể nhiễm khuẩn huyết có sốc nhiễm khuẩn có thể thấy:
- + Tăng urê, tăng creatinin.
- + Tăng men gan (AST, ALT), CK.
- + Tăng bilirubin.
- + Giảm albumin.
- + Toan chuyển hoá (pH giảm, HCO_3^- giảm), tăng lactat.

b) Xét nghiệm dịch não tủy

- Sinh hoá: Protein tăng, thường trên 1 g/lít , glucose giảm, phản ứng Pandy dương tính.
- Tế bào: Tăng cao, thường trên 500 tế bào/mm^3 , chủ yếu bạch cầu đa nhân trung tính.

c) Xét nghiệm vi khuẩn

- Nhuộm Gram soi trực tiếp: Cầu khuẩn Gram dương xếp đôi hoặc xếp chuỗi.
- Nuôi cấy, phân lập và làm kháng sinh đồ dịch cơ thể (máu, dịch não tủy,...).
- Kỹ thuật PCR tìm các yếu tố độc lực đặc hiệu (cps2A, mrp, gapdh, sly, ef...) dương tính.

II. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

1. Bệnh do não mô cầu.
2. Viêm màng não mủ do các căn nguyên khác: Phế cầu, tụ cầu, các liên cầu khác.
3. Viêm não vi rút.
4. Nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn do các căn nguyên khác.
5. Sốt xuất huyết Dengue.
6. Các bệnh máu ác tính.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- a) Kết hợp chặt chẽ giữa điều trị bằng kháng sinh và điều trị hỗ trợ.
- b) Phát hiện sớm các biểu hiện nặng như sốc, rối loạn đông máu, suy đa phủ tạng để xử trí kịp thời.
- c) Cách ly bệnh nhân.

2. Điều trị cụ thể

a) Thể viêm màng não mủ đơn thuần:

- Kháng sinh: Vi khuẩn còn nhạy cảm với nhiều kháng sinh nhóm β lactam như Penicillin G, Ampicillin, các Cephalosporin thế hệ III, ...

Kháng sinh có thể dùng ban đầu là:

- + Ampicillin $2 \text{ g/lần} \times 6 \text{ lần}$, tiêm tĩnh mạch, cách 4 giờ một lần (trẻ em: 200 mg/kg/24 giờ), hoặc/và

+ Ceftriaxon 2g/lần x 2 lần, tiêm hoặc truyền tĩnh mạch, cách 12 giờ một lần (trẻ em: 100mg/kg/24 giờ).

Sau 2-3 ngày nên chọc dò dịch não tủy lại để đánh giá đáp ứng điều trị. Điều chỉnh kháng sinh theo kết quả kháng sinh đồ và đáp ứng lâm sàng.

Dùng kháng sinh cho đến khi xét nghiệm dịch não tủy trở về bình thường hoặc cho đủ 3 tuần.

- Điều trị hỗ trợ:

+ Hỗ trợ hô hấp: Những trường hợp hôn mê nên đặt ống nội khí quản sớm để bảo vệ đường thở và để thở máy khi cần.

+ Chống phù não: Mannitol 20% 0,5-1 g/kg truyền tĩnh mạch trong 20-30 phút, nhắc lại sau 6 giờ và cần theo dõi sát các triệu chứng lâm sàng.

+ Chống co giật: Dùng Diazepam 0,1 mg/kg/lần tiêm tĩnh mạch hoặc thụt hậu môn (đối với trẻ em). Sau 15 phút, nếu còn co giật thì dùng nhắc lại.

+ Chống viêm: Có thể dùng Methylprednisolone 0,5- 1 mg/kg/24 giờ hoặc một corticosteroid tương tự và nên dùng ngay trước khi dùng kháng sinh.

b) Thể nhiễm khuẩn huyết có sốc nhiễm khuẩn:

- Kháng sinh:

+ Sử dụng kháng sinh như trong thể viêm màng não mủ.

+ Chú ý điều chỉnh liều kháng sinh theo mức lọc cầu thận.

Điều chỉnh kháng sinh theo kết quả kháng sinh đồ và đáp ứng lâm sàng. Có thể phối hợp thêm kháng sinh phổ rộng khác tùy từng trường hợp cụ thể.

Đảm bảo thời gian dùng kháng sinh tối thiểu là trong 3 tuần.

- Điều trị hỗ trợ:

+ Hỗ trợ hô hấp: Đảm bảo oxy hoá máu ($SpO_2 > 92\%$) bằng thở oxy hoặc thông khí nhân tạo.

+ Đảm bảo khối lượng tuần hoàn bằng truyền dịch: Các dịch tinh thể (NaCl 0,9% ; ...) và/hoặc dịch keo (Haesteril 6% ; ...), đảm bảo albumin máu trên 35 g/lít.

+ Điều chỉnh điện giải và thăng bằng kiềm toan.

+ Khi áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP) > 12 cmH₂O mà huyết áp còn thấp (Huyết áp tâm thu dưới 90 mmHg) thì dùng thêm các thuốc vận mạch như Dopamin (hoặc Noradrenalin), Dobutamin.

+ Có thể dùng Methylprednisolone với hàm lượng như trên. Cần theo dõi đường máu và tình trạng xuất huyết tiêu hoá.

+ Ở những nơi có điều kiện nên chỉ định lọc máu liên tục sớm.

+ Suy thận: Dùng thuốc lợi niệu như furosemid khi duy trì được huyết áp tối đa > 90 mmHg, chạy thận nhân tạo nếu có chỉ định.

+ Ổn định đường huyết 6-7 mmol/l.

+ Dự phòng loét stress: Dùng thuốc giảm tiết acid dịch vị kết hợp thuốc băng niêm mạc dạ dày.

+ Truyền plasma tươi và khối tiểu cầu khi cần thiết. Duy trì tỷ lệ prothrombin $> 50\%$ và số lượng tiểu cầu $> 60.000/mm^3$.

+ Khi có xuất huyết mức độ nặng, hemoglobin < 70 g/l cần truyền khối hồng cầu.

+ Thận trọng dùng thuốc hạ sốt ở bệnh nhân tăng men gan.

3. Theo dõi và chăm sóc

a) Theo dõi

- Các trường hợp nặng phải theo dõi điều trị tại buồng cấp cứu.

- Theo dõi các dấu hiệu: Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2 , nước tiểu.

- Theo dõi tri giác bằng thang điểm Glasgow.

- Theo dõi tình trạng xuất huyết niêm mạc và nội tạng.
- Đối với các trường hợp viêm màng não, cần theo dõi các dấu hiệu tăng áp lực nội sọ: Đau đầu, nôn vọt, tri giác xấu đi, mạch chậm, huyết áp tăng, đồng tử co giãn bất thường.

b) Chăm sóc

- Tư thế bệnh nhân: Bệnh nhân viêm màng não nên để ở tư thế đầu cao chênh 30⁰ so với thân. Bệnh nhân sốc cần để ở tư thế nằm đầu ngang bằng so với thân.
- Đảm bảo hô hấp: Cho bệnh nhân thở oxy nếu có chỉ định. Hút đờm rãi đảm bảo thông thoáng đường thở.
- Đảm bảo dinh dưỡng: Nếu bệnh nhân không ăn được cần chủ động cho ăn qua ống thông dạ dày, đủ năng lượng và cân đối vi chất.
- Vệ sinh các hốc tự nhiên và thay đổi tư thế nằm, vận động trị liệu, chống loét.

IV. PHÒNG BỆNH

- Phối hợp với ngành thú y kiểm soát bệnh trên lợn, kiểm soát chăn nuôi và giết mổ lợn.
- Người có vết thương ở chân, tay không được tham gia giết mổ lợn.
- Sau khi tham gia giết mổ lợn phải rửa sạch tay bằng các loại dung dịch sát khuẩn.
- Không tiếp xúc trực tiếp với lợn ốm hoặc lợn chết.
- + Khi xử lý lợn ốm, lợn chết phải sử dụng trang bị phòng hộ: găng tay, ủng, khẩu trang, ...
- + Không chế biến để ăn thịt lợn ốm, thịt lợn chết và thịt lợn không rõ nguồn gốc.
- Không ăn thịt lợn chưa được nấu chín như thịt thủ luộc tái, lòng lợn và nội tạng trần, tiết canh, nem chua, nem chạo, ...
- Hiện chưa có vắc xin phòng bệnh cho người. Không có chỉ định dùng kháng sinh dự phòng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Chẩn đoán, điều trị bệnh do liên cầu lợn (*streptococcus suis*) ở người (Ban hành kèm theo Quyết định số: 3065/QĐ-BYT ngày 16 tháng 8 năm 2007 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

KHOA KHÁM BỆNH

CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VÀ PHÒNG BỆNH ẬU TRÙNG GIUN ĐŨA CHÓ/MÈO

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh ấu trùng giun đũa chó/mèo là bệnh ký sinh trùng lây truyền từ động vật sang người do loài giun đũa chó (*Toxocara canis*) hoặc giun đũa mèo (*Toxocara cati*) gây nên. Bệnh có thể gặp ở bất kỳ lứa tuổi, giới tính nào và biểu hiện lâm sàng từ thể ấu trùng di chuyển trong da đến thể nặng ở các cơ quan như phổi, mắt, gan và hệ thần kinh của người.

1. Tác nhân: Ấu trùng giun đũa chó/mèo (*Toxocara canis*/*Toxocara cati*).

2. Nguồn bệnh

Nguồn bệnh hay ổ chứa chính là chó, mèo nhiễm giun *Toxocara* spp., đặc biệt chó con là ổ chứa nguy cơ cao nhất cho người. Ngoài ra, một số động vật khác (gà, vịt, trâu, bò, cừu, thỏ) có thể mang nguồn bệnh với tỷ lệ thấp hơn.

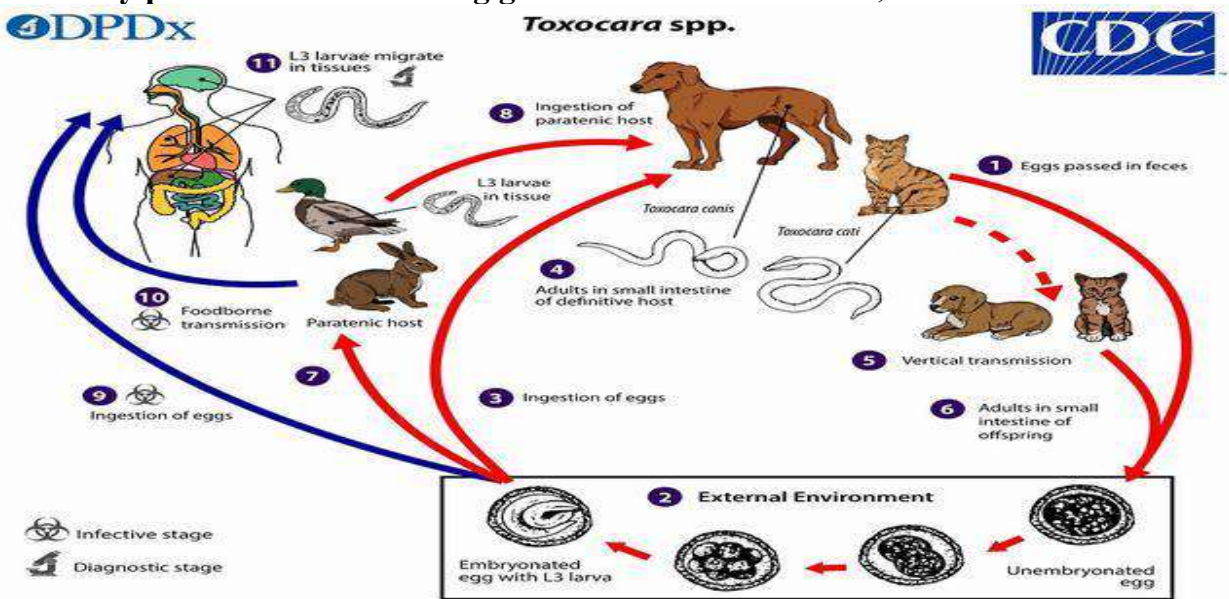
3. Phương thức lây truyền

- Người ăn phải thực phẩm, nước uống bị nhiễm trứng giun đũa chó/mèo.
- Người ăn phủ tạng hay thịt sống/chưa chế biến chín của một số vật chủ chứa mầm bệnh như gà, vịt, trâu, bò, cừu, thỏ.
- Bệnh không lây truyền trực tiếp từ người sang người.

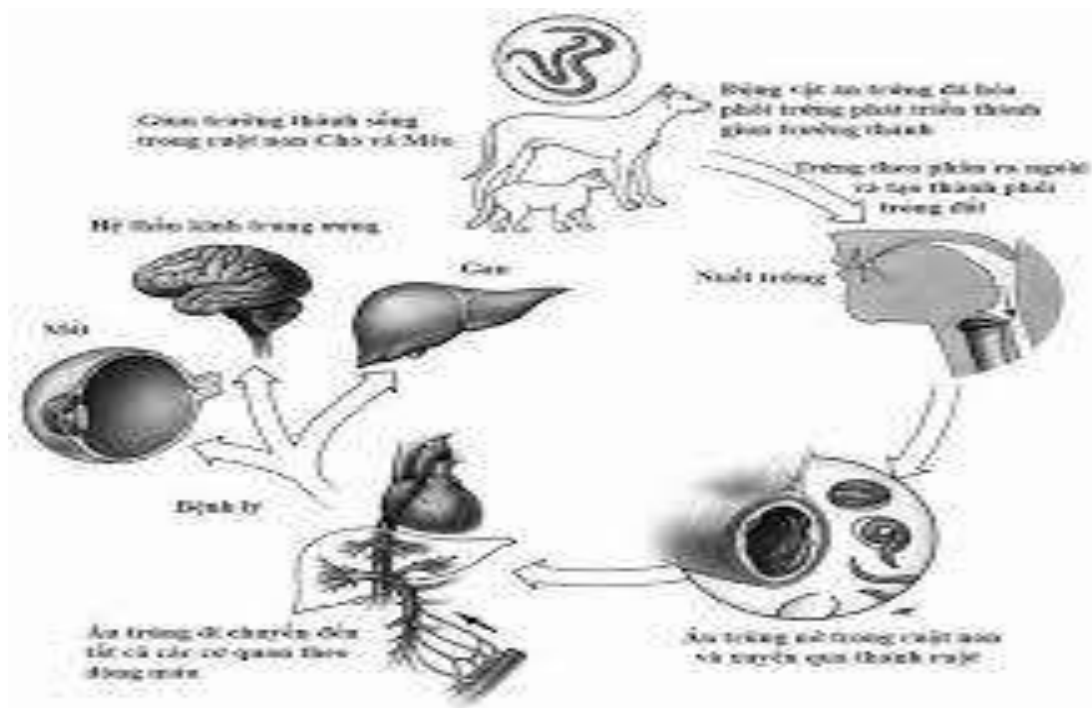
4. Tính cảm nhiễm và miễn dịch

Tất cả mọi người, cả hai giới đều có thể bị nhiễm và dễ bị tái nhiễm khi sống trong môi trường có bệnh lưu hành.

5. Chu kỳ phát triển của ấu trùng giun đũa chó/mèo: Hình 1, hình 2.



Hình 1: Chu kỳ phát triển của ấu trùng giun đũa chó/mèo



Hình 2: Chu trình ấu trùng giun đũa chó/mèo trong cơ thể người

II. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

1. Thể thông thường: Các triệu chứng không quá rầm rộ, có thể gặp như

- Ngứa, nổi mẩn;
- Đau đầu;
- Đau bụng;
- Ho;
- Rối loạn giấc ngủ;
- Thay đổi hành vi.

2. Thể ấu trùng di chuyển ở mắt: Thể mắt ít gặp, thường bị ở một bên mắt. Triệu chứng bao gồm:

- Giảm thị lực;
- U hạt: u hạt cực sau, u hạt ngoại vi;
- Viêm nội nhãn,
- Tổn thương võng mạc, viêm kết giác mạc, viêm màng bồ đào
- Mất thị lực hoàn toàn.

3. Thể ấu trùng di chuyển nội tạng

Ấu trùng có thể di chuyển đến nhiều cơ quan khác nhau như tim, phổi và gan. Thể nội tạng gặp nhiều ở trẻ em dưới 7 tuổi. Các triệu chứng lâm sàng khá đa dạng phụ thuộc vào số lượng và vị trí cơ quan bị ký sinh, thường gặp là:

- Đau bụng mãn tính, gan to, tiêu chảy, nôn;
- Hen phế quản: Khò khè, ho khan, khó thở;
- Tức ngực;
- Sốt, đau đầu, mệt mỏi, sút cân;
- Mẩn ngứa, nổi ban.

4. Thể ấu trùng di chuyển đến hệ thần kinh

Đây là thể bệnh nguy hiểm so với các thể khác. Các triệu chứng không đặc hiệu, mức độ biểu hiện phụ thuộc vào vị trí tổn thương ở hệ thần kinh như:

- Sốt;

- Đau đầu;
- Co giật.

III. CẬN LÂM SÀNG

1. Xét nghiệm

- ELISA: Xét nghiệm phát hiện có kháng thể IgG kháng kháng nguyên tiết của *Toxocara* spp. trong huyết thanh hoặc dịch nội nhãn.
- Công thức máu: Bạch cầu ái toan trong máu tăng > 7% (hoặc > 500 tế bào/ μ l máu).
- Xét nghiệm máu lắng: tăng
- CRP (C Reaction Protein): tăng
- Xét nghiệm định lượng IgE: tăng
- Xét nghiệm phân: tìm các ký sinh trùng khác để chẩn đoán loại trừ.
- Sinh thiết tổ chức: Xác định mô bệnh học của tổn thương nhiễm ấu trùng giun đũa chó/mèo hoặc xác định được ấu trùng, thường có thâm nhiễm bạch cầu ái toan.
- Sinh học phân tử: Phát hiện đoạn gen đặc hiệu của ấu trùng giun đũa chó/mèo trong bệnh phẩm sinh thiết.

2. Chẩn đoán hình ảnh

- Chụp X-quang phổi: Có hình ảnh tổn thương nhu mô phổi, các vết thâm nhiễm phổi.
- Chụp cắt lớp vi tính (CT scanner): Có hình ảnh thay đổi tỷ trọng tương ứng với vùng tổn thương.
- Chụp MRI các cơ quan nghi tổn thương: phát hiện thay đổi tín hiệu tương ứng các vùng tổn thương.
- Siêu âm ổ bụng, siêu âm đầu dò nông: Phát hiện tổn thương các tạng trong ổ bụng hoặc phần mềm dưới da. Các tổn thương ở tạng dưới dạng nốt < 3cm, giảm âm không đồng nhất, có thể có các chấm tăng âm không kèm bóng cản bên trong, tổn thương bờ khá đều, ranh giới rõ, không tăng sinh mạch, có vỏ xơ mảnh xung quanh. Dưới da là các tổn thương thâm nhiễm, có thể khu trú tùy giai đoạn.
- Soi đáy mắt: Dấu hiệu xơ võng mạc, vết “chân vịt”, có thể thấy hình ảnh ấu trùng ở đáy mắt.

IV. CHẨN ĐOÁN

1. Trường hợp bệnh nghi ngờ

Là trường hợp có tiền sử dịch tễ tiếp xúc với chó/mèo hoặc các yếu tố nguy cơ và có các triệu chứng sau:

- Ngứa, nổi mẩn;
- Đau đầu, đau bụng, khó tiêu;
- Đau nhức mỏi, tê bì;
- Sốt, thờ khò khè;
- Có thể kèm theo một hoặc các triệu chứng sau: Gan to, viêm phổi, đau bụng mãn tính, rối loạn thần kinh khu trú, tổn thương ở mắt, giảm thị lực, tổn thương võng mạc.

2. Trường hợp bệnh xác định

Là trường hợp bệnh nghi ngờ và có một trong các xét nghiệm sau:

- Tìm thấy ấu trùng giun đũa chó/mèo.
- Phát hiện đoạn gen đặc hiệu của ấu trùng bằng sinh học phân tử.
- Xác định được kháng thể kháng giun đũa chó/mèo bằng ELISA.
- Bạch cầu ái toan tăng hoặc
- Có tổn thương nghi ngờ trên chẩn đoán hình ảnh.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm da cơ địa;
- Viêm da tiếp xúc;

- Bệnh ấu trùng di chuyển dưới da do ấu trùng giun móc/mỏ, giun lợn;
- Sán lá gan lớn;
- Ấu trùng sán lợn;
- Nhiễm các loại giun tròn đường ruột khác.

V. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

Điều trị thuốc đặc hiệu phối hợp với điều trị triệu chứng.

2. Điều trị đặc hiệu

Sử dụng một trong các thuốc theo thứ tự ưu tiên như sau:

2.1. **Phác đồ 1:** Albendazol (viên nén 200mg và 400mg)

a) Liều dùng:

- Người lớn 800mg/ngày/người, chia 2 lần/ngày.
- Trẻ em > 1 tuổi: 10 - 15mg/kg/ngày (tối đa 800mg), chia 2 lần/ngày.

b) Điều trị theo thể bệnh:

- Đối với thể thông thường: mỗi đợt 14 ngày.
- Đối với thể nội tạng, mắt, thần kinh: mỗi đợt 21 ngày. Đối với thể mắt có thể cho bệnh nhân khám chuyên khoa mắt để phẫu thuật theo chỉ định.

c) Chống chỉ định của albendazol:

- Người có tiền sử quá mẫn với benzimidazol.
- Phụ nữ có thai hoặc đang cho con bú.
- Trẻ em < 1 tuổi.
- Người có tiền sử nhiễm độc tủy xương.

d) Lưu ý:

- Thận trọng khi dùng albendazol với người suy gan, suy thận.
- Các tác dụng không mong muốn của albendazole, trong đó có giảm bạch cầu hạt, mắt bạch cầu hạt, giảm các loại huyết cầu và ảnh hưởng chức năng gan khi dùng kéo dài. Do đó, cần làm xét nghiệm công thức máu và chức năng gan (các transaminase) khi bắt đầu mỗi chu kỳ điều trị và ít nhất 2 tuần một lần trong khi điều trị. Nếu enzyme gan tăng nhiều, nên ngừng dùng Albendazol. Sau đó có thể tiếp tục điều trị nếu enzyme gan trở về mức trước khi điều trị, nhưng cần xét nghiệm thường xuyên hơn khi tái điều trị.

2.2. **Phác đồ 2:** Thiabendazol (viên nén 500 mg)

a) Liều dùng: 2 lần/ngày x 7 ngày, theo cân nặng bệnh nhân (xem bảng)

b) Điều trị theo thể bệnh: áp dụng với thể nội tạng và thể thông thường

Bảng liều dùng Thiabendazol (viên nén 500 mg) theo cân nặng người bệnh

Cân nặng (kg)	Liều dùng		Một số lưu ý
	Giờ 0	Giờ thứ 12	
13.6 - < 22.6	250mg	250mg	<ul style="list-style-type: none"> - Không điều trị quá 7 ngày. - Không dùng vượt 3000mg/ngày.
22.6 - < 34.0	500mg	500mg	
34.0 - < 45.0	750mg	750mg	
45.0 - < 56.0	1.000mg	1.000mg	
56.0 - < 68.0	1.250mg	1.250mg	
≥ 68.0	1.500mg	1.500mg	

c) Chống chỉ định: quá mẫn với các thành phần của thuốc.

d) Thận trọng:

- Người bị suy gan, suy thận;
- Phụ nữ có thai 3 tháng đầu và đang cho con bú;
- Không dùng thuốc khi vận hành máy móc, lái tàu, xe;

- Trẻ em dưới 12 tháng tuổi hoặc trọng lượng cơ thể dưới 13,6 kg.

2.3. Phác đồ 3: Ivermectin (viên nén 3mg và 6mg)

a) Liều dùng: người lớn và trẻ em ≥ 5 tuổi: 0,2mg/kg x 01 liều/ngày x 1-2 ngày;

b) Điều trị theo thể bệnh:

+ Đối với thể ấu trùng do chuyển trong da và mô mềm, thuốc đáp ứng tốt với liều khuyến cáo và có thể dùng lặp lại (nếu chưa khỏi).

+ Đối với thể ấu trùng di chuyển ở mắt, phủ tạng cần cân nhắc điều trị ivermectin. Có thể dùng sau hay dùng đồng thời với thuốc chống viêm corticosteroide để giảm tình trạng lâm sàng của bệnh nhân bộc phát nặng. Kết hợp điều trị triệu chứng.

c) Chống chỉ định:

+ Bệnh nhân mẫn cảm với bất cứ thành phần nào của thuốc.

+ Bệnh nhân bị viêm màng não.

+ Phụ nữ có thai, hoặc phụ nữ đang cho con bú.

+ Trẻ em dưới 5 tuổi hoặc cân nặng < 15 kg.

d) Chú ý khi dùng thuốc:

+ Thuốc được dùng xa bữa ăn, trước hoặc sau ăn 1-2 giờ;

+ Thận trọng khi dùng cho người lái xe hoặc vận hành máy móc.

+ Một số tác dụng ngoại ý khi dùng ivermectin gồm sốt, ngứa, ban đỏ da, đau khớp, đau cơ, đau hạch, nhịp tim nhanh,...

3. Điều trị triệu chứng

Tùy theo triệu chứng lâm sàng để chỉ định các thuốc điều trị phù hợp:

- Ngứa, mào đay: sử dụng các thuốc kháng histamine cho đến khi hết triệu chứng;

- Sốt: thuốc hạ sốt và hạ sốt cơ học;

- Thuốc hỗ trợ: men vi sinh, vitamin tổng hợp, bổ gan, viên sắt tùy theo triệu chứng.

4. Điều trị ngoại khoa

Trong trường hợp bệnh ấu trùng di chuyển ở da, mô mềm, ở mắt có thể có chỉ định ngoại khoa.

5. Theo dõi sau điều trị

Tổ chức điều trị cho bệnh nhân tối đa 3 đợt, mỗi đợt cách nhau 1 tháng. Sau mỗi đợt cần đánh giá lại các chỉ số: triệu chứng lâm sàng, ELISA, công thức máu, chức năng gan thận, nếu cải thiện rõ có thể dùng điều trị. Nếu không thì tiếp tục các đợt 2, 3 với liều lượng tương tự đợt 1. Sau ba đợt điều trị nếu các triệu chứng vẫn không đỡ cần xem lại chẩn đoán, làm thêm hoặc làm lại các xét nghiệm để có hướng chẩn đoán và điều trị khác phù hợp hơn.

VI. TIÊU CHUẨN KHỎI BỆNH

- Các triệu chứng lâm sàng giảm hoặc hết sau điều trị;

- Xét nghiệm ELISA có hiệu giá kháng thể giảm hoặc trở về âm tính;

- Tỷ lệ bạch cầu ái toan, IgE toàn phần giảm hoặc trở về giá trị bình thường.

VII. PHÒNG BỆNH

- Tẩy giun định kỳ cho chó, mèo. Với chó, mèo con, cần tẩy giun liều đầu tiên ngay khi chúng mới sinh ra 2-3 tuần tuổi (vì chó, mèo con có thể nhiễm giun từ mẹ trước hoặc sau sinh, hoặc qua đường sữa và chó con thường đào thải trứng nhiều trong môi trường), tẩy 3 lần cách nhau mỗi 2 tuần và sau đó nhắc lại 6 tháng một lần. Dùng thuốc chống giun dự phòng định kỳ, kể cả chó con và chó cái mang thai để hạn chế lan truyền bệnh;

- Vệ sinh phòng bệnh: Vệ sinh môi trường đặc biệt là khu vực có phân chó, phân mèo, khu vực trong nhà và khu vực vui chơi của trẻ em;

- Thu dọn, loại bỏ ngay các phân các thú cưng để ngăn ngừa trứng từ các con vật nhiễm.

- Rửa sạch tay sau khi sờ hay chơi với các thú cưng và vật nuôi trong nhà, hoặc sau khi phơi nhiễm với các nơi nguy cơ nhiễm.
- Xây dựng nếp sống vệ sinh cá nhân tốt: rửa tay thường xuyên bằng xà phòng trước khi ăn, đảm bảo ăn chín, uống chín. Cọ, rửa sạch nơi vui chơi của trẻ em.
- Tuyên truyền giáo dục, nâng cao ý thức vệ sinh cá nhân và cộng đồng, bảo vệ môi trường không bị nhiễm phân chó, mèo./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 1385/QĐ-BYT ngày 30 tháng 05 năm 2022 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và phòng bệnh ấu trùng giun đũa chó/mèo.

KHOA
Y DƯỢC CỔ TRUYỀN

CẢM MẠO (CHỨNG NGOẠI CẢM)

I. ĐẠI CƯƠNG

Cảm là một loại bệnh phức tạp do vi rút hoặc thời tiết bất thường xảy ra. Nặng nhất là cúm, các triệu chứng gồm:

- Ón lạnh hoặc sốt.
- Ho hắt hơi, sổ mũi.
- Nhức đầu, đau mình mẩy, uể oải, mệt mỏi.

Theo Y học cổ truyền: Cảm là do cảm nhiễm tà khí bốn mùa gây ra mà chủ yếu ở đây là phong, có hai thể:

- Phong hàn: nhức đầu, ón lạnh, sợ gió, hắt hơi, ghẹt mũi hay sổ mũi, ho chảy nước mắt, rêu lưỡi trắng mỏng, mạch phù.
- Phong nhiệt: nhức đầu, đau mình mẩy, ho sốt, mũi khô, khát nước, tiểu vàng, đại tiện táo, rêu lưỡi vàng, mạch phù sắc.

II. CÁC THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ

Bệnh cảm mạo gồm các thể lâm sàng điển hình như Phong hàn chứng, Phong nhiệt chứng, Thử thấp chứng, Biểu hàn lý nhiệt chứng. Ngoài ra, do tổ thể suy nhược, khí suy âm hư mà còn gặp các thể lâm sàng phức tạp như Khí suy cảm mạo, Âm hư cảm mạo.

1. Thể phong nhiệt

1.1. Triệu chứng: Nghẹt mũi, khan tiếng, hắt hơi, nước mũi đặc, ho đàm đặc, sốt ít hoặc sốt cao hơi sợ lạnh, đồ mồ hôi, miệng khô, mạch phù sắc.

1.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Biểu thực nhiệt.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân (phong, nhiệt).

1.3. Pháp: Sơ phong thanh nhiệt, tuyên thông phế khí.

1.4. Phương:

1.4.1. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong: Ngân kiều tán

Kim ngân hoa	30g
Liên kiều	30g
Cát cánh	18g
Ngưu bàng tử	18g
Cát cánh	18g
Bạc hà	18g
Lô căn	18g
Kinh giới	12g
Trúc diệp	12g
Đạm đậu xị	15g
Cam thảo	15g

Cách dung: Tán bột trộn đều mỗi ngày dùng 18g, chia 2 lần uống. Hoặc sắc thuốc thang ngày 1-2 thang, chia làm 2-4 lần uống.

1.4.2. Điều trị không dùng thuốc:

- Châm: Châm tả các huyết: Bách hội, thượng tinh, phong trì, thái dương, phong môn, khúc trì, phong phủ, trung phủ, xích trạch.

. Liệu trình: Châm 1 lần/ngày x 15 – 30 phút 1 lần. Một liệu trình từ 15 đến 20 ngày tùy theo mức độ bệnh.

- Thủy châm: Sử dụng thuốc theo y lệnh, có chỉ định tiêm bắp. Thủy châm các huyết: Khúc tri, Phong tri, túc tam lý, đại trùy. Thủy châm một ngày một lần, mỗi lần thủy châm vào 2-3 huyết. Một liệu trình điều trị từ 5 -10 lần, có thể tiến hành 2-3 liệu trình liên tục
Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

2. Thể phong hàn

2.1. Triệu chứng: Người bệnh ho, đờm trong loãng, sắc trắng, dễ khạc, kèm theo tắc mũi, chảy nước mũi trong. Toàn thân: sốt, sợ lạnh, đau đầu, cảm giác mỗi người, không ra mồ hôi, khản tiếng, rêu lưỡi trắng mỏng, mạch phù.

2.2. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán bát cương: Biểu thực hàn
- Chẩn đoán tạng phủ/ kinh lạc: kinh và tạng Phế
- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân (phong, hàn).

2.3. Pháp điều trị: Sơ tán phong hàn, tuyên phế hóa đàm.

2.4. Phương

2.4.1. Điều trị bằng thuốc:

* Thuốc uống trong: Kinh phòng bài độc tán.

Phòng phong	4,5g
Xuyên khung	4,5g
Kinh giới	4,5g
Khương hoạt	4,5g
Cát cánh	4,5g
Phục linh	4,5g
Độc hoạt	4,5g
Sài hồ	4,5g
Chi xác	4,5g
Tiền hồ	4,5g
Cam thảo	1,5g

Tất cả các dược liệu cho vào nồi, sắc 600ml nước còn 200ml, uống ngày 02 lần.

Người lớn : 03 lần/ngày.

Trẻ em: 04-05 lần/ngày.

Ngoài ra người bệnh có thể ăn cháo hành, tiêu giải cảm. Hoặc có thể cho tất cả vị thuốc trên vào nồi xông làm cho ra mồ hôi.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- Hoặc dùng bài thuốc Nam: Tô diệp 20g, Lá xương sông 12g, Sinh khương 08g, Lá hẹ 12g, Kinh giới 08g. Sắc uống ngày 01 thang, chia 2 lần.

2.4.2. Điều trị không dùng thuốc:

- Châm tả các huyết: Phong môn, Hợp cốc Khúc tri, Ngoại quan , Xích trạch, Thái uyên .
Liệu trình: Châm 1 lần/ngày x 15 – 30 phút 1 lần. Một liệu trình từ 15 đến 20 ngày tùy theo mức độ bệnh.

- Cảm mạo phong hàn cứu các huyết: Phong tri, thái dương, phong môn, hợp cốc.

Nếu ngạt mũi, sổ mũi cứu: Quyền liêu, nghinh hương, liệt khuyết.

Nếu ho nhiều cứu: Thiên đột, khí xá, xích trạch.

- Mỗi huyết cứu 10-15 phút.

- Cứu một ngày 1 đến 2 lần, một liệu trình điều trị từ 5-10 lần, có thể tiến hành 2-3 liệu trình điều trị. Ngoài ra cần: Kết hợp các khoa lâm sàng khi có nhu cầu hỗ trợ.

3. Thể thử thấp

2.1. Triệu chứng: Sốt, ra nhiều mồ hôi nhưng không hết sốt, nghẹt mũi, nước mũi đục dơ, chóng mặt đau căng đầu, nặng nề lưỡi biếng, tức ngực bứt rứt muốn ổi, rêu vàng dơ, mạch hoạt sắc

2.2. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán bát cương: Biểu thực

- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân (phong, thử thấp).

2.3. Pháp điều trị: thanh thử, khứ thấp, giải biểu.

2.4. Phương

2.4.1. Điều trị bằng thuốc:

* Thuốc uống trong:

- Cô phương: Tân gia hương nhu ẩm.

Hương nhu 8g

Kim ngân hoa 12g

Bạch biển đậu 12g

Liên kiều 8g

Hậu phát 8g

Tất cả các dược liệu cho vào nồi, sắc 600ml nước còn 200ml, uống ngày 02 lần.

2.4.2. Điều trị không dùng thuốc:

- Châm tả các huyệt: Phong môn, Hợp cốc, Khúc trì, Ngoại quan, Xích trạch, Thái uyên, Phong long, Túc tam lý. Liệu trình: Châm 1 lần/ngày x 15 – 30 phút 1 lần. Một liệu trình từ 15 đến 20 ngày tùy theo mức độ bệnh.

III. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

- Nghỉ ngơi hợp lý.

- Thuốc: Paracetamol 500mg 2-3 viên/ ngày
Vitamin C 500 mg 1v x 2 lần/ngày

IV. PHÒNG BỆNH

- Tránh nhiễm lạnh, tránh những nơi gió lùa, giữ ấm vùng cổ về mùa đông.

- Thông thường cảm mạo là chứng bệnh tương đối nhẹ cần kịp thời xử trí thích đáng sẽ nhanh khỏi, đối với người già trẻ nhỏ cần theo dõi đề phòng biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình, kỹ thuật trong châm cứu của Bộ Y Tế.

2. Nội bệnh lý Y học cổ truyền (Trường đại học Y dược Cần Thơ).

3. Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam GS. Đỗ Tất Lợi (nxb khoa học kỹ thuật 1

4. Giáo trình Phương Tễ Học Trường Đại học Y dược TP HCM (NXB Y Học)

TIỂU ĐƯỜNG (TIỂU KHÁT)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: tiểu đường là một bệnh rối loạn biến dưỡng bao gồm giảm dung nạp đối với chất carbohydrate khiến đường huyết tăng cao, kèm với những rối loạn biến dưỡng khác.

Đường huyết khi đói > 140 mg/ 100 ml.

Đường huyết 2 giờ sau ăn > 200 mg/ 100 ml.

Đường trong nước tiểu (+).

- Lâm sàng: xét nghiệm

+ Glucose trong máu khi đói

+ Glucose máu bất kỳ

+ Nghiệm pháp dung nạp Glucose với 75 gam glucose uống

+ HbA1c

Tiểu đường phụ thuộc Insulin.

Tiểu đường không phụ thuộc Insulin.

- Biến chứng:

Biến chứng cấp tính:

+ Hôn mê do nhiễm cetone acid thường gặp trong bệnh nhân tiểu đường phụ thuộc insulin.

+ Hôn mê do tăng áp lực thẩm thấu thường gặp trên bệnh nhân tiểu đường không phụ thuộc insulin.

Biến chứng lâu dài:

+ Mạch máu lớn:

Gây xơ cứng động mạch ở mạch máu ngoại biên, có thể gây ra tình trạng điếc, liệt, hoại thư, bất lực ở nam.

Bệnh mạch vành, tai biến mạch máu não, nhồi máu cơ tim.

Siêu âm động mạch cảnh, siêu âm tĩnh mạch chi.

+ Mạch máu nhỏ: biến chứng trên võng mô ở mắt gây mù. Siêu âm đáy mắt

+ Biến chứng thận: thường gặp, gây tử vong cao. Xét nghiệm urê, creatinin

+ Biến chứng thần kinh: gây viêm đa dây thần kinh ngoại biên.

+ Biến chứng nhiễm trùng: da, đường tiểu, hô hấp, sinh dục.

- **Theo y học cổ truyền:** Bệnh tiểu đường thuộc phạm vi chứng Tiêu khát của y học cổ truyền với 03 triệu chứng: ăn nhiều, uống nhiều, khát nhiều.

- Do ăn nhiều chất béo, ngọt, do sang chân tinh thần.

II. CÁC THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Thể thận âm hư

Tiểu nhiều, đục như cao, hoặc có vị ngọt, đau thắt lưng gối, uể oải, hoa mắt ù tai, miệng môi khô khốc, da khô ngứa, lưỡi đỏ ít rêu, mạch tế sác.

- Phép trị: bổ thận âm sinh tân.

Thuốc Thành phẩm:

Bát trân, uống mỗi lần 2-3 v, ngày 2 lần,

Hoạt huyết thông mạch, ngày uống 2-3 lần, mỗi lần 25-30 ml, uống sau bữa ăn.

Lục vị, uống mỗi lần 3-4v, ngày 2 lần.

Flavital , uống ngày 4v, ngày 2 lần, uống vào lúc đói.

Mộc hoa trắng, uống mỗi lần 3-4v, ngày 2 lần, hoặc

Didala 4-6v/ngày, chia làm 2-3 lần. Superyin, 2-3v/lần, ngày 2-3 lần.

Viên sáng mắt, uống ngày 03 lần, mỗi lần 01 viên (Mạch máu nhỏ: biến chứng trên võng mô ở mắt gây mù).

Hoặc Thuốc thang:

Thục địa	12g	bổ thận âm
Hoài sơn	10g	bổ thận âm
Sơn thù	08g	bổ thận âm
Đơn bì	08g	bổ thận âm
Phục linh	08g	bổ thận âm
Trạch tả	08g	bổ thận âm
Thạch斛	10g	trợ dương
Kỷ tử	08g	trợ dương
Thiên hoa phấn	12g	sinh tân
Sa sâm	10g	sinh tân

Tất cả các dược liệu rửa sạch cho vào nồi, cho vào 600 ml nước, sắc còn 200 ml, chia 02-03 lần/ngày.

2. Thể vị âm hư: Ăn nhiều mau đói, miệng khát, tiểu nhiều, hình thể gầy ốm, đại tiện khô táo, rêu lưỡi vàng, mạch hoạt thực.

- Phép trị: thanh vị tả hỏa, dưỡng vị sinh tân

Thuốc Thành phẩm:

Hương sa lục quân, uống mỗi lần 2-3v, ngày 2-3 lần

Hoạt huyết thông mạch, ngày uống 2-3 lần, mỗi lần 25-30 ml, uống sau bữa ăn.

Thập toàn đại bổ, uống mỗi lần 8-10v, ngày uống 2 lần.

Mộc hoa trắng, uống mỗi lần 3-4v, ngày 2 lần, hoặc

Didala 4-6v/ngày, chia làm 2-3 lần.

Viên sáng mắt, uống ngày 03 lần, mỗi lần 01 viên (Mạch máu nhỏ: biến chứng trên võng mô ở mắt gây mù).

Hoặc Thuốc thang:

Huyền âm	10g	bổ âm
Sinh địa	10g	bổ âm
Thiên hoa phấn	12g	sinh tân
Mạch môn	10g	sinh tân
Hoàng liên	08g	dưỡng vị

Tất cả các dược liệu rửa sạch cho vào nồi, cho vào 600 ml nước, sắc còn 200 ml, chia 02-03 lần/ngày.

3. Thể Phế âm hư: Phiền khát uống nhiều, miệng lưỡi khô táo, tiểu nhiều, đầu và rìa lưỡi đỏ, rêu vàng, mạch hồng sắc.

- Phép trị: dưỡng âm nhuận phế.

Thuốc Thành phẩm:

Hoạt huyết thông mạch, ngày uống 2-3 lần, mỗi lần 25-30 ml, uống sau bữa ăn.

Thập toàn đại bổ, uống mỗi lần 8-10v, ngày uống 2 lần.

Mộc hoa trắng, uống mỗi lần 3-4v, ngày 2 lần, hoặc

Didala 4-6v/ngày, chia làm 2-3 lần.

Hamov, mỗi lần 2-3v, ngày 2-3 lần, uống sau bữa ăn.

Viên sáng mắt, uống ngày 03 lần, mỗi lần 01 viên (Mạch máu nhỏ: biến chứng trên võng mô ở mắt gây mù)

Hoặc Thuốc thang:

Thiên hoa phấn	12g	dưỡng âm, sinh tân
Mạch môn	10g	dưỡng âm, sinh tân
Sinh địa	10g	dưỡng âm
Gạo nếp	08g	dưỡng âm

Ngũ vị tử	08g	nhuận phế
Cam thảo	06g	hòa vị.

Tất cả các dược liệu rửa sạch cho vào nồi, cho vào 600 ml nước, sắc còn 200 ml, chia 02-03 lần/ngày.

Hoặc Bài thuốc nam thường dùng

Mắc cỡ gai	12g	Rau trai	10g
Cau tươi	01 trái	Râu mèo	10g
Ké đầu ngựa	12g	Cườm gạo	12g
Cỏ mực	12g	Rễ cỏ tranh	12g
Hắc sủu	10g	Xương bồ	04g
Vông nem	10g	Rau nhúc	12g
Cam thảo đất	06g.		

Tất cả các dược liệu rửa sạch cho vào nồi, cho vào 600 ml nước, sắc còn 200 ml, chia 02-03 lần/ngày.

2. Điều trị bằng laser châm

Chỉ định:

- Chống viêm các loại bao gồm: viêm cấp tính, bán cấp hay mạn tính, viêm của tổ chức phần mềm (da, cơ), xương khớp, nội tạng.....
- Giảm đau: đau do chấn thương, đau do thần kinh, đau xương khớp, đau điểm,...
- Kích thích tái tạo mô, làm nhanh liền sẹo vết thương, vết loét.
- Điều hòa tuần hoàn và hoạt hóa hệ thần kinh trung ương (laser nội mạch).
- Điều trị trên huyết đạo (laser châm): chỉ định huyết vị trí giống như huyết dòng trong châm cứu.

Chống chỉ định:

- Có bệnh ác tính nặng, sốt, u, lao, suy kiệt, bệnh truyền nhiễm cấp tính.
- Đang chảy máu hoặc đe dọa chảy máu.
- Người bệnh không đồng ý điều trị.

III. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. Mục tiêu

Ổn định đường huyết.

Ngăn ngừa biến chứng.

2. Điều trị cụ thể

- Thuốc hạ đường huyết:

+ Sulfamide hạ đường huyết (Daonil, Diabinese, Glucobay...) dùng cho bệnh không phụ thuộc insulin, hoặc Comiaryl 2mg/500mg, 1v x 2 lần/ngày.

+ Insulin: dùng cho bệnh phụ thuộc insulin, bút chích insulin.

- Chế độ dinh dưỡng:

+ Đối với bệnh nhân thừa cân: giảm bớt mức năng lượng từ từ và từng bước.

+ Đối với bệnh nhân không thừa cân hoặc cân nặng: không giảm mức năng lượng cung cấp, chỉ giảm lượng glucide trong khẩu phần ăn.

+ Glucide: hạn chế các glucide hấp thu nhanh như trái cây chín, sữa.

+ Chất đạm: chỉ hạn chế khi bệnh nhân có bệnh lý thận.

+ Chất béo: dùng dầu thực vật để tránh nguy cơ xơ vữa động mạch.

+ Chất sợi, tăng cường thức ăn có chất xơ như rau, đậu, giúp kiểm soát đường máu và giảm cholesterol máu.

+ Chất ngọt nhân tạo: có thể sử dụng tạo cảm giác ngon miệng.

+ Chất rượu, bia: hạn chế để tránh gây biến chứng thần kinh, rối loạn chuyển hóa chất béo.

- Hoạt động thể lực: tập đi bộ giúp cải thiện chuyển hóa, giảm chất béo; tăng tác dụng insulin đối với tổ chức.
- Hàng tháng xét nghiệm glucose 01 lần, 6 tháng xét nghiệm HBA1c.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình, kỹ thuật trong châm cứu của Bộ Y Tế.
2. Nội khoa Y học cổ truyền chủ biên Nguyễn Thị Bay (nxb y học 2010).
3. Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam GS. Đỗ Tất Lợi (nxb khoa học kỹ thuật 1
4. Thuốc nam và thuốc bắc và các phương thang chữa bệnh xếp theo bệnh DS. Tào Duy cần (nxb khoa học và kỹ thuật).
5. Bài giảng Bệnh học kết hợp (nxb y học 2012).

KHOA NGOẠI

GÃY XƯƠNG ĐÒN

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy xương đòn là chấn thương thường gặp ở đai vai, gặp ở mọi lứa tuổi.

Thường gặp ở nam hơn nữ

Thường gặp những người trẻ có hoạt động thể lực cao

Cơ chế :

- *Trực tiếp*: Va đập trực tiếp vào xương đòn

- *Gián tiếp*: (thường gặp hơn)

+ Ngã đập bờ ngoài đai vai xuống nền cứng

+ Té chống tay trong tư thế duỗi khuỷu

II. CHẨN ĐOÁN

2.1 Lâm sàng

- Sưng đau mất vận động cơ năng khớp (không giơ tay lên được)

- Vai xệ và ngắn tương đối so với bên lành

- Sưng nề, tụ máu xương đòn

- Ấn điểm đau chói xương đòn

- Lạo xạo xương (có thể cảm nhận được khi sơ cứu)

2.2 Cận lâm sàng

- X - quang xương đòn tư thế thẳng để xác định loại gãy và đường gãy (là cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán chính)

- X - quang ngực : giúp chẩn đoán tình trạng tổn thương ngực kín phổi hợp

- X - quang khớp vai : giúp loại trừ tổn thương khác của đai vai như xương bả vai hay đầu trên xương cánh tay

2.3 Chẩn đoán phân biệt

- Trật khớp vai đòn

- Trật khớp ức đòn

- Gãy xương sườn 1,2

III. PHÂN LOẠI

Có rất nhiều phân loại gãy xương đòn khác nhau trong đó phân loại theo Allman dựa vào vị trí giải phẫu được sử dụng rộng rãi

- Nhóm 1 : Gãy thân xương đòn

- Nhóm 2 : Gãy đầu ngoài (đầu xa) xương đòn

- Nhóm 3 : Gãy đầu trong (đầu gần) xương đòn

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1 Điều trị bảo tồn

- *Chỉ định* :

Các trường hợp gãy xương đòn không dị lệch hoặc di lệch ít

Bệnh nhân gãy xương đòn kèm bệnh lý tim mạch, hô hấp,... cần theo dõi thêm

Gãy xương đòn trên các bệnh nhân có bệnh lý mạn tính kiểm soát không tốt như tăng huyết áp, đái tháo đường,... không phẫu thuật được

- *Phương pháp* :

Nắn chỉnh và cố định diện gãy

+ Tư thế : Sau gây tê, cho người bệnh ngồi trên ghế lưng ngay ngắn, hai vai ngang, hai tay chống mạng sườn ưỡn ngực mắt nhìn thẳng đầu ngay ngắn.

+ Cách nắn : Đứng sau người bệnh, đầu gối tỳ vào giữa hai bả vai người bệnh, bàn chân đặt trên ghế, hai tay cầm chắc vào vùng vai kéo nắn từ từ dạng ra sau tối đa

+ Phương pháp cố định : đeo đai cố định vai (điển hình là đai số 8)

Thời gian : 6 – 12 tuần

- *Thuốc sử dụng* : kháng viêm, giảm đau Nonsteroid, bổ sung xương canxi D

- *Tái khám và theo dõi* :

+ Tái khám sau 01 tuần, 03 tuần, 06 tuần, 12 tuần

+ Hướng dẫn tập các bài vận động chủ động : Không chậm hơn 3 ngày sau chấn thương, gấp duỗi khuỷu, sấp ngửa cẳng tay hết biên độ nhiều lần trên ngày, vận động vai khi có thể

4.2 Phẫu thuật

- *Chỉ định* :

+ Điều trị bảo tồn thất bại (không liền xương)

+ Gãy hở

+ Đầu xương gãy chồi dưới da có nguy cơ trở thành gãy xương hở

+ Gãy phức tạp : di lệch hoàn toàn, nhiều đoạn, nhiều mảnh, di lệch chông ngắn trên 2 cm, mảnh rời xoay ngang (Z shape),...

+ Bị tổn thương thần kinh, mạch máu

+ Khớp vai bập bênh : Gãy 02 nơi xương đòn và cổ phẫu thuật xương bả vai

+ Các yếu tố khác : thẩm mỹ, bệnh nhân có nhu cầu mau chóng trở lại hoạt động bình thường,...

- *Phương pháp* :

+ Gãy 1/3 trong : đinh Kirschner, chỉ thép néo ép

+ Gãy 1/3 giữa : Kết hợp xương bằng nẹp vít

+ Gãy 1/3 ngoài : kết hợp xương bằng nẹp vít, chỉ thép néo ép, đinh Kirschner, nẹp móc đầu ngoài xương đòn

- *Thuốc sử dụng* : Kháng sinh dự phòng phổ rộng trước mổ

+ Cefazolin 1g : 02 lọ x 2 (TMC) trước mổ và sau mổ

- *Tái khám* : sau 01 tuần, 03 tuần, 06 tuần, 12 tuần

- *Theo dõi* :

+ Chăm sóc vết thương sau mổ, cắt chỉ sau 10-14 ngày

+ Hướng dẫn các bài tập vận động chủ động : Gập duỗi các ngón tay, gập duỗi cổ tay và khuỷu tay, cử động sấp ngửa cẳng tay, vận động cột sống cổ, cơ cơ vùng đai vai

V. BIẾN CHỨNG

5.1 Biến chứng sớm: tổn thương mạch máu, thần kinh, gãy kín thành gãy hở, chấn thương ngực

5.2 Biến chứng liên quan phẫu thuật: nhiễm trùng sau mổ, kích ứng da , gãy dụng cụ kết hợp xương

5.3 Biến chứng muộn

- Can lệch thường không ảnh hưởng chức năng chỉ xấu về thẩm mỹ

- Khớp giả : hiếm gặp, điều trị bằng kết hợp xương (+/-) ghép xương

- Cứng khớp vai : do ít tập vận động hoặc tổn thương các gân cơ chóp xoay

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2017), *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình*, Quyết định 5728/ QĐ-BYT ngày 21/12/2017

2. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn sử dụng kháng sinh*, Quyết định 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015.

3. Phác đồ điều trị Bệnh viện Chợ Rẫy Phần Ngoại Khoa 2018.

4. Phác đồ điều trị Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình 2018.

GÃY THÂN HAI XƯƠNG CẰNG TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy thân xương cẳng tay là gãy một hoặc cả hai xương quay và trụ, từ dưới khớp khuỷu đến trên khớp cổ tay .

Thường gặp ở mọi lứa tuổi, nam hơn nữ

Tỷ lệ gãy hở đứng thứ 2 chỉ sau gãy xương chày

Cơ chế :

- *Trực tiếp* : Va đập chính diện vào cánh tay, thường gãy ngang cả 2 xương ở cùng vị trí
- *Gián tiếp*: Ngã chống tay khuỷu duỗi làm 2 xương gãy nên gãy chéo xoắn, gãy bậc thang, xương trụ gãy thấp, xương quay gãy cao
- *Hỗn hợp*: gây ra các kiểu gãy phức tạp, gãy 2 tầng, gãy có mảnh thứ 3,...

II. CHẨN ĐOÁN

2.1 Lâm sàng

- Đau, sưng, cứng vùng cẳng tay
- Biến dạng cẳng tay
- Hạn chế sấp ngửa cẳng tay
- Đau chói vùng xương gãy

2.2 Cận lâm sàng

- X- quang xương cẳng tay tư thế thẳng, nghiêng: Đánh giá được hình thái, vị trí, và di lệch của đường gãy, có kèm trật khớp quay trụ trên hay dưới hay không (Gãy Monteggia hay Galeazzi).

- Chụp cắt lớp vi tính xương cẳng tay: đánh giá tổn thương chi tiết trong tình trạng gãy phức tạp lan lên diện khớp

III. PHÂN LOẠI

Thường không có phân loại đơn độc mà theo thứ tự

- Gãy xương gì (quay, trụ hay cả 2 xương).
- Vị trí gãy (1/3 trên, 1/3 giữa, 1/3 dưới).
- Đường gãy (ngang, chéo, nhiều mảnh).
- Tổn thương gãy khớp quay trụ (trên, dưới).
- + Gãy Monteggia: Gãy thân xương trụ kèm trật khớp quay trụ trên.
- + Gãy Galeazzi: Gãy thân xương quay kèm trật khớp quay trụ dưới.
- Gãy kín hay hở.

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1 Điều trị bảo tồn

- *Chỉ định* :

Gãy không hoàn toàn hoặc gãy hoàn toàn không di lệch.

Gãy 1/3 giữa hoặc dưới thân xương trụ với di lệch ít hơn nửa bản xương và di lệch gập góc dưới 10 độ.

Gãy thân xương cẳng tay trên bệnh nhân mất chức năng chi.

- *Phương pháp* :

Nắn chỉnh (trên khung) và cố định diện gãy

+ Tư thế : Bệnh nhân nằm ngửa, cánh tay dạng 90 độ, khuỷu gập 90 độ. Các ngón treo bằng các rọ

+ Cách nắn : Lực kéo được đặt vào các cánh tay bằng các quả cân có trọng lượng tăng dần tùy cơ thể bệnh nhân . Cẳng tay để ngửa hoàn toàn khi gãy ở 1/3 trên và ngửa nhẹ khi gãy ở 2/3 dưới.

+ Phương pháp cố định : bó bột cánh – cẳng – bàn tay (khuỷu gập 90 độ)

Thời gian : 8 – 12 tuần

- *Thuốc sử dụng* : kháng viêm, giảm đau Nonsteroid, bổ sung xương canxi D

- *Tái khám và theo dõi* :

+ Tái khám sau 01 tuần, 03 tuần, 06 tuần, 12 tuần nếu không có gì. Khám ngay khi có các dấu hiệu sưng, tê, lạnh, tím các đầu ngón tay

+ Hướng dẫn tập các bài vận động chủ động : cử động tập các ngón tay, co cơ tĩnh căng tay, cánh tay trong bột, chủ động tập các cử động khớp vai.

4.2 Phẫu thuật

- *Chỉ định* :

+ Điều trị bảo tồn không đạt yêu cầu.

+ Mọi loại gãy kín một hoặc hai xương di lệch ở người lớn, đặc biệt với xương quay ưu tiên phẫu thuật ở mọi vị trí.

+ Gãy xương hở

- *Phương pháp* :

+ Gãy xương cẳng tay không kèm trật khớp: Kết hợp nẹp vít cho cả xương quay và xương trụ, cố gắng bắt ít nhất 3 vít cho mỗi phía.

+ Gãy Monteggia: (thông thường khớp trụ trên sẽ được nắn chỉnh sau kết hợp xương trụ)

Kết hợp xương trụ bằng nẹp vít

Kiểm tra khớp quay trụ trên bằng động tác sấp, ngửa dưới màn hình tăng sáng. (Trường hợp khớp còn trật do kẹt phần mềm bao khớp cần mổ mở để giải phóng phần gây kẹt khớp và nắn lại khớp)

+ Gãy Galeazzi:

Kết hợp xương quay nẹp vít

Kiểm tra khớp quay trụ dưới bằng động tác sấp, ngửa dưới màn hình tăng sáng

Nếu khớp quay trụ dưới vững thì bó bột tư thế ngửa trong 6 tuần.

Nếu khớp quay trụ dưới không vững cố định khớp quay trụ dưới bằng đinh Kirschner (từ xương trụ sang xương quay)

- *Thuốc sử dụng* : Kháng sinh dự phòng phổ rộng trước mổ

+ Cefazolin 1g : 02 lọ x 2 (TMC) trước mổ và sau mổ

- *Tái khám* : sau 01 tuần, 03 tuần, 05 tuần, 12 tuần

- *Theo dõi* :

+ Chăm sóc vết thương sau mổ, cắt chỉ sau 10-14 ngày

+ Hướng dẫn tập các bài vận động chủ động : cử động tập các ngón tay, co cơ tĩnh căng tay, cánh tay trong bột, chủ động tập các cử động khớp vai.

V. BIẾN CHỨNG

5.1 Biến chứng sớm

- Hội chứng chèn ép khoang: nhập viện theo dõi, xem xét mở cân giải phóng chèn ép khoang

- Tổn thương mạch máu, thần kinh, gãy kín thành gãy hở

5.2 Biến chứng liên quan phẫu thuật : nhiễm trùng sau mổ, kích ứng da , gãy dụng cụ kết hợp xương

5.3 Biến chứng muộn

- Dính quay - trụ: hiếm gặp

-Can lệch có thể gây hạn chế sấp ngửa, đau vùng cổ tay, đau khớp trụ - cổ tay

- Khớp giả : hiếm gặp, điều trị bằng kết hợp xương (+/-) ghép xương

- Cứng khớp: do ít tập vận động hoặc tổn thương các gân cơ chóp xoay

- Trật khớp tái diễn: nắn chỉnh không tốt đến trục và góc xương của xương quay dẫn tới trật khớp quay – trụ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2017), *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình*, Quyết định 5728/QĐ-BYT ngày 21/12/2017
2. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn sử dụng kháng sinh*, Quyết định 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015.
3. Phác đồ điều trị Bệnh viện Chợ Rẫy Phần Ngoại Khoa 2018.
4. Phác đồ điều trị Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình 2018.

KHOA PHỤ SẢN

ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG STREPTOCOCCUS NHÓM B TRONG CHUYỂN DẠ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Nhiễm streptococcus nhóm B(GBS) ở trẻ sơ sinh là do lây truyền dọc từ mẹ sang con trong quá trình chuyển dạ sanh hoặc khi có ối vỡ.
- Trên trẻ sơ sinh, GBS được xem là tác nhân hàng đầu gây nhiễm trùng sơ sinh như: nhiễm trùng huyết, viêm não - màng não và thường nhất là viêm phổi với các triệu chứng đa dạng, không điển hình và có tỷ lệ tử vong cao.
- Biện pháp bảo vệ chính chống lại nhiễm khuẩn GBS khởi phát sớm là sử dụng kháng sinh dự phòng cho mẹ trong quá trình chuyển dạ và sinh nở. Cần đánh giá khi khám thai để xác định loại kháng sinh dự phòng sẽ dùng khi chuyển dạ.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Phạm vi áp dụng điều trị dự phòng streptococcus nhóm B

- Các thai phụ có kết quả tầm soát GBS âm đạo trực tràng dương tính: Khi ối vỡ hoặc khi vào chuyển dạ
- Các thai phụ có bằng chứng nhiễm khuẩn niệu do GBS.
- Các thai phụ đã từng sinh con bị nhiễm trùng sơ sinh (không cần phải tham gia chương trình tầm soát nhiễm GBS nữa)
- Không cần dùng kháng sinh dự phòng nhiễm GBS đối với các thai phụ có kết quả cấy GBS dương tính mà có chỉ định mổ lấy thai khi chưa vào chuyển dạ và chưa vỡ ối.

2. Phác đồ kháng sinh dự phòng nhiễm trùng GBS sơ sinh

Kháng sinh	Đường dùng	Liều khởi đầu	Liều duy trì
Penicilline G	Tiêm mạch	5 triệu đơn vị	2,5 triệu đơn vị mỗi 4 giờ
Ampicillin	Tiêm mạch	2g	1g mỗi 4 giờ
Cefazolin	Tiêm mạch	2g	1g mỗi 8 giờ
Erythromycin	Tiêm mạch	500mg	500mg mỗi 6 giờ
Clindamycin	Tiêm mạch	900mg	900mg mỗi 8 giờ
Vancomycin	Tiêm mạch	2g	1g mỗi 12 giờ

Khuyến cáo lựa chọn đầu tay Penicilline G hoặc Ampicillin. Nếu kháng với Penicillin mà không có tiền sử sốc phản vệ, phù mạch hay nổi mề đay thì có thể sử dụng Cefazolin.

III. THEO DÕI

Bé gửi sơ sinh theo dõi nhiễm GBS bẩm sinh nếu thời gian điều trị dự phòng dưới 4 giờ hoặc nghi ngờ nhiễm GBS bẩm sinh.

Xét nghiệm GBS sau sanh cho các trẻ sơ sinh

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Prevention of the prenatal Group B streptococcal disease Revised Guideline From CDC, 2010
2. ACOG (2020), Prevention of Group B Streptococcal Early-Onset Disease in Newborns, Number 797
3. Quyết định 380/QĐ-BVTD ngày 06/03/2020 của Bệnh viện Từ Dũ ban hành Phác đồ điều trị Liên cầu khuẩn nhóm B và thai kỳ

SOI CỔ TỬ CUNG

I. CHỈ ĐỊNH SOI CỔ TỬ CUNG

- Kết quả pap's bất thường: ASCUS, LSIL, HSIL ...
- HPV (+) type 16, 18
- Pap's 3 lần liên tiếp trả lời không đạt yêu cầu chẩn đoán
- Lâm sàng: tổn thương nghi ngờ K ở cổ tử cung (CTC), âm hộ (AH), âm đạo (AD).
- Mông gà sinh dục
- Theo dõi sau điều trị CIN, VAIN, VIN, K_{CTC}, K_{AD}, K_{AH}
- Pap's viêm nhiều lần sau điều trị thích hợp
- Quan hệ ra máu
- Lộ tuyến cổ tử cung.
- Người bệnh yêu cầu.

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH SOI CỔ TỬ CUNG

- Đặt thuốc âm đạo < 7 ngày
- Mới làm phẫu thuật, thủ thuật ở âm đạo và cổ tử cung (chờ kỳ kinh sau)
- Đang có kinh
- Hậu sản < 4 tuần
- Viêm cổ tử cung, âm hộ, âm đạo cấp tính, viêm vùng chậu cấp
- Không nằm ngửa được
- Âm đạo teo hẹp quá không đặt mỏ vịt được
- Cổ tử cung bị che lấp bởi vách âm đạo

III. ĐIỀU KIỆN SOI CỔ TỬ CUNG

- Nên thực hiện vào ngày thứ 8-12 của chu kỳ. Không làm nếu:
 - ❖ Tình trạng viêm nhiễm âm đạo, cổ tử cung nặng cấp tính.
 - ❖ Đang xuất huyết nhiều.
- Không đặt thuốc, không giao hợp, không thụt rửa âm đạo từ 24-48 giờ.
- Mỏ vịt không được bôi trơn bằng dầu.

IV. KẾT QUẢ

1. Cổ tử cung bình thường:

- Trước khi bôi acid acetic:
 - + Biểu mô lát: màu hồng, láng ướt.
 - + Biểu mô trụ: đỏ sậm bề mặt gồ ghề bởi những tế bào trụ.
 - + Vùng chuyển tiếp màu hồng sậm.
- Sau khi bôi acid acetic:
 - + Biểu mô lát: màu hồng tái, đồng nhất, láng.
 - + Biểu mô trụ: tế bào trụ bị phồng lên và trắng ra, phân cách rõ giữa các nhú, tạo nên vô số hạt nhỏ như chùm nho.
 - + Vùng chuyển tiếp trở nên một viền trắng nhẹ.
- Sau khi bôi Lugol:
 - + Biểu mô lát: màu nâu sậm.
 - + Biểu mô trụ: không bắt màu.
 - + Vùng chuyển tiếp màu vàng lợt.

2. Cổ tử cung bất thường:

- Trước khi bôi acid acetic: Sang thương là một vùng loét đỏ.
- Sau khi bôi acid acetic:
 - + Bạch sản: là một vùng trắng bờ không đều dày lên.
 - + Lát đá: là những vùng trắng có viền đỏ rõ như hình viên gạch lát.

- + Chấm đáy: là những vùng trắng, có những chấm đỏ đều đặn trên nền trắng.
- + Dây sừng: có thể thấy mảng trắng trước khi bôi acid acetic.
- + Các cửa tuyến bị đóng khuôn.
- + Condylome accuminé, Condylome plan: thường khó phân biệt với những tổn thương bạch sản do đó cần sinh thiết để chẩn đoán. + Polype cổ tử cung.
- + Viêm: mạch máu sung huyết, phân nhánh lộn xộn. + Chợt: Mất lớp biểu mô.
- + Lộ tuyến: Tế bào trụ xếp hình chòm nhỏ.
- Sau khi bôi Lugol: Tất cả những sang thương đều không bắt màu Lugol.

3. Quan sát mạch máu

Mạch máu hình kẹp, mạch máu hình dấu phẩy, mạng mạch máu gập trong lát đá, mạch máu hình xoắn giống đồ khai rượu, mạch máu xoắn với kích thước không đều, kích thước mạch máu thay đổi nhiều và sự phân nhánh lộn xộn: thường gặp trong loạn sản tử cung hoặc ung thư cổ tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn hoạt động dự phòng, sàng lọc, phát hiện sớm và quản lý ung thư vú, ung thư cổ tử cung tại cộng đồng thuộc Đề án 818 đến năm 2030. (Kèm theo Quyết định số: 1639/QĐ-BYT ngày 19/3/2021 của Bộ trưởng Bộ Y tế)
2. Trích nguồn tài liệu soi cổ tử cung Bệnh viện Từ Dũ.
3. Trích nguồn tài liệu soi cổ tử cung Bệnh viện Phụ Sản Thành phố Cần Thơ.

KHOA NHI

BỆNH HO GÀ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Ho gà là bệnh nhiễm trùng đường hô hấp do vi khuẩn *Bordetella pertussis* và *B. parapertussis* gây ra.
- Bệnh thường nặng ở trẻ dưới 3 tháng tuổi hay chưa được chủng ngừa.
- Bệnh đã có thuốc điều trị đặc hiệu và vắc xin phòng bệnh.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

1.1 Hỏi bệnh

- Tiếp xúc với người bị ho kéo dài nhất là trẻ nhỏ (ho > 2 tuần).
- Chủng ngừa ho gà.
- Co giật.

1.2 Khám lâm sàng

- Ho thành cơn kịch phát, sau cơn có tiếng rít, thường kèm đỏ mặt, nôn ói.
- Trẻ nhỏ < 3 tháng thường không có cơn ho, thay vào đó ho thường kèm với ngừng thở hoặc ngừng thở tím tái xảy ra mà trẻ không ho.
- Trẻ 4 tháng – 9 tuổi: ho trên 7 ngày
- + Không sốt hay sốt nhẹ.
- + Ho về đêm.
- + Ói sau ho.
- + Giữa các cơn ho đỏ mồm hôi.
- Trẻ lớn hơn 9 tuổi: ho trên 7 ngày
- + Tiếng thở rít hoặc
- + Ngừng thở hoặc
- + Vã mồ hôi giữa các cơn ho.
- + Nôn sau ho.
- + Các triệu chứng nặng hơn vào ban đêm.
- Dấu hiệu viêm phổi.
- Xuất huyết dưới kết mạc hay vùng quanh hốc mắt.
- Rối loạn tri giác, co giật: khi nghi ngờ có biến chứng não.

1.3 Cận lâm sàng

- Công thức máu
- Điện giải đồ
- Đường huyết.
- X – quang phổi
- Siêu âm tim
- Cây phân lập vi trùng ho gà

2. Chẩn đoán xác định

Lâm sàng có biểu hiện nghi ngờ ho gà và cây phân lập vi trùng (+).

2.1 Chẩn đoán có thể

- Cơn ho điển hình: ho cơn, đỏ mặt, nôn kéo dài > 10 ngày.
- Triệu chứng nghi ngờ tùy theo lứa tuổi.
- Bạch cầu máu tăng đa số lympho, với số lượng lympho > 10.000/ mm³.

2.2 Chẩn đoán phân biệt

- Dị vật đường thở, sặc sữa.
- Bạch hầu thanh quản.
- Viêm tiểu phế quản.

- Viêm phổi, viêm não, xuất huyết não do căn nguyên khác.
- Tim bẩm sinh tím: trẻ < 3 tháng.
- Viêm họng mạn tính: thường ho khan kéo dài nhưng không thành cơn điển hình, không có biểu hiện suy hô hấp.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Cách ly và điều trị sớm khi có triệu chứng nghi ngờ mắc ho gà.
- Điều trị suy hô hấp (nếu có).
- Kháng sinh điều trị đặc hiệu.
- Theo dõi, phát hiện sớm và xử trí biến chứng.
- Điều trị hỗ trợ, chăm sóc và theo dõi.

2. Điều trị ban đầu

2.1 Xử trí cấp cứu

- Điều trị suy hô hấp.
- Khi trẻ ho kịch phát, cho trẻ nằm sấp, đầu thấp hoặc nằm nghiêng để ngửa hít chất nôn và giúp tống đờm ra ngoài.
- Nếu trẻ có cơn tím, làm sạch chất tiết từ mũi họng bằng cách hút đờm nhẹ nhàng và nhanh chóng (chú ý khi hút đờm có thể gây kích thích làm trẻ tím tái).
Nếu trẻ ngừng thở, làm thông đường thở ngay bằng cách hút đờm nhẹ nhàng và nhanh, giúp thở bằng mask, cho thở oxy.
- Thở oxy qua canuyn: trẻ có cơn ngừng thở hoặc tím tái hoặc ho kịch phát nặng. Không dùng catheter mũi vì có thể kích thích gây ho.
- Khí dung Natri clorua 0.9% (không sử dụng Salbutamol vì có thể dẫn đến cơn ho kịch phát của ho gà).

2.2 Điều trị đặc hiệu

*Kháng sinh:

- Thuốc ưu tiên: Có thể sử dụng một trong các thuốc sau:

+ Azithromycin:

Trẻ dưới 6 tháng: liều 10mg/kg/ngày x 5 ngày.

Trẻ trên 6 tháng và người lớn: 10mg/kg (tối đa 500 mg) một ngày đầu; sau đó 5 mg/kg (tối đa 250 mg) các ngày 2-5.

+ Clarithromycin:

Không khuyến cáo cho trẻ dưới 1 tháng tuổi.

Liều 15 mg/kg/ngày (tối đa 1 g/ngày), chia 2 lần x 7 ngày.

+ Erythromycin

Không dùng cho trẻ dưới 1 tháng tuổi.

Liều 40-50 mg/kg/ngày (tối đa 2 g/ngày), chia 4 lần x 14 ngày.

- Thuốc không làm giảm thời gian bệnh nhưng giảm thời gian truyền bệnh.

- Thuốc thay thế:

+ Trimethoprim-sulfamethoxazole (TMP-SMX)

Chỉ định cho trẻ dưới 2 tháng tuổi.

Liều TMP 8 mg/kg/ngày (tối đa TMP 320 mg/ngày), chia 2 lần x 14 ngày.

2.3 Điều trị triệu chứng

- Giảm ho:

+ Khí dung (NaCl 0.9%).

+ Siro ho.

- Chống co giật: Phenobarbital: + Tiêm mạch: 15 – 20 mg/kg/bơm tiêm tự động trong 30 phút, tốc độ không quá 1mg/kg/phút. Có thể cho thêm 5 mg/kg/liều lặp lại 15 – 30 phút, tổng liều không quá 30 mg/kg.

+ Uống: 5 mg/kg/ngày chia 1-2 lần (liều duy trì).

2.4 Điều trị biến chứng

2.4.1 Điều trị suy hô hấp (Chuyển đến đơn vị chăm sóc tích cực):

- Hạn chế tối đa các kích thích có thể làm khởi phát cơn ho gà như khói thuốc lá, bụi, các kích thích hóa học.

- Đặt trẻ tư thế nằm đầu cao, thoải mái, làm thông thoáng đường thở, tránh tắc nghẽn đường thở do xuất tiết.

- Tùy theo mức độ suy hô hấp:

+ Thở ôxy khi có suy hô hấp: thở nhanh, gắng sức, tím tái, SpO₂ < 92% khi thở khí trời.

+ Đặt ống nội khí quản và hỗ trợ hô hấp sớm khi có các dấu hiệu suy hô hấp nặng và/hoặc có dấu hiệu suy tuần hoàn.

2.4.2 Điều trị tăng áp lực động mạch phổi:

Chiến lược điều trị tăng áp động mạch phổi:

(1) Giảm thiểu các yếu tố nguy cơ gây tăng cơn áp lực động mạch phổi.

(2) Đảm bảo tối đa cung cấp Oxy cho tổ chức.

(3) Giảm sức cản mạch máu phổi.

(4) Duy trì ổn định huyết áp hệ thống.

2.4.3 Chỉ định thay máu:

- Chỉ định:

(1) Bạch cầu > 100 G/L kể cả không có suy hô hấp hoặc suy tuần hoàn.

(2) Bạch cầu > 70 G/L và có suy hô hấp và suy tuần hoàn.

(3) Bạch cầu > 70 G/L có suy hô hấp hoặc suy tuần hoàn cộng với có bằng chứng tăng áp phổi.

(4) Bạch cầu > 50 G/L và tình trạng suy hô hấp và suy tuần hoàn tiến triển nhanh và nặng.

(5) Bạch cầu > 30 G/L và có tình trạng bạch cầu tăng nhanh (xét nghiệm lại sau 2 tiếng).

- Áp dụng ở các trung tâm hồi sức nhi khoa lớn có đủ điều kiện thực hiện kỹ thuật thay máu.

2.4.4 Khi có biến chứng viêm phổi điều trị như phác đồ viêm phổi.

2.5 Điều trị hỗ trợ, chăm sóc và theo dõi

*Điều trị hỗ trợ:

- Hạ sốt: Paracetamol.

- Khuyến khích trẻ bú mẹ hoặc uống: chú ý khi cho trẻ bú hay uống cần cho chậm vì khi cho nhanh có thể gây hít sặc gây tím tái hay gây khởi phát cơn ho.

- Bảo đảm đủ lượng dịch nhập: dùng lượng dịch ít, nhiều lần, theo nhu cầu dịch của trẻ.

*Chăm sóc:

- Cho trẻ nghỉ ngơi trong phòng yên tĩnh, ít ánh sáng, thoải mái, tránh lo lắng, không nên theo dõi hay can thiệp quá mức cho trẻ.

- Cho trẻ ăn nhiều bữa. Nếu trẻ ho liên tục hoặc nôn nhiều, bú khó khăn có thể cho trẻ ăn qua sonde hoặc nuôi dưỡng tĩnh mạch. Tránh cho trẻ ăn quá nhiều mỗi bữa.

- Tránh môi trường có các yếu tố nguy cơ như khói thuốc lá, bụi, khói, tiếng ồn, nhiều yếu tố kích thích.

*Theo dõi:

- Trẻ dưới 6 tháng: nên cho trẻ nằm giường gần với phòng của điều dưỡng, nơi có sẵn oxy, để có thể phát hiện và xử trí sớm ngừng thở, tím tái hoặc các cơn ho nặng. - Theo dõi sát

trẻ, theo dõi cơn ho và đánh giá mức độ nặng của bệnh để cung cấp đủ oxy, và máy hút khi cần.

- Hướng dẫn bà mẹ nhận biết dấu hiệu ngừng thở và báo ngay cho điều dưỡng.

3. Phòng bệnh

3.1 Cách ly

- Ngoài các biện pháp dự phòng chuẩn, các biện pháp dự phòng lây truyền qua đường hô hấp được khuyến cáo ít nhất 5 ngày sau khi bắt đầu điều trị kháng sinh nhóm macrolid.

- Nên cách ly trẻ 3-4 tuần để giảm thiểu nguy cơ lây bệnh.

3.2 Phòng bệnh cho người thân và những người phơi nhiễm khác

- Dự phòng sau phơi nhiễm (Postexposure prophylaxis – PEP): kháng sinh nhóm macrolide cho tất cả những người tiếp xúc gần. Loại thuốc, liều lượng và thời gian dùng thuốc dự phòng tương tự như điều trị.

- Tiêm phòng cho những người tiếp xúc gần.

3.3 Khuyến cáo tiêm phòng vắc xin ho gà

- Tiêm đầy đủ đúng lịch tiêm chủng theo chương trình tiêm chủng mở rộng quốc gia.

- Thông tư 38/2017/TT-BYT ngày 17/10/2017 của Bộ Y tế ban hành danh mục bệnh truyền nhiễm, phạm vi và đối tượng phải sử dụng vắc xin, sinh phẩm Y tế bắt buộc.

STT	Tuổi của trẻ	Vắc xin sử dụng
1	02 tháng	Tiêm vắc xin bạch hầu - ho gà - uốn ván - viêm gan B - Hib mũi 1 mũi 1 (vắc xin 5 trong 1). Uống vắc xin bại liệt lần 1
2	03 tháng	Tiêm vắc xin bạch hầu - ho gà - uốn ván - viêm gan B - Hib mũi 1 mũi 2. Uống vắc xin bại liệt lần 2
3	04 tháng	Tiêm vắc xin bạch hầu - ho gà - uốn ván - viêm gan B - Hib mũi 3. Uống vắc xin bại liệt lần 3
4	18 tháng	Tiêm vắc xin bạch hầu - ho gà - uốn ván mũi 4

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Thông tư 38/2017/TT-BYT ngày 17/10/2017 của Bộ Y tế ban hành danh mục bệnh truyền nhiễm, phạm vi và đối tượng phải sử dụng vắc xin, sinh phẩm y tế bắt buộc. 2017

BỆNH TAY CHÂN MIỆNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bệnh tay chân miệng là bệnh truyền nhiễm do vi rút đường ruột gây ra, lây từ người sang người chủ yếu theo đường tiêu hóa, dễ gây thành dịch. Bệnh xảy ra quanh năm và gặp ở mọi lứa tuổi nhưng thường gặp ở trẻ dưới 5 tuổi.
- Tác nhân gây bệnh thường gặp là Coxsackie virus A6, A10, A16 và Enterovirus 71 (EV71).
- Biểu hiện chính là tổn thương da, niêm mạc dưới dạng phỏng nước ở các vị trí đặc biệt như niêm mạc miệng, lòng bàn tay, lòng bàn chân, mông, gối.
- Bệnh có thể gây nhiều biến chứng nguy hiểm như viêm não - màng não, viêm cơ tim, phù phổi cấp dẫn đến tử vong nếu không được phát hiện sớm và xử trí kịp thời. Các trường hợp biến chứng nặng thường do EV71.
- Trên thế giới hiện nay đã có vắc xin phòng bệnh.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

1.1. Triệu chứng lâm sàng

- Giai đoạn ủ bệnh: 3-7 ngày.
- Giai đoạn khởi phát: từ 1 - 2 ngày với các triệu chứng như sốt nhẹ, mệt mỏi, đau họng, biếng ăn, tiêu chảy vài lần trong ngày.
- Giai đoạn toàn phát: có thể kéo dài 3 -10 ngày với các triệu chứng điển hình của bệnh:
 - + Loét miệng: vết loét đỏ hay phỏng nước đường kính 2 - 3mm ở niêm mạc miệng, lợi, lưỡi, gây đau miệng, bỏ ăn, bỏ bú, tăng tiết nước bọt.
 - + Sang (tổn) thương đa dạng hồng ban hoặc bóng nước ở lòng bàn tay, khuỷu tay, lòng bàn chân, gối, mông, cùi trỏ; tồn tại trong thời gian ngắn (dưới 7 ngày) sau đó có thể để lại vết thâm, rất hiếm khi loét hay bội nhiễm.
 - + Sốt nhẹ.
 - + Ăn, bú kém.
 - + Biến chứng thần kinh, tim mạch, hô hấp thường xuất hiện sớm từ ngày 2 đến ngày 5, có thể đến ngày 7 của bệnh.
 - + Giật mình chói với là dấu hiệu quan trọng báo hiệu biến chứng thần kinh. Trẻ sốt cao hoặc nôn nhiều dễ có nguy cơ biến chứng.
- Giai đoạn lui bệnh: thường từ 3 - 5 ngày sau giai đoạn toàn phát, trẻ hồi phục hoàn toàn nếu không có biến chứng.

1.2. Các thể lâm sàng

- Thể tối cấp: bệnh diễn tiến rất nhanh có các biến chứng nặng như suy tuần hoàn, suy hô hấp, hôn mê dẫn đến tử vong trong vòng 24 - 48 giờ.
- Thể cấp tính với bốn giai đoạn điển hình như trên.
- Thể không điển hình: dấu hiệu phát ban không rõ ràng hoặc chỉ có loét miệng hoặc chỉ có triệu chứng thần kinh, tim mạch, hô hấp mà không phát ban và loét miệng.

2. Cận lâm sàng

2.1. Các xét nghiệm cơ bản

- Công thức máu
- Protein C phản ứng (CRP)
- Đường huyết, điện giải đồ, X-quang phổi

2.2. Các xét nghiệm theo dõi, phát hiện biến chứng

- Khí máu
- Troponin I, siêu âm tim

- Dịch não tủy:

2.3. Xét nghiệm phát hiện vi rút (nếu có điều kiện) từ độ 2b trở lên hoặc cần chẩn đoán phân biệt

- Xét nghiệm RT-PCR hoặc phân lập vi rút chẩn đoán xác định nguyên nhân.
- Test nhanh kháng thể IgM EV71

2.4. Chụp cộng hưởng từ não

3. Chẩn đoán

3.1. Chẩn đoán ca lâm sàng: dựa vào lâm sàng và dịch tễ học

- Yếu tố dịch tễ: căn cứ vào tuổi, mùa, vùng lưu hành bệnh, số trẻ mắc trong cùng một thời gian.

- Lâm sàng: phỏng nước điển hình ở miệng, lòng bàn tay, lòng bàn chân, gối, mông, kèm sốt hoặc không.

3.2. Chẩn đoán xác định

Xét nghiệm RT-PCR hoặc phân lập có vi rút đường ruột.

4. Chẩn đoán phân biệt

4.1. Các bệnh có biểu hiện loét miệng

Viêm loét miệng (áp-tơ): vết loét sâu, có dịch tiết, hay tái phát.

4.2. Các bệnh có phát ban da

- Sốt phát ban: hồng ban xen kẽ ít dạng sẩn, thường có hạch sau tai.
- Dị ứng: hồng ban đa dạng, không có phỏng nước.
- Viêm da mủ: đỏ, đau, có mủ.
- Thủy đậu: phỏng nước nhiều lứa tuổi, rải rác toàn thân.
- Nhiễm khuẩn huyết do não mô cầu: mảng xuất huyết hoại tử trung tâm.
- Sốt xuất huyết Dengue: chấm xuất huyết, bầm máu, xuất huyết niêm mạc.

4.3. Viêm não - màng não

- Viêm màng não do vi khuẩn.
- Viêm não - màng não do vi rút khác.

4.4. Nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn, viêm phổi

5. Biến chứng

Biến chứng thần kinh, tim mạch, hô hấp thường xuất hiện sớm từ ngày 2 đến ngày 5, có thể đến ngày 7 của bệnh.

5.1. Biến chứng thần kinh: viêm não, viêm thân não, viêm não tủy, viêm màng não.

- Giật mình chói với: từng cơn ngắn 1 - 2 giây, chủ yếu ở tay và chân, dễ xuất hiện khi bắt đầu giấc ngủ hay khi cho trẻ nằm ngửa.
- Ngủ gà, bú rớt, chói với, đi loạng choạng, run chi, mắt nhìn ngược.
- Rung giật nhãn cầu.
- Yếu, liệt chi (liệt mềm cấp).
- Liệt dây thần kinh sọ não.
- Co giật, hôn mê là dấu hiệu nặng, thường đi kèm với suy hô hấp, suy tuần hoàn.
- Tăng trương lực cơ (biểu hiện duỗi cứng mắt não, gồng cứng mắt võ).

5.2. Biến chứng tim mạch, hô hấp: viêm cơ tim, phù phổi cấp, tăng huyết áp, suy tim, trụy mạch.

- Mạch nhanh > 150 lần/phút.
- Thời gian đổ đầy mao mạch chậm > 2 giây.
- Da nổi bông (nổi vân tím), vã mồ hôi, chi lạnh. Các biểu hiện rối loạn vận mạch có thể chỉ khu trú ở 1 vùng cơ thể (1 tay, 1 chân).

- Giai đoạn đầu có huyết áp tăng (HA tâm thu: trẻ dưới 1 tuổi ≥ 100 mmHg, trẻ từ 1 - 2 tuổi ≥ 110 mmHg, trẻ trên 2 tuổi ≥ 115 mmHg), giai đoạn sau mạch, huyết áp không đo được.

- Khó thở: thở nhanh, rút lõm ngực, khô khè, thở rít thì hít vào, thở nông, thở bụng, thở không đều hoặc $SpO_2 < 94\%$.

- Phù phổi cấp: sùi bọt hồng, khó thở, tím tái, phổi nhiều ran ẩm, nội khí quản có máu hay bọt hồng.

6. Phân độ lâm sàng

(Phụ lục 1: Phiếu đánh giá, phân độ và xử trí bệnh tay chân miệng)

6.1. Độ 1 (Tay chân miệng không có biến chứng)

Trẻ chỉ có phát ban tay chân miệng và/hoặc loét miệng

6.2. Độ 2 (Tay chân miệng có biến chứng thần kinh)

6.2.1. Độ 2a (Tay chân miệng có biến chứng thần kinh)

Có ≥ 1 dấu hiệu sau:

- Bệnh sử có giật mình dưới 2 lần/30 phút và không có lúc khám.

- Sốt trên 39°C hay sốt trên 2 ngày kèm nôn ói nhiều, lừ đừ, khó ngủ, quấy khóc vô cớ.

6.2.2. Độ 2b (Tay chân miệng có biến chứng thần kinh nặng)

Có dấu hiệu thuộc nhóm 1 hoặc nhóm 2:

a) Nhóm 1 (Tay chân miệng có biến chứng thần kinh nặng nhóm 1):

Có ≥ 1 dấu hiệu sau:

- Giật mình ghi nhận lúc khám.

- Bệnh sử có giật mình ≥ 2 lần/30 phút.

- Bệnh sử có giật mình kèm theo một dấu hiệu sau:

+ Ngủ gà.

+ Mạch nhanh > 130 lần/ phút (không sốt).

(Trẻ sốt: khi trẻ sốt $> 38^\circ\text{C}$, mạch tăng mỗi 10 nhịp khi thân nhiệt tăng 1°C)

b) Nhóm 2 (Tay chân miệng có biến chứng thần kinh nặng nhóm 2):

Có ≥ 1 dấu hiệu sau:

- Nhóm 1 và sốt cao $\geq 39^\circ\text{C}$ không đáp ứng với thuốc hạ sốt.

- Mạch nhanh > 150 lần/phút (không sốt).

(Trẻ sốt: khi trẻ sốt $> 38^\circ\text{C}$, mạch tăng mỗi 10 nhịp khi thân nhiệt tăng 1°C)

- Thất điều: run chi, run người, đi loạng choạng.

- Rung giật nhãn cầu, lác mắt.

- Yếu chi hoặc liệt chi.

- Liệt thần kinh sọ: nuốt sặc, thay đổi giọng nói.

- Tăng trương lực cơ.

- Rối loạn tri giác (Glassgow < 10 hoặc mức P thang điểm AVPU).

6.3. Độ 3 (Tay chân miệng biến chứng rối loạn thần kinh thực vật nặng)

Có ≥ 1 dấu hiệu sau:

- Mạch nhanh > 170 lần/ phút (không sốt).

(Trẻ sốt: khi trẻ sốt $> 38^\circ\text{C}$, mạch tăng mỗi 10 nhịp khi thân nhiệt tăng 1°C)

Một số trường hợp có thể xuất hiện mạch chậm, cần đánh giá thêm về huyết áp và tri giác.

- Huyết áp tâm thu tăng:

+ Trẻ dưới 12 tháng $HA \geq 100\text{mmHg}$

+ Trẻ từ 12 tháng đến < 24 tháng $HA \geq 110\text{mmHg}$

+ Trẻ ≥ 24 tháng $HA \geq 115\text{mmHg}$

- Thở nhanh, khó thở, thở rít hoặc $SpO_2 < 94\%$.

- Da nổi bông (vân tím), vã mồ hôi, chi lạnh.

6.4. Độ 4 (Tay chân miệng suy hô hấp tuần hoàn nặng)

Trẻ có ≥ 1 dấu hiệu sau:

- Ngưng thở, rối loạn nhịp thở.
- Tím tái hoặc $SpO_2 < 92\%$.
- Phù phổi cấp.
- Sốc khi trẻ có 1 trong 3 tiêu chuẩn sau:
 - + Mạch không bắt được, HA không đo được.
 - + Tụt HA: HA tâm thu $< 70\text{mmHg}$ (trẻ < 12 tháng), $< 80\text{mmHg}$ (trẻ > 12 tháng).
 - + HA kẹp: hiệu áp $\leq 25\text{mmHg}$.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Cấp cứu và xử trí kịp thời các trường hợp nặng.
- Phân độ đúng và điều trị phù hợp theo phân độ.
- Hiện nay chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, chỉ điều trị hỗ trợ.
- Theo dõi sát để phát hiện sớm các biến chứng.
- Bảo đảm dinh dưỡng đầy đủ, nâng cao thể trạng.

2. Bệnh viện đa khoa khu vực, đa khoa tỉnh, chuyên khoa Nhi tuyến tỉnh

- Khám, điều trị bệnh tay chân miệng tất cả các độ.
- Chuyển tuyến: đối với bệnh tay chân miệng độ 3, độ 4 khi không có đủ điều kiện hồi sức tích cực Nhi, đảm bảo chuyển viện an toàn.
- Hội chẩn với tuyến trên và thực hiện phối hợp chuyển tuyến.

3. Điều trị cụ thể

Đánh giá, phân loại và xử trí theo phân độ bệnh tay chân miệng cho tất cả bệnh nhi tới khám. (Phụ lục 1: Phiếu đánh giá, phân độ và xử trí bệnh tay chân miệng)

3.1. Độ 1: Tay chân miệng không có biến chứng

Điều trị ngoại trú và theo dõi tại y tế cơ sở

- Dinh dưỡng đầy đủ theo tuổi, thức ăn lỏng, dễ tiêu, để nguội mát, chia nhiều bữa nhỏ. Trẻ còn bú cần tiếp tục cho ăn sữa mẹ.
- Hạ sốt, giảm đau bằng Paracetamol liều 10 - 15 mg/kg/lần (uống) hoặc 10-15 mg/kg/lần đặt hậu môn mỗi 4 - 6 giờ hoặc Ibuprofen 5-10 mg/kg/lần mỗi 6 - 8 giờ.
- Làm dịu vết loét miệng bằng thuốc băng niêm mạc đường tiêu hóa antacid.
- Vệ sinh răng miệng.
- Nghỉ ngơi, tránh kích thích.
- Chăm sóc tổn thương da: không làm vỡ các mụn nước, có thể bôi dung dịch sát khuẩn vào các mụn nước vỡ như dung dịch Povidone-iodine, xanh methylene.
- Cho trẻ nghỉ học, sau 7-10 ngày kể từ khi phát bệnh mới cho trẻ đi học lại.
- Tránh lây lan bệnh cho các thành viên khác trong gia đình, không dùng chung đồ dùng cá nhân, rửa tay trước và sau chăm sóc trẻ, vệ sinh môi trường.
- Cho trẻ nhập viện khi: người nhà lo lắng, nhà xa, không đủ điều kiện theo dõi.
- Tái khám mỗi 1 - 2 ngày trong 7-10 ngày đầu của bệnh. Trẻ có sốt phải tái khám mỗi ngày cho đến khi hết sốt ít nhất 48 giờ.
- Hướng dẫn cha mẹ, người chăm sóc dấu hiệu nặng cần đưa trẻ tái khám ngay. Trẻ cần tái khám ngay khi có ≥ 1 dấu hiệu:
 - + Sốt trên 39°C hoặc kéo dài trên 48 giờ.
 - + Nôn ói nhiều.
 - + Lừ đừ hoặc kích thích.
 - + Không bú hoặc ăn bú quá ít.
 - + Giật mình.

- + Thở nhanh, khó thở.
- + Da nổi vân tím (nổi bông).
- + Hôn mê, co giật.
- + Trẻ có dấu hiệu bất thường hoặc cha mẹ lo lắng.

3.2. Độ 2: Tay chân miệng có biến chứng thần kinh

Điều trị nội trú tại bệnh viện

3.2.1. Độ 2a: Tay chân miệng có biến chứng thần kinh

(nên bố trí, sắp xếp các trẻ bị bệnh TCM có cùng phân độ vào cùng phòng để thuận lợi theo dõi).

- Điều trị như độ 1.
- Phenobarbital uống 5-7 mg/kg/ngày chia 2 lần.
- Trường hợp trẻ sốt cao không đáp ứng tốt với Paracetamol có thể phối hợp Ibuprofen 5-10 mg/kg/lần mỗi 6 - 8 giờ nếu cần (dùng xen kẽ với các lần sử dụng Paracetamol). Tổng liều tối đa của Ibuprofen là 40 mg/kg/ngày, Paracetamol là 60 mg/kg/ngày. Không dùng thuốc Aspirin.
- Theo dõi sát để phát hiện dấu hiệu chuyển độ, hướng dẫn người nhà (thân nhân) dấu hiệu chuyển độ và báo bác sĩ và điều dưỡng khi có dấu hiệu chuyển độ.
- Theo dõi sinh hiệu: mạch, nhiệt độ, nhịp thở, tri giác, SpO₂ mỗi 6-12 giờ. Tất cả trẻ có mạch nhanh hoặc mạch chậm phải đo huyết áp.
- Cho trẻ nằm phòng theo dõi bệnh nhân nặng (theo dõi mỗi 4-6 giờ trong 24 giờ đầu) khi trẻ có ≥ 1 yếu tố nguy cơ diễn tiến nặng:
 - + Li bì, hoặc sốt trên 3 ngày hoặc sốt cao $> 39^{\circ}\text{C}$.
 - + Còn biểu hiện giật mình trong 24 - 72 giờ trước đó.
 - + Nôn ói nhiều.
 - + Đường huyết $> 160 \text{ mg}\%$ (8,9 mmol/L).
 - + Bạch cầu tăng $> 16 \text{ G/L}$.
 - + Tiểu cầu $> 400 \text{ G/L}$.

3.2.2. Độ 2b: Tay chân miệng có biến chứng thần kinh nặng

(sắp xếp điều trị tại phòng cấp cứu hoặc hồi sức).

- Nằm đầu cao 30 độ.
- Thở oxy qua mũi tối đa 6l/phút.
- Hạ sốt nếu trẻ có sốt.
- Phenobarbital 10-20 mg/kg truyền tĩnh mạch trong 30 phút. Lặp lại sau 8-12 giờ khi cần (tổng liều không quá 40mg/kg/ngày).
- Immunoglobulin: dùng 1 liều duy nhất
 - + Nhóm 2: Immunoglobulin 1g/kg/ngày truyền tĩnh mạch chậm trong 6 - 12 giờ. (Phụ lục 2: Cân nặng hiệu chỉnh sử dụng bù dịch, thở máy, liều lượng thuốc Immunoglobulin, ở trẻ em thừa cân béo phì)
 - * Lưu ý: chỉ dùng liều 2 sau 24 giờ nếu diễn tiến nặng hơn
 - + Nhóm 1: không chỉ định Immunoglobulin.
 - * Lưu ý: nếu triệu chứng không giảm sau 6 giờ điều trị bằng phenobarbital thì cần xem xét chỉ định Immunoglobulin. Đối với những trẻ không đáp ứng với phenobarbital, trẻ vẫn còn giật mình liên tục, bứt rứt không yên, cần theo dõi sát, đánh giá dấu hiệu chuyển độ 3.
- Xem xét chống phù não (Độ 2b - nhóm 2)
- + Nằm đầu cao 30 độ.
- + Hạn chế dịch (tổng dịch bằng 1/2 - 3/4 nhu cầu bình thường).
- + Thở máy tăng thông khí giữ PaCO₂ từ 35 - 40 mmHg và duy trì PaO₂ từ 80 - 100 mmHg.
- + Truyền tĩnh mạch Mannitol hoặc Natriclorid 3%.

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, kiểu thở, tri giác, ran phổi, SpO₂ (tất cả trẻ có mạch nhanh hoặc mạch chậm phải đo huyết áp) mỗi 1-3 giờ trong 6 giờ đầu, sau đó theo chu kỳ 4 - 6 giờ.

3.3. Độ 3: Tay chân miệng biến chứng rối loạn thần kinh thực vật nặng (Điều trị tại đơn vị hồi sức tích cực)

3.3.1. Thở oxy qua mũi tối đa 6 lít/phút, sau 30-60 phút nếu đáp ứng kém nên đặt nội khí quản giúp thở sớm.

3.3.2. Chỉ định đặt nội khí quản và thở máy

- Bệnh tay chân miệng độ 4

- Bệnh tay chân miệng độ 3 kèm theo một trong các biểu hiện sau:

+ Thở bất thường: cơn ngưng thở, thở bụng, thở nông, khò khè, thở rít hít vào, rút lõm ngực.

+ Thở nhanh > 70 lần/phút (khi trẻ nằm yên, không sốt).

+ Rối loạn thần kinh thực vật nặng: SpO₂ dao động, da xanh tái, vã mồ hôi, mạch nhanh > 180 lần/phút (trẻ nằm yên, không sốt).

+ Gồng chi hoặc hôn mê (Glassgow < 10 hoặc mức P thang điểm AVPU).

3.3.3. Phenobarbital 10 - 20 mg/kg truyền tĩnh mạch trong 30 phút. Lặp lại sau 8-12 giờ khi cần (tổng liều không quá 40mg/kg/ngày).

3.3.4. Immunoglobulin

- Gammaglobulin 1g/kg/ngày truyền tĩnh mạch chậm trong 6 - 12 giờ. Dùng 1 liều duy nhất.

- Sử dụng cân nặng hiệu chỉnh ở trẻ dư cân béo phì.

(Phụ lục 2: cân nặng hiệu chỉnh sử dụng bù dịch, thở máy, liều lượng thuốc Immunoglobulin ở trẻ em thừa cân béo phì).

- Chỉ dùng liều 2 sau 24 giờ nếu diễn biến nặng hơn.

3.3.5. Dobutamin

- Chỉ định khi suy tim mạch nhanh > 170 lần/phút và không có tăng huyết áp.

- Liều khởi đầu 5µg/kg/phút truyền tĩnh mạch, tăng dần 1 - 2,5µg/kg/phút mỗi 15 phút cho đến khi có cải thiện lâm sàng; liều tối đa 20µg/kg/phút (không dùng Dopamin).

3.3.6. Milrinone

- Chỉ định khi tăng huyết áp: huyết áp tâm thu tăng

+ Trẻ dưới 12 tháng HA ≥ 110mmHg

+ Trẻ từ 12 tháng đến < 24 tháng HA ≥ 115mmHg

+ Trẻ ≥ 24 tháng HA ≥ 120 mmHg

- Liều lượng:

+ Milrinone truyền tĩnh mạch 0,4 - 0,75 µg/kg/phút chỉ dùng khi HA cao và trong 24 - 72 giờ.

+ Nếu huyết áp ổn định (HA tâm thu 100 - 110 mmHg) trong 12-24 giờ, giảm dần liều Milrinone 0,1 µg/kg/phút mỗi 30 - 60 phút cho đến liều tối thiểu 0,25 µg/kg/phút. Nếu huyết áp ổn định ở liều tối thiểu này trong ít nhất 6 giờ thì xem xét ngưng Milrinone.

+ Ngưng ngay Milrinone nếu: HA tâm thu < 90 mmHg (trẻ < 12 tháng), HA tâm thu < 100 mmHg (trẻ ≥ 12 tháng).

3.3.7. Điều chỉnh rối loạn nước, điện giải, toan kiềm, điều trị hạ đường huyết.

3.3.8. Hạ sốt tích cực.

a) Chỉ định: sốt cao liên tục ≥ 39,5 độ C, không đáp ứng với thuốc hạ sốt Paracetamol kết hợp Ibuprofen và lau mát hạ sốt sau 12 giờ.

b) Cách thực hiện hạ sốt tích cực:

- Lau mát hạ sốt.

- Paracetamol 10-15 mg/kg/lần truyền tĩnh mạch chậm trong 15 phút.
- Trường hợp đang thở máy
- + Rửa dạ dày bằng NaCl 0,9% lạnh, ± kết hợp thụt tháo NaCl 0,9% lạnh khi còn sốt > 40 độ C.
- + Nếu thất bại với tất cả các biện pháp trên (thân nhiệt vẫn còn > 40 độ C sau 4 - 6 giờ): xem xét Methyl prednisolone 10 mg/kg/lần truyền tĩnh mạch chậm trong 30 phút x 2 lần/ngày. Theo dõi sát HA khi truyền. Thời gian sử dụng Methyl prednisolone đến khi kiểm soát được thân nhiệt, tối đa 3 ngày.

3.3.9. Điều trị co giật (nếu có)

Midazolam 0,15 mg/kg/lần hoặc Diazepam 0,2 - 0,3 mg/kg truyền tĩnh mạch chậm, lặp lại sau 10 phút nếu còn co giật (tối đa 3 lần).

3.3.10. Chỉ định đo và theo dõi huyết áp động mạch xâm lấn

- Bệnh tay chân miệng độ 4.
- Bệnh tay chân miệng độ 3 có chỉ định truyền thuốc vận mạch hay được đặt nội khí quản.

3.3.11. Lọc máu liên tục

a) Chỉ định lọc máu liên tục

Bệnh tay chân miệng nặng độ 3 hoặc độ 4 đang thở máy kèm một trong các tiêu chuẩn sau:

- Sốc không đáp ứng với các biện pháp chống sốc sau 1 - 2 giờ và HA trung bình \geq 50 mmHg.
- Sốt cao liên tục thất bại với tất cả các biện pháp điều trị hạ sốt tích cực sau 6 - 12 giờ.
- Nhịp tim nhanh > 180 lần/phút (không sốt) và da nổi vân tím (bông) dù huyết áp bình thường hoặc tăng.

b) Không chỉ định lọc máu liên tục khi: hạ thân nhiệt, đồng tử giãn, huyết áp trung bình dưới 50mmHg.

3.3.12. Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, tri giác, ran phổi, SpO₂, mỗi 30-60 phút trong 2 giờ đầu sau đó 1 - 2 giờ. Nếu có điều kiện nên theo dõi huyết áp động mạch xâm lấn.

4.4. Độ 4: Tay chân miệng suy hô hấp tuần hoàn nặng

(Điều trị tại các đơn vị hồi sức tích cực)

4.4.1. Đặt nội khí quản thở máy

a) An thần khi đặt nội khí quản

- Midazolam 0,1mg/kg (TM) hoặc Diazepam 0,2 mg/kg (TMC) hoặc Fentanyl 1 - 2 mcg/kg.

- Không sử dụng Ketamin do nguy cơ tăng áp lực nội sọ.

b) Cài đặt máy thở ban đầu và điều chỉnh thông số máy thở

Cài đặt thông số máy thở ban đầu	
Thông số	Kiểm soát áp lực
Áp lực thở vào IP (cmH ₂ O)	12-20 cmH ₂ O sao cho V _T từ 6 - 8 ml/kg cân nặng. Trẻ dư cân béo phì sử dụng cân nặng hiệu chỉnh, (Phụ lục 2: Cân nặng hiệu chỉnh sử dụng bù dịch, thở máy, liều lượng Immunoglobulin ở trẻ em thừa cân béo phì)
Tần số thở (lần/phút)	Trẻ < 2 tuổi: 25 - 30; Trẻ 2 - 8 tuổi: 20 - 25; Trẻ > 8 tuổi: 15-20
Tỉ lệ I/E	1/2
FiO ₂ (%)	60 -100
PEEP (cmH ₂ O)	6 - 8

c) Mục tiêu cần đạt: SpO₂: 94 - 98%; PaO₂: 80 - 100 mmHg; PaCO₂: 30 - 35 mmHg; Áp lực đỉnh ≤ 30 cmH₂O.

4.4.2. *Chống sốc*: sốc do viêm cơ tim hoặc tổn thương trung tâm vận mạch ở thân não

a) Thiết lập đường truyền tĩnh mạch hoặc tiêm tủy xương nếu thất bại tiêm tĩnh mạch ngoại biên sau 10-15 phút.

b) Dobutamine truyền TM liều bắt đầu 5 μg/kg/phút.

c) Nếu có dấu hiệu lâm sàng của phù phổi

+ Ngừng ngay dịch truyền nếu đang truyền dịch.

+ Đo áp lực tĩnh mạch trung ương, huyết áp động mạch xâm lấn.

+ Tăng liều Dobutamine 5 - 20 μg/kg/phút.

d) Nếu không có dấu hiệu lâm sàng của phù phổi

- Test dịch truyền: LR/NS 5ml/kg/15phút.

(Phụ lục 2: Cân nặng hiệu chỉnh sử dụng bù dịch, thở máy, liều lượng thuốc Immunoglobulin ở trẻ em thừa cân béo phì).

- Đo áp lực tĩnh mạch trung ương, huyết áp động mạch xâm lấn, đặt thông tiểu.

+ Chỉ định đo áp lực tĩnh mạch trung ương:

o Sốc.

o Viêm cơ tim.

o Phù phổi.

+ Chỉ định đo và theo dõi huyết áp động mạch xâm lấn

o Bệnh tay chân miệng độ 4.

o Bệnh tay chân miệng độ 3 có chỉ định truyền thuốc vận mạch hay được đặt nội khí quản.

e) Đánh giá đáp ứng hồi sức

- **Nếu sốc cải thiện**

+ Duy trì dịch LR/NS 5 - 10ml/kg/giờ và tiếp tục truyền tĩnh mạch Dobutamine.

+ Mục tiêu cần đạt: CVP 6-14 cmH₂O, HATT ≥ 100 mmHg, HATB ≥ 50 - 65 mmHg, ScvO₂ ≥ 70%, Lactate < 2 mmol/L.

- **Nếu còn sốc** + Dịch truyền LR/NS 5 ml/kg/15 phút tối đa 3 lần (trong giờ đầu) sau đó điều chỉnh tốc độ theo hướng dẫn CVP và đáp ứng lâm sàng, theo dõi sát dấu hiệu quá tải, phù phổi cấp.

+ Xem xét chỉ định cao phân tử nếu còn sốc.

+ Siêu âm đánh giá phân suất tổng máu EF, đường kính tĩnh mạch chủ dưới. Nếu có điều kiện đo cung lượng tim liên tục, kháng lực mạch máu hệ thống, các chỉ số SVV, PPV để hỗ trợ hồi sức sốc.

+ Dobutamine 20 μg/kg/phút, phối hợp Adrenaline 0,1 - 0,3 μg/kg/phút (tối đa 1 μg/kg/phút) hay Noradrenaline 0,1-1 μg/kg/phút, dưới hướng dẫn CVP, huyết áp động mạch xâm lấn.

4.4.3. *Điều trị rối loạn điện giải, hạ đường huyết, rối loạn kiềm toan, RL đông máu, và chống phù não (nếu có).*

4.4.4. *Immunoglobulin:*

- Chỉ định Immunoglobulin: sau hồi sức sốc và khi huyết áp trung bình ≥ 50 mmHg.

- Gammaglobulin 1g/kg/ngày truyền tĩnh mạch chậm trong 6 - 12 giờ. Dùng 1 liều duy nhất.

- Sử dụng cân nặng hiệu chỉnh ở trẻ dư cân béo phì.

4.4.5. *Lọc máu liên tục*

(Xem phần lọc máu liên tục đối với bệnh tay chân miệng độ 3).

4.4.7. *Kháng sinh*: chỉ dùng kháng sinh khi có bội nhiễm hoặc chưa loại trừ các bệnh nhiễm khuẩn nặng khác.

4.4.8. Điều trị loạn nhịp tim nếu có (điều trị rung thất, cơn nhịp nhanh thất mất mạch).

4.4.9. Theo dõi

+ Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, tri giác, ran phổi, SpO₂, nước tiểu mỗi 15-30 phút đến khi ổn định, sau đó theo dõi mỗi giờ trong 6 giờ đầu.

+ Áp lực tĩnh mạch trung tâm, huyết áp động mạch xâm lấn mỗi 1 - 2 giờ.

IV. CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG BỆNH TAY CHÂN MIỆNG

Tại phòng khám và khoa điều trị cần có lưu đồ chăm sóc bệnh tay chân miệng giúp điều dưỡng phân độ đúng và chăm sóc phù hợp theo phân độ.

(Phụ lục 3: Lưu đồ chăm sóc bệnh tay chân miệng).

V. TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN

a) Bệnh tay chân miệng có biến chứng nặng (độ 2b, độ 3, độ 4) đủ 4 điều kiện sau:

- Ổn định lâm sàng.
- Ổn định về các biến chứng và di chứng.
- Không cần hỗ trợ hô hấp.
- Ăn uống được qua đường miệng hoặc ăn qua ống thông dạ dày.

b) Bệnh tay chân miệng điều trị nội trú độ 1, độ 2a đủ 4 điều kiện sau:

- Không sốt ít nhất 24 giờ liên tục (không sử dụng thuốc hạ sốt).
- Không còn các biểu hiện lâm sàng phân độ nặng từ 2a trở lên ít nhất 48 giờ.
- Ăn được qua đường miệng.
- Có điều kiện theo dõi tại nhà và tái khám ngay nếu có diễn tiến nặng (nếu chưa đến ngày thứ 8 của bệnh, tính từ lúc khởi phát bệnh).

VI. PHÒNG BỆNH

1. Nguyên tắc phòng bệnh

- Trên thế giới hiện nay đã có vắc xin phòng bệnh.
- Áp dụng các biện pháp phòng ngừa chuẩn và phòng ngừa đối với bệnh lây qua đường tiêu hoá, đặc biệt chú ý tiếp xúc trực tiếp với nguồn lây.

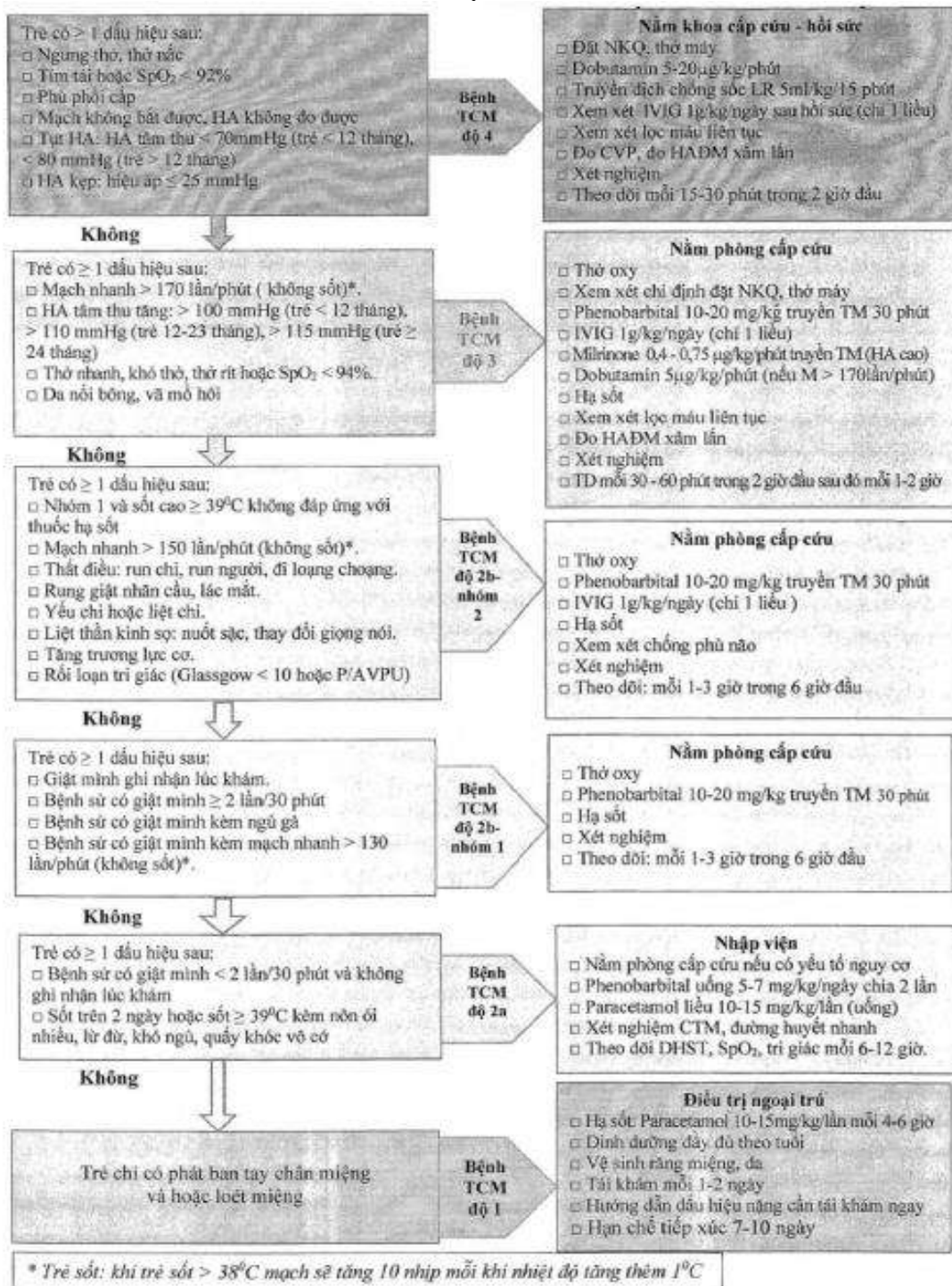
2. Phòng bệnh tại các cơ sở y tế

- Cách ly theo nhóm bệnh.
- Nhân viên y tế: mang khẩu trang, rửa, sát khuẩn tay trước và sau khi chăm sóc.
- Khử khuẩn bề mặt, giường bệnh, buồng bệnh bằng Cloramin B 2%. Lưu ý khử khuẩn các ghế ngồi của bệnh nhân và thân nhân tại khu khám bệnh.
- Xử lý chất thải, quần áo, khăn trải giường của bệnh nhân và dụng cụ chăm sóc sử dụng lại theo quy trình phòng bệnh lây qua đường tiêu hoá.

3. Phòng bệnh ở cộng đồng

- Vệ sinh cá nhân, rửa tay bằng xà phòng (đặc biệt sau khi thay quần áo, tã, sau khi tiếp xúc với phân, nước bọt).
- Rửa sạch đồ chơi, vật dụng, sàn nhà.
- Lau sàn nhà bằng dung dịch khử khuẩn Cloramin B 2% hoặc các dung dịch khử khuẩn khác.
- Hạn chế tiếp xúc trẻ bệnh tại nhà.
- Không đến nhà trẻ, trường học, nơi các trẻ chơi tập trung trong 7 - 10 ngày đầu của bệnh.

Phụ lục 1: PHIẾU ĐÁNH GIÁ, PHÂN ĐỘ VÀ XỬ TRÍ BỆNH TAY CHÂN MIỆNG



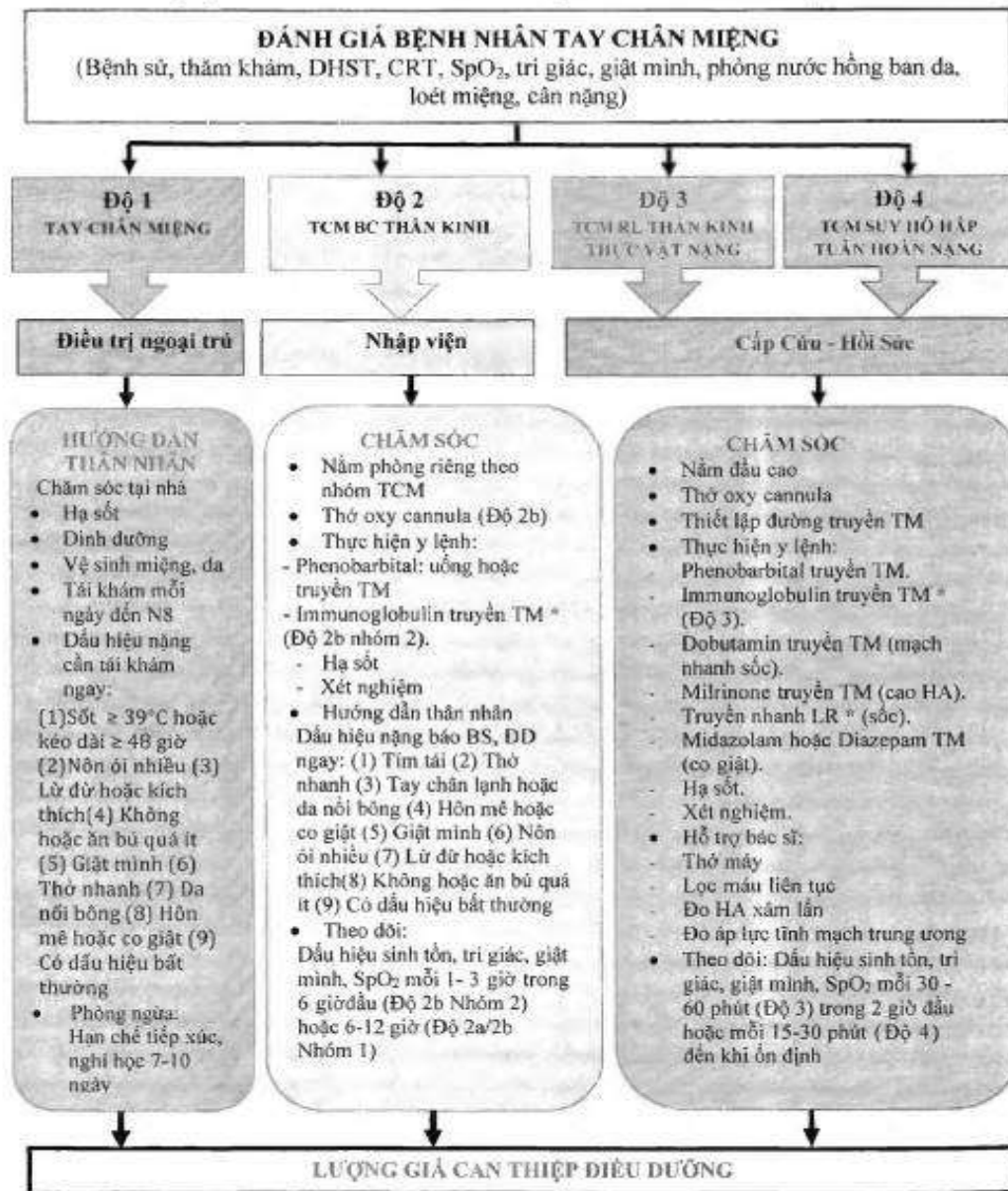
Phụ lục 2: CÂN NẶNG HIỆU CHỈNH SỬ DỤNG BÙ DỊCH, THỞ MÁY, LIỀU LƯỢNG THUỐC IMMUNOLOBULINE Ở TRẺ EM THỪA CÂN HOẶC BÉO PHÌ

Cân nặng hiệu chỉnh ở trẻ em thừa cân hoặc béo phì khuyến cáo áp dụng tính cân nặng khi:

1. **Bù dịch:** chỉ ước tính cho những giờ đầu và nên đo áp lực tĩnh mạch trung tâm, siêu âm đánh giá tĩnh mạch chủ dưới (nếu có khả năng) để theo dõi trong khi bù dịch.
2. **Thở máy:** tính Vt ml/kg cân nặng hiệu chỉnh.
3. **Tính liều lượng thuốc Immunoglobulin.**

Tuổi (năm)	Nam (kg)	Nữ (kg)
2	13	12
3	14	14
4	16	16
5	18	18
6	21	20
7	23	23
8	26	26
9	29	29
10	32	33
11	36	37
12	40	42
13	45	46
14	51	49
15	56	52
16	61	54

Phụ lục 3: LƯU ĐỒ CHĂM SÓC BỆNH TAY CHÂN MIỆNG ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN TAY CHÂN MIỆNG



* Sử dụng cân nặng hiệu chỉnh ở trẻ dư cân béo phì (Xem phụ lục 2: Cân nặng hiệu chỉnh sử dụng bù dịch, thở máy, liều lượng thuốc gamma globuline ở trẻ em thừa cân béo phì).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh Tay chân miệng (Ban hành kèm theo Quyết định số 292/QĐ-BYT, ngày 06 tháng 02 năm 2024 của Bộ trưởng Bộ Y tế).

KHOA TAI MŨI HỌNG

ZONA TAI

I. ĐỊNH NGHĨA

Zona tai hay còn gọi là hội chứng Ramsay Hunt do nhiễm virus Varicella Zoster thứ phát (nhiễm thứ phát gọi là bệnh thủy đậu) xảy ra tại hạch gối

II. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân làm tái kích hoạt virus Varicella Zoster vẫn chưa rõ ràng, tuy nhiên tình trạng suy giảm miễn dịch khi lớn tuổi, nhiễm HIV hoặc điều trị thuốc ức chế miễn dịch đều có liên quan đến bệnh

III. CHẨN ĐOÁN

3.1 Triệu chứng sớm

- Sốt
- Nóng rát một bên tai
- Nhức đầu

3.2 Triệu chứng

- Mụn nước xuất hiện gờ đối luân, hồ thuyền, thành sau ống tai ngoài
- Tồn thương mụn nước khác với herpes, có viền đỏ xung quanh, khi lành để lại sẹo
- Liệt mặt có nhiều mức độ từ nhẹ đến nặng

3.3 Thể lâm sàng

3.3.1 Thể không đầy đủ

- Đau tai, nổi mụn nước
- Không liệt mặt

3.3.2 Thể tổn thương thần kinh VIII: thêm triệu chứng

- Nghe kém
- Ù tai
- Chóng mặt

3.3.3 Thể tổn thương thần kinh V: thêm triệu chứng

Tồn thương niêm mạc phần trên amidan, đau nửa mặt

IV. ĐIỀU TRỊ

- Kháng virus (uống) (sử dụng một trong những nhóm sau)
 - +Acyclovir: 800mg x 5 lần/ngày x 7 ngày
 - +Famcyclovir: 500-700mg x 3 lần/ngày x 7 ngày
 - +Valacyclovir: 1g x 3 lần/ngày x 7 ngày
- Giảm đau (uống) (sử dụng một trong những nhóm sau)
 - +Acetaminophen: 500mg x 3-4 lần/ngày
 - +Amitriptyline: 25mg x 3 lần/ngày
- Kháng viêm steroid (uống)
 - +Methylprednisolone hoặc Prednisolone: 60mg/ngày x 4 ngày
 - +Giảm liều dần
- Trong trường hợp những vết loét do mụn nước vỡ ra để lại có dấu hiệu nhiễm trùng, có thể sử dụng thêm kháng sinh
 - +Amoxicillin + axit clavulanic

- +Cephalosporin thế hệ I,II,III
- +Nhóm Quinolon
- +Nhóm Macrolide
- +Clindmycin

Trong trường hợp có liệt thần kinh VII có thể cho bệnh nhân nhập viện

V. TIÊN LƯỢNG

Tiên lượng của zona tai thường tốt trường hợp ở người nhiều tuổi. Zona tai ở người già hay kéo dài và đưa đến đau dây thần kinh

Trung bình ở người dưới 50 tuổi, bệnh này kéo dài không quá 4 tuần. Các triệu chứng liệt mặt hoặc chóng mặt sẽ khỏi hẳn, nhưng điếc và ù tai có khả năng kéo dài khá lâu hoặc biến thành cố tật

VI. PHÒNG BỆNH

Thiết lập chế độ ăn uống hợp lý

Hình thành thói quen vận động, tập thể dục thể thao

Vệ sinh cá nhân, nhà cửa, môi trường xung quanh sạch sẽ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng – Bộ Y Tế (2016)
2. Võ Tấn (2016), *Zona tai*, Tai Mũi Họng thực hành – Tập 2, p.101-102
3. Lucerna A, Espinosa J, Coleman T, Lee J. Ramsay Hunt syndrome. *Consultant*. 2023 ; 63(5) :e6. Doi :10.25270/con.2023.03.000004
4. Yuktam Goswami , Sagar S. Gaurka. Ramsay Hunt Syndrome: An Introduction, Signs and Symptoms, and Treatment .*Otolaryngology – Head and Neck Surgery and Surgical Oncology*, Jawaharlal Nehru Medical College, Datta Meghe Institute of Medical,Sciences Wardha, IND. 2023. DOI: 10.7759/cureus.33688

VIÊM TAI Ứ DỊCH Ở TRẺ EM

Đây là bệnh viêm tai màng nhĩ đóng kín, thường gặp ở trẻ em từ 1-3 tuổi. Bệnh tiến triển âm thầm, ít triệu chứng nên thường không được phát hiện kịp thời, để lại hậu quả xấu về nghe, từ đó ảnh hưởng tới sự phát triển ngôn ngữ cũng như khả năng học tập và phát triển trí tuệ ở trẻ.

I. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng viêm niêm mạc tai giữa kèm theo sự có mặt của tiết dịch trong hòm tai. Về mặt thời gian có thể xếp thành ba thể: thể cấp tính xảy ra trong thời gian 3 tuần trở lại; thể bán cấp, bệnh kéo dài từ 3 tuần đến 3 tháng; thể mạn tính khi bệnh kéo dài trên 3 tháng.

II. NGUYÊN NHÂN

- Tắc vòi nhĩ. Tắc vòi nhĩ dẫn đến mất không khí trong hòm tai do đó áp lực âm tính, vì vậy dịch thấm vô trùng.
- Viêm do vi khuẩn (40% có mặt vi khuẩn trong viêm tai ứ dịch). Giả thuyết này dựa trên các nghiên cứu có vi khuẩn trong dịch cấy ở hòm tai hoặc tăng cao lượng kháng thể kháng khuẩn *Staphylococcus pneumoniae*, *Hemophylus influenzae* và *Disphtheroides*.
- Viêm do virus. Một số các nghiên cứu ủng hộ giả thuyết do căn nguyên adenovirus: virus giống cúm typ 1,2,3; herpes; adeno-virus; coxsaki b4...
- Viêm do dị ứng. Các quá trình xảy ra là: Phù nề, tăng tiết dịch nhầy, tắc vòi. Tăng sản và dị sản lớp biểu mô. Phì đại các tuyến tiết, giãn mạch, tăng sinh tổ chức liên kết.

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

3.1.1. Lâm sàng

Dấu hiệu lâm sàng chủ yếu là giảm thính lực tùy theo lứa tuổi mà có biểu hiện khác nhau.

- Ở trẻ nhỏ: việc phát hiện viêm tai thanh dịch khi khám nằm trong bệnh cảnh bị nhiễm trùng đường hô hấp trên là phổ biến nhất. Ngoài ra, còn phát hiện được khi cha mẹ phàn nàn:

+ Trẻ nhỏ không quay đầu về phía có âm thanh.

+ Trẻ đáp ứng chậm hoặc giảm với việc học và phát triển ngôn ngữ.

-Trẻ lớn: nghe ở lớp không rõ hoặc có khó chịu trong tai. Vì vậy, cha mẹ hoặc thầy cô giáo nhận thấy trẻ có những biểu hiện không bình thường khi nghe hoặc viết chính tả nên cho đi khám sức nghe.

Khám soi tai: (phóng đại) điển hình là màng tai có màu hồng phách, có các vân mạch, thường co lõm nhưng đôi khi màng tai lồi phồng. Hình ảnh màng tai rất đa dạng, có thể thấy:

- Màng tai như bình thường hoặc mất bóng.

- Hình ảnh mức nước hoặc có bóng khí nước phía sau màng tai.

- Màng tai co lõm nhẹ, mất bóng.

- Màng tai co lõm với cán xương búa ngấn lại, máu ngấn nhô ra.

- Màu trắng sữa ở phần dưới với một vài vân mạch.

- Hiếm hơn: màu xám xanh của màng tai.

- Màu trắng phần với một vài nốt trắng.
- Thay đổi hoặc mất tam giác sáng.
- Khi khám thấy giảm hoặc mất di động màng tai.

Khám vòm họng: kiểm tra VA viêm, quá phát.

Khám mũi xoang: kiểm tra thấy tồn tại một ổ viêm tiềm tàng.

3.1.2. Cận lâm sàng (khi bệnh viện thực hiện)

- Đo nhĩ lượng: (tiêu chuẩn chính để chẩn đoán) nhĩ đồ có dạng C hoặc B (theo phân loại của Jerger).
- Đo thính lực: điếc dẫn truyền thường tới 20-40dB.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

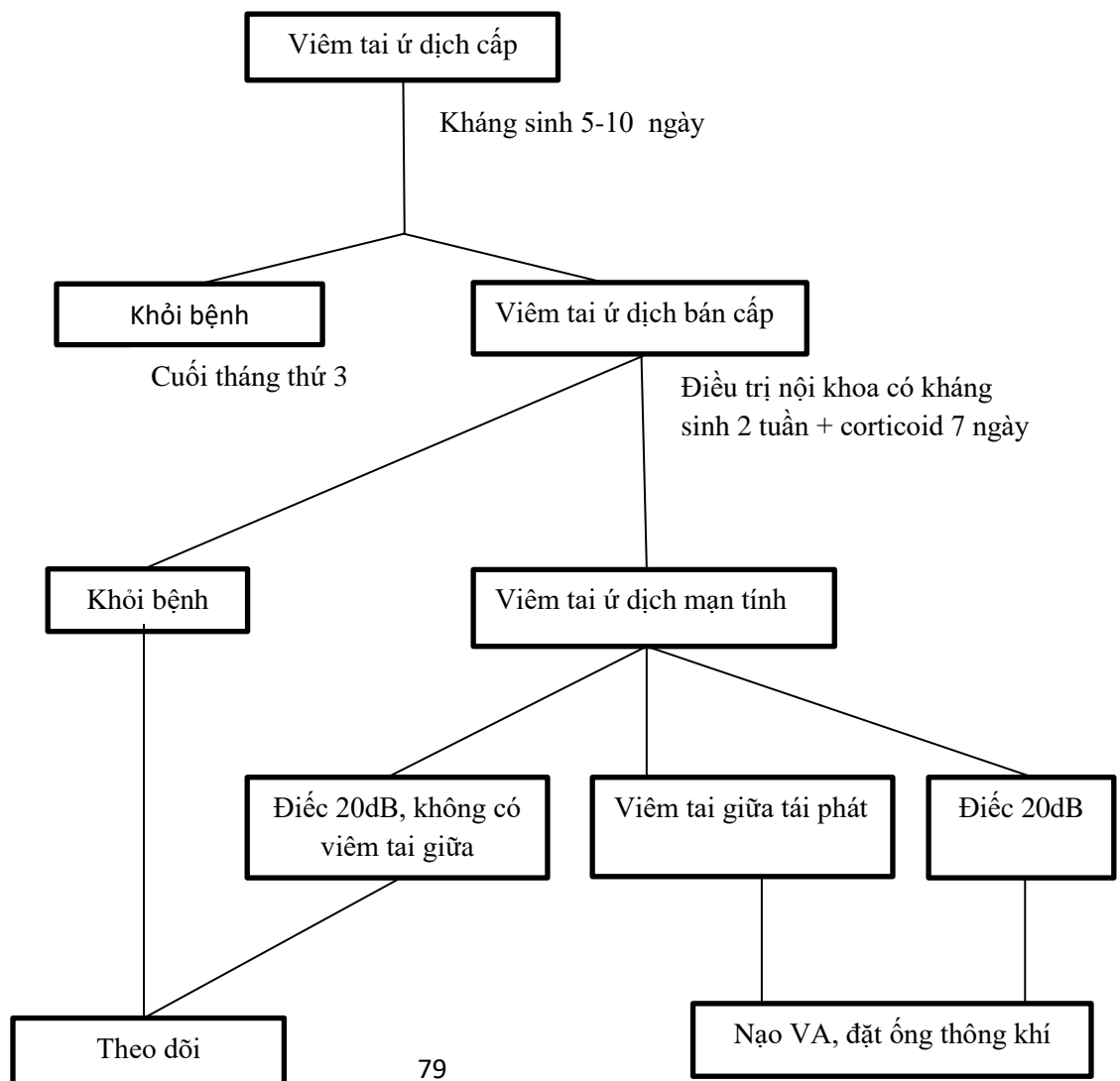
Trước một màng tai nguyên vẹn và gần như bình thường cần phân biệt với:

- Các bệnh viêm tai màng nhĩ đóng kín khác.
- Dị dạng, không phát triển ở tai

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

- Cần phân biệt các căn nguyên của viêm tai thanh dịch: thứ phát sau rối loạn chức năng vòi hoặc tắc vòi nhĩ; do yếu tố miễn dịch và nhiễm trùng đóng vai trò chủ yếu; do nguyên nhân chảy vòi nhĩ có rối loạn vận mạch, phù nề niêm mạc, tràn dịch và tắc vòi.
- Điều trị toàn diện, kết hợp: toàn thân, tại chỗ. Điều trị nội khoa ưu tiên trước, nếu thất bại mới điều trị ngoại khoa.



4.2. Điều trị toàn thân

- Kháng sinh 7-10 ngày như
 - + Amoxicillin: trẻ <40kg 20-50mg/kg/ngày, chia 2-3 lần, tối đa 150mg/kg/ngày
 - + Augmentin: trẻ >40kg 1000mg/125mg x 2 lần/ngày, trẻ <40kg 40mg/5mg/kg/ngày tới 80mg/10mg/kg/ngày (không quá 3000mg/375mg/ngày) chia 3 lần
 - + Cephalor: 20-40mg/kg/ngày chia 2-3 lần. Tối đa 1.5g/ngày
 - + Erythromycin: <2 tuổi 500mg/ngày chia 2 lần, 2-8 tuổi 1g/ngày chia 2 lần
- Kháng viêm: corticoid 5mg/kg/ngày trong 2-5 ngày.
- Chống phù nề, tiêu dịch nhầy:
 - + Rhinathiol(carbocystein): Liều dùng đối với trẻ em từ 5 đến 12 tuổi: mỗi ngày 3 lần, mỗi lần 1 muỗng café tương đương 5ml. Liều dùng đối với trẻ em từ 2 đến 5 tuổi: mỗi ngày 4 lần, mỗi lần từ 1/4 đến 1/2 muỗng café.
 - + Mucomys(acetylcystein): Trẻ em từ 2 đến 7 tuổi: 400 mg/ngày, chia làm 2 lần, hay mỗi lần uống 1 gói, ngày 2 lần. Trẻ còn bú dưới 2 tuổi: 200 mg/ngày, chia làm 2 lần, hay mỗi lần uống nửa gói, ngày 2 lần
- Điều trị cơ địa: giảm mẫn cảm đặc hiệu, kháng histamin.
 - + Desloratadine(2.5mg/5ml): trẻ >12 tuổi 5mg(10ml)/lần/ngày, trẻ 6-11 tuổi 2.5mg(5ml)/lần/ngày, trẻ 2-5 tuổi 1.25mg(2.5ml)/lần/ngày, trẻ 6-11 tháng tuổi 1mg(2ml)/lần/ngày

4.3. Điều trị tại chỗ

- Làm thông thoáng đường thở trên: vệ sinh mũi hàng ngày bằng rửa mũi, xịt nước muối biển (Sterimar), thuốc co mạch (Otrivil, Coldi B).
- Làm các nghiệm pháp Valsalva mỗi ngày hoặc thông vòi nhĩ mỗi tuần có hiệu quả trong trường hợp viêm tai giữa tiết dịch ít.

4.4. Điều trị phẫu thuật. (khi bệnh viện thực hiện)

- Chích rạch màng nhĩ.
- Đặt thông khí qua màng nhĩ.
- Nạo VA.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Khởi bệnh

Viêm tai thanh dịch có thể tự khỏi trong vòng 10-20 ngày hoặc sau khi được điều trị đúng. Sức nghe được phục hồi.

5.2. Tái phát viêm

Mặc dù đã được điều trị đúng nhưng viêm tai thanh dịch vẫn tái phát.

5.3. Nhiễm trùng

Viêm tai thanh dịch có thể bội nhiễm và chích rạch màng tai có dịch mủ nhầy chảy ra. Khi dịch chảy ra, sức nghe được cải thiện nhưng khi màng tai kín lại, sức nghe lại giảm. Viêm tai thanh dịch sẽ trở thành viêm tai mủ nhầy mạn tính gây thủng màng tai và chảy dịch kéo dài.

5.4. Tình trạng xơ dính trong hòm tai

Hình thành túi co lõm màng tai theo các mức độ. Chuỗi xương con bị xơ dính làm giảm sự di động của màng tai và chuỗi xương con, đôi khi chuỗi xương con bị gián đoạn do tiêu xương thường xảy ra ở cạnh dài xương đe.

5.5. Xơ nhĩ

Màng tai hình thành những mảng trắng ở lớp liên kết.

5.6. Cholesteatome

Sự tạo thành túi co lõm đặc biệt ở màng chũm sẽ hình thành theo cơ chế bệnh sinh của cholesteatoma.

5.7. Một dạng đặc biệt là màng tai xanh

Căn nguyên bệnh sinh có thể là: Hình thành u hạt chứa cholesterin và cặn lắng có sắc tố sắt tạo nên màu của màng tai. Dịch ứ trong tai giữa có màu socola.

VI. PHÒNG BỆNH

- Giữ ấm cho trẻ, không để trẻ bị viêm đường hô hấp trên kéo dài.
- Vệ sinh mũi họng và làm thông thoáng mũi khi trẻ bị những đợt viêm mũi họng cấp. Nếu trẻ bị VA hay amidan phì đại gây tắc nghẽn đường hô hấp gây viêm nhiễm tái phát nhiều lần nên nạo VA và cắt amidan.
- Khám tai mũi họng định kỳ cho trẻ từ 6 tháng tuổi trở lên để phát hiện và điều trị sớm viêm tai thanh dịch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng – Bộ Y Tế (2016)
2. Nguyễn Hoàng Sơn (2016), *Viêm tai giữa và viêm tai xương chũm hài nhi*, Tai Mũi Họng – Quyển 2, p.422-432
3. Phạm Thanh Thế (2021), *Viêm tai giữa mạn tính trẻ em*, Tai Mũi Họng – Tập 2, p.126-143
4. MIMS drug reference concise prescribing information 2022

KHOA RĂNG HÀM MẶT

VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI DO VIRUS (QUAI BỊ)

I. ĐỊNH NGHĨA

Quai bị là bệnh viêm tuyến nước bọt mang tai thường gặp ở trẻ em và thanh thiếu niên do virus gây ra, bệnh có thể lây truyền trực tiếp qua trung gian nước bọt và có tính chất dịch tễ.

II. NGUYÊN NHÂN

Bệnh do virus thuộc nhóm Paramyxovirus gây ra.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán xác định dựa vào các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và tính chất dịch tễ.

1.1 Lâm sàng

a. Thời kỳ ủ bệnh

Giai đoạn đầu không có triệu chứng lâm sàng và có thể kéo dài từ 2-3 tuần, sau đó xuất hiện một số triệu chứng dưới đây:

- Có thể sốt.
- Khô miệng.
- Đau vùng mang tai, đau rõ nhất ở 3 điểm là trước nắp tai, mòm xương chũm và góc hàm.

b. Thời kỳ toàn phát

- Sưng đau tuyến mang tai với các đặc điểm:
 - + Lúc đầu sưng 1 bên, sau lan ra 2 bên.
 - + Mới đầu khối sưng nhỏ, làm mất rãnh sau góc hàm, đẩy da tai ra trước, sau to dần và lan ra cả vùng dưới hàm.
 - Sờ vùng mang tai thấy cảm giác căng dạng “mật độ keo”, hơi nóng, hơi đau.
 - Há miệng có thể hạn chế.
 - Niêm mạc miệng khô, đỏ, giảm tiết nước bọt.
 - Lỗ ống Stenon nề, đỏ, đôi khi có những vết nhỏ viêm bầm tím xung quanh và không có mủ nếu không có bội nhiễm.

1.2 Cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu: Bạch cầu giảm, bạch cầu ái toan tăng.
- X quang: không có giá trị chẩn đoán.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm tuyến nước bọt do vi khuẩn: thường biểu hiện viêm tuyến mang tai ở một bên và có mủ ở miệng ống Stenon, không có tính chất dịch tễ.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Nâng cao thể trạng.
- Chống bội nhiễm.
- Nghỉ ngơi, hạn chế vận động.

2. Điều trị cụ thể

- Thuốc an thần: Rotunda (khi bệnh nhân có sốt cao, căng thẳng, mệt mỏi,..)

- + Người lớn: 30-60mg/ lần x2-3 lần/ ngày
- + Trẻ em: 2mg/kg/ ngày chia làm 2-3 lần uống
- Giảm đau, hạ sốt: Paracetamol, Ibuprophen,...

Paracetamol 500mg, 325mg, 250mg (gói), 125mg (gói):

- + Trẻ em trên 12 tuổi: dùng theo liều người lớn: 500mg, 4-6 giờ một lần uống.
- + Trẻ em 6 – 11 tuổi: 325mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.

- + Trẻ em 3 – 5 tuổi: 250mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
- + Trẻ em 1 – 2 tuổi: 150mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
- Vitamin C, Bcomplex C...
- Vệ sinh răng miệng.
- Nghỉ ngơi, nâng cao thể trạng.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

Bệnh tiến triển khoảng 8-10 ngày và tự khỏi.

2. Biến chứng

- Viêm tinh hoàn: là biến chứng hay gặp.
- Viêm buồng trứng: hiếm gặp.

VI. PHÒNG BỆNH

- Tiêm vắc xin phòng quai bị cho trẻ em.
- Cách ly người bệnh, ngăn ngừa lây nhiễm ra cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt, Quyết định số 3108/QĐ – BHYT 28/7/2015
2. Bộ Y tế (2013), Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành RHM, Quyết định số 3207/QĐ – BHYT 19/08/2013

VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI MẠN TÍNH

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm tuyến nước bọt mãn tính là loại viêm tuyến nước bọt thường gặp ở người lớn do nhiều nguyên nhân, hay gặp nhất là do vi khuẩn.

II. NGUYÊN NHÂN

- Vi khuẩn.
- Sỏi tuyến mang tai.
- Bệnh có thể được coi là biến chứng của những tổn thương tái phát do phản xạ, dị ứng, nội tiết của tuyến nước bọt.
- Do những thâm nhiễm nguyên thủy tuyến mang tai của hội chứng Sjogren.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán xác định dựa vào các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và tính chất dịch tể.

1.1 Lâm sàng

a. Ngoài miệng

- Thường chỉ biểu hiện khi có đợt bán cấp: sưng, tức tuyến mang tai 1 hoặc cả 2 bên, đau nhiều.
- Giữa 2 đợt sưng, tuyến mang tai chỉ hơi to hơn bình thường, sờ chắc, không đau.
- Bệnh nhân chủ yếu thấy khó chịu nhất là lúc sáng dậy, nước bọt hơi mặn trong miệng.
- Tình trạng trên kéo dài khoảng 1 - 2 tuần, có điều trị hay không cũng hết dần. Sau vài tháng sưng đau trở lại.

b. Trong miệng

- Lỗ ống Stenon sưng đỏ.
- Xoa nắn tuyến có mũ loãng hoặc những sợi nhầy mù, chứa phé cầu, tụ cầu và liên cầu khuẩn chảy theo lỗ ống Stenon vào miệng.

1.2 Cận lâm sàng

Hình ảnh Xquang có tiêm thuốc cản quang

- Ống Stenon giãn to, đường kính không đều, chỗ phình, chỗ chít hẹp.
- Những ống nhỏ trong nhu mô có thể thấy rõ, có những ổ đọng thuốc trong nang tuyến phình ra.

2 Chẩn đoán phân biệt

- Viêm tuyến nước bọt mang tai do virus (quai bị): dựa vào dấu hiệu không có mũ chảy ra ở lỗ ống Stenon và tính chất dịch tể.
- U hỗn hợp, phì đại tuyến mang tai.
- U ác tuyến nước bọt.
- Viêm cạnh cao xương hàm dưới, viêm hạch dưới hàm.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Nâng cao thể trạng.
- Chống bội nhiễm.
- Nghỉ ngơi, hạn chế vận động.

2. Điều trị cụ thể:

2.1. Trường hợp bị viêm và khi tuyến chưa bị xơ hóa: Điều trị bằng cách bơm rửa ống tuyến bằng thuốc kháng sinh, chống viêm, nước muối sinh lý.

2.2. Trường hợp khi tuyến xơ hóa, không còn chức năng, điều trị bằng phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến mang tai, bảo tồn thần kinh VII.

2.3. Thuốc

2.3.1. Kháng sinh: Nhóm Betalactam, Họ Macrolide, Họ Nitro-5-Imidazole. (Sử dụng 1 đến 2 tuần, tùy theo tình trạng bệnh)

Họ Peniciline

- Amoxicilline/ clavulanate K (Klamente 625 mg, 1g hoặc Augmentin 625 mg, 1g)

+ Người lớn & trẻ em > 12 tuổi: 1 viên 625mg x 3 lần uống/ ngày hoặc 1 viên 1g x 2 lần uống/ ngày.

+ Trẻ em < 12 tuổi: 80mg/kg/ngày chia 3 lần uống.

+ Hoặc tiêm IM, test (nếu cần), Người lớn & trẻ em > 12 tuổi: lọ 1g x 3 lần/ngày

- Amoxicilline 250 mg (viên nang, gói), 500 mg (viên nang):

+ Trẻ em trên 12 tuổi: Dùng liều người lớn: 500mg, cách 8 giờ 1 lần.

+ Trẻ em đến 10 tuổi: 125-250mg, cách 8 giờ 1 lần.

+ Trẻ dưới 20 kg thường dùng liều 20 – 40mg/ kg thể trọng/ ngày.

Họ Cephalosporins:

- Người lớn & trẻ em > 12 tuổi: 500mg x 3 lần uống/ ngày

- Trẻ em < 12 tuổi: 25 - 50 mg/kg/ngày chia 3 lần uống.

Họ macrolide:

- Người lớn & trẻ em > 12 tuổi: Spiramycine 3MIU 1 viên x 2-3 lần uống/ ngày.

- Trẻ em < 12 tuổi: Spiramycine 1.5 MIU 1 viên x 2-3 lần uống/ ngày.

Zindocine (Spiramycin 750 UI + Metronidazol 250mg):

- Liều cho người lớn: 1 -2 viên x 2-3 lần/ngày

- Liều thường dùng cho trẻ em: 20-30 mg/kg/ngày, chia làm 4 lần uống.

Hoặc , tiêm test (nếu cần) (Cefuroxim, Cefotaxim,...): IM/ IV

Người lớn & trẻ em > 12 tuổi: 2 – 4g / ngày chia 2 lần.

Trẻ em < 12 tuổi: 50 - 200 mg/kg/ngày chia 2 - 4 lần.

2.3.2 Kháng viêm: Dùng 3-10 ngày tùy theo tình trạng bệnh

- Nhóm corticoid: Prednisolon, Methylprednisolon,...

Prednisone 5mg:

+ Liều dùng người lớn: 5mg – 60mg chia làm 2-4 lần/ ngày

+ Liều thường dùng cho trẻ em: 0,14 – 2 mg/kg/ngày chia làm 4 lần uống.

Methylprednisolon 4mg,16mg: liều 4mg - 48mg/ ngày, chia làm 1-3 lần

- Nhóm Nonsteroid: Loxoprofen 60mg hoặc Meloxicam 7,5mg hoặc Diclofenac 50mg, 75mg, Ibuprophen 200mg,400mg

- Loxoprophen 60mg: Liều dùng cho người lớn và trẻ em trên 12 tuổi: 60mg, cách 8 giờ 1 lần.

- Meloxicam 7,5mg: người lớn 1 viên x 1-2 lần / ngày

Hoặc - Hydrocortison 100mg

Người lớn: 1-2 ống x 1 – 3 lần/ ngày, IV hoặc IM

Trẻ em: 5mg/kg/ngày, IV hoặc IM

2.3.3 Giảm đau

Paracetamol 500mg, 325mg, 250mg (gói), 125mg (gói):

- Trẻ em trên 12 tuổi: dùng theo liều người lớn: 500mg, 4-6 giờ một lần uống.

- Trẻ em 6 – 11 tuổi: 325mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.

- Trẻ em 3 – 5 tuổi: 250mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.

- Trẻ em 1 – 2 tuổi: 150mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.

2.3.4 Nâng cao tổng trạng (nếu cần)

- Glucose 10% hoặc 30% truyền tĩnh mạch XX hoặc XXX giọt / phút.

- Vitamin C, Bcomplex C...

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

Nếu phát hiện sớm, điều trị nội khoa sẽ cho kết quả tốt.

2. Biến chứng

- Áp xe tuyến mang tai
- Viêm tấy lan tỏa.

VI. PHÒNG BỆNH

Khám chuyên khoa răng hàm mặt định kỳ để phát hiện viêm tuyến mang tai sớm và điều trị kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về răng hàm mặt, Nhà xuất bản y học.
2. Bộ Y tế (2013), Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành RHM, Quyết định số 3207/QĐ – BHYT 19/08/2013
3. GS. Vũ Văn Đính (2000), Cẩm Nang Cấp Cứu, Nhà xuất bản Y Học
4. PGS. TS. Lê Đức Lánh (2012), Phẫu Thuật Miệng, Nhà xuất bản Y Học
5. GS. Nguyễn Văn Thụ (1994), Lâm Sàng Hàm Mặt, Viện Răng Hàm Mặt TP.HCM – Bộ Y Tế