

CHUYÊN NGÀNH Y SĨ

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

1. Thông tư này hướng dẫn về phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ.
2. 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

1. *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.

2. *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.

3. *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

1. Hướng dẫn chẩn đoán phản vệ tại Phụ lục I.
2. Hướng dẫn chẩn đoán mức độ phản vệ tại Phụ lục II.
3. Hướng dẫn xử trí cấp cứu phản vệ tại Phụ lục III.
4. Hướng dẫn xử trí phản vệ trong một số trường hợp đặc biệt tại Phụ lục IV.
5. Hộp thuốc cấp cứu phản vệ và trang thiết bị y tế tại Phụ lục V.
6. Hướng dẫn khai thác tiền sử dị ứng tại Phụ lục VI.
7. Mẫu thẻ theo dõi dị ứng tại Phụ lục VII.
8. Hướng dẫn chỉ định làm test da tại Phụ lục VIII.
9. Quy trình kỹ thuật test da tại Phụ lục IX.
10. 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:

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

2. 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.

3. 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.

4. 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.

5. 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.

6. 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

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

2. 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.

3. 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.

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

5. 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

1. 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.

2. 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.

3. 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

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

2. 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

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

- a) Tổ chức thực hiện nghiêm Thông tư này tại cơ sở khám, chữa bệnh.
- b) 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.
- c) 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.

2. 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.

3. 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./.

**KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG**

Nguyễn Viết Tiên

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:

- a) Mày đay, phù mạch nhanh.
- b) Khó thở, tức ngực, thở rít.
- c) Đau bụng hoặc nôn.
- d) Tụt huyết áp hoặc ngất.
- e) Rối loạn ý thức.

2. Các bệnh cảnh lâm sàng:

1. 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:

- a) Các triệu chứng hô hấp (khó thở, thở rít, ran rít).
- b) Tụt huyết áp (HA) hay các hậu quả của tụt HA (rối loạn ý thức, đại tiện, tiểu tiện không tự chủ...).

2. 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:

- a) Biểu hiện ở da, niêm mạc: mày đay, phù mạch, ngứa.
- b) Các triệu chứng hô hấp (khó thở, thở rít, ran rít).
- c) Tụt huyết áp hoặc các hậu quả của tụt huyết áp (rối loạn ý thức, đại tiện, tiểu tiện không tự chủ...).
- d) Các triệu chứng tiêu hóa (nôn, đau bụng...).

3. 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:

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

II. Chẩn đoán phân biệt:

1. Các trường hợp sốc: sốc tim, sốc giảm thể tích, sốc nhiễm khuẩn.
2. Tai biến mạch máu não.
3. Các nguyên nhân đường hô hấp: COPD, cơn hen phế quản, khó thở thanh quản (do dị vật, viêm).

4. Các bệnh lý ở da: mày đay, phù mạch.
5. Các bệnh lý nội tiết: cơn bão giáp trạng, hội chứng carcinoid, hạ đường máu.
6. 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)

- 1. Nhẹ (độ I):** Chỉ có các triệu chứng da, tổ chức dưới da và niêm mạc như mào đay, ngứa, phù mạch.
- 2. Nặng (độ II):** có từ 2 biểu hiện ở nhiều cơ quan:
 - a) Mào đay, phù mạch xuất hiện nhanh.
 - b) Khó thở nhanh nông, tức ngực, khàn tiếng, chảy nước mũi.
 - c) Đau bụng, nôn, ỉa chảy.
 - d) Huyết áp chưa tụt hoặc tăng, nhịp tim nhanh hoặc loạn nhịp.
- 3. Nguy kịch (độ III):** biểu hiện ở nhiều cơ quan với mức độ nặng hơn như sau:
 - a) Đường thở: tiếng rít thanh quản, phù thanh quản.
 - b) Thở: thở nhanh, khò khè, tím tái, rối loạn nhịp thở.
 - c) Rối loạn ý thức: vật vã, hôn mê, co giật, rối loạn cơ tròn.
 - d) Tuần hoàn: sốc, mạch nhanh nhỏ, tụt huyết áp.
- 4. 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

1. 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.

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

3. **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.

4. 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

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

2. 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:

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

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

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

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

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

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

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

6. 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).

7. 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

90mmHg, trẻ em ≥ 70 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 1mg = 1ml = 1 ống, tiêm bắp:

a) Trẻ sơ sinh hoặc trẻ < 10kg: 0,2ml (tương đương 1/5 ống).

b) Trẻ khoảng 10 kg: 0,25ml (tương đương 1/4 ống).

c) Trẻ khoảng 20 kg: 0,3ml (tương đương 1/3 ống).

d) Trẻ > 30kg: 0,5ml (tương đương 1/2 ống).

e) Người lớn: 0,5-1 ml (tương đương 1/2-1 ống).

2. Theo dõi huyết áp 3-5 phút/lần.

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

4. 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:

a) Nếu chưa có đường truyền tĩnh mạch: Tiêm tĩnh mạch chậm dung dịch adrenalin 1/10.000 (1 ống adrenalin 1mg pha với 9ml 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 ml (dung dịch pha loãng 1/10.000=50-100 μ 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.

b) 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 μ g/kg/phút, cứ 3-5 phút điều chỉnh liều adrenalin tùy theo đáp ứng của người bệnh.

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

5. 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 1mg pha với 250ml NaCl 0,9% (như vậy 1ml dung dịch pha loãng có 4 μ g adrenalin)

Cân nặng người	Liều truyền tĩnh mạch	Tốc độ (giọt/phút) với kim
----------------	-----------------------	----------------------------

bệnh (kg)	adrenalin khởi đầu (0,1μg/kg/phút)	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

1. 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 ô xy 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,
- Truyền tĩnh mạch chậm: aminophyllin 1mg/kg/giờ hoặc salbutamol 0,1 μ g/kg/phút hoặc terbutalin 0,1 μ g/kg/phút (tốt nhất là qua bơm tiêm điện hoặc máy truyền dịch),

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

2. 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).

3. 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 sớ).

- 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 20-30 μ g/kg, tối đa 1mg, sau đó duy trì truyền tĩnh mạch 5-15 μ g/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

1. Trong giai đoạn cấp: theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpCO₂ và tri giác 3-5 phút/lần cho đến khi ổn định.

2. Trong giai đoạn ổn định: theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO₂ và tri giác mỗi 1-2 giờ trong ít nhất 24 giờ tiếp theo.

3. 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.

4. 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

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

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

b) 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.

c) 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).

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

2. Phản vệ trong khi gây mê, gây tê phẫu thuật:

a) 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.

b) 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.

c) 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.

d) 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.

3. Phản vệ với thuốc cản quang:

- a) Phản vệ với thuốc cản quang xảy ra chủ yếu theo cơ chế không dị ứng.
- b) Khuyến cáo sử dụng thuốc cản quang có áp lực thẩm thấu thấp và không ion hóa (tỷ lệ phản vệ thấp hơn).

II. Các trường hợp đặc biệt khác

1. Phản vệ do gắng sức

- a) Là dạng phản vệ xuất hiện sau hoạt động gắng sức.
- b) 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.
- c) 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.
- d) Gửi khám chuyên khoa Dị ứng-miễn dịch lâm sàng sàng lọc nguyên nhân.

2. Phản vệ vô căn

- a) Phản vệ vô căn được chẩn đoán khi xuất hiện các triệu chứng phản vệ mà không xác định được nguyên nhân.
- b) Điều trị theo Phụ lục III ban hành kèm theo Thông tư này.
- c) 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).
- d) 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 tằm cotton	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.

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).				
---	---	--	--	--	--

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)

PHỤ LỤC VII
MẪU THẺ THEO DÕI 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)*

(Mặt trước)

Bệnh viện			
Khoa/Trung tâm			
THẺ DỊ ỨNG			
Họ tên: Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/>			
Tuổi			
Số CMND hoặc thẻ căn cước hoặc số định danh công dân			
Dị nguyên/thuốc	Nghỉ ngơi	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"/>
.....	<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)*

1. 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.
2. 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.
3. Khi thử test phải có sẵn các phương tiện cấp cứu phản vệ.
4. Việc làm test da theo quy định tại Phụ lục IX ban hành kèm theo Thông tư này.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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)*

1. TEST LẤY DA

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

b) 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).

c) 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.

d) 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).

e) Kim lấy da cắm vào giữa giọt dung dịch trên mặt da tạo một góc 45° 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.

f) 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.

2. TEST NỘI BÌ

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

b) 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).

c) 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.

d) 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.

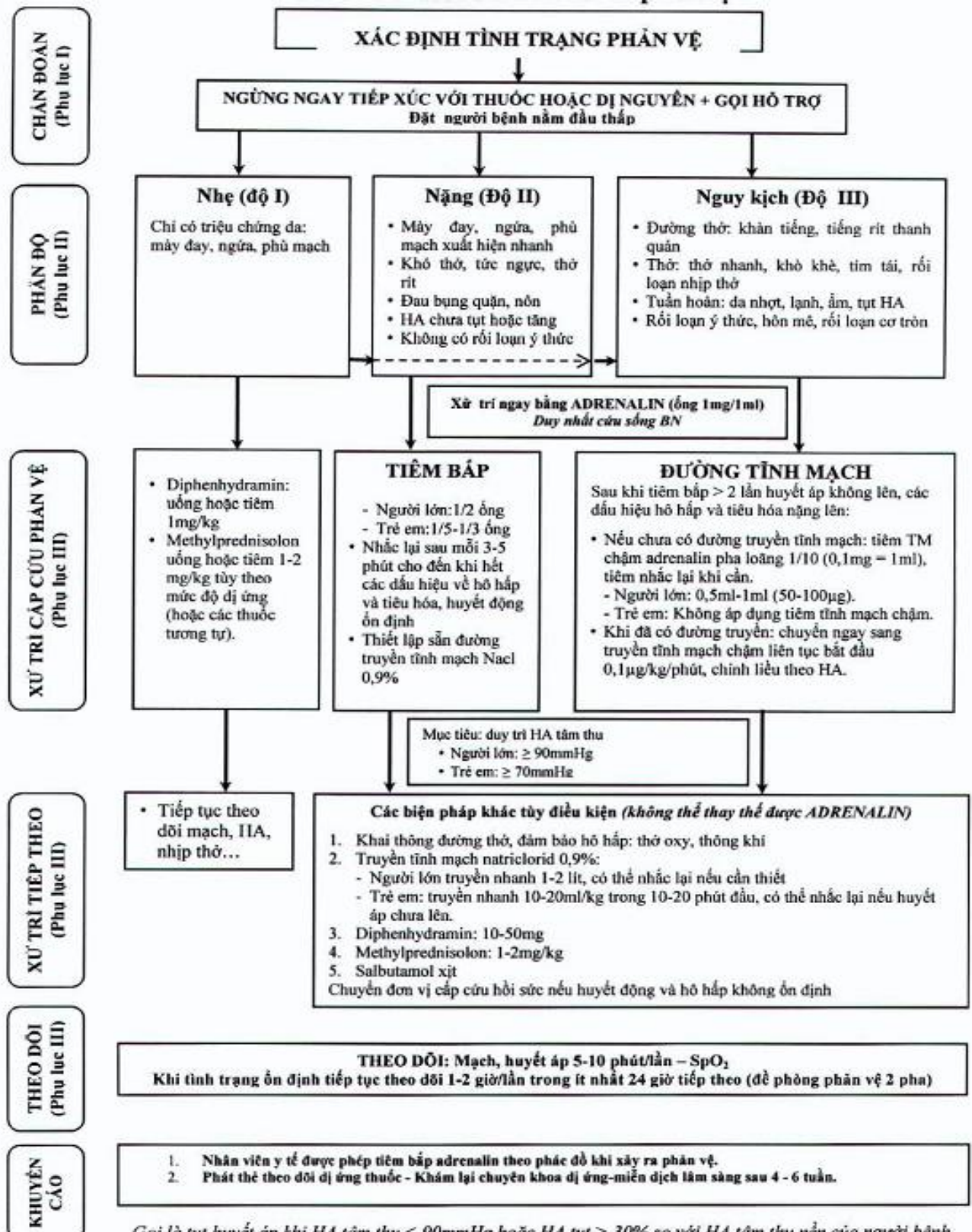
e) Đọc kết quả sau 20 phút, kết quả dương tính khi xuất hiện sẩn ở vị trí dị nguyên \geq 3mm hoặc trên 75% so với chứng âm./.

PHỤ LỤC X

SƠ ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ PHẢN VỆ

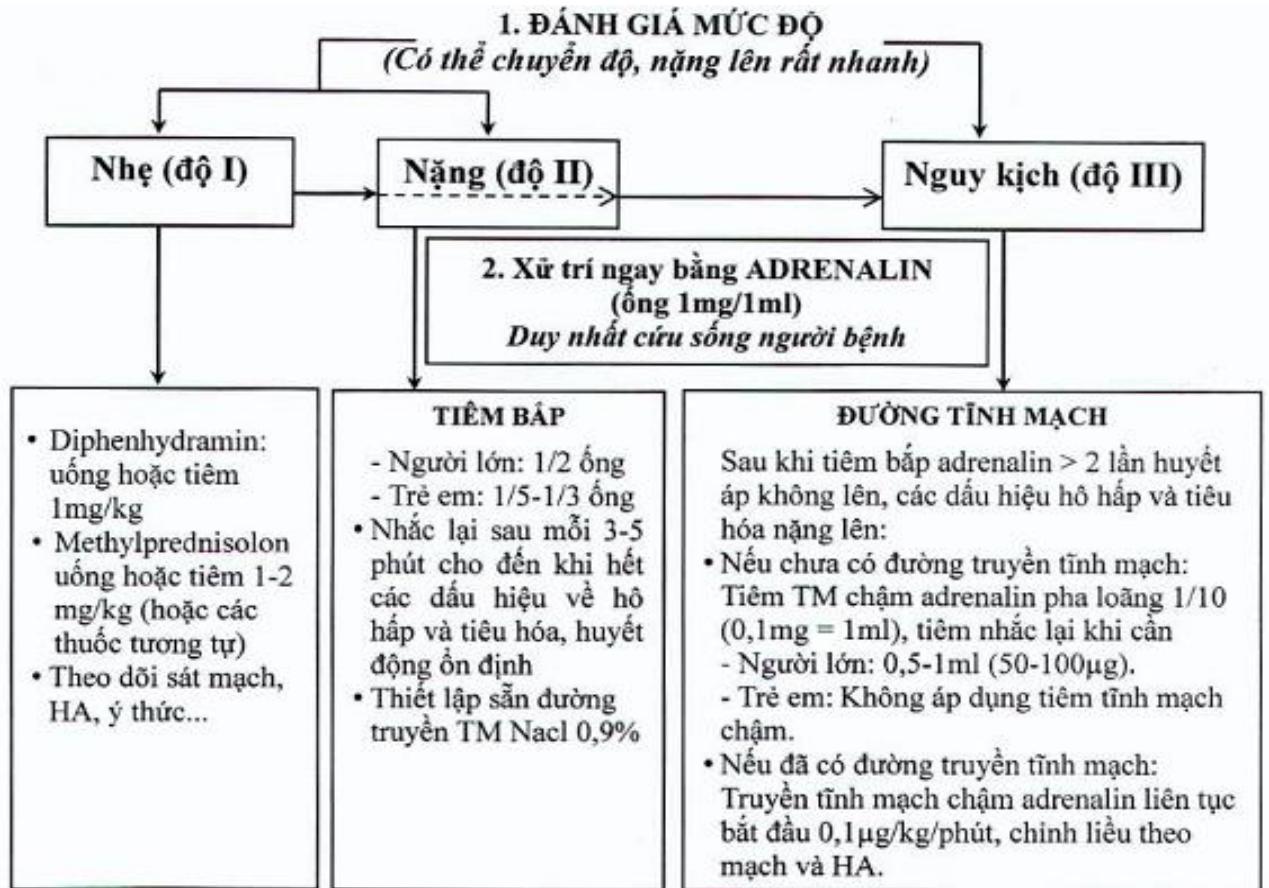
(Ban hành kèm theo Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

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



Gọi là tụt huyết áp khi HA tâm thu < 90mmHg hoặc HA tư > 30% so với HA tâm thu nền của người bệnh

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./.

CÁC KỸ THUẬT KIỂM SOÁT ĐƯỜNG THỞ

1. Đại cương

Khai thông đường thở là một thủ thuật cấp cứu rất quan trọng đối với các thầy thuốc cấp cứu nhằm đảm bảo ô xy và thông khí đầy đủ cho bệnh nhân.

Các điểm chính của chăm sóc đường thở là bảo vệ đường thở, giải phóng tắc nghẽn, và kỹ thuật hút đờm gỉai.

Các thủ thuật khai thông đường thở có thể rất đơn giản như thay đổi tư thế đầu bệnh nhân (kỹ thuật ngửa đầu nâng cằm, ấn giữ hàm).

Khai thông đường thở là một ưu tiên đầu tiên. Sau đó tiến hành thông khí miệng - miệng, miệng - mask, hoặc bóng ambu. Cuối cùng là các biện pháp bảo vệ đường thở như canuyn họng miệng, đặt nội khí quản, hoặc mở khí quản

2. Nguyên nhân gây tắc nghẽn đường thở

2.1. Nguyên nhân tại chỗ

- Do sập các tổ chức phần mềm vùng họng miệng (giảm trương lực cơ, gãy xương hàm)

- Phù thanh quản/co thắt thanh quản

- Viêm sụn nắp thanh quản cấp, viêm thanh quản cấp, bạch hầu thanh quản

- Liệt dây thanh âm hai bên

- Dị ứng gây phù niêm mạc họng và khí quản, thường do phản ứng dị ứng khi bị ong đốt, kháng sinh hoặc các thuốc hạ huyết áp (ức chế men chuyển)

- Chấn thương thanh quản, khối u thanh quản

2.2. Nguyên nhân ngoại sinh

- Phù thanh quản

- Ổ mủ vùng hầu họng

- Khó thở máu tụ (do rối loạn đông máu, chấn thương, phẫu thuật)

- U tuyến giáp

- U hạch

- U hoặc dị vật thực quản

2.3. Dị vật

- Thức ăn

- Đồ chơi với trẻ em hoặc bất kì đồ vật gì với các người bệnh sa sút trí tuệ hoặc người bệnh tâm thần

3. Các kỹ thuật khai thông đường thở

3.1. Tư thế bệnh nhân

* Khi bệnh nhân trong tình trạng không đáp ứng (bao gồm ngừng tuần hoàn)

- Nhanh chóng phát hiện chấn thương cổ hoặc mặt nếu có chấn thương cột sống cổ để cố ở tư thế ngửa trung gian.

- Nếu bệnh nhân đang nằm nghiêng hoặc sấp thì dùng kỹ thuật “lật khúc gỗ” (lật đồng thời cả đầu, thân và chân tay cùng lúc) để đưa bệnh nhân về tư thế nằm ngửa.

* Các trường hợp khác:

- Bệnh nhân suy hô hấp, phù não, Tai biến mạch não: tư thế fowler.

- Bệnh nhân phù phổi cấp : ngồi thẳng chân

3.2. Xử trí tắc nghẽn đường thở

Việc phát hiện sớm tắc nghẽn đường thở có tính quyết định. Các dị vật có thể gây tắc nghẽn đường thở một phần hoặc hoàn toàn :

- Tắc nghẽn một phần:

+ Trao đổi khí có thể gần bình thường, bệnh nhân vẫn tỉnh và ho được, cần động viên bệnh nhân tự làm sạch đường thở bằng cách ho.

+ Nếu vẫn còn tắc nghẽn, trao đổi khí xấu đi, bệnh nhân ho không hiệu quả khó thở tăng lên, tím thì cần can thiệp gấp.

- Tắc nghẽn hoàn toàn :

+ Bệnh nhân không thể nói, ho, thở ; hôn mê và cần được cấp cứu ngay.

Nếu các cố gắng điều chỉnh tư thế bệnh nhân thất bại hoặc thấy có dị vật ở miệng, hầu thì áp dụng các biện pháp sau :

* **Ép bụng** (Nghiệm pháp Heimlich):

Ép vào vùng thượng vị nhanh làm đẩy cơ hoành lên trên gây tăng áp lực lồng ngực và tạo một luồng khí mạnh tống dị vật ra khỏi đường thở, tương tự như ho:

Nếu bệnh nhân đang ngồi hoặc đứng:

Đứng sau bệnh nhân và dùng cánh tay ôm eo bệnh nhân, một bàn tay nắm lại, ngón cái ở trên đường giữa, đặt lên bụng hơi trên rốn, dưới mũi ức.

Bàn tay kia ôm lên bàn tay đã nắm và dùng động tác giật (để ép) lên trên và ra sau một cách thật nhanh và dứt khoát lặp lại động tác tới khi giải phóng được tắc nghẽn hoặc tri giác bệnh nhân xấu đi.

Khi bệnh nhân hôn mê:

- Đặt bệnh nhân nằm ngửa, mặt ngửa lên trên, nếu nôn để đầu bệnh nhân nghiêng một bên và lau miệng.

- Người cấp cứu quỳ gối ở hai bên hông bệnh nhân, đặt một cùi bàn tay lên bụng ở giữa rốn và mũi ức, bàn tay kia úp lên trên, đưa người ra phía trước ép nhanh lên phía trên, làm lại nếu cần.

Khi chỉ một người cấp cứu và phải ép tim, hô hấp nhân tạo thì quỳ gối ở một bên cạnh hông bệnh nhân để dễ di chuyển và dùng tay ép như trên.

Nếu có 2 người một người hô hấp nhân tạo và ép tim, một người làm nghiệm pháp.

Nếu chỉ có một mình nạn nhân: Tự ép bụng bằng cách ấn nắm tay lên bụng hoặc ép bụng vào các bề mặt chắc như bồn rửa, lưng ghế, mặt bàn, v.v...

* **Vỗ lưng và ép ngực:** Vì nghiệm pháp Heimlich có thể dễ dàng gây chấn thương bụng khi dùng cho trẻ nhỏ, kết hợp vỗ lưng và ép ngực ở các đối tượng này để loại trừ dị vật.

Chỉ động tác vỗ lưng đã có thể tống được dị vật, nếu không có hiệu quả thì nói tiếp bằng ép ngực, sau đó kiểm tra đường thở.

- Đặt trẻ nhỏ nằm trên tay tư thế sấp dọc theo trục của tay và đầu trẻ ở thấp.
- Dùng phần phẳng của bàn tay vỗ nhẹ và nhanh 5 cái lên vùng giữa hai xương bả vai.

- Nếu vỗ lưng không đẩy được dị vật ra, lật trẻ nằm ngửa và ép ngực 5 cái. Vị trí và cách ép như với ép tim nhưng với nhịp độ chậm hơn.

- Làm sạch đường thở giữa các lần vỗ lưng - ép ngực, quan sát khoang miệng dùng tay lấy bất cứ dị vật nào nếu nhìn thấy, không dùng ngón tay đưa sâu để lấy dị vật.

* **Đánh giá hiệu quả:**

- Sau mỗi động tác làm sạch đường thở, xác định theo dị vật đã được tống ra chưa và đường thở đã được giải phóng chưa, nếu chưa được lặp lại trình tự các động tác thích hợp tới khi thành công.

- Loại trừ dị vật thành công khi thấy :

- (1) Thấy chắc chắn dị vật được tống ra
- (2) Bệnh nhân thở rõ và nói được
- (3) Bệnh nhân tỉnh hơn
- (4) Màu da bệnh nhân trở về bình thường

- Nếu các động tác này được làm liên tục không có hiệu quả thì thực hiện các biện pháp khác mạnh mẽ hơn nếu có: Dùng đèn soi thanh quản và lấy dị vật bằng kẹp Margill, mở khí quản qua màng nhĩ giáp, mở khí quản qua da. Các kỹ thuật này là nâng cao, đòi hỏi các nhân viên được đào tạo đặc biệt tiến hành.

4. Các kỹ thuật bảo vệ đường thở

4.1. Đặt Canuyn hầu

* **Mục đích :**

- Giúp duy trì sự thông thoáng của đường thở và thông khí đầy đủ, đặt biệt khi dùng bóng Ambu và mask. Canuyn đặt đúng cũng giúp hút đờm dãi dễ dàng hơn.

- Chỉ nên được thực hiện khi các biện pháp cơ bản hỗ trợ các chức năng sống đã được thực hiện.

- Dụng cụ này làm thông thoáng đường thở bằng cách tách lưỡi ra khỏi thành họng.

* *Dụng cụ :*

- Canuyn: có 2 loại : canuyn miệng hầu và canuyn mũi hầu.

- Đè lưỡi.

- Chất bôi trơn canuyn.

4.1.1. Canuyn miệng hầu: có loại Guedel và Berman với các cỡ khác nhau.

- Chọn cỡ thích hợp bằng cách đặt đầu ngoài của canuyn ở ngang góc miệng bệnh nhân, nếu đầu trong canuyn tới góc hàm là phù hợp.

- Canuyn đặt đúng khi: Đầu trong nằm ở góc lưỡi và trên nắp thanh môn, mép ở đầu ngoài của canuyn ở bên ngoài cung răng.

Có 2 kỹ thuật đặt:

+ Nhấc hàm để làm tách lưỡi ra khỏi thành sau họng, xoay canuyn 180° trước khi đặt, khi đầu canuyn chạm hàm ếch cứng thì xoay trở lại 180° làm cho bề cong của canun xếp theo khoang miệng.

+ Dùng đè lưỡi để ấn lưỡi, canuyn được trượt trên lưỡi theo độ cong của vòm miệng.

- Nếu đặt canuyn sai vị trí làm đẩy lưỡi ra sau gây tắc nghẽn thêm do đó người đặt cần được huấn luyện trước.

- Chống chỉ định :

Bệnh nhân tỉnh hoặc bán mê (có thể gây khạc, nôn, co thắt thanh quản)

Chấn thương khoang miệng, chấn thương xương hàm dưới

Hoặc phần hộp sọ thuộc xương hàm trên, tổn thương choán chỗ hoặc dị vật ở miệng họng.

4.1.2. Canuyn mũi hầu

- Giống Canuyn miệng họng ở chỗ tách lưỡi ra khỏi thành sau họng nhưng khác là canuyn này được đặt qua mũi tạo một con đường từ lỗ mũi ngoài đến gốc lưỡi.

- Chỉ định khi không đặt được canuyn miệng hầu,

Chống chỉ định khi có chấn thương hoặc tổn thương choán chỗ, dị vật ở vùng mũi, trẻ nhỏ (do lỗ mũi nhỏ).

- Có nhiều cỡ khác nhau nhưng quan trọng là chiều dài của canuyn. Chiều dài thích hợp tương xứng với khoảng cách từ dải tai tới chân cánh mũi.

Cách đặt: Ngửa nhẹ đầu về phía sau, bôi trơn canuyn, đưa canuyn thẳng góc với bình diện của mặt bệnh nhân, từ từ tiến canuyn qua cửa mũi, đảm bảo mặt vát của canuyn hướng về phía vách mũi, nếu thấy đưa vào khó có thể xoay nhẹ, nếu vẫn khó rất có thể do vẹo vách mũi thì đặt lỗ mũi bên kia hoặc dùng canun cỡ nhỏ hơn.

Đặt xong có thể kiểm tra vị trí bằng cách dùng đèn lưôi để nhìn. không cần cố định canuyn thêm.

4.2. Mặt nạ thanh quản

- Mặt nạ thanh quản là một loại đường thở cố định vững chắc hơn so với mặt nạ mũi miệng nhưng kém hơn so với nội khí quản.

- Mặt nạ thanh quản thường được sản xuất dưới dạng ống silicon (hoặc nhựa). Phần cuff (mặt nạ thanh quản) được nối với bóng cuff.

Nếu đặt đúng vị trí thì 3 lỗ mở sẽ hướng thẳng vào thanh quản.

Đối với người lớn thường dùng cỡ số 4,

Số 1 cho trẻ sơ sinh hoặc trẻ < 6,5 kg;

Số 2 cho trẻ từ 6,5-20 kg;

Số 3 cho trẻ > 30 kg.

- Nên dùng mặt nạ thanh quản cho các bệnh nhân hôn mê. Tư thế đầu ngửa. Cho bệnh nhân há miệng và đầu của cuff ép sát vào vòm họng. Đẩy mặt nạ vào sâu cho đến khi thấy cảm giác vướng. Mặt nạ được đặt đúng khi sau khi bơm cuff thấy luồng hơi thở của bệnh nhân phụt lên.

- Chống chỉ định:

Chấn thương cột sống cổ nên bệnh nhân không uốn được cổ, bệnh nhân không há được miệng, chấn thương hầu họng, những bệnh nhân có nguy cơ sặc cao, và khi cần phải duy trì đường thở kéo dài.

4.3. Các biện pháp khác:

Đặt nội khí quản, mở khí quản, chọc, mở màng nhĩ nhân giáp.

CÁC PHƯƠNG PHÁP CẦM MÁU

1. Đại cương

- Vết thương nào cũng gây chảy máu vì có tổn thương mao mạch
- Vết thương mạch máu đặc biệt là vết thương động mạch rất nguy hiểm vì làm mất nhiều máu dẫn đến tử vong
- Để xử trí vết thương mạch máu tại cơ sở đạt kết quả tốt phải biết cách cầm máu tạm thời.

2. Chẩn đoán vết thương mạch máu

2.1. Vết thương tĩnh mạch

- Triệu chứng lâm sàng:
 - + Máu chảy ra ít hơn vết thương động mạch
 - + Màu máu đỏ sẫm hoặc hơi tím
 - + Máu trào đều trên miệng vết thương
- Xử trí:
 - + Khi cấp cứu vết thương tĩnh mạch chỉ cần băng ép chặt là được
 - + Đối với vết thương tĩnh mạch lớn như tĩnh mạch cảnh, tĩnh mạch chủ bụng, tĩnh mạch gáy, khi sơ cứu chỉ cần băng nhồi rồi băng ép chặt sau đó chuyển về tuyến sau điều trị
 - + Vết thương mao mạch có máu chảy từng giọt chỉ cần băng ép là được.

2.2. Vết thương động mạch

- Triệu chứng lâm sàng
 - + Máu chảy nhiều
 - + Máu chảy thành tia theo nhịp đập của tim
 - + Màu máu đỏ tươi
 - + Chèn phía trên đường đi của động mạch, máu vết thương ngừng chảy
- Phải tiến hành cầm máu ngay, nếu không sẽ gây tử vong do mất máu.

3. Phương pháp cầm máu

3.1. Băng ép:

Dùng vải, băng cuộn, bông gạc cuộn thành một cuộn tròn chắc. đặt trên đường đi của động mạch ở phía trên vết thương, rồi lấy băng cao su hoặc băng cuộn quấn chặt xung quanh

- Nếu vết thương miệng rộng hoặc vết thương tĩnh mạch lớn, dùng bông gạc nhét chặt vào vết thương rồi băng ép chặt là được.
- Nếu ở sâu dùng kim kẹp lại

3.2. Phương pháp đặt garô

3.2.1. Chỉ định đặt garô và chống chỉ định

- Chỉ định: đối với vết thương động mạch (trong phẫu thuật chi)
- Chống chỉ định: Không được đặt ga rô phía trên vết thương phần mềm có chảy máu, vì có thể gây hoại tử

3.2.2. Nguyên tắc đặt garô

- Không đặt ga rô trực tiếp trên da vì gây tổn thương da
- Khi đặt garô không xoắn quá chặt, chỉ chặt vừa đủ cho máu ngừng chảy là được. nếu chặt quá gây đau tăng lên và gây liệt chi
- Đối với vết thương nhỏ đặt ga rô ở phía trên vết thương khoảng 2- 3cm, Vết thương rộng đặt ga rô trên vết thương 5-6 cm không đặt xa quá
- Sau 1 giờ phải nới garô 1 lần, mỗi lần để 1-2 phút để cho đầu chi trở lại bình thường.

Nếu để garô lâu quá 2-3 giờ mới nới sẽ làm chết phần dưới đặt ga rô, chỉ nên nới ga rô khoảng 5 lần.

Tổng thời gian đặt garô khoảng 6 giờ với điều kiện 1 giờ nới 1 lần (khi vận chuyển phải có hộ tổng)

- Phải theo dõi chặt chẽ chi đặt garô, không để chi thiếu dinh dưỡng như tím tái kéo dài
- Phiếu đặt garô phải ghi rõ ràng, đặt ngay trước ngực nạn nhân để dễ nhìn thấy
- Chuyển nhanh bệnh nhân về tuyến sau (ưu tiên số 1)

3.2.3. Dây đặt garô

- Băng Esmash là băng cao su to bản rộng 4-6 cm, dài 1-1,5 mét (4 cm băng chi trên, 6 cm băng chi dưới)
- Săm xe đạp cắt đôi theo chiều dọc
- Miếng vải, khăn mùi xoa ..buộc lỏng dùng que xuyên qua rồi xoắn chặt lại cho đến vết thương ngừng chảy máu

3.2.4. Kỹ thuật đặt garô (phải tiến hành theo đúng trình tự)

- Dùng tay ấn tạm thời phía trên vết thương đường đi của động mạch trong khi chờ chuẩn bị dụng cụ

Ví dụ: Chi trên, động mạch cánh tay thì ấn vào phía trước bó mạch trong cánh tay, động mạch cẳng tay thì ấn vào nếp khuỷu chi dưới, nếu tổn thương động mạch đùi thì ấn vào nếp bẹn.

- Nơi đặt ga rô phải cuốn một miếng gạc vòng tròn để lót da sau đó cuốn 3 vòng
- + Vòng đầu không nên cuốn chặt ngay, nếu cuốn chặt ngay sẽ làm xoắn da gây tổn thương da
- + Vòng 2 chặt hơn vòng 1
- + Vòng 3 chặt hơn vòng 2

+ Hết vòng 4 thì dặt đầu băng còn lại (vòng khoá) và để lộ ra ngoài tiện cho việc nói ga rô và theo dõi, không được để tuột băng

- Ga rô xong phải kiểm tra lại máu vết thương còn chảy hay không rồi băng vết thương và cố định chi.

- Nếu không có dây cao su thì dùng dây vải bản rộng 5 cm hoặc băng tự tạo quấn xung quanh chi 2 vòng hơi lỏng, thắt 2-3 nút cho chặt rồi luồn một que để soán lại tới khi vết thương cầm được máu, rồi dùng một dây khác buộc đầu que theo chiều dọc của chi để cố định.

- Cầm máu động mạch cổ: không phương pháp ga rô để cầm máu, dùng một cuộn băng ép vào động mạch bên tổn thương, phía bên đối diện thì đặt một thanh gỗ từ quá đầu đến quá bả vai để bệnh nhân khỏi ngạt thở.

Chú ý :

- Có cán bộ chuyên môn đi hộ tống khi vận chuyển để theo dõi các chỉ số sinh tồn, tiêm thuốc trợ tim mạch.

- Khi đến địa điểm điều trị phải bàn giao cụ thể.

- Khi nói ga rô bệnh nhân hay bị sốc nên phải nói từ từ và rất chậm.

SƠ CỨU BỎNG

Bỏng là một tổn thương gây ra do nhiệt độ cao, do hóa chất hoặc do tia xạ.

Tổn thương do bỏng khác nhau về kích thước, độ sâu. Ngoài tổn thương ngoài da, có thể có tổn thương bỏng tại phổi do hít phải khí nóng, tổn thương toàn thân do hít phải khí độc

1. Chức năng của da

Diện tích da sơ sinh 0,25 m², người lớn 1,6 - 2 m² gồm 3 lớp

- Biểu bì: Bảo vệ cơ thể, cách nhiệt, giữ nước. Khi mất biểu bì hiện tượng mất nước qua da tăng 10 -20 lần

- Trung bì: Nuôi biểu bì, bài tiết mồ hôi, chất nhờn, đào thải chất bã, chất độc

+ Điều chỉnh thân nhiệt

+ Cảm giác, xúc giác...

+ Hấp thụ thuốc

+ Hàng rào sinh học miễn dịch

+ Tham gia phản ứng viêm

- Hạ bì:

+ Mạch máu phong phú nuôi trung bì

+ Hấp thụ thuốc, chất hòa tan, dự trữ năng lượng

2. Nguyên nhân

Do bất cẩn trong khi dùng lửa, lò sưởi, nước nóng, sử dụng các thiết bị điện. Do bất cẩn khi dùng các dung dịch có chứa acid hoặc kiềm mạnh.

Khi bỏng trên diện tích lớn của cơ thể, gây mất huyết tương và mất thăng bằng dịch và các chất điện giải dẫn tới sốc.

2.1. Bỏng do nhiệt độ cao là loại bỏng hay gặp nhất chiếm 84-94 % tổng số bệnh nhân bỏng

Tổn thương mô tế bào tùy thuộc vào nhiệt độ và thời gian tiếp xúc.

Ở nhiệt độ dưới 43⁰C, không gây tổn thương dù thời gian tiếp xúc lâu. ở nhiệt độ dưới 44-45⁰C (nhiệt độ giới hạn cho mô tế bào): nếu thời gian tiếp xúc liên tục trên 6 giờ thì gây tổn thương mô tế bào. Ở 49⁰C trong thời gian 5 phút mô tế bào đã bị chết.

Ở nhiệt độ trên 70⁰ C thời gian mà mô tế bào bị chết chỉ trong 1 giây, chất tạo keo (collagen) bị biến chất, chất nguyên sinh vón cục.

Như vậy điều cần thiết là phải dập tắt ngọn lửa trên người bệnh nhân một cách nhanh chóng. Đồng thời phải cởi bỏ ngay các trang phục quần áo đã và

đang cháy trên cơ thể, dùng nước lạnh dội ngâm để tắt lửa và hạ bớt sức nhiệt, hạn chế tổn thương.

Bỏng do nhiệt được chia thành hai nhóm nhiệt khô và nhiệt ướt:

2.1.1 Bỏng do nhiệt khô

Do bỏng xăng, cháy nhà, kim loại nóng chảy, bức xạ nhiệt.

Đặc điểm loại này: nhiệt độ rất cao lên đến hàng nghìn độ. Lửa cháy tiêu thụ một lượng lớn oxy và sản sinh ra khí CO₂, các khói và khí độc của vật liệu bị cháy.

Hậu quả của bỏng nhiệt loại này là: ngoài thương tổn bỏng còn có thể bị nhiễm độc do hít phải khí oxycarbon và bỏng đường hô hấp. Các khí làm bệnh nhân co thắt thanh môn, phế quản, rối loạn nhịp tim...

2.1.2. Bỏng do nhiệt ướt gồm có nước nóng từ 50°C trở lên, hơi nước, các thức ăn nóng đổ vào người...

Đặc điểm loại này: thường nhẹ hơn các loại khác, nếu biết sơ cứu tốt (cởi bỏ ngay quần áo, dội nước lạnh ngay) thì bỏng không tiến triển thành bỏng sâu.

2.2 Bỏng do nhiệt độ thấp: nước đá, nitơ lạnh...thường do nghề nghiệp như tiếp xúc lâu với kho lạnh, khí lạnh.

Đặc điểm của bỏng lạnh là hay bị ở các ngón tay, bàn tay, bàn chân, cổ, mũi...

2.3. Bỏng do tia lửa điện(đặc biệt là điện cao thế), do sét đánh.

2.4. Bỏng do hoá chất: phospho, a-xít, ...

2.5. Bỏng do phóng xạ.

3. Phân loại

3.1. Phân loại theo độ sâu của bỏng:

- Bỏng độ 1:

Là bỏng mức độ nhẹ, biểu hiện là đỏ da, phù nhẹ, và đau.

Nguyên nhân thường do tiếp xúc với ánh nắng mặt trời, tiếp xúc nhanh với vật nóng hoặc do hơi nóng.

Thường tự lành nhanh chóng sau vài ngày.

- Bỏng độ 2:

Là bỏng sâu hơn độ 1, biểu hiện bằng sự phồng rộp với các bọt nước ở trên mặt da. Thường mức độ đau nhiều hơn là bỏng độ 3.

Nguyên nhân là tiếp xúc quá mức với ánh nắng mặt trời, tiếp xúc với vật nóng,...

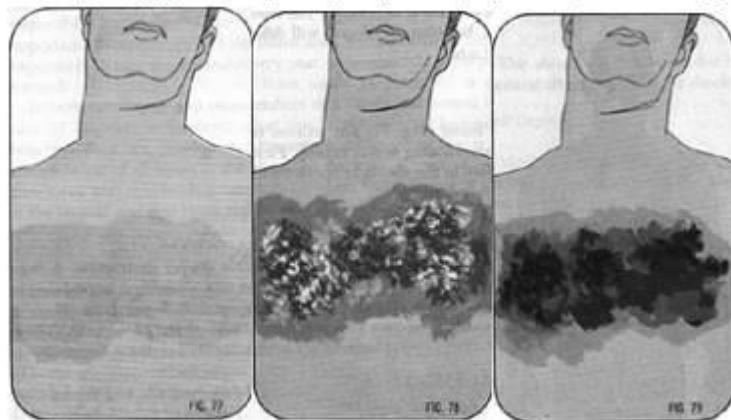
- Bỏng độ 3:

Là bỏng gây tổn thương sâu hơn. Vết bỏng thường **trắng hoặc cháy đen.**

Nguyên nhân thường là ngọn lửa trực tiếp hoặc cháy quần áo, nước nóng, hoặc điện giật.

Cần chú ý những vùng tổn thương bị che khuất, xác định nguyên nhân gây bỏng: bỏng điện, hóa chất, nước sôi, lửa.

Bỏng hóa chất: tiên lượng phụ thuộc vào việc rửa sớm, bỏng mắt phải được chuyển ngay cho chuyên ngành mắt.



*Bỏng độ 1
(Đỏ da)*

*Bỏng độ 2
(Phồng nước)*

*Bỏng độ 3
(Trắng, cháy đen)*

3.2. Phân loại theo diện tích bỏng:

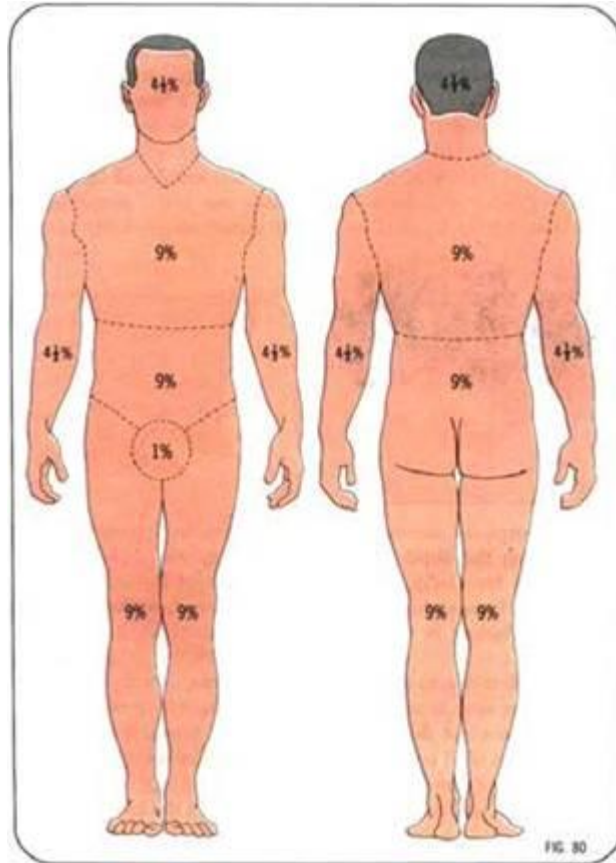
Thường dùng “quy tắc số 9” để ước lượng sơ bộ diện tích bỏng.

Quy tắc số 9 là cách ước lượng đơn giản diện tích da của cơ thể dựa vào bội số của 9% (xem thêm hình dưới)

- Đầu có bội số 1 (chiếm 1 x 9% diện tích cơ thể)
- Mỗi tay có bội số 1 (hai tay chiếm 2 x 9% diện tích cơ thể)
- Mỗi chân có bội số 2 (hai chân chiếm 4 x 9% diện tích cơ thể)
- Phía trước thân có bội số 2 (chiếm 2 x 9% diện tích cơ thể)
- Phần sau thân có bội số 2 (chiếm 2 x 9% diện tích cơ thể)

Tổng cộng là $(1 + 2 + 4 + 2 + 2) \times 9\% = 11 \times 9\% = 99\%$, và bộ phận sinh dục 1% nữa cho tổng cộng 100%.

Thường thì bỏng dưới 15% được coi là bỏng diện tích nhỏ, từ 15% đến 39% được coi là bỏng diện tích trung bình, từ 40 đến 69% được coi là bỏng diện tích rộng, và trên 70% là bỏng rất rộng.



Diện tích da của cơ thể dựa theo quy tắc số 9

4. Sơ cứu ban đầu

4.1. Nguyên tắc

- Đảm bảo các bước A, B, C... trong xử trí cấp cứu người bệnh.
- Nhanh chóng loại trừ các tác nhân gây bỏng ra khỏi cơ thể nếu còn.
- Hạn chế tối thiểu mức độ nhiễm bẩn cho vết bỏng, băng bó vết thương, vận chuyển đến chuyên khoa bỏng.

4.2. Sơ cứu

4.2.1. Bỏng độ 1:

- Thường không cần chăm sóc y tế, tổn thương thường tự lành sau vài ngày
- Để hạn chế các tổn thương phần mềm do nhiệt gây ra: chườm ngay nước lạnh hoặc nhúng vùng bị bỏng vào nước lạnh hoặc rửa dưới vòi nước lạnh.
- Có thể băng nhẹ chỗ bỏng để tránh cọ xát



Rửa vết bỏng dưới vòi nước lạnh

4.2.2. Bỏng độ 2 diện tích nhỏ:

- Nhúng phần bị bỏng vào nước lạnh (không dùng nước đá) hoặc áp khăn lạnh.
- Đắp nhẹ lên vết bỏng bằng gạc vô trùng, quần áo sạch
- Nếu chân hoặc tay bị bỏng, nên giữ ở tư thế cao. Phải nằm nghỉ nếu bị bỏng ở chân.
- Không áp bông thấm nước lên vết bỏng
- Không chọc vỡ các mụn bỏng hoặc bóc chỗ da phồng
- Không dùng thuốc sát trùng, mỡ, hoặc thuốc dân gian bôi lên vết bỏng
- Theo dõi sau 4-5 ngày: Nếu vết bỏng vỡ ra và có dấu hiệu nhiễm trùng thì chuyển viện, nếu vết bỏng vỡ ra và sạch thì rửa vết bỏng bằng nước sạch rồi lại băng nhẹ, cho đến khi lành.

4.2.3. Bỏng độ 2 diện tích trung bình trở lên

Sơ cứu như với bỏng độ 2 diện tích nhỏ rồi chuyển viện.

4.2.4. Bỏng độ 3:

- Đắp nhẹ gạc vô trùng lên vết bỏng.
- Nếu bị ở tay, luôn giữ tay cao hơn tim của nạn nhân (giữ tay thẳng đứng nếu nạn nhân đứng hoặc đặt lên gối nếu nạn nhân nằm).
- Nếu bỏng ở chân, cũng luôn giữ ở tư thế cao, không cho nạn nhân đi lại.
- Nếu bỏng ở mặt, nên giữ nạn nhân ở tư thế ngồi và luôn theo dõi khó thở. Có thể dùng một cái cán thìa hoặc vật tương tự đè lên lưỡi nạn nhân cùng với ngửa đầu ra sau để giữ thông đường thở (chú ý nhẹ nhàng tránh gây nôn).
- Nếu nạn nhân tỉnh và không nôn, có thể cho uống ít một dung dịch oresol pha theo công thức chung.
- Vận chuyển đến bệnh viện càng nhanh càng tốt.
- Không lấy các phần dính vào vết bỏng hoặc quần áo cháy ra khỏi vết bỏng.

- Không đắp nước đá lạnh lên các vết bỏng rộng, trừ khi bỏng ở mắt, tay hoặc chân thì có thể áp túi đựng nước đá lên chỗ bỏng.

- Không dùng thuốc sát trùng, mỡ, hoặc thuốc dân gian bôi lên vết bỏng.

4.2.5. Bỏng hóa chất

- Việc quan trọng nhất phải làm là rửa hóa chất ra khỏi vết bỏng càng nhanh càng tốt. Dùng thật nhiều nước và rửa bằng vòi xối liên tục trong ít nhất 5 phút. Cởi phần quần áo nạn nhân tại vết bỏng.

- Một số loại hóa chất như acid, kiềm mạnh hoặc iod, phospho dùng trong công nghiệp hoặc vôi nước tôi có thể gây nên tổn thương bỏng nặng và làm nạn nhân rất đau đớn: Việc xử lý tại hiện trường đảm bảo khi đến khoa cấp cứu cần phải :

+ Rửa lại liên tục bằng nước càng nhiều càng tốt, nếu không các tổ chức ở vùng bỏng sẽ hoại tử hoàn toàn, nếu nguyên nhân gây bỏng là acid thì rửa vết bỏng bằng dung dịch bicarbonat, nguyên nhân là kiềm thì rửa dung dịch có pha giấm, chanh.

+ Nếu bỏng hóa chất ở mắt thì rửa bằng nước sạch.

+ Phải tháo bỏ quần áo bị dính hóa chất.

+ Nếu bỏng chảy máu nhiều thì xử trí như vết thương chảy máu. Bác sỹ khoa cấp cứu cần hội chẩn ngay với bác sỹ chuyên khoa sâu về bỏng trong và sau khi thực hiện các xử trí trên để bệnh nhân được hồi sức và điều trị theo chuyên khoa sâu về bỏng.

- Nếu có hướng dẫn xử trí của loại hóa chất liên quan (ví dụ trên nhãn mác của lọ hóa chất), xử trí theo hướng dẫn.

- Sau khi rửa sạch hóa chất gây bỏng, tiếp tục sơ cứu giống như bỏng gây ra bởi nhiệt đã nêu ở phần trên.

Cấp cứu một số trường hợp bỏng đặc biệt

Điện giật, sét đánh: Thường bỏng rất sâu và gây ngừng tim, sau cấp cứu tại hiện trường nạn nhân được đưa tới khoa cấp cứu có thể vẫn có loạn nhịp tim, cần theo dõi và xử trí loạn nhịp.

5. Tiên lượng bỏng: dựa vào

- Nguyên nhân gây bỏng: bỏng do hoá chất nặng hơn bỏng nhiệt...

- Diện tích và độ sâu của bỏng: diện tích bỏng rộng nặng hơn diện tích bỏng hẹp..., bỏng sâu nặng hơn bỏng nông.

Cơ địa bệnh nhân: bỏng ở T.E và người già yếu tiên lượng nặng. Người lớn, bỏng độ 2 quá 30%, độ 3 quá 15% là nặng. Nhưng trẻ em, bỏng độ 2 quá 12%, độ 3 quá 6% đã là nặng.

Dựa vào vị trí bỏng: bỏng đường hô hấp hiếm gặp nhưng rất nặng. Bỏng

vùng đầu mặt, tiên lượng nặng có lẽ do rối loạn vận mạch gây thiếu máu não, gây phù não. Bọng vùng hậu môn sinh dục dễ bị nhiễm khuẩn. Bọng bàn tay gây sẹo co và dẫn đến mất chức năng của bàn tay...

6. Diễn biến lâm sàng của bọng:

Đa số bọng nông, diện tích hẹp nên tiên lượng nhẹ, chỉ cần chăm sóc tại chỗ là khỏi. Bọng nặng diễn biến qua các giai đoạn:

6.1. Giai đoạn đầu: sốc bọng: trong 48 giờ đầu

Do đau: BN kêu la vật vã, nôn và buồn nôn, dần dần nằm lả đi, vẻ mặt thờ ơ, vã mồ hôi ở trán, mũi, lạnh đầu chi.

Do giảm khối lượng tuần hoàn, huyết tương thoát ra ngoài mạch, ngấm vào tổ chức gây phù nề. Nạn nhân nằm lả đi, mạch nhanh nhỏ, HA tụt. Xét nghiệm máu: máu bị cô đặc, dự trữ kiềm giảm, BN nhiễm toan, Kali máu tăng, Creatinine tăng.

Các cơ quan bị ảnh hưởng của sốc là: não, gan, thận, trong đó thận nặng nề nhất. Dễ bị viêm thận do sốc bọng: nước tiểu ngày càng ít đi, đỏ đặc, đái ra huyết cầu tố, protêin... Từ thiếu niệu, dần dần trở nên vô niệu => suy thận cấp. Nếu không bồi phụ khối lượng tuần hoàn sớm và đầy đủ, tỷ lệ tử vong rất cao.

6.2. Giai đoạn 2:

Nhiễm độc cấp tính bắt đầu từ ngày thứ 3 trở đi (3-15 ngày) do nhiễm khuẩn, do hấp thu những chất độc của tổ chức hoại tử.

Về lâm sàng: BN kích thích vật vã, lơ mơ, tri giác kém dần, có thể đi vào hôn mê. BN sốt cao 40-41° C, da lạnh, nổi vân tím. BN thở nhanh nông, không đều, do bị viêm phổi. BN chán ăn, nôn, đi ỉa lỏng và thậm chí còn bị chảy máu tiêu hoá.

Trong máu: lượng Hồng cầu giảm do máu bị cô đặc, rối loạn điện giải và toan hoá máu. Urê và Crêatin tăng cao, Protein giảm.

Đây là giai đoạn nguy hiểm nhất của bọng vì dễ dẫn đến tử vong. Vì vậy cần điều trị tại chỗ, cắt lọc tổ chức hoại tử tốt, bồi phụ đủ khối lượng tuần hoàn, cân bằng được điện giải máu cho BN.

6.3. Giai đoạn 3:

Nhiễm trùng là chính, do mất một diện tích da rộng và trong thời gian dài. Các VK thường gặp là tụ cầu vàng, liên cầu tan huyết, trực khuẩn mủ xanh, có thể cả uốn ván. Nhiễm trùng tại chỗ bọng có thể gây nhiễm khuẩn máu. Những trường hợp bọng nặng, nếu qua được thời kỳ sốc bọng, thì 70% tử vong trong giai đoạn này.

Về điều trị: bồi phụ máu, dịch đủ và vá da sớm cho BN.

6.4. Giai đoạn 4: hồi phục hoặc suy kiệt.

Nếu điều trị tốt, bong nhẹ, vá da sớm... thì BN hồi phục dần.

Nếu điều trị kém, bong nặng...BN suy kiệt dần=> một vòng luân quần: thiếu máu, thiếu protein, nhiễm khuẩn...càng loét thêm, miếng da vá bị bong, không đạt kết quả.

CẤP CỨU CHẤN THƯƠNG XƯƠNG

1. Đại cương

Chấn thương xương có bệnh cảnh rất đa dạng:

- Chấn thương khu trú: gãy một chi, rách, dập nát cơ của một chi
- Đa chấn thương: gãy xương chậu, xương đùi kết hợp với chấn thương ngực bụng, sọ não...
- Chấn thương xương kết hợp chấn thương mô mềm ở một hoặc nhiều vị trí
- Chấn thương xương: gãy xương kín, hở, trật khớp, sai khớp

2. Nguyên tắc đánh giá và xử trí cấp cứu bệnh nhân chấn thương xương

- Bất động cột sống cổ
- Đánh giá và xử trí Đường thở – Hô hấp – Tuần hoàn (ABC)
- Cầm máu nếu có chảy máu ngoài: băng ép, garô
- Chống sốc:
 - + Đầu thấp chân cao, ủ ấm
 - + Đặt hai đường truyền tĩnh mạch cỡ lớn (16-18G) hoặc đường truyền trước xương chày
 - + Truyền dịch tinh thể, dịch cao phân tử hoặc máu, và các chế phẩm máu
- Khám chấn thương toàn thân, không bỏ sót tổn thương
- Bất động chi gãy
- Giảm đau
- Làm các xét nghiệm thường quy, tại giường: công thức máu, sinh hóa
- Khi tình trạng bệnh nhân cho phép, tiến hành các xét nghiệm và thăm dò khác: XQ, siêu âm, cắt lớp vi tính..
- Hội chẩn chuyên khoa chấn thương, bó bột hoặc phẫu thuật nếu có chỉ định

3. Các dấu hiệu gãy xương:

- + Biến dạng chi
- + Gập góc, mất cấu trúc giải phẫu
- + Bầm tím dập nát chi
- + Ngắn chi
- + Sưng nề
- + Đau chói, mất vận động
- + Sờ nắn tăng cảm giác đau, có tiếng lạo xạo
- + Trong gãy xương hở, có thể thấy đầu xương lộ ra ngoài ổ gãy
- + Mất máu: tùy theo vị trí gãy xương, lượng máu mất có thể ít hoặc nhiều:

TT	Vị trí gãy xương	Lượng máu có thể mất trong các loại gãy xương
1	Xương sườn	125 ml
2	Xương quay hoặc trụ	250 – 500 ml
3	Xương cánh tay	500 – 750 ml
4	Xương chày, mác	500 – 1000 ml
5	Xương đùi	1000 – 2000 ml
6	Xương chậu	1500 - 3000ml

4. Xử trí cấp cứu bệnh nhân chấn thương xương

Ngoài các nguyên tắc xử trí chung nêu trên cần tiến hành bất động chi gãy, giảm đau, chụp XQ xác định tổn thương sau đó hội chẩn chuyên khoa ngoại chấn thương để quyết định biện pháp điều trị.

- Chống sốc:

+ Đầu thấp chân cao, ủ ấm

+ Đặt hai đường truyền tĩnh mạch cỡ lớn hoặc đường truyền trước xương chày

+ Truyền dịch tinh thể, dịch cao phân tử hoặc máu, và các chế phẩm máu

- Nguyên tắc cố định chi gãy:

+ Đánh giá: mạch cảm giác vận động của chi trước và sau khi cố định

+ Bộc lộ, đánh giá (có thể chụp ảnh) vùng tổn thương trước khi cố định

+ Gãy xương: bất động 1 khớp trên và 1 khớp dưới xương gãy

+ Tổn thương khớp: bất động xương trên và dưới khớp tổn thương

+ Rửa sạch, băng ép, cầm máu vết thương xương khớp hở trước khi cố định

+ Không cố nhét phần xương hở trở lại vào trong da

+ Bất động chi gãy ở tư thế chức năng hoặc tư thế bệnh nhân thấy dễ chịu

+ Nếu chi bị biến dạng, gập góc nhiều, không bắt được mạch dưới vị trí tổn thương, chi tím, lạnh có thể kéo nắn trở lại tư thế giải phẫu trước khi cố định. Nếu phải nắn chi trở lại tư thế giải phẫu, cần dùng thuốc giảm đau, dẫn cơ vừa nắn vừa kéo dần. Khi kéo cần dùng lực nhẹ nhàng, không cố nắn khi bị vướng hoặc bị mắc.

+ Nẹp cố định cần được đệm lót êm đặc biệt ở hai đầu nẹp

+ Nhắc cao chi sau khi đã bất động (nếu không có chống chỉ định)

- Gãy xương, khớp hở

+ Rửa sạch vết thương bằng nước muối sinh lý vô khuẩn, cắt lọc nếu cần

+ Băng ép cầm máu, nếu băng ép không cầm được máu tiến hành garo phía trên tổn thương

- + Chụp ảnh hoặc ghi chép lại tổn thương
- + Băng kín vết thương hở
- + Đánh giá mạch cảm giác, vận động của chi bị thương
- + Nắn trở lại tư thế giải phẫu (nếu có thể)
- + Nếu có các vật xuyên thấu vào chi, xương, ổ khớp, không được rút ra tại khoa cấp cứu, cố định chắc, chuyển xử lý tại phòng mổ
- + Bất động bằng các phương tiện cố định
- + Đánh giá lại mạch cảm giác, vận động
- + Tiêm phòng uốn ván và kháng sinh dự phòng
- + Hội chẩn chuyên khoa ngoại càng sớm càng tốt

5. Cố định một số gãy xương thường gặp

5.1. Cột sống cổ

- Nếu nghi ngờ tổn thương cột sống cổ, luôn để đầu nạn nhân thẳng, không gập ra trước hoặc ngửa ra sau hoặc chuyển động sang hai bên.
- Không di chuyển nạn nhân cho đến khi cấp cứu hỗ trợ đến.
- Nếu buộc phải di chuyển nạn nhân, nên tìm một miếng ván và gọi thêm người hỗ trợ, tiến hành cố định cổ như sau:
 - + Cuộn một khăn nhỏ đặt sau gáy.
 - + Cuộn một khăn lớn quanh đầu.
 - + Buộc cố định đầu vào ván.
 - + Cố định đầu và thân vào ván cứng.

5.2. Cột sống thắt lưng

Để nạn nhân nằm yên tại chỗ, hạn chế vận chuyển nạn nhân cho đến khi có người hỗ trợ.

Nếu buộc phải vận chuyển, tìm một ván cứng (như cánh cửa) luồn vào lưng của nạn nhân và buộc nạn nhân vào để cố định lưng của nạn nhân. Phải có ít nhất 3 người để làm và theo thứ tự trong hình dưới đây:

5.3. Bất động xương đòn và xương bả vai:

Băng số tám cố định xương đòn: Dùng băng thun rộng 10- 12cm băng cố định 2 xương đòn bắt chéo sau lưng như hình số 8.

5.4. Cố định xương sườn:

Nếu chỉ gãy xương sườn đơn thuần, không có mảng sườn di động, không có chấn thương ngực. Chỉ cần cố định xương gãy với xương lành thành khối thống nhất, dùng giảm đau cho bệnh nhân, vào viện theo dõi, xuất viện sau khi có ý kiến hội chẩn chuyên khoa ngoại.

5.5. Cố định xương cánh tay:

- Đặt hai nẹp

- + 1 nẹp bên trong, đầu trên lên tới hố nách, đầu dưới quá khuỷu tay.
- + 1 nẹp bên ngoài, đầu trên quá mỏm vai, đầu dưới quá khuỷu tay
- Sau đó băng cố định lại buộc ép cánh tay vào người.
- Dùng băng tam giác treo tay nạn nhân và buộc cố định vào trước ngực

5.6. Cố định xương cẳng tay

- + Nếu khớp khuỷu co được, để cánh tay sát thân mình, cẳng tay vuông góc với cánh tay, sau đó bất động
- + Nếu khớp khuỷu không co được, để cánh cẳng tay thẳng, sau đó cố định

5.7. Cố định xương cẳng chân

- + Đặt 2 nẹp ở mặt trong và mặt ngoài chi gãy, đi từ giữa đùi tới quá cổ chân. Nếu có nẹp thứ 3 thì đặt ở mặt sau cẳng chân
- + Băng cố định nẹp vào chi ở bàn cổ chân, dưới và trên khớp gối, giữa đùi. Bất động xương cẳng chân bằng nẹp

5.8. Cố định gãy xương đùi: Dùng 3 nẹp để cố định

- + Nẹp ở mặt ngoài đi từ hố nách đến quá gót chân.
- + Nẹp ở mặt trong đi từ bẹn đến quá gót chân
- + Nẹp ở mặt sau đi từ trên mào chậu đến quá gót chân
- + Băng cố định nẹp vào chi ở bàn chân, cổ chân, 1/3 trên cẳng chân, trên gối, bẹn, bụng và dưới nách.
- + Buộc chi gãy đã cố định vào chi lành. Bất động xương đùi bằng nẹp

6. Chấn thương xương chậu

- Vỡ xương chậu là một chấn thương nặng thường nằm trong bệnh cảnh đa chấn thương.
- Lượng máu mất do vỡ xương chậu có thể rất lớn (có thể tới 3000ml hoặc hơn) vì vậy nguy cơ sốc mất máu rất cao
- Tỷ lệ tử vong trong chấn thương xương chậu kèm sốc mất máu có thể lên tới 50%, vì vậy việc đánh giá và hỗ trợ tuần hoàn có vai trò cực kỳ quan trọng
- Các triệu chứng gợi ý chấn thương khung chậu
 - + Đau vùng hạ vị, tiểu khung, đau xương chậu
 - + Vết bầm tím quanh rốn
 - + Vết bầm tím dọc hai bên sườn
 - + Sờ nắn khung chậu có điểm đau chói,
 - + Ép nhẹ 2 cánh chậu: đau, mất vững
 - + Thăm trực tràng, âm đạo có máu
 - + Niệu đạo rỉ máu
- Mục tiêu xử trí gãy xương chậu tại khoa cấp cứu:

+ Hồi sức hô hấp- tuần hoàn, đặc biệt lưu ý hỗ trợ tuần hoàn chống sốc truyền máu sớm nhất có thể

+ Khám chấn thương toàn diện, không bỏ sót các tổn thương khác

+ Bất động khung chậu bằng cách sử dụng một tấm vải (có thể lấy ga trải giường gấp lại có bề rộng bằng khoảng cách từ gai chậu trước trên đến xương mu) quấn quanh khung chậu và buộc chặt.

+ Hội chẩn, chuyển tuyến trên phẫu thuật càng sớm càng tốt khi có chỉ định

7. Hội chứng khoang

- Hội chứng chèn ép khoang (gọi tắt là hội chứng khoang) là tình trạng tăng cao áp lực trong một khoang giải phẫu dẫn đến sự suy giảm tuần hoàn và thiếu máu cục bộ trong khoang, nếu kéo dài gây ra các thương tổn của các tạng trong khoang.

- Nhắc đến hội chứng khoang, người ta thường nghĩ đến hội chứng khoang ở chi do chèn ép giữa các lớp cân mạc gây tổn thương cơ và thần kinh ở trong khoang. Tuy nhiên hội chứng khoang còn có thể xuất hiện ở khoang màng phổi, màng tim, màng bụng. Trong phạm vi bài này chỉ đề cập đến hội chứng khoang ở chi liên quan đến chấn thương

- Nguyên nhân thường gặp:

+ Băng, nẹp, bó bột quá chặt

+ Chảy máu trong khoang do vết thương mạch máu

+ Bỏng

+ Viêm sưng tấy các bó cơ

+ Tổn thương phối hợp gãy xương, chấn thương rách cơ...

- Mốc thời gian

+ Chèn ép khoang cấp tính có thể xuất hiện từ giờ thứ hai đến 6 ngày sau chấn thương

+ Chèn ép khoang kéo dài 6 giờ đủ để gây hoại tử cơ

+ Thời gian giải ép mà vẫn giữ được chi an toàn là trong khoảng 6-13 giờ.

+ Sau 15-36 giờ, phẫu thuật giải chèn ép không an toàn, thường dễ gây biến chứng

+ Sau 36 giờ thường phải cắt cụt chi

- Dấu hiệu lâm sàng

+ Đau nhức tự nhiên khu trú ở vùng khoang bị chèn ép, với tính chất đau dữ dội, như có mạch đập, dai dẳng. Không đáp ứng với các loại thuốc giảm đau, bất động chi gãy không làm giảm đau. Vận động làm căng cơ gây tăng đau

+ Sưng, căng phồng vùng bị chèn ép, sờ chạm vào gây đau dữ dội.

+Tê bì vùng da do dây thần kinh nằm trong khoang chi phối, sau đó giảm cảm giác và mất cảm giác (dấu hiệu muộn)

+ Da vùng chi tái

+ Không bắt được mạch dưới vùng tổn thương (dấu hiệu muộn)

- Nguyên tắc xử trí hội chứng chèn ép khoang tại khoa cấp cứu

+ Hồi sức hô hấp- tuần hoàn

+ Chẩn đoán sớm hội chứng khoang

+ Tháo hoặc nới băng, nẹp, bột quá chặt

+ Giữ chi ở ngang mức tim

+ Kháng sinh dự phòng

+ Giảm đau

+ Điều trị và theo dõi hội chứng tiêu cơ vân cấp

+ Hội chẩn chuyên khoa ngoại, rạch cân cơ giảm áp càng sớm càng tốt

khi có chỉ định

8. Trật khớp

- Lâm sàng

+ Liên quan đến chấn thương

+ Đau, sưng vùng bị tổn thương

+ Khớp bị tổn thương mất vận động.

+ Dấu hiệu lò xo: khi làm động tác thụ động thay đổi tư thế biến dạng của chi, khi buông tay ra thì vị trí chi thể lại trở lại tư thế biến dạng ban đầu

+ Dấu hiệu biến dạng: Thay đổi hình dáng ở các khớp, đây là dấu hiệu chắc chắn dễ nhận biết và rất có giá trị trong chẩn đoán.

+ Ổ khớp rộng.

- Nguyên tắc xử trí:

+ Đánh giá và bảo đảm hô hấp- tuần hoàn.

+ Cố định như cố định xương gãy

+ Tiến hành các xét nghiệm và thăm dò chẩn đoán hình ảnh để chẩn đoán xác định và đưa ra kế hoạch điều trị

+ Giảm đau

+ Hội chẩn chuyên khoa và nắn chỉnh khớp sớm

XỬ TRÍ CẤP CỨU SỐC

1. Đại cương

Sốc là bệnh cảnh hay gặp chính của khoa Cấp cứu và Hồi sức. Đặc điểm sinh lý bệnh chính của sốc là giảm tưới máu hệ thống của toàn cơ thể dẫn tới giảm cung cấp oxy cho các mô cơ thể. Từ đó dẫn tới sự mất cân bằng giữa cung cấp và trao đổi oxy, thiếu oxy tế bào gây tăng chuyển hóa yếm khí, tăng giải phóng ra các chất trung gian, độc tố phù tế bào, hoạt hóa các phản ứng viêm. Ban đầu tình trạng thiếu oxy này có thể hồi phục, nhưng rất nhanh chóng sẽ không hồi phục hậu quả là chết tế bào, tổn thương cơ quan đích, suy đa tạng và tử vong. Do vậy quan trọng nhất là phải phát hiện sớm và điều trị kịp thời.

2. Chẩn đoán

2.1. Triệu chứng chung của sốc

- Phát hiện sớm các dấu hiệu về sốc: mạch nhanh, tụt HA, thiếu niệu, thay đổi về ý thức, toan chuyển hóa, da lạnh, vã mồ hôi, nổi vân tím

- Ý thức hốt hoảng do giảm lượng máu lên não, có thể có cơn ngất. Ở giai đoạn muộn có thể lơ mơ, hôn mê

- Huyết áp giảm dưới 40 mmHg so với HA nền. Biểu hiện sớm hơn là tụt HA tư thế.

- Thiếu niệu: giảm lưu lượng máu tới thận gây giảm mức lọc cầu thận, giai đoạn sớm suy thận chức năng giai đoạn muộn gây hoại tử ống thận suy thận thực tổn.

- Thở nhanh sau do tăng chuyển hóa hoặc do toan chuyển hóa

- Da lạnh, ẩm do co mạch, trong sốc nhiễm khuẩn do giãn mạch thường có thể có nổi vân tím

- Bụng chướng dần do giảm tưới máu tạng trong ổ bụng, thiếu máu mạc treo

- Toan chuyển hóa: do chuyển hóa yếm khí sinh lactic, và mất khả năng thanh lọc lactate của gan, thận, cơ...vv.

*** Các triệu chứng nguyên nhân gây sốc:**

- Sốc giảm thể tích: ỉa chảy, mất máu, chấn thương...

- Sốc tim: đau ngực, gan to tĩnh mạch cổ nổi, phù chi dưới, rale phổi

- Sốc nhiễm khuẩn: sốt, thể trạng nhiễm trùng nhiễm độc, viêm phổi, áp xe tay chi, nhiễm trùng tiết niệu, nhiễm trùng trong ổ bụng

- Sốc phản vệ như các biểu hiện dị ứng, tiền sử dùng thuốc...

- Sốc tắc nghẽn: nhồi máu phổi lớn, huyết khối tĩnh mạch sâu.

2.3. Xét nghiệm đánh giá tình trạng sốc

- Khí máu: đánh giá tình trạng toan máu
- Acid lactic để đánh giá tình trạng tưới máu mô
- Xét nghiệm đánh giá tổn thương cơ quan đích: chức năng gan thận, đông máu, hô hấp..vv

3. Phân loại các loại sốc:

Sau khi đã nhận ra tình trạng sốc, phải nhanh chóng phân loại và tìm nguyên nhân gây sốc. Có 4 loại sốc chính:

3.1. Sốc giảm thể tích

Giảm thể tích tuần hoàn (ỉa chảy, mất máu, bỏng, ..vv) làm giảm tiền gánh giảm cung lượng tim, tụt HA.

Cơ thể sẽ phản ứng lại bằng tăng nhịp tim, co mạch máu để duy trì HA tưới máu cho những tạng quan trọng như não, tim, phổi, thận.

Triệu chứng lâm sàng thường nhịp tim nhanh, nhợt nhạt, lạnh nhợt đầu chi, vã mồ hôi, mất nước, tụt HA tư thế.

3.2. Sốc tim

Giảm cung lượng tim (NMCT, viêm cơ tim...vv) gây tụt HA,

Cơ thể cũng phản ứng lại bằng cách co mạch, thể tích tuần hoàn trong trường hợp này có thể bình thường hoặc tăng.

Triệu chứng thường là suy tim như gan to tĩnh mạch cổ nổi, phù phổi, đầu chi lạnh nhợt do co mạch, đau ngực, tim nghe có tiếng thổi.

3.3. Sốc giãn mạch

Giãn mạch hệ thống do các yếu tố trung gian hoạt mạch, độc tố (sốc nhiễm khuẩn, sốc phản vệ ..) cơ thể cũng phản ứng lại bằng cách tăng nhịp tim để duy trì HA. Thể tích tuần hoàn có thể thiếu hoặc bình thường.

Triệu chứng thường là tăng nhịp tim, giãn mạch đầu chi, nổi vân tím, thể trạng nhiễm trùng nhiễm độc hoặc có yếu tố đi kèm theo.

3.4. Sốc tắc nghẽn

Nhồi máu phổi, hoặc ép tim cấp làm tim không thể tống máu vào đại tuần hoàn. Triệu chứng chủ yếu ứ trệ tuần hoàn tim phải như khó thở, gan to tĩnh mạch cổ nổi phù đồng thời có giảm tưới máu đầu chi.

* Cho dù bất kể do nguyên nhân gì nếu để muộn đều dẫn tới tình trạng hôn mê, giảm cung lượng tim, giãn mạch, thể tích tuần hoàn giảm hoặc tăng, tổn thương đa tạng, toan chuyển hóa và tử vong

4. Cách tiếp cận bệnh nhân sốc

- Khi nhận ra bệnh nhân sốc, phải tiến hành hồi sức ngay đồng thời tìm hiểu hỏi tiền sử, khám lâm sàng tìm các triệu chứng gợi ý, và làm các xét nghiệm khẳng định tình trạng và nguyên nhân gây sốc.

- Thăm dò huyết động đóng vai trò rất quan trọng trong chẩn đoán, theo dõi, và điều trị sốc đặc biệt trong những trường hợp sốc hỗn hợp và sốc ở giai đoạn muộn, nhiều yếu tố nhiều ảnh hưởng tới triệu chứng

+ Đặt catheter tĩnh mạch trung tâm: đánh giá tiền gánh thất phải, gián tiếp đánh giá tiền gánh thất trái.

+ Siêu âm tim: đánh giá chức năng tim, loại trừ nhanh ép tim cấp, các máy siêu âm tim hiện đại còn có thể đánh giá được cung lượng tim.

+ Đặt catheter Swan Ganz hoặc PiCCO: đánh giá tiền gánh thất trái (áp lực mao mạch phổi bít), đo được cung lượng tim, đo được sức cản mạch hệ thống (hậu gánh). Riêng với PiCCO còn có thể đo được lượng nước trong phổi.

5. Xử trí bệnh nhân sốc

- Ổn định chức năng sống: Đảm bảo oxy hóa máu (thở oxy, đặt NKQ, TKNT), kiểm soát đường thở và đặt NKQ sớm nếu bệnh nhân hôn mê trong tình trạng sốc, đặt đường truyền tĩnh mạch cỡ lớn hoặc catheter tĩnh mạch trung tâm, truyền dịch theo áp lực TMTT, lấy máu làm xét nghiệm: công thức máu, chức năng gan thận, cấy máu.

- Các biện pháp hồi sức huyết động:

+ Đặt ống thông TMTT truyền dịch muối đẳng trương, cao phân tử hay máu tùy tình trạng và loại sốc.

+ Nếu HA không cải thiện cân nhắc sử dụng các thuốc trợ tim và co mạch

- Điều trị đặc hiệu cho từng loại sốc

+ Sốc giảm thể tích: bù đủ khối lượng tuần hoàn, ngăn chặn nguồn mất, cầm máu...

+ Sốc tim: trợ tim, bơm bóng ngược động mạch chủ, đặt thiết bị hỗ trợ thất..vv. Can thiệp mạch vành, dùng thuốc chống đông, chống ngưng tập tiểu cầu nếu NMCT

+ Sốc phản vệ: dùng sớm adrenaline nếu có rối loạn huyết động, corticoid, loại trừ dị nguyên khỏi cơ thể

+ Sốc nhiễm trùng: dùng kháng sinh sớm, loại trừ ổ nhiễm khuẩn, liệu pháp điều trị sớm theo mục tiêu

+ Sốc tắc nghẽn: chọc tháo dịch màng ngoài tim..vv

KHÁM BỘ MÁY TIÊU HOÁ

1. Triệu chứng cơ năng

- Đau bụng: Hối 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.
- + Nhọt 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 để 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 dầy 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 hẹp 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 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 Douglas), 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 Douglas), 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...

HỘI CHỨNG ĐAU BỤNG

1. Đại cương.

Đau bụng là một trong những dấu hiệu chức năng hay gặp nhất trong các bệnh về tiêu hoá. Trước một bệnh nhân bị đau bụng cấp tính, người thầy thuốc phải có chẩn đoán càng sớm càng tốt để có biện pháp xử trí kịp thời nội khoa hoặc ngoại khoa.

2. Thăm khám một bệnh nhân đau bụng.

2.1. Hỏi bệnh.

* *Hỏi về đặc tính của đau.*

- Vị trí đầu tiên của đau: Vùng thượng vị, vùng hạ sườn phải, vùng hố chậu phải...

- Hoàn cảnh xuất hiện đau: đau do thủng dạ dày thường đột ngột; đau quặn gan, quặn thận xuất hiện sau khi vận động nhiều; đau do loét dạ dày thường đau trước hoặc sau bữa ăn...

- Hướng lan: có thể lan ra sau lưng, lên ngực, lên vai, xuống dưới.

- Tính chất của đau:

+ Cảm giác đầy bụng: là cảm giác đầy trướng, nặng bụng, ậm ạch, khó tiêu: Bệnh dạ dày, bệnh gan mật...

+ Đau dữ dội như dao đâm: Thủng dạ dày...

+ Đau quặn từng cơn, ở một vị trí nhất định, trội lên rồi dịu dần cho đến cơn sau: Cơn đau quặn thận, quặn gan...

+ Cảm giác rát bỏng, cồn cào: Viêm niêm mạc dạ dày, loét dạ dày...

- Các yếu tố ảnh hưởng đến đau: vận động, thời tiết, ăn uống, thuốc men...

* *Hỏi về các biểu hiện kèm theo:*

- Các biểu hiện liên quan đến bộ phận có bệnh: nôn, rối loạn đại tiện, vàng da, vàng mắt, đái máu, đái đục, kinh nguyệt...

- Các biểu hiện toàn thân: sốt, ngất, trụy tim mạch...

* *Hỏi về tiền sử:* Các bệnh mắc từ trước: giang mai, loét dạ dày hành tá tràng, sỏi mật...

2.2. Khám thực thể.

* *Khám toàn thân:*

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở...

- Khám các bộ phận có hệ thống để phát hiện:

+ Tình trạng sốc: gặp trong một số bệnh có tính chất cấp cứu như thủng dạ dày, viêm tụy cấp chảy máu, chửa ngoài dạ con bị vỡ.

+ Tình trạng trụy tim mạch: đối với nguyên nhân gây chảy máu trong.

- + Vàng da, vàng mắt, trong những bệnh về gan mật.
- + Tình trạng suy mòn trong những bệnh mạn tính (ung thư, lao...).
- + Tình trạng nhiễm khuẩn: viêm màng bụng, áp xe gan...

*** Khám bụng**

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).
 - Ấn các điểm đau như: điểm ruột thừa (điểm Mac Burney), điểm túi mật, làm nghiệm pháp Murphy, điểm cạnh ức phải...
 - Một số biểu hiện cấp cứu ở bụng như:
 - + Thành bụng không di động theo nhịp thở, cứng như gỗ, các cơ thành bụng nổi rõ, gõ vùng đục trước gan mật: thủng nội tạng rỗng (dạ dày, ruột ...).
 - + Dấu hiệu rắn bò: Hẹp môn vị, tắc ruột, lồng ruột...

2.2.3. Gõ: Bệnh nhân nằm ngửa, nghiêng phải hoặc nghiêng trái, Thày

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

* *Thăm trực tràng và âm đạo*: phát hiện một số tình trạng cấp cứu như: chửa ngoài tử cung vỡ, viêm màng bụng...

* *Xem chất thải*: chất nôn, phân, và nước tiểu...

2.3. Cận lâm sàng

- Chụp X quang ổ bụng không chuẩn bị: có thể thấy một số tình trạng cấp cứu như hình liềm hơi (trong thủng dạ dày, thủng ruột), hình mức nước và hơi (trong tắc ruột...)

- Siêu âm ổ bụng có thể cho biết hình ảnh giun chui ống mật, ruột thừa viêm, lồng ruột...

3. Nguyên nhân

3.1. Đau bụng cấp cứu ngoại khoa.

Là những trường hợp đau bụng xảy ra đột ngột, dữ dội hay không dữ dội, tiến triển rất nhanh chóng, cần phải chẩn đoán sớm và xử trí bằng phương pháp phẫu thuật kịp thời nếu không dẫn đến tử vong nhanh:

- + Thủng dạ dày, thủng ruột;
- + Viêm ruột thừa;
- + Tắc ruột, xoắn ruột;
- + Chửa ngoài tử cung vỡ, u nang buồng trứng xoắn;
- + Chảy máu tiêu hóa nặng, ồ ạt...

3.2. Đau bụng cấp nội khoa.

Đó là những cơn đau bụng đột ngột hoặc cơn đau trội lên của một tình trạng đau bụng kéo dài, cần xử trí kịp thời bằng phương pháp nội khoa, không dùng đến phẫu thuật:

- + Giun chui ống mật;
- + Cơn đau quặn thận;
- + Cơn đau dạ dày cấp do loét hoặc viêm dạ dày...

3.3. Đau bụng mạn tính.

Là những trường hợp đau bụng kéo dài, hay tái phát nhiều lần:

- + Viêm đại tràng;
- + Viêm tụy mạn;
- + Loét dạ dày, tá tràng;
- + Sỏi mật...

HỘI CHỨNG THIẾU MÁU

1. Định nghĩa: Thiếu máu là tình trạng bệnh lý do giảm số lượng hồng cầu hoặc giảm số lượng huyết sắc tố trong máu ngoại vi.

2. Nguyên nhân:

2.1. Do mất máu:

- Mất máu cấp tính: thường mất máu nhiều và nhanh gặp trong:
 - + Chấn thương đứt mạch máu lớn, giập vỡ phủ tạng...
 - + Vỡ tĩnh mạch thực quản, xuất huyết dạ dày tá tràng
 - + Băng kinh, đờ tử cung, chữa ngoài tử cung vỡ...
 - + Vỡ búi trĩ.
- Mất máu mạn tính: thường mất máu rỉ rả kéo dài mỗi ngày một ít, gặp trong:
 - + Nội khoa: giun móc, trĩ, xuất huyết dạ dày, ung thư đại tràng...
 - + Sản khoa: u xơ tử cung, rong kinh kéo dài...

2.2. Do hủy hoại hồng cầu quá nhiều:

- Do tan máu:
 - + Bẩm sinh
 - Thiếu men tạo hồng cầu Gluco 6 photphat dehydrozenase.
 - Bất thường về số lượng và chất lượng huyết sắc tố.
 - Do cấu trúc bất thường của màng hồng cầu: Hồng cầu hình liềm, màng hồng cầu kém bền vững dễ vỡ.
 - + Mắc phải:
 - Thiếu máu huyết tán ở trẻ sơ sinh
 - Do nhiễm trùng, nhiễm độc.
 - Bệnh đái ra huyết sắc tố ban đêm (khi ngủ PH máu giảm làm hồng cầu vỡ trong môi trường axit).
- Do thiếu chất tạo hồng cầu:
 - + Thiếu protit: Thiếu chất đạm lâu ngày.
 - + Thiếu Vitamin B₁₂: Do cắt 2/3 dạ dày, cắt đoạn ruột.
 - + Thiếu sắt: Do giun móc, trĩ....
- Rối loạn cơ quan tạo máu: Suy tuỷ, bệnh bạch cầu...
- Thiếu máu do một số bệnh khác:
 - + Suy thận mạn.
 - + Suy tuyến giáp.

3. Triệu chứng:

3.1. Lâm sàng:

- Da, niêm mạc: Xanh xao ở da, niêm mạc mắt và hồng hào:
- + Thấy rõ nhất ở những nơi như lòng bàn tay, gan bàn chân.
- + Môi và lưỡi nhợt, gai lưỡi mất.
- + Móng tay và chân nhợt. Nếu thiếu máu mạn tính thì móng tay bẹt có khía, dễ gãy.

- Thần kinh:

- + Mệt, ù tai, hoa mắt chóng mặt.

- + Đau đầu, có khi thoáng ngất.

- Tim mạch:

- + Hay hồi hộp đánh trống ngực.

- + Nhịp tim nhanh, nghe tim có tiếng thổi tâm thu cơ năng.

- + Thiếu máu nhiều hoặc lâu ngày có thể dẫn đến suy tim.

- Hô hấp: thở nhanh, khó thở khi gắng sức.

- Nội tiết: phụ nữ kinh nguyệt ít, hoặc mất kinh, nam giới liệt dương.

3.2. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm đánh giá mức độ thiếu máu:

- + Số lượng hồng cầu giảm.

- + Lượng huyết sắc tố giảm.

- + Tỷ lệ Hematocrit giảm.

- Xét nghiệm tìm nguyên nhân gây thiếu máu: Nội soi dạ dày, xét nghiệm phân....

4. Điều trị.

- Điều trị nguyên nhân gây thiếu máu.

- Tuỳ theo mức độ và loại thiếu máu: điều trị bằng viên sắt, vitamin B12, truyền máu...

5. Phòng bệnh.

- Bảo đảm đủ đạm và vitamin trong khẩu phần ăn.

- Điều trị tốt các bệnh Viêm cầu thận cấp, nhiễm giun sán...

- Thực hiện tốt chế độ bảo hộ cho công nhân tiếp xúc với chất độc, chì, Xquang...

- Tẩy giun định kỳ

CHẨN ĐOÁN SỐT CAO, KÉO DÀI

1. Định Nghĩa

Sốt là 1 phản ứng của cơ thể đối với các tác nhân gây bệnh. Bình thường nhiệt độ của cơ thể là 37°C. Khi nhiệt độ cơ thể tăng trên 37,5°C thì được gọi là sốt.

Sốt kéo dài chưa rõ nguyên nhân là khi nhiệt độ > 38°C, thời gian sốt trên 03 tuần và không tìm ra chẩn đoán sau 01 tuần điều trị nội trú.

2. Lâm Sàng

2.1. Hỏi bệnh

- Đặc điểm sốt: Sốt cao liên tục hay sốt từng cơn, thời gian sốt kéo dài bao lâu, sốt có kèm theo rét run không?....

- Dấu hiệu sốt có kèm;

+ Ho, sổ mũi, nuốt đau.

+ Nhức đầu, buồn nôn, nôn ói.

+ Co giật.

+ Phát ban, xuất huyết dưới da, sang thương da + Đau tai, chảy mủ tai.

+ Rối loạn đường tiểu. (tiểu gắt buốt, tiểu máu...)

+ Rối loạn đường tiêu hóa (đau bụng , tiêu chảy).

+ Hạch ngoại vi.

- Tiền sử: sốt cao co giật, sốt rét, tim bẩm sinh, suy giảm miễn dịch, tăng huyết áp, K...

- Yếu tố dịch tễ: Đang sống tại vùng dịch tễ lưu hành hoặc đi du lịch tại vùng có dịch bệnh.

2.2. Khám lâm sàng

- Dấu hiệu sinh tồn: mạch nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.

- Dấu hiệu toàn thân: Tình trạng phù, hạch ngoại biên, lông tóc móng...

- Dấu hiệu thần kinh: tri giác, dấu màng não..

- Khám tim phổi, gan lách, tai mũi họng, cơ xương khớp.

- Khám tiết niệu sinh dục.

- Khám da niêm mạc: Da khô nóng đỏ, niêm mạc mắt, miệng, lưỡi....

2.3. Cận lâm sàng

Các xét nghiệm ban đầu khuyến cáo cho sốt không rõ nguyên nhân:

- Huyết đồ.

- Ký sinh trùng sốt rét.

- Tổng phân tích nước tiểu

- Cây nước tiểu.

- X quang phổi thẳng.

- Siêu âm bụng tổng quát.
- Tốc độ máu lắng
- ANA và yếu tố dạng thấp.
- Các xét nghiệm chức năng gan.

Ngoài ra tùy từng yếu tố dịch tễ mà có thể làm thêm XN tìm nguyên nhân

3. Chẩn đoán nguyên nhân sốt

Dấu hiệu gợi ý	Chẩn đoán
Sốt < 7 ngày, viêm long, ho khan, không triệu chứng nhiễm khuẩn tại chỗ	Nhiễm virus
Sốt lạnh run, sốt cách nhật, cư trú hoặc đến vùng dịch tễ sốt rét, thiếu máu, lách to	Sốt rét
Sốt cao, chấm xuất huyết da, nôn ra máu, chảy máu chân răng, chảy máu mũi, đau bụng, gan to	Sốt xuất huyết Dengue
Sốt, loét họng, hồng ban vùng tay chân miệng	Bệnh tay chân miệng
Sốt, hạch sau mang tai, viêm long đường hô hấp, phát ban toàn thân	Sốt phát ban, Rubella
Sốt, xuất huyết dưới da, hoại tử trung tâm	Nhiễm não mô cầu
Sốt, ho thở nhanh, khó thở	Viêm phổi
Sốt, nhức đầu, nôn, dấu hiệu màng não	Viêm màng não
Sốt, đau hố chậu phải	Viêm ruột thừa
Sốt, đái buốt, đái rắt	Nhiễm trùng tiết niệu

4. Hướng điều trị

- Hạ sốt.
- + Acetaminophen (paracetamol), người lớn 0,5g - 1g cách nhau từ 4 đến 6 giờ/lần
- + Chườm ấm hoặc chườm mát toàn thân nhất là ở bẹn, nách đầu
- Điều trị nguyên nhân
- Tùy từng nguyên nhân có hướng điều trị thích hợp.
- Bù nước:
- Uống nhiều nước, tốt nhất là ORS, nghỉ ngơi
- Cần thiết có thể truyền dịch nếu có chỉ định
- Tái khám khi tình trạng bệnh không thuyên giảm hoặc tùy nguyên nhân gây sốt

5. Tiêu chuẩn nhập viện

- Sốt trên 39° C và không đáp ứng với thuốc hạ sốt.
- Sốt trên 40° C
- Sốt kéo dài chưa rõ nguyên nhân.
- Chỉ định nhập viện tùy theo nguyên nhân gây sốt.

VIÊM PHỔI MẮC PHẢI CỘNG ĐỒNG Ở NGƯỜI LỚN

1. Định nghĩa

Viêm phổi mắc phải cộng đồng (VPMPCĐ) là tình trạng nhiễm trùng của nhu mô phổi xảy ra ở cộng đồng, bên ngoài bệnh viện, bao gồm viêm phế nang, ống và túi phế nang, tiểu phế quản tận hoặc viêm tổ chức kẽ của phổi. Đặc điểm chung có hội chứng đờng đặc phổi và bóng mờ đờng đặc phế nang hoặc tổn thương mô kẽ trên phim X quang phổi. Bệnh thường do vi khuẩn, virus, nấm và một số tác nhân khác, nhưng không do trực khuẩn lao. Đây là bệnh lý thường gặp trong thực hành lâm sàng nội khoa, nhi khoa.

VPMPCĐ là một căn bệnh phổ biến ảnh hưởng đến khoảng 450 triệu người mỗi năm và xảy ra ở tất cả các nơi trên thế giới. Theo WHO (2015) viêm phổi là căn nguyên gây tử vong đứng hàng thứ 3 sau đột quỵ và nhồi máu cơ tim. Tỷ lệ mắc VPMPCĐ ở các nước đang phát triển cao hơn gấp 5 lần so với các nước phát triển. Ở Việt Nam, VPMPCĐ là một bệnh lý nhiễm khuẩn thường gặp nhất trong các bệnh nhiễm khuẩn trên thực hành lâm sàng, chiếm 12% các bệnh phổi.

2. Nguyên nhân

- Vi khuẩn: Nhiều nghiên cứu về các bệnh nhân VPMPCĐ cho thấy hầu hết căn nguyên phát hiện được là vi khuẩn. Các căn nguyên vi khuẩn gây VPMPCĐ thường gặp bao gồm: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Legionella spp.*, *Chlamydia pneumoniae* và *Moraxella catarrhalis*...

- Virus: Influenza virus, RSV, Parainfluenza virus và Adenovirus vẫn là các căn nguyên virus phổ biến nhất gây VPMPCĐ ở người lớn. Các virus khác có thể gặp như Rhinovirus, Coronavirus và Metapneumovirus người (hMPV).

- Nấm: Nấm rất hiếm khi gây VPMPCĐ ở những người có hệ miễn dịch bình thường nhưng có một số loài nấm như *Histoplasma capsulatum*, *Coccidioides spp*, *Blastomyces dermatitidis* có thể gây viêm phổi cho cả bệnh nhân suy giảm miễn dịch và cả người có hệ miễn dịch bình thường sống hoặc đến các khu vực dịch tễ của các loài nấm đó.

Tác nhân thường gặp gây VPMPCĐ

VPMPCĐ mức độ nhẹ, điều trị ngoại trú
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>
<i>Streptococcus pneumoniae</i>
<i>Chlamydia pneumoniae</i>

<i>Haemophilus influenzae</i> <i>Virus hô hấp</i>
VPMPCĐ mức độ trung bình điều trị nội trú khoa hô hấp
<i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Mycoplasma pneumoniae</i> <i>Chlamydia pneumoniae</i> <i>Haemophilus influenza</i> <i>Nhiễm trùng phối hợp</i> <i>Vi khuẩn gram âm đường ruột</i> <i>Vi khuẩn kỵ khí (viêm phổi hít)</i> <i>Virus hô hấp</i> <i>Legionella spp</i>
VPMPCĐ mức độ nặng, điều trị nội trú khoa Điều trị tích cực
<i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Vi khuẩn gram âm đường ruột</i> <i>Staphylococcus aureus</i> <i>Legionella spp</i> <i>Mycoplasma pneumoniae</i> <i>Virus hô hấp</i> <i>Pseudomonas aeruginosae</i>

3. Chẩn đoán

3.1. Chẩn đoán xác định

3.1.1. Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng:
 - + Xuất hiện cấp tính trong vài ngày.
 - + Triệu chứng điển hình: sốt cao, rét run, ho khạc đờm mủ, đau ngực kiểu màng phổi (nếu có tổn thương màng phổi).
- Triệu chứng thực thể:
 - + Hội chứng nhiễm trùng: sốt, môi khô, lưỡi bẩn... Trên bệnh nhân cao tuổi, bệnh nhân suy giảm miễn dịch các biểu hiện ban đầu của viêm phổi có thể không rõ ràng.
 - + Hội chứng đông đặc (rung thanh tăng, gõ đục, rì rào phế nang giảm), có thể có nghe thấy ran nổ nếu tổn thương nhiều ở phổi.
 - + Viêm phổi do tác nhân vi khuẩn điển hình: phần lớn bệnh nhân sốt cao >39°C, rét run kèm theo bệnh nhân xuất hiện ho khan lúc đầu sau ho khạc đờm mủ, có thể khạc đờm màu rỉ sắt và đau ngực vùng tổn thương. Tuy nhiên người lớn tuổi có thể không có sốt; bệnh nhân có thể có biểu hiện tím tái, khó thở, nhịp thở nhanh > 30 lần/phút...

+ Viêm phổi do tác nhân vi khuẩn không điển hình: phần lớn xảy ra trên người lớn tuổi và trẻ em với các triệu chứng âm thầm hơn bao gồm: sốt nhẹ, đau đầu, ho khan, cảm giác mệt mỏi như triệu chứng nhiễm virus. Khám không rõ hội chứng đông đặc, thấy rải rác ran nổ. Tuy nhiên các triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu cho thể bệnh.

3.1.2. Xét nghiệm máu

- Công thức máu có tăng số lượng bạch cầu (> 10 Giga/lít), tăng ưu thế tế bào đa nhân trung tính. Hoặc số lượng bạch cầu giảm ($< 4,4$ Giga/lít). Tốc độ máu lắng tăng.

- Dấu ấn viêm: tăng CRP, tăng procalcitonin

3.1.3. X-quang phổi

- X-quang phổi là cận lâm sàng quan trọng trong bệnh viêm phổi. Hình ảnh tổn thương trên X-quang phổi của VPMPCĐ:

+ Tổn thương phế nang: hình mờ tương đối đồng nhất chiếm một thùy hoặc phân thùy phổi và có hình ảnh phế quản hơi. Các trường hợp ít điển hình hơn cho thấy các hình mờ này không chiếm một thùy hoặc phân thùy hoặc có thể kèm theo xẹp phổi do dịch tiết gây tắc nghẽn các phế quản.

+ Tổn thương phế quản phổi: tổn thương mờ rải rác, không đồng nhất, những tổn thương mờ này có thể chồng lên nhau tạo thành những hình mờ đậm hơn.

+ Tổn thương mô kẽ: hình ảnh mờ dạng lưới hoặc lưới nốt khắp cả hai bên phổi, đôi khi tiến triển thành những hình mờ rải rác thường xuất hiện ở thùy dưới.

+ Thâm nhiễm dạng nốt: hình mờ tròn giới hạn rõ với đường kính lớn hơn 1 cm trên phim X-quang phổi.

- Trên lâm sàng có những trường hợp viêm phổi không phát hiện tổn thương trên X-quang phổi, chẩn đoán viêm phổi nếu bệnh nhân có những triệu chứng lâm sàng phù hợp và có thể tiến hành chụp X-quang phổi lần hai sau 24 - 48 giờ.

3.1.4. Chụp cắt lớp vi tính ngực

- Chụp cắt lớp vi tính ngực được chỉ định ở bệnh nhân VPMPCĐ trong những trường hợp sau:

+ Viêm phổi nặng và diễn biến phức tạp.

+ Viêm phổi ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch.

+ Viêm phổi tái phát hoặc không điều trị dứt điểm được.

+ Bệnh nhân nghi ngờ mắc viêm phổi trên lâm sàng nhưng hình ảnh X-quang phổi không rõ tổn thương.

- Các dạng tổn thương của VPMPCĐ trên phim chụp cắt lớp vi tính

+ **Tổn thương phế nang:** các đám mờ đồng nhất ở nhiều phân thùy hoặc toàn bộ thùy phổi, có dấu hiệu phế quản hơi (dạng viêm phổi thùy). Có thể gặp hình ảnh xẹp các phân thùy và hạ phân thùy do tắc nghẽn đường dẫn khí có kích thước nhỏ.

+ **Tổn thương phế quản phổi:** nhiều đám mờ thâm nhiễm và rải rác ở các phân thùy phổi, phân bố không đồng nhất xen lẫn nhau giữa phân phổi lành và vùng phổi tổn thương (dạng phế quản phế viêm).

+ **Tổn thương mô kẽ:** Tổn thương dày thành phế quản, tổn thương mô kẽ dạng nốt không đều hoặc dạng lưới.

3.1.5. Siêu âm lồng ngực

Ngày nay, siêu âm lồng ngực đã được chấp thuận là xét nghiệm cận lâm sàng được chỉ định trong chẩn đoán viêm phổi vì tính chính xác trong chẩn đoán, thuận tiện và chi phí thấp.

Những đặc điểm của viêm phổi trên siêu âm lồng ngực là các hình ảnh tổn thương đồng đặc có di động theo nhịp thở, có thể thấy hình ảnh khí trong phế quản và hình ảnh tràn dịch màng phổi. Siêu âm lồng ngực còn có vai trò trong theo dõi đáp ứng điều trị, như bệnh thuyên giảm nếu những hình ảnh đồng đặc nhỏ hơn và giảm dần sự hiện diện và số lượng của dịch khoang màng phổi trong quá trình điều trị.

3.2. Chẩn đoán mức độ nặng VPMPCĐ

- Mức độ nặng của viêm phổi có ý nghĩa quyết định:

+ Nơi điều trị: Ngoại trú; khoa Nội hoặc khoa Hồi sức; Khoa Điều trị tích cực

+ Chọn phác đồ điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm.

3.2.1. Thang điểm CURB-65 của BTS

- Các chỉ số trong thang điểm (mỗi chỉ số ứng với 1 điểm):

+ Confusion – Lú lẫn;

+ Uremia – Ure máu > 7 mmol/L;

+ Respiratory rate – Tần số thở > 30 lần/phút;

+ Blood pressure – Huyết áp < 90/60 mmHg;

+ Age – Tuổi > 65.

- Ý nghĩa lâm sàng thang điểm CURB – 65:

+ Tiên lượng tử vong trong 30 ngày cho bệnh nhân có điểm số CURB-65 lần lượt là: nhóm 1 (0 – 1 điểm): 1,5%; nhóm 2 (2 điểm): 9,2%; nhóm 3 (3 – 5 điểm): 22%.

+ Điều trị ngoại trú được chỉ định cho nhóm 1; điều trị nội trú ngắn hạn hoặc điều trị ngoại trú có kiểm soát được chỉ định cho nhóm 2; điều trị nội trú

được chỉ định cho nhóm 3 trong đó điều trị tại khoa ICU được chỉ định cho nhóm 3 nhưng có điểm CURB-65 từ 4 - 5.

- Thang điểm CURB-65 đơn giản, dễ nhớ, chỉ có một thông số cận lâm sàng là Ure vì thế rất tiện dụng để sử dụng trong chẩn đoán mức độ nặng VPMPCD tại lần khám đầu tiên tại phòng khám ngoại trú.

3.2.2. Chỉ số tiên lượng nặng viêm phổi PSI (*Pneumonia Severity Index*)

- Các yếu tố nguy cơ được dùng để đánh giá mức độ nặng

+ (1) Tuổi;

+ (2) Đặc điểm dân số học (giới tính, nơi ở);

+ (3) Bệnh đồng mắc (ung thư, bệnh gan, suy tim ứ huyết, bệnh mạch máu não, bệnh thận);

+ (4) Đặc điểm khám lâm sàng (tri giác, tần số thở, huyết áp, thân nhiệt, mạch);

+ (5) Kết quả xét nghiệm (pH máu, BUN, natri máu, đường máu, Hct, PaO₂, tràn dịch màng phổi trên X-quang hay siêu âm).

Chỉ số tiên lượng nặng viêm phổi mắc phải cộng đồng (PSI)

Tiêu chí	Điểm
Đặc điểm dân số học	
Nam	Tuổi (tính bằng năm)
Nữ	Tuổi (tính bằng năm) - 10
Nằm ở nhà dưỡng lão/điều dưỡng	Tuổi (tính bằng năm) + 10
Bệnh đồng mắc	
Bệnh ung thư	+ 30
Bệnh gan	+ 20
Suy tim ứ huyết	+ 10
Bệnh mạch máu não	+ 10
Bệnh thận	+ 10
Triệu chứng thực thể	
Thay đổi tri giác	+ 20
Tần số thở ≥ 30 lần/phút	+ 20
Huyết áp tâm thu < 90 mmHg	+ 20
Thân nhiệt $< 35^{\circ}\text{C}$ hoặc $\geq 40^{\circ}\text{C}$	+ 15
Mạch ≥ 125 lần/phút	+ 10
Kết quả xét nghiệm	
pH $< 7,35$	+ 30
BUN $> 10,7$ mmol/L	+ 20
Hematocrit $< 30\%$	+ 10

Na+ máu < 130 mEq/L	+ 20
Đường máu > 13,9 mmol/L	+ 10
PaO ₂ < 60 mmHg hoặc SpO ₂ < 90%	+ 10
Tràn dịch màng phổi	+ 10

- Ý nghĩa lâm sàng thang điểm PSI:

PSI	FINE	Tiền lượng tử vong 30 ngày	Điều trị
<70	I-II	<1%	Ngoại trú
71-90	III	2,8%	Nội trú ngắn hạn
91-130	IV	8,2-9,3%	Nội trú
>130	V	27-31,3%	ICU

+ Tiêu chuẩn PSI nhìn chung phức tạp, cần nhiều thông số cận lâm sàng, điểm tổng cộng đòi hỏi phải tính toán phức tạp vì thế trên thực hành lâm sàng không được ứng dụng nhiều bằng thang điểm CURB-65.

3.2.3. Tiêu chuẩn nhập khoa Điều trị tích cực của ATS

- Các tiêu chí dùng trong đánh giá nhập khoa Điều trị tích cực của VPMPCĐ gồm 2 tiêu chuẩn chính và 9 tiêu chuẩn phụ:

+ Tiêu chuẩn chính: (1) suy hô hấp cần phải thông khí cơ học, (2) sốc nhiễm khuẩn cần phải dùng thuốc vận mạch.

+ Tiêu chuẩn phụ: (1) Tần số thở > 30 lần/phút, (2) PaO₂/ FiO₂ < 250, (3) tổn thương nhiều thùy phổi trên phim X-quang, (4) Lú lẫn, mất định hướng, (5) Ure máu (BUN > 20 mg/dL), (6) Bạch cầu máu < 4000/ mm³; (7) Giảm tiểu cầu (< 100.000/ mm³); (8) Hạ thân nhiệt (< 36°C); (9) Hạ huyết áp cần phải bù dịch tích cực.

+ Ý nghĩa lâm sàng thang điểm ATS: Chỉ định nhập khoa Điều trị tích cực cho bệnh nhân có ≥ 3 tiêu chuẩn phụ hay ≥ 1 tiêu chuẩn chính.

3.3. Chẩn đoán tác nhân gây viêm phổi

Chẩn đoán xác định tác nhân gây viêm phổi dựa trên kết quả vi sinh

- Tính tin cậy của kết quả vi sinh thay đổi tùy theo bệnh phẩm và phương pháp cấy.

- Chẩn đoán xác định tác nhân “chẩn chắn” khi:

+ Cây máu dương tính;

+ Cây dịch, mủ của phổi/màng phổi, chọc hút xuyên thành ngực dương tính;

+ Hiện diện P. jiovecci trong đờm, hay dịch rửa phế quản phế nang lấy qua nội soi phế quản;

+ Phân lập được Legionella pneumophila trong bệnh phẩm đường hô hấp;

+ Hiệu giá kháng thể kháng M.pneumoniae, C.pneumoniae, L.pneumophila trong máu tăng gấp ≥ 4 lần qua hai lần xét nghiệm;

+ Kháng nguyên của *S.pneumoniae* (nước tiểu, máu), *L.pneumophila* (nước tiểu) dương tính.

- Chẩn đoán tác nhân có “khả năng” khi:

+ Vi khuẩn phân lập được khi cấy đờm là vi khuẩn gây bệnh thường gặp + phát triển mạnh + kết quả soi đờm phù hợp;

+ Vi khuẩn phân lập được khi cấy đờm không phải là loại vi khuẩn gây bệnh thường gặp + phát triển yếu + kết quả soi đờm phù hợp.

Khuyến cáo đánh giá vi sinh trên bệnh nhân VPMPCĐ

Viêm phổi điều trị ngoại trú
- Không cần xét nghiệm vi sinh - Nhuộm gram và cấy đờm được chỉ định cho bệnh nhân có nguy cơ cao nhiễm vi khuẩn đa kháng hoặc các tác nhân không thường gặp
Viêm phổi điều trị nội trú
- Cấy máu 2 lần - Nhuộm gram và cấy một mẫu đờm đạt tiêu chuẩn - Kháng nguyên nước tiểu chẩn đoán <i>Legionella pneumophila</i> (vùng dịch tễ hoặc khi có dịch) - Nhuộm kháng cồn – acid và cấy đờm tìm lao nếu lâm sàng hay X-quang phổi nghi ngờ lao - Soi và cấy đờm tìm nấm, huyết thanh chẩn đoán nấm nếu lâm sàng hay X-quang phổi nghi ngờ - Soi đờm tìm <i>P. jirovecii</i> nếu lâm sàng hay X-quang phổi nghi ngờ - Huyết thanh chẩn đoán <i>M.pneumoniae</i> , <i>C.pneumoniae</i> , <i>Legionella. Spp</i> , virus hô hấp (vùng dịch tễ hoặc khi có dịch) - Cấy dịch màng phổi nếu có tràn dịch màng phổi
Viêm phổi điều trị tại khoa Điều trị tích cực
- Nhuộm gram và cấy một mẫu đờm đạt tiêu chuẩn, dịch phế quản, hoặc bệnh phẩm lấy qua chải phế quản qua nội soi phế quản có bảo vệ hoặc rửa phế quản – phế nang. - Các kỹ thuật khác như viêm phổi điều trị nội trú

- Việc chẩn đoán căn nguyên có ý nghĩa quan trọng trong việc lựa chọn phác đồ điều trị cho bệnh nhân. Tuy nhiên, khi xét nghiệm vi sinh không được thực hiện vì không cần thiết/không khả thi hoặc đã khi xét nghiệm vi sinh đã được thực hiện nhưng kết quả chưa có hoặc âm tính vì chẩn đoán tác nhân gây bệnh phải dựa vào kinh nghiệm của bác sĩ lâm sàng.

3.4. Chẩn đoán phân biệt:

3.4.1. Lao phổi

- Tiền sử tiếp xúc với người mắc lao.

- Ho khạc đờm kéo dài, có thể ho máu, sốt nhẹ về chiều, gầy sút cân.

- X-quang phổi có tổn thương nghi lao (nốt, thâm nhiễm, hang xơ). Có khi không điển hình nhất là ở người suy giảm miễn dịch (HIV/AIDS, dùng corticoid kéo dài.).

- Chẩn đoán xác định: Tìm thấy trực khuẩn kháng cồn, kháng toan (AFB) trong đờm hoặc dịch phế quản qua soi trực tiếp, nuôi cấy MGIT dương tính.

3.4.2. Tắc động mạch phổi

- Có yếu tố nguy cơ: bệnh nhân sau đẽ, sau phẫu thuật ở vùng tiểu khung, sau chấn thương, gãy xương, bất động lâu ngày, viêm tắc tĩnh mạch chi dưới, dùng thuốc tránh thai.

- Đau ngực dữ dội, ho ra máu, khó thở, có thể có dấu hiệu sốc.

- Điện tâm đồ có thể thấy dấu hiệu tâm phế cấp: S sâu ở D1, Q sâu ở D3, trục phải, block nhánh phải.

- Khí máu có thể thấy tăng thông khí: PaO₂ giảm và PaCO₂ giảm.

- D-dimer máu tăng cao.

- Chụp cắt lớp vi tính có tiêm thuốc cản quang tĩnh mạch có thể phát hiện vị trí động mạch phổi bị tắc.

3.4.3. Ung thư phổi

- Thường gặp ở người > 50 tuổi, có tiền sử nghiện thuốc lá.

- Ho khạc đờm lẫn máu, gầy sút cân.

- X-quang phổi có đám mờ.

- Chụp cắt lớp vi tính ngực, soi phế quản và sinh thiết giúp chẩn đoán xác định.

- Nên chú ý những trường hợp nghi ngờ hoặc sau khi điều trị hết nhiễm khuẩn mà tổn thương phổi không cải thiện sau 1 tháng hoặc viêm phổi tái phát ở cùng một vị trí.

3.4.4. Giãn phế quản bội nhiễm

- Bệnh nhân có tiền sử ho khạc đờm mủ kéo dài, có sốt.

- Khám phổi: Có ran ẩm, ran nổ cố định.

- Cần chụp phim cắt lớp vi tính lồng ngực lớp mỏng 1 mm độ phân giải cao để chẩn đoán.

3.4.5. Viêm phổi với cơ chế tự miễn do dùng thuốc

- Hỏi kỹ tiền sử dùng thuốc, đặc biệt chú ý tới các thuốc hay gây viêm phổi như cordarone...

- Các triệu chứng sẽ giảm hoặc mất đi khi ngừng thuốc sớm.

3.4.6. Phù phổi bán cấp không điển hình

- Điều trị thuốc lợi tiểu

- Chụp lại phim X quang phổi đánh giá tổn thương.

3.4.7. Viêm phổi do hít

Hay gặp: viêm phổi do sặc dầu

- Gặp ở những người dùng thuốc nhỏ mũi có tinh dầu, giọt dầu lọt vào phổi. Người hít phải xăng, dầu hỏa, dầu mazút.

- Sau khi bị sặc, bệnh nhân sốt rất cao 39 – 40⁰ C kéo dài 1 – 2 tuần lễ, đau ngực dữ dội, ho sặc sụa. Sau vài ngày ho khạc đờm có máu và mủ.

- Khám: hội chứng đông đặc phổi.

- X-quang phổi: có hình mờ đều thùy dưới hoặc một bên phổi, có khi cả hai bên.

3.4.8. Hội chứng Loeffler

- Là nhiễm phổi mau bay.

- Có hội chứng đông đặc, có tăng bạch cầu ái toan trong máu và trong đờm.

- Nguyên nhân: do giun đũa trong chu kỳ phát triển đi qua phổi gây viêm phổi.

- Nghe phổi: có thể thấy tiếng cọ màng phổi.

- Xquang phổi: có nhiều dải mờ đa dạng và biến mất sau một tuần lễ.

4. Điều trị

4.1. Mục tiêu điều trị

- Đạt hiệu quả lâm sàng

- Giảm tử vong

- Tránh kháng thuốc

Nhiều hướng dẫn điều trị VPMPCD trên thế giới phân tầng bệnh nhân dựa vào yếu tố nguy cơ mắc vi khuẩn kháng thuốc, bệnh đồng mắc, khả năng vi khuẩn gây bệnh và mức độ nặng của bệnh.

4.2. Nguyên tắc điều trị kháng sinh

- Cần điều trị kháng sinh sớm trong 4 giờ đầu nhập viện dựa theo kinh nghiệm, khi có kết quả nuôi cấy và kháng sinh đồ cần điều chỉnh theo kháng sinh đồ và đáp ứng lâm sàng của bệnh nhân. Tránh dùng kháng sinh phổ rộng nếu không cần thiết.

- Sử dụng kháng sinh theo dược động học và dược lực học, hiệu chỉnh liều theo mức lọc cầu thận.

- Lấy bệnh phẩm (nhuộm Gram và cấy đờm, cấy máu) trước khi điều trị kháng sinh ở bệnh nhân nhập viện.

- Nên chọn thuốc diệt khuẩn, đặc biệt đối với bệnh nhân có bệnh lý nền nặng và/hoặc suy giảm miễn dịch

- Bệnh nhân nhập viện nên bắt đầu với kháng sinh đường truyền tĩnh mạch, đủ liều. Sau vài ngày có thể chuyển sang uống nếu có đáp ứng lâm sàng.

- Thời gian điều trị tùy theo bệnh cảnh lâm sàng và X-quang, thường 3-5 ngày sau khi hết sốt đối với S.pneumoniae. Thời gian điều trị kháng sinh trung

bình từ 7 – 10 ngày đối với VPMPCĐ không biến chứng. Nếu do Legionella, Chlamydia thời gian tối thiểu 2-3 tuần. BN sử dụng thuốc ức chế miễn dịch và điều trị lâu dài corticoid: > 14 ngày

- Đánh giá điều trị sau 48-72h, nếu tình trạng lâm sàng không cải thiện hoặc xấu hơn cần thay đổi phác đồ.

- Chuyển sang đường uống khi bệnh nhân cải thiện ho, khó thở, hết sốt 2 lần cách 8 giờ và bệnh nhân uống được.

- Xuất viện: khi ổn định lâm sàng và chuyển sang kháng sinh uống cho đủ liệu trình

4.3. Điều trị ban đầu theo kinh nghiệm

Điều trị kháng sinh ban đầu theo kinh nghiệm nên hướng đến những tác nhân thường gặp ngoài cộng đồng như S.pneumoniae, H.influenzae và M.catarrhalis. Kháng sinh có hiệu quả là betalactam/ức chế betalactamase +/- macrolide hay quinolone hô hấp (levofloxacin, moxifloxacin).

Trước khi lựa chọn phác đồ điều trị cần đánh giá và phân loại bệnh nhân theo các mức độ nặng và nhóm nguy cơ.

** Bệnh nhân VPMPCĐ mức độ nhẹ ngoại trú:*

- Amoxicillin đơn thuần hay kết hợp với ức chế betalactamase (nếu nghi ngờ H. influenzae , M. catarrhalis): ampicillin-sulbactam, amoxicillin-clavulanic acid/sulbactam. Nếu nhiều khả năng VK không điển hình thì chọn azithromycin hay clarithromycin .

- Quinolone hô hấp (levofloxacin, moxifloxacin) nếu dị ứng với betalactam

- Nếu nghi ngờ S. pneumoniae kháng thuốc: amoxicillin liều cao hoặc quinolone hô hấp.

- BN lớn tuổi có bệnh đồng mắc, suy giảm miễn dịch: kết hợp betalactam/ức chế betalactamase và macrolid hay quinolone hô hấp đơn trị, Cefdinir, Cefpodoxime.

** Bệnh nhân VPMPCĐ mức độ trung bình, nội trú, không nằm ICU*

- Quinolone hô hấp (moxifloxacin, levofloxacin)

- Beta-lactam +/- ức chế betalactamase: (cefotaxime, ceftriaxone, ampicillin/amoxilline + clavulanic acid/sulbactam, ertapenem) + macrolide/quinolone TTM. (Những bệnh nhân có nguy cơ nhiễm P. aeruginosa cần chọn những betalactam chống Pseudomonas.)

** Bệnh nhân VPMPCĐ mức độ nặng, nằm ICU*

- Betalactam phổ rộng +/- ức chế betalactamase, ertapenem, ceftazidime, ceftriaxone, cefepim ... kết hợp quinolone hay macrolide TTM.

- Nếu có nguy cơ nhiễm *Pseudomonas*:
 - + 1 β -lactam chống *Pseudomonas* [piperacillin/tazobactam, ceftazidim, cefepime, imipenem, meropenem, doripenem] + ciprofloxacin hoặc levofloxacin.
 - + β -lactams kể trên + 1 aminoglycoside và azithromycin/clarithromycin
 - + β -lactams kể trên + quinolone (levofloxacin hay ciprofloxacin)
- Nếu có nguy cơ nhiễm *S. aureus* kháng methicillin cộng đồng (CA-MRSA): Thêm Vancomycin, Teicoplanin, hay Linezolid.

4.4. Khi có kết quả vi sinh và kháng sinh đồ: điều trị theo kháng sinh đồ.

4.5. Xuất viện:

- Bệnh nhân hết sốt, dấu hiệu sinh tồn ổn định trong 48 giờ, ăn, uống được, không có bệnh lý khác hoặc tình trạng tâm thần cần theo dõi tại bệnh viện.
- Tiếp tục điều trị kháng sinh sau xuất viện đối với những bệnh nhân bị viêm phổi do *S.pneumoniae* biến chứng nhiễm khuẩn huyết, *S.aureus*, vi khuẩn gram âm, legionella, viêm phổi biến chứng từ viêm nội tâm mạc, áp xe phổi, mũ màng phổi.
- Chuyển kháng sinh sang đường uống

5. Phòng bệnh

5.1. Các biện pháp dự phòng chung

- Điều trị triệt để các ổ nhiễm khuẩn vùng tai mũi họng, răng miệng.
- Điều trị quản lý tốt bệnh lý nền của bệnh nhân: Đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, bệnh gan thận mạn tính.
- Loại bỏ những kích thích có hại: thuốc lá, thuốc lào, bia rượu.
- Giữ ấm cổ ngực trong mùa lạnh
- Gây miễn dịch bằng tiêm chủng vacxin chống virus, vi khuẩn.

5.2. Tiêm phòng cúm

Cúm A và B là cúm mùa, gây ra các vụ dịch trong những năm gần đây, H5N1, H1N1, H7N9... Do virus cúm mùa có khả năng đột biến gen cao vì vậy tiêm phòng cúm hàng năm đóng vai trò quan trọng ngăn ngừa nhiễm cúm.

Tiêm phòng cúm đóng vai trò quan trọng trong việc phòng bệnh viêm phổi, đặc biệt là ở người lớn tuổi có suy giảm miễn dịch. Tiêm phòng cúm được khuyến cáo ở những người trên 50 tuổi, bệnh nhân có bệnh lý tim và phổi mạn tính, đái tháo đường, suy thận nặng hoặc suy giảm miễn dịch.

Chỉ định tiêm phòng cúm:

- Tuổi trên 50.
- Sống tại nhà dưỡng lão
- Mắc bệnh tim phổi mạn tính, bệnh chuyển hóa mạn tính.
- Suy giảm miễn dịch.

- Bệnh nhân từ 6 tháng đến 18 tuổi dùng aspirin kéo dài.
- Nhân viên y tế, chủ yếu để tránh lây cúm cho các bệnh nhân có nguy cơ cao.
- Người thường xuyên tiếp xúc với người có nguy cơ cao.

5.3. Tiêm phòng *S. pneumoniae*

Tiêm vắc xin phòng *S. pneumoniae* phòng tránh được 60 – 70% VPMPCĐ ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch. Theo khuyến cáo của BTS:

Chỉ định tiêm phòng *S. pneumoniae*

- Bệnh tim phổi mạn tính.
- Đái tháo đường.
- Nghiện rượu.
- Bệnh gan mạn tính.
- Dò dịch não tủy.
- Bệnh hồng cầu hình liềm.
- Cắt lách.

- Tình trạng suy giảm miễn dịch: nhiễm HIV, suy thận mạn, dùng thuốc ức chế miễn dịch...

Khi tiêm lần đầu lúc dưới 65 tuổi, lần tiêm nhắc lại sẽ thực hiện sau 5 năm, nếu lần đầu tiêm sau tuổi 65 không cần tiêm nhắc lại.

Đối với bệnh hồng cầu hình liềm, cắt lách, tình trạng suy giảm miễn dịch...: nếu tiêm mũi đầu khi dưới 10 tuổi thực hiện tiêm nhắc lại sau 3 năm, còn nếu tiêm mũi đầu trên 10 tuổi thực hiện tiêm nhắc lại sau 5 năm.

5.4. Cai thuốc lá

Hút thuốc lá chủ động hoặc thụ động được chứng minh là yếu tố nguy cơ của VPMPCĐ. Mặt khác, chúng ta biết rằng hút thuốc gây ra những thay đổi về hình thái biểu mô của niêm mạc phế quản, suy giảm tế bào lông chuyển và tế bào tiết nhầy, tạo điều kiện cho sự xuất hiện và lây lan của vi khuẩn trên niêm mạc phế quản.

Trong cai thuốc lá, việc tư vấn cho người bệnh đóng vai trò then chốt, các thuốc hỗ trợ cai giúp người bệnh cai dễ dàng hơn.

LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG

1. Đại cương

- Loét dạ dày tá tràng là tình trạng niêm mạc bị tổn thương bề mặt vượt quá lớp cơ niêm do tác động của dịch vị dạ dày. Bệnh mang tính chất mạn tính và dễ tái phát.

- Là một bệnh khá phổ biến ở nước ta cũng như ở các nước trên thế giới.
- Nam mắc nhiều hơn nữ với tỷ lệ 3:1
- Tuổi mắc bệnh thường từ 20 - 40 tuổi, song có thể gặp ở người trên 70 tuổi và trẻ em dưới 1 tuổi.

2. Nguyên nhân

- Do thuốc: Nhóm Corticoid, nhóm giảm đau chống viêm không steroid (Aspirin, Indometacin, Phenobutazone),.

- Vi khuẩn *Helicobacter pylori* (H.P) làm bệnh hay tái phát.
- Loét do tự miễn
- Loét do các bệnh mạn tính: do stress, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, xơ gan, suy thận...
- Yếu tố di truyền: Có liên quan đến nhóm máu O .
- Những nguyên nhân có thể khác:
 - + Chấn thương tinh thần, tâm lý;
 - + Rượu;
 - + Thuốc lá.

3. Triệu chứng

3.1. Lâm sàng

- Đau bụng vùng thượng vị là triệu chứng quan trọng của bệnh. Đau từ mức khó chịu, âm ỉ đến dữ dội. Đau âm ỉ, kéo dài thành cơn nhưng có tính chất chu kỳ và thành từng đợt. Tùy thuộc vào vị trí ổ loét, tính chất đau có ít nhiều khác biệt:

+ Loét tá tràng thường xuất hiện lúc đói hoặc sau bữa ăn 2 – 3 giờ, đau trội lên về đêm, ăn vào hoặc sử dụng các thuốc trung hòa acid thì đỡ đau nhanh.

+ Loét dạ dày: tùy vị trí ổ loét mà vị trí và hướng lan của tính chất đau có thể khác nhau. Thường đau sau ăn khoảng vài chục phút đến vài giờ. Đáp ứng với bữa ăn và thuốc trung hòa acid cũng kém hơn.

- Nôn, buồn nôn.
- Ợ hơi, ợ chua.
- Ăn kém hoặc không dám ăn vì sợ đau.
- Gầy sút cân.

- Thay đổi tính tình, khó tính.

3.2. Cận lâm sàng

- Chụp X quang dạ dày, tá tràng có thể phát hiện thấy ổ loét.
- Nội soi dạ dày - tá tràng bằng ống soi mềm: Là thăm dò tốt nhất, nhìn thấy trực tiếp ổ loét, đánh giá đúng kích thước, vị trí của ổ loét và các tổn thương khác kèm theo.
 - Xét nghiệm dịch vị: Độ axit thường tăng trong loét tá tràng.
 - Test xác định HP
 - + Nuôi cấy HP từ mảnh sinh thiết
 - + Test kháng thể kháng HP: test hơi thở,
 - + Test kháng nguyên của HP trong phân

4. Chẩn đoán

4.1 Chẩn đoán xác định

- Lâm sàng:
 - + Con đau điển hình vùng thượng vị.
 - + Buồn nôn hoặc nôn.
 - + Ợ hơi, ợ chua.
- Cận lâm sàng: chụp Xquang hoặc nội soi phát hiện ổ loét.

4.2. Chẩn đoán phân biệt.

- Viêm thực quản do trào ngược.
- Viêm tụy mạn.
- Viêm đại tràng ngang.
- Con đau quặn mật.

5. Biến chứng

Có 4 biến chứng chính:

- **Chảy máu tiêu hoá:** Hay gặp nhất.
 - + Biểu hiện bằng: Nôn ra máu và/hoặc ỉa phân đen.
 - + Tình trạng toàn thân phụ thuộc vào mức độ mất máu nhiều hay ít.
- **Thủng ổ loét:** Bệnh nhân đột nhiên đau bụng dữ dội thượng vị, đau như dao đâm. Khám thấy bụng cứng như gỗ về sau triệu chứng sốc xuất hiện.
- **Hẹp môn vị:**
 - + Bệnh nhân ăn không tiêu, buồn nôn rồi nôn ra thức ăn của bữa ăn trước hoặc của ngày ăn trước có mùi đặc biệt vì thức ăn đã lên men.
 - + Khám có làn sóng nhu động dạ dày và tiếng óc ách lúc đói.
- **Ung thư hoá:** (Chỉ gặp ở loét dạ dày)
 - + Bệnh nhân thường đau nhiều, không có tính chất chu kì, kèm theo có nôn.
 - + Thở trạng gầy sút nhiều.

6. Điều trị

6.1. Điều trị nội khoa.

* Chế độ ăn uống, nghỉ ngơi

- Chế độ ăn uống : Mục đích là tránh tăng tiết axit dịch vị và hạn chế vận động ống tiêu hoá.

Trong đợt đau nên ăn lỏng, mềm. Ngoài đợt đau ăn uống bình thường. Nên kiêng rượu, cà phê, chè đặc, gia vị, thuốc lá.

- Chế độ nghỉ ngơi: tương đối, không lo lắng suy nghĩ căng thẳng, không thức khuya.

* Chế độ thuốc

- Các thuốc kháng axit: Maalox, phosphalugel ...

Maalox uống 4viên /24h chia 2 lần.

- Thuốc giảm đau: Atropin , Nospa...

Nospa 40mg uống 4v/24h chia 2 lần.

- Thuốc kháng thụ thể H₂: Cimetidin, Ranitidin, Famotidin ức chế rất mạnh sự bài tiết axit trong dạ dày.

Famotidin 20mg uống ngày 2v chia 2 lần, uống liên tục trong 4 tuần.

- Thuốc ức chế bơm proton: Omeprazol (Lomac, Losec, Lanzor . . .).

Omeprazol 20mg uống ngày 1-2 viên, liên tục trong 2-4 tuần.

- Thuốc bao bọc niêm mạc dạ dày: Gastropulgite, Sucralfat ...

Sucralfat uống ngày 3 gói chia 3 lần uống trước khi ăn.

- Kháng sinh diệt Helicobacter pylori: Amoxicilin, Metronidazol, Clarithromycin, Fluoroquinolon....

Amoxicilin 500mg uống 4v/24h chia 2 lần, uống 10-14 ngày

Metronidazol 250mg uống 4v/24h chia 2 lần, uống 10-14 ngày.

Clarithromycin 500mg uống 2v/24h chia 2 lần, uống 10-14 ngày.

6.2. Điều trị ngoại khoa.

Được chỉ định trong trường hợp sau :

- Ổ loét đã được điều trị nội đúng phác đồ nhưng hay tái phát làm ảnh hưởng đến sức khỏe bệnh nhân.

- Ổ loét có nhiều biến chứng đã xảy ra :

+ Chảy máu nặng mà điều trị nội khoa không kết quả.

+ Thủng ổ loét.

+ Hẹp môn vị.

+ Nghi biến chứng ung thư hóa

BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

1. Đại cương

1.1. Khái niệm

Bệnh đái tháo đường là bệnh rối loạn chuyển hóa, có đặc điểm tăng glucose huyết mạn tính do khiếm khuyết về tiết insulin, về tác động của insulin, hoặc cả hai. Tăng glucose mạn tính trong thời gian dài gây nên những rối loạn chuyển hóa carbohydrate, protide, lipide, gây tổn thương ở nhiều cơ quan khác nhau, đặc biệt ở tim và mạch máu, thận, mắt, thần kinh.

1.2. Phân loại đái tháo đường

1.2.1. Đái tháo đường tít I (do tế bào beta của đảo tụy bị phá hủy dẫn đến thiếu insulin hoàn toàn)

- + Thường xuất hiện ở người trẻ tuổi < 40 tuổi.
- + Khởi bệnh đột ngột, cấp tính.
- + Thở trạng gầy.
- + Dễ có nhiễm toan ceton.
- + Tổn thương vi mạch thường sau vài năm.
- + Nồng độ insulin huyết thanh thấp.
- + Bắt buộc phải điều trị bằng insulin.

1.2.2. Đái tháo đường tít II (liên quan đến kháng insulin và rối loạn tiết insulin)

- + Thường gặp ở người lớn tuổi > 40 tuổi.
- + Bệnh khởi phát từ từ.
- + Thở trạng thường béo.
- + Ít có nhiễm toan ceton.
- + Tổn thương vi mạch thường xuất hiện sớm, nồng độ insulin máu tăng hoặc bình thường.

+ Điều trị bằng chế độ ăn, luyện tập thể dục và thuốc hạ đường huyết bằng đường uống thì đường máu trở về bình thường.

1.2.3. Đái tháo đường ở phụ nữ mang thai

ĐTĐ thai kỳ là ĐTĐ được chẩn đoán trong 3 tháng giữa hoặc 3 tháng cuối của thai kỳ và không có bằng chứng về ĐTĐ tít 1, ĐTĐ tít 2 trước đó. Nếu phụ nữ có thai 3 tháng đầu được phát hiện tăng glucose huyết thì xếp loại là ĐTĐ chưa được chẩn đoán/chưa được phát hiện hoặc ĐTĐ trước mang thai và dùng tiêu chí chẩn đoán như ở người không có thai

1.2.4. Các tít khác (Đái tháo đường thứ phát)

+ Đái tháo đường xuất hiện sau một số bệnh nội tiết như: Cushing, bệnh to đầu chi (acromegalia), Basedow, u tủy thượng thân (pheocromocytoma), u tế bào tiết glucagon, u tế bào tiết aldosterol...

+ Đái tháo đường do thuốc: Corticoid, thuốc tránh thai, thuốc lợi tiểu thài muối (lasix, hypothiazid), hormon tuyến giáp... dùng lâu, kéo dài có thể dẫn đến tăng đường máu.

2. Nguyên nhân

2.1. Nguyên nhân do tụy

- Do bệnh lý tại tụy: sỏi tụy, ung thư di căn tụy, viêm tụy ...

- Do di truyền: Trong gia đình có người bị đái tháo đường và thường xảy ra ở những người có kháng nguyên bạch cầu người nhóm HLA-DR3, HLA-DR4.

- Do tự miễn: trong cơ thể xuất hiện kháng thể kháng lại tế bào Langerhans của tụy.

2.2. Nguyên nhân ngoài tụy

- Cường thủy trước tuyến yên .

- Bệnh cường vỏ thượng thận.

- Bệnh cường tuyến giáp trạng.

3. Triệu chứng

3.1. Lâm sàng

* Đái tháo đường Typ I

- Thường gặp ở người trẻ.

- Triệu chứng rầm rộ, với triệu chứng:

+ Ăn nhiều: Bệnh nhân ăn nhiều, ngày 3 - 4 bữa, mỗi bữa 300 - 400gam gạo, mới ăn xong đã thấy đói muốn ăn nữa.

+ Uống nhiều: Ngày uống 3 - 4lít có khi 5 - 6 lít, miệng lúc nào cũng khô khát muốn uống.

+ Đái nhiều: Nước tiểu nhiều, có ruồi bâu kiến đậu, dây ra quần thấy dính, để lâu có mùi chua.

+ Gầy sút cân nhiều: có thể sụt 4 - 5kg trở lên trong vòng vài tháng.

* Đái tháo đường typ II

- Thường gặp ở người lớn tuổi, béo phì, ít hoạt động thể lực.

- Triệu chứng thường kín đáo trong một thời gian dài, khó phát hiện, tình cờ phát hiện ra bệnh khi có biến chứng hoặc đi làm xét nghiệm.

* Phân biệt đái tháo đường typ I và typ II

Đặc điểm	Đái tháo đường típ 1	Đái tháo đường típ 2
Tuổi xuất hiện	Trẻ, thanh thiếu niên	Tuổi trưởng thành

Khởi phát	Các triệu chứng rầm rộ	Chậm, thường không rõ triệu chứng
Biểu hiện lâm sàng	<ul style="list-style-type: none"> - Sút cân nhanh chóng. - Đái nhiều. - Uống nhiều 	<ul style="list-style-type: none"> - Bệnh diễn tiến âm ỉ, ít triệu chứng - Thể trạng béo, thừa cân - Tiền sử gia đình có người mắc bệnh đái tháo đường típ2. - Đặc tính dân tộc có tỷ lệ mắc bệnh cao. - Dấu gai đen (Acanthosis nigricans) - Hội chứng buồng trứng đa nang
Nhiễm ceton, tăng ceton trong máu, nước tiểu	Dương tính	Thường không có
Insulin/C-peptid	Thấp/không đo được	Bình thường hoặc tăng
Kháng thể: Kháng đảo tụy (ICA) Kháng Glutamic acid decarboxylase 65 (GAD 65) Kháng Insulin (IAA) Kháng Tyrosine phosphatase (IA-2) Kháng Zinc Transporter 8 (ZnT8)	Dương tính	Âm tính
Điều trị	Bắt buộc dùng insulin	Thay đổi lối sống, thuốc viên và/ hoặc insulin
Cùng hiện diện với bệnh tự miễn khác	Có thể có	Hiếm
Các bệnh lý đi kèm lúc mới chẩn đoán: tăng huyết áp, rối loạn chuyển hóa lipid, béo phì	Không có Nếu có, phải tìm các bệnh lý khác đồng mắc	Thường gặp, nhất là hội chứng chuyển hóa

3.2. Cận lâm sàng

3.2.1. Xét nghiệm máu

- Glucose máu: bình thường thay đổi từ 3,9-6,4 mmol/l. Có thể lấy máu tĩnh mạch, hoặc máu mao mạch đầu ngón tay dùng máy glucomete: sau 15-45 giây có kết quả, rất tiện lợi trong cấp cứu.

- Nghiệm pháp dung nạp glucose: cần làm trong trường hợp nghi ngờ có đái tháo đường (nếu đường máu lúc đói từ 6,1 đến 6,9 mmol/l).

+ Cách làm: Lấy máu làm xét nghiệm đường huyết lúc đói, sau đó cho bệnh nhân uống 75g glucose pha trong 200ml nước đun sôi để nguội. Sau 2h lấy máu thử lại lần 2.

+ Kết quả:

- Bình thường, sau 2h uống glucose thì đường máu <7,8 mmol/l.
- Nếu là đái tháo đường sau 2h làm nghiệm pháp đường huyết >11 mmol/l
- Nếu sau khi làm nghiệm pháp thấy đường máu > 7,8 mmol/l và < 11 mmol/l thì là do rối loạn dung nạp glucose.

- HbA1C là một xét nghiệm để giúp kiểm soát đường huyết, theo dõi quá trình tiến triển của bệnh và kết quả điều trị, không có giá trị trong chẩn đoán. HbA1C bình thường 5-6%, trên bệnh nhân đái tháo đường thì HbA1C sẽ tăng cao

3.2.2. Xét nghiệm nước tiểu

- Glucose niệu: khi đường huyết > 8 mmol/l sẽ xuất hiện đường trong nước tiểu.

- Ceton (+)

- Protein niệu:

+ Xét nghiệm để phát hiện tổn thương thận sớm, nhất là microalbumin niệu (30-300mg/24h hoặc 20-200mg/l). Đây là một xét nghiệm rất quan trọng để theo dõi tiến triển của bệnh.

+ Protein niệu xuất hiện khi bệnh nhân đi tiểu >500mg/24h, tiên lượng rất xấu nếu xuất hiện nhiều protein niệu và nhất là khi có suy thận.

4. Chẩn đoán

4.1. Chẩn đoán xác định đái tháo đường

- Tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường dựa vào 1 trong 4 tiêu chuẩn sau đây:

a) Glucose huyết tương lúc đói: ≥ 126 mg/dL (hay 7 mmol/L). Bệnh nhân phải nhịn ăn (không uống nước ngọt, có thể uống nước lọc, nước đun sôi để nguội) ít nhất 8 giờ (thường phải nhịn đói qua đêm từ 8 -14 giờ), hoặc:

b) Glucose huyết tương ở thời điểm sau 2 giờ làm nghiệm pháp dung nạp với 75g glucose bằng đường uống ≥ 200 mg/dL (hay 11,1 mmol/L)

Nghiệm pháp dung nạp glucose bằng đường uống phải được thực hiện theo hướng dẫn của Tổ chức Y tế thế giới: BN nhịn đói từ nửa đêm trước khi làm nghiệm pháp, dùng một lượng 75g glucose, hòa trong 250-300 mL nước,

uống trong 5 phút; trong 3 ngày trước đó BN ăn khẩu phần có khoảng 150-200 gam carbohydrat mỗi ngày, không mắc các bệnh lý cấp tính và không sử dụng các thuốc làm tăng glucose huyết. Định lượng glucose huyết tương tĩnh mạch.

c) HbA1c \geq 6,5% (48 mmol/mol). Xét nghiệm này phải được thực hiện ở phòng thí nghiệm được chuẩn hóa theo tiêu chuẩn quốc tế.

d) BN có triệu chứng kinh điển của tăng glucose huyết hoặc của cơn tăng glucose huyết cấp kèm mức glucose huyết tương bất kỳ \geq 200 mg/dL (hay 11,1mmol/L)

Chẩn đoán xác định nếu có 2 kết quả trên ngưỡng chẩn đoán trong cùng 1 mẫu máu xét nghiệm hoặc ở 2 thời điểm khác nhau đối với tiêu chí a, b, hoặc c; riêng tiêu chí d: chỉ cần một lần xét nghiệm duy nhất

4.2. Chẩn đoán tiền đái tháo đường

4.2.1. *Chẩn đoán tiền đái tháo đường*: khi có một trong các rối loạn sau đây:

a) Rối loạn glucose huyết đói : Glucose huyết tương lúc đói từ 100 mg/dL (5,6mmol/L) đến 125 mg/dL (6,9 mmol/L), hoặc

b) Rối loạn dung nạp glucose : Glucose huyết tương ở thời điểm 2 giờ sau khi làm nghiệm pháp dung nạp glucose bằng đường uống 75 g từ 140 mg/dL (7.8 mmol/L) đến 199 mg/dL (11 mmol/L), hoặc

c) HbA1c từ 5,7% (39 mmol/mol) đến 6,4% (47 mmol/mol).

Những tình trạng rối loạn glucose huyết này chưa đủ tiêu chuẩn để chẩn đoán đái tháo đường nhưng vẫn có nguy cơ xuất hiện các biến chứng mạch máu lớn của đái tháo đường, được gọi là tiền đái tháo đường (*pre-diabetes*).

4.2.2. *Khuyến cáo làm xét nghiệm để tầm soát, phát hiện ĐTĐ hoặc tiền ĐTĐ ở người lớn không có triệu chứng, biểu hiện lâm sàng.*

a) Người trưởng thành ở bất kỳ tuổi nào có thừa cân hoặc béo phì (BMI \geq 23kg/m²) và có kèm một trong số các yếu tố nguy cơ sau:

- Có người thân đời thứ nhất (bố mẹ, anh chị em ruột, con đẻ) bị ĐTĐ
- Tiền sử bệnh tim mạch do xơ vữa động mạch
- Tăng huyết áp (HA \geq 140/90 mmHg, hoặc đang điều trị THA)
- HDL cholesterol < 35 mg/dL (0,9mmol/L) và/hoặc triglyceride >250mg/dL (2,8mmol/L)

- Phụ nữ bị hội chứng buồng trứng đa nang

- Ít hoạt động thể lực

- Các tình trạng lâm sàng khác liên quan với kháng insulin (như dấu gai đen: acanthosis nigricans).

b) Phụ nữ đã được chẩn đoán ĐTĐ thai kỳ cần theo dõi lâu dài, xét nghiệm ít nhất mỗi 3 năm.

c) Tất cả mọi người từ 45 tuổi trở lên

d) Nếu các kết quả bình thường, xét nghiệm sẽ được làm lại trong vòng 1-3 năm sau hoặc ngắn hơn tùy theo kết quả ban đầu và các yếu tố nguy cơ.

4.3. Chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ

4.3.1. Thời điểm tầm soát đái tháo đường thai kỳ

- Đối với phụ nữ có thai chưa được chẩn đoán ĐTD trước đây tại lần khám thai đầu tiên đối với những người có các yếu tố nguy cơ của ĐTD: thực hiện xét nghiệm chẩn đoán ĐTD, sử dụng các tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường (không áp dụng tiêu chuẩn về HbA1c).

- Thực hiện xét nghiệm chẩn đoán ĐTD thai kỳ ở tuần thứ 24 đến 28 của thai kỳ đối với những thai phụ không được chẩn đoán ĐTD trước đó.

- Thực hiện xét nghiệm để chẩn đoán ĐTD thật sự (bền vững): ở phụ nữ có ĐTD thai kỳ sau khi sinh từ 4 đến 12 tuần. Dùng nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống và các tiêu chuẩn chẩn đoán không mang thai phù hợp trên lâm sàng.

- Ở phụ nữ có tiền sử ĐTD thai kỳ nên thực hiện xét nghiệm để phát hiện sự phát triển ĐTD hay tiền ĐTD ít nhất mỗi 3 năm một lần.

- Phụ nữ có tiền sử đái tháo đường thai kỳ, sau đó được phát hiện có tiền đái tháo đường: cần được điều trị can thiệp lối sống tích cực và metformin để phòng ngừa đái tháo đường.

4.3.2. Tầm soát và chẩn đoán ĐTD thai kỳ: Hiện tại ở Việt Nam có thể thực hiện phương pháp 1 bước như sau

Thực hiện nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống 75g (75-g OGTT): đo nồng độ glucose huyết tương lúc đói và tại thời điểm 1 giờ, 2 giờ, ở tuần thứ 24 đến 28 của thai kỳ đối với những thai phụ không được chẩn đoán ĐTD trước đó. Nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống phải được thực hiện vào buổi sáng sau khi nhịn đói qua đêm ít nhất 8 giờ. Chẩn đoán ĐTD thai kỳ khi bất kỳ giá trị glucose huyết thỏa mãn tiêu chuẩn sau đây:

- Lúc đói ≥ 92 mg/dL (5,1 mmol/L)
- Ở thời điểm 1 giờ ≥ 180 mg/dL (10,0 mmol/L)
- Ở thời điểm 2 giờ ≥ 153 mg/dL (8,5 mmol/L)

5. Biến chứng của Đái tháo đường

5.1. Biến chứng cấp tính

5.1.1. Hôn mê do tăng đường huyết

Đường huyết quá cao có thể gây hôn mê do nhiễm toan ceton hay tăng áp lực thẩm thấu. Đây là biến chứng nặng và rất dễ tử vong, đòi hỏi người bệnh phải được cấp cứu ngay lập tức.

5.1.2. *Biến chứng hạ đường huyết*

Xảy ra khi đường huyết xuống dưới 3.6 mmol/l (65 mg/dl), nguyên nhân có thể là: quá liều thuốc hạ đường huyết; ăn uống kiêng khem quá mức hoặc không ăn nhưng vẫn dùng thuốc; tập luyện quá sức hay uống quá nhiều rượu... Có 3 mức độ:

* **Mức độ nhẹ:** Bệnh nhân còn khả năng tự xử lý cơn hạ đường huyết.

- Vã mồ hôi
- Run tay chân.
- Đói
- Mệt

* **Mức độ trung bình:** Bệnh nhân có thể cần sự giúp đỡ của người khác để xử lý cơn hạ đường huyết.

Ngoài các dấu hiệu trên người bệnh còn có thêm các biểu hiện khác của thiếu glucose ở não bộ như đau đầu, thay đổi hành vi, dễ bị kích thích, giảm khả năng chú ý, ngủ gà.

* **Mức độ nặng:** Bệnh nhân cần sự giúp đỡ của người khác để xử lý cơn hạ đường huyết.

Do lượng đường trong máu quá thấp bệnh nhân sẽ ở trong tình trạng hôn mê, mất cảm giác hoặc co giật.

5.2. *Biến chứng mạn tính*

5.2.1. *Biến chứng về mắt.*

Đường huyết tăng cao làm tổn thương hệ thống mao mạch ở đáy mắt, gây bệnh võng mạc tiểu đường: Đục thủy tinh thể; Viêm võng mạc... Dần dần, người bệnh bị suy giảm thị lực, và có thể gây mù loà.

5.2.2. *Biến chứng về tim mạch.*

Những rối loạn về lipit máu hậu quả do tăng đường huyết thường dẫn đến vữa xơ động mạch (vữa xơ động mạch não, vữa xơ động mạch vành và các động mạch chi dưới) rất sớm, nhất là ở những bệnh nhân có tăng lipit máu.

- Những biểu hiện của vữa xơ động mạch não thường có triệu chứng nhức đầu lú lẫn, thoáng quên, có thể biến chứng nhồi huyết não hoặc xuất huyết não gây tàn phế và tử vong khá cao.

- Biểu hiện tim mạch: thường vữa xơ động mạch vành gây cơn đau thắt ngực, đau khi gắng sức hoặc cơn đau dữ dội điển hình, đau như dao đâm, đau thắt, bóp lấy ngực như trong nhồi máu cơ tim. Tỷ lệ tử vong do nhồi máu cơ tim thường khá cao.

- Biểu hiện ở chi dưới: hẹp hoặc tắc động mạch chi dưới do các mảng vữa xơ làm chít hẹp dẫn đến hoại tử chi, nhiều trường hợp phải cắt cụt.

5.2.3. *Biến chứng về thận - tiết niệu*

- Nhiễm khuẩn đường tiết niệu thường gặp trong đái tháo đường, có thể viêm bàng quang, niệu đạo hoặc viêm thân-bể thận, áp xe quanh thận.

5.2.4. *Biến chứng nhiễm trùng*

Đường trong máu cao là môi trường thuận lợi cho vi khuẩn phát triển, đồng thời làm suy yếu hệ miễn dịch của cơ thể. Vì vậy, rất dễ bị nhiễm trùng, như nhiễm trùng răng lợi, tiết niệu hay sinh dục, vết loét lâu liền... Tình trạng viêm nhiễm thường kéo dài, dai dẳng và khó điều trị.

5.2.5. *Biến chứng thần kinh*

Là biến chứng phổ biến và thường xuất hiện sớm nhất ở người bệnh đái tháo đường, thường đau, ngứa ran và mất cảm giác. Mất cảm giác là dấu hiệu đặc biệt quan trọng vì nó có thể cho phép chấn thương không được chú ý, dẫn đến nhiễm trùng nghiêm trọng và có thể phải cắt cụt chi

5.2.6. *Tổn thương bàn chân*

Tổn thương bàn chân đái tháo đường là sự kết hợp của nhiều biến chứng: Nhiễm khuẩn bàn chân, tắc mạch và hoại tử chi phải cắt cụt.

5.2.7. *Một số biến chứng khác*

- Tiêu hoá: Viêm lợi, lung lay răng, và dễ rụng răng, Viêm dạ dày thiếu toan thiếu tiết, suy chức năng gan, sỏi mật.

- Hô hấp: Lao phổi, viêm phổi, áp xe phổi.

- Ngoài da: Viêm da, mụn nhọt, nhiễm khuẩn mũ mạn tính, “Đốm cẳng chân”, nhiễm nấm Candida...

5.3. *Các biến chứng trong thời kỳ mang thai*

Thai nhi bị quá cân, có thể dẫn đến các vấn đề khi sinh, chấn thương cho trẻ và mẹ, và đột ngột giảm glucose máu ở trẻ sau sinh. Trẻ bị phổi nhiễm trong thời gian dài với glucose máu cao trong tử cung có nguy cơ mắc đái tháo đường cao hơn trong tương lai...

6. **Điều trị đái tháo đường**

Mục đích của điều trị đái tháo đường:

+ Làm hạn chế bớt các biến chứng và đưa đường máu về giới hạn bình thường.

+ Hạn chế đến mức thấp nhất các biến chứng.

+ Đưa cân nặng về bình thường nhất là bệnh nhân béo phì.

+ Nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, đưa người bệnh trở lại học tập và lao động bình thường.

6.1. *Thay đổi lối sống*

Thay đổi lối sống hay điều trị không dùng thuốc bao gồm luyện tập thể lực và dinh dưỡng.

a) Luyện tập thể lực

- Nên tập thể dục 5 ngày mỗi tuần, tốt nhất là thể dục hết các ngày trong tuần.
- Loại hình luyện tập thông dụng và dễ áp dụng nhất: đi bộ tổng cộng 150 phút mỗi tuần (hoặc 30 phút mỗi ngày), không nên ngưng luyện tập 2 ngày liên tiếp. Mỗi tuần nên tập kháng lực 2-3 lần (kéo dây, nâng tạ).
- Người già, đau khớp có thể chia tập nhiều lần trong ngày, thí dụ đi bộ sau 3 bữa ăn, mỗi lần 10-15 phút. Người còn trẻ nên tập khoảng 60 phút mỗi ngày, tập kháng lực ít nhất 3 lần mỗi tuần.
- Tránh ngồi kéo dài và mỗi 20 tới 30 phút nên đứng dậy đi lại.
- Một số hình thức thể dục khác có lợi ích như thể dục dưới nước phù hợp với người bị thoái hoá khớp: bơi lội, đi bộ nhanh trong nước.

b) Dinh dưỡng

- Glucid: Lượng Glucid ăn vào nên chiếm 50 - 60% tổng số năng lượng. Tối thiểu: 130g Glucid/ngày. Khuyến cáo lựa chọn thực phẩm: nên sử dụng các thực phẩm chứa nhiều chất xơ như rau, đậu, các loại ngũ cốc nguyên hạt như gạo lứt/gạo lật, khoai củ, bánh mì đen, hoa quả; hạn chế các thức ăn chứa nhiều đường như bánh kẹo, mứt sấy khô, mật ong, hoa quả ngọt như mít, đu đủ, xoài...

- Protein: 15 - 20% tổng năng lượng. Khuyến cáo mức cung cấp Protein là 1g-1,2g/kg cân nặng/ ngày đối với BN ĐTĐ không có Proteine niệu, không có suy thận. BN có biến chứng thận, khuyến cáo mức protein là 0,8g/kg cân nặng/ngày. Tăng cường sử dụng cá và thủy hải sản. Ăn các loại thịt bò, thịt lợn ít mỡ. Ăn thịt gia cầm bỏ da. Hạn chế các thực phẩm giàu Cholesterol: phủ tạng động vật, chocolate, ... Có thể sử dụng trứng 2-4 quả/tuần, ăn cả lòng đỏ và lòng trắng. Chọn các thực phẩm có nhiều chất béo chưa bão hòa có lợi cho sức khỏe: đậu đỗ, lạc, vừng, dầu oliu, dầu cá, ...

- Lipid: 20 - 25% tổng năng lượng, trong đó: chất béo bão hòa nên dưới 10% tổng năng lượng, cholesterol nên dưới 300mg/ngày. Chọn thực phẩm có ít chất béo bão hòa như: cá, thịt nạc, đậu phụ, lạc, vừng. Tránh ăn các thức ăn: thịt mỡ, nội tạng động vật, dầu cọ, dầu dừa, hoặc các thức ăn chiên rán kỹ. Chọn các dầu thực vật thay thế cho mỡ động vật: dầu đậu nành, dầu hướng dương... Không nên sử dụng lại dầu đã sử dụng ở nhiệt độ cao: xào, rán

- Muối: Nên ăn nhạt tương đối, < 5g muối/ngày (2,000 mg Na/ngày). Hạn chế các thực phẩm chế biến sẵn chứa nhiều muối: dưa muối, cà muối, mỳ tôm, xúc xích, ... Hạn chế cho thêm nước mắm, gia vị khi ăn uống.

- Trái cây là nguồn cung cấp vitamin chính. Ăn trái cây nên ăn nguyên múi, nguyên miếng không nên ăn nước ép trái cây vì quá trình chế biến đã bị mất chất xơ nên đường bị hấp thu nhanh hơn. Không nên ăn hoa quả quá 20% mức năng lượng hàng ngày. Chọn những trái cây có chỉ số đường huyết thấp: ổi, lê, táo, cam... Ăn vừa phải trái cây có đường huyết trung bình: chuối, đu đủ. Hạn chế trái cây có chỉ số tăng đường huyết nhanh: dưa hấu, vải, nhãn, xoài.

- Chất xơ có nhiều trong các phần như vỏ, dây, lá, hạt, ... của các loại cây lấy quả, rau xanh và ngũ cốc. Nhu cầu: 20 - 30g/ngày

- Rượu, bia: có nguy cơ làm hạ đường huyết. Người nghiện rượu có nguy cơ xơ gan. Người bị bệnh ĐTĐ vẫn được uống rượu nhưng không quá 1-2 đơn vị rượu. Một đơn vị rượu chứa 10g cồn, tương đương 120 mL rượu vang, 300 mL bia, hoặc 30mL rượu mạnh.

- Bệnh nhân cần duy trì 3 bữa ăn chính trong ngày. Bữa phụ của bệnh nhân cần cá nhân hóa. Bệnh nhân kiểm soát tốt đường huyết không khuyến cáo chia nhỏ bữa ăn. Những bệnh nhân sử dụng thuốc kích thích insulin, tiêm insulin nếu có nguy cơ bị hạ đường huyết vào thời điểm nào trong ngày thì nên có bữa phụ vào thời điểm đó. Không sử dụng các thực phẩm tăng đường huyết nhanh trong bữa phụ như: bánh mì, khoai nướng, ... Mức năng lượng bữa phụ phải nằm trong tổng mức năng lượng hàng ngày của người bệnh. Nếu dư thừa có thể gây tăng cân, tăng đường huyết. Thông thường, bữa phụ chỉ nên chiếm 10-15% tổng số năng lượng trong ngày.

6.2. Điều trị đái tháo đường bằng thuốc

6.2.1. Thuốc uống hạ đường huyết

Điều trị cho bệnh nhân đái tháo đường tít II, nếu chế độ ăn và luyện tập thể thao mà đường huyết không về bình thường được.

** Nhóm sulfonylurea (sunfamit hạ đường huyết):*

Thuốc kích thích tế bào beta tụy tiết insulin. Thuốc gắn vào kênh kali phụ thuộc ATP (KATP) nằm trên màng tế bào beta tụy làm đóng kênh này, do đó làm phân cực màng tế bào. Khi màng tế bào beta phân cực, kênh calci phụ thuộc điện thế sẽ mở ra, calci sẽ đi vào trong tế bào làm phóng thích insulin từ các hạt dự trữ. Thuốc làm giảm HbA1c từ 1 - 1,5%. Thuốc có 2 thế hệ

- Sunfamit hạ đường huyết thế hệ 1: Tolbutamide (diabetol, tolbutal, xyclamid), Chlorpropamide (diabiner, galiron, melliner...), Carbutamide hiện nay không được dùng

- Sunfamit thế hệ thứ 2:

+ Glibenclamid (daonil, maninil...): viên 5 mg x 2- 4v/ngày.

+ Gliclazid (diamicron, predian): viên 80 mg x 2- 3v/ngày.

+ Glimepirid được coi là thuốc có tác dụng hạ đường huyết mạnh nhất trong các sunfonylurêa (amaryl): 2 mg; 4 mg x 1- 2v/ngày, có thể tăng liều đến khi đường máu trở về bình thường, giảm liều điều trị cũng cố 1v/ngày. Có thể dùng đơn độc hoặc phối hợp với bigunamid hoặc insulin.

** Nhóm bigunamid:*

Cơ chế tác dụng: Ức chế sự tân sinh glucose ở gan. Tăng nhạy cảm của insulin đối với tổ chức ngoại vi. Tăng sử dụng glucose ở tổ chức cơ, giảm hấp thu glucose ở ruột non. Ngoài ra bigunamid còn có tác dụng ức chế tổng hợp lipit cho nên nó làm giảm cholesterol và triglycerid máu. Có tác dụng gây chán ăn nên rất tốt với bệnh nhân đái tháo đường có béo phì.

Dựa theo cấu trúc hoá học có 3 nhóm biguanid khác nhau:

- Phenethylbiguanid (phenformin).
- Butylbiguanid (buformin, silubin, adebit).
- Methyl biguanit (metformin, metforal, glucophage).

Hiện nay trên lâm sàng Metformin là thuốc duy nhất còn được sử dụng hiện nay trong nhóm biguanid.

Viên metformin 500 mg hoặc 850 mg: 2- 3v/ngày. Liều tối đa có thể dùng 2500mg/ngày, có thể dùng đơn trị liệu hoặc phối hợp với sufonylurea hoặc insulin.

** Thuốc ức chế enzyme α -glucosidase*

Cơ chế tác dụng: thuốc cạnh tranh và ức chế tác dụng của enzyme thủy phân đường phức thành đường đơn, do đó làm chậm hấp thu carbohydrat từ ruột. Giảm HbA1c từ 0,5 - 0,8%

Thuốc chủ yếu giảm glucose huyết sau ăn, dùng đơn độc không gây hạ glucose máu. Tác dụng phụ chủ yếu ở đường tiêu hóa do tăng lượng carbohydrat không được hấp thu ở ruột non đến đại tràng, bao gồm: sinh bụng, đầy hơi, đi ngoài phân lỏng.

Uống thuốc ngay trước ăn hoặc ngay sau miếng ăn đầu tiên. Bữa ăn phải có carbohydrat.

Thuốc hiện có tại Việt Nam: Acarbose, hàm lượng 50 mg. Liều đầu có thể từ 25 mg uống ngay đầu bữa ăn, 3 lần/ngày.

** Glinides*

Hiện có tại Việt Nam: Repaglinide hàm lượng 0,5-1-2mg

Cơ chế tác dụng tương tự như sulfonylurea. Thuốc làm giảm HbA1c từ 1 - 1,5%. Thuốc được hấp thu nhanh ở ruột, chuyển hóa hoàn toàn ở gan và thải qua mật, do đó thời gian bán hủy ngắn dưới 1 giờ.

Thuốc làm tăng tiết insulin nhanh nên liều thường dùng là 0,5-1 mg uống trước các bữa ăn 15 phút. Liều tối đa 16 mg/ngày.

Tác dụng chủ yếu của thuốc là giảm glucose huyết sau ăn. Thuốc cũng làm tăng cân và có nguy cơ hạ glucose máu tuy thấp hơn nhóm sulfonylurea. Do thời gian bán hủy ngắn, thuốc có thể dùng ở người già, khi suy thận.

* *Thiazolidinedione (TZD hay glitazone)*

Cơ chế tác dụng: Hoạt hóa thụ thể PPAR γ , tăng biểu lộ chất chuyên chở glucose loại 1-4 (GLUT1 và GLUT4) giảm nồng độ acid béo trong máu, giảm sản xuất glucose tại gan, tăng adiponectin và giảm sự phóng thích resistin từ tế bào mỡ, tăng chuyển hóa tế bào mỡ kém biệt hóa (preadipocytes) thành tế bào mỡ trưởng thành. Tóm lại thuốc làm tăng nhạy cảm với insulin ở tế bào cơ, mỡ và gan. Giảm HbA1c từ 0,5 - 1,4%

Hiện nay tại Việt Nam chỉ có pioglitazone còn được sử dụng. Ngoài tác dụng giảm glucose huyết, pioglitazone làm giảm triglycerides 9% và tăng HDL 15%. Khi dùng chung với insulin, liều insulin có thể giảm được khoảng 30-50%.

Thuốc làm phù/tăng cân 3-4%, khi dùng cùng với insulin, có thể tăng cân 10-15% so với mức nền và tăng nguy cơ suy tim. Thuốc cũng làm tăng nguy cơ gãy xương (ở phụ nữ), thiếu máu

Thuốc được dùng 1 lần mỗi ngày, không phụ thuộc bữa ăn. Liều khuyến cáo pioglitazone 15-45 mg/ngày.

* *Thuốc ức chế enzyme DPP-4 (Dipeptidyl peptidase-4)*

Cơ chế tác dụng: ức chế enzyme DPP-4, một enzyme thoái giáng GLP-1, do đó làm tăng nồng độ GLP-1 (glucagon-like peptide) có hoạt tính. Thuốc ức chế enzyme DPP-4 làm giảm HbA1c từ 0,5 - 1,4%.

Dùng đơn độc không gây hạ glucose máu, không làm thay đổi cân nặng. Thuốc được dung nạp tốt.

Hiện tại ở Việt Nam có các loại:

- Sitagliptin: viên uống 50-100mg uống. Liều thường dùng 100 mg/ngày uống 1 lần.

- Saxagliptin: viên 2,5-5mg, uống 1 lần trong ngày.

- Vildagliptin: viên 50 mg, uống 1-2 lần/ngày.

- Linagliptin: viên 5 mg uống 1 lần trong ngày.

Tác dụng phụ có thể gặp: ho, viêm hầu họng, mẩn ngứa, dị ứng, viêm tụy cấp.

* *Thuốc ức chế kênh đồng vận chuyển Natri-glucose SGLT2 (Sodium Glucose Transporter 2)*

Glucose được lọc qua cầu thận sau đó được tái hấp thu chủ yếu ở ống thận gần dưới tác dụng của kênh đồng vận chuyên Natri-glucose (Sodium Glucose CoTransporters (SGIT). SGLT2 giúp tái hấp thu khoảng 90% glucose lọc qua cầu thận, do đó ức chế tác dụng kênh này ở BN ĐTĐ típ 2 sẽ làm tăng thải glucose qua đường tiểu và giúp giảm glucose huyết.

Bên cạnh tác dụng kiểm soát đường huyết, thuốc còn có tác dụng trên hệ thống tim mạch- thận. Các nghiên cứu cho thấy các thuốc nhóm ức chế SGLT2 có khả năng làm giảm biến cố tim mạch lớn ở những BN ĐTĐ típ 2 đã có bệnh lý tim mạch do xơ vữa hoặc có nguy cơ tim mạch cao/ rất cao. Empagliflozin được chỉ định làm giảm nguy cơ tử vong tim mạch ở BN trưởng thành ĐTĐ típ 2 và có sẵn bệnh lý tim mạch.

Các thuốc nhóm ức chế SGLT2 hiện nay có là canagliflozin, dapagliflozin và empagliflozin.

6.2.2. Insulin

+ Chỉ định:

- Đái tháo đường típ I là bắt buộc phải điều trị bằng insulin.
- Cấp cứu tiền hôn mê hoặc hôn mê do đái tháo đường.
- Những bệnh nhân sút cân nhiều, suy dinh dưỡng hoặc có các bệnh nhiễm khuẩn đi kèm.
- Đái tháo đường típ II đã được điều trị phối hợp với các thuốc uống nhưng không có kết quả.
- Chuẩn bị trước, trong phẫu thuật.
- Đái tháo đường đã có nhiều biến chứng hoặc biến chứng một trong 3 cơ quan đích (tim, thận, não).
- Đái tháo đường ở phụ nữ mang thai.

Các loại insulin	Màu	Bắt đầu tác dụng	Tác dụng đỉnh	Hết sau
Insulin nhanh (thường): I. Regular, standard, soluble.	Trong	- 5' sau tiêm tĩnh mạch. - 30' sau tiêm dưới da.	1- 3 h	6- 8 h
Insulin bán chậm: (trung gian) insulin lente, NPH (Neutral protamin Hagedorn).	Đục	2 h	6- 12 h	24 h

Insulin rất chậm: ultra- lente, PZI (protamin zine insulin)	Đục	4 h	6- 24 h	36 h
--	-----	-----	---------	------

+ Liều đầu tiên: 0,3- 0,5 đv/kg/ngày tiêm dưới da.

- Thường phối hợp 2/3 insulin chậm và 1/3 insulin nhanh trộn lẫn. Nếu tiêm dưới 30 đơn vị thì có thể tiêm một lần vào buổi sáng, còn nếu tiêm trên 30 đơn vị phải chia đôi sáng- chiều, không nên tiêm xa bữa ăn hoặc buổi tối để tránh hạ đường huyết. Nếu tiêm insulin nhanh nên chia nhiều lần trong ngày vì tiêm nhiều lần kiểm soát đường huyết tốt hơn.

- Những ngày sau đó thì tùy thuộc vào đường huyết để điều chỉnh liều insulin cho thích hợp- khi đường máu trở về bình thường có thể chuyển sang điều trị củng cố, liều củng cố bằng 1/2 liều ban đầu và điều trị liên tục suốt đời. Nếu có điều kiện nên kiểm tra đường huyết nhiều lần trong ngày.

- Insulin nhanh tiêm trước ăn 30 phút, insulin bán chậm có thể tiêm trước khi ăn sáng hoặc trước bữa ăn chiều.

+ Tai biến và tác dụng phụ khi điều trị insulin.

- Hạ đường huyết
- Dị ứng
- Loạn dưỡng mỡ do insulin
- Kháng insulin

7. Các biện pháp dự phòng

7.1. Dự phòng cấp I

Là dự phòng những người có yếu tố nguy cơ để không thể tiến triển thành bệnh. VD những đối tượng bị tiền ĐTĐ sẽ được quản lý hướng dẫn thay đổi lối sống làm chậm sự tiến triển hoặc không thể tiến triển thành ĐTĐ.

- Cần tăng hoạt động thể lực thường xuyên:
- Cần phòng tránh tình trạng thừa cân, béo phì, xây dựng thói quen ăn uống tốt, hợp lý

7.2. Dự phòng cấp II

Là dự phòng cho những người đã bị bệnh nhưng không để mắc các biến chứng của bệnh. VD: BN ĐTĐ₂ không bị mắc các biến chứng cấp tính hoặc mãn tính. Khả năng này hoàn toàn có thể dự phòng nếu chúng ta điều trị tích cực kiểm soát tốt glucose máu, HbA1C và kết hợp với tuân thủ khám và điều trị của NB.

7.3. Dự phòng cấp III

Là dự phòng nếu BN có biến chứng không để tàn phế: VD Biến chứng bàn chân tránh loét, hoại tử; Biến chứng về tim mạch: Đau ngực, tăng mỡ máu, tăng huyết áp... phòng không để BC tắc mạch, nhồi máu cơ tim....

BỆNH CÒI XƯƠNG - SUY DINH DƯỠNG

1. Bệnh còi xương.

1.1. Đại cương.

Bệnh còi xương là tình trạng rối loạn chuyển hoá canxi và phospho do thiếu vitamin D, gây nên biến dạng ở bộ xương và ảnh hưởng đến sự phát triển chung của cơ thể. Bệnh thường gặp ở trẻ em từ 6 tháng tuổi đến 2 tuổi.

1.2. Nguyên nhân.

- Do thiếu ánh sáng mặt trời: Nhà cửa tối tăm, u ám, chật chội, tập quán kiêng quá mức.

- Do điều kiện dinh dưỡng không đủ đạm, mỡ, muối khoáng gây thiếu thành phần cơ bản của bộ xương.

- Do trẻ ăn quá nhiều sữa bò, không được cung cấp đầy đủ vitamin D, ảnh hưởng trẻ ăn sớm quá sớm.

1.3. Triệu chứng lâm sàng: Bệnh thường tiến triển qua 3 giai đoạn:

- Giai đoạn đầu (giai đoạn thần kinh kích thích): Trẻ quấy khóc, ngủ không yên giấc, hay giật mình, hay ra mồ hôi trộm, khó chịu, rụng tóc gáy tạo nên dấu hiệu “chiếu liếm”.

- Giai đoạn hai (giai đoạn toàn phát): Biểu hiện các xương và biến dạng xương sọ, sọ mềm, ấn lõm như quả bóng nhựa, thóp chậm liền, xương ức nhô ra giống như ngực gà, xương tứ chi cong, có vòng cổ chân, cổ tay. Trương lực cơ giảm, cơ nhẽo, bụng to ồng, da xanh xao biểu hiện thiếu máu.

- Giai đoạn ba (giai đoạn ổn định): Bệnh không tiến triển nữa song để lại di chứng chân vòng kiềng, méo khung chậu.

1.4. Điều trị.

- Vitamin D Tổng liều:

+ 200.000 - 400.000 đơn vị với thể nhẹ.

+ 600.000 đơn vị với thể vừa.

+ 800.000 đơn vị với thể nặng.

Tổng liều này chia làm 20 ngày có thể tiêm hoặc uống tùy theo tình trạng nặng hay nhẹ.

- Dùng tia cực tím: Chiếu mỗi đợt 20 - 25 buổi, mỗi buổi 10 - 15 phút, kết hợp với tắm nắng buổi sáng.

- Cho trẻ ăn uống đầy đủ vitamin và chất đạm.

- Điều trị chỉnh hình khi có biến dạng ở chi.

1.5. Phòng bệnh

- Đối với phụ nữ có thai 3 tháng tuổi: ăn uống đầy đủ các chất dinh dưỡng và uống thêm vitamin D (500 - 1.000 đơn vị/ ngày, dùng trong 15 ngày).

- Đối với trẻ em: Đảm bảo đủ sữa mẹ, tắm nắng buổi sáng hàng ngày hoặc tắm tia cực tím và uống vitamin D (500 - 1.000 đơn vị/ ngày).

2. Suy dinh dưỡng

2.1. Đại cương

Là tình trạng rối loạn dinh dưỡng làm ngừng trệ phát triển về thể lực và có những biến đổi về chức phận, hình thể các bộ phận cơ thể, đây là tình trạng bệnh phổ biến ở nước ta lứa tuổi < 3 tuổi.

2.2. Nguyên nhân

2.2.1. Do mắc sai lầm về ăn uống

- Sai lầm về cung cấp số lượng: Như trẻ bị thiếu sữa, trẻ trên 6 tháng tuổi không được ăn sam hợp lý.

- Sai lầm về chất lượng: Trẻ bị thiếu đạm, mỡ, vitamin.

- Sai lầm về phương pháp nuôi dưỡng: ăn vặt không đúng giờ giấc hay trẻ bị kiêng khem quá nhiều.

2.2.2. Do mắc các bệnh nhiễm khuẩn: Sởi, ho gà, viêm họng, viêm V.A...

2.2.3. Do trẻ bị tật bẩm sinh: Sứt môi, hở hàm ếch.

2.3. Triệu chứng lâm sàng

2.3.1. Trường hợp nhẹ

- Cân nặng giảm 10 - 15% so với trọng lượng bình thường.

- Lớp mỡ dưới da bụng giảm.

- Da hơi xanh, trẻ quấy khóc, các cơ nhẽo.

2.3.2. Trường hợp nặng

- Cân nặng trẻ giảm > 30%.

- Người gầy đét, da khô, lớp mỡ dưới da mất.

- Tóc khô, phù, dễ bị loét miệng lợi.

- Trẻ hay bị ỉa chảy, thần kinh uể oải, dễ mắc các bệnh nhiễm khuẩn.

2.4. Điều trị

- Trường hợp nhẹ chỉ cần ăn uống hợp lý, đúng phương pháp, có điều kiện cho ăn thêm bột cóc.

- Trường hợp nặng: ăn tăng đạm, mỡ, giảm đường, thêm nhiều vitamin PP, vitamin A, vitamin C và vitamin nhóm B.

Cần thiết truyền đạm, truyền máu, cho kháng sinh chống nhiễm khuẩn, vệ sinh mũi họng sạch sẽ.

2.5. Phòng bệnh

- Tuyệt đối đảm bảo đủ sữa mẹ cho trẻ ở tuổi còn bú mẹ.

- Tuyên truyền phương pháp nuôi dạy trẻ có khoa học, hợp vệ sinh.
- Đề phòng và giải quyết tốt các ổ nhiễm khuẩn ở tai, mũi, họng, ruột.

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.

2.4. 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.

3. 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: Con đau do sỏi niệu quản phải, viêm đường tiết niệu, con 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

4. Biểu chứng:

4.1. 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/mm³máu

4.2. Áp xe ruột thừa.

- Ruột thừa viêm vỡ ra được mạc nối và các quai ruột tới bao bọc lại tạo thành ổ mủ (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 mủ hoặc vỡ vào các tạng lân cận.
- Xét nghiệm Bạch cầu tăng trên 10.000 BC/mm³máu

4.3. 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.

5. 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.

CHỮA NGOÀI TỬ CUNG

1. Định nghĩa, phân loại, nguyên nhân chữa ngoài tử cung

1.1. Định nghĩa chữa ngoài tử cung

Chửa ngoài tử cung là trường hợp trứng sau khi thụ tinh không làm tổ trong buồng tử cung, mà lại làm tổ ở một nơi khác ngoài buồng tử cung.

1.2. Phân loại:

Khối thai làm tổ ngoài tử cung có thể ở các vị trí sau trên cơ thể thai phụ:

- Tại ống dẫn trứng: Chửa ngoài tử cung tại ống dẫn trứng là loại hay gặp nhất, chửa ngoài tử cung ở kẽ, ở eo, ở bóng hay ở loa của ống dẫn trứng.
- Tại buồng trứng: Thai tại buồng trứng ít gặp hơn.
- Trong ổ bụng: Thai trong ổ bụng rất hiếm gặp.
- Tại ống cổ tử cung: Thai trong ống cổ tử cung cũng là loại rất hiếm gặp, nhưng nếu bị thì rất nguy hiểm, vì chảy máu dữ dội và nếu phát hiện được chỉ có cách mổ cấp cứu, cắt tử cung hoàn toàn.

1.3. Nguyên nhân chữa ngoài tử cung

Có nhiều nguyên nhân gây chửa ngoài tử cung ở ống dẫn trứng như: dị tật bẩm sinh, gấp khúc quá mức, khối u chèn ép, rối loạn nhu động. Tuy nhiên, nguyên nhân thường gặp nhất gây chửa ngoài tử cung, là tình trạng viêm nhiễm ở tử cung, ống dẫn trứng. Vì vậy, những phụ nữ có tiền sử sau đây, có nhiều nguy cơ bị thai ngoài tử cung hơn cả:

- Người bị viêm nhiễm đường sinh dục (đặc biệt nếu đã được chẩn đoán bị viêm phần phụ, viêm tiểu khung).
- Người sau đẻ hay sảy thai bị nhiễm khuẩn.
- Người đã phá thai (càng nhiều lần, nguy cơ càng cao)
- Người đặt dụng cụ tử cung (vòng tránh thai) bị nhiễm khuẩn.
- Người bị vô sinh (nhất là vô sinh thứ phát).

2. Chẩn đoán chữa ngoài tử cung

2.1. Chẩn đoán xác định

Trên lâm sàng chữa ngoài tử cung phân loại các các thể lâm sàng sau:

2.1.1. Chửa ngoài tử cung thể chưa vỡ

Chẩn đoán chữa ngoài tử cung thể chưa vỡ dựa vào các triệu chứng sau:

- Có dấu hiệu thai nghén sớm: Chậm kinh, nghén, vú căng tức, thử thai dương tính.
- Ngoài ra còn có những triệu chứng khác kèm theo:
 - + Đau bụng: thường đau âm ỉ vùng bụng dưới, đau ở bên có ống dẫn trứng được phôi làm tổ, thỉnh thoảng có cơn đau nhói.

+ Rong huyết: thai phụ thấy ra máu ít một, màu đen, lợn cợn (như bã cà phê) và rả rích trong nhiều ngày.

+ Thăm khám trong: Tử cung hơi to không tương xứng với tuổi thai. Bên cạnh tử cung, qua túi cùng bên, có thể thấy một khối nhỏ, đụng tay vào đau chói.

+ Siêu âm trong buồng tử cung không có túi ối như các thai bình thường; có thể thấy những âm vang bất thường ở một bên ống dẫn trứng (cạnh tử cung).

2.1.2. Chửa ngoài tử cung vỡ

Nếu chửa ngoài tử cung ở giai đoạn trên không được phát hiện sẽ vỡ gây chảy máu vào trong ổ bụng. Nếu không phát hiện và được xử trí sớm có thể đưa đến tử vong. Các triệu chứng giúp cho chẩn đoán của chửa ngoài tử cung vỡ là:

- Bệnh nhân đau bụng đột ngột, dữ dội như bị “dao đâm”, khiến một số người bệnh ngã ra, ngất đi. Tình trạng đột ngột này, được mô tả như một cảnh “trời quang vang sấm”.

- Toàn trạng người bệnh nhanh chóng xấu đi, lâm vào tình trạng sốc do mất máu: da xanh xao, nhợt nhạt, vã mồ hôi, lạnh tay chân, mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt.

- Thăm khám: bụng chướng nhẹ, nắn đau, có phản ứng thành bụng và cảm ứng phúc mạc, đặc biệt rõ hơn ở bên có thai ngoài tử cung bị vỡ.

- Thăm trong: thường thấy các túi cùng đầy, đặc biệt túi cùng sau phòng và khi ấn ngón tay vào người bệnh rất đau (kêu thét) và có cảm giác thân tử cung như bơi bồng bênh trong nước.

- Siêu âm: Không thấy khối thai trong buồng tử cung

2.1.3. Chửa ngoài tử cung thể huyết tụ thành nang

Một số trường hợp chửa ngoài tử cung ở ống dẫn trứng tiến triển không đưa đến vỡ ống dẫn trứng đột ngột như trên, mà vòi trứng bị nứt rạn dần dần, để máu từ đó rỉ dần vào ổ bụng. Tại đây, các mạc nối và các quai ruột trong ổ bụng dồn đến bao vây phần vòi trứng bị nứt và khối máu đọng trong ổ bụng. Sau nhiều ngày, có thể nhiều tuần, tạo nên một khối u, bên trong là máu đọng lẫn máu cục, bên ngoài là một vỏ dày, do các mạc nối, mạc treo và các quai ruột bao bọc lại, trở thành khối “huyết tụ thành nang”, có thể chèn ép các tạng khác, gây nên các triệu chứng sau đây:

- Người bệnh xanh xao, thiếu máu, da có thể vàng rom.

- Đau âm ỉ ở vùng hạ vị.

- Thường có rối loạn tiểu tiện như đái khó, đái rất, cuối cùng thì bí đái.

- Có thể có rối loạn đại tiện: táo bón nhiều ngày hoặc lại có dấu hiệu “giã lỵ”, do khối huyết tụ chèn vào trực tràng kích thích tại chỗ.

- Có khi xuất hiện các dấu hiệu bán tắc hay tắc ruột.

- Thăm khám kết hợp tay trong tay ngoài: thấy có một khối hơi rắn, không rõ ranh giới, sát bên cạnh tử cung, đụng ngón tay vào rất đau.

- Khai thác tiền sử, ban đầu người bệnh cũng có triệu chứng của chửa ngoài tử cung chưa vỡ và sau đó là bệnh cảnh của chửa ngoài tử cung vỡ, nhưng với mức độ không rầm rộ như trường hợp vỡ đột ngột.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Sảy thai: Bệnh nhân chậm kinh, đau bụng, rong huyết, thử thai dương tính, tử cung to tương đương với tuổi, siêu âm khối thai trong buồng tử cung.

- Chửa trứng: Bệnh nhân chậm kinh, nghén nhiều, tử cung to hơn so với tuổi thai, HCG tăng cao, siêu âm trong buồng tử cung có hình ảnh ruột bánh mỳ.

- Viêm phần phụ: Người bệnh đau bụng dưới, thường đau ở hai bên, thường không có chậm kinh và không chảy máu kéo dài nhiều ngày. Người bệnh có thể có sốt, hỏi kỹ thì trong tiền sử đã có nhiều lần đau âm ỉ hay đau nhói bụng dưới như vậy.

- Các trường hợp ra máu phụ khoa không liên quan đến thai nghén như: Rối loạn kinh nguyệt, rong kinh, rong huyết, u xơ tử cung, polyp cổ tử cung.

3. Xử trí và dự phòng chửa ngoài tử cung

3.1. Xử trí chửa ngoài tử cung

3.1.1. Tại tuyến y tế xã:

- Khi nghi ngờ một trường hợp chửa ngoài tử cung, dù bất cứ thể lâm sàng nào, cũng cần giải thích và tư vấn cho người bệnh và gia đình, để họ chấp nhận đi khám ở tuyến trên.

- Trường hợp chửa ngoài tử cung bị vỡ, phải chuyển người bệnh rất khẩn trương bằng các phương tiện nhanh nhất đến cơ sở y tế có khả năng phẫu thuật gần nhất, hoặc mời tuyến trên về cấp cứu khẩn cấp tại chỗ. Nếu người bệnh bị sốc, tiến hành hồi sức trước và trong khi vận chuyển, một mặt liên hệ qua điện thoại (hoặc cử người) thông báo cho cơ sở y tế tuyến trên, để cơ sở đó chuẩn bị sẵn sàng tiếp nhận người bệnh. Nhiều cơ sở xã hiện nay, trong một số trường hợp khẩn cấp, đã mời đội phẫu thuật lưu động của trung tâm y tế huyện hay tỉnh về hồi sức, truyền máu và có khi phải mổ ngay tại xã, để cứu người bệnh.

3.1.2. Tại các tuyến có khả năng phẫu thuật

- Điều trị nội khoa: Áp dụng cho bệnh nhân chửa ngoài tử cung chưa vỡ, muốn bảo tồn ống dẫn trứng. Tiêm Methotrexat (thuốc chống ung thư) nhằm diệt phôi lạc chỗ, theo dõi nồng độ hCG sau tiêm thuốc.

- Điều trị chủ yếu bằng phương pháp phẫu thuật:

+ Với chửa ngoài tử cung chưa vỡ, ngoài cách mổ thông thường, có thể mổ bằng nội soi. Mổ càng sớm càng tốt, để tránh thai ngoài tử cung bị vỡ đột ngột.

+ Với chữa ngoài tử cung đã bị vỡ, thì việc mổ phải tiến hành thật khẩn trương. Nếu để chậm trễ có thể nguy hiểm đến tính mạng người bệnh.

+ Với chữa ngoài tử cung thể huyết tụ thành nang, cũng phải mổ để điều trị nhưng không cần thiết phải mổ cấp cứu.

3.2. Dự phòng

Có thể hạn chế các trường hợp chữa ngoài tử cung, nếu giảm được tỷ lệ viêm nhiễm đường sinh sản bằng cách:

- Hướng dẫn phụ nữ thực hiện vệ sinh hàng ngày, vệ sinh kinh nguyệt, vệ sinh khi giao hợp, vệ sinh khi sẩy, để để tránh viêm nhiễm.

- Vận động chị em đi khám phụ khoa định kỳ, để kịp thời phát hiện các bệnh phụ khoa thông thường, điều trị sớm.

- Vận động chị em có thai đi khám và đăng ký thai nghén sớm, ngay những ngày đầu chậm kinh, để phát hiện sớm những thai nghén bất thường.