

## **CHUYÊN NGÀNH BÁC SĨ ĐA KHOA**

### **1. THÔNG TƯ SỐ 51/2017/TT-BYT NGÀY 29/12/2017**

#### **HƯỚNG DẪN PHÒNG, CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ PHẢN VỆ**

Căn cứ Luật khám bệnh, chữa bệnh năm 2009;

Căn cứ Nghị định số 75/2017/NĐ-CP ngày 20 tháng 6 năm 2017 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh,

Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Thông tư Hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ.

#### **Điều 1. Phạm vi điều chỉnh và đối tượng áp dụng**

Thông tư này hướng dẫn về phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ.

Thông tư này áp dụng đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan, tổ chức, cá nhân có liên quan.

#### **Điều 2. Giải thích từ ngữ**

*Phản vệ* là một phản ứng dị ứng, có thể xuất hiện ngay lập tức từ vài giây, vài phút đến vài giờ sau khi cơ thể tiếp xúc với dị nguyên gây ra các bệnh cảnh lâm sàng khác nhau, có thể nghiêm trọng dẫn đến tử vong nhanh chóng.

*Dị nguyên* là yếu tố lạ khi tiếp xúc có khả năng gây phản ứng dị ứng cho cơ thể, bao gồm thức ăn, thuốc và các yếu tố khác.

*Sốc phản vệ* là mức độ nặng nhất của phản vệ do đột ngột giãn toàn bộ hệ thống mạch và co thắt phế quản có thể gây tử vong trong vòng một vài phút.

#### **Điều 3. Ban hành kèm theo Thông tư này các hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ sau đây**

Hướng dẫn chẩn đoán phản vệ tại Phụ lục I.

Hướng dẫn chẩn đoán mức độ phản vệ tại Phụ lục II.

Hướng dẫn xử trí cấp cứu phản vệ tại Phụ lục III.

Hướng dẫn xử trí phản vệ trong một số trường hợp đặc biệt tại Phụ lục IV.

Hộp thuốc cấp cứu phản vệ và trang thiết bị y tế tại Phụ lục V.

Hướng dẫn khai thác tiền sử dị ứng tại Phụ lục VI.

Mẫu thẻ theo dõi dị ứng tại Phụ lục VII.

Hướng dẫn chỉ định làm test da tại Phụ lục VIII.

Quy trình kỹ thuật test da tại Phụ lục IX.

Sơ đồ chẩn đoán và xử trí phản vệ tại Phụ lục X.

#### **Điều 4. Nguyên tắc dự phòng phản vệ**

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, bác sĩ, nhân viên y tế phải bảo đảm các nguyên tắc dự phòng phản vệ sau đây:

Chỉ định đường dùng thuốc phù hợp nhất, chỉ tiêm khi không sử dụng được đường dùng khác.

Không phải thử phản ứng cho tất cả thuốc trừ trường hợp có chỉ định của bác sĩ theo quy định tại Phụ lục VIII ban hành kèm theo Thông tư này.

Không được kê đơn thuốc, chỉ định dùng thuốc hoặc dị nguyên đã biết rõ gây phản vệ cho người bệnh.

Trường hợp không có thuốc thay thế phù hợp mà cần dùng thuốc hoặc dị nguyên đã gây phản vệ cho người bệnh phải hội chẩn chuyên khoa dị ứng-miễn dịch lâm sàng hoặc do bác sĩ đã được tập huấn về phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ để thống nhất chỉ định và phải được sự đồng ý bằng văn bản của người bệnh hoặc đại diện hợp pháp của người bệnh.

Việc thử phản ứng trên người bệnh với thuốc hoặc dị nguyên đã từng gây dị ứng cho người bệnh phải được tiến hành tại chuyên khoa dị ứng-miễn dịch lâm sàng hoặc do các bác sĩ đã được tập huấn về phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ thực hiện.

Tất cả trường hợp phản vệ phải được báo cáo về Trung tâm Quốc gia về Thông tin Thuốc và Theo dõi phản ứng có hại của thuốc hoặc Trung tâm Khu vực Thành phố Hồ Chí Minh về Thông tin Thuốc và Theo dõi phản ứng có hại của thuốc theo mẫu báo cáo phản ứng có hại của thuốc hiện hành theo quy định tại Phụ lục V ban hành kèm theo Thông tư 22/2011/TT-BYT ngày 10 tháng 6 năm 2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế về quy định tổ chức và hoạt động của khoa Dược bệnh viện.

Bác sĩ, người kê đơn thuốc hoặc nhân viên y tế khác có thẩm quyền phải khai thác kỹ tiền sử dị ứng thuốc, dị nguyên của người bệnh trước khi kê đơn thuốc hoặc chỉ định sử dụng thuốc theo quy định tại Phụ lục VI ban hành kèm theo Thông tư này. Tất cả thông tin liên quan đến dị ứng, dị nguyên phải được ghi vào sổ khám bệnh, bệnh án, giấy ra viện, giấy chuyển viện.

Khi đã xác định được thuốc hoặc dị nguyên gây phản vệ, bác sĩ, nhân viên y tế phải cấp cho người bệnh thẻ theo dõi dị ứng ghi rõ tên thuốc hoặc dị nguyên gây dị ứng theo hướng dẫn tại Phụ lục VII ban hành kèm theo Thông tư này, giải thích kỹ và nhắc người bệnh cung cấp thông tin này cho bác sĩ, nhân viên y tế mỗi khi khám bệnh, chữa bệnh.

#### **Điều 5. Chuẩn bị, dự phòng cấp cứu phản vệ**

Adrenalin là thuốc thiết yếu, quan trọng hàng đầu, sẵn có để sử dụng cấp cứu phản vệ.

Nơi có sử dụng thuốc, xe tiêm phải được trang bị và sẵn sàng hộp thuốc

cấp cứu phản vệ. Thành phần hộp thuốc cấp cứu phản vệ theo quy định tại mục I Phụ lục V ban hành kèm theo Thông tư này.

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải có hộp thuốc cấp cứu phản vệ và trang thiết bị y tế theo quy định tại mục II Phụ lục V ban hành kèm theo Thông tư này.

Bác sĩ, nhân viên y tế phải nắm vững kiến thức và thực hành được cấp cứu phản vệ theo phác đồ.

Trên các phương tiện giao thông công cộng máy bay, tàu thủy, tàu hỏa, cần trang bị hộp thuốc cấp cứu phản vệ theo hướng dẫn tại mục I Phụ lục V ban hành kèm theo Thông tư này.

### **Điều 6. Xử trí phản vệ**

Adrenalin là thuốc quan trọng hàng đầu để tiêm bắp ngay cho người bị phản vệ khi được chẩn đoán phản vệ từ độ II trở lên.

Bác sĩ, y sĩ, điều dưỡng viên, hộ sinh viên, kỹ thuật viên phải xử trí cấp cứu phản vệ theo quy định tại Phụ lục III, Phụ lục IV ban hành kèm theo Thông tư này.

Đối với người có tiền sử phản vệ có sẵn adrenalin mang theo người thì người bệnh hoặc người khác không phải là nhân viên y tế được phép sử dụng thuốc trong trường hợp khẩn cấp để tiêm bắp cấp cứu khi không có nhân viên y tế.

### **Điều 7. Hiệu lực thi hành**

Thông tư này có hiệu lực từ ngày 15 tháng 02 năm 2018.

Thông tư số 08/1999/TT-BYT ngày 4 tháng 5 năm 1999 của Bộ trưởng Bộ Y tế về hướng dẫn phòng và cấp cứu sốc phản vệ hết hiệu lực kể từ ngày Thông tư này có hiệu lực thi hành.

### **Điều 8. Điều khoản tham chiếu**

Trong trường hợp các văn bản quy phạm pháp luật và các quy định được viện dẫn trong Thông tư này có sự thay đổi, bổ sung hoặc thay thế thì áp dụng theo văn bản quy phạm pháp luật, quy định mới.

### **Điều 9. Trách nhiệm thi hành**

Trách nhiệm của người đứng đầu, người phụ trách chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

Tổ chức thực hiện nghiêm Thông tư này tại cơ sở khám, chữa bệnh.

Ban hành hướng dẫn, quy chế, quy trình cụ thể để áp dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trên cơ sở hướng dẫn của Thông tư này.

Đào tạo, tập huấn, phổ biến Thông tư này cho người hành nghề, nhân viên y tế thuộc cơ sở khám, chữa bệnh quản lý.

Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh chịu trách nhiệm tổ chức triển khai, kiểm tra, đánh giá việc thực hiện Thông tư này.

Chánh Văn phòng Bộ, Chánh Thanh tra Bộ, Tổng cục trưởng, Vụ trưởng, Cục trưởng thuộc Bộ Y tế, Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung

ương, thủ trưởng Y tế Bộ, ngành, cơ quan tổ chức, cá nhân có liên quan chịu trách nhiệm thực hiện Thông tư này.

Trong quá trình thực hiện, nếu có khó khăn, vướng mắc, đề nghị các đơn vị, địa phương phản ánh kịp thời về Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Bộ Y tế để được hướng dẫn, xem xét và giải quyết./.

## PHỤ LỤC I

### HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN PHẢN VỆ

*(Ban hành kèm theo Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

#### I. Chẩn đoán phản vệ:

##### 1. Triệu chứng gợi ý

*Nghĩ đến phản vệ khi xuất hiện ít nhất một trong các triệu chứng sau:*

Mày đay, phù mạch nhanh.

Khó thở, tức ngực, thở rít.

Đau bụng hoặc nôn.

Tụt huyết áp hoặc ngất.

Rối loạn ý thức.

##### **Các bệnh cảnh lâm sàng:**

Bệnh cảnh lâm sàng 1: Các triệu chứng xuất hiện trong vài giây đến vài giờ ở da, niêm mạc (mày đay, phù mạch, ngứa...) và có ít nhất 1 trong 2 triệu chứng sau:

Các triệu chứng hô hấp (khó thở, thở rít, ran rít).

Tụt huyết áp (HA) hay các hậu quả của tụt HA (rối loạn ý thức, đại tiện, tiểu tiện không tự chủ...).

Bệnh cảnh lâm sàng 2: Ít nhất 2 trong 4 triệu chứng sau xuất hiện trong vài giây đến vài giờ sau khi người bệnh tiếp xúc với yếu tố nghi ngờ:

Biểu hiện ở da, niêm mạc: mày đay, phù mạch, ngứa.

Các triệu chứng hô hấp (khó thở, thở rít, ran rít).

Tụt huyết áp hoặc các hậu quả của tụt huyết áp (rối loạn ý thức, đại tiện, tiểu tiện không tự chủ...).

Các triệu chứng tiêu hóa (nôn, đau bụng...).

Bệnh cảnh lâm sàng 3: Tụt huyết áp xuất hiện trong vài giây đến vài giờ sau khi tiếp xúc với yếu tố nghi ngờ mà người bệnh đã từng bị dị ứng:

Trẻ em: giảm ít nhất 30% huyết áp tâm thu (HA tối đa) hoặc tụt huyết áp tâm thu so với tuổi (huyết áp tâm thu < 70mmHg).

Người lớn: Huyết áp tâm thu < 90mmHg hoặc giảm 30% giá trị huyết áp tâm thu nền.

**Chẩn đoán phân biệt:**

Các trường hợp sốc: sốc tim, sốc giảm thể tích, sốc nhiễm khuẩn.

Tai biến mạch máu não

Các nguyên nhân đường hô hấp: COPD, cơn hen phế quản, khó thở thanh quản (do dị vật, viêm).

Các bệnh lý ở da: mày đay, phù mạch.

Các bệnh lý nội tiết: cơn bão giáp trạng, hội chứng carcinoid, hạ đường máu.

Các ngộ độc: rượu, opiat, histamin./.

**PHỤ LỤC II**

**HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN MỨC ĐỘ PHẢN VỆ**

*(Ban hành kèm theo Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

**Phản vệ được phân thành 4 mức độ như sau:**

*(lưu ý mức độ phản vệ có thể nặng lên rất nhanh và không theo tuần tự)*

**Nhẹ (độ I):** Chỉ có các triệu chứng da, tổ chức dưới da và niêm mạc như mày đay, ngứa, phù mạch.

**Nặng (độ II):** có từ 2 biểu hiện ở nhiều cơ quan:

Mày đay, phù mạch xuất hiện nhanh.

Khó thở nhanh nông, tức ngực, khàn tiếng, chảy nước mũi.

Đau bụng, nôn, ỉa chảy.

Huyết áp chưa tụt hoặc tăng, nhịp tim nhanh hoặc loạn nhịp.

**Nguy kịch (độ III):** biểu hiện ở nhiều cơ quan với mức độ nặng hơn như sau:

Đường thở: tiếng rít thanh quản, phù thanh quản.

Thở: thở nhanh, khò khè, tím tái, rối loạn nhịp thở.

Rối loạn ý thức: vật vã, hôn mê, co giật, rối loạn cơ tròn.

Tuần hoàn: sốc, mạch nhanh nhỏ, tụt huyết áp.

**Ngừng tuần hoàn (độ IV):** Biểu hiện ngừng hô hấp, ngừng tuần hoàn./.

### PHỤ LỤC III

#### HƯỚNG DẪN XỬ TRÍ CẤP CỨU PHẢN VỆ

*(Ban hành kèm theo Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

#### I. Nguyên tắc chung

Tất cả trường hợp phản vệ phải được phát hiện sớm, xử trí khẩn cấp, kịp thời ngay tại chỗ và theo dõi liên tục ít nhất trong vòng 24 giờ.

Bác sĩ, điều dưỡng, hộ sinh viên, kỹ thuật viên, nhân viên y tế khác phải xử trí ban đầu cấp cứu phản vệ.

**Adrenalin là thuốc thiết yếu, quan trọng hàng đầu cứu sống người bệnh bị phản vệ**, phải được tiêm bắp ngay khi chẩn đoán phản vệ từ độ II trở lên.

Ngoài hướng dẫn này, đối với một số trường hợp đặc biệt còn phải xử trí theo hướng dẫn tại Phụ lục IV ban hành kèm theo Thông tư này.

**II. Xử trí phản vệ nhẹ (độ I):** dị ứng nhưng có thể chuyển thành nặng hoặc nguy kịch

Sử dụng thuốc methylprednisolon hoặc diphenhydramin uống hoặc tiêm tùy tình trạng người bệnh.

Tiếp tục theo dõi ít nhất 24 giờ để xử trí kịp thời.

**III. Phác đồ xử trí cấp cứu phản vệ mức nặng và nguy kịch (độ II, III)**

Phản vệ độ II có thể nhanh chóng chuyển sang độ III, độ IV. Vì vậy, phải khẩn trương, xử trí đồng thời theo diễn biến bệnh:

Ngừng ngay tiếp xúc với thuốc hoặc dị nguyên (nếu có).

Tiêm hoặc truyền adrenalin (theo mục IV dưới đây).

Cho người bệnh nằm tại chỗ, đầu thấp, nghiêng trái nếu có nôn.

Thở oxy: người lớn 6-10l/phút, trẻ em 2-4l/phút qua mặt nạ hở.

Đánh giá tình trạng hô hấp, tuần hoàn, ý thức và các biểu hiện ở da, niêm mạc của người bệnh.

Ép tim ngoài lồng ngực và bóp bóng (nếu ngừng hô hấp, tuần hoàn).

Đặt nội khí quản hoặc mở khí quản cấp cứu (nếu khó thở thanh quản).

Thiết lập đường truyền adrenalin tĩnh mạch với dây truyền thông thường nhưng kim tiêm to (cỡ 14 hoặc 16G) hoặc đặt catheter tĩnh mạch và một đường truyền tĩnh mạch thứ hai để truyền dịch nhanh (theo mục IV dưới đây).

Hội ý với các đồng nghiệp, tập trung xử lý, báo cáo cấp trên, hội chẩn với bác sĩ chuyên khoa cấp cứu, hồi sức và/hoặc chuyên khoa dị ứng (nếu có).

**IV. Phác đồ sử dụng adrenalin và truyền dịch**

Mục tiêu: nâng và duy trì ổn định HA tối đa của người lớn lên  $\geq 90\text{mmHg}$ , trẻ em  $\geq 70\text{mmHg}$  và không còn các dấu hiệu về hô hấp như thở rít, khó thở; dấu hiệu về tiêu hóa như nôn mửa, ỉa chảy.

1. Thuốc adrenalin  $1\text{mg} = 1\text{ml} = 1$  ống, tiêm bắp:

Trẻ sơ sinh hoặc trẻ  $< 10\text{kg}$ :  $0,2\text{ml}$  (tương đương  $1/5$  ống).

Trẻ khoảng  $10\text{kg}$ :  $0,25\text{ml}$  (tương đương  $1/4$  ống).

Trẻ khoảng  $20\text{kg}$ :  $0,3\text{ml}$  (tương đương  $1/3$  ống).

Trẻ  $> 30\text{kg}$ :  $0,5\text{ml}$  (tương đương  $1/2$  ống).

Người lớn:  $0,5-1\text{ml}$  (tương đương  $1/2-1$  ống).

Theo dõi huyết áp 3-5 phút/lần.

Tiêm nhắc lại adrenalin liều như khoản 1 mục IV 3-5 phút/lần cho đến khi huyết áp và mạch ổn định.

Nếu mạch không bắt được và huyết áp không đo được, các dấu hiệu hô hấp và tiêu hóa nặng lên sau 2-3 lần tiêm bắp như khoản 1 mục IV hoặc có nguy cơ ngừng tuần hoàn phải:

Nếu chưa có đường truyền tĩnh mạch: Tiêm tĩnh mạch chậm dung dịch adrenalin  $1/10.000$  (1 ống adrenalin  $1\text{mg}$  pha với  $9\text{ml}$  nước cất = pha loãng  $1/10$ ). Liều adrenalin tiêm tĩnh mạch chậm trong cấp cứu phản vệ chỉ bằng  $1/10$  liều adrenalin tiêm tĩnh mạch trong cấp cứu ngừng tuần hoàn. Liều dùng:

**Người lớn:**  $0,5-1\text{ml}$  (dung dịch pha loãng  $1/10.000=50-100\mu\text{g}$ ) tiêm trong 1-3 phút, sau 3 phút có thể tiêm tiếp lần 2 hoặc lần 3 nếu mạch và huyết áp chưa lên. Chuyển ngay sang truyền tĩnh mạch liên tục khi đã thiết lập được đường truyền.

**Trẻ em:** Không áp dụng tiêm tĩnh mạch chậm.

Nếu đã có đường truyền tĩnh mạch, truyền tĩnh mạch liên tục adrenalin (pha adrenalin với dung dịch natriclorid  $0,9\%$ ) cho người bệnh kém đáp ứng với adrenalin tiêm bắp và đã được truyền đủ dịch. Bắt đầu bằng liều  $0,1\mu\text{g}/\text{kg}/\text{phút}$ , cứ 3-5 phút điều chỉnh liều adrenalin tùy theo đáp ứng của người bệnh.

Đồng thời với việc dùng adrenalin truyền tĩnh mạch liên tục, truyền nhanh dung dịch natriclorid  $0,9\%$   $1.000\text{ml}-2.000\text{ml}$  ở người lớn,  $10-20\text{ml}/\text{kg}$  trong  $10-20$  phút ở trẻ em có thể nhắc lại nếu cần thiết.

Khi đã có đường truyền tĩnh mạch adrenalin với liều duy trì huyết áp ổn định thì có thể theo dõi mạch và huyết áp 1 giờ/lần đến 24 giờ.

**Bảng tham khảo cách pha loãng adrenalin với dung dịch NaCl  $0,9\%$  và tốc độ truyền tĩnh mạch chậm**

01 ống adrenalin  $1\text{mg}$  pha với  $250\text{ml}$  NaCl  $0,9\%$  (như vậy  $1\text{ml}$  dung dịch pha loãng có  $4\mu\text{g}$  adrenalin)

Cân nặng người bệnh (kg)	Liều truyền tĩnh mạch adrenalin khởi đầu (0,1µg/kg/phút)	Tốc độ (giọt/phút) với kim tiêm 1 ml=20 giọt
Khoảng 80	2ml	40 giọt
Khoảng 70	1,75ml	35 giọt
Khoảng 60	1,50ml	30 giọt
Khoảng 50	1,25ml	25 giọt
Khoảng 40	1ml	20 giọt
Khoảng 30	0,75ml	15 giọt
Khoảng 20	0,5ml	10 giọt
Khoảng 10	0,25ml	5 giọt

## V. Xử trí tiếp theo

Hỗ trợ hô hấp, tuần hoàn: Tùy mức độ suy tuần hoàn, hô hấp có thể sử dụng một hoặc các biện pháp sau đây:

Thở oxy qua mặt nạ: 6-10 lít/phút cho người lớn, 2-4 lít/phút ở trẻ em,

Bóp bóng AMBU có oxy,

Đặt ống nội khí quản thông khí nhân tạo có oxy nếu thở rít tăng lên không đáp ứng với adrenalin,

Mở khí quản nếu có phù thanh môn-hạ họng không đặt được nội khí quản,

đ) Truyền tĩnh mạch chậm: aminophyllin 1mg/kg/giờ hoặc salbutamol 0,1 µg/kg/phút hoặc terbutalin 0,1 µg/kg/phút (tốt nhất là qua bơm tiêm điện hoặc máy truyền dịch),

Có thể thay thế aminophyllin bằng salbutamol 5mg khí dung qua mặt nạ hoặc xịt họng salbutamol 100µg người lớn 2-4 nhát/lần, trẻ em 2 nhát/lần, 4-6 lần trong ngày.

Nếu không nâng được huyết áp theo mục tiêu sau khi đã truyền đủ dịch và adrenalin, có thể truyền thêm dung dịch keo (huyết tương, albumin hoặc bất kỳ dung dịch cao phân tử nào sẵn có).



Thuốc khác:

Methylprednisolon 1-2mg/kg ở người lớn, tối đa 50mg ở trẻ em hoặc hydrocortison 200mg ở người lớn, tối đa 100mg ở trẻ em, tiêm tĩnh mạch (có thể tiêm bắp ở tuyến cơ sở).

Kháng histamin H1 như diphenhydramin tiêm bắp hoặc tĩnh mạch: người lớn 25-50mg và trẻ em 10-25mg.

Kháng histamin H2 như ranitidin: ở người lớn 50mg, ở trẻ em 1mg/kg pha trong 20ml Dextrose 5% tiêm tĩnh mạch trong 5 phút.

Glucagon: sử dụng trong các trường hợp tụt huyết áp và nhịp chậm không đáp ứng với adrenalin. Liều dùng: người lớn 1-5mg tiêm tĩnh mạch trong 5 phút, trẻ em 20-30µg/kg, tối đa 1mg, sau đó duy trì truyền tĩnh mạch 5-15µg/phút tùy theo đáp ứng lâm sàng. Bảo đảm đường thở tốt vì glucagon thường gây nôn.

Có thể phối hợp thêm các thuốc vận mạch khác: dopamin, dobutamin, noradrenalin truyền tĩnh mạch khi người bệnh có sốc nặng đã được truyền đủ dịch và adrenalin mà huyết áp không lên.

## VI. Theo dõi

Trong giai đoạn cấp: theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpCO<sub>2</sub> và tri giác 3-5 phút/lần cho đến khi ổn định.

Trong giai đoạn ổn định: theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO<sub>2</sub> và tri giác mỗi 1-2 giờ trong ít nhất 24 giờ tiếp theo.

Tất cả các người bệnh phản vệ cần được theo dõi ở cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đến ít nhất 24 giờ sau khi huyết áp đã ổn định, đề phòng phản vệ pha 2.

Ngừng cấp cứu: nếu sau khi cấp cứu ngừng tuần hoàn tích cực không kết quả./.

## PHỤ LỤC IV

### HƯỚNG DẪN XỬ TRÍ PHẢN VỆ TRONG MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP ĐẶC BIỆT

*(Ban hành kèm theo Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

#### I. Phản vệ trên đối tượng sử dụng thuốc đặc biệt

##### Phản vệ trên người đang dùng thuốc chẹn thụ thể Beta:

Đáp ứng của người bệnh này với adrenalin thường kém, làm tăng nguy cơ tử vong.

Điều trị: về cơ bản giống như phác đồ chung xử trí phản vệ, cần theo dõi sát huyết áp, truyền tĩnh mạch adrenalin và có thể truyền thêm các thuốc vận mạch khác.

Thuốc giãn phế quản: nếu thuốc cường beta 2 đáp ứng kém, nên dùng thêm kháng cholinergic: ipratropium (0,5mg khí dung hoặc 2 nhát đường xịt).

Xem xét dùng glucagon khi không có đáp ứng với adrenalin.

### **Phản vệ trong khi gây mê, gây tê phẫu thuật:**

Những trường hợp này thường khó chẩn đoán phản vệ vì người bệnh đã được gây mê, an thần, các biểu hiện ngoài da có thể không xuất hiện nên không đánh giá được các dấu hiệu chủ quan, cần đánh giá kỹ triệu chứng trong khi gây mê, gây tê phẫu thuật như huyết áp tụt, nồng độ oxy máu giảm, mạch nhanh, biến đổi trên monitor theo dõi, ran rít mới xuất hiện.

Ngay khi nghi ngờ phản vệ, có thể lấy máu định lượng tryptase tại thời điểm chẩn đoán và mức tryptase nền của bệnh nhân.

Chú ý khai thác kỹ tiền sử dị ứng trước khi tiến hành gây mê, gây tê phẫu thuật để có biện pháp phòng tránh.

Lưu ý: một số thuốc gây tê là những hoạt chất ưa mỡ (lipophilic) có độc tính cao khi vào cơ thể gây nên một tình trạng ngộ độc nặng giống như phản vệ có thể tử vong trong vài phút, cần phải điều trị cấp cứu bằng thuốc kháng độc (nhũ dịch lipid) kết hợp với adrenalin vì không thể biết được ngay cơ chế phản ứng là nguyên nhân ngộ độc hay dị ứng.

đ) Dùng thuốc kháng độc là nhũ dịch lipid tiêm tĩnh mạch như Lipofundin 20%, Intralipid 20% tiêm nhanh tĩnh mạch, có tác dụng trung hòa độc chất do thuốc gây tê tan trong mỡ vào tuần hoàn. Liều lượng như sau:

Người lớn: tổng liều 10ml/kg, trong đó bolus 100ml, tiếp theo truyền tĩnh mạch 0,2-0,5ml/kg/phút.

Trẻ em: tổng liều 10ml/kg, trong đó bolus 2ml/kg, tiếp theo truyền tĩnh mạch 0,2-0,5ml/kg/phút.

Trường hợp nặng, nguy kịch có thể tiêm 2 lần bolus cách nhau vài phút.

### **Phản vệ với thuốc cản quang:**

Phản vệ với thuốc cản quang xảy ra chủ yếu theo cơ chế không dị ứng.

Khuyến cáo sử dụng thuốc cản quang có áp lực thẩm thấu thấp và không ion hóa (tỷ lệ phản vệ thấp hơn).

### **Các trường hợp đặc biệt khác**

#### **1. Phản vệ do gắng sức**

Là dạng phản vệ xuất hiện sau hoạt động gắng sức.

Triệu chứng điển hình: bệnh nhân cảm thấy mệt mỏi, kiệt sức, nóng bừng, đỏ da, ngứa, mào đay, có thể phù mạch, khò khè, tắc nghẽn đường hô hấp trên, trụy mạch. Một số bệnh nhân thường chỉ xuất hiện triệu chứng khi gắng sức có kèm thêm các yếu tố đồng kích thích khác như: thức ăn, thuốc chống viêm giảm đau không steroid, rượu, phấn hoa.

Người bệnh phải ngừng vận động ngay khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên. Người bệnh nên mang theo người hộp thuốc cấp cứu phản vệ hoặc bơm tiêm adrenalin định liều chuẩn (EpiPen, AnaPen...). Điều trị theo Phụ lục III ban hành kèm theo Thông tư này.

Gửi khám chuyên khoa Dị ứng-miễn dịch lâm sàng sàng lọc nguyên nhân.

### **Phản vệ vô căn**

Phản vệ vô căn được chẩn đoán khi xuất hiện các triệu chứng phản vệ mà không xác định được nguyên nhân.

Điều trị theo Phụ lục III ban hành kèm theo Thông tư này.

Điều trị dự phòng: được chỉ định cho các bệnh nhân thường xuyên xuất hiện các đợt phản vệ (> 6 lần/năm hoặc > 2lần/2 tháng).

Điều trị dự phòng theo phác đồ:

Prednisolon 60-100mg/ngày x 1 tuần, sau đó

Prednisolon 60mg/cách ngày x 3 tuần, sau đó

Giảm dần liều prednisolon trong vòng 2 tháng

Kháng H1: cetirizin 10mg/ngày, loratadin 10mg/ngày..../.

**PHỤ LỤC V**

**HỘP THUỐC CẤP CỨU PHẢN VỆ VÀ TRANG THIẾT BỊ Y TẾ**  
(Ban hành kèm theo Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017  
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

**I. Thành phần hộp thuốc cấp cứu phản vệ:**

STT	Nội dung	Đơn vị	Số lượng
1	Phác đồ, sơ đồ xử trí cấp cứu phản vệ (Phụ lục III, Phụ lục X)	bản	01
2	Bơm kim tiêm vô khuẩn		
	- Loại 10ml	cái	02
	- Loại 5ml	cái	02
	- Loại 1ml	cái	02
	- Kim tiêm 14-16G	cái	02
3	Bông tiệt trùng tẩm cồn	gói/hộp	01
4	Dây garo	cái	02
5	Adrenalin 1mg/1ml	ống	05
6	Methylprednisolon 40mg	lọ	02
7	Diphenhydramin 10mg	ống	05
8	Nước cất 10ml	ống	03

**II. Trang thiết bị y tế và thuốc tối thiểu cấp cứu phản vệ tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.**

1. Oxy.
2. Bóng AMBU và mặt nạ người lớn và trẻ nhỏ.
3. Bơm xịt salbutamol.
4. Bộ đặt nội khí quản và/hoặc bộ mở khí quản và/hoặc mask thanh quản.
5. Nhũ dịch Lipid 20% lọ 100ml (02 lọ) đặt trong tủ thuốc cấp cứu tại nơi sử dụng thuốc gây tê, gây mê.
6. Các thuốc chống dị ứng đường uống.
7. Dịch truyền: natriclorid 0,9%./.

**PHỤ LỤC VI****HƯỚNG DẪN KHAI THÁC TIỀN SỬ DỊ ỨNG**

(Ban hành kèm theo Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

**Lưu ý khai thác thông tin trên thẻ dị ứng của người bệnh nếu có (xem mẫu thẻ theo quy định tại Phụ lục VII ban hành kèm theo Thông tư này)**

STT	Nội dung	Tên thuốc, dị nguyên gây dị ứng	Có/ số lần	Không	Biểu hiện lâm sàng-xử trí
1	Loại thuốc hoặc dị nguyên nào đã gây dị ứng?				
2	Dị ứng với loại côn trùng nào?				
3	Dị ứng với loại thực phẩm nào?				
4	Dị ứng với các tác nhân khác: phấn hoa, bụi nhà, hóa chất, mỹ phẩm...?				
5	Tiền sử cá nhân có bệnh dị ứng nào? (viêm mũi dị ứng, hen phế quản...)				
6	Tiền sử gia đình có bệnh dị ứng nào? (Bố mẹ, con, anh chị em ruột, có ai bị các bệnh dị ứng trên không).				

**PHỤ LỤC VII****MẪU THẺ THEO DÕI DỊCH**

*(Ban hành kèm theo Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

**(Mặt trước)**

Bệnh viện .....

Khoa/Trung tâm .....

**THẺ DỊCH**Họ tên: ..... Nam  Nữ 

Tuổi .....

Số CMND hoặc thẻ căn cước hoặc số định danh công dân  
.....

Dị nguyên/thuốc	Nghi ngờ	Chắc chắn	Biểu hiện lâm sàng
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
.....			...
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
.....			...
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
.....			...
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
.....			...

Bác sĩ xác nhận chẩn đoán ký:ĐT

.....

Họ ..... và ..... tên: Ngày ..... cấp  
.....  
thẻ.....  
.....

**(Mặt sau)****Ba điều cần nhớ****1) Các dấu hiệu nhận biết phản vệ:**

Sau khi tiếp xúc với dị nguyên có một trong những triệu chứng sau đây

- Miệng, họng: Ngứa, phù môi, lưỡi, khó thở, khàn giọng.
- Da: ngứa, phát ban, đỏ da, phù nề.
- Tiêu hóa: nôn, tiêu chảy, đau bụng.
- Hô hấp: khó thở, tức ngực, thở rít, ho.
- Tim mạch: mạch yếu, choáng váng.

**2) Luôn mang adrenalin theo người.****3) Khi có dấu hiệu phản vệ:**

“Tiêm bắp adrenalin ngay lập tức”

“Gọi 115 hoặc đến cơ sở khám, chữa bệnh gần nhất”

**PHỤ LỤC VIII****HƯỚNG DẪN CHỈ ĐỊNH LÀM TEST DA**

*(Gồm test lấy da và test nội bì)*

*(Ban hành kèm theo Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

Không thử phản ứng (test) cho tất cả các loại thuốc trừ những trường hợp có chỉ định theo quy định tại khoản 2 dưới đây.

Phải tiến hành test da trước khi sử dụng thuốc hoặc dị nguyên nếu người bệnh có tiền sử dị ứng với thuốc hoặc dị nguyên có liên quan (thuốc, dị nguyên cùng nhóm hoặc có phản ứng chéo) và nếu người bệnh có tiền sử phản vệ với nhiều dị nguyên khác nhau.

Khi thử test phải có sẵn các phương tiện cấp cứu phản vệ.

Việc làm test da theo quy định tại Phụ lục IX ban hành kèm theo Thông tư này.

Nếu người bệnh có tiền sử dị ứng với thuốc hoặc dị nguyên và kết quả test da (lấy da hoặc nội bì) dương tính thì không được sử dụng thuốc hoặc dị nguyên đó.

Nếu người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc hoặc dị nguyên và kết quả test lấy da âm tính với dị nguyên đó thì tiếp tục làm test nội bì.

Nếu người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc và kết quả test lấy da và nội bì âm tính với thuốc hoặc dị nguyên, trong trường hợp cấp cứu phải sử dụng thuốc (không có thuốc thay thế) cần cân nhắc làm test kích thích và/hoặc giải mẫn cảm nhanh với thuốc tại chuyên khoa dị ứng hoặc các bác sĩ đã được tập huấn về dị ứng-miễn dịch lâm sàng tại cơ sở y tế có khả năng cấp cứu phản vệ và phải được sự đồng ý của người bệnh hoặc đại diện hợp pháp của người bệnh bằng văn bản.

Sau khi tình trạng dị ứng ổn định được 4-6 tuần, khám lại chuyên khoa dị ứng-miễn dịch lâm sàng hoặc các chuyên khoa đã được đào tạo về dị ứng-miễn dịch lâm sàng cơ bản để làm test xác định nguyên nhân phản vệ./.

## PHỤ LỤC IX

### QUY TRÌNH KỸ THUẬT TEST DA

*(Ban hành kèm theo Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

#### TEST LẤY DA

Giải thích cho người bệnh hoặc đại diện hợp pháp của người bệnh và ký xác nhận vào mẫu phiếu đề nghị thử test.

Chuẩn bị phương tiện (kim lấy da, bơm kim tiêm vô trùng, dung dịch histamin 1mg/ml, thước đo kết quả, hộp cấp cứu phản vệ, thuốc hoặc dị nguyên được chuẩn hóa).

Sát trùng vị trí thử test (những vị trí rộng rãi không có tổn thương da như mặt trước trong cẳng tay, lưng), đợi khô.

Nhỏ các giọt dung dịch cách nhau 3-5cm, đánh dấu tránh nhầm lẫn.

1 giọt dung dịch natriclorid 0,9% (chứng âm).

1 giọt dung dịch thuốc hoặc dị nguyên nghi ngờ.

1 giọt dung dịch histamin 1mg/ml (chứng dương).

Kim lấy da cắm vào giữa giọt dung dịch trên mặt da tạo một góc 45o rồi lấy nhẹ (không chảy máu), nếu là loại kim nhựa 1 đầu có hãm, chỉ cần ấn thẳng kim qua giọt dung dịch vuông góc với mặt da, dùng giấy hoặc bông thấm giọt dung dịch sau khi thực hiện kỹ thuật.

Đọc kết quả sau 20 phút, kết quả dương tính khi xuất hiện sẩn ở vị trí dị nguyên lớn hơn 3mm hoặc trên 75% so với chứng âm.



## TEST NỘI BÌ

Giải thích cho bệnh nhân hoặc đại diện hợp pháp của bệnh nhân và ký xác nhận vào mẫu phiếu đề nghị thử test.

Chuẩn bị dụng cụ (dung dịch natriclorid 0,9%, bơm kim tiêm vô trùng loại 1ml, thước đo kết quả, hộp cấp cứu phản vệ, thuốc hoặc dị nguyên được chuẩn hóa).

Sát trùng vị trí thử test (những vị trí rộng rãi không có tổn thương da như mặt trước trong cẳng tay, lưng,..), đợi khô.

Dùng bơm tiêm 1ml tiêm trong da các điểm cách nhau 3-5cm, mỗi điểm 0,02-0,05ml tạo một nốt phỏng đường kính 3mm theo thứ tự.

Điểm 1: dung dịch natriclorid 0,9% (chứng âm).

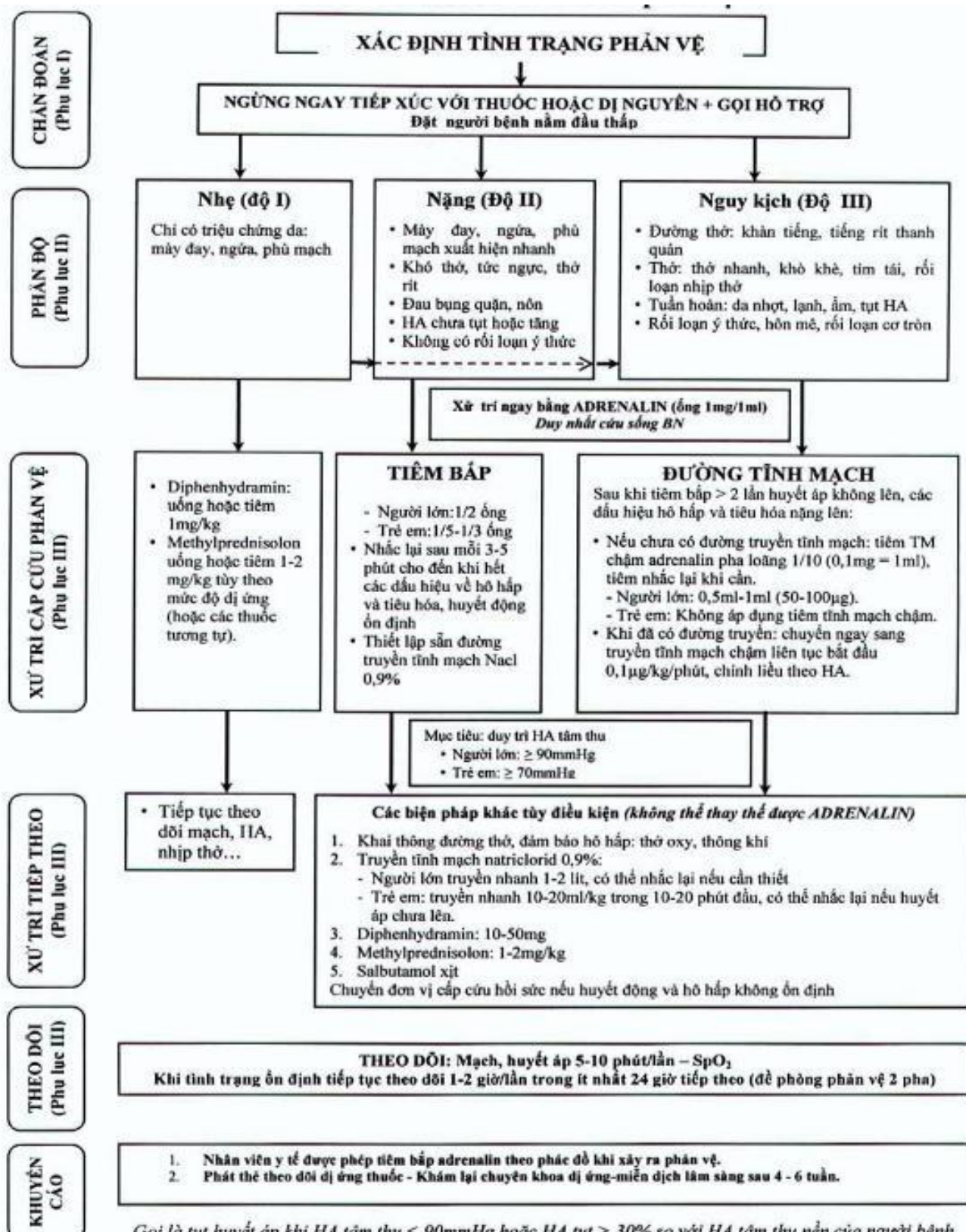
Điểm 2: dung dịch thuốc hoặc dị nguyên đã chuẩn hóa.

Đọc kết quả sau 20 phút, kết quả dương tính khi xuất hiện sẩn ở vị trí dị nguyên  $\geq 3$ mm hoặc trên 75% so với chứng âm./.

## PHỤ LỤC X SƠ ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ PHẢN VỆ

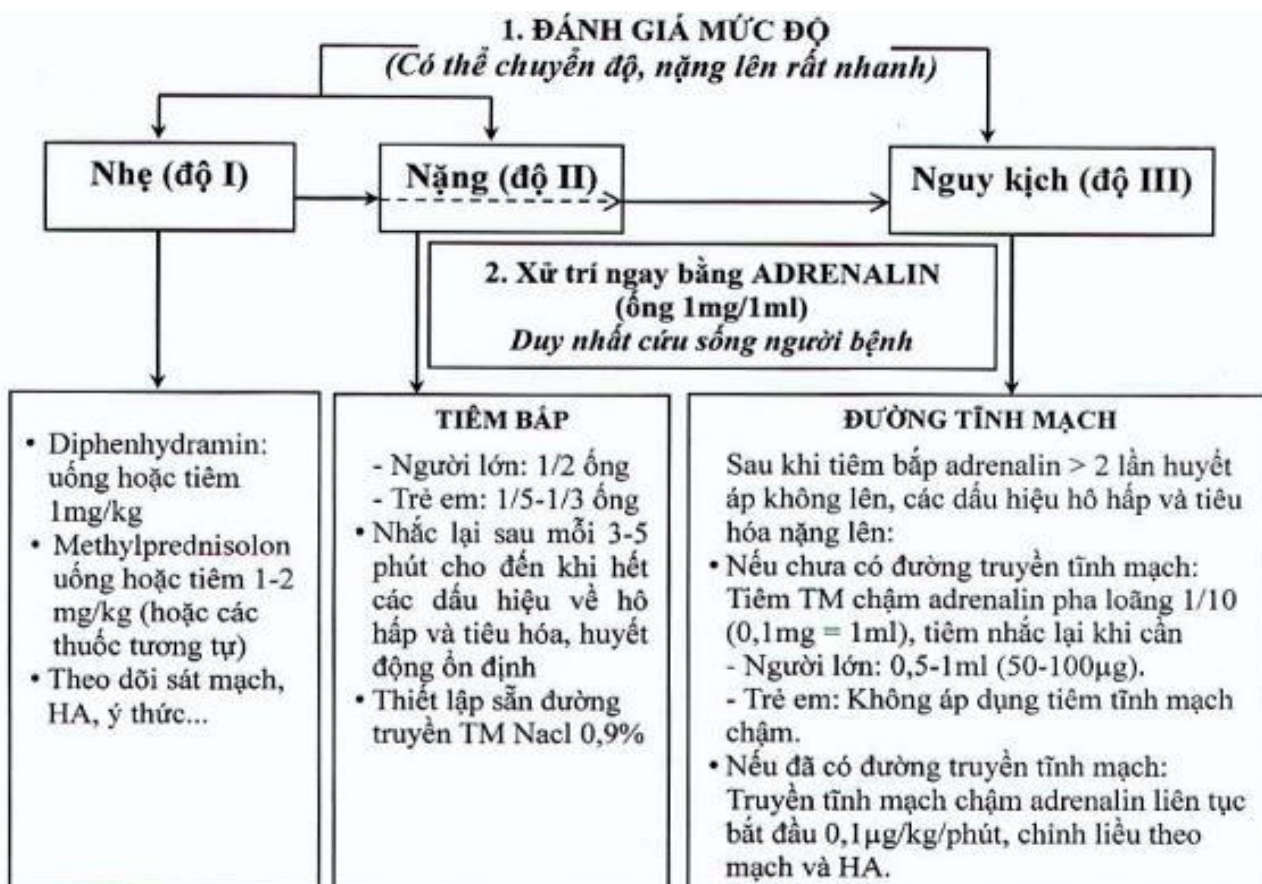
(Ban hành kèm theo Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

### I. Sơ đồ chi tiết về chẩn đoán và xử trí phản vệ



## II. Sơ đồ tóm tắt về chẩn đoán và xử trí phản vệ

Ghi chú: Sơ đồ chi tiết về chẩn đoán và xử trí phản vệ và Sơ đồ xử trí cấp cứu ban đầu phản vệ đề nghị in trên khổ giấy lớn A1 hoặc A2 và dán hoặc treo tại vị trí thích hợp các nơi sử dụng thuốc của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh./.



**2. QUYẾT ĐỊNH SỐ 2760/QĐ-BYT, NGÀY 07/7/2023**  
**VỀ VIỆC BAN HÀNH HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ**  
**SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE**

**BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ**

*Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2009;*

*Căn cứ Nghị định số 95/2022/NĐ-CP ngày 15 tháng 11 năm 2022 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;*

*Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý khám, chữa bệnh - Bộ Y tế.*

**QUYẾT ĐỊNH:**

**Điều 1.** Ban hành kèm theo Quyết định này “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Sốt xuất huyết Dengue” thay thế “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Sốt xuất huyết Dengue” ban hành kèm theo Quyết định số 3705/QĐ-BYT ngày 22/8/2019 của Bộ Y tế.

**Điều 2.** Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị Sốt xuất huyết Dengue được áp dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong cả nước.

**Điều 3.** Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký ban hành.

**Điều 4.** Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ, Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Chánh Thanh tra Bộ, các Vụ trưởng, Cục trưởng của các Vụ/Cục thuộc Bộ Y tế; Giám đốc các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trực thuộc Bộ Y tế; Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương; Thủ trưởng Y tế các Bộ, ngành; Thủ trưởng các đơn vị có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

**KT. BỘ TRƯỞNG**  
**THỨ TRƯỞNG**

**Trần Văn Thuấn**

## **HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE**

*(Ban hành kèm theo Quyết định số 2760/QĐ-BYT, ngày 04 tháng 7 năm 2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Sốt xuất huyết Dengue là bệnh truyền nhiễm gây dịch do vi rút Dengue gây nên. Vi rút Dengue có 4 typ huyết thanh là DEN-1, DEN-2, DEN-3 và DEN-4. Vi rút truyền từ người bệnh sang người lành do muỗi đốt. Muỗi *Aedes aegypti* là côn trùng trung gian truyền bệnh chủ yếu.

Bệnh xảy ra quanh năm, thường gia tăng vào mùa mưa. Bệnh gặp ở cả trẻ em và người lớn. Đặc điểm của sốt xuất huyết Dengue là sốt, xuất huyết và thoát huyết tương, có thể dẫn đến sốc giảm thể tích tuần hoàn, rối loạn đông máu, suy tạng, nếu không được chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời dễ dẫn đến tử vong.

### **II. DIỄN BIẾN LÂM SÀNG BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE**

Bệnh sốt xuất huyết Dengue có biểu hiện lâm sàng đa dạng, diễn biến nhanh chóng từ nhẹ đến nặng. Bệnh thường khởi phát đột ngột và diễn biến qua ba giai đoạn: giai đoạn sốt, giai đoạn nguy hiểm và giai đoạn hồi phục. Phát hiện sớm bệnh và hiểu rõ những vấn đề lâm sàng trong từng giai đoạn của bệnh giúp chẩn đoán sớm, điều trị đúng và kịp thời, nhằm cứu sống người bệnh.

#### **1. Giai đoạn sốt**

##### **1.1. Lâm sàng**

- Sốt cao đột ngột, liên tục.
- Nhức đầu, chán ăn, buồn nôn.
- Da xung huyết.
- Đau cơ, đau khớp, nhức hai hố mắt.
- Nghiệm pháp dây thắt dương tính.
- Thường có chấm xuất huyết ở dưới da, chảy máu chân răng hoặc chảy máu mũi.

##### **1.2. Cận lâm sàng**

- Hematocrit (Hct) bình thường.
- Số lượng tiểu cầu bình thường hoặc giảm dần (nhưng còn trên 100.000/mm<sup>3</sup>).
- Số lượng bạch cầu thường giảm.

#### **2. Giai đoạn nguy hiểm: thường vào ngày thứ 3 - 7 của bệnh**

##### **2.1. Lâm sàng**

- a) Người bệnh có thể còn sốt hoặc đã giảm sốt.
- b) Có thể có các biểu hiện sau:

- Đau bụng nhiều: đau bụng nhiều và liên tục hoặc tăng cảm giác đau nhất là ở vùng gan.
- Vật vã, lừ đừ, li bì.
- Gan to > 2cm dưới bờ sườn, có thể đau.
- Nôn ói.
- Biểu hiện thoát huyết tương do tăng tính thấm thành mạch (thường kéo dài 24 - 48 giờ).
- + Tràn dịch màng phổi, mô kẽ (có thể gây suy hô hấp), màng bụng, phù nề mi mắt.
- + Nếu thoát huyết tương nhiều sẽ dẫn đến sốc với các biểu hiện vật vã, bứt rứt hoặc li bì, lạnh đầu chi, mạch nhanh nhỏ, huyết áp kẹt (hiệu số huyết áp tối đa và tối thiểu  $\leq 20\text{mmHg}$  hoặc tụt huyết áp, không đo được huyết áp, mạch không bắt được, da lạnh, nổi vân tím (sốc nặng), tiểu ít.
- Xuất huyết.
- + Xuất huyết dưới da: Nốt xuất huyết rải rác hoặc chấm xuất huyết thường ở mặt trước hai cẳng chân và mặt trong hai cánh tay, bụng, đùi, mạn sườn hoặc mảng bầm tím.
- + Xuất huyết niêm mạc như chảy máu chân răng, chảy máu mũi, nôn ra máu, đi ngoài (tiêu) phân đen hoặc máu, xuất huyết âm đạo hoặc tiểu máu.
- + Xuất huyết nặng: chảy máu mũi nặng (cần nhét bấc hoặc gạc cầm máu), xuất huyết âm đạo nặng, xuất huyết trong cơ và phần mềm, xuất huyết đường tiêu hóa và nội tạng (phổi, não, gan, lách, thận), thường kèm theo tình trạng sốc, giảm tiểu cầu, thiếu oxy mô và toan chuyển hóa có thể dẫn đến suy đa phủ tạng và đông máu nội mạch nặng. Xuất huyết nặng cũng có thể xảy ra ở người bệnh dùng các thuốc kháng viêm như acetylsalicylic acid (aspirin), ibuprofen hoặc dùng corticoid, tiền sử loét dạ dày - tá tràng, viêm gan mạn.
- Một số trường hợp nặng có thể có biểu hiện suy tạng như tổn thương gan nặng/suy gan, thận, tim, phổi, não. Những biểu hiện nặng này có thể xảy ra ở người bệnh có hoặc không có sốc do thoát huyết tương.
- + Tổn thương gan nặng/suy gan cấp, men gan AST, ALT  $\geq 1000\text{U/L}$ .
- + Tổn thương/suy thận cấp.
- + Rối loạn tri giác (sốt xuất huyết Dengue thể não).
- + Viêm cơ tim, suy tim, hoặc suy chức năng các cơ quan khác.

## **2.2. Cận lâm sàng**

- Cô đặc máu khi Hematocrit tăng > 20% so với giá trị ban đầu của người bệnh hoặc so với giá trị trung bình của dân số ở cùng lứa tuổi.
- Ví dụ: Hct ban đầu là 35%, SXHD có tình trạng cô đặc máu khi Hct hiện tại đo được là 42% (tăng 20% so với ban đầu).



- Số lượng tiểu cầu giảm ( $< 100.000/\text{mm}^3$ )
- AST, ALT thường tăng.
- Trường hợp nặng có thể có rối loạn đông máu.
- Siêu âm hoặc X-quang có thể phát hiện tràn dịch màng bụng, màng phổi.

### **3. Giai đoạn hồi phục: thường vào ngày thứ 7 - 10 của bệnh**

#### **3.1. Lâm sàng**

- Người bệnh hết sốt, toàn trạng tốt lên, thèm ăn, huyết động ổn định và tiểu nhiều.
- Có thể phát ban hồi phục hoặc ngứa ngoài da.
- Có thể có nhịp tim chậm, không đều, có thể có suy hô hấp do quá tải dịch truyền.

#### **3.2. Cận lâm sàng**

- Hematocrit trở về bình thường hoặc có thể thấp hơn do hiện tượng pha loãng máu khi dịch được tái hấp thu trở lại.
- Số lượng bạch cầu máu thường tăng lên sớm sau giai đoạn hạ sốt.
- Số lượng tiểu cầu dần trở về bình thường, muộn hơn so với số lượng bạch cầu.
- AST, ALT có khuynh hướng giảm.

**Phụ lục 1:** Các giai đoạn lâm sàng của sốt xuất huyết Dengue.

## **III. CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN ĐỘ**

Bệnh sốt xuất huyết Dengue được chia làm 3 mức độ (theo Tổ chức Y tế thế giới năm 2009).

- Sốt xuất huyết Dengue.
- Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo.
- Sốt xuất huyết Dengue nặng.

**Phụ lục 2:** Phân độ sốt xuất huyết Dengue.

*Lưu ý:* Trong quá trình diễn biến, bệnh có thể chuyển từ mức độ nhẹ sang mức độ nặng, vì vậy khi thăm khám cần phân độ lâm sàng để tiên lượng bệnh và có kế hoạch xử trí thích hợp.

### **1. Chẩn đoán căn nguyên vi rút Dengue**

#### **1.1. Xét nghiệm huyết thanh**

- Xét nghiệm nhanh: tìm kháng nguyên NS1 từ ngày 1 đến ngày 7 của bệnh (ưu tiên trong 5 ngày đầu).
- Xét nghiệm ELISA hoặc test nhanh tìm kháng thể IgM, IgG từ ngày thứ 5 của bệnh nếu NS1 âm tính.

**1.2. Xét nghiệm PCR, phân lập vi rút:** lấy máu trong giai đoạn sốt (thực hiện ở các cơ sở xét nghiệm có điều kiện).

## 2. Chẩn đoán phân biệt

- Sốt phát ban do vi rút.
- Tay chân miệng.
- Sốt mò.
- Sốt rét.
- Nhiễm khuẩn huyết do liên cầu lợn, não mô cầu, vi khuẩn gram âm, ...
- Sốc nhiễm khuẩn.
- Các bệnh máu.
- Bệnh lý ổ bụng cấp,...

## IV. ĐIỀU TRỊ

### A. Điều trị sốt xuất huyết Dengue

Phần lớn các trường hợp đều được điều trị ngoại trú và theo dõi tại y tế cơ sở, chủ yếu là điều trị triệu chứng và phải theo dõi chặt chẽ phát hiện sớm sốc xảy ra để xử trí kịp thời.

\* Xem xét chỉ định nhập viện trong các trường hợp sau

- Sống một mình.
- Nhà xa cơ sở y tế, không thể nhập viện kịp thời khi bệnh trở nặng.
- Gia đình không có khả năng theo dõi sát.
- Trẻ nhũ nhi.
- Dư cân, béo phì.
- Phụ nữ có thai.
- Người lớn tuổi ( $\geq 60$  tuổi).
- Bệnh mạn tính đi kèm (thận, tim, gan, hen, COPD kém kiểm soát, đái tháo đường, thiếu máu tan máu...).

**Phụ lục 3:** Sơ đồ phân nhóm điều trị người bệnh sốt xuất huyết Dengue.

### 1. Điều trị triệu chứng

- Nếu sốt cao  $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ , cho thuốc hạ nhiệt, nói lỏng quần áo và lau mát bằng nước ấm.
- Thuốc hạ nhiệt chỉ được dùng là paracetamol đơn chất, liều dùng từ 10 - 15mg/kg cân nặng/lần, cách nhau mỗi 4 - 6 giờ.

\* *Chú ý:*

- + Tổng liều paracetamol không quá 60mg/kg cân nặng/24 giờ.
- + Không dùng aspirin (acetylsalicylic acid), analgin, ibuprofen để điều trị vì có thể gây xuất huyết, toan máu.



**2. Bù dịch** sớm bằng đường uống: khuyến khích người bệnh uống nhiều nước oresol hoặc nước trái cây (nước dừa, cam, chanh,...) hoặc nước cháo loãng với muối.

- Không ăn uống những thực phẩm có màu nâu hoặc đỏ như xá xị, sô cô la,...
- Lượng dịch khuyến cáo: uống theo nhu cầu cơ bản, khuyến khích uống nhiều.

### **3. Theo dõi**

a) Tái khám và làm xét nghiệm hàng ngày. Nếu xuất hiện dấu hiệu cảnh báo cho nhập viện điều trị.

b) Người bệnh đến khám lại ngay khi có một trong các dấu hiệu sau

- Người bệnh thấy khó chịu hơn mặc dù sốt giảm hoặc hết sốt.
- Không ăn, uống được.
- Nôn ói nhiều.
- Đau bụng nhiều.
- Tay chân lạnh, ẩm.
- Mệt lả, bứt rứt.
- Chảy máu mũi, miệng hoặc xuất huyết âm đạo.
- Không tiểu trên 6 giờ.
- Biểu hiện hành vi thay đổi như lú lẫn, tăng kích thích, vật vã hoặc li bì.

## **B. Điều trị sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo**

### **B1. Đối với người bệnh trẻ em (< 16 tuổi)**

1. Điều trị sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo: Người bệnh được cho nhập viện điều trị.

1.1. Điều trị triệu chứng: hạ sốt.

1.2. Bù dịch sớm bằng đường uống nếu bệnh nhân còn khả năng uống được.

1.3. Theo dõi mạch, HA, những dấu hiệu cảnh báo, lượng dịch đưa vào, nước tiểu và Hct mỗi 4 - 6 giờ.

1.4. Chỉ định truyền dịch

a) Khi có ít nhất 1 trong các dấu hiệu sau

- Lừ đừ.
- Không uống được nước.
- Nôn ói nhiều.
- Đau bụng nhiều.
- Có dấu hiệu mất nước.
- Hct tăng cao.

b) Dịch truyền bao gồm: Ringer lactate, Ringer acetate, NaCl 0,9%.

### 1.5. Phương thức truyền dịch

- Truyền Ringer lactate, Ringer acetate hoặc NaCl 0,9% 6 - 7ml/kg/giờ trong 1 - 3 giờ, sau đó 5ml/kg/giờ trong 2 - 4 giờ. Theo dõi lâm sàng, Hct mỗi 2 - 4 giờ.

- Nếu mạch, HA ổn định, Hct giảm, nước tiểu  $\geq 0,5 - 1$  ml/kg/giờ, giảm tốc độ truyền Ringer lactate, Ringer acetate hoặc NaCl 0,9% 3ml/kg/giờ trong 2 - 4 giờ. Nếu lâm sàng tiếp tục cải thiện, có thể ngưng dịch sau 24 - 48 giờ.

- Nếu mạch nhanh, HA tụt hoặc kẹt, Hct tăng: điều trị toan, xuất huyết, hạ đường huyết, hạ calci huyết nếu có và truyền dịch tiếp tục như sau:

+ Khi tổng dịch truyền  $> 60$ ml/kg: chuyển sang cao phân tử truyền tĩnh mạch 10 - 20ml/kg/giờ trong 1 giờ. Sau đó tiếp tục truyền dịch theo phác đồ điều trị như sốc SXHD.

+ Khi tổng dịch truyền  $\leq 60$ ml/kg: tăng tốc độ truyền Ringer lactate, Ringer acetate hoặc NaCl 0,9% 10 - 20ml/kg/giờ trong 1 giờ. Sau đó tiếp tục truyền dịch theo phác đồ điều trị như sốc SXHD.

\* Lưu ý:

- Nếu SXHD cảnh báo kèm chi lạnh, ẩm, thời gian làm đầy mao mạch  $\geq 3$  giây, lừ đừ hay vật vã, bứt rứt; huyết áp bình thường hoặc hiệu áp = 25 mmHg: **điều trị như sốc SXHD.**

- **Nếu SXHD cảnh báo kèm chi lạnh (mát), mạch nhanh, HA bình thường:** truyền Ringer lactate, Ringer acetate hoặc NaCl 0,9% 10ml/kg/giờ trong 1 giờ, sau đó đánh giá lại.

+ Nếu cải thiện lâm sàng, tay chân ấm, mạch chậm lại, HA bình thường: tiếp tục Ringer lactate, Ringer acetate hoặc NaCl 0,9% tốc độ 6 - 7ml/kg/giờ x 1 - 3 giờ sau đó 5ml/kg/giờ x 2 - 4 giờ và xử trí tiếp theo như phác đồ SXHD cảnh báo.

+ Nếu có sốc truyền Ringer lactate, Ringer acetate hoặc NaCl 0,9% 20ml/kg/giờ trong 1 giờ và xử trí tiếp sau đó như phác đồ sốc SXHD.

- Thời gian truyền dịch: thường là không quá 24 - 48 giờ.

**Phụ lục 4:** Sơ đồ xử trí sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo ở trẻ em.

**Phụ lục 5:** Sơ đồ xử trí sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo ở trẻ thiếu niên.

## B2. Đối với người bệnh người lớn ( $\geq 16$ tuổi)

1. Điều trị sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo: người bệnh được cho nhập viện điều trị.

1.1. Điều trị triệu chứng: hạ sốt.

1.2. Bù dịch sớm bằng đường uống nếu bệnh nhân còn khả năng uống được.

1.3. Theo dõi mạch, HA, những dấu hiệu cảnh báo, lượng dịch đưa vào, nước tiểu và Hct mỗi 4 - 6 giờ.

1.4. Chỉ định truyền dịch: xem xét truyền dịch khi người bệnh nôn nhiều, không uống được và Hct cao hoặc có dấu mất nước.

1.5. Phương thức truyền dịch

Truyền Ringer lactate, Ringer acetate hoặc NaCl 0,9% 6ml/kg/giờ trong 1 -2 giờ, sau đó 3ml/kg/giờ trong 2 - 4 giờ. Theo dõi lâm sàng, Hct mỗi 2 - 4 giờ. Trong quá trình theo dõi:

- Nếu mạch, HA ổn định, Hct giảm, nước tiểu  $\geq 0,5 - 1$  ml/kg/giờ, giảm tốc độ truyền Ringer lactate, Ringer acetate hoặc NaCl 0,9% 1,5ml/kg/giờ trong 6 -18 giờ. Nếu lâm sàng tiếp tục cải thiện, có thể ngưng dịch sau 12 - 24 giờ.

**Phụ lục 6:** Sơ đồ xử trí SXHD có dấu hiệu cảnh báo ở người lớn.

Nếu bệnh nhân có biểu hiện sốc (mạch nhanh, nhẹ, khó bắt, huyết áp kẹt, tụt, khó đo và Hct tăng): truyền dịch chống sốc như phác đồ điều trị sốc SXHD ở người lớn với liều chống sốc đầu tiên là cao phân tử 10 - 15ml/kg/giờ. Chú ý điều trị toan hóa máu, xuất huyết, hạ đường huyết, hạ calci huyết nếu có.

**C. Điều trị sốt xuất huyết Dengue nặng:** người bệnh phải được nhập viện điều trị cấp cứu.

**C.1. Điều trị sốt xuất huyết Dengue nặng trẻ em**

**C1.1. Điều trị sốc sốt xuất huyết Dengue**

C1.1.1. Chuẩn bị các dịch truyền sau

- Ringer lactate.
- Ringer acetate trong trường hợp có tổn thương gan nặng hoặc suy gan cấp.
- Dung dịch mặn đẳng trương (NaCl 0,9%).
- Dung dịch cao phân tử (dextran 40 hoặc 70, hydroxyethyl starch (HES 200.000 dalton)).
- Dung dịch albumin.

C1.1.2. Thở oxy qua gọng mũi 1 - 6 lít/phút.

Tất cả các người bệnh có sốc cần thở oxy gọng kính.

**Phụ lục 7:** Điều trị suy hô hấp cấp.

C1.1.3. Bù dịch nhanh

**Phụ lục 8:** Sơ đồ truyền dịch trong sốc sốt xuất huyết Dengue ở trẻ em.

*Lưu ý:* Đối với trẻ dư cân hoặc béo phì, sử dụng cân nặng hiệu chỉnh để truyền dịch.

**Phụ lục 9:** Cân nặng hiệu chỉnh để truyền dịch sốt xuất huyết Dengue ở trẻ em dư cân hoặc béo phì.

Trong 1 giờ đầu, phải thay thế nhanh chóng lượng huyết tương mất đi bằng:

- Ringer lactate hoặc NaCl 0,9% 20 ml/kg/giờ.

- Ringer lactate hoặc NaCl 0,9% 20 ml/kg/30 phút trường hợp tụt HA nặng (HATT: trẻ < 10 tuổi < (70 + 2 tuổi) mmHg, trẻ ≥ 10 tuổi < 90 mmHg) Sau đó đánh giá lại lâm sàng, Hct:

a) Nếu cải thiện lâm sàng (mạch giảm, HA bình thường, hết kẹt)

- Tiếp tục truyền Ringer lactate hoặc NaCl 0,9% tốc độ 10ml/kg/giờ x 1 - 2 giờ.

Nếu người bệnh cải thiện lâm sàng và hematocrit giảm, giảm tốc độ Ringer lactate hoặc NaCl 0,9% 7,5ml/kg/giờ trong 1 - 2 giờ, sau đó 5ml/kg/giờ x 3 - 4 giờ, tiếp theo giảm còn 3ml/kg/giờ x 4 - 6 giờ.

- Nếu bệnh nhân sau đó ra sốc (mạch bình thường, HA bình thường, nước tiểu ≥ 0,5ml/kg/giờ) và hematocrit bình thường, có thể xem xét ngưng dịch truyền sau 24 - 48 giờ.

b) Nếu không cải thiện lâm sàng (mạch nhanh, nhẹ, HA còn tụt, kẹt hiệu áp < 20mmHg).

b.1) Nếu hematocrit còn tăng cao hoặc ≥ 40%

- Chuyển sang truyền cao phân tử (CPT) 10 - 20ml/kg/giờ trong 1 giờ. Cao phân tử được chọn trong SXHD là Dextran 40, Dextran 70 hoặc 6% HES 200. Tác dụng phụ của HES là rối loạn đông máu, tổn thương gan, thận đặc biệt là khi tổng liều > 60ml/kg.

- Trường hợp không có Dextran 40, Dextran 70 hoặc 6% HES 200, có thể thay thế bằng dung dịch 6% HES 130 hoặc Gelatin, nhưng cần theo dõi sát đáp ứng điều trị (cải thiện lâm sàng, Hct) vì khả năng tăng thể tích ít và thời gian lưu trong lòng mạch ngắn. Nếu diễn tiến lâm sàng không thuận lợi hoặc không giảm được tốc độ cao phân tử đến liều 5ml/kg/giờ, Hct tăng cao, cần hội chẩn, xét nghiệm Albumin máu và xem xét chỉ định truyền dung dịch Albumin (trang 10).

- Nếu cải thiện lâm sàng, hematocrit giảm: giảm tốc độ CPT dần 10ml/kg/giờ x 1 giờ, sau đó 7,5ml/kg/giờ x 1 - 2 giờ, tiếp đến là 5ml/kg/giờ x 1 - 2 giờ. Đánh giá lâm sàng, Hct sau mỗi lần chuyển tốc độ truyền.

+ Nếu ra sốc và Hct bình thường: chuyển sang điện giải Ringer lactate hay NaCl 0,9% 5ml/kg/giờ trong 3 - 4 giờ, sau đó 3ml/kg/giờ x 4 - 6 giờ. Phải theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn mỗi giờ và lập lại hematocrit sau 1 giờ trong 2 giờ đầu, sau đó là mỗi 4 - 6 giờ. Có thể xem xét ngưng dịch truyền sau 24 - 48 giờ.

+ Nếu không cải thiện lâm sàng, mạch nhanh, HA còn tụt hoặc kẹt: lập lại truyền CPT 10 - 20ml/kg/giờ trong 1 giờ. Nếu chưa có catheter động mạch nên xét nghiệm khí máu tĩnh mạch để xác định toan máu dựa vào pH và HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> và xét nghiệm đường huyết, điện giải đồ, lactate máu. Điều trị toan, xuất huyết, hạ đường huyết, hạ Calci huyết nếu có. Đo HA động mạch xâm lấn (động mạch cổ tay), đo áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP) và xử trí như sốc SXHD nặng.

- Đo áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP)

\* Vị trí: tĩnh mạch được chọn đo CVP trong SXHD là tĩnh mạch nền ở khuỷu tay (không dùng tĩnh mạch cảnh trong, tĩnh mạch dưới đòn do nguy cơ xuất huyết) bằng phương pháp Seldinger cải tiến dưới hướng dẫn siêu âm để tăng tỉ lệ thành công, ít biến chứng, hoặc sử dụng kỹ thuật bộc lộ tĩnh mạch để đặt CVP.

\* Phương pháp đo: có thể qua cột nước hoặc monitor. Nếu có điều kiện, nên đo CVP qua monitor để theo liên tục.

\* Chỉ định đo CVP

+ Quá tải, nghi ngờ quá tải.

+ Sốc kéo dài, sốc không đáp ứng với bù dịch  $\geq 60\text{ml/kg}$  cân nặng.

+ Tái sốc.

+ Sốc kèm bệnh lý tim, phổi, thận.

+ Sốc ở trẻ nhũ nhi, béo phì.

\* Phân tích kết quả CVP

+ Thấp khi  $\text{CVP} \leq 5\text{cmH}_2\text{O}$ , cao khi  $\text{CVP} \geq 15\text{cmH}_2\text{O}$ .

+ Xử trí luôn phải kết hợp giữa lâm sàng, hematocrit và CVP.

- Khi có tĩnh mạch trung tâm nên xét nghiệm  $\text{ScvO}_2$  để đánh giá sử dụng  $\text{O}_2$ . Trị số  $\text{ScvO}_2$  bình thường là  $\geq 70\%$ .

- Nếu không đo được CVP thì dùng siêu âm khảo sát sự thay đổi đường kính của tĩnh mạch chủ dưới theo nhịp thở để giúp đánh giá thể tích dịch nội mạch.

+ Nếu đường kính của tĩnh mạch chủ dưới nhỏ và xẹp cả 2 thì hô hấp là thiếu dịch.

+ Nếu đường kính của tĩnh mạch chủ dưới to và căng cả 2 thì hô hấp là dư dịch.

b.2) Nếu hematocrit  $\leq 35\%$  hoặc giảm 20% so với ban đầu.

- Cần phải thăm khám để phát hiện xuất huyết nội và truyền máu, tốt nhất là truyền hồng cầu lắng  $5\text{ml/kg}$  hoặc máu toàn phần  $10\text{ml/kg}$ , tốc độ truyền tùy tình trạng chảy máu và hematocrit, thường trong 1 - 2 giờ, song song đó truyền CPT  $10\text{ml/kg/giờ}$ . Xem xét truyền huyết tương đông lạnh để cầm máu (xem phần điều trị xuất huyết nặng). Sau 1 giờ, đánh giá lại tình trạng lâm sàng, hematocrit.

- Nếu cải thiện lâm sàng, hematocrit  $> 35\%$ .

+ Tiếp tục giảm dần CPT  $7,5\text{ml/kg/giờ} \times 1 - 2$  giờ, sau đó  $5\text{ml/kg/giờ} \times 1 - 2$  giờ. Sau đó đánh giá lại tình trạng lâm sàng, hematocrit.

+ Nếu ra sốc (tỉnh táo, tay chân ấm, thời gian đổ đầy mao mạch  $< 2$  giây, mạch và huyết áp bình thường theo tuổi, nước tiểu  $\geq 0,5 - 1\text{ml/kg/giờ}$ , Hematocrit bình thường và  $\text{CVP} 10 - 15\text{cmH}_2\text{O}$ ,  $\text{ScvO}_2 \geq 70\%$ , Lactate máu bình thường  $< 2\text{mmol/L}$ , khí máu pH và  $\text{HCO}_3^-$  bình thường nếu có): chuyển sang điện giải Ringer lactate hay  $\text{NaCl } 0,9\%$   $5\text{ml/kg/giờ}$  trong 3 - 4 giờ, sau đó  $3\text{ml/kg/giờ} \times 4 - 6$  giờ, có thể xem xét ngưng dịch truyền sau 24 - 48 giờ.

**Phụ lục 10:** Điều kiện chuyển từ dung dịch CPT sang dung dịch điện giải và ngược lại.

+ Nếu còn sốc, lặp lại truyền CPT 10 - 20ml/kg/giờ trong 1 giờ, đo HA động mạch xâm lấn, áp lực tĩnh mạch trung tâm và xử trí như sốc SXHD nặng.

- Nếu không cải thiện lâm sàng, mạch nhanh, HA còn tụt hoặc kẹt, hematocrit còn tăng cao: lặp lại truyền CPT 10 - 20ml/kg/giờ trong 1 giờ, điều trị toan, xuất huyết, hạ đường huyết, hạ Calci huyết nếu có. Đo HA động mạch xâm lấn, áp lực tĩnh mạch trung tâm và xử trí như sốc SXHD nặng.

\* Sốc SXH Dengue ở trẻ thiếu niên 13 - 16 tuổi

- Trẻ thiếu niên có đặc điểm sinh lý giống với người lớn, có tình trạng thất thoát huyết tương ít hơn trẻ em nên lượng dịch truyền có thể ít hơn nhằm tránh tình trạng quá tải dịch.

- Sử dụng cân nặng theo hướng dẫn của Bộ Y tế cho trẻ béo phì.

- Trong 1 giờ đầu, truyền Ringer lactate hoặc NaCl 0,9% 20ml/kg/giờ sau đó đánh giá lại lâm sàng, Hct.

+ Nếu cải thiện về lâm sàng và hematocrit: giảm dịch như phác đồ dành cho trẻ em với thời gian duy trì ở mỗi mức dịch bằng 1/2 trẻ nhỏ; sau đó duy trì 1,5 ml/kg/giờ trong 12 - 18 giờ.

+ Nếu không cải thiện lâm sàng và hematocrit còn cao hoặc  $\geq 40\%$ : chuyển sang dung dịch cao phân tử với tốc độ như trẻ em, nhưng thời gian giảm 1/2 so với trẻ em.

+ Nếu không cải thiện lâm sàng và hematocrit  $< 35\%$  hay giảm 20% so với ban đầu: điều trị như trẻ em.

**Phụ lục 11:** Sơ đồ xử trí sốc SXHD ở trẻ thiếu niên 13 - 16 tuổi.

\* Sốt SXH Dengue ở trẻ mắc thalassemia

- So với trẻ bình thường bị SXHD, bệnh nhân thalassemia khi bị SXHD:

+ Có Hct nền thấp, vì thế cô đặc máu khi Hct tăng 20% so với Hct nền.

+ Tổn thương cơ tim, suy tim, gan nhiều hơn.

+ Sốc SXHD ở trẻ thalassemia thường nặng.

- Điều trị SXHD ở bệnh nhân thalassemia:

+ SXHD, SXHD có dấu hiệu cảnh báo: truyền máu sớm, duy trì Hct 25% đến 30% và sử dụng dung dịch Natri chlorua 0,9%, Ringer acetate khi có chỉ định do thường có tổn thương gan.

+ Sốc SXHD:

▪ Lựa chọn ban đầu là Natri chlorua 0,9%, Ringer acetate.

▪ Trường hợp sốc nặng: tốc độ dịch chống sốc ban đầu là 15 - 20ml/kg/15 - 30 phút và theo dõi sát tình trạng quá tải, suy hô hấp.

- Truyền máu sớm khi Hct dưới 30% sau khi bù dịch chống sốc.
- Đo CVP, huyết áp xâm lấn, siêu âm bụng, tim, phổi, X-quang phổi, khí máu động mạch, ion đồ, men tim, chức năng gan, thận, chức năng đông máu, đo cung lượng tim (nếu có).
- Xem xét thuốc vận mạch khi bù đủ dịch mà huyết áp còn thấp.

\* Đối với nữ nhi  $\leq 12$  tháng tuổi

- Phát hiện sốc thường trễ do ít nghĩ đến chẩn đoán SXHD và khó đo huyết áp.
- Hematocrit bình thường có thể ở mức thấp (30 - 35%) do có thiếu máu sinh lý.
- Chú ý lượng dịch và tốc độ dịch truyền để tránh nguy cơ dư dịch, suy hô hấp.
- Do ở trẻ nữ nhi rất khó đo áp lực tĩnh mạch trung tâm nên xem xét dùng siêu âm khảo sát sự thay đổi đường kính của tĩnh mạch chủ dưới theo nhịp thở để giúp đánh giá thể tích dịch nội mạch thay cho CVP.

### **C1.2. Điều trị sốc sốt xuất huyết Dengue nặng**

Trường hợp người bệnh vào viện trong tình trạng sốc nặng (mạch quay không bắt được, huyết áp không đo được (HA=0)) hoặc tụt huyết áp nặng (HA tâm thu  $< 70$ mmHg ở trẻ  $> 1$  tuổi) hoặc hiệu áp  $\leq 10$ mmHg thì phải xử trí rất khẩn trương.

- Để người bệnh nằm đầu thấp.
- Thở oxy.
- Truyền dịch nhanh: dùng bơm tiêm to bơm trực tiếp vào tĩnh mạch Ringer lactate hoặc NaCl 0,9% với tốc độ 20ml/kg cân nặng trong vòng 15 phút.

**Phụ lục 12:** Sơ đồ truyền dịch trong sốc sốt xuất huyết Dengue nặng ở trẻ em.

\* *Lưu ý:* Đối với trẻ dư cân hoặc béo phì, sử dụng cân nặng hiệu chỉnh để truyền dịch (**Phụ lục 9:** Cân nặng hiệu chỉnh để truyền dịch sốt xuất huyết Dengue ở trẻ em dư cân hoặc béo phì).

Sau đó đánh giá lại mạch và huyết áp người bệnh, có 3 khả năng xảy ra

a) Nếu mạch rõ, huyết áp bình thường hết kẹt, cho dung dịch CPT 10ml/kg cân nặng/giờ trong 1 giờ. Sau đó nếu cải thiện lâm sàng và Hct giảm  $\leq 10\%$  so với ban đầu thì giảm tốc độ truyền CPT 7,5ml/kg/giờ trong 1 - 2 giờ, sau đó 5ml/kg/giờ trong 1 - 2 giờ. Sau đó nếu ra sốc và Hct bình thường sẽ chuyển sang truyền dung dịch điện giải Ringer lactate hoặc NaCl 0,9% 5ml/kg/giờ trong 2 - 4 giờ, tiếp đến là 2 - 3ml/kg/giờ trong 24 - 36 giờ. Xem xét ngưng dịch sau 24 - 48 giờ nếu mạch, huyết áp, Hct bình thường hoặc nước tiểu  $\geq 0,5$ ml/kg/giờ.

b) Nếu mạch nhanh, huyết áp còn kẹt hoặc huyết áp hạ: truyền dung dịch CPT 15 - 20ml/kg cân nặng/giờ, có 2 khả năng xảy ra.

b.1) Nếu cải thiện lâm sàng thì xử trí theo (a).

b.2) Nếu không cải thiện lâm sàng, kiểm tra Hct.

\* Nếu Hct cao hay  $> 40\%$ : truyền CPT 10 - 20ml/kg/giờ.

- Nếu cải thiện lâm sàng thì xử trí theo (a).
- Nếu còn sốc (sốc thất bại bù dịch)
  - + Hội chẩn khoa, hội chẩn bệnh viện hoặc hội chẩn tuyến trên.
  - + Điều trị toan, xuất huyết, hạ đường huyết, hạ Calci máu nếu có.
  - + Xem xét đặt nội khí quản giúp thở.
  - + Xét nghiệm Hct, đo áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP), đo HA động mạch xâm lấn và đánh giá chức năng tim nếu được.

**Phụ lục 13:** Tiêu chuẩn hội chẩn.

**Phụ lục 14:** Mẫu giấy tóm tắt kèm theo giấy chuyển tuyến trong sốc sốt xuất huyết Dengue.

\* Sau đo có 3 khả năng xảy ra:

+  $CVP \leq 15\text{cmH}_2\text{O}$ : truyền CPT 10-20ml/kg/giờ, hoặc chỉ định truyền dung dịch Albumin khi tổng lượng CPT  $\geq 60\text{ml/kg}$  và đang chống sốc CPT  $\geq 5 - 10\text{ml/kg/giờ}$  kèm Albumin  $< 2,5\text{g/dL}$  hoặc người bệnh suy gan nặng, suy thận, ARDS. Nồng độ dung dịch Albumin: 5% hoặc 10%. Nên dùng dung dịch Albumin 10% trong trường hợp sốc nặng kèm Albumin máu rất thấp dưới 1 g/dL. Hiệu quả của truyền phối hợp: giảm tổng lượng và tốc độ truyền cao phân tử, tăng áp lực keo, giảm tác dụng không mong muốn của cao phân tử.

*Cách pha nồng độ Albumin 5%:* 1 lọ Albumin 20% 50ml + 150ml Normalsaline = 200ml Albumin 5%.

*Cách pha nồng độ Albumin 10%:* 1 lọ Albumin 20% 50ml + 50ml Normalsaline = 100ml Albumin 10%.

*Liều Albumin (g) = [nồng độ Albumin cần đạt (g/dl) - nồng độ Albumin hiện tại (g/dl)] x thể tích huyết tương (0,8 x cân nặng (kg)).*

Chỉ nên truyền dung dịch Albumin phối hợp với cao phân tử khi huyết động học không ổn định. Hạn chế phối hợp Albumin và cao phân tử trong trường hợp suy gan, suy thận.

*Tốc độ truyền Albumin 5 - 20ml/kg/giờ* tùy thuộc theo tình trạng huyết động học của bệnh nhân. Trường hợp truyền phối hợp Albumin với cao phân tử thì tổng tốc độ dịch nên  $\leq 20\text{ml/kg/giờ}$ , nhất là khi sử dụng Albumin 10% để tránh quá tải.

Đánh giá lâm sàng, Hct, Albumin máu sau truyền Albumin mỗi 4 - 6 giờ. Có thể lập lại truyền Albumin nếu nồng độ Albumin máu thấp  $< 2,5\text{g/dl}$  và bệnh nhân vẫn còn thất thoát dịch.

+  $CVP > 15\text{cmH}_2\text{O}$ , Hct cao kèm sức co bóp cơ tim bình thường: thử dịch truyền với CPT 5 - 10ml/kg/giờ. Sau đó nếu cải thiện sẽ truyền CPT 5ml/kg/giờ. Nếu có dấu hiệu quá tải, ngưng dịch và cho thuốc tăng co cơ tim Dobutamin liều 3 - 10 $\mu\text{g/kg/phút}$ .



+ CVP > 15cmH<sub>2</sub>O kèm sức cơ cơ tim giảm: truyền Dopamin liều 5 - 10 µg/kg/phút có thể kết hợp truyền CPT. Nếu có dấu hiệu quá tải, ngưng dịch và cho thuốc tăng cơ cơ tim Dobutamin liều 3 - 10µg/kg/phút. Nếu còn sốc kèm giảm sức cơ cơ tim thì phối hợp thêm Adrenaline liều 0,05 - 0,3µg/kg/phút hoặc phối hợp Noradrenaline liều 0,05 - 1µg/kg/phút trong trường hợp giảm kháng lực mạch máu. Điều trị toan, hạ Calci nếu có.

**Phụ lục 15:** Sử dụng thuốc vận mạch trong sốc SXHD

\* Nếu Hct thấp (< 35%) hoặc giảm > 20% so với ban đầu.

- Cần phải thăm khám để phát hiện xuất huyết nội và truyền máu, tốt nhất là truyền hồng cầu lắng (HCL) 5ml/kg hoặc máu toàn phần 10ml/kg. Tốc độ truyền tùy tình trạng chảy máu và hematocrit, thường trong 1 - 2 giờ, song song đó truyền CPT 10ml/kg/giờ. Xem xét truyền huyết tương đông lạnh để cầm máu (xem phần điều trị xuất huyết nặng). Sau 1 giờ, nếu cải thiện lâm sàng và Hct thì xử trí theo (a).

- Nếu mạch, huyết áp vẫn không đo được: bơm tĩnh mạch trực tiếp dung dịch cao phân tử 20ml/kg cân nặng/15 phút. Nên đo CVP để có phương hướng xử trí. Sau đó nếu đo được huyết áp và mạch rõ, thì xử trí theo (a). Nếu không cải thiện thì xử trí theo (b.2).

**\* Những lưu ý khi truyền dịch**

- Ngừng truyền dịch tĩnh mạch khi huyết áp và mạch trở về bình thường, tiêu nhiều. Nói chung không cần thiết bù dịch sau khi hết sốc 24 giờ.

- Cần chú ý đến sự tái hấp thu huyết tương từ ngoài lòng mạch trở lại lòng mạch (biểu hiện bằng huyết áp, mạch bình thường và hematocrit giảm), cần theo dõi triệu chứng phù phổi cấp nếu còn tiếp tục truyền dịch. Khi có hiện tượng bù dịch quá tải gây suy tim hoặc phù phổi cấp cần phải dùng thuốc lợi tiểu như furosemide 0,5 - 1mg/kg cân nặng/lần (tĩnh mạch). Trong trường hợp sau khi sốc hồi phục mà huyết áp kẹt nhưng chi ấm mạch chậm, rõ, tiêu nhiều thì không truyền dịch, nhưng vẫn lưu kim tĩnh mạch, theo dõi tại phòng cấp cứu.

**\* Tiêu chuẩn ngưng truyền dịch**

+ Lâm sàng ổn định, chi ấm, mạch rõ, HA ổn định, tiêu khá.

+ Hct ổn định.

+ Thời điểm ngưng truyền dịch thường 24 giờ sau khi hết sốc và bệnh nhân có các dấu hiệu của giai đoạn hồi phục, thường là sau ngày 6 - 7. Tổng dịch truyền thường 120 - 150ml/kg trong trường hợp sốc SXHD. Trường hợp sốc SXHD nặng, thời gian truyền dịch và thể tích dịch truyền có thể nhiều hơn.

+ Ngưng dịch truyền khi có dấu hiệu quá tải hoặc dọa phù phổi.

- Đối với người bệnh đến trong tình trạng sốc, đã được chống sốc từ tuyến trước thì điều trị như một trường hợp không cải thiện (tái sốc), cần lưu ý đến số lượng dịch đã được truyền từ tuyến trước để tính toán lượng dịch sắp đưa vào.

- Nếu diễn tiến không thuận lợi, nên tiến hành:

- + Đo CVP để bù dịch theo CVP hoặc dùng vận mạch nếu CVP cao.
- + Theo dõi sát mạch, huyết áp, nhịp thở, da, niêm mạc, tìm xuất huyết nội để chỉ định truyền máu kịp thời.
- + Thận trọng khi tiến hành thủ thuật tại các vị trí khó cầm máu như tĩnh mạch cổ, tĩnh mạch dưới đòn, động mạch bẹn, đùi.
- Nếu huyết áp kẹt, nhất là sau một thời gian đã trở lại bình thường cần phân biệt các nguyên nhân sau:
  - + Hạ đường huyết.
  - + Tái sốc do không bù đắp đủ lượng dịch tiếp tục thoát mạch.
  - + Xuất huyết nội.
  - + Quá tải do truyền dịch hoặc do tái hấp thu.
- Khi điều trị sốc, cần phải chú ý đến điều chỉnh rối loạn điện giải và thăng bằng kiềm toan: hạ natri máu thường xảy ra ở hầu hết các trường hợp sốc nặng kéo dài và đôi khi có toan chuyển hoá. Do đó cần phải xác định mức độ rối loạn điện giải và nếu có điều kiện thì đo các khí trong máu ở người bệnh sốc nặng và người bệnh sốc không đáp ứng nhanh chóng với điều trị.

### **C.1.3. Điều trị xuất huyết nặng**

- Nhịn ăn uống.
- Tránh đặt sonde dạ dày ngoại trừ xuất huyết tiêu hóa ở ạt thì nên đặt qua đường miệng.
- Vitamine K1 tĩnh mạch liều 1mg/kg/ngày, tối đa 20mg/ngày.
- Omeprazole 1 mg/kg truyền tĩnh mạch hoặc các thuốc ức chế bơm Proton khác (PPI): Pantoprazol, Esomeprazol nếu nghi viêm loét dạ dày.
- Truyền máu và chế phẩm máu.

#### **a) Truyền máu**

- Khi người bệnh có sốc nghi mất máu cần phải tiến hành xác định nhóm máu để truyền máu khi cần.
- Chỉ định truyền máu.
  - + Hct  $\leq$  35% kèm sốc thất bại hoặc đáp ứng kém với bù dịch  $\geq$  40ml/kg.
  - + Hct giảm nhanh  $>$  20% kèm sốc thất bại hoặc đáp ứng kém với bù dịch.
  - + Hct  $\leq$  40% kèm đang xuất huyết ở ạt.
- Truyền hồng cầu lắng hoặc máu toàn phần trong đó ưu tiên hồng cầu lắng.
  - + Hồng cầu lắng 5 - 10ml/kg, hoặc
  - + Máu toàn phần (mới lấy  $<$  7 ngày) 10 - 20ml/kg.

#### **b) Truyền huyết tương tươi đông lạnh**

- Chỉ định truyền huyết tương tươi đông lạnh: rối loạn đông máu nặng (PT > 2 lần bình thường hoặc INR > 1,5) kèm ít nhất 1 tiêu chuẩn:

+ Đang xuất huyết nặng.

+ Có chỉ định chọc màng phổi, màng bụng.

+ Truyền máu khối lượng lớn ( $\geq 1/2$  thể tích máu).

- Liều: 10 - 20ml/kg/2 - 4 giờ.

c) Truyền kết tủa lạnh

- Chỉ định truyền kết tủa lạnh: đang xuất huyết nặng kèm Fibrinogen < 1 g/L.

- Liều: 1 túi/6kg (1 túi chứa 150mg Fibrinogen).

d) Truyền tiểu cầu

- Chỉ định truyền tiểu cầu:

+ Tiểu cầu < 5.000/mm<sup>3</sup> (xem xét tùy từng trường hợp).

+ Tiểu cầu < 50.000/mm<sup>3</sup> kèm đang xuất huyết nặng hoặc có chỉ định chọc màng phổi, màng bụng.

- Liều: 1 đơn vị tiểu cầu đậm đặc/5kg hoặc 1 đơn vị tiểu cầu chiết tách/10kg truyền trong 1 - 2 giờ.

#### **C.1.4. Điều trị toan chuyển hóa, hạ đường huyết, hạ Calci huyết, hạ Natri máu.**

- Toan chuyển hóa (pH < 7,35 và/hoặc HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> < 17): Natri bicarbonate 4,2% 2ml/kg tĩnh mạch chậm.

- Hạ đường huyết (đường huyết < 40mg/dl): Dextrose 30% 1 - 2ml/kg tĩnh mạch chậm.

- Hạ Calci huyết (Calci ion hóa < 1mmol/L): Calci clorua 10% 0,1 - 0,2 ml/kg (tối đa 2 - 5ml/liều), pha loãng trong Dextrose 5% 10 - 20ml tĩnh mạch chậm 5 -10 phút.

- Hạ Natri máu nặng kèm rối loạn tri giác (Natri máu < 125mEq/l): Natri clorua 3% 4ml/kg truyền tĩnh mạch trong 30 phút, lặp lại khi cần.

#### **C.1.5. Điều trị suy tạng nặng**

a) Tổn thương gan, suy gan cấp

\* Phân độ tổn thương gan cấp trong SXHD.

+ (1) Nhẹ: AST, ALT 120 - < 400U/L.

+ (2) Trung bình: AST, ALT 400 - < 1000U/L.

+ (3) Nặng hoặc suy gan cấp: AST, ALT  $\geq 1000$ U/L, có hoặc không có bệnh lý não gan.

\* Điều trị tổn thương gan cấp trung bình

- Nhập viện điều trị.
  - Tránh dùng các thuốc hại gan.
  - Truyền dịch nếu có chỉ định.
  - + Tránh dùng dung dịch Ringer lactate, paracetamol trong trường hợp tổn thương gan mức độ trung bình, nặng.
  - + Dung dịch được chọn: NaCl 0,9% hoặc Ringer acetate, Dextrosaline. Hạn chế dùng dung dịch HES.
  - \* Điều trị tổn thương gan nặng, suy gan cấp. Điều trị tương tự tổn thương gan trung bình kèm
    - Hỗ trợ hô hấp khi cần.
    - Điều trị hạ đường huyết nếu có.
    - Hạn chế dịch 2/3 - 3/4 nhu cầu.
    - Điều trị rối loạn điện giải nếu có.
    - Vitamin K1 1mg/kg tĩnh mạch chậm, tối đa 20mg/ngày.
    - Điều trị rối loạn đông máu: truyền huyết tương đông lạnh.
    - Kháng sinh khi nghi ngờ nhiễm khuẩn.
  - \* Trong bệnh lý não gan.
    - Xem xét truyền tĩnh mạch N Acetyl Cystein khi suy gan cấp nếu có điều kiện.
  - + Tấn công: 150mg/kg truyền tĩnh mạch (TTM) trong 1 giờ.
  - + Duy trì: 50mg/kg TTM trong 4 giờ, sau đó 100mg/kg TTM trong 16 giờ. Sau đó tiếp tục TTM 6,25mg/kg/giờ trong 48 - 72 giờ.
  - Lactulose.
  - Thụt tháo.
  - Lọc máu liên tục CVVHDF khi suy đa cơ quan hoặc thất bại điều trị nội khoa.
  - Thay huyết tương, ưu tiên thể tích cao, khi thất bại với lọc máu liên tục hoặc tổn thương gan nặng, diễn tiến nhanh.
  - Điều trị tăng áp lực nội sọ (nếu có): Mannitol 20% liều 0,5g/kg/lần TTM nhanh 30 phút, lặp lại mỗi 8 giờ, có thể phối hợp xen kẽ Natri chlorua 3% 4ml/kg/30 phút, lặp lại mỗi 8 giờ.
  - \* Lưu ý: điều trị hỗ trợ tổn thương gan cần lưu ý chống sốc tích cực nếu có, hô hấp hỗ trợ sớm nếu sốc không cải thiện, theo dõi điện giải đồ, đường huyết nhanh, khí máu động mạch, amoniac máu, lactate máu, đông máu toàn bộ mỗi 4 - 6 giờ để điều chỉnh kịp thời các bất thường nếu có.
- b) Tổn thương thận cấp.
- Chẩn đoán tổn thương thận cấp:

- + Tiêu ít < 0,5ml/kg/giờ, và
- + Creatinine máu tăng  $\geq 1,5 - 2$  lần trị số bình thường hoặc độ thanh thải Creatinine (eCrCl) giảm  $\geq 50\%$ .
- Điều trị:
  - + Chống sốc: dịch truyền, vận mạch, hạn chế dùng HES, xem xét chỉ định dùng Albumin.
  - + Điều trị bảo tồn tổn thương thận: hạn chế dịch nhập, tránh thuốc tổn thương thận.
  - + Theo dõi cân nặng và cân bằng dịch xuất - nhập.
  - + Xem xét chọc dẫn lưu ổ bụng khi có tăng áp lực ổ bụng nặng (áp lực bàng quang > 27 cmH<sub>2</sub>O).
  - + Thận nhân tạo (lọc máu chu kỳ) khi suy thận cấp kèm quá tải hoặc hội chứng ure huyết, toan chuyển hóa nặng, tăng kali máu thất bại điều trị nội khoa ở bệnh nhân huyết động ổn định.
  - + Lọc máu liên tục khi suy thận cấp hoặc tổn thương đa cơ quan ở bệnh nhân huyết động không ổn định.
- c) Sốt xuất huyết Dengue thể não.
  - Chẩn đoán: rối loạn tri giác, co giật hoặc có dấu thần kinh khu trú, loại trừ các nguyên nhân khác: hạ đường huyết, rối loạn điện giải, kiềm toan, giảm oxy máu nặng, xuất huyết não, màng não, viêm não, màng não do nguyên nhân khác.
  - Điều trị:
    - + Đầu cao 30°.
    - + Thở oxy.
    - + Chống co giật (nếu có): Diazepam 0,2mg/kg tĩnh mạch chậm, có thể bơm qua đường hậu môn 0,5mg/kg khi không tiêm tĩnh mạch được. Nếu không hiệu quả lặp lại liều thứ 2 sau 10 phút, tối đa 3 liều. Nếu thất bại thêm Phenobarbital 10 - 20mg/kg TTM trong 15 - 30 phút.
    - + Điều trị hạ đường huyết (nếu có): Dextrose 30% 1 - 2ml/kg (trẻ < 1 tuổi Dextrose 10% 2ml/kg).
    - + Điều chỉnh rối loạn điện giải - toan kiềm.
    - + Chống phù não, chỉ định khi lâm sàng bệnh nhân có dấu hiệu tăng áp lực nội sọ: phản xạ mắt búp bê, dấu hiệu mất vỏ (tay co chân duỗi) hoặc mất não (duỗi tứ chi), đồng tử giãn một hoặc hai bên, phù gai thị, thở Cheynes- Stokes hay cơn ngừng thở hoặc tam chứng Cushing (mạch chậm, huyết áp cao, nhịp thở bất thường).
    - Điều trị tăng áp lực nội sọ: Mannitol 20% liều 0,5g/kg/lần TTM nhanh 30 phút, lặp lại mỗi 8 giờ, có thể phối hợp xen kẽ Natri chlorua 3% 4ml/kg/30 phút, lặp lại mỗi 8 giờ.

- + Đặt nội khí quản thở máy: tăng thông khí giữ PaCO<sub>2</sub> 30 - 35mmHg.
- + Thuốc hạ nhiệt đặt hậu môn paracetamol 10 - 15mg/kg/lần, ngày 4 lần nếu có sốt.

d) Viêm cơ tim, suy tim.

- Đo CVP để đánh giá thể tích tuần hoàn.
- Xét nghiệm: X-quang ngực, đo điện tâm đồ, siêu âm tim, điện giải đồ.
- Điều trị: vận mạch noradrenalin, dobutamin, dopamine, adrenalin, milrinon. Xem xét chỉ định ECMO.

### **C.1.6. Dư dịch**

a) Chẩn đoán: khám lâm sàng tìm dấu hiệu

- Dư dịch ngoài lòng mạch: phù nhẹ mi mắt, mặt, chi, bụng báng, không phù phổi.
- Dư dịch trong và ngoài lòng mạch kèm quá tải dịch, hoặc phù phổi: phù nhẹ mi mắt, mặt, chi, bụng báng to, thở nhanh, tĩnh mạch cổ nổi, gan to, có thể kèm phù phổi: khó thở, ran rít, trào bọt hồng, phổi có ran ẩm, nổ, nhịp tim Gallop.
- X-quang phổi, đo và theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm.

b) Điều trị

\* Dư dịch, không phù phổi, kèm sóc N4 - N5.

- Hct cao: truyền cao phân tử hoặc Albumine 5% 10ml/kg/1-2 giờ.
- Hct bình thường hoặc thấp: truyền máu, hồng cầu lắng 5ml/kg/1 giờ.

\* Quá tải dịch, không phù phổi kèm huyết động học bình thường và Hct bình thường hoặc thấp ở ngày tái hấp thu (N6 - N7).

- Thường do Hct bị pha loãng do tái hấp thu.
- Giảm tốc độ dịch truyền.
- Nằm đầu cao thở NCPAP hoặc thở máy không xâm lấn.
- Sử dụng vận mạch dopamine hoặc dobutamine.
- Xem xét furosemide vào N7 của bệnh, liều thấp 0,5mg/kg tĩnh mạch chậm sau đó xem xét truyền furosemide liên tục.
- Theo dõi sát, xem xét ngưng dịch.

\* Phù phổi

- Ngưng dịch.
- Nằm đầu cao thở NCPAP hoặc thở máy không xâm lấn hoặc xâm lấn.
- Dobutamine 5 - 10µg/kg/phút.
- Furosemide 0,5 - 1mg/kg tĩnh mạch chậm lặp lại sau 1 giờ khi cần và tình trạng huyết động cho phép.

\* *Lưu ý:*

Khi có tràn dịch màng bụng, màng phổi gây khó thở, SpO<sub>2</sub> giảm xuống dưới 92%, nên cho người bệnh thở NCPAP trước. Nếu không cải thiện mới xem xét chỉ định chọc hút để giảm bớt dịch màng bụng, màng phổi.

## **C.2. Điều trị sốt xuất huyết Dengue nặng người lớn**

Người bệnh phải được nhập viện điều trị cấp cứu.

### **C.2.1. Điều trị sốc sốt xuất huyết Dengue**

C.2.1.1. Thở oxy qua gọng mũi 1 - 6 lít/phút khi SpO<sub>2</sub> < 95%.

C.2.1.2. Bù dịch nhanh theo phác đồ.

**Phụ lục 16.1:** Sơ đồ truyền dịch trong sốc sốt xuất huyết Dengue ở người lớn.

Trong 1 giờ đầu, phải thay thế nhanh chóng lượng huyết tương mất đi bằng Ringer lactate hoặc NaCl 0,9% 15ml/kg/giờ sau đó đánh giá lại lâm sàng, Hct.

a) Nếu cải thiện lâm sàng (mạch giảm, HA bình thường, hiệu áp > 20 mmHg)

Tiếp tục truyền Ringer lactate hoặc NaCl 0,9% tốc độ 10ml/kg/giờ x 2 giờ. Nếu người bệnh cải thiện lâm sàng và hematocrit giảm, giảm tốc độ Ringer lactate hoặc NaCl 0,9% 6ml/kg/giờ trong 2 giờ, sau đó 3ml/kg/giờ trong 5 - 7 giờ, sau đó 1,5ml/kg/giờ trong 12 giờ. Ngưng dịch truyền nếu lâm sàng ổn định.

b) Nếu không cải thiện lâm sàng (mạch nhanh, nhẹ, HA còn tụt, hiệu áp < 20 mmHg)

b.1) Nếu hematocrit giảm > 20% hematocrit lúc vào sốc, hoặc hematocrit < 35%: xử trí như xuất huyết nặng: xem **Phụ lục 17:** Hướng dẫn xử trí sốc SXHD thể xuất huyết nặng và chỉ định truyền máu, chế phẩm máu.

b.2) Nếu hematocrit tăng, không đổi, hoặc giảm < 20% hematocrit lúc vào sốc: chuyển sang truyền cao phân tử (CPT) 10 - 15ml/kg/giờ trong 1 giờ: (xem nhánh (\*) **Phụ lục 16.1**).

+ Nếu cải thiện lâm sàng: tiếp tục Ringer lactate hoặc NaCl 0,9% tốc độ 10ml/kg/giờ trong 2 giờ, sau đó 6ml/kg/giờ trong 2 giờ, sau đó 3ml/kg/giờ trong 5 - 7 giờ, sau đó 1,5ml/kg/giờ trong 12 giờ. Đánh giá lâm sàng, hematocrit sau mỗi lần chuyển tốc độ truyền. Xem xét ngưng dịch truyền sau 24 - 48 giờ nếu lâm sàng ổn định.

+ Nếu không cải thiện lâm sàng: đánh giá lại hematocrit như trên, chú ý liều CPT lặp lại lần 2 là 10ml/kg/giờ. Nếu vẫn không cải thiện lâm sàng: xử trí như sốc SXHD không đáp ứng dịch truyền. Xem **Phụ lục 18:** Lưu đồ xử trí sốc SXHD không đáp ứng dịch truyền.

\* *Lưu ý:*

- Tất cả sự thay đổi tốc độ truyền phải dựa vào mạch, huyết áp, lượng bài tiết nước tiểu, tình trạng tim phổi, hematocrit mỗi 1 hoặc 2 giờ một lần và CVP hoặc các chỉ số đánh giá huyết động học khác (nếu có).

- Hematocrit nên ở nam 15 - 40 tuổi là 43%, ở nữ 15 - 40 tuổi là 38%.
- Trong trường hợp tổn thương gan, chống chỉ định sử dụng Ringer lactate chỉ có tính tương đối, ưu tiên dùng Ringer acetate nếu men gan AST, ALT  $\geq$  1000 IU/L.
- Trường hợp tái sốc (tình trạng sốc trở lại sau khi huyết động ổn định hơn 6 giờ) cần được đánh giá hematocrit như trên để xử lý truyền dịch. Tuy nhiên thời gian truyền dịch có thể ngắn hơn tùy vào thời điểm tái sốc, lâm sàng và diễn tiến hematocrit.

**- Cân nặng (CN) chống sốc ở người lớn: xem Phụ lục 9**

a) BMI < 25 kg/m<sup>2</sup>: sử dụng CN thực.

b) BMI  $\geq$  25 kg/m<sup>2</sup>: sử dụng CN hiệu chỉnh.

+ CN lý tưởng (kg)

• Nữ:  $45,5 + 0,91 \times (\text{chiều cao (cm)} - 152,4)$ .

• Nam:  $50,0 + 0,91 \times (\text{chiều cao (cm)} - 152,4)$ .

+ CN hiệu chỉnh = CN lý tưởng +  $0,4 \times (\text{CN thực} - \text{CN lý tưởng})$ .

**C.2.2. Điều trị sốc sốt xuất huyết Dengue nặng**

Trường hợp bệnh nhân nhập viện trong tình trạng sốc nặng (mạch không bắt được (M = 0) và HA không đo được (HA=0)) thì khẩn trương truyền nhanh Ringer lactate hoặc NaCl 0,9% 15ml/kg trong vòng 15 phút, rồi chuyển sang truyền cao phân tử 15ml/kg/giờ trong 1 giờ, sau đó đánh giá lại lâm sàng và Hct.

a) Nếu cải thiện lâm sàng (mạch giảm, HA bình thường, hiệu áp > 20mmHg) thì chuyển sang truyền Ringer lactate hoặc NaCl 0,9% 15ml/kg/giờ x 1 giờ (xem **Phụ lục 16.2**)

b) Nếu không cải thiện lâm sàng thì tiếp tục truyền cao phân tử 15ml/kg/giờ x 1 giờ (xem nhánh (\*) **Phụ lục 16.2**).

**C.2.3. Điều trị tái sốc**

- Sử dụng cao phân tử để chống sốc, liều từ 10 - 15ml/kg/giờ, sau đó: nếu huyết động cải thiện, chuyển sang Ringer lactate hoặc NaCl 0,9% tốc độ 10ml/kg/giờ x 1 giờ, sau đó giảm liều còn 6ml/kg/giờ, sau đó 3ml/kg/giờ, sau đó 1,5ml/kg/giờ. Lưu ý thời gian duy trì các liều trên có thể giảm tùy thuộc vào lâm sàng, diễn tiến Hct và giai đoạn sốc.

- Xem xét truyền phối hợp Albumin khi bệnh nhân có albumin máu  $\leq$  2,5 g/dL kèm một trong các tình huống sau:

+ Sốc SXHD có huyết động không ổn định  $\geq$  6 giờ chống sốc.

+ Sốc SXHD có huyết động không ổn định sau truyền dịch 40 - 60 ml/kg.

+ Sốc SXHD tái sốc  $\geq$  2 lần.



- Sử dụng Albumin truyền tĩnh mạch liều 1 g/kg trong 4 - 6 giờ. Nếu diễn tiến lâm sàng không thuận lợi, cần kiểm tra lại Albumin máu trước khi quyết định truyền thêm Albumin.

### **C.2.4 Điều trị xuất huyết nặng**

a) Các tình huống gợi ý xuất huyết nặng

- Bệnh nhân có xuất huyết lượng lớn hoặc tiến triển kèm huyết động không ổn định.

- Sau khi điều trị chống sốc nhưng huyết động không ổn định kèm hematocrit giảm nhanh (> 20% so với hematocrit lúc vào sốc) hoặc hematocrit < 35%.

- Sốc không cải thiện sau khi truyền dịch 40 - 60ml/kg.

- Hematocrit thấp khi vào sốc.

- Toàn chuyển hóa kéo dài hoặc tiến triển xấu mặc dù huyết áp tâm thu bình thường, đặc biệt khi có đau bụng, chướng bụng.

b) Chỉ định truyền máu, chế phẩm máu: xem **Phụ lục 17**: Hướng dẫn xử trí sốc SXHD thể xuất huyết nặng và chỉ định truyền máu, chế phẩm máu.

### **C.2.5. Điều trị suy tạng nặng**

#### **C.2.5.1. Tổn thương gan nặng, suy gan cấp**

- Theo dõi hỗ trợ hô hấp sớm và chống phù não.

- Tránh dùng các thuốc gây tổn thương gan.

- Điều trị hạ đường huyết, rối loạn điện giải nếu có.

- Điều chỉnh rối loạn đông máu theo chỉ định (xem **Phụ lục 17**).

- Kháng sinh khi nghi ngờ nhiễm khuẩn.

- Điều trị bệnh lý não gan:

+ Lactulose và/hoặc thực tháo.

+ Kháng sinh: metronidazol hoặc rifaximin.

- Xem xét truyền tĩnh mạch N Acetyl Cystein khi bệnh nhân có biểu hiện suy gan cấp, gồm một trong các tình huống sau:

+ Có bệnh cảnh não gan và INR  $\geq$  1,5.

+ MELD score  $\geq$  15.

Sử dụng N Acetyl Cystein liều 100 mg/kg/24 giờ pha trong 1000 ml Glucose 5% hoặc Natriclorid 0,9%, sử dụng 3 - 5 ngày.

\* Lưu ý: phản ứng phản vệ khi sử dụng N Acetyl Cystein, không nên sử dụng N Acetyl Cystein ở phụ nữ có thai hoặc cơ địa thiếu men G6PD.

- Xem xét thay huyết tương và/hoặc điều trị thay thế thận liên tục khi bệnh nhân thất bại điều trị với N Acetyl Cystein sau 24 - 48 giờ (không cải thiện về tri giác

và/hoặc MELD score) hoặc có biểu hiện suy gan cấp kèm một trong các yếu tố như tổn thương thận cấp, Bilirubin toàn phần  $\geq 200 \mu\text{mol/l}$ , INR  $\geq 2,5$ ,  $\text{NH}_3 \geq 150 \text{ mmol/l}$ , lactate máu  $\geq 5$  kèm sốc không đáp ứng hồi sức nội khoa hoặc pH  $< 7.35$  (xem **Phụ lục 26**).

### C.2.5.2. Tổn thương thận cấp

- Chẩn đoán tổn thương thận cấp theo tiêu chuẩn KDIGO 2012: khi có 01 trong các tiêu chuẩn sau:

+ Creatinine máu tăng  $\geq 0,3 \text{ mg\%}$  ( $26,5 \mu\text{mol/L}$ ) trong 48 giờ.

+ Creatinine máu tăng  $\geq 1,5$  lần giá trị nền hoặc trong 07 ngày trước đó.

+ Nước tiểu  $< 0,5 \text{ ml/kg/giờ}$  trong 06 giờ.

- Điều trị:

+ Chống sốc nếu có.

+ Cân bằng dịch xuất - nhập.

+ Tránh thuốc gây tổn thương thận.

+ Xem xét chỉ định điều trị thay thế thận trong các tình huống sau:

- Bệnh nhân có toan chuyển hóa mất bù (pH  $< 7,35$  và  $\text{HCO}_3^- < 17$ ) kèm một trong các yếu tố như Lactate động mạch  $\geq 4 \text{ mmol/l}$ , Lactate động mạch tăng hơn so với trị số trước đó, huyết động không ổn định hoặc tổn thương tạng khác (gan, thận, tim...)

- Bệnh nhân cần truyền dịch, máu và/hoặc chế phẩm máu nhưng có nguy cơ phù phổi cao (tràn dịch đa màng lượng lớn,  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300$  hoặc  $\text{SpO}_2/\text{FiO}_2 \leq 315$ ,  $\text{A-aDO}_2 \geq 250$  hoặc có dấu hiệu suy tim cấp) mà thất bại hoặc không thể điều trị nội khoa (thuốc lợi tiểu, dẫn mạch).

Bệnh nhân tổn thương thận cấp có biến chứng không đáp ứng điều trị nội khoa.

### C.2.5.3. Sốt xuất huyết Dengue thể não

- Chẩn đoán: rối loạn tri giác, co giật hoặc có dấu thần kinh khu trú, loại trừ các nguyên nhân khác: hạ đường huyết, rối loạn điện giải, kiềm toan, giảm oxy máu nặng, xuất huyết não, màng não, viêm não, màng não do nguyên nhân khác.

- Điều trị:

+ Đều cao  $30^\circ$ .

+ Thở oxy nếu có giảm oxy máu.

+ Đặt nội khí quản bảo vệ đường thở các trường hợp mê sâu.

+ Chống co giật (nếu có).

+ Điều trị hạ đường huyết, rối loạn điện giải, kiềm toan (nếu có).

+ Hạ sốt (nếu có).

### C.2.5.4. Viêm cơ tim, suy tim

- Chẩn đoán: đau ngực, khó thở, tim nhanh, sốc, tăng men tim, thay đổi điện tâm đồ, hình ảnh học (siêu âm, X-quang).

- Điều trị:

+ Theo dõi và hỗ trợ hô hấp sớm.

+ Đo CVP hoặc các biện pháp đánh giá huyết động khác để hỗ trợ điều chỉnh huyết động nếu có rối loạn.

+ Sử dụng vận mạch noradrenalin, dobutamin, dopamine, adrenalin.

+ Chú ý điều chỉnh điện giải.

+ Xem xét chỉ định ECMO.

### C.2.6. Điều trị SXHD ở phụ nữ có thai (PNCT)

#### 1. Đặc điểm SXHD ở PNCT so với phụ nữ không mang thai

- Thay đổi sinh lý 3 tháng cuối: mạch nhanh (tăng 10 - 15 lần/phút), HA thấp (HA tâm thu giảm 5 - 10 mmHg), tăng cân nhanh và Hct giảm.

- Thường diễn biến nặng hơn, nhiều biến chứng, sinh non, nhẹ cân, nhất là xuất huyết khi sinh và sau sinh.

- Biến chứng xuất huyết nặng thường gặp khi sinh hoặc phẫu thuật ở giai đoạn nguy hiểm từ ngày 3 đến ngày 6 do giảm tiểu cầu.

- SXHD không phải là lý do chấm dứt thai kỳ.

- Trẻ sơ sinh có thể mắc SXHD do mẹ lây truyền.

\* *Lưu ý:* dung tích hồng cầu thay đổi sinh lý như sau

3 tháng đầu	3 tháng giữa	3 tháng cuối
31 - 41%	30 - 39%	28 - 40%

#### 2. Điều trị SXHD ở PNCT

Mức độ	Điều trị
<b>SXHD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tương tự phụ nữ không mang thai.</li> <li>- Nhập bệnh viện Sản, Sản Nhi hoặc bệnh viện đa khoa.</li> <li>- Xét nghiệm công thức máu và Hct ở ngày 1 hoặc ngày 2 để phát hiện sớm biểu hiện cô đặc máu (nghi SXHD nếu tiểu cầu giảm kèm Hct tăng &gt;10%).</li> <li>- Hct tăng khi &gt; 38 - 40% (nếu không có Hct nền ở N1/N2).</li> </ul>
<b>SXHD cảnh báo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tương tự phụ nữ không mang thai.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nhập bệnh viện Sản, Sản Nhi hoặc bệnh viện đa khoa.</li> <li>- Đau bụng cần phân biệt với đau bụng do chuyển dạ. Tránh chuyển dạ hoặc can thiệp phẫu thuật trong giai đoạn này.</li> <li>- Do mang thai nên khó phát hiện tràn dịch màng bụng.</li> </ul>
<b>Sốc SXHD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nhập viện cấp cứu tại bệnh viện Sản, Sản Nhi hoặc bệnh viện đa khoa.</li> <li>- Hội chẩn chuyên gia SXHD.</li> <li>- Truyền dịch chống sốc tương tự phụ nữ không mang thai.</li> <li>- Tính cân nặng khi truyền dịch: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Đối với PNCT 3 tháng đầu và 3 tháng giữa: sử dụng CN chống sốc như người lớn bình thường.</li> <li>▪ Đối với PNCT 3 tháng cuối: sử dụng CN hiệu chỉnh để chống sốc (với CN thực là CN tại thời điểm nhập viện).</li> </ul> </li> <li>- Cần chẩn đoán phân biệt tình trạng giảm tiểu cầu với các bệnh lý khác liên quan đến sản khoa như hội chứng HELLP, bệnh gan thoái hóa mỡ cấp, nhiễm trùng ...</li> <li>- Theo dõi sát tim thai.</li> </ul>
<b>Xuất huyết nặng</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nhập viện cấp cứu tại bệnh viện Sản, Sản Nhi hoặc bệnh viện đa khoa.</li> <li>- Hội chẩn chuyên gia SXHD.</li> <li>- Truyền máu và chế phẩm máu tương tự phụ nữ không mang thai.</li> <li>- Mục tiêu duy trì Hct <math>\geq 35\%</math>.</li> <li>- Cần loại trừ các bệnh lý của sản khoa gây xuất huyết như nhau bong non, nhau tiền đạo, nhau cài răng lược, thai ngoài tử cung vỡ, vỡ tử cung, vỡ mạch máu bất thường ...</li> </ul>

### 3. Can thiệp sản khoa

+ Nếu có chỉ định bắt buộc cần chấm dứt thai kì thì có thể cân nhắc trong giai đoạn đầu của bệnh ( $\leq 3$  ngày đầu) khi tiểu cầu  $\geq 130.000/\text{mm}^3$ .

+ Trong giai đoạn nguy hiểm:

- Tránh khởi phát chuyển dạ hoặc mổ lấy thai. Tốt nhất là nên trì hoãn cho đến giai đoạn hồi phục bằng thuốc cắt cơn co tử cung (nếu không có chống chỉ định sản khoa).

- Khi tính mạng mẹ bị đe dọa cần hội chẩn đa chuyên khoa để đưa ra quyết định chấm dứt thai kỳ.

- Nếu có chỉ định do thai cần hội chẩn đa chuyên khoa để đưa ra quyết định có can thiệp hay không.

+ Nếu có dấu hiệu chuyển dạ cần:

- Dự trữ máu, truyền máu khi có chỉ định.

- Truyền tiểu cầu đậm đặc trong vòng 6 giờ trước khi chuyển dạ và trong khi sinh, duy trì số lượng tiểu cầu  $> 50.000/\text{mm}^3$  nếu sinh đường âm đạo và  $> 75.000/\text{mm}^3$  nếu mổ lấy thai.

+ Nếu thai lưu:

- Cần loại trừ các bệnh lý không thể trì hoãn khởi phát chuyển dạ như tiền sản giật, sản giật, hội chứng HELLP, nhiễm trùng, xuất huyết do nguyên nhân sản khoa.

- Có thể trì hoãn chấm dứt thai kỳ  $\geq 1$  tuần nếu tổng trạng sản phụ tốt, ối còn, không kèm các nguyên nhân trên. Lưu ý, nếu trì hoãn chấm dứt thai kỳ  $> 48$  giờ, cần xét nghiệm đông máu  $\geq 2$  lần/tuần.

#### 4. Trẻ sinh từ mẹ bị SXHD

- Trẻ sinh từ mẹ SXHD có thể mắc SXHD ngay do mẹ lây truyền trước hoặc khi sinh (tỷ lệ khoảng 6%). Trẻ cần được xét nghiệm công thức máu và huyết thanh chẩn đoán.

- Phần lớn SXHD ở trẻ sơ sinh là thể bệnh nhẹ, sốt thường xuất hiện sớm từ ngày 1 đến ngày 6 sau sinh), vì thế trẻ cần được theo dõi sát trong những ngày đầu tiên.

- Tiếp tục cho bú mẹ.

- Chuyển khoa sơ sinh khi trẻ có dấu hiệu nặng, suy hô hấp.

#### C.2.7. Can thiệp ngoại khoa

Đối với các tình huống ngoại khoa, cần hội chẩn bác sĩ chuyên khoa ngoại và truyền tiểu cầu đậm đặc trong vòng 6 giờ trước và trong khi can thiệp ngoại khoa với mục tiêu số lượng tiểu cầu  $> 75.000/\text{mm}^3$ .

#### D. Các vấn đề khác

1. Nuôi dưỡng người bệnh sốt xuất huyết Dengue theo **Phụ lục 19**. Nuôi dưỡng người bệnh sốt xuất huyết Dengue.

2. Chăm sóc và theo dõi người bệnh sốt

- Giữ ấm.

- Khi đang có sốt cần theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở từ 15 - 30 phút/lần (ở trẻ em); 30 - 60 phút/lần ở người lớn.

- Đo hematocrit sau 1 giờ bù dịch chống sốt và sau đó mỗi 1 - 2 giờ 1 lần, trong 6 giờ đầu của sốt. Sau đó 4 giờ 1 lần cho đến khi sốt ổn định.

- Ghi nhận lượng nước xuất và nhập trong 24 giờ.

- Đo lượng nước tiểu.

- Theo dõi tình trạng thoát dịch vào màng bụng, màng phổi, màng tim.
- Xét nghiệm lactate máu, đường huyết, điện giải đồ.
- Xét nghiệm khí máu động mạch khi có suy hô hấp, tái sốc, sốc kéo dài, tổn thương gan nặng/suy gan.

**Phụ lục 20:** Các dấu hiệu cần theo dõi khi hồi sức sốc SXHD.

### 3. Tiêu chuẩn cho người bệnh xuất viện

- Hết sốt ít nhất 2 ngày.
- Tỉnh táo.
- Ăn uống được.
- Mạch, huyết áp bình thường.
- Không khó thở hoặc suy hô hấp do tràn dịch màng bụng hay màng phổi.
- Không xuất huyết tiến triển.
- AST, ALT < 400 U/L.
- Hct trở về bình thường và số lượng tiểu cầu khuynh hướng hồi phục > 50.000/mm<sup>3</sup>.

**Phụ lục 21:** Phát hiện và xử trí SXHD ở tuyến cơ sở khi có dịch.

**Phụ lục 22:** Hướng dẫn chăm sóc SXHD trẻ em (<16 tuổi).

**Phụ lục 23:** Hướng dẫn chăm sóc SXHD người lớn (≥ 16 tuổi).

**Phụ lục 24:** Lưu ý một số quy trình kỹ thuật trong chăm sóc SXHD.

**Phụ lục 25:** Hướng dẫn tư vấn bà mẹ về sốt xuất huyết Dengue

### 4. Phòng bệnh

- Thực hiện công tác giám sát, phòng chống sốt xuất huyết Dengue theo quy định của Bộ Y tế.
- Vắc xin phòng bệnh đang tiếp tục được đánh giá.
- Biện pháp phòng bệnh chủ yếu là kiểm soát côn trùng trung gian truyền bệnh như tránh muỗi đốt, diệt bọ gậy (loăng quăng), diệt muỗi trưởng thành, vệ sinh môi trường loại bỏ ổ chứa nước đọng.

### 3. KHÁM BỘ MÁY TIÊU HOÁ

#### 1. Triệu chứng cơ năng

- Đau bụng: Hỏi vị trí đau, đặc điểm đau, cường độ đau, hướng lan...
- Nôn, buồn nôn.
- Rối loạn về sự thèm ăn: Đầy bụng, khó tiêu, sợ mỡ...
- Rối loạn đại tiện: Táo bón, ỉa lỏng...

#### 2. Khám thực thể

Trong quá trình khám lâm sàng bộ máy tiêu hoá ta có thể chia ra :

- Phần tiêu hoá trên có: Miệng, họng, thực quản.
- Phần tiêu hoá giữa gồm có: Dạ dày, ruột non, đại tràng, gan, mật và tụy tạng: tất cả đều nằm trong ổ bụng, đòi hỏi một phương pháp thăm khám chung, khám bụng.
- Phần tiêu hoá dưới gồm có: Hậu môn và trực tràng.

##### 2.1. Khám phần tiêu hoá trên .

- *Khám môi:*

Bình thường: Môi màu hồng , mềm mại, cân đối.

Bệnh lý: Môi tím trong suy tim, suy hô hấp (hen, giãn phế nang...). Môi nhợt trong bệnh thiếu máu.

- *Khám lưỡi:*

Bình thường: Lưỡi màu hồng, hơi ướt, các gai lưỡi rõ.

Bệnh lý thấy:

- + Trắng bản hoặc đỏ và khô trong những bệnh nhiễm khuẩn.
- + Vàng (nhất là mặt dưới lưỡi) trong những bệnh gây vàng da.
- + Nhợt nhạt, mất gai lưỡi trong thiếu máu.

##### 2.2. Khám tiêu hoá giữa (khám bụng)

\* *Nguyên tắc:*

- Phải khám thật nhẹ nhàng từ nông tới sâu, chỗ lạnh trước, chỗ đau sau.
- Phải đặt sát cả hai bàn tay vào thành bụng, không nên chỉ dùng năm đầu ngón tay.
- Phải khám nơi đủ ánh sáng, trời lạnh phải khám trong buồng ấm. Xoa tay trước khi khám, giải thích cho người bệnh yên tâm.

\* *Tư thế của bệnh nhân và thầy thuốc.*

- Bệnh nhân nằm ngửa, hai tay duỗi thẳng chân co, miệng há thở đều và sâu

đẻ thành bụng được mềm, cởi áo hoặc vén áo lên ngực, nới bớt rút quần.

- Thầy thuốc ngồi bên phải ngang hông bệnh nhân.

### 2.2.1. Nhìn

\* *Bình thường*: Bụng thon đều, thành bụng ngang với xương ức, cử động nhịp nhàng theo nhịp thở, rốn lõm. Người béo hay phụ nữ đẻ nhiều bụng bè ra, ở người phụ nữ đã đẻ trên da bụng có vết rạn da.

\* *Bệnh lý*:

- Những thay đổi về hình thái:
  - + Bụng lõm hình lòng thuyền do suy mòn, trong lao màng bụng.
  - + Bụng căng phình: Do chướng hơi, do có khối u, do có dịch (khi nằm bụng bè ra, lúc đứng bụng xệ xuống).
- Những thay đổi về cử động của thành bụng: Thành bụng co cứng không cử động theo nhịp thở, dấu hiệu rắn bò...

### 2.2.2. Sờ nắn:

- Dùng hai bàn tay áp sát thành bụng, day theo một vòng theo chiều ngược kim đồng hồ, bảo bệnh nhân hít sâu và thở đều.
- Sờ các cơ quan trong ổ bụng như gan, lách, các khối u, mô tả vị trí, hình dạng, kích thước, mật độ, di động hay không, đau hay không đau.

\* *Bình thường*:

Thành bụng mềm mại, không đau, không sờ thấy lách, thận, gan, không sờ thấy u hoặc cục bất thường ở bụng, ấn vào các điểm đặc biệt không đau.

\* *Bệnh lý*

- Những thay đổi ở thành bụng:
  - + Thành bụng phù nề: Khám thấy dày và ấn vào có vết lõm.
  - + Thành bụng căng: Có nước hoặc có hơi.
  - + Thành bụng co cứng và có phản ứng: Khi ấn vào thì thành bụng co lại, đồng thời người bệnh kêu đau, gạt tay ta ra không cho khám. Gặp trong viêm màng bụng do bất cứ nguyên nhân gì (thủng dạ dày, thủng ruột thừa).
- Những điểm đau cần chú ý
  - + Điểm đau túi mật: Chỗ bờ ngoài cơ thẳng to phải gặp bờ sườn bên phải.
  - + Điểm đau Mac Burney: Điểm chia 1/3 ngoài và 2/3 trong của đường giữa rốn và gai chậu trước trên bên phải. Đau khi viêm ruột thừa.
  - + Điểm cạnh ức phải cách điểm mũi ức 2cm về phía bên phải, thường gặp đau trong giun chui ống mật

### 2.2.3. Gõ:



Bệnh nhân nằm ngửa, nghiêng phải hoặc nghiêng trái, Thầy thuốc ấn tay trái vào bụng, chỉ có ngón giữa là tiếp xúc với bụng. Gõ vào khoảng gian đốt giữa của ngón bằng ngón giữa bàn tay phải. Khi gõ, chỉ sử dụng lực cổ tay..

\* *Bình thường*: Gõ bụng trong đều, vùng gan đục, vùng túi hơi dạ dày vang (khoảng traube):

\* *Bệnh lý*:

- Gõ vang toàn bộ: Bụng chướng hơi.
- Gõ vùng đục trước gan mất: Thủng dạ dày, thủng ruột.
- Gõ đục toàn bộ hay đục ở vùng thấp: Bụng có nước.

#### **2.2.4. Nghe.**

Trong hợp môn vị: Lắc người bệnh vào lúc sáng sớm lúc đói nghe thấy tiếng óc ách của dạ dày.

Dùng ống nghe dọc theo đường đi của động mạch, tĩnh mạch trong bụng: Nghe thấy tiếng thổi trong trường hợp hẹp hoặc viêm tắc động mạch chủ, động mạch thận...(nghe cả phía trước và phía sau)

### **2.3. Khám tiêu hoá dưới (thăm trực tràng)**

- Tư thế bệnh nhân:

+ Nằm phủ phục

+ Hoặc nằm ngửa hai chân co và dạng rộng (tư thế sản khoa) thầy thuốc đứng bên phải bệnh nhân.

+ Hoặc nằm nghiêng chân dưới duỗi, chân trên co, thầy thuốc dùng ngón tay trở có bao cao su thấm sâu nhờn (dầu Parafin) cho trơn, đưa nhẹ nhàng và từ từ vào hậu môn người bệnh, thăm sự chứa đựng bên trong trực tràng, tình trạng niêm mạc và thành trước, sau và hai bên trực tràng.

- Bình thường:

+ Trực tràng rộng, không đau khi ấn vào các túi cùng màng bụng (túi cùng Dougl), niêm mạc mềm mại trơn, khi rút tay ra không có máu và mủ theo ra.

+ Nam giới ở phía trước, ta sờ thấy tuyến tiền liệt nhỏ, bằng hạt đào mật độ hơi chắc và không đau.

- Bệnh lý: Khi thăm trực tràng bệnh nhân đau (tiếng kêu Dougl), có máu hoặc mủ theo tay; sờ thấy tuyến tiền liệt to, bệnh nhân đau.

### **3. Các phương pháp cận lâm sàng.**

- Xét nghiệm máu: Thăm dò chức năng gan

- Chụp Xquang: dạ dày, đại tràng, chụp gan...

- Siêu âm: Gan, túi mật...

- Nội soi: Dạ dày, tá tràng, đại tràng, trực tràng...

## 4. THĂM KHÁM BỘ MÁY TUẦN HOÀN

### 1. Triệu chứng cơ năng

#### 1.1. Đau ngực:

Đau vùng trước tim, đau âm ỉ, có khi đau nhói, đau thắt từng cơn, có thể lan lên vai rồi ra cánh tay.

Các triệu chứng kèm theo đau ngực: Khó thở, vã mồ hôi, choáng váng, xỉu, mệt...

#### 1.2. Khó thở:

Là trạng thái người bệnh cảm thấy không thoải mái, không dễ dàng trong động tác hô hấp. Có 3 giai đoạn khó thở:

- Khó thở khi gắng sức: Bệnh nhân không thấy khó chịu, chỉ khi gắng sức mới khó thở: Mang vác nặng, lên cầu thang...khó thở càng rõ khi cố gắng càng nhiều.

- Khó thở thường xuyên: Luôn cảm thấy khó thở, khi nằm càng khó thở, khi ngồi dậy thấy dễ thở hơn. Tư thế bệnh nhân luôn phải ngồi dựa vào tường, vào ghế đờ đờ, có khi nằm phủ phục.

- Khó thở xuất hiện từng cơn: Khi suy tim cấp đưa đến những cơn khó thở đột ngột như:

+ Cơn hen tim: Bệnh nhân như nghẹt thở, thở nhanh nông, tim nhịp nhanh, khám không có dấu hiệu về hen mà có dấu hiệu của suy tim trái.

+ Phù phổi cấp: Khó thở đột ngột, dữ dội, đau tức ngực, phải ngồi dậy đờ đờ, khạc ra nhiều bọt hồng, khám có dấu hiệu suy tim trái

#### 1.3. Hồi hộp trống ngực:

Là cảm giác tim đập mạnh như trống đánh trong lồng ngực hoặc cảm giác tim đập dồn dập trong lồng ngực.

#### 1.4. Phù:

Là do ứ trệ tuần hoàn. Thường bắt đầu ở vùng thấp, phù tăng về chiều, thường phù tím, phù mềm, ấn lõm. Phù có thể giảm khi ăn nhạt, nằm nghỉ, gác cao chân.

#### 1.5. Ho:

Có thể ho khan, ho ra máu: Lượng máu thường ít một khi nghỉ ngơi thường bớt đi.

#### 1.6. Ngất:

Là sự mất tri giác trong một thời gian ngắn đồng thời cũng giảm hoạt động hô hấp và tuần hoàn trong khoảng thời gian đó. Khi khám bệnh nhân thấy:

- Mặt nhợt nhạt, chân tay bất động.
- Thở yếu hoặc ngừng thở.
- Tim đập nhẹ hoặc ngừng đập, mạch không sờ thấy.

Nếu không cấp cứu kịp thời bệnh nhân có thể tử vong

### **1.7. Một số biểu hiện khác:**

- Mệt: Thường do giảm cung lượng tim làm cơ lực giảm sút.
- Đái ít: Thường xảy ra ở người suy tim, dịch ứ trệ gây phù.
- Tê các ngón, đau chi: Do rối loạn chức năng động mạch, làm co thắt mạch máu ở các ngón, nếu đi xa có cảm giác chuột rút ở bắp chân, đau bắp chân phải xoa bóp cho đỡ đau.

## **2. Khám thực thể hệ tuần hoàn**

### **2.1. Khám toàn trạng**

- Thể trạng:
  - + Thể trạng gầy, vè mệt nhọc;
  - + Phù 2 chân hoặc toàn thân.
- Da và niêm mạc: Quan sát thấy tím môi và đầu chi hoặc toàn thân; da lạnh và ẩm;
- Các chi: Móng tay khum, ngón tay dùi trống, phù chi;
- Đo huyết áp động mạch chi

### **2.2. Khám mạch máu**

- Tĩnh mạch: Làm dấu hiệu phản hồi gan - tĩnh mạch cổ: Để bệnh nhân nằm đầu cao chếch một góc  $45^0$ , dùng bàn tay ép vào vùng mạng sườn phải bệnh nhân trong khoảng 30-40 giây. Dấu hiệu dương tính là khi ta ép vào vùng gan, tĩnh mạch cổ giãn to ra và chậm về trạng thái ban đầu khi ta bỏ tay không ép. Gặp trong suy tim phải.

- Động mạch ngoại biên: Cần bắt mạch kiểm tra xem:
  - + Có mạch đập hay không?
  - + Biên độ mạnh hay yếu?
  - + Tần số bao nhiêu lần/phút?
  - + Thành mạch cứng hay mềm?

### **2.3. Khám tim**

- Nhìn:

*Bình thường:* Lồng ngực hai bên cân đối, mỏm tim đập thường ở khoang liên sườn 5 đường giữa đòn trái.

*Bệnh lý:*

+ Lòng ngực trái: Biến dạng, nhô cao trong trường hợp bệnh tim từ nhỏ.

+ Khi tim trái to ra mỏm tim đập ở thấp và ngoài đường giữa đòn trái;

+ Mỏm tim đập mạnh trong hở van động mạch chủ.

- Sờ:

+ Xác định vị trí mỏm tim đập, nếu tim to mỏm tim cũng thay đổi vị trí.

+ Xác định rung miu, nếu có thì ở thì nào, tâm thu hay tâm trương?

- Gõ: Nhằm xác định diện đục của tim.

+ Bình thường bờ phải của diện đục tim không vượt quá bờ phải xương ức 0,5cm, bên trái không vượt quá đường giữa đòn trái.

+ Nếu tim to, diện đục của tim sẽ rộng hơn bình thường hoặc về bên phải hoặc về bên trái hoặc cả 2 bên.

- Nghe tim: Thường nghe ở các vị trí:

1- Liên sườn II cạnh ức phải: Ô nghe van động mạch chủ.

2- Liên sườn II cạnh ức trái: Ô nghe van động mạch phổi.

3- Liên sườn III cạnh ức trái: Ô van động mạch chủ phụ.

4- Cạnh mũi ức bên trái: Ô nghe van ba lá.

5- Mỏm tim: Ô nghe van hai lá. Mỏm tim còn là nơi để xác định chính xác tần số tim.

*Những điểm cần ghi nhận khi nghe tim:*

+ Có tiếng tim ( $T_1$ ,  $T_2$ ) đập không? Cường độ mạnh (rõ) hay yếu (mờ)?

+ Đếm tần số? Phát hiện tần số tim bất thường như chậm dưới 60 lần/phút, hoặc nhanh trên 100 lần phút?

+ Nhịp tim đều hay không đều? Bình thường khoảng thời gian giữa các tiếng tim tương đối đều nhau.

+ Những tiếng bất thường: Loạn nhịp hoàn toàn, tiếng ngựa phi, các tiếng thổi (cần xác định là thổi ở thì nào tâm thu hay tâm trương? vị trí nghe thấy âm thổi? cường độ âm thổi? hướng lan?). Tiếng thổi chia 2 loại:

Tiếng thổi thực tổn: Các van tim bị hở hoặc hẹp (hở van hai lá, hở van động mạch chủ...)

Tiếng thổi chức năng: Do các lỗ van rộng ra mà không có tổn thương, do tim dẫn ra (thiếu máu)

**3. Khám cận lâm sàng**

- Chụp Xquang tim - phổi (thẳng - nghiêng)

- Điện tâm đồ.

- Siêu âm tim
- Phương pháp thông tim huyết động.

## 5. THĂM KHÁM HỆ TIẾT NIỆU

### 1. Giải phẫu hệ thống tiết niệu:

#### 1.1. Đại thể:

Hệ tiết niệu gồm 2 thận, 2 niệu quản, bàng quang, niệu đạo.

#### 1.2. Vi thể:

- Thận gồm vỏ thận và tủy thận.
- Hệ thống thu gom nước tiểu: Đai thận đổ vào bể thận.
- Mỗi thận chứa 1 triệu đơn vị chức năng (Nephron) gọi là tiểu thận.
- Tiểu thận gồm: Cầu thận, ống thận, ống lượn gần, quai Henle, ống lượn xa, ống góp.
- Cả 2 thận mỗi phút nhận khoảng 20-25% cung lượng máu từ tim ra.

#### 1.3. Chức năng chính của thận:

- Lọc máu qua cầu thận.
- Tái hấp thụ và bài tiết ở ống thận.
- Điều hoà nước và điện giải, thăng bằng kiềm toan.
- Sản xuất nội tiết tố tham gia quá trình tạo hồng cầu.
- Thận giúp hoạt hoá Vitamin D.

### 2. Triệu chứng cơ năng của bệnh lý hệ tiết niệu:

#### 2.1. Đau bụng:

- Đau đột ngột ở vùng hố thận, đau từng cơn, đau lan xuống phía dưới. Ngoài ra có thể sốt nhẹ, nôn, bụng chướng.
- Nguyên nhân: Do sỏi thận, sỏi niệu quản là chính.

#### 2.2. Đái dắt:

- Là tình trạng đái nhiều lần trong ngày, mỗi lần đái lượng nước tiểu rất ít. Người bệnh vừa mới đi đái xong lại muốn đi tiếp.
- Nguyên nhân:
  - + Viêm bàng quang do sỏi, vi khuẩn.
  - + Viêm tuyến tiền liệt ở nam giới.

#### 2.3. Đái buốt:

- Là cảm giác đau tức ở niệu đạo mỗi khi đi đái.

- Nguyên nhân:

+ Viêm niệu đạo, viêm bàng quang.

+ Sỏi bàng quang, niệu đạo.

+ Viêm hoặc u tuyến tiền liệt.

#### **2.4. Đái ra máu:**

- Là trong nước tiểu có hồng cầu.

- Nguyên nhân:

+ Niệu đạo: Chấn thương niệu đạo ở tư thế ngồi.

+ Bàng quang: Viêm, sỏi, ung thư bàng quang.

+ Thận: Sỏi, lao, ung thư thận, thận đa nang.

+ Các bệnh về máu: Suy tuỷ, bạch cầu cấp tính .

#### **2.5. Đái ra mủ:**

- Là hiện tượng có mủ trong nước tiểu (Mủ là bạch cầu đa nhân thoái hoá)

- Nguyên nhân:

+ Viêm niệu đạo bàng quang.

+ Viêm mủ đài bể thận

#### **2.6. Bí đái:**

- Là hiện tượng bệnh nhân mót đái nhưng không đái được, nước tiểu có nhiều ở bàng quang không tổng ra ngoài được.

- Nguyên nhân:

+ Hẹp niệu đạo do dị dạng.

+ Sỏi bàng quang, niệu đạo.

+ Viêm hoặc ung thư tuyến tiền liệt ở nam, khối u cổ tử cung hoặc tử cung ở nữ.

+ Chấn thương cột sống, lao cột sống, viêm não, viêm hoặc u tủy sống.

#### **2.7. Vô niệu:**

- Là hiện tượng sau 1 ngày hoặc vài ngày bệnh nhân không tiểu được, đặt sonde bàng quang không có nước tiểu hoặc lượng nước tiểu dưới 100 ml/24h.

- Nguyên nhân:

+ Sỏi thận làm tắc niệu quản.

+ Viêm ống thận cấp do ngộ độc, truyền nhầm nhóm máu.

+ Suy thận cấp, suy thận mạn.

+ Truy tim mạch, suy tim nặng.

### **3. Khám thực thể:**

#### **3.1. Khám thận:**

- Nhìn: Ở hố thắt lưng xem có sưng không, có thấy khối u gồ lên không.

- Sờ nắn: Nhằm phát hiện thận to.

+ Tư thế bệnh nhân: Cho bệnh nhân nằm ngửa, hai chân duỗi thẳng, thở đều, bụng mềm, thầy thuốc ngồi bên phải hay bên trái bệnh nhân tùy theo khám thận phải hay thận trái. Dùng một hoặc cả 2 bàn tay ấn thật sâu về phía sau để tìm khối u ở sâu.

+ Tìm dấu hiệu chạm thận: Dùng 1 bàn tay đặt phía sau vùng hố thắt lưng, còn bàn tay kia ở trên bụng và áp sát vào nhau. Nếu thận to sẽ có cảm giác chắc chắc ở bàn tay, đó là dấu hiệu chạm thận dương tính.

+ Dấu hiệu bập bênh thận: Người bệnh nằm ngửa, chân duỗi thẳng, một tay đặt phía hố thắt lưng, một tay để lên bụng vùng mạng sườn. Tay trên để yên, tay dưới hất mạnh lên, rồi ngược lại. Tay dưới để yên, tay trên ấn xuống, khi thận to có cảm giác chạm vào bàn tay giữ nguyên, đó là dấu hiệu bập bênh thận(+)

+ Ấn các điểm:

Điểm sườn lưng: Điểm gặp nhau của bờ dưới xương sườn XII và bờ ngoài khối cơ lưng.

Điểm sườn sống: Góc xương sườn XII và cột sống.

#### **3.2. Khám các điểm niệu quản:**

- Điểm niệu quản trên (điểm cạnh rốn): Kẻ một đường ngang qua rốn gặp bờ ngoài cơ thẳng to đó là 2 điểm niệu quản trên.

- Điểm niệu quản giữa: Kẻ ngang qua 2 gai chậu trước trên chia 3 phần, đoạn 1/3 ngoài là 2 điểm niệu quản giữa.

- Điểm niệu quản dưới: Thăm khám trực tràng hay âm đạo mới thấy.

#### **3.3. Khám bàng quang:**

- Bình thường không có cầu bàng quang, nên khám không thấy bàng quang.

- Bệnh lý: Khi ứ nước tiểu ở bàng quang, khám thấy cầu bàng quang.

+ Nhìn: Ở hạ vị nổi lên một khối u tròn nhỏ bằng quả cam, to lên tận rốn.

+ Sờ: Khối u tròn, căng không di động.

+ Gõ: Đục

+ Thông đái ra nhiều nước tiểu, sau thông đái thì hết cầu bàng quang.

#### **3.4. Khám niệu đạo:**

Xem có tấy đỏ hoặc có mủ ở lỗ niệu đạo không.

### 3.5. Khám tuyến tiền liệt:

Thăm trực tràng: Cho bệnh nhân nằm ngửa, cho ngón tay vào trực tràng theo hướng lên trên khoảng 12 giờ sẽ thấy một khối nhỏ hơi lồi lên mặt trên của trực tràng đó là tuyến tiền liệt.

Bình thường tuyến tiền liệt nhỏ gồm 2 thùy, nằm ở cổ bàng quang ôm lấy niệu đạo.

Nếu là ung thư tuyến tiền liệt, thăm trực tràng thấy to, cứng, ấn đau, sờ thấy nhân, nếu viêm tuyến tiền liệt sờ thấy mềm và rất đau.

### 4. Khám toàn thân:

- Khám phù: Tìm dấu hiệu ấn lõm ở những vùng da trên nền xương cứng.
- Khám tim mạch: Bắt mạch, đo huyết áp.
- Khám thiếu máu: Chú ý màu da và niêm mạc.
- Soi đáy mắt: Xem có xuất huyết võng mạc, phù gai thị

## 6. THĂM KHÁM BỘ MÁY HÔ HẤP

### 1. Các triệu chứng cơ năng

#### 1.1. Ho

- Ho: Là một động tác thở mạnh và đột ngột. Động tác này có tính chất phản xạ để tống dị vật (thức ăn hoặc các chất dịch của phổi), các chất kích thích ra khỏi đường hô hấp.

Người ta có thể chủ động ho, nhưng trong đa số trường hợp ho xảy ra ngoài ý muốn. Ho có thể là tự nhiên hay do kích thích

- Khi khai thác về ho, cần hỏi:
  - + Ho xuất hiện tự nhiên hay sau kích thích (gắng sức, thay đổi tư thế...)
  - + Ho nhiều hay ít (thỉnh thoảng hay ho thường xuyên); ho từng tiếng hay từng cơn? (Ho thúng thảng hay ho thường cơn?)
  - + Ho khan hay có đờm?
  - + Ho về đêm hay ban ngày?
- Nguyên nhân:
  - + Ở trẻ nhỏ: Viêm mũi họng, viêm Amydan, VA...
  - + Ở người lớn: Viêm họng cấp hoặc mạn; viêm phế quản; viêm phổi; lao phổi; bụi phổi...

#### 1.2. Khạc đờm

Đờm là chất tiết của đường thở từ hốc mũi tới phế nang và đẩy ra ngoài sau



khi ho.

Tính chất của đờm:

- Đờm trong, lỏng là chất tiết của thanh mạc thường gặp trong hen phế quản.
- Đờm xơ huyết và hồng cầu thoát ra từ các huyết quản ở vách phế nang bị viêm, đờm thường quánh dính, có màu rỉ sắt.
- Đờm nhầy mù, màu vàng xanh: Gặp nhiều nhất trong giãn phế quản, lao hang.
- Đờm dính máu: Là do vỡ mạch máu đường hô hấp (đỏ tươi, màu gỉ sắt, màu mận chín...)
- Đờm tanh và thối: Absces phổi, viêm mũ màng phổi...

### **1.3. Khó thở**

- Là cảm giác thở khó khăn nặng nhọc, là triệu chứng chủ quan do bệnh nhân cảm thấy và cũng là triệu chứng do thầy thuốc khám và phát hiện ra.
- Khó thở có thể:
  - + Khó thở nhanh: nhịp thở 30-40 lần/phút (viêm phổi, lao phổi, phù phổi cấp...)
  - + Khó thở chậm: nhịp thở 10-12 lần/phút (hen phế quản, khí phế thũng...).
  - + Khó thở không đều: dựa vào thời gian giữa thì hít vào và thở ra, thường có 2 rối loạn hay gặp:

Nhịp thở Chaynes - Stokes: Sau mấy động tác thở, nhịp thở yếu dần rồi ngừng thở 10-30 giây, sau đó thở mạnh dần cho đến khi nhịp thở bình thường.

Nhịp thở Kuss - Maul: Bệnh nhân hít sâu, ngừng thở rồi lại thở ra, lại ngừng thở, lại hít sâu - ngừng thở.

### **1.4. Đau ngực**

- Là cảm giác đau ở lồng ngực, là triệu chứng chủ quan hay gặp trong các bệnh về hô hấp (lao phổi, u phổi, viêm phổi...)
- Khi thăm khám cần hỏi những đặc điểm sau:
  - + Vị trí đau: Đau một điểm cố định hay đau lan rộng, đau một bên hay hai bên lồng ngực.
  - + Tính chất đau: Dữ dội, đột ngột hay âm ỉ, kéo dài, đau khi thay đổi tư thế, khi ho hay thở mạnh ?
  - + Các triệu chứng kèm theo: Sốt, ho, khó thở, khạc đờm ...

### **1.5. Các dấu hiệu toàn thân**

- Sốt: sốt từ từ tăng dần hoặc sốt dao động hoặc sốt cao đột ngột...
- Mệt nhọc, ăn kém, gầy sút cân.

- Rối loạn giấc ngủ: Mất ngủ, khó ngủ...

## 2. Khám thực thể

### 2.1. Khám toàn thân

\* Tư thế người bệnh: Tốt nhất là tư thế ngồi. Người bệnh cởi áo tới thắt lưng, hai cánh tay nên để buông thõng hoặc vòng qua đầu gối. Nếu người bệnh không ngồi được có thể khám tư thế nằm nghiêng.

- Da và niêm mạc:

+ Da và niêm mạc tím, kèm khó thở, phù gập ở người tâm phế mạn..

+ Phù: Ấn vào da thấy lõm, có thể phù toàn thân, phù áo khoác ...

+ Hệ thống hạch: Cần tìm hạch to ở hố trên đòn, hố nách, hạch cổ. Hạch to có thể do viêm cấp hay mạn tính như lao, do ung thư hạch hoặc di căn của một ung thư (ung thư phế quản, dạ dày...)

- Các móng và ngón tay, chân: Móng tay, móng chân khum như mặt kính đồng hồ, có khi cả đầu ngón tay, ngón chân đều tròn bè như dùi trống, thường gặp trong bệnh tim - phổi mạn tính, trong hội chứng Pierre Marie (u phổi).

- Vẻ mặt:

+ Khó thở: Cánh mũi phập phồng, mồm có thể há ra khi hít vào, môi tím, cơ ức - đòn - chũm co kéo làm lõm hố trên ức.

+ Bộ mặt V.A: Mặt ngơ ngác, miệng thường xuyên hơi há, lỗ mũi héch lên sang hai bên, hai gò má hẹp lại vì xương hàm trên kém phát triển.

### 2.2. Khám lồng ngực

\* **Nhìn:**

- Bình thường: Lồng ngực hai bên cân đối, khoang liên sườn không giãn rộng, cử động lồng ngực nhịp nhàng với nhịp thở đều và rõ.

- Bệnh lý:

+ Lồng ngực mất cân xứng: Giãn to một bên, xẹp một bên, lồng ngực hình thùng...

+ Cử động lồng ngực yếu hoặc mất

+ Khoang liên sườn giãn rộng: Tràn dịch, tràn khí màng phổi...

+ Quan sát nhịp thở: Bình thường người lớn thở 16 - 20 lần/phút. Những thay đổi bất thường về nhịp thở: Tần số, biên độ, nhịp...trên lâm sàng gọi là khó thở (thở có tiếng khò khè và nhìn sẽ thấy co kéo trên và dưới ức, khoảng gian sườn kém di động)

\* **Sờ:**

- Bình thường: Khi áp lòng bàn tay thầy thuốc lên lồng ngực bệnh nhân bảo bệnh nhân đếm 1, 2, 3 thấy rung thanh đới vào lòng bàn tay đều và rõ.

- Bệnh lý:

+ Rung thanh giảm hoặc mất: Trong các bệnh tràn dịch màng phổi, viêm phế quản...

+ Rung thanh tăng: Trong các trường hợp đông đặc nhu mô phổi: Viêm phổi, nhồi máu động mạch phổi,.....

\* **Gõ:**

- Phương pháp gõ trực tiếp: Dùng các ngón tay gấp khum lại, hoặc lòng bàn tay mở rộng.

- Phương pháp gõ gián tiếp: Bàn tay trái, nhất là ngón giữa, áp chặt vào lồng ngực và trên các khoảng liên sườn. Ngón gõ của bàn tay phải gấp cong lại, sao cho đốt thứ ba gõ thẳng góc lên ngón giữa bàn tay trái.

- Thay đổi bệnh lý: Thay đổi cường độ: Cường độ tăng, gõ vang, cường độ giảm, gõ đục, đục ít hay hoàn toàn.

+ Gõ thấy vang: Giãn phế nang, tràn khí màng phổi,

+ Gõ thấy đục: Viêm phổi, tràn dịch màng phổi...

\* **Nghe:**

- Bình thường: Rì rào phế nang nghe êm dịu, liên tục trong toàn bộ thì hô hấp.

- Bệnh lý:

+ Rì rào phế nang giảm hoặc mất (tràn dịch, tràn khí màng phổi..).

+ Tiếng thở thô ráp, tiếng ran rít, ran ngáy, ran nổ, ran ẩm (viêm phế quản, viêm phổi...)

## **7. CẤP CỨU BAN ĐẦU**

### **CẤP CỨU NGƯỜI BỊ NGỪNG HÔ HẤP, NGỪNG TUẦN HOÀN**

#### **1. Cấp cứu người bị ngừng hô hấp (thở ngạt)**

##### **1.1. Mục đích**

Cung cấp dưỡng khí cho người bị ngừng hô hấp bằng cách người cấp cứu thổi trực tiếp hơi của mình qua miệng hoặc qua mũi người bị nạn.

##### **1.2. Nguyên nhân**

Có nhiều nguyên nhân khác nhau như sập nhà, điện giật, thất cổ tự tử, chết đuối, tai nạn giao thông, tai nạn lao động... Gây cho nạn nhân bị ngừng thở đột ngột.

##### **1.3. Các dấu hiệu và triệu chứng của ngừng hô hấp**

- Da và sắc mặt tím tái nhợt nhạt.
- Cơ thể nằm lịm bất động, gọi không thấy đáp ứng.
- Lồng ngực không di động.
- Đồng tử giãn.

#### **1.4. Xử trí**

*1.4.1. Phương châm:* Can thiệp nhanh, tại chỗ, cấp cứu liên tục.

*1.4.2. Dụng cụ*

- Dụng cụ mở miệng: Đè lưỡi, kìm mở miệng.
- Gạc miếng, khăn hoặc vải sạch, gói, chăn.
- Khay quả đậu hoặc túi nilon.

*1.4.3. Kỹ thuật kiểm tra hơi thở*

- Áp má cấp cứu viên vào vùng miệng nạn nhân không nghe thấy hoặc cảm nhận thấy hơi thở của nạn nhân.

(hoặc dùng vật mỏng nhẹ như tóc, mảnh nilon nhỏ đặt vào mũi nạn nhân không thấy di động. Hoặc dùng gương soi áp vào mũi, miệng nạn nhân không thấy gương mờ do hơi nước)

- Quan sát các cử động vùng ngực không thấy di động.
- Kết hợp kiểm tra mạch đập (tiếng tim).

*Xem, nghe và cảm nhận trong 5 giây trước khi quyết định là nạn nhân còn thở hay không*

*1.4.4. Khai thông đường thở*

- Đặt nạn nhân: Nằm ngửa uốn cổ, ở nơi thoáng khí, trên nền phẳng cứng.
- Một tay cấp cứu viên đặt trên trán của nạn nhân đẩy trán ra phía sau, tay kia đẩy cằm lên trên sao cho đầu ngửa, uốn cổ tối đa hoặc dùng một tay cấp cứu viên đỡ dưới gáy nạn nhân, tay kia đè và đẩy mạnh xuống dưới lên trán nạn nhân (động tác này có tác dụng đẩy gốc lưỡi khỏi chèn vào vùng hầu họng). Trong khi thổi ngạt đầu luôn giữ ở tư thế này.

*Chú ý: Khi có nghi ngờ chấn thương cột sống cổ thì chỉ nâng hàm dưới lên, tránh di chuyển đầu cổ nhiều*

- Lấy dị vật đường thở:
  - + Móc sạch đờm dãi, dị vật, tháo răng giả (nếu có).
  - + Làm thủ thuật Heimlich nếu nghi ngờ có dị vật đường hô hấp.
- Nới rộng quần áo nạn nhân.

**1.4.5. Hỗ trợ hô hấp**

- Thổi ngạt miệng - miệng.

+ Cấp cứu viên quỳ ngang đầu nạn nhân hoặc đứng nếu nạn nhân nằm trên giường.

+ Giữ nạn nhân nằm ngửa, uốn cổ tối đa.

+ Một tay cấp cứu viên đặt trên trán của nạn nhân đẩy trán ra phía sau, tay kia đẩy cằm lên trên sao cho đầu ngửa, uốn cổ tối đa hoặc dùng một tay cấp cứu viên đỡ dưới gáy nạn nhân, tay kia đè và đẩy mạnh xuống dưới lên trán nạn nhân (động tác này có tác dụng đẩy gốc lưỡi khỏi chèn vào vùng hầu họng). Trong khi thổi ngạt đầu luôn giữ ở tư thế này.

+ Phủ gạc miếng, khăn hoặc vải sạch lên miệng nạn nhân.

+ Cấp cứu viên hít vào thật sâu rồi áp miệng mình vào miệng nạn nhân, đồng thời bịt mũi nạn nhân (khi thổi), thổi mạnh 5 lần liên tiếp, kết hợp quan sát lồng ngực nạn nhân nếu phồng lên khi thổi và thổi xong lồng ngực lại xẹp xuống là thổi có hiệu quả.

+ Sau 5 lần thổi liên tiếp ở trên, tạm thời bỏ miệng của cấp cứu viên ra khỏi miệng của nạn nhân, bỏ tay bịt mũi, kiểm tra xem nạn nhân đã tự thở được chưa.

+ Nếu nạn nhân chưa tự thở được thì kiểm tra lại tư thế và tiếp tục thổi 10 - 12 lần/phút với người lớn, (20 lần/ phút đối với trẻ từ 1-8 tuổi, thổi nhanh và nhẹ hơn với tần số 30 lần/phút đối với trẻ bé và trẻ sơ sinh).

+ Khi nạn nhân tự thở được cho nạn nhân nằm ở tư thế thoải mái.

- *Thổi ngạt miệng - mũi*

Trường hợp không mở được miệng nạn nhân ra hoặc miệng nạn nhân có thương tích nặng, không thể áp môi kín vào nhau được hoặc trường hợp ngạt nước thì phải áp dụng thổi ngạt miệng - mũi.

+ Đặt nạn nhân nằm ngửa uốn cổ tối đa.

+ Một tay cấp cứu viên giữ đầu nạn nhân ngửa hẳn ra phía sau.

+ Tay kia đỡ dưới cằm đẩy lên để nạn nhân ngậm kín môi vào.

+ Cấp cứu viên hít thật sâu rồi ngậm môi kín quanh mũi nạn nhân, thổi mạnh từ từ cho tới khi ngực nạn nhân căng lên, thổi như vậy liên tục 4 lần.

+ Bỏ miệng của cấp cứu viên ra khỏi mũi nạn nhân, kiểm tra xem nạn nhân thở được chưa.

+ Nếu nạn nhân chưa tự thở được thì kiểm tra lại tư thế và tiếp tục thổi 10 - 12 lần/phút với người lớn, (20 lần/ phút đối với trẻ từ 1-8 tuổi, thổi nhanh và nhẹ hơn với tần số 30 lần/phút đối với trẻ bé và trẻ sơ sinh).

+ Khi nạn nhân tự thở được cho nạn nhân nằm ở tư thế thoải mái.

- Nếu có điều kiện tốt nhất dùng bóngambu.

+ Chụpambu kín mũi, miệng nạn nhân (đầu nhỏ chụp lên sống mũi).

+ Tay trái giữambu và nâng cằm để đầu ngửa tối đa.

+ Tay phải bóp bóng.

## 2. Cấp cứu người bị ngừng tuần hoàn (ép tim ngoài lồng ngực)

### 2.1 Mục đích

Là một cấp cứu nhằm kích thích để tim đập lại khi tim ngừng đập, giúp cho sự lưu thông máu giữa tim, phổi, não và các tổ chức khác của cơ thể.

### 2.2. Xác định ngừng tim

- Nạn nhân ngất, da xanh tím, bắt mạch bên không có, nạn nhân ngừng thở, đồng tử giãn.

- Để đầu nạn nhân nằm ngửa ra sau, cấp cứu viên ngồi cạnh một bên nạn nhân, dùng 3 đầu ngón tay kiểm tra động mạch cảnh (tại bờ trên cơ ức đòn trũm) hoặc động mạch bên không thấy đập hoặc áp tai trực tiếp lên vùng tim không thấy tim đập.

*Bắt mạch trong 5 giây trước khi quyết định là mạch còn đập hay không*

### 2.3. Xử trí

- Nguyên tắc: Can thiệp ngay, vừa can thiệp vừa gọi người tiếp ứng.
- Đặt nạn nhân nằm ngửa trên mặt phẳng cứng.
- Cấp cứu viên quỳ bên cạnh ngang ngực nạn nhân.
- Kiểm tra động mạch, nếu không thấy đập tiến hành ép tim ngoài lồng ngực như sau:

+ Xác định vị trí đặt tay trên xương ức: Dùng hai ngón tay kéo từ bờ sườn bên trái đến mũi ức, xong đặt tay sát hai ngón tay để ép.

+ 2 tay để thẳng, đặt 1 góc bàn tay lên nửa dưới xương ức, góc bàn tay thứ 2 đặt chồng lên bàn tay kia (không đè vào mũi xương ức).

+ Dùng lực toàn thân ấn thẳng góc xuống xương ức đảm bảo cho xương ức lún sâu về phía xương cột sống 4 - 5 cm, nhịp nhàng liên tục với tần số 80 - 100 lần/phút.

+ Nếu nạn nhân là trẻ em, cấp cứu viên dùng một góc bàn tay để ép tim, lún sâu về phía cột sống 2,5 – 3,7 cm, nhịp nhàng với tần số 100 lần/phút.

+ Nếu nạn nhân là trẻ sơ sinh, cấp cứu viên đặt 2 ngón tay trên xương ức, dưới đường thẳng giữa 2 núm vú hoặc vòng 2 bàn tay quanh ngực nạn nhân với 2 ngón cái đặt nằm cạnh nhau trên xương ức và dưới đường thẳng giữa 2 núm vú, ấn sâu về phía xương sống 1,2 - 2,5 cm nhịp nhàng liên tục với tần số 100 -120 lần/phút.

*Chú ý: \* Không đè các ngón tay lên xương sườn vì có thể làm gãy xương sườn và không đè vào mũi ức để tránh làm dập gan và gây chảy máu trong.*

*\* Không nhắc góc bàn tay hoặc ngón tay ( trẻ sơ sinh) khỏi xương ức sau khi ấn.*

### **3. Cấp cứu người ngừng hô hấp, ngừng tuần hoàn (kết hợp giữa ép tim và thổi ngạt)**

#### **3.1. Mục đích**

Là một kích thích nhằm kích thích tim đập lại cung cấp dưỡng khí để phổi thở lại trong trường hợp nạn nhân vừa bị ngừng tim, vừa bị ngừng hô hấp.

#### **3.2. Tiến hành**

##### *3.2.1. Phương pháp chỉ có một người cấp cứu*

- Khai thông đường thở (giống phần 1.4.4)
- Cấp cứu viên quỳ ngang vai nạn nhân.
- Thổi ngạt 5 lần liên tiếp rồi tiến hành ép tim.

Tiếp theo cứ ép tim 15 lần thì thổi ngạt 2 lần, làm liên tục 5 lần như vậy thì dừng lại 5 giây để kiểm tra nhịp thở và nhịp tim.

- Nếu mạch đập trở lại nhưng nạn nhân vẫn chưa tự thở được thì tiếp tục thổi ngạt.

##### *3.2.2. Phương pháp có 2 người cùng cấp cứu*

- Khai thông đường thở.
- Người thứ nhất thổi ngạt 5 lần.
- Người thứ 2 ép tim 15 lần.

## 8. TĂNG HUYẾT ÁP

### Đại cương

#### 1.1. Dịch tễ học

Tăng huyết áp (THA) là một vấn đề rất thường gặp trong cộng đồng và hiện đã trở thành một vấn đề xã hội. Ở các nước phát triển, tỷ lệ THA ở người lớn (> 18 tuổi) theo định nghĩa của JNC VI là khoảng gần 30% dân số và có trên một nửa dân số > 50 tuổi có THA.. Tỷ lệ người mắc THA ngày càng tăng và tuổi bị mắc mới cũng ngày một trẻ. Vào năm 2000, theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), toàn thế giới có tới 972 triệu người bị THA và con số này được ước tính là khoảng 1,56 tỷ người vào năm 2025. Các yếu tố nguy cơ của lối sống như lười vận động, ăn không hợp lí với chế độ ăn quá nhiều chất béo, ăn mặn, hút thuốc lá... là những nguyên nhân dẫn đến sự gia tăng gánh nặng này. Một vấn đề khá quan trọng nữa là tỷ lệ người mắc THA ngày một tăng nhanh chóng ở các nước đang phát triển (châu Á, châu Phi). Theo thống kê tại Hoa Kỳ năm 2006, có khoảng 74,5 triệu người Mỹ bị THA; nghĩa là cứ 3 người lớn có 1 người bị THA. Ngay tại Việt Nam, thống kê mới nhất năm 2008 cho thấy tỷ lệ THA ở người lớn là 25,1%. THA đã và đang trở thành nguy cơ hàng đầu của các biến chứng tim mạch. Vào năm 2002, WHO đã ghi nhận trong báo cáo sức khỏe hàng năm và liệt kê THA là "kẻ giết người số 1". Nói một cách ngắn gọn, đối với người bị THA, nguy cơ bị đột quỵ (tai biến mạch não) tăng gấp 4 lần, nguy cơ bị nhồi máu cơ tim tăng gấp 2 lần nếu so với người không bị THA. Nguy cơ tử vong sẽ tăng gấp đôi khi số huyết áp tăng mỗi 20mmHg đối với huyết áp tâm thu và tăng 10mmHg đối với huyết áp tâm trương. Năm 2008 có khoảng 16,5 triệu người chết vì THA trên toàn thế giới

Tăng huyết áp có liên quan đến:

**Tuổi:** tuổi càng cao thì càng nguy cơ bị bệnh tăng huyết áp. Nếu ở lứa tuổi trẻ số người có bệnh tăng huyết áp chiếm tỷ lệ 1-2% thì ở người cao tuổi tỷ lệ mắc bệnh tăng đến 18,2-38% (thậm chí đến 50,2%). Trên 40 tuổi số người tăng huyết áp cao gấp 10 lần so với khi dưới 40 tuổi.

**Sự phát triển công nghiệp:** Ở đô thị và nơi có nhịp sống căng thẳng, tỷ lệ mắc bệnh tăng huyết áp cao hơn. Tương tự, ở các nước phát triển có mức sống cao và ở thành thị tỷ lệ mắc bệnh tăng huyết áp nhiều hơn ở nông thôn.

#### 1.2. Định nghĩa:

Tăng huyết áp là một hội chứng lâm sàng do nhiều nguyên nhân khác nhau gây nên, nói lên tình trạng gia tăng áp lực máu trong các động mạch của đại tuần hoàn.

**Tăng huyết áp:** Cho đến nay, Tổ chức Y tế thế giới và hội THA quốc tế đã thống nhất gọi là THA khi huyết áp tâm thu  $\geq 140$  mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương  $\geq 90$  mmHg. (Huyết áp động mạch tối đa còn gọi là huyết áp tâm thu, huyết áp động mạch tối thiểu còn gọi là huyết áp tâm trương).



*Tiền tăng huyết áp*: Kết hợp HA bình thường và bình thường cao, nghĩa là HATT từ 120- 139 mmHg và HATTr từ 80- 89 mmHg

*Tăng huyết áp áo choàng trắng*: Là giá trị huyết áp cao được đo tại cơ sở y tế nhưng không đáp ứng các tiêu chuẩn chẩn đoán tăng huyết áp khi đo tại ngoài cơ sở y tế.

*Tăng huyết áp ẩn*: Nghĩa là giá trị huyết áp cao được đo tại ngoài cơ sở y tế nhưng không đáp ứng các tiêu chuẩn chẩn đoán tăng huyết áp khi đo tại cơ sở y tế.

*Tăng huyết áp ác tính*: Là những thay đổi sinh lý bệnh cụ thể có thể liên quan đến tăng huyết áp nặng, bao gồm xuất huyết võng mạc, quáng gà hoặc phù gai thị, triệu chứng liên quan đến bệnh não và xơ hóa thận cấp tính

Tăng huyết áp ác tính thường liên quan đến huyết áp tâm trương trên 120 mmHg. Tuy nhiên, nó có thể xảy ra khi huyết áp tâm trương dưới 100 mmHg ở những bệnh nhân có huyết áp bình thường trước đó nhưng mắc tăng huyết áp cấp tính do tiền sản giật hoặc viêm cầu thận cấp.

*Tăng huyết áp cấp cứu*: Là tình trạng tăng huyết áp nặng (thường là huyết áp tâm trương trên 110 mmHg) có kèm theo bằng chứng tổn thương cấp tính cơ quan đích. Tăng huyết áp cấp cứu có thể đe dọa đến tính mạng và cần được điều trị ngay lập tức, thông thường sử dụng thuốc qua đường tiêm truyền trong môi trường được theo dõi sát

*Tăng huyết áp khẩn cấp*: Là tình trạng tăng huyết áp nặng (thường là huyết áp tâm trương trên 110 mmHg) ở bệnh nhân không có triệu chứng. Không có bằng chứng về lợi ích của việc hạ huyết áp nhanh chóng ở những bệnh nhân không có triệu chứng, không có bằng chứng tổn thương cơ quan đích và có ít nguy cơ ngắn hạn

### **1.3. Phân loại:**

*Dựa theo định nghĩa:*

Tăng huyết áp giới hạn khi trị số huyết áp trong khoảng  $140/90 < HA < 160/95$  mmHg

Tăng huyết áp tâm thu khi huyết áp động mạch tối đa (PAs) lớn hơn 160 mmHg và huyết áp động mạch tối thiểu (PAd) nhỏ hơn 90 mmHg.

Tăng huyết áp tâm trương khi huyết áp động mạch tối đa (PAs) thấp hơn 140 mmHg và huyết áp động mạch tối thiểu (PAd) cao hơn 95 mmHg.

*b. Dựa vào tình trạng biến thiên của trị số huyết áp:*

Tăng huyết áp thường xuyên, có thể phân thành tăng huyết áp ác tính và tăng huyết áp lành tính.

Tăng huyết áp cơn: trên cơ sở huyết áp bình thường hoặc gần bình thường, bệnh xuất hiện với những cơn cao vọt, những lúc này thường có tai biến.

Tăng huyết áp dao động: con số huyết áp có thể lúc tăng, lúc không tăng  
*c. Dựa vào nguyên nhân:*

Tăng huyết áp nguyên phát (không có nguyên nhân), ở người cao tuổi.

Tăng huyết áp thứ phát (có nguyên nhân), phần lớn ở trẻ em và người trẻ tuổi.

## **Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh**

### **2.1. Nguyên nhân**

*\* Tăng huyết áp nguyên phát:*

Chiếm gần 90% trường hợp bị tăng huyết áp (theo Gifford - Weiss).

*Tăng huyết áp thứ phát:*

Bệnh thận: Viêm cầu thận cấp, viêm cầu thận mạn hai bên do mắc phải thận đa năng, ứ nước bể thận, u thận làm tiết renin, hẹp động mạch thận...

Nội tiết:

Bệnh vỏ tuyến thượng thận, hội chứng Cushing, hội chứng Conn, u sản xuất quá thừa các Corticosteroid khác (Corticosterone, desoxycortisone), sai lạc trong sinh tổng hợp Corticosteroid.

Bệnh tủy thượng thận, u tủy thượng thận (Pheochromocytome).

Bệnh tim mạch: Bệnh hẹp eo động mạch chủ, viêm hẹp động mạch chủ bụng cho xuất phát động mạch thận, hở van động mạch chủ.

Thuốc: Các Hormone ngừa thai, cam thảo, carbenoxolone, A.C.T.H. Corticoides, Cyclosporine, các chất gây chán ăn, các IMAO, chất chống trầm cảm vòng.

Nhiễm độc thai nghén.

Các nguyên nhân khác: Bệnh cường giáp, bệnh Beri-beri. Bệnh Paget xương, bệnh đa hồng cầu, toan hô hấp, tăng áp sọ não...

*\* Một số yếu tố nguy cơ*

Yếu tố di truyền, bệnh tăng huyết áp có tính gia đình

Yếu tố ăn uống, ăn nhiều muối, ăn ít protit, uống nhiều rượu, uống nước mềm ít Ca<sup>++</sup>, Mg<sup>++</sup>, K<sup>+</sup>. Trong đó nổi bật và được thừa nhận là sự liên quan giữa ion Na<sup>+</sup> và tần suất bệnh tăng huyết áp. Ion Na<sup>+</sup> làm tăng huyết áp qua trung gian gia tăng thể tích máu và nhất là qua sự co thắt mạch máu.

Yếu tố tâm lý xã hội, có tình trạng căng thẳng (stress) thường xuyên.

### **2.2. Cơ chế bệnh sinh của tăng huyết áp.**

*\* Cơ chế bệnh sinh của tăng huyết áp nguyên phát*

Tăng huyết áp động mạch thường kèm theo những biến đổi về sinh lý bệnh liên quan đến hệ thần kinh giao cảm, thận, renin-angiotensin và các cơ chế huyết động, dịch thể khác.

*- Biến đổi về huyết động:*

Tần số tim tăng, lưu lượng tim tăng dần, thời kỳ đầu có hiện tượng co mạch để phân bổ lại máu lưu thông từ ngoại vi về tim phổi do đó sức cản mạch máu cũng tăng dần. Tim có những biểu hiện tăng hoạt động bù trừ và dẫn đến dày thất trái. Huyết áp và sức cản ngoại biên toàn bộ tăng dần. Lưu lượng tim và lưu lượng tâm thu càng giảm, cuối cùng đưa đến suy tim.

Trong các biến đổi về huyết động, hệ thống động mạch thường bị tổn thương sớm cả toàn bộ. Trước kia người ta nghĩ chỉ có các tiểu động mạch bị biến đổi co mạch làm gia tăng sức cản ngoại biên. Hiện nay, người ta thấy các mạch máu lớn cũng có vai trò về huyết động học trong tăng huyết áp. Chức năng ít được biết đến của các động mạch lớn là làm giảm đi các xung động và lưu lượng máu do tim bóp ra. Do đó thông số về độ dẫn động mạch (compliance artérielle) biểu thị tốt khả năng của các động mạch. Sự giảm thông số này cho thấy độ cứng của các động mạch lớn, là diễn biến của tăng huyết áp lên các động mạch và về lâu dài sẽ làm tăng công tim dẫn đến phì đại thất trái. Đồng thời việc gia tăng nhịp đập (hyperpulsatilité) động mạch đưa đến sự hư hỏng các cấu trúc đàn hồi sinh học (bioelastomeres) của vách động mạch.

Tại thận, tăng sức cản mạch thận, giảm lưu lượng máu tại thận chức năng thận suy giảm tuy trong thời gian đầu tốc độ lọc cầu thận và hoạt động chung của thận vẫn còn duy trì.

Tại não, lưu lượng vẫn giữ được thẳng bằng trong một giới hạn nhất định ở thời kỳ có tăng huyết áp rõ.

Khi huyết áp tăng, sức cản ngoại biên tăng thể tích huyết tương có xu hướng giảm cho đến khi thận suy thể tích dịch trong máu tăng có thể tăng đưa đến phù.

*Biến đổi về thần kinh:*

Thời kỳ đầu ảnh hưởng của hệ giao cảm biểu hiện ở sự tăng tần số tim và sự tăng lưu lượng tim. Sự hoạt động của hệ thần kinh giao cảm còn biểu hiện ở lượng Catecholamine trong huyết tương và dịch não tủy như adrenaline, noradrenaline, tuy vậy nồng độ các chất này cũng rất thay đổi trong bệnh tăng huyết áp.

Hệ thần kinh tự động giao cảm được điều khiển bởi hệ thần kinh trung ương hành não-tủy sống và cả hai hệ này liên hệ nhau qua trung gian các thụ cảm áp lực

Trong tăng huyết áp các thụ cảm áp lực được điều chỉnh đến mức cao nhất và với ngưỡng nhạy cảm cao nhất.

*- Biến đổi về dịch thể:*

Hệ Renin-Angiotensine Aldosterone (RAA): Hiện nay đã được chứng minh có vai trò quan trọng do ngoài tác dụng ngoại vi còn có tác dụng trung ương ở não

gây tăng huyết áp qua các thụ thể angiotensine II (UNGER-1981, M. PINT, 1982). Có tác giả chia tăng huyết áp nguyên phát dựa vào nồng độ renine cao, thấp trong huyết tương, có sự tỷ lệ nghịch giữa nồng độ renine-angiotensine II trong huyết tương và tuổi.

Angiotensine II được tổng hợp từ angiotensinogène ở gan và dưới tác dụng renine sẽ tạo thành angiotensine I rồi chuyển thành angiotensine II là một chất co mạch rất mạnh và làm tăng tiết aldosterone. Sự phóng thích renine được điều khiển qua ba yếu tố: -Áp lực tưới máu thận - lượng Na<sup>+</sup> đến từ ống lượn xa và hệ thần kinh giao cảm. Sự thăm dò hệ R.A.A, dựa vào sự định lượng renine trực tiếp huyết tương hay gián tiếp phản ứng miễn dịch và angiotensine II, nhưng tốt nhất là qua tác dụng của các ức chế men chuyển.

Vasopressin (ADH): có vai trò khá rõ ràng trong cơ chế sinh bệnh tăng huyết áp có tác dụng trung ương giảm huyết áp (qua trung gian sự tăng tính nhạy cảm thần kinh trung ương đối với phản xạ áp từ xoang động mạch cảnh và quai động mạch chủ) tác dụng ngoại vi co mạch (trực tiếp và qua hoạt hóa các sợi Adrenergic) (J.F. Liard, 1982. B.Bohns,1982).

Chất Prostaglandin: tác dụng trung ương làm tăng huyết áp, tác dụng ngoại vi làm giảm huyết áp (F.H. UNGER, 1981; MA Petty, 1982).

Ngoài ra còn có vai trò của hệ Kalli-Krein Kinin (K.K.K) trong bệnh tăng huyết áp và một số hệ có vai trò chưa rõ như: hệ Angiotensine trong não và các encephaline, hệ cường dopamine biến đổi hoạt động thụ cảm áp lực. Một cơ chế điều hòa liên quan đến các thụ thể Imidazolique ở trung ương và ngoại biên đã được ghi nhận từ những năm 80 với sự xuất hiện thuốc huyết áp tác dụng lên thụ cảm Imidazole gây dẫn mạch.

*Cơ chế bệnh sinh của tăng huyết áp thứ phát:* Tùy vào nguyên nhân gây bệnh.

### **3. Triệu chứng**

#### **3.1. Cơ năng**

Đa số bệnh nhân tăng huyết áp không có triệu chứng gì cho đến khi phát hiện bệnh. Đau đầu vùng chẩm là triệu chứng thường gặp. Các triệu chứng khác có thể gặp là xoang, hồi hộp, mệt, khó thở, mờ mắt... Không đặc hiệu. Một số triệu chứng khác của tăng huyết áp tùy vào nguyên nhân tăng huyết áp hoặc biến chứng tăng huyết áp.

#### **3.2. Thực thể**

- Đo huyết áp: Là động tác quan trọng, cần bảo đảm một số quy định.

Băng cuốn tay phải phủ được 2/3 chiều dài cánh tay, bờ dưới băng quấn trên khuỷu tay 2cm. Nếu dùng máy đo thủy ngân nếu dùng loại lò xo phải điều chỉnh 6 tháng 1 lần.

Khi đo cần bắt mạch trước. Nên bơm đến khoảng 30mmHg trên mức áp lực đã làm mất mạch (thường trên 200mmHg) xả xẹp nhanh ghi áp lực khi mạch tái xuất hiện, xả xẹp hết. Đặt ống nghe lên động mạch cánh tay, bơm nhanh bao

hơi đến mức 30mmHg trên áp lực đã ghi, xả chậm từ từ với tốc độ 2mmHg trong 1 giây (hay mỗi nhịp đập). Huyết áp tâm trương nên chọn lúc mất mạch (pha V Korotkoff). Ở trẻ em và phụ nữ có thai nên chọn pha IV Korotkoff.

Nếu đo lại lần 2 cần chờ 30 giây. Nếu loạn nhịp tim phải đo lại lần 3 và lấy trung bình cộng của các trị số.

Phải đo huyết áp nhiều lần, trong 5 ngày liền. Đo huyết áp cả chi trên và chi dưới, cả tư thế nằm và đứng. Thông thường chọn huyết áp tay trái làm chuẩn.

### **3.3. Cận lâm sàng**

Cần đơn giản, mục đích để đánh giá nguy cơ tim mạch, tổn thương thận và tìm nguyên nhân.

\* *Billan tối thiểu (theo Tổ chức Y tế thế giới):*

Máu: Kali máu, Créatinine máu, Cholestérol máu, Đường máu, Hématocrite, Acide Uric máu. Nước tiểu: Hồng cầu, Protein.

Nếu có điều kiện nên làm thêm, soi đáy mắt, điện tim, X quang tim, siêu âm...

*Các xét nghiệm hay trắc nghiệm đặc biệt:* Đối với tăng huyết áp thứ phát hay tăng huyết áp khó xác định.

Bệnh mạch thận: cần chụp U,I,V nhanh, thận đồ, trắc nghiệm Saralasin.

U tủy thượng thận

(Pheochromocytome): định lượng Catecholamine nước tiểu trong 24 giờ, trắc nghiệm Régitine.

## **4. Chẩn đoán**

### **4.1. Chẩn đoán xác định**

*Chẩn đoán THA cần dựa vào:*

Trị số HA tăng;

Đánh giá cao nguy cơ tim mạch toàn thể thông qua tìm kiếm các yếu tố nguy cơ, tổn thương cơ quan đích, bệnh lý hoặc dấu chứng lâm sàng kèm theo;

Xác định nguyên nhân thứ phát gây THA.

*Quá trình chẩn đoán bao gồm các bước chính như sau:*

Đo HA nhiều lần;

Khai thác tiền sử;

Khám thực thể

Thực hiện các khám nghiệm cận lâm sàng cần thiết

\* *Chẩn đoán xác định THA: Đo HA thấy tăng*

### **4.2. Chẩn đoán giai đoạn tăng huyết áp**

*Phân loại tăng huyết áp ở người từ 18 tuổi trở lên (theo JNC VI)*

Giai đoạn		HA tâm thu (mmHg)	HA tâm trương (mmHg)
Bình thường	Tối ưu	< 120	< 80
	Bình thường	120 - < 130	80 - < 85
	Bình thường cao	130 - 139	85 - 89
Tăng huyết áp	Giai đoạn I	140 - 159	90 - 99
	Giai đoạn II	160 - 179	100 - 109
	Giai đoạn III	≥ 180	≥ 110
	Tăng huyết áp tâm thu đơn độc	≥ 140	< 90

*Chú ý:*

Khi HATT và HATTr nằm hai mức độ khác nhau thì chọn phân độ ở nhóm cao hơn chọn mức độ cao hơn. THA tâm thu đơn độc cũng được đánh giá theo mức độ 1, 2 hay 3 theo giá trị của HATT nếu HATTr < 90 mmHg.

Áp lực mạch đập (hiệu số HATT và HATTr): tối ưu là 40 mmHg, nếu trên 61 mmHg có thể xem là một yếu tố tiên lượng nặng cho bệnh nhân.

Nếu khi đo ngay lần đầu thấy huyết áp lớn hơn 160/100 mmHg thì có thể xác định là bị tăng huyết áp, nếu không thì nên thăm khám lại để khẳng định.

**4.3. Thái độ đối với bệnh nhân tăng huyết áp khi đo lần đầu (theo JNC VI)**

HA tối đa	HA tối thiểu	Thái độ
< 130	< 85	Kiểm tra lại trong 2 năm
130 - 139	85 - 89	Kiểm tra lại trong 1 năm
140 - 159	90 - 99	Khẳng định lại trong vòng 2 tháng
160 - 179	100 - 109	Đánh giá và điều trị trong vòng 1 tháng
≥ 180	≥ 110	Lập tức đánh giá và điều trị ngay hoặc trong vòng 1 tuần tùy tình hình lâm sàng

**Tiến triển và biến chứng**

- Tim:

Cấp: Phù phổi cấp, nhồi máu cơ tim cấp.

Mạn: dày thất trái, suy vành mạn, suy tim...

- Não:

Cấp: Xuất huyết não, tắc mạch não, tai biến máu não thoáng qua, bệnh não do tăng huyết áp...

Mạn: tai biến máu não, tai biến máu não thoáng qua.

Thận: Đái máu, đái ra protein, suy thận...

Mắt: Soi đáy mắt có thể thấy: các mạch máu co nhỏ, dấu hiệu bất chéo động mạch/tĩnh mạch, xuất huyết, xuất tiết võng mạc, phù gai thị...

## 6. Điều trị

### 6.1. Trị số huyết áp mục tiêu (Theo JNC 8):

Người từ 60 tuổi trở lên: < 150/90 mmHg

Người dưới 60 tuổi: < 140/90 mmHg

Người có bệnh đái tháo đường và/hoặc bệnh thận mạn với bất kỳ tuổi tác <140/90 mmHg.

### 6.2. Chiến lược điều trị

#### 6.2.1. Thay đổi lối sống

Ăn hạn chế muối 5-6 gam mỗi ngày. Hạn chế đạm và mỡ.

Ăn tăng thêm rau, trái cây, và các sản phẩm ít chất béo.

Giảm chỉ số khối cơ thể xuống < 25 kg/m<sup>2</sup> và vòng bụng < 90 cm với nam giới và < 80 cm với nữ giới, trừ khi có chống chỉ định.

Tập thể dục đều đặn, ít nhất 30 phút với mức độ gắng sức trung bình mỗi ngày, 5-7 ngày mỗi tuần.

Cai thuốc lá.

#### 6.2.2. Thuốc

Thường dùng hạ áp theo 6 nhóm sau:

#### \* Nhóm thuốc lợi tiểu

Gồm có hydroclorothiazid, indapamid, furosemid, spironolacton, amilorid, triamteren... Cơ chế của thuốc là làm giảm sự ứ nước trong cơ thể, tức làm giảm sức cản của mạch ngoại vi đưa đến làm hạ huyết áp. Dùng đơn độc khi bị cao huyết áp nhẹ, dùng phối hợp với thuốc khác khi bệnh cao huyết áp nặng thêm.

Tác dụng phụ thường gặp là giảm kali huyết, giảm natri huyết hiếm khi nghiêm trọng, gặp ở người lớn tuổi gây ra những triệu chứng trên hệ thần kinh (ví dụ như nhầm lẫn) và hồi phục khi ngưng thuốc. Tăng acid uric huyết, tăng

cholesterol và triglycerid, kháng insulin hoặc không dung nạp glucose đều có thể xảy ra

Nhóm	Tên biệt dược (tên thương mại)	Liều dùng (mg/ngày)	Số lần/ngày
Lợi tiểu thiazide	Chlorothiazide (Diuril)	125-500	1-2
	Chlorthalidone (Hygroton)	12,5-25	1
	Hydrochlorothiazide (Hypothiazide)	12,5-50	1
	Polythiazide (Renese)	2-4	1
	Indapamide (Lozol, Natrilix, Fludex)	1,25-2,5	1
	Metolazone (Mykrox)	0,5-1	1
	Metolazone (Zaroxolyn)	2,5-5	1
	Bumetanide (Bumex)	0,5-2	2
Lợi tiểu quai	Furosemide (Lasix)	20-80	2
	Torsemide (Demadex)	2,5-10	1
Lợi tiểu giữ kali	Amiloride (Midamor)	5-10	1-2
	Triamterene (Dyrenium)	50-100	1-2
Kháng Aldosterone	Eplerenone	50-100	1
	Spirolactone (Aldactone)	20-50	1



**\* Nhóm thuốc tác động lên thần kinh trung ương**

Gồm có reserpin, methyldopa, clonidin... Cơ chế của thuốc là hoạt hóa một số tế bào thần kinh gây hạ huyết áp. Hiện nay ít dùng do tác dụng phụ gây trầm cảm, khi ngừng thuốc đột ngột sẽ làm tăng vọt huyết áp

Tác dụng phụ thường là hạ huyết áp thể đứng, khô miệng, ngủ gật, táo bón, tim đập chậm (clonidine và guanfacine), liệt dương, rối loạn hệ thống miễn dịch (methyl dopa).

**\* Nhóm thuốc chẹn beta** Gồm có propranolol, pindolol, nadolol, timolol, metoprolol, atenolol... Cơ chế của thuốc là ức chế thụ thể beta- giao cảm ở tim, mạch ngoại vi, do đó làm chậm nhịp tim và hạ huyết áp. Thuốc dùng cho bệnh nhân có kèm đau thắt ngực hoặc nhức nửa đầu. Chống chỉ định đối với người có kèm hen suyễn, suy tim, nhịp tim chậm.

- Thuốc chẹn beta giao cảm kinh điển

Tên biệt dược (tên thương mại)	Chọn lọc tim	Thời gian bán hủy (giờ)	Tan trong mỡ	Thải trừ qua	Liều điều trị
Propranolol (Inderal)	0	1-6	+++	Gan	Bắt đầu liều 10-40 mg dùng 2 lần/ngày. Trung bình 160-320 mg/ngày chia 1-2 lần
Atenolol (Tenormin)	+	6-7	0	Thận	50-100 mg dùng 1 lần/ngày
Bisoprolol (Concor)	+++	9-12	+	Gan, thận	2,5-20 mg dùng 1 lần/ngày
Metoprolol (Betaloc)	++	3-7	+	Gan	50-200 mg/ngày dùng 1-2 lần

- Thuốc chẹn beta giao cảm thể hệ mới (giãn mạch)

Tên biệt dược (tên thương mại)	Chọn lọc tim	Thời gian bán hủy (giờ)	Tan trong mỡ	Thải trừ qua	Liều điều trị
Carvedilol (Dilatrend)	0	6	+	Gan	12,5-25 mg dùng 2 lần/ngày
Nebivolol (Nebilet)	++++	10	+++	Gan, thận	5 mg dùng 1 lần/ngày 2,5 mg cho người bệnh thận và người già

**\* Nhóm thuốc đối kháng canxi**

Gồm có nifedipin, nicardipin, amlodipin, felidipin, isradipin, verapamil, diltiazem... Cơ chế của thuốc là chặn dòng ion canxi không cho đi vào tế bào cơ trơn của các mạch máu gây giãn mạch và từ đó làm hạ huyết áp. Dùng tốt cho bệnh nhân có kèm đau thắt ngực, hiệu quả đối với bệnh nhân cao tuổi, không ảnh hưởng đến chuyển hóa đường, mỡ trong cơ thể.

Tác dụng: Thuốc chặn kênh calci có thể làm giảm 10-20% chỉ số huyết áp, mang lại hiệu quả tương đương với thuốc lợi tiểu, ACEI.

Tác dụng phụ: Thuốc có tác dụng dẫn mạch mạnh, đặc biệt là dihydropyridine, có thể là nguyên nhân của chứng đau đầu, đỏ bừng mặt, đánh trống ngực. Ngoài ra thuốc còn gây phù chi dưới và việc sử dụng ở phụ nữ mang thai vẫn còn đang tranh cãi. Nifedipine còn gây tăng sản lợi và verapamil gây táo bón trên bệnh nhân.

Nhóm	Tên biệt dược (tên thương mại)	Liều dùng (mg/ngày)	Số lần/ngày
Chẹn kênh canxi không dihydropyridine	Diltiazem phóng thích chậm (Cardizem CD, Dilacor XR)	180-360	1
	Diltiazem phóng thích chậm (Cardiazem LA)	120-360	1
	Verapamil phóng thích trung bình	80-320	2
	Verapamil tác dụng kéo dài (Calan SR, Isoptin SR)	120-360	1-2
	Verapamil (CoveraHS)	120-360	1
Chẹn kênh canxi dihydropyridine	Amlodipine (Amlor)	5-10	1
	Felodipine (Plendil)	5-10	1

#### \* Nhóm thuốc ức chế men chuyển

Gồm có captopril, enalapril, benazepril, lisinopril..., cơ chế của thuốc là ức chế một enzyme có tên là men chuyển angiotensin (angiotensin converting enzyme, viết tắt ACE). Chính nhờ men chuyển angiotensin xúc tác mà chất sinh học angiotensin I biến thành angiotensin II và chính chất sau này gây co thắt mạch làm tăng huyết áp (THA).

Nếu men chuyển ACE bị thuốc ức chế tức làm cho không hoạt động được sẽ không sinh ra angiotensin II, sẽ có hiện tượng giãn mạch và làm hạ huyết áp. Là

thuốc được chọn khi người bị kèm hen suyễn (chống chỉ định với chẹn beta), đái tháo đường (lợi tiểu, chẹn beta). Tác dụng phụ: làm tăng kali huyết và gây ho khan

<b>Tên biệt dược (tên thương mại)</b>	<b>Thời gian hủy (giờ)</b>	<b>Liều dùng</b>
Losartan (Cozaar)	6-9	25-100 mg chia 1-2 lần/ngày, thường khởi đầu với liều 50 mg, giảm nửa liều nếu có thiếu dịch hoặc bệnh gan
Irbesartan (Aprovel)	11-15	150-300 mg dùng 1 lần/ngày, giảm nửa liều nếu có thiếu dịch, không thay đổi liều với bệnh gan trung bình hay bệnh thận nặng
Valsartan (Diovan)	6	80-320 mg dùng 1 lần/ngày, giảm nửa liều nếu có thiếu dịch, suy gan, suy thận
Telmisartan (Micardis)	24	40-80 mg dùng 1 lần/ngày, không dùng thấp hơn liều 40 mg/ngày khi có thiếu dịch hoặc suy gan

#### **6.4. Tăng huyết áp trên những bệnh nhân đặc biệt**

##### **6.4.1. Bệnh nhân lớn tuổi:**

Việc giảm mức huyết áp có thể giảm tỷ lệ phát sinh các biến cố tim mạch, suy tim, các bệnh mạch máu não và mất trí nhớ trong độ tuổi 60-80. Bệnh nhân được khuyến cáo giữ mức huyết áp < 140/90 mmHg, và mức độ giảm 20-30 mmHg vẫn được chấp nhận. Ở những bệnh nhân > 80 tuổi, mức huyết áp mục tiêu là < 150 mmHg mà không hạ huyết áp thế đứng. Những nhóm thuốc được ưu tiên trong chỉ định ban đầu là lợi tiểu thiazide hoặc dihydropyridine tác dụng kéo dài. Khởi đầu

với 1 thuốc và liều thấp, tối đa là 3 thuốc ở bệnh nhân > 80 tuổi. Lưu ý nguy cơ hạ huyết áp và té ngã. Trường hợp có sốt và tiêu chảy, cần xem xét lại thuốc điều trị.

#### 6.4.2. THA và tiểu đường

Giảm huyết áp kèm theo kiểm soát đường huyết chặt chẽ giúp cho những bệnh nhân giảm được những biến chứng vi mạch và mạch máu lớn.

Các nhóm thuốc trên đều có thể sử dụng trên bệnh nhân tiểu đường type

Ngoài ra thuốc ức chế men chuyển trên bệnh nhân type I, thuốc ARA II trên bệnh nhân type II cho thấy tác động bảo vệ cầu thận từ giai đoạn microalbumine niệu.

#### 6.4.3. THA và bệnh lý tim mạch

những bệnh nhân THA mạch vành ổn định, khuyến cáo trị liệu hàng đầu là thuốc chẹn beta và chẹn kênh calci tác dụng kéo dài.

Trong trường hợp suy tim do rối loạn chức năng tâm thu bởi THA, thuốc được ưu tiên là thuốc ức chế men chuyển và ARA II, thuốc lợi tiểu quai hoặc thiazide và một vài thuốc chẹn beta với liều tăng dần.

#### 6.4.4. THA và bệnh thận

Trong trường hợp bệnh nhân bệnh thận hoặc suy thận với độ thanh thải < 60ml/phút, việc kiểm soát huyết áp là không thể thiếu nhằm đạt mức huyết áp mục tiêu < 130/80 mmHg và mức protein niệu < 0.5 g/ngày. Nên phối hợp trị liệu: một ACEI hoặc ARA II kết hợp với lợi tiểu thiazide và lợi tiểu quai khi bệnh nhân bị suy thận nặng, độ lọc cầu thận < 30 ml/phút.

#### 6.4.5. Tăng huyết áp ở phụ nữ mang thai

Tăng huyết áp thai kỳ: Tăng huyết áp thai kỳ được định nghĩa là :

Tăng huyết áp khởi phát sau tuần lễ thứ 20 của thai kỳ

Không có dấu hiệu nào khác gợi ý tiền sản giật (Các dấu hiệu của tiền sản giật: Suy thận, Tăng transaminase huyết thanh; Co cứng cơ, Nhức đầu, Rối loạn thị giác kéo dài, Đột quy, Phù phổi, Thai chậm tăng trưởng trong tử cung, rau bong non)

Huyết áp trở về bình thường trong vòng 3 tháng sau sinh.

Theo định nghĩa, huyết áp trở về bình thường trong vòng 3 tháng sau sinh và người bệnh có thể ngưng dùng các thuốc chống tăng huyết áp. Nếu tình trạng tăng huyết áp còn tồn tại trong vòng 3 tháng, nên nghĩ đến một chẩn đoán khác – chẳng hạn như tăng huyết áp mạn tính (vô căn hay thứ phát). Cần tăng cường theo dõi do nguy cơ bị tái phát ở lần mang thai tới.

Bảng 1 Thuốc chống tăng huyết áp tương đối an toàn trong thai kỳ

Thuốc chống THA	Nhóm	Liều khởi đầu	Liều tối đa	Phản ứng có hại
Labetalol	Ức chế thụ thể $\beta$	100-200 mg x 2 lần/ngày	400 mg x 3 lần/ngày	Nhịp tim chậm, co thắt phế quản,
Oxprenolol	Ức chế thụ thể $\beta$	40-80 mg x 2 lần/ngày	80-160 mg x 2 lần/ngày	Nhịp tim chậm, co thắt phế quản
Nifedipine	Ức chế kênh canxi	10 mg x 2 lần/ngày, 30 mg/ngày dạng phóng thích có kiểm soát	20-40 mg x 2 lần/ngày, 120 mg /ngày dạng phóng thích có kiểm soát	Nhức đầu nặng, phù ngoại biên
Methyldopa	Tác động lên thần kinh trung ương	250 mg x 2 lần/ngày	500 mg x 4 lần/ngày	Nhức đầu, khô miệng, sung huyết mũi, thiếu máu tán huyết, trầm cảm
Hydralazine	Thuốc giãn mạch	25 mg x 2 lần/ngày	50-200 mg /ngày	Đỏ bừng mặt, nhức đầu, hội chứng giống lupus
Prazosin	Ức chế thụ thể $\alpha$	0.5 mg x 2 lần/ngày	3 mg /ngày	Hạ huyết áp tư thế

### \* Các thuốc chống tăng huyết áp sau sinh

Việc lựa chọn các thuốc chống tăng huyết áp phụ thuộc vào ý định cho con bú sữa mẹ. Nếu người mẹ mong muốn cho con bú, xem xét khả năng thuốc có đi qua sữa mẹ hay không. Đa số các thuốc sử dụng an toàn trong thai kỳ bài tiết vào sữa mẹ với lượng nhỏ và có thể dùng trong thời kỳ cho con bú.

**Bảng 2 Các thuốc chống tăng huyết áp trong thời kỳ cho con bú sữa mẹ**

Nhóm	Thuốc được xem là an toàn	Tránh dùng – Có thể gây nguy hại, không có hay ít dữ liệu
Thuốc ức chế thụ thể beta	Propranolol, metoprolol, labetalol	Tránh dùng atenolol, không có dữ liệu đối với các thuốc ức chế thụ thể beta khác.
Thuốc ức chế kênh canxi	Nifedipine	Ít dữ liệu đối với diltiazem và verapamil – các thuốc ức chế kênh canxi khác có thể an toàn
Thuốc ức chế men chuyển	Captopril, enalapril	Các thuốc ức chế men chuyển khác
Thuốc đối kháng thụ thể angiotensin II	Không	Không có dữ liệu
Thuốc lợi tiểu thiazide	Không	Ít dữ liệu
Thuốc khác	Methyldopa, hydralazine	Ít dữ liệu đối với prazosin, xem xét các thuốc thay thế

## 7. Dự phòng

### 7.1. Dự phòng cấp I

Đối với những người chưa bị tăng huyết áp cần lưu ý vấn đề sinh hoạt hàng ngày nhất là các thói quen có hại sức khỏe phải khám định kỳ để phát hiện tăng huyết áp hay các bệnh liên quan. Cần chú ý đến những người có yếu tố nguy cơ mắc bệnh cao cho dù những lần đầu chưa phát hiện tăng huyết áp nhưng cần trao đổi tuyên truyền để phối hợp dự phòng cùng nhân viên y tế tuyến trước.

### 7.2. Dự phòng cấp II

Đối với người đã tăng huyết áp, cần phải chặt chẽ hơn nữa trong chế độ ăn uống, nghỉ ngơi theo dõi huyết áp đều đặn và có kế hoạch điều trị ngoại trú để theo

dôi tiến triển, tác dụng phụ của thuốc. Cần chú ý yếu tố kinh tế trong điều trị vì đây là một liệu trình lâu dài, tốn kém.

## 8. Tiên lượng

Tiên lượng bệnh nhân thường phụ thuộc vào:

Trị số huyết áp: Trị số huyết áp càng cao thì tỷ lệ tử vong càng lớn.

Các biến chứng: Là yếu tố tiên lượng gần rất quan trọng nhất là khi có biến chứng.

Về tiên lượng xa: Cholesterol máu có vị trí quan trọng vì dễ đưa đến xơ vữa động mạch vành, nhồi máu cơ tim sau này.

## 9. VIÊM PHẾ QUẢN MẠN

### 1. Định nghĩa.

Viêm phế quản mạn tính là một tình trạng viêm tăng tiết nhày mạn tính của niêm mạc phế quản, gây ho và khạc đờm liên tục hoặc tái phát từng đợt: Mỗi đợt kéo dài khoảng 3 tuần, ít nhất 3 tháng trong một năm và ít nhất là 2 năm liên.

### Nguyên nhân

Hút thuốc lá, thuốc lào: Khói thuốc lá làm giảm vận động lông mao của tế bào lông chuyển của niêm mạc phế quản, làm phì đại và tăng tiết của tuyến dịch nhày, giảm chức năng đại thực bào của phế nang, kích thích co thắt cơ trơn phế quản.

Nghề nghiệp: Những người tiếp xúc với bụi vô cơ, bụi hữu cơ như công nhân mỏ than, công nhân luyện kim, thợ cán bông...

Nhiễm khuẩn: vi khuẩn, virus, những ổ viêm nhiễm ở đường hô hấp trên và viêm phế quản cấp là cơ sở thuận lợi cho viêm phế quản mạn tính phát triển.

Yếu tố thuận lợi: Cơ địa dị ứng khí hậu ẩm ướt, lạnh, cuộc sống nghèo nàn, lạc hậu... là những yếu tố làm cho bệnh dễ phát triển.

### 3. Triệu chứng

#### 3.1. Lâm sàng

Ho có đờm: đờm nhày trong, dính, khi có bội nhiễm đờm đục. Đờm khạc nhiều vào buổi sáng sớm trên 200ml/24h. Các đợt ho đờm thường xảy ra lặp đi lặp lại, ban đầu 4-5 lần một năm, lúc đầu mỗi lần 10-15 ngày, về sau các đợt ho và khạc đờm thường xuyên và kéo dài hơn.

Khó thở: là một triệu chứng quan trọng. Khó thở khi gắng sức về sau khó thở thường xuyên, tím tái.

Ngoài ra: Bệnh nhân gầy sút, xanh xao, buồn ngủ lơ mơ suốt ngày, tim đập nhanh...

Khám phổi: Rung thanh giảm, rì rào phế nang giảm, nghe có ran rít, ran ngáy và ran ẩm.

### **3.2. Cận lâm sàng**

Xét nghiệm đờm: soi trực tiếp và cấy thấy vi khuẩn.

Xquang phổi: rôn phổi đậm.

Soi phế quản: niêm mạc nhạt màu, nhiều chất nhầy.

### **Chẩn đoán:**

#### **4.1. Chẩn đoán xác định:**

Dựa vào tiêu chuẩn trong định nghĩa và triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng.

#### **4.2. Chẩn đoán phân biệt:**

Lao phổi : ho kéo dài , Xquang có hình ảnh đám mờ ở phổi.

Giãn phế quản: ho và khạc đờm nhiều, nhưng < 200ml/24 giờ.

Hen phế quản: cần chẩn đoán phân biệt với viêm phế quản mạn tính tắc nghẽn, dùng test xịt Salbutamol 200 - 300 mig và đo FEV1, nếu FEV1 tăng không quá 15% là viêm phế quản mạn tính tắc nghẽn .

Ung thư phế quản: ho kéo dài. Xquang có hình ảnh u hoặc hạch chèn ép.

Khí phế thũng: khi viêm phế quản mạn tính chưa biến chứng khí phế thũng

### **Tiến triển, biến chứng.**

Tiến triển: Bệnh tiến triển trong nhiều năm (5- 20 năm) xen kẽ nhiều đợt kịch phát.

Biến chứng: + Bội nhiễm phổi.

Giãn phế quản, phế nang.

Tâm phế mạn.

## **6. Điều trị**

### **6.1. Chế độ nghỉ ngơi, ăn uống.**

Nghỉ ngơi, giữ ấm cổ ngực

Tránh xa nơi bụi bặm, bỏ thuốc lá, thuốc lào.

Đảm bảo ăn uống nóng, hợp vệ sinh, không ăn thức ăn gây ho.

### **6.2. Chế độ thuốc**

*Trong đợt cấp của viêm phế quản mạn*

Dùng kháng sinh khi có bội nhiễm (giống như điều trị viêm phế quản cấp)

Long đờm nhóm Acetylcystein: Acetylcystein 200mg x 2-4 gói/24h.

- Chống co thắt phế quản:

Uống Salbutamol hoặc uống Theophylin: Salbutamol 4mg x4-6v/24h.



Hoặc tiêm, truyền Salbutamol kết hợp khí dung.

- Chống viêm bằng nhóm Corticoid:

Xịt Pulmicort hoặc uống Prednisolon 30 mg / ngày, giảm liều dần, hoặc tiêm tĩnh mạch Solumedron 40mg x1-2 lọ/24h

*Ngoài đợt cấp:* Chủ yếu là các biện pháp phòng bệnh và hạn chế tái phát.

## 7. Phòng bệnh

Bỏ hút thuốc, tránh lạnh, tránh bụi

Phòng chống nhiễm khuẩn đường hô hấp trên bằng súc họng, nhỏ mũi.

Ăn uống đủ chất, tăng cường thể lực.

Có biện pháp bảo hộ lao động cho những người tiếp xúc với khói bụi.

Đối với người già và trẻ em cần giữ ấm chân, cổ, ngực nhất là khi ngủ và lúc ra ngoài trời.

## 10. HEN PHẾ QUẢN

### 1. Định nghĩa và phân loại:

#### 1.1. Định nghĩa:

Hen phế quản là tình trạng viêm mạn tính ở đường thở, đặc trưng gây khó thở rít, có tiếng cò cữ, thường bị về đêm và sáng sớm. Con khó thở có thể tự hồi phục hoặc do điều trị.

#### 1.2. Phân loại: 4 loại

Hen ngoại sinh (hen dị ứng)

Hen nội sinh (hen nhiễm trùng )

Hen phối hợp (Giữa hai thể trên)

Hen ác tính: là cơn hen nặng kéo dài > 24h, bệnh nhân có thể tử vong do thiếu oxy, ứ trệ Cacbonic, toan hô hấp.

### 2. Nguyên nhân

Chưa rõ, nhưng những yếu tố làm khởi phát cơn hen thường thấy là:

- Dị ứng: Hít phải những chất và mùi gây kích thích như phấn hoa, sơn, lông gia cầm, khói thuốc lá ...

Thức ăn: Trứng, tôm, cua;

Vi khuẩn, nấm;

Thuốc: Vacin, Penxilin...

Nhiễm khuẩn: Thường là những ổ nhiễm khuẩn đường hô hấp trên như viêm xoang, viêm Amidan, viêm VA ở trẻ em...

Yếu tố vật lý: Thay đổi thời tiết, nhiệt độ, gió mùa, độ ẩm...

Do gắng sức: Sau những gắng sức như chạy, bơi làm xuất hiện cơn hen, thường xảy ra ở trẻ em và người trẻ. Cơ chế chưa rõ ràng, người ta cho rằng khi gắng sức làm thay đổi nhiệt độ và áp suất của khí thở vào gây kích thích niêm mạc phế quản.

Stress tinh thần.

### 3. Triệu chứng .

#### 3.1. Triệu chứng lâm sàng cơn hen điển hình:

- Triệu chứng cơ năng:

Khó thở : Có thể có triệu chứng báo hiệu (hắt hơi, sổ mũi, ho khan, tức ngực). Sau đó bắt đầu khó thở: khó thở từng cơn, khó thở chậm, khó thở thì thở ra và có tiếng cò cữ. Cơn nặng phải ngồi chống tay, há miệng thở, mặt nhợt, vã mồ hôi, tiếng nói ngắt quãng, cơn có thể kịch phát hoặc liên tục kéo dài 10-30 phút có khi hàng giờ, hàng ngày.

Cơn khó thở giảm dần và kết thúc là cơn ho khạc đờm trắng, dính quánh, nếu bội nhiễm thì đờm nhầy mủ màu vàng hoặc xanh, càng khạc đờm ra bệnh nhân càng dễ chịu.

Triệu chứng thực thể:

Khám trong cơn hen:

Phổi gõ vang, rì rào phế nang giảm, có ran rít, ran ngáy ở khắp 2 phổi. Tim nhịp nhanh, có thể có loạn nhịp; huyết áp tăng.

Ngoài cơn: Không thấy gì đặc biệt.

#### 3.2. Cận lâm sàng:

X quang phổi trong cơn hen : phổi tăng sáng, khoang liên sườn giãn, vòm hoành hạ thấp.

Xét nghiệm đờm có: bạch cầu ái toan , bạch cầu đa nhân trung tính, đại thực bào, tinh thể Charcot-Leyden .

Đo khí máu: Nếu cơn hen nặng thấy:

+ PaO<sub>2</sub>: Giảm, có khi dưới 70mmHg.

aCO<sub>2</sub> : Tăng, có khi trên 50mmHg.

SaO<sub>2</sub> : Giảm.

PH máu giảm khi có toan hô hấp.

### Chẩn đoán.

#### 4.1. Chẩn đoán xác định

Thường người bệnh có tiền sử bản thân hoặc gia đình mắc các bệnh dị ứng như hen, chàm, viêm mũi dị ứng, viêm kết mạc mùa xuân.

Để chẩn đoán hen, cần khai thác tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng, thăm dò chức năng hô hấp, X quang phổi và các xét nghiệm đặc hiệu khác.

Có thể chẩn đoán xác định nếu thấy cơn hen điển hình được mô tả như sau:

Tiền triệu: Hắt hơi, sổ mũi, ngứa mắt, buồn ngủ, ho khan...

Cơn khó thở: Khó thở chậm, khó thở ra, có tiếng cò cữ, tiếng rít (bản thân bệnh nhân và người xung quanh có thể nghe thấy), khó thở tăng dần, có thể kèm theo vã mồ hôi, khó nói. Cơn có thể ngắn 5-15 phút có thể kéo dài hàng giờ hàng ngày hoặc hơn.

Kết thúc cơn, khó thở giảm dần, bệnh nhân ho và khạc đờm trong, quánh dính.

Nghe phổi trong cơn hen thấy có ran rít ran ngáy. Ngoài cơn hen phổi hoàn toàn bình thường.

Đo chức năng thông khí phổi giúp cho khẳng định khả năng hồi phục phế quản, biểu hiện bằng tăng >15% (hoặc >200ml) FEV1, hoặc lưu lượng đỉnh (LLĐ) sau hít 400mcg salbutamol 10 đến 20 phút.

#### **4.2. Chẩn đoán phân biệt**

Khi chẩn đoán hen cần chú ý thăm khám đường hô hấp trên để chẩn đoán phân biệt hen với: amidan quá phát trẻ em, các tắc nghẽn do u chèn ép khí quản, bệnh lý thanh quản...

Các tắc nghẽn khu trú khí phế quản như khối u chèn ép, dị vật đường thở... tạo ra tiếng thở rít cố định và không đáp ứng với thuốc giãn phế quản.

Hen tim: là biểu hiện của suy tim trái do hẹp hở van hai lá hoặc cao huyết áp. Cần hỏi tiền sử, khám lâm sàng, chụp X quang phổi và ghi điện tim, siêu âm tim giúp cho xác định chẩn đoán.

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính: thường ở người bệnh trên 40 tuổi có hút thuốc lá thuốc lá, ho khạc đờm nhiều năm. Đo chức năng thông khí có rối loạn tắc nghẽn không hồi phục hoàn toàn với thuốc giãn phế quản.

#### **Biến chứng**

Nhiễm khuẩn phổi.

Giãn phế quản, phế nang.

- Lao phổi kết hợp

- Biến chứng mạn tính: Khí phế thũng, biến dạng lồng ngực, suy hô hấp mạn, tâm phế mạn.

#### **6. Điều trị.**

### **6.1. Trong cơn hen**

Tư thế: nằm đầu cao, thở oxy.

Chống co thắt phế quản: dùng các loại thuốc sau:

Theophylin, viên 0,1g uống mỗi lần từ 1-3 viên khi lên cơn

Salbutamol, Ventolin, Terbutalin, ( Bricanyl ) ...dùng dạng uống, khí dung, tiêm. VD: Ventolin xịt 1-3 nhát / lần khi lên cơn.

Hoặc: Salbutamol 2-4mg x 1-3 viên / lần uống khi lên cơn.

Chống viêm:

Solu- Medron 40mg x1 lọ/24 TM

Corticoid tại chỗ: Pulmicort, Sertide dùng dạng xịt, hít hoặc khí dung.

Giảm ho, loãng đờm: Nhóm Acetylcystein.

Điều chỉnh nước và điện giải;

Dùng kháng sinh nếu có nhiễm khuẩn;

### **6.2. Ngoài cơn hen**

Chủ yếu là các biện pháp phòng và hạn chế bệnh tái phát.

#### **Phòng cơn hen tái phát**

Khuyên bệnh nhân tránh những yếu tố gây dị ứng, những yếu tố gây stress;

Điều trị triệt để những ổ nhiễm khuẩn đường hô hấp trên;

Bỏ thuốc lá, thuốc lào;

Giữ ấm về mùa lạnh;

Tăng cường bồi dưỡng, luyện tập thể dục để nâng cao sức khỏe;

Thay đổi nơi làm việc và sinh sống phù hợp nếu có thể;

Sử dụng thuốc giãn phế quản tại nhà theo hướng dẫn

## 11. VIÊM RUỘT THỪA CẤP

Viêm ruột thừa là một bệnh cấp cứu ngoại khoa gặp ở mọi lứa tuổi. Đứng hàng đầu trong các trường hợp cấp cứu về bụng. Nếu chẩn đoán muộn và mổ muộn bệnh sẽ gây nhiều biến chứng nguy hiểm và có thể tử vong. Vì thế khi chẩn đoán xác định nghi ngờ viêm ruột thừa phải chuyển sớm bệnh nhân lên tuyến trên để điều trị.

### 1. Nguyên nhân:

Viêm ruột thừa có thể do các nguyên nhân sau:

Do nhiễm khuẩn: vi khuẩn thường gặp là E.coli, liên cầu khuẩn; vi khuẩn yếm khí

Do giun đũa chui vào hoặc do sỏi phân.

Do co thắt mạch máu nuôi dưỡng ruột thừa dẫn tới thiếu dinh dưỡng tại ruột thừa gây viêm.

### 2. Triệu chứng

#### 2.1. Triệu chứng toàn thân:

Bệnh nhân có hội chứng nhiễm trùng: sốt 380 đến 3805. Mạch nhanh, môi khô lưỡi bẩn.

#### 2.2. Triệu chứng cơ năng:

Đau: Đau âm ỉ, liên tục và khu trú ở hố chậu phải, đôi khi gặp những bệnh nhân lúc đầu đau ở thượng vị hoặc đau quanh rốn, sau đó khu trú ở hố chậu phải.

Đôi khi có buồn nôn, bí trung đại tiện, ít khi gặp ỉa lỏng.

#### 2.3. Triệu chứng thực thể:

Phải thăm khám nhẹ nhàng từ chỗ không đau đến chỗ đau có thể thấy:

Hố chậu phải đau: Ấn tay vào hố chậu phải nhất là điểm ruột thừa (Điểm Macburney: là điểm giữa đường nối từ rốn đến gai chậu trước trên bên phải)

Phản ứng thành bụng vùng hố chậu phải: triệu chứng này thường thấy và có giá trị

Thăm trực tràng, âm đạo: ấn ngón tay vào thành bên phải của trực tràng hay âm đạo bệnh nhân đau.

#### 3.4. Triệu chứng cận lâm sàng:

Xét nghiệm máu số lượng bạch cầu tăng cao, bạch cầu đa nhân trung tính tăng trên 70%.

Siêu âm: thấy hình ảnh ruột thừa phình to, lòng ruột thừa giãn, xung quanh có nhiều dịch.

## **Chẩn đoán**

### **3.1. Chẩn đoán xác định**

Có hội chứng nhiễm khuẩn.

Đau khu trú tại hố chậu phải

Điểm Mac Burney đau.

Có phản ứng thành bụng vùng hố chậu phải

Siêu âm: thấy hình ảnh ruột thừa viêm

### **3.2. Chẩn đoán phân biệt**

Các bệnh về tiết niệu: Cơn đau do sỏi niệu quản phải, viêm đường tiết niệu, cơn đau quặn thận phải.

Các bệnh về sản khoa: chửa ngoài tử cung vỡ, u nang buồng trứng xoắn, viêm phần phụ.

Các bệnh về tiêu hóa: Viêm phúc mạc do thủng dạ dày – tá tràng, viêm đại tràng co thắt, thủng ruột do thương hàn, viêm túi thừa Meckel.

Với các bệnh khác: Viêm cơ đáy chậu bên phải, viêm cơ thành bụng

## **Biểu chứng:**

### **5.1. Viêm phúc mạc.**

Bệnh nhân viêm ruột thừa không được điều trị, diễn biến tự nhiên vỡ gây viêm phúc mạc, thường xuất hiện sau 48h. biểu hiện:

Sốt cao, môi khô, lưỡi bẩn, mạch nhanh 120 lần/phút.

Đau vùng hố chậu phải lan ra khắp ổ bụng, kèm theo bí trung đại tiện.

Bụng chướng, có cảm ứng phúc mạc rõ, bệnh nhân đau khắp bụng nhưng đau nhất ở vùng hố chậu phải

Thăm túi cùng Douglas đau.

Xét nghiệm Bạch cầu tăng trên 10.000 BC/mmm<sup>3</sup>máu

### **5.2. Áp xe ruột thừa.**

Ruột thừa viêm vỡ ra được mạc nối và các quai ruột tới bao bọc lại tạo thành mũ (Viêm phúc mạc khu trú)

Thường gặp sau 3-5 ngày.

Khám thấy hố chậu phải có khối lồi lên, ranh giới rõ, mềm, không di động, gõ đục, ấn rất đau, da bụng vùng áp xe có thể nề.

Ổ áp xe có thể vỡ vào bụng tạo nên viêm phúc mạc, vỡ ra tạo nên rò mũ hoặc vỡ vào các tạng lân cận.

Xét nghiệm Bạch cầu tăng trên 10.000 BC/mmm<sup>3</sup>máu

### **5.3. Đám quánh ruột thừa.**

Thường gặp ở những người trẻ, sức đề kháng tốt hoặc bệnh nhân đã dùng kháng sinh

Gặp sau 4-5 ngày không được điều trị, được ruột non và mạc nối lớn tới bao bọc lại.

Bệnh nhân sốt nhẹ, bụng hơi chướng gõ vang, đau tức vùng hố chậu phải, sờ thấy một mảng cứng như mo cau, ranh giới không rõ, ấn đau tức, gõ đục dính với thành bụng và tổ chức xung quanh.

Đám quánh ruột thừa có thể áp xe hóa.

#### **Xử trí**

Viêm ruột thừa cấp cần phải chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời bằng phẫu thuật nếu muộn bệnh sẽ tử vong do nhiễm trùng, nhiễm độc, hoặc để lại nhiều biến chứng.

#### **Không nên:**

Không tiêm thuốc giảm đau

Không tiêm vào vùng đau

Không thụt tháo phân

Giải thích cho bệnh nhân và người nhà bệnh nhân chuyển đến tuyến có thể phẫu thuật.

## 11. SUY TIM

### **Định nghĩa.**

Suy tim là tình trạng bệnh lý trong đó khả năng cung cấp máu của tim không đủ đáp ứng nhu cầu của cơ thể về mặt oxy và dinh dưỡng.

### **2. Nguyên nhân**

#### **2.1. Gây suy tim trái**

Tăng huyết áp.

Một số bệnh van tim như hở hoặc hẹp van động mạch chủ, hở van hai lá.

Một số rối loạn nhịp tim, bệnh tim bẩm sinh (hẹp eo động mạch chủ, còn ống động mạch...).

#### **2.2. Gây suy tim phải.**

- Các bệnh phổi mạn tính và dị dạng lồng ngực, cột sống

Một số bệnh tim mạch như: Hẹp van hai lá, thông liên nhĩ, thông liên thất, tổn thương van 3 lá...

#### **2.3. Gây suy tim toàn bộ.**

Gồm các nguyên nhân đưa đến suy tim trái và phải.

Bệnh Basedow, thiếu Vitamin B1, thiếu máu nặng...

### **Triệu chứng**

#### **3.1. Suy tim trái**

*Cơ năng*

Khó thở: Là triệu chứng hay gặp nhất, khó thở ngày một tăng dần từ khó thở gắng sức đến khó thở thường xuyên, hay có cơn khó thở kịch phát về đêm.

Ho: Có thể ho khan, có khi ho ra máu.

Mệt nhọc do giảm cung lượng tim làm giảm tưới máu tổ chức.

*Thực thể*

Nghe tim thấy: Mỏm tim đập lệch về bên trái ngoài đường giữa đòn trái; Tần số tim nhanh, có thể có tiếng ngựa phi trái; Thường có thổi tâm thu ở mỏm;

Nghe phổi: Thường có ran ẩm ở hai đáy phổi.

*Cận lâm sàng*

X quang: Hình tim to, nhất là cung dưới trái. Hai phổi mờ nhất là vùng rốn phổi.

Điện tâm đồ: Trục trái, dày nhĩ trái, dày thất trái.

Siêu âm tim: Kích thước các buồng tim trái giãn to, có thể thấy được nguyên nhân gây suy tim.



### **3.2. Suy tim phải**

#### *Cơ năng*

Khó thở: khó thở thường xuyên, ngày một nặng dần, không có cơn kịch phát.

Đau tức hạ sườn phải do gan to ứ huyết.

#### *Thực thể*

Biểu hiện ứ máu ở ngoại biên như: Gan to, tĩnh mạch cổ nổi, dấu hiệu phản hồi gan - tĩnh mạch cổ dương tính, phù và đái ít, tím da và niêm mạc.

Tim: tần số tim nhanh, có tiếng bệnh lý tại tim

#### *Cận lâm sàng*

X quang: Có thể thấy cung dưới phải giãn, mỏm tim nâng lên cao, cung động mạch phổi giãn to.

Điện tâm đồ: Trục phải, dày nhĩ phải, dày thất phải.

Siêu âm tim: Kích thước thất phải giãn to.

**3.3. Suy tim toàn bộ:** bệnh nhân sẽ có triệu chứng kết hợp của cả 2 loại trên

### **4. Phân giai đoạn suy tim**

Hội Tim New York viết tắt là NYHA chia giai đoạn suy tim dựa vào các dấu hiệu cơ năng như sau:

Giai đoạn 1 (NYHA I): Có bệnh tim nhưng chưa có triệu chứng cơ năng.

Giai đoạn 2 (NYHA II): Triệu chứng cơ năng chỉ xuất hiện khi gắng sức nhiều. Bệnh nhân giảm nhẹ các hoạt động thể lực.

Giai đoạn 3 (NYHA III): Triệu chứng cơ năng xuất hiện cả khi gắng sức nhẹ, làm hạn chế nhiều đến các hoạt động thể lực.

Giai đoạn 4 (NYHA IV): Các triệu chứng cơ năng tồn tại thường xuyên kể cả lúc bệnh nhân nghỉ ngơi.

### **Điều trị suy tim**

#### **5.1. Nguyên tắc điều trị**

Giảm gánh nặng làm việc cho tim bằng chế độ nghỉ ngơi.

Tăng sức co bóp cơ tim bằng các thuốc trợ tim.

Giảm ứ máu ngoại biên bằng chế độ ăn nhạt, thuốc lợi tiểu, dùng giãn mạch.

Giải quyết nguyên nhân: Điều trị tăng HA, sửa chữa van tim, thay van tim.

#### **5.2. Điều trị cụ thể**

**\* Chế độ nghỉ ngơi, ăn uống**

Chế độ hoạt động của người bệnh tùy thuộc vào mức độ suy tim. Khi có suy tim nặng phải nghỉ ngơi tuyệt đối tại giường bệnh, khi ổn định có thể hoạt động nhẹ nhàng tránh gắng sức. Không lo lắng, suy nghĩ căng thẳng.

Chế độ ăn nhạt là cần thiết với bệnh nhân suy tim ở mọi giai đoạn: nếu suy tim độ I và II ăn dưới 2gam muối /ngày, nếu suy tim độ III, IV ăn dưới 0,5gam muối/ngày. Không dùng chất kích thích: Rượu, cà phê, thuốc lá...

**\* Chế độ thuốc:**

- Thuốc lợi tiểu:

Loại gây mất nhiều kali như: Furosemit, Hypothiazit ... cần bổ sung kali khi sử dụng.

Loại ít gây mất kali như: Aldacton.

Có thể phối hợp 2 loại lợi tiểu này với nhau.

- Thuốc trợ tim:

+ Nhóm Digitalis: Digoxin viên 0,25mg.

Nhóm Strophantus: Uabain, Lanatosid tiêm tĩnh mạch (thường dùng trong suy tim cấp).

- Thuốc giãn mạch:

Giãn tĩnh mạch làm giảm tiền gánh: Lenitral, Risordan.

Giãn động mạch làm giảm hậu gánh: Nifedipin.

Giãn cả động và tĩnh mạch: ức chế Alpha giao cảm (Minipress), ức chế men chuyển (Captoprin, Coversyl ...)

Các Amin giống giao cảm: Dopamin, Dobutamin.

Thuốc chống đông: Sintrom, Heparin, kháng Vitamin K...

Điều trị nguyên nhân tùy theo từng nguyên nhân

Nếu thiếu B1=> Tiêm B1liều cao.

Nếu thiếu máu=> truyền máu....

## 13. XƠ GAN

### 1. Đại cương.

Gan là tuyến lớn nhất của cơ thể, có màu đỏ nâu, mặt nhẵn, mật độ mềm, gan người lớn nặng khoảng 1,2 - 1,5kg. Gan có nhiều chức năng quan trọng: Chuyển hoá gluxit, chuyển hoá protit, chuyển hoá lipit, chức năng chống độc, chức năng đông máu...

Xơ gan là hậu quả của tình trạng tế bào gan bị thoái hoá, hoại tử, ngược lại tổ chức xơ phát triển rất mạnh. Gan xơ rất cứng, mặt lồi sần da cóc (nhân xơ), màu gan vàng nhạt, loang lổ, khối lượng gan nhỏ lại có khi chỉ còn 200 - 300gam.

### Nguyên nhân thường gặp của xơ gan

Do viêm gan virus: Nhất là virus viêm gan B và C là nguyên nhân chính dẫn đến xơ gan ở nước ta.

Viêm gan do rượu: Mỗi ngày uống 200ml liên tục ít nhất trong 2 năm sẽ dẫn đến viêm gan và sau đó là xơ gan.

Viêm gan mạn tính tự miễn hay viêm gan mạn tính tiến triển: Cơ thể sinh ra kháng thể chống lại gan.

Do tắc mật lâu ngày: Sỏi mật, teo đường mật.

Do suy dinh dưỡng: Ăn uống thiếu thốn nhất là thiếu protit.

Xơ gan do sán lá gan, rối loạn chuyển hoá sắt, đồng.

### Chẩn đoán lâm sàng.

#### 3.1. Triệu chứng lâm sàng.

Xơ gan thường tiến triển qua 2 giai đoạn:

##### 3.1.1. Giai đoạn tiềm tàng hay còn bù:

Rối loạn tiêu hoá: Ăn kém, khó tiêu, chướng bụng, đầy hơi, đi ngoài phân sống hoặc nát.

Phù: Phù nhẹ ở cả mặt và chi, tái phát nhiều lần, có thể kèm theo đá ít.

Đau hoặc cảm giác nặng nề hạ sườn phải.

Da: Trứng cá mọc nhiều, da xạm lại, các vết sẹo cũng sạm lại, có sao mạch hoặc giãn mạch, lòng bàn tay đỏ. Các triệu chứng ở da là những triệu chứng rất hay gặp.

Toàn thân: Gầy sút, mệt mỏi.

Khám có thể thấy:

Vàng da, vàng mắt nhẹ hoặc đậm.

Gan to, chắc;

Lách to.

### 3.1.2. Giai đoạn mất bù: (Biểu hiện bởi 2 hội chứng)

- Hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa:

Cổ trướng: Cổ trướng tự do, thường nhiều dịch (3- 10lít), dịch màu vàng chanh, Rivanta (-), Albumin < 30 gam/L.

Tuần hoàn bàng hệ: Xuất hiện những tĩnh mạch nổi lên ở da bụng thường xuất hiện cùng với cổ trướng.

Lách ngày càng to.

Giãn tĩnh mạch thực quản: Phát hiện bằng chụp Xquang thực quản, nội soi thực quản bằng ống soi mềm

- Hội chứng suy tế bào gan:

Thể trạng gầy sút, suy nhược, chán ăn, chậm tiêu, sút cân;

Phù, và cổ trướng;

Vàng da: Lúc đầu kín đáo về sau ngày càng đậm;

Chảy máu cam, chảy máu chân răng, chảy máu dưới da...

### 3.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu:

Hồng cầu giảm, bạch cầu tăng.

Các xét nghiệm men gan bị rối loạn rõ rệt:

SGOT (Serum Glutamin Oxalo Transaminase): Bình thường là < 37U/L nhưng khi bị xơ gan sẽ tăng rất cao.

SGPT(Serum Glutamin Pyruvic Transaminase): Bình thường là <40U/L nhưng khi bị xơ gan sẽ tăng rất cao.

Bilirubin: nếu có tăng cao là gan suy nặng.

Protit máu giảm, Albumin máu giảm nặng.

+ Tỷ lệ prothrombin giảm (Bình thường: 80 - 100%).

Siêu âm gan: Thấy kích thước gan to và sáng hoặc gan bị teo nhỏ, bờ không đều. Có thể có dịch cổ trướng.

Soi ổ bụng: Thấy màu sắc gan thay đổi, mặt gan mất tính chất nhẵn bóng, có thể mấp mô, bờ gan sắc mỏng.

Soi thực quản có thể thấy giãn tĩnh mạch thực quản trong giai đoạn xơ gan mất bù.

### Tiến triển và biến chứng

Giai đoạn còn bù tiến triển chậm trong nhiều năm, có khi hàng chục năm, vài chục năm.

Giai đoạn mất bù nhanh hơn, thời gian ngắn hơn. Trung bình 3 - 4 năm.

Tuy nhiên tiến triển nhanh hay chậm còn phụ thuộc vào nguyên nhân và biến chứng.

- **Biến chứng:**

Chảy máu tiêu hoá do vỡ tĩnh mạch thực quản;

Hôn mê gan;

Ung thư hoá;

Nhiễm trùng;

Suy kiệt.

## **Điều trị**

### **5.1. Chế độ nghỉ ngơi, ăn uống**

Không lao động nặng. Nghỉ ngơi khi có đợt tiến triển bệnh.

Ăn tăng đạm (chỉ hạn chế đạm khi có đe dọa hôn mê gan), tăng đường và tăng vitamin, hạn chế mỡ, hạn chế muối hoặc ăn nhạt khi có phù và cổ trướng.

Không được uống rượu, không dùng các thuốc hoặc hóa chất độc với gan.

### **5.2. Chế độ thuốc :**

*Điều trị nội khoa.*

Thuốc nâng đỡ tế bào gan: Các axit amin, nước nhân trần, actiso;

Các vitamin B1, B6, B12, C, K liều cao;

Tùy từng trường hợp cụ thể có thể cho :

Thuốc lợi tiểu : Trofurid 40mg x 1-2 viên/ngày

Truyền Albumin.

Chọc hút dịch cổ trướng nếu nhiều dịch.

Nếu có giãn TMTQ : dùng thuốc làm giảm ALTMTQ( uống Nitroglycerin hoặc truyền tĩnh mạch Sandostatin) hoặc thắt vòng nối cao su.

\* *Điều trị ngoại khoa:* Cắt lách, nối cửa - chủ hoặc lách - thận.