**MỤC LỤC**

Nội dung Trang

[I. TUẦN HOÀN 1](#_Toc529449202)

[PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP 1](#_Toc529449203)

[CƠN ĐAU THẮT NGỰC ỔN ĐỊNH 38](#_Toc529449204)

[II. HÔ HẤP 42](#_Toc529449205)

[CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ HEN TẠI PHÒNG KHÁM 42](#_Toc529449206)

[BỆNH CÚM MÙA 51](#_Toc529449208)

[PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VIÊM PHẾ QUẢN CẤP 54](#_Toc529449209)

[VIÊM PHỔI MẮC PHẢI CỘNG ĐỒNG (VPMPCĐ) 60](#_Toc529449210)

[III TIẾT NIỆU 62](#_Toc529449211)

[VIÊM THẬN BỂ THẬN CẤP (VTBT) 62](#_Toc529449212)

[CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH THẬN MẠN 69](#_Toc529449213)

[PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG 81](#_Toc529449214)

[IV. NỘI TIẾT 90](#_Toc529449217)

[CƯỜNG GIÁP 90](#_Toc529449218)

[V. TIÊU HÓA 93](#_Toc529449219)

[VIÊM DẠ DÀY 93](#_Toc529449220)

[CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ GERD 106](#_Toc529449221)

[PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ, HỘI CHỨNG RUỘT KÍCH THÍCH 111](#_Toc529449223)

[VIÊM ĐẠI TRÀNG MẠN TÍNH 114](#_Toc529449231)

[VI. TRUYỀN NHIỄM 118](#_Toc529449232)

[PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TIÊU CHẢY CẤP 118](#_Toc529449233)

[SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE 132](#_Toc529449236)

[BỆNH THỦY ĐẬU 134](#_Toc529449237)

[BỆNH QUAI BỊ 139](#_Toc529449238)

# I. TUẦN HOÀN

## PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

**1. Định Nghĩa Và Phân Loại Tăng Huyết Áp (THA):**

**1.1 Định Nghĩa Và Phân Độ Tăng Huyết Áp Tại Phòng Khám (MmHg)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Loại** | **Tâm Thu** |  | **Tâm Trương** |
| Tối ưu | < 120 | và | < 80 |
| Bình thương | 120 - 129 | Và / hoặc | 80 -84 |
| Bình thương cao | 130 -139 | Và / hoặc | 85 - 89 |
| THA giai đoạn I | 140 - 159 | Và / hoặc | 90 - 99 |
| THA giai đoạn II | 160 -179 | Và / hoặc | 100 - 109 |
| THA giai đoạn III | ≥ 180 | Và / hoặc | ≥ 110 |
| THA tâm thu đơn độc | ≥ 140 | Và | < 90 |

**1.2 Định Nghĩa THA Tại Phòng Khám Và Ngoài Phòng Khám (MmHg)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Loại** | **Tâm Thu** |  | **Tâm Trương** |
| Huyết áp tại phòng khám | ≥ 140 | Và / hoặc | ≥ 90 |
| Huyết áp lưu động |  |  |  |
| Ban ngày (lúc thức) | ≥ 135 | Và / hoặc | ≥ 85 |
| Ban đêm (lúc ngủ) | ≥ 120 | Và / hoặc | ≥ 70 |
| 24 giờ | ≥ 130 | Và / hoặc | ≥80 |
| Huyết áp tại nhà | ≥ 135 | Và / hoặc | ≥ 85 |

**2. Tăng Huyết Áp Và Nguy Cơ Tim Mạch Toàn Bộ:**

**2.1 Những Yếu Tố Khác Ngoài Tăng Huyết Áp Ảnh Hưởng Đến Tiên Lượng, Dùng Cho Phân Tầng Nguy Cơ Tim Mạch Toàn Bộ**

**2.1.1. Yếu Tố Nguy Cơ**

- Nam giới

- Tuổi (nam ≥ 55; nữ ≥ 65)

- Hút thuốc lá

- Rối loạn lipid máu

✓ Cholesterol toàn phần > 4,9 mmol/L (190 mg/dL), và / hoặc

✓ LDL-cholesterol > 3 mmol/L (115 mg/dL), và / hoặc

✓ HDL-cholesterol: nam < 1 mmol/L (40 mg/dL), nữ < 1,2 mmol/L (46 mg/dL), và/ hoặc

✓ Triglycerid > 1,7 mmol/L (150 mg/dL)

- Đường huyết lúc đói 5,6 - 6,9 mmol/L (102 - 125 mg/dL)

- Nghiệm pháp dung nạp glucose bất thương

- Béo phì (BMI ≥ 30 kg/m2)

- Béo bụng (vòng bụng: nam ≥ 102 cm; nữ ≥ 88 cm) (ở chủng tộc da trắng)

- Tiền sử gia đình có bệnh tim mạch sớm (nam < 55 tuổi; nữ < 65 tuổi)

**2.1.2. Tổn Thương Cơ Quan Không Triệu Chứng**

- Hiệu số huyết áp tâm thu và tâm trương (ở người già) ≥ 60 mmHg

- Phì đại thất trái trên ECG (Sokolow-Lyon > 3,5 mV; RaVL > 1,1 mV; thới gian điện thế Cornell > 244 ms hoặc

- Phì đại thất trái trên siêu âm (chỉ số khối thất trái: nam > 115 g/m2, nữ > 95 g/ m2 da cơ thể.

- Dầy thành động mạch cảnh (độ dầy nội-trung mạc > 0,9 mm) hoặc mảng xơ vữa động mạch cảnh.

- Vận tốc sóng mạch cảnh-đùi > 10 m/s

- ABI (ankle-brachial index) < 0,9

- Bệnh thận mạn với độ thanh lọc cầu thận ước đoán 30 - 60 ml/phút/1,73 m2 da cơ thể

- Tiểu đạm vi thể (30 - 300 mg/24 giờ) hoặc tỉ số albumin/creatinine = 30 - 300 mg/g tốt nhất là mẫu nước tiểu vào buổi sáng.

**2.1.3. Đái Tháo Đường**

- Đường huyết lúc đói ≥ 7 mmol/L (126 mg/dL) trong 2 lần đo, và / hoặc

- HbA1c > 7% và / hoặc

- Đường huyết sau nghiệm pháp dung nạp đường (post-load plasma glucose) >11mmol/L (198 mg/dL)

**2.1.4 Bệnh Tim Mạch Hay Bệnh Thận Đã Được Chẩn Đoán**

- Bệnh mạch máu não: nhũn não, xuất huyết não, cơn thoáng thiếu máu não

- Bệnh mạch vành: nhồi máu cơ tim; cơn đau thắt ngực; nong mạch vành hay mổ bắt cầu mạch vành

- Suy tim bao gồm cả suy tim với phân xuất tống máu bảo tồn

- Bệnh động mạch chi dưới có triệu chứng

- Bệnh thận mạn với độ thanh lọc cầu thận ước đoán < 30 ml/phút/1,73 m2 da cơ thể; protein niệu (>300 mg/ 24 giờ)

- Bệnh lý võng mạc nặng: xuất huyết hoặc xuất tiết, phù gai thị

**2.2 Phân Tầng Nguy Cơ Tim Mạch Toàn Bộ Dựa Vào Huyết Áp Tâm Thu, Huyết Áp Tâm Trương Và Tần Suất Của Các Yếu Tố Nguy Cơ, Tổn Thương Cơ Quan Đích Không Triệu Chứng, Đái Tháo Đường, Các Giai Đoạn Của Bệnh Thận Mạn Hay Bệnh Tim Mạch Có Triệu Chứng**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Các yếu tố nguy cơ khác, bệnh lý hay tổn thương cơ quan không triệu chứng |  | Huyết áp (mmHg) |  |  |
|  | Bình thương caoTâm thu 130-139Hoặc tâm trương 85-89 | Tăng huyết áp độ ITâm thu 140-159Hoặc tâm trương 90-99 | Tăng huyết áp độ II Tâm thu 160-179 Hoặc tâm trương 100-109 | Tăng huyết áp độ IIITâm thu ≥ 180Hoặc tâm tương ≥ 110 |
| Không yếu tố nguy cơ khác |  | Nguy cơ thấp | Nguy cơ trung bình | Nguy cơ cao |
| 1-2 yếu tố nguy cơ | Nguy cơ thấp | Nguy cơ trung bình | Nguy cơ trung bình tới cao | Nguy cơ cao |
| ≥ 3 yếu tố nguy cơ | Nguy cơ thấp đến trung bình | Nguy cơ trung bình tới cao | Nguy cơ cao | Nguy cơ cao |
| Tổn thương cơ quan, bệnh thận mạn giai đoạn 3 hay đái tháo đường | Nguy cơ trung bình tới cao | Nguy cơ cao | Nguy cơ cao | Nguy cơ cao tới rất cao |
| Bệnh tim mạch có triệu chứng, bệnh thận mạn giai đoạn > 4 hoặc đái tháo đường có tổn thương cơ quan hay nhiều yếu tố nguy cơ | Nguy cơ rất cao | Nguy cơ rất cao | Nguy cơ rất cao | Nguy cơ rất cao |

**3. Chẩn Đoán**

Đánh giá ban đầu đối với một bệnh nhân THA gồm:

- Xác định chấn đoán THA

- Phát hiện nguyên nhân THA thứ phát

- Đánh giá nguy cơ tim mạch, tổn thương cơ quan đích và bệnh lí đi kèm

**3.1 Đo Huyết Áp**

3.1.1 Đo huyết áp tại phòng khám: cần chú ý những điểm sau:

- Cho bệnh nhân ngồi nghỉ 3-5 phút trước khi đo huyết áp.

- Đo ít nhất 2 lần, trong tư thế ngồi, cách nhau 1-2 phút. Đo thêm nếu trị số huyết áp giữa 2 lần đo quá khác nhau.

- Đo huyết áp nhiều lần để đạt được độ chính xác ở bệnh nhân có loạn nhịp ví dụ rung nhĩ.

- Dùng băng quấn tiêu chuấn (chiều rộng 12-13 cm, chiều dài 35 cm) và băng quấn to hơn hay nhỏ hơn dùng cho bệnh nhân tay to quá hay nhỏ quá.

- Để băng quấn ngang mức tim dù đo ở tư thế nào.

- Khi đo bằng phương pháp nghe, dùng tiếng Korotkoff thứ I và IV để xác định huyết áp tâm thu và tâm trương.

- Đo huyết áp 2 tay trong lần khám đầu tiên để phát hiện sự khác biệt. Nếu có, đo huyết áp ở bên tay có trị số cao hơn cho những lần sau.

- Trong lần khám đầu tiên, đo huyết áp 1 và 3 phút sau khi đứng dậy cho người già, người đái tháo đường hay bệnh nhân có triệu chứng nghi ngờ hạ huyết áp tư thế.

- Nên đếm mạch (ít nhất trong 30 giây) sau lần đo thứ 2 trong tư thế ngồi.

**3.1.2 Chỉ Định Đo Huyết Áp Ngoài Phòng Khám Trong Chẩn Đoán:**

Chỉ định lâm sàng cho đo huyết áp tại nhà hay huyết áp lưu động a. Nghi ngờ THA áo choàng trắng

- THA độ I tại phòng khám

- THA độ cao tại phòng khám mà không kèm tổn thương cơ quan đích không triệu chứng và nguy cơ tim mạch toàn bộ thấp

**B. Nghi Ngờ THA Ẩn**

- Huyết áp bình thương cao tại phòng khám

- Huyết áp bình thương tại phòng khám ở người có tổn thương cơ quan đích không triệu chứng hoặc có nguy cơ tim mạch toàn bộ cao

- Phát hiện THA áo choàng trắng ở người có bệnh THA

- Khảo sát sự dao động của huyết áp tại phòng khám giữa các lần khám

- Chẩn đoán hạ huyết áp do thần kinh tự động, tư thế, sau ăn, do thuốc, hạ huyết áp sau giấc ngủ trưa

- THA tại phòng khám hoặc tiền sản giật trên phụ nữ có thai

- Chẩn đoán THA kháng trị thật sự hay giả tạo Những chỉ định đo huyết áp lưu động đặc biệt

**A. Chênh Lệch Quá Mức Giữa Huyết Áp Tại Phòng Khám Và Huyết Áp Đo Tại Nhà**

b. Đánh giá trũng huyết áp

c. Nghi ngờ THA ban đêm, không có trũng huyết áp như ở bệnh nhân ngưng thở lúc ngủ, bệnh thận mạn hay đái tháo đường

d. Đánh giá sự dao động của huyết áp

**3.2 Bệnh Sử Của Bệnh Nhân Và Bệnh Sử Gia Đình:**

**3.2.1 Thời Gian Và Mức THA Trước Đây, Bao Gồm Cả Những Lần Đo Tại Nhà**

**3.2.2 THA Thứ Phát**

- Gia đình có người có bệnh thận mạn (bệnh thận đa nang)

- Có tiền sử bệnh thận, nhiễm trùng tiết niệu, tiểu máu, lạm dụng thuốc giảm đau (bệnh nhu mô thận)

- Dùng những thuốc hay những chất: ngừa thai, cam thảo, carbenoxolone, thuốc nhỏ mũi gây co mạch, gluco- hay mineralocorticosteroids, thuốc kháng viêm non-steroids, erythropoietin, cylosporine.

- Có nhiều cơn: đổ mồ hôi, nhức đầu, lo lắng, hồi hộp (pheochromocytoma)

- Có nhiều cơn: yếu cơ và tetany (co cứng và giật các cơ) (cường aldosterone)

- Triệu chứng gợi ý bệnh lý tuyến giáp

**3.2.3. Yếu Tố Nguy Cơ**

- Tiền sử bản thân và gia đình bị THA và bệnh tim mạch

- Tiền sử bản thân và gia đình bị rối loạn lipit máu

- Tiền sử bản thân và gia đình bị đái tháo đường

- Hút thuốc lá

- Thói quen ăn uống

- Thay đổi cân nặng gần đây; béo phì

- Mức độ vận động thể lực

- Ngủ ngáy; ngưng thở lúc ngủ

- Nhẹ cân lúc sinh

**3.2.4 Bệnh Sử Và Triệu Chứng Của Tổn Thương Cơ Quan Đích Và Bệnh Lí Tim Mạch**

- Não và mắt: nhức đầu, chóng mặt, giảm thị lực, cơn thoáng thiếu máu não, thiếu sót về vận động hay cảm giác, đột quị, tái thông động mạch cảnh.

- Tim: đau ngực, khó thở, sưng mắt cá chân, nhồi máu cơ tim, tái thông mạch máu, ngất, hồi hộp, loạn nhịp tim, đặc biệt là rung nhĩ.

- Thận: khát nước, đa niệu, tiểu đêm, tiểu máu.

- Bệnh động mạch ngoại biên: lạnh chi, cơn đau cách hồi, đoạn đường đi bộ không đau, tái thông động mạch ngoại biên.

- Ngủ ngáy, bệnh phổi mạn tính, ngưng thở lúc ngủ.

- Rối loạn nhận thức.

**3.2.5. Điều Trị THA**

- Thuốc điều trị THA hiện tại

- Thuốc điều trị THA trước đây.

- Bằng chứng tuân thủ hay không tuân thủ điều trị.

- Hiệu quả hay tác dụng phụ của thuốc.

**3.3 Khám Thực Thể**

Khám thực thể phát hiện THA thứ phát, tổn thương cơ quan đích và béo phì Triệu chứng thực thể gợi ý THA thứ phát

- Những đặc điểm của hội chứng Cushing

- Những dấu hiệu ở da của neurofibromatosis (pheochromocytoma) Sờ thấy thận to (thận đa nang)

- Sờ thấy thận to (thận đa nang)

- Nghe thấy âm thổi ở bụng (THA do hẹp động mạch thận)

- Bắt mạch ở đùi yếu hay chậm và huyết áp động mạch đùi thấp so với huyết áp ở cánh tay (hẹp eo động mạch chủ, bệnh động mạch chủ, bệnh động mạch chi dưới.

- Nghe âm thổi ở ngực hay vùng trước tim (hẹp eo động mạch chủ, bệnh động mạch chủ, bệnh động mạch chi trên)

- Khác biệt huyết áp giữa 2 cánh tay (hẹp eo động mạch chủ, hẹp động mạch dưới đòn)

Triệu chứng thực thể của tổn thương cơ quan đích

- Não: khiếm khuyết về cảm giác hay vận động.

- Võng mạc: soi đáy mắt có bất thương.

- Tim: tần số tim, tiếng tim thứ 3 hay thứ 4, tiếng thổi ở tim, loạn nhịp tim, vị trí đập của mõm tim, ran ở phổi, phù ngoại biên.

- Bệnh động mạch ngoại biên: mạch yếu, vô mạch hay mạch không đều 2 bên, chi lạnh, sang thương da do thiếu máu cục bộ.

- Bệnh động mạch cảnh: âm thổi tâm thu.

Biểu hiện của béo phì

- Cân nặng và chiều cao.

- Tính BMI: cân nặng / chiều cao 2 (kg / m2)

- Đo vòng eo ở tư thế đứng, đo ở mức trung điểm giữa bờ dưới của xương sườn thấp nhất và bờ cao nhất của mào chậu.

**3.4 Xét Nghiệm:**

Xét nghiệm để đánh giá yếu tố nguy cơ toàn bộ, tìm nguyên nhân của THA thứ phát, tìm tổn thương cơ quan đích.

**3.4.1 Xét Nghiệm Thương Qui**

- Haemoglobin và / hoặc haematocrit.

- Đường huyết lúc đói.

- Cholesterol total, LDL-cholesterol, HDL-cholesterol.

- Triglycerid huyết thanh lúc đói.

- Natri và kali huyết thanh.

- Acid uric huyết thanh.

- Creatinine huyết thanh (với độ thanh lọc cầu thận ước tính)

- Phân tích nước tiểu: xét nghiệm vi thể, tìm protein niệu bằng que nhúng, tìm microalbumin niệu.

- Đo ECG 12 chuyển đạo.

**3.4.2. Những Xét Nghiệm Thêm, Dựa Vào Bệnh Sử, Khám Thực Thể Và Kết Quả Xét Nghiệm Thương Qui**

- HbAlc (nếu đường huyết đói > 5,6 mmol/L hay 102 mg/dL hoặc đã được chẩn đoán đái tháo đường.

- Định lượng protein niệu (nếu protein niệu dương tính với que nhúng); nồng độ kali và natri niệu và tỉ lệ kali / natri niệu.

- Theo dõi huyết áp tại nhà và đo huyết áp lưu động.

- Siêu âm tim.

- Holter ECG trong trường hợp có loạn nhịp tim.

- Siêu âm động mạch cảnh.

- Siêu âm bụng, siêu âm động mạch ngoại biên.

- Vận tốc sóng mạch.

- Chỉ số cổ chân/cánh tay (ABI)

- Soi đáy mắt.

Đánh giá mở rộng (dành cho bs chuyên khoa)

- Tìm kiếm mở rộng tổn thương ở các cơ quan: não, tim, thận, mạch máu. Những tìm kiếm này là bắt buộc trong trường hợp THA kháng trị hay phức tạp.

- Tìm kiếm THA thứ phát khi có gợi ý bởi bệnh sử, khám thực thể, hay từ kết quả xét nghiệm thương qui hay xét nghiệm thêm.

**3.5 Chỉ Định Lâm Sàng Và Chẩn Đoán THA Thứ Phát**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Chỉ định lâm sàng | Chẩn đoán |  |  |  |
| Nguyênnhânthương gặp | Bệnh sử lâm sàng | Khám thực thể | Xét nghiệm | Xétnghiệm đầu tay | Xét nghiệm xác định chẩn đoán |
| Bệnh nhu mô thận | Bệnh sử nhiễm trùng hay tắt nghẽn đường tiểu, tiểu máu, lạm dụng thuốc giảm đau, gia đình có người bệnh thận đa nang | Khối ở bụng (trong trường hợp bệnh thận đa nang) | Hiện diện protein, hồng cầu hay bạch cầu trong nước tiều, giảm GFR | Siêu âm thận | Chẩn đoán sâu hơn về bệnh thận |
| Hẹp động mạch thận | Loạn sản cơ sợi: THA khởi phát sớm (đặc biệt ở | Âm thổi ở bụng | Cách biệt > 1,5 cm chiều dài giữa 2 thận (siêu âm thận), giảm | Siêu âm doppler màu thận | MRI động mạch thận, CT xoắn ốc hay chụp |
|  | phụ nữ) |  | nhanh chức năng thận ( giảm tự nhiên hay do tác động của thuốc ức chế hệ RAA) |  | xóa nền trong động mạch thận |
| Cường aldosterone tiên phát | Yếu cơ; bệnh sử gia đình bị THA và TBMMN trước 40 tuổi | Loạn nhịp (trong trường hợp hạ kali máu nặng) | Hạ kali máu (tự nhiên hay do lợi tiểu); phát hiện tình cờ khối u thượng thận | Tỉ lệaldosteron e/renin trong điều kiện chuẩn (điều chỉnh hạ kali máu và ngưng các thuốc ảnh hưởng lên hệ RAA) | Xét nghiệm xác định chẩn đoán (dung nạp natri,truyền dung dịch muối, ức chế fludrocortis ine hoặc captopril test); CT thượng thận; lấy máu tĩnh mạchthượng thận |
| Nguyên nhân ít gặp |  |  |  |  |  |
| Pheochorom-ocytoma | THA kịch phát hay cơn THA chồng lên THA mạn tính; nhức đầu, đổ mồ hôi, hồi hộp và xanh tái; gia đình có người bịpheochromocytoma | Biểu hiện ở da củaneurofibromatos is (những đốm màu cà phê trên da,neurofibromas) | Phát hiện tình cờ khối u thượng thận (hoặc trong vài trường hợp khối u ngoài thượng thận) | Đo phân suất các metanephr ine trong nước tiểu hay các metanephr ine tự do trong huyết tương | CT hoặc MRI bụng và vùng chậu; 123 I-labelled metaiodobe nzyl-guanidine scanning; tầm soát đột biến bệnh lí về di truyền |
| Hội chứng Cushing | Tăng cân nhanh, đa niệu, uống nhiều, rối loạn tâm lí | Sắc mạo cơ thể điển hình (mập trung tâm, mặt tròn như mặt trăng, bướu trâu ở lưng, những đường màu đỏ trên da, rậm lông) | Tăng đường huyết | Đocortisol nước tiểu 24 giờ | Test ức chế dexamethas one |

**3.6 Tìm Tổn Thương Cơ Quan Đích, Bệnh Tim Mạch Và Bệnh Thận Mạn**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KHUYẾN CÁO** | **LOẠI** | **MỨC CHỨNG CỨ** |
| **TIM** |  |  |
| ECG nên làm ở tất cả BN THA để phát hiện phì đại thất trái, giãn nhĩ trái, loạn nhịp hay bệnh tim | I | B |
| Holter ECG cho tất cả BN có bệnh sử hay khám thực thể gợi ý loạn nhịp quan trọng; ECG gắng sức trong trường hợp nghi loạn nhịp do gắng sức | IIa | C |
| Siêu âm tim để đánh giá sâu hơn nguy cơ tim mạch, xác định chẩn đoán phì đại thất trái trên ECG, giãn nhĩ trái hoặc bệnh tim đi kèm (nếu nghi ngờ) | IIa | B |
| ECG gắng sức khi bệnh sử gợi ý thiếu máu cục bộ cơ tim, nếu nghiệm pháp dương tính hay nghi ngờ test gắng sức hình ảnh học nên thực hiện (siêu âm tim gắng sức, MRI gắng sức, cộng hưởng từ) | I | C |
| **ĐỘNG MẠCH** |  |  |
| Siêu âm ĐM cảnh để phì đại hay xơ vữa mạch máu không triệu chứng, đặc biệt ở người già. | IIa | B |
| Vận tốc sóng mạch cảnh-đùi để phát hiện độ cứng của những ĐM lớn | IIa | B |
| Chỉ số cổ chân-cánh tay để phát hiện bệnh ĐM ngoại biên | IIa | B |
| **THẬN** |  |  |
| Tất cả BN THA nên thử creatinine và ước tính GFR | I | B |
| Tìm protein niệu bằng que nhúng nên thực hiện ở tất cả BN THA | I | B |
| Tìm microalbumin niệu ở mẫu nước tiểu bất kì và tỉ lệ albumin/creatinine niệu | I | B |
| **SOI ĐÁY MẮT** |  |  |
| Nên khám võng mạc cho BN THA khó kiểm soát hay THA kháng trị để phát hiện xuất huyết, xuất tiết và phù gai- những biến đổi đáy mắt này kết hợp với tăng nguy cơ tim mạch | IIa | C |
| Khám võng mạc không khuyên làm cho BN THA nhẹ đến trung bình mà không kèm đái tháo đường, ngoại trừ ở BN trẻ | III | C |
| **NÃO** |  |  |
| BN THA kèm giảm nhận thức, MRI não hay CT não có thể xem xét để phát hiện nhồi máu não yên lặng, nhồi máu não lỗ khuyết, xuất huyết não nhỏ hay sang thương chất trắng. | IIb | C |

**4. Điều Trị:**

**4.1 Khởi Đầu Điều Trị Thuốc THA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| KHUYẾN CÁO | LOẠI | MỨC CHỨNG CỨ |
| Khởi đầu ngay thuốc THA ở BN THA độ 2 và 3 với bất kì mức nguy cơ tim mạch nào vài tuần sau hay cùng lúc với biện pháp thay đổi lối sống | I | A |
| Hạ huyết áp bằng thuốc khi nguy cơ tim mạch cao (vì có tổn thương cơ quan đích, đái tháo đường hay bệnh thận mạn), ngay cả khi THA độ I | I | B |
| Khởi đầu thuốc THA ở BN THA độ I có nguy cơ tim mạch thấp đến trung bình, khi huyết áp ở mức này trong vài lần khám hoặc có THA dựa vào kết quả đo huyết áp lưu động và huyết áp vẫn ở mức này dù đã có một khoảng thời gian áp dụng biện pháp thay đổi lối sống | IIa | B |
| Ở BN già có THA, dùng thuốc khi huyết áp tâm thu > 160 mmHg | I | A |
| Thuốc điều trị THA cũng nên dùng cho BN già khi huyết áp tâm thu 140 - 159 mmHg miễn là BN dung nạp tốt | IIb | C |
| Trừ khi có bằng chứng cần thiết, thuốc điều trị THA không nên khởi đầu cho BN có mức huyết áp bình thương cao | III | A |

**4.2 Khởi Đầu Thay Đổi Lối Sống Và Thuốc Điều Trị THA**

|  |  |
| --- | --- |
| Các yếu tố nguy cơ khác, tổn thương hay bệnh lí cơ quan đích | Huyết áp (mmHg) |
|  | Huyết áp bình thương caoSBP 130-139hay DBP 85-89 | THA độ ISBP 140-159 hay DBP 90-99 | THA độ IISBP 160-179hay DBP 100-109 | THA độ IIISBP ≥ 180 hay DBP ≥ 110 |
| Không yếu tố nguy cơ khác | Không can thiệp lên huyết áp | Thay đổi lối sống trong vài thángSau đó thêm thuốc mục tiêu<140/90 | Thay đổi lối sống trong vài tuầnSau đó thêm thuốc mục tiêu<140/90 | Thay đổi lối sốngĐiều trị thuốc ngay, mục tiêu <140/90 |
| 1-2 yếu tố nguy cơ | Thay đổi lối sốngKhông can thiệp lên huyết áp | Thay đổi lối sống trong vài tuầnSau đó thêm thuốc mục tiêu <140/90 | Thay đổi lối sống trong vài tuầnSau đó thêm thuốc mục tiêu <140/90 | Thay đổi lối sốngĐiều trị thuốc ngay, mục tiêu <140/90 |
| ≥ 3 yếu tố nguy cơ | Thay đổi lối sốngKhông can thiệp lên huyết áp | Thay đổi lối sống trong vài tuầnSau đó thêm thuốc mục tiêu<140/90 | Thay đổi lối sốngThuốc huyết áp, mục tiêu <140/90 | Thay đổi lối sốngĐiều trị thuốc ngay, mục tiêu <140/90 |
| Tổn thương cơ quan đích, bệnh thận mạn giai đoạn 3 hay ĐTĐ Bệnh tim mạch có triệu chứng, bệnh thận mạn ≥giai đoạn IV hoặc ĐTĐ kèm tổn thương cơ quan đích hay có yếu tố nguy cơ | Thay đổi lối sốngKhông can thiệp lên huyết áp | Thay đổi lối sốngThuốc huyết áp, mục tiêu <140/90 | Thay đổi lối sốngThuốc huyết áp, mục tiêu <140/90 | Thay đổi lối sốngĐiều trị thuốc ngay, mục tiêu <140/90 |

**4.3 Mức Huyết Áp Mục Tiêu Cho Bệnh Nhân THA:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| KHUYẾN CÁO | LOẠI | MỨC CHỨNG CỨ |
| Mục tiêu huyết áp tâm thu < 140 mmHg | I | B |
| a) BN có nguy cơ tim mạch thấp đến trung bình | I | A |
| b) BN đái tháo đường | Ila | B |
| c) Nên xem xét đối với BN có tiền sử đột quị hay cơn thoáng thiếu máu não | IIa | B |
| d) Nên xem xét đối với BN bệnh thận mạn kèm hay không kèm đái tháo đường | IIa | B |
| Ở người già THA dưới 80 tuổi với huyết áp tâm thu >160 mmHg, có bằng chứng chắc chắn là nên hạ huyết áp tâm thu ở mức 140-150 mmHg | I | A |
| Ở người già dưới 80 tuổi khỏe mạnh, huyết áp tâm thu < 140 mmHg có thể cân nhắc. Ngược lại, những người già yếu ớt, mục tiêu huyết áp tâm thu tùy vào sự dung nạp của mỗi cá thể. | IIb | C |
| Ở người già THA trên 80 tuổi với huyết áp tâm thu khởi đầu > 160 mmHg, nên hạ huyết áp tâm thu ở mức 140-150 mmHg dù họ có tình trạng tâm thần và vận động tốt | I | B |
| Luôn luôn nên giữ mục tiêu huyết áp tâm trương < 90 mmHg, trừ trường hợp đái tháo đường thì nên giữ huyết áp tâm trương < 85 mmHg. Tuy nhiên, nên xem xét rằng huyết áp tâm trương 80-85 mmHg là an toàn và dung nạp tốt. | I | A |

**4.4 Những Biện Pháp Thay Đổi Lối Sống:**

- Dùng muối hạn chế (5-6 g/ngày).

- Dùng chất cồn vừa phải, không hơn 20-30 gam ethanol/ngày đối với nam giới và không hơn 10-20 gam ethanol/ngày đối với nữ giới.

- Tăng cường dùng rau, trái cây và thực phẩm ít mỡ.

- Giảm cân về mức BMI 25 kg/m2 và vòng eo < 102 cm đối với nam và < 88 cm đối với nữ.

- Tập thể dục đều đặn, ít nhất 30 phút vận động ở mức trung bình trong 5-7 ngày trong tuần.

- Bỏ thuốc lá.

**4.5 Những Chống Chỉ Định Tuyệt Đối Và Tương Đối Với Thuốc Điều Trị Tăng Huyết Áp:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Thuốc | Chống chỉ định tuyệt đối | Chống chỉ định tương đối |
| Lợi tiểu (thiazide) | Gout | Hội chứng chuyển hóa Không dung nạp glucose Mang thai Tăng calci máu Giảm kali máu |
| Nhóm ức chế bêta | Hen phế quảnBloc nhĩ thất (độ 2 hay 3) | Hội chứng chuyển hóaKhông dung nạp glucoseLực sĩ và vận động thể lực mạnhCOPD (ngoại trừ với những ức chế bêta gây giãn mạch) |
| Nhóm ức chế canxi (dihydropyridines) |  | Nhịp tim nhanh Suy tim |
| Nhóm ức chế canxi (verapamil, diltiazem) | Bloc nhĩ thất (độ 2 hay 3, bloc 3 bó)Rối loạn chức năng thất trái nặngSuy tim |  |
| Nhóm ức chế men chuyển | Mang thaiPhù mạch máu-thần kinh (angioneurotic oedema)Tăng kali máuHẹp động mạch thận 2 bên | Phụ nữ có thể mang thai (child bearing potential) |
| Nhóm ức chế thụ thể angiotensin | Mang thaiTăng kali máuHẹp động mạch thận 2 bên | Phụ nữ có thể mang thai |
| Nhóm đối kháng thụ thể mineralocorticoid | Suy thận cấp hoặc suy thận nặng (GFR ước đoán < 30 ml/phút)Tăng kali máu |  |

4.6 Những thuốc được ưa dùng trong những trường hợp đặc biệt

|  |  |
| --- | --- |
| Tình trạng bệnh lí | Thuốc |
| Tổn thương cơ quan đích không triệu chứng |  |
| - Phì đại thất trái | ức chế men chuyển, ức chế canxi, ức chế thụ thể |
| - Xơ vữa mạch máu không triệu chứng | ức chế canxi, ức chế men chuyển |
| - Tiểu albumin vi thể | ức chế men chuyển, ức chế thụ thể |
| - Rối loạn chức năng thận | ức chế men chuyển, ức chế thụ thể |
| Biến cố tim mạch có triệu chứng |  |
| - Tiền sử đột quỵ | bất cứ thuốc nào hạ huyết áp hiệu quả |
| - Tiền sử nhồi máu cơ tim | ức chế bêta, ức chế men chuyển, ức chế thụ thể |
| - Cơn đau thắt ngực | ức chế bêta, ức chế canxi |
| - Suy tim | lợi tiểu, ức chế bêta, ức chế men chuyển, ức chế thụ thể, đối kháng thụ thể mineralocorticoid |
| - Phình động mạch chủ | ức chế bêta |
| - Phòng ngừa rung nhĩ | Xem xét ức chế thụ thể, ức chế men chuyển, ức chế bêta, kháng thụ thể mineralocorticoid |
| Kiểm soát tần số thất trong rung nhĩ | ức chế bêta, ức chế canxi non-dihydropyridine |
| Bệnh thận giai đoạn cuối/tiểu đạm | ức chế men chuyển, ức chế thụ thể |
| Bệnh động mạch ngoại biên | ức chế men chuyển, ức chế canxi |
| Khác |  |
| Tăng huyết áp tâm thu đơn thuần ở người già | Lợi tiểu, ức chế thụ thể |
| Hội chứng chuyển hóa | ức chế men chuyển, ức chế thụ thể, ức chế canxi |
| Đái tháo đường | ức chế men chuyển, ức chế thụ thể |
| Có thai | Methyldopa, ức chế bêta, ức chế canxi |
| Người da đen | Lợi tiểu, ức chế canxi |

**4.7 Chiến Lược Dùng 1 Thuốc Hay Kết Hợp Thuốc Để Đạt Huyết Áp Mục Tiêu. Đi Từ Nhẹ Đến Chiến Lược Điều Trị Tích Cực Hơn Khi Huyết Áp Mục Tiêu Chưa Đạt Được**



**4.8 Những Kết Hợp Có Thể Giữa Các Nhóm Thuốc Điều Trị Tăng Huyết Áp.**



**4.9 Những Chiến Lược Điều Trị Và Lựa Chọn Thuốc**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Khuyến cáo | Loại | Mức chứng cứ |
| Lợi tiểu (thiazide, chlorthalidone và indapamide), ức chế bêta, ức chế canxi, ức chế men chuyển và ức chế thụ thể đều thích hợp cho khởi đầu và duy trì điều trị THA, đơn trị hay trong vài dạng kết hợp với nhau. | I | A |
| Một số thuốc nên được xem xét như là lựa chọn ưu tiên trong những trường hợp lâm sàng đặc biệt vì những thuốc này đã dùng trong những thử nghiệm lâm sàng dùng trong những trường hợp lâm sàng đó hoặc vì hiệu quả cao hơn của thuốc đối với tổn thương cơ quan đích đặc biệt. | IIa | C |
| Khởi đầu điều trị THA bằng một thuốc kết hợp (từ 2 thuốc) có thể xem xét ở bệnh nhân có huyết áp cơ bản khá cao hay bệnh nhân có nguy cơ tim mạch cao | IIb | C |
| Không nên kết hợp 2 thuốc đối kháng hệ renin-angiotensin | III | A |
| Những kết thuốc hợp khác đều có thể và có lẽ có lợi. Tuy nhiên, những kết hợp đã dùng thành công trong những thử nghiệm lâm sàng có lẽ được ưa thích hơn | IIa | C |
| Nên dùng viên phối hợp gồm 2 thuốc hạ áp ở liều cố định vì nó làm giảm số viên thuốc hạ áp dùng hàng ngày do đó làm cải thiện sự tuân thủ vốn đã thấp ở BN THA | IIb | B |

**5. Điều Trị Tăng Huyết Áp Trên Những Đối Tượng Đặc Biệt:**

**5.1 Chiến Lược Điều Trị Tăng Huyết Áp Áo Choàng Trắng Và Tăng Huyết Áp Ẩn**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Khuyến cáo | Loại | Mức chứng cứ |
| THA áo choàng trắng mà không có yếu tố nguy cơ khác, điều trị THA chỉ nên giới hạn ở mức thay đổi lối sống, nhưng quyết định điều trị này phải đi kèm theo dõi sát. | IIa | C |
| THA áo choàng trắng kèm nguy cơ tim mạch cao hơn vì rối loạn chuyển hóa hay tổn thương cơ quan đích không triệu chứng, điều trị bằng thuốc có thể xem xét ngoài biện pháp thay đổi lối sống. | IIb | C |
| THA ẩn, cả thay đổi lối sống và thuốc nên dùng vì dạng THA này có nguy cơ tim mạch rất gần với THA trong và ngoài phòng khám | IIa | C |

**5.2 Chiến Lược Điều Trị Tăng Huyết Áp Ở Người Già:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Khuyến cáo | Loại | Mức chứng cứ |
| Ở bệnh nhân già có huyết áp tâm thu > 160 mmHg, có bằng chứng rõ ràng là nên hạ huyết áp tới mức 140-150 mmHg | I | A |
| Ở người già khỏe mạnh < 80 tuổi, điều trị THA có thể xem xét khi huyết áp tâm thu > 140 mmHg với mục tiêu huyết áp tâm thu < 140mmHg nếu điều trị được dung nạp tốt. | IIb | C |
| Ở người già > 80 tuổi có huyết áp tâm thu có huyết áp tâm thu khởi đầu >160mmHg nên hạ huyết áp tâm thu tới 140-150 mmHg dù họ có tình trạng tâm thần và vận động tốt. | I | C |
| Ở những BN già yếu ớt, quyết định điều trị THA tùy bác sĩ và tùy thuộc kết quả theo dõi hiệu quả lâm sàng của điều trị. | I | C |
| Nên theo dõi sát sự dung nạp điều trị THA khi BN bước sang tuổi 80. | IIa | C |
| Tất cả thuốc điều trị THA đều có thể dùng ở người già, tuy nhiên lợi tiểu và ức chế canxi có lẽ thương được lựa chọn hơn trong trường hợp THA tâm thu đơn thuần. | I | A |

**5.3 Chiến Lược Điều Trị Tăng Huyết Áp Ở Phụ Nữ:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Khuyến cáo | Loại | Mức chứng cứ |
| Điều trị hormone và chất điều hòa thụ cảm thể oestrogen chọn lọc không khuyên dùng và không nên dùng để phòng ngừa bệnh bệnh lí tim mạch tiên phát hay thứ phát. Nếu điều trị cho phụ nữ trẻ hơn | III | A |
| quanh thời kì mãn kinh vì triệu chứng mãn kinh nặng, nên cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ của thuốc. |  |  |
| Nên điều trị THA nặng ở phụ nữ mang thai (huyết áp tâm thu >160 mmHg hay huyết áp tâm trương >110 mmHg) | I | C |
| Thuốc huyết áp có thể xem xét dùng ở phụ nữ có thai có huyết áp thương xuyên >150/95 mmHg và những BN có huyết áp ≥140/90 mmHg bị THA thai kì, tổn thương cơ quan đích dưới lâm sàng hay tổn thương cơ quan đích có triệu chứng cơ năng. | IIb | C |
| Ở phụ nữ có nguy cơ cao của tiền sản giật, miễn là họ có nguy cơ xuất huyết dạ dày tá tràng thấp, có thể xem xét dùng ASA liều thấp từ tuần 12 đến khi sinh. | IIb | B |
| Ở phụ nữ có thể mang thai, thuốc ức chế hệ renin-angiotensin không khuyên dùng và nên tránh. | III | C |
| Methyldopa, labetolol và nifedipine nên ưu tiên dùng cho bệnh nhân THA có thai. Labetolol hay nitroprusside truyền tĩnh mạch nên dùng trong trường hợp cấp cứu (tiền sản giật). | IIa | B |

**5.3.1 Phụ Nữ Dùng Thuốc Ngừa Thai:**

Uống thuốc ngừa thai làm tăng huyết áp nhẹ nhưng có ý nghĩa, gây THA cho khoảng 5% người sử dụng. Tuy nhiên, những nghiên cứu này đánh giá những

thuốc ngừa thai uống thế hệ cũ với hàm lượng oestrogen cao hơn so với những thuốc ngừa thai uống đang dùng hiện nay (chứa < 50 |!g oestrogen, thương trong khoảng 20 - 35 |!g ethinyl estradiol kết hợp với liều thấp progestin thế hệ 2 hay thế hệ 3). Nguy cơ phát triển THA giảm nhanh khi ngừng uống thuốc ngừa thai và người đã từng dùng thuốc viên ngừa thai chỉ tăng nhẹ nguy cơ bị THA.Sự kết hợp giữa thuốc ngừa thai uống với nguy cơ nhồi máu cơ tim đã được nghiên cứu cẩn thận và kết luận còn bàn cãi.

Ba phân tích gộp của những nghiên cứu trong 30 năm qua cho thấy người dùng thuốc ngừa thai uống tăng gấp 2 nguy cơ đột quị so với người không uống thuốc ngừa thai.

Không có dữ liệu về những dạng ngừa thai mới nhất bằng nội tiết tố không phải đường uống (tiêm, bôi, đường âm đạo). Tuy nhiên, miếng dán qua da và đặt vòng làm tăng nguy cơ huyết khối tĩnh mạch so với người không dùng.

Dù tỉ lệ mắc nhồi máu cơ tim và nhồi máu não thấp trong lứa tuổi dùng thuốc ngừa thai uống, nhưng cũng có tác động đáng kể lên dân số phụ nữ khỏe mạnh vì 30 -45% phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ dùng thuốc viên ngừa thai. Hiện nay, nên chọn lựa và khởi đầu thuốc ngừa thai uống sau khi cân nhắc giữa nguy cơ và lợi ích cho từng bệnh nhân. Phụ nữ > 35 tuổi nên đánh giá các yếu tố nguy cơ tim mạch bao gồm cả có THA hay không. Không nên dùng thuốc ngừa thai uống cho phụ nữ bị THA chưa được kiểm soát. Ngưng uống thuốc ngừa thai dạng kết hợp có thể cải thiện huyết áp. Nên thận trọng khi kê thuốc viên ngừa thai cho phụ nữ có hút thuốc lá và phụ nữ > 35 tuổi.

**5.3.2 Điều Trị Nội Tiết Tố Thay Thế:**

Không nên dùng nội tiết tố thay thế và thuốc điều hòa thụ cảm thể oestrogen chọn lọc để phòng ngừa tiên phát hay thứ phát bệnh tim mạch.

**5.4 Chiến Lược Điều Trị Tăng Huyết Áp Ở Bệnh Nhân Đái Tháo Đường:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Khuyến cáo | Loại | Mức chứng cứ |
| Khởi đầu thuốc hạ áp là bắt buộc đối với bệnh nhân đái tháo đường có huyết áp tâm thu > 160 mmHg. Thuốc hạ áp cũng rất nên khởi đầu khi bệnh nhân đái tháo đường có huyết áp tâm thu > 140 mmHg. | I | A |
| Đối với BN đái tháo đường, huyết áp tâm thu cần đạt là < 140 mmHg. | I | A |
| Đối với BN đái tháo đường, huyết áp tâm trương cần đạt là < 85 mmHg. | I | A |
| Tất cả các nhóm thuốc hạ áp đều có thể dùng cho BN đái tháo đường, tuy nhiên thuốc ức chế hệ renin-angiotensin có thể thương được chọn lựa hơn, đặc biệt ở BN có protein niệu hay microalbumin niệu. | I | A |
| Khi chọn lựa thuốc cho mỗi BN nên xem xét các bệnh lí đi kèm | I | C |
| Không nên dùng đồng thời 2 thuốc ức chế thụ thể renin-angiotensin ở BN đái tháo đường. | III | B |

**5.5 Chiến Lược Điều Trị Tăng Huyết Áp Ở Bệnh Nhân Có Hội Chứng Chuyển Hóa:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Khuyến cáo | Loại | Mức chứng cứ |
| Thay đổi lối sống, đặc biệt là giảm cân và tập thể dục. Những biện pháp này không những cải thiện huyết áp mà còn cải thiện hội chứng chuyển hóa và làm chậm sự xuất hiện đái tháo đường. | I | B |
| Vì hội chứng chuyển hóa có thể coi như tình trạng tiền đái tháo đường, các thuốc hạ áp có khả năng cải thiện hoặc ít nhất không làm xấu thêm tình trạng nhạy cảm với insulin như là thuốc ức chế thụ thể renin-angiotensin và ức chế canxi nên được chọn lựa. Thuốc ức chế bêta (trừ thuốc ức chế bêta có tính giãn mạch) và lợi tiểu (đặc biệt lợi tiểu giữ kali) chỉ nên dùng khi cần thuốc thêm vào. | I | B |
| Nên kê thuốc thật thận trọng cho BN THA có hội chứng chuyển hóa khi huyết áp > 140/90 mmHg sau một thời gian khá đủ áp dụng biện pháp thay đổi lối sống, mục tiêu huyết áp < 140/90 mmHg. | I | B |
| Không nên dùng thuốc hạ áp cho BN hội chứng chuyển hóa có huyết áp bình thương cao. | III | A |

**5.6 Chiến Lược Điều Trị Bệnh Nhân Tăng Huyết Áp Có Bệnh Thận:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Khuyến cáo | Loại | Mức chứng cứ |
| Nên hạ huyết áp tâm thu < 140 mmHg | IIa | B |
| Khi có đạm niệu, nên hạ huyết áp tâm thu < 130 mmHg miễn là sự thay đổi GFR ước đoán được theo dõi. | IIb | B |
| Thuốc ức chế hệ renin-angiotensin hiệu quả hơn các thuốc khác trong việc giảm albumin niệu, và được chỉ định cho BN THA có microalbumin niệu hay đạm niệu. | I | A |
| Đạt được huyết áp mục tiêu thương cần kết hợp thuốc, nên kết hợp thuốc ức chế hệ renin-angiotensin với các thuốc hạ áp khác. | I | A |
| Không nên kết hợp 2 thuốc ức chế hệ renin-angiotensin, dù sự kết hợp này sẽ đem lại hiệu quả giảm protein niệu cao hơn. | III | A |
| Thuốc kháng aldosterone không nên dùng ở bệnh nhân có bệnh thận mạn, đặc biệt là khi kết hợp với thuốc ức chế hệ renin-angiotensin vì nguy cơ giảm quá nhiều chức năng thận và tăng kali máu. | III | C |

5.7 Chiến lược điều trị bệnh nhân tăng huyết áp kèm bệnh mạch máu não:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Khuyến cáo | Loại | Mức chứng cứ |
| Không nên can thiệp thuốc hạ áp trong tuần đầu sau cơn đột quị cấp dù huyết áp như thế nào, mặc dù lâm sàng thương nên dùng khi huyết áp tâm thu quá cao. | III | B |
| Nên điều trị thuốc hạ áp cho bệnh nhân có tiền sử đột quị hay cơn thoáng thiếu máu não dù huyết áp khởi đầu trong khoảng 140-159 mmHg. | I | B |
| Bệnh nhân có tiền sử đột quị hay cơn thoáng thiếu máu não, nên giữ huyết áp tâm thu < 140 mmHg. | IIa | B |
| Ở người già THA có tiền sử đột quị hay cơn thoáng thiếu máu não, huyết áp tâm thu khi khởi đầu điều trị và huyết áp tâm thu mục tiêu có thể hơi cao hơn một chút. | IIb | B |
| Để phòng ngừa đột quị, tất cả thuốc hạ áp đều có thể dùng cho BN miễn là kiểm soát huyết áp hiệu quả. | I | A |

**5.8 Chiến Lược Điều Trị Bệnh Nhân Tăng Huyết Áp Kèm Bệnh Tim:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Khuyến cáo | Loại | Mức chứng cứ |
| Nên giữ huyết áp tâm thu < 140 mmHg cho bệnh nhân THA kèm bệnh mạch vành. | IIa | B |
| Bệnh nhân THA có nhồi máu cơ tim gần đây, nên dùng thuốc ức chế bêta. Với các thể bệnh khác của bệnh mạch vành, tất cả các thuốc hạ áp đều có thể dùng nhưng ức chế bêta và ức chế canxi được ưa dùng hơn vì giúp giảm triệu chứng cơn đau thắt ngực. | I | A |
| Lợi tiểu, ức chế bêta, ức chế men chuyển, ức chế thụ thể angiotensin và ức chế thụ thể mineralocorticoid nên dùng cho bệnh nhân suy tim hay rối loạn chức năng thất trái nặng để giảm tử suất và nhập viện. | I | A |
| Ở bệnh nhân suy tim có phân suất tống máu bảo tồn, không có bằng chứng cho thấy lợi ích khi dùng thuốc hạ áp hay bất cứ thuốc đặc biệt nào khác. Tuy nhiên, những bệnh nhân này và những bệnh nhân THA kèm rối loạn chức năng tâm thu, nên hạ huyết áp tâm thu xuống quanh mức 140 mmHg. Nên điều trị tùy sự thuyên giảm triệu chứng (lợi tiểu liên quan triệu chứng sung huyết, ức chế bêta liên quan nhịp tim...) | IIa | C |
| Ức chế men chuyển, ức chế thụ thể angiotensin (và ức chế bêta, ức chế thụ thể mineralocorticoid nếu có kèm suy tim) nên dùng để điều trị hạ áp cho bệnh nhân có nguy cơ xuất hiện rung nhĩ mới hay rung nhĩ tái phát. | IIa | C |
| Tất cả bệnh nhân THA kèm phì đại thất trái nên được điều trị hạ áp | I | B |
| Ở bệnh nhân THA kèm phì đại thất trái, nên khởi đầu thuốc hạ áp bằng 1 trong những thuốc có khả năng làm giảm mức độ phì đại thất trái cao hơn thuốc khác: ức chế men chuyển, ức chế thụ thể angiotensin, ức chế canxi. | IIa | B |

**5.9 Chiến Lược Điều Trị Bệnh Nhân Tăng Huyết Áp Kèm Xơ Vữa Động Mạch, Bệnh Động Mạch Ngoại Biên:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Khuyến cáo | Loại | Mức chứng cứ |
| Ở bệnh nhân THA kèm xơ vữa động mạch cảnh, nên dùng ức chế canxi và ức chế men chuyển vì những thuốc này có hiệu quả làm chậm sự tiến triển của mảng xơ vữa hơn thuốc lợi tiểu và ức chế bêta. | IIa | B |
| Tất cả bệnh nhân THA kèm vận tốc sóng mạch > 10 m/s, tất cả các thuốc hạ áp đều có thể dùng miễn là duy trì được huyết áp tâm thu | IIa | B |
| < 140 mmHg. |  |  |
| Nên điều trị hạ áp cho bệnh nhân THA kèm bệnh động mạch ngoại biên, mục tiêu <140/90 mmHg vì họ có nguy cơ cao nhồi máu cơ tim, đột quị, suy tim và chết do nguyên nhân tim mạch. | I | A |
| Dù cần theo dõi cẩn thận, ức chế bêta có thể dùng điều trị cho bệnh nhân THA có bệnh động mạch ngoại biên đi kèm vì thuốc ức chế bêta dường như không làm nặng thêm triệu chứng của bệnh động mạch ngoại biên. | IIb | A |

**5.10 Chiến Lược Điều Trị Cho Bệnh Nhân Tăng Huyết Áp Kháng Trị:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Khuyến cáo | Loại | Mức chứng cứ |
| Với bệnh nhân THA kháng trị, bác sĩ nên kiểm tra các thuốc đang điều trị cho bệnh nhân có tác dụng hạ áp không, và ngưng chúng nếu không có hoặc hiệu quả rất ít. | I | C |
| Thuốc đối kháng thụ thể mineralocorticoid, amiloride và doxazosin (ức chế alpha I) nên dùng nếu không có chống chỉ định | IIa | B |
| Nên xem xét dùng các thủ thuật xâm lấn như hủy thần kinh thận, kích thích thụ cảm thể áp lực trong trường hợp điều trị bằng thuốc không hiệu quả. | IIb | C |
| Cho đến khi có bằng chứng rõ ràng hơn về hiệu quả lâu dài và tính an toàn của thủ thuật hủy thần kinh thận và kích thích thụ cảm thể áp lực, hiện nay những thủ thuật này chỉ nên thực hiện bởi những bác sĩ có kinh nghiệm, được chẩn đoán và theo dõi ở những trung tâm chuyên về THA. | I | C |
| Những can thiệp xâm lấn chỉ nên xem xét đối với những bệnh nhân có THA kháng trị thật sự- khi huyết áp tâm thu > 160 mmHg hoặc huyết áp tâm trương >110mmHg và được xác nhận bằng holter huyết áp. | I | C |

**5.11 Tăng Huyết Áp Ác Tính (Malignant Hypertension):**

THA ác tính là một cấp cứu về THA, được định nghĩa lâm sàng là sự hiện diện của huyết áp rất cao kèm tổn thương thiếu máu cục bộ của cơ quan đích (võng mạc, thận, tim hay não). Mặc dù tần số rất thấp, số ca THA ác tính không thay đổi nhiều trong 40 năm qua. Tỉ lệ sống 5 năm sau khi chẩn đoán THA ác tính đã cải thiện đáng kể (cách nay 50 năm, tỉ lệ này gần như bằng 0) có thể do chẩn đoán sớm hơn, mục tiêu huyết áp thấp hơn và có nhiều nhóm thuốc mới điều trị THA. Tổn thương cơ quan đích có thể thoái triển - ít nhất là một phần - với điều trị, mặc dù tiên lượng lâu dài vẫn kém đặc biệt khi chức năng thận bị giảm nặng. Vì THA ác tính có suất độ thấp, không có nghiên cứu tốt về những thuốc gần đây trên thể bệnh này. Điều trị hiện tại bằng những thuốc truyền tĩnh mạch và dò liều cẩn thận để đạt được hiệu quả nhanh nhưng từ từ để tránh hạ huyết áp quá mức và gây thêm thiếu máu cục bộ cơ quan đích.

Labetolol, nitroprusside, nicardipine, nitrate, furosemide thương được dùng trong những trường hợp nặng này. Nên điều trị theo cá thể. Khi lợi tiểu không đủ điều chỉnh sự giữ dịch, có thể dùng siêu lọc hay thẩm phân tạm thời.

**5.12 Tăng Huyết Áp Cấp Cứu (Hypertensive Emergency) Và Tăng Huyết Áp Khẩn Trương (Hypertensive Urgency):**

THA cấp cứu là tình trạng huyết áp tăng thêm nhiều (tâm thu > 180 mmHg, tâm trương > 120 mmHg) kèm tổn thương cơ quan đích đang đe dọa hoặc đang tiến triển, như là những biến đổi nghiêm trọng về thần kinh, bệnh não do THA, nhồi máu não, xuất huyết trong sọ, suy tim trái cấp, phù phổi cấp, bóc tách động mạch chủ, suy thận hay sản giật. Điều trị tùy thuộc loại tổn thương cơ quan đích đi kèm

và dao động từ không hạ áp hay hạ áp rất thận trọng khi bị đột quị cấp tính tới hạ áp nhanh và tích cực khi bị phù phổi cấp, bóc tách động mạch chủ. Trong đa số trường hợp khác, nên hạ huyết áp nhanh nhưng <25% trong giờ đầu và tiếp tục một cách thận trọng sau đó. Dùng thuốc đường tĩnh mạch (tương tự THA ác tính) sau đó chuyển sang đường uống. Tất cả những gợi ý này (trừ trường hợp đột quị cấp tính) đều dựa vào kinh nghiệm vì thiếu những thử nghiệm lâm sàng so sánh điều trị tích cực với điều trị bảo tồn. Do đó, quyết định điều trị như thế nào là tùy từng cá thể.

THA khẩn trương là tình trạng huyết áp tăng thêm nhiều không kèm tổn thương cơ quan đích cấp tính. THA khẩn trương thương do ngưng thuốc hay giảm thuốc kèm lo lắng. Không nên xem THA khẩn trương là một cấp cứu. Điều trị bằng cách dùng lại hay tăng liều thuốc đang dùng và điều trị sự lo âu.

**6. Điều Trị Các Yếu Tố Nguy Cơ Đi Kèm Tăng Huyết Áp:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Khuyến cáo | Loại | Mức chứng cứ |
| Nên dùng statin cho bệnh nhân THA có nguy cơ tim mạch trung bình đến cao, để đạt mục tiêu LDL-C < 3 mmol/L (115 mg/dL). | I | A |
| Khi đã bị bệnh mạch vành, nên dùng statin để đạt mục tiêu LDL-C <1,8mmol/L (70 mg/dL). | I | A |
| Nên dùng kháng kết tập tiểu cầu, đặc biệt là ASA liều thấp cho bệnh nhân đã có biến cố tim mạch. | I | A |
| ASA nên dùng cho bệnh nhân THA kèm giảm chức năng thận hoặc có nguy cơ tim mạch cao miễn là huyết áp được kiểm soát tốt. | IIa | B |
| Không nên dùng ASA để phòng ngừa biến cố tim mạch cho bệnh nhân THA có nguy cơ tim mạch thấp- những người mà khi dùng ASA thì lợi ích và nguy cơ tương đương nhau. | III | A |
| Bệnh nhân THA kèm đái tháo đường, mục tiêu HbA1c < 7% với điều trị đái tháo đường. | I | B |
| Ở bệnh nhân già, yếu ớt bị đái tháo đường lâu năm có nhiều bệnh kết hợp và nguy cơ tim mạch cao, nên đặt mục tiêu HbA1c < 7,5 - 8 %. | IIa | C |

**7. Liên Tục Tầm Soát Tổn Thương Cơ Quan Đích Không Triệu Chứng:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dấu hiệu tổn thương cơ quan đích | Độ nhạy của sự thay đổi | Thời gian có sự thay đổi | Giá trị tiên lượng của sự thay đổi |
| Phì đại thất trái trên ECG | Thấp | Trung bình (>6 tháng) | Có |
| Phì đại thất trái trên siêu âm | Trung bình | Trung bình (>6 tháng) | Có |
| Phì đại thất trái trên MRI tim | Cao | Trung bình (>6 tháng) | Không có dữ liệu |
| Độ thanh lọc cầu thận ước đoán | Trung bình | Rất chậm (nhiều năm) | Không có dữ liệu |
| Protein niệu | Cao | Nhanh (nhiều tuần đến nhiều tháng) | Trung bình |
| Dầy thành động mạch cảnh | Rất thấp | Chậm (> 12 tháng) | Không |
| Vận tốc sóng mạch | cao | Nhanh (nhiều tuần đến nhiều tháng) | Có ít dữ liệu |
| Chỉ số ABI (ankle brachial index) | Thấp | Không có dữ liệu | Không có dữ liệu |

## CƠN ĐAU THẮT NGỰC ỔN ĐỊNH

Cơn đau thắt ngực là một biểu hiện tình trạng thiếu máu cơ tim cục bộ, xảy ra khi có sự mất cân bằng giữa cung và cầu oxy cho cơ tim.

**NGUYÊN NHÂN CƠN ĐAU THẮT NGỰC**

- Cơn đau thắt ngực điển hình khi gắng sức xảy ra là do sự mất cân bằng giữa cung và cầu trong việc cung cấp máu cho cơ tim xảy ra khi gắng sức hoặc stress.

- Nguyên nhân là do mảng xơ vữa ổn định gây hẹp động mạch vành đáng kể ( > 60%) xuất phát từ các yếu tố nguy cơ đã rõ ràng như:

1. Hút thuốc lá.

2. Rối loạn lipid máu (Tăng LDL-C)

3. Tăng huyết áp.

4. Đái tháo đường.

- Hoặc nguyên nhân làm hẹp động mạch vành khác:

1. Phì đaị thất trái.

2. Rối loạn các yếu tố đông máu.

3. Dị dạng động mạch vành bẫm sinh.

**CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH CƠN ĐAU THẮT NGỰC**

**1. Lâm Sàng:** Có cơn đau thắt ngực điển hình.

**2. Cân Lâm Sàng:**

**A) ECG:**

ECG bình thương trong 50% các trường hợp cơn đau thắt ổn định.

Nếu có bất thương thì rất có giá trị: thay đổi ST-T.

**B) ECG Gắng Sức:**

- Có độ nhạy cảm 68% và độ đặc hiệu 77%.

- Giá trị chẩn đoán giảm khi có block nhánh, ST-T thay đổi trước đó, dày thất

trái.

**C) Siêu Âm Tim Lúc Nghỉ:**

Để đánh giá chức năng tâm thu, tâm trương. Phát hiện các hình ảnh rối loạn vận đông vùng và đánh giá độ rộng của nó, giúp chẩn đoán và đánh giá độ nặng của bệnh.

**D) Xạ Hình Để Đánh Giá Sự Tưới Maú Cơ Tim:**

Áp dụng cho những trường hợp không làm ECG gắng sức được .

**E) Siêu Âm Tim Gắng Sức:**

Có độ nhạy cảm và độ đặc hiệu cao hơn ECG gắng sức, tương đương vơí xạ hình tim.

**F) Chụp Động Mạch Vành:**

Là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đóan bệnh lý mạch vành.

**CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT**

1. Cơn đau thắt ngực của nhồi máu cơ tim cấp, cơn đau thắt ngực không ổn định.

**2. Các Nguyên Nhân Tim Mạch Khác Của Đau Ngực:**

**A. Cơn Đau Có Nguồn Gốc Giống Như Thiếu Máu Cơ Tim :**

- Hẹp van động mạch chủ.

- bệnh cơ tim phì đại.

- Tăng huyết áp hệ thống nặng .

- Tăng áp động mạch phôỉ nặng.

- Hở van động mạch chủ.

- Thiếu maú nặng, tình trạng thiêú oxy mô.

**B. Cơn Đau Có Nguồn Gốc Không Do Thiếu Máu Cơ Tim :**

- Bóc tách động mạch chủ.

- Viêm màng ngoài tim.

- Sa van hai lá.

**3. Đau Do Đường Tiêu Hóa:**

- Co thắt thực quản.

- Trào ngược thực quản.

- Thủng thực quản.

- Loét dạ dày.

**4. Nguồn Gốc Tâm Thần :**

- Ưu tư , lo lắng .

- Trầm cảm.

- Lọan tâm thần về bệnh tim mạch.

**5. Thần Kinh Cơ:**

- Hôị chứng ức sườn.

- Herpes Zoster.

- Thành ngực nhạy cảm đau .

- bệnh thoái hóa đốt sống ngực.

**6. Phổi:**

- Thuyên tắc phổi có hoặc không nhồi máu phổi.

- Khí phế thủng .

- Tràn khí màng phổi.

- Viêm phổi màng phổi .

- Viêm màng phổi.

**ĐIỀU TRỊ CƠN ĐAU THẮT NGỰC**

**1. Nguyên Tắc Chung:**

- Tái lập sự cân bằng giữa cung cấp và nhu cầu oxy cho cơ tim .

- Hạn chế hoặc ngăn sự tiến triễn của mảng xơ vữa.

**2. Điều Tri Cụ Thể:**

Phải đánh giá lại các yếu tố nguy cơ của bệnh nhân, thay đôỉ lối sống.

**A. Chống Kết Dính Tiểu Cầu :**

- Aspirin 80-325mg/ngày uống.

- Nếu chống chỉ định Aspirin, chuyển sang Clopidogrel 75mg/ngày uống.

- Anti glycoprotein IIb/IIIa hịên nay còn ít sử dụng.

**B. Giảm Lipid/Máu:**

- Statin 10-20mg/ngày

- Mục tiêu là giảm LDL-C <100mg/dl (< 2,6mmol/l )

**C. Nitroglycerin Và Nitrates:**

Dạng tác dụng nhanh:

Risordan 5mg ngậm dưới lưỡi: giảm triệu chứng trong 1-5 phút.

dạng xịt dưới lưỡi: 1 nhát xịt khoảng 0,4 mg Nitroglycerin.

**D. Dạng Tác Dụng Kéo Dài:**

- Nitromint 2,6mg 1viên x 2lần/ngày uống.

- Lenitral ( ISDN ) 2,5mg 1v x 2 lần/ngày uống.

- Risordan 20 mg 1v x 2 lần/ngày uống.

- Imdur 60 mg (ISMN ) 1v /ngày uống.

**E. Dạng Dán Ngoài Da:**

Tác dụng kéo dài 8-9 giờ, 30mg x 2 lần/ngày.

**F. Chẹn Beta:**

- Concor 5mg V viên 1/4 viên - 1/2 viên/ngày uống.

- Kiểm soát được cơn đau cả lúc nghỉ và lúc vận động.

- Liều cuả ức chế beta nhằm giữ cho tần số tim lúc nghỉ không thấp hơn 55-60 nhịp/phút.

- Cần lưu ý các chống chỉ định của ức chế beta.

**G) Chẹn Calci:**

- Làm giãn mạch và phòng ngừa co thắt mạch vành.

- Diltiazem 30- 60 mg/ngày, chú ý tần số tim.

**H) Tái Tưới Máu Mạch Vành.**

# II. HÔ HẤP

## CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ HEN TẠI PHÒNG KHÁM

**I. Đinh nghĩa:** Hen là một rối loạn viêm mạn tính của đường dẫn khí trong đó nhiều tế bào và thanh phần tế bào có vai trò. Viêm mạn tính được kết hợp với tính tăng phản ứng của đường dẫn khí dẫn đến những đợt tái diễn của khò khè, khó thở, nặng ngực và ho, đặc biệt là về đêm hoặc vào lúc sáng sớm. Những đợt này thương được kết hợp với sự tắc nghẽn luồng khí trong phổi lan tỏa và thay đổi, thương hồi phục tự nhiên hoặc do điều trị (GINA 2011).

**II. Quy trình chẩn đoán hen:**



Chú giải:

1. Nghi ngờ hen: ho, khò khè, nặng ngực, khó thở; các triệu chứng này tái đi tái lại, nặng lên về đêm hay sáng sớm, hoặc khi gắng sức. Chú ý khai thác tiền sử “viêm họng”, “viêm phế quản” của bệnh nhân.

2. Đo chức năng phổi: PHÊ DUNG KÝ, điều kiện cần để khẳng định chẩn đoán. Nên thực hiện ngay từ lần khám đầu. Đo FEVi và FVC trong nghiệm pháp thở ra gắng sức.

3. Hít 400 mcg Salbutamol hoặc 160 mcg ipratropium qua bình xịt định liều + buồng hít. Đo lại FEV1 sau khi hít salbutamol 10-15 phút hoặc sau khi hít ipratropium 30-45 phút.

4. FEV1 tăng thêm ít nhất 12% và 200 ml so với trị số ban đầu.

5. Nghiệm pháp Corticoid: uống Prednisone 0,5 mg/ kg/ ngày x 2 tuần, thực hiện lại nghiệm pháp giãn phế quản. Nếu đạt tiêu chuẩn của (4), xem như dương tính.

6. Nghiệm pháp kích thích phế quản không đặc hiệu. Dương tính khi có FEV1 giảm từ 20% ở ngưỡng kích thích quy định(7).

8. Test da

**III. BILAN BAN ĐẦU:**

-X-quang phổi thẳng

-Phế dung ký với trắc nghiệm giãn phế quản

-2AFB (TT) + cấy MGIT và KSĐ (nếu nghi ngờ có bệnh lao phổi)

-Công thức máu (để đánh giá tăng tế bào ái toan), đo IgE nếu cần

-Đếm tế bào ái toan trong đàm (nếu nghi ngờ viêm phế quản tăng tế bào ái toan)

-Sinh hóa cơ bản: đường huyết, ion đồ, chức năng gan-thận.

-Đo NO trong hơi thở ra (triển khai năm 2013) để đánh giá đáp ứng với điều trị corticoid.

**IV. ĐÁNH GIÁ MỨC KIỂM SOÁT:**Sau khi thiết lập chẩn đoán hen, bước tiếp theo là đánh giá mức độ kiểm soát:

**GINA 2009: Phân loại kiểm soát hen**



**Đánh giá nguy cơ tương lai (nguy cơ đợt kịch phát, tính mất ổn định, chức năng phổi giảm nhanh, tác dụng có hại)**

1 Những đặc điểm kết hợp với tăng nguy cơ xảy ra tác dụng phụ trong tương lai gồm: kiểm soát lâm sàng kém, thương xảy ra đợt kịch phát trong năm qua, nhập săn cóc tích cực vì hen, FEV1 thấp, phơi nhiễm khói thuốc lá, dùng thuốc liều cao.

## V. ĐIỀU TRỊ:

1. Mục tiêu điều trị là nhằm kiểm soát hen toàn diện với việc kiểm soát triệu chứng trong hiện tại và giảm nguy cơ xảy ra trong tương lai.

2. Phương pháp là điều trị theo từng bước, tăng lên hoặc giảm xuống sao cho đạt mục tiêu kiểm soát hen hoàn toàn, tương ứng với điểm ACT từ 20 điểm trở lên.



Anti -IgE (Omalizumab) tiêm dưới da 1 lần mỗi 2 hoặc 4 tuần, phụ thuộc trọng lượng cơ thể và nồng độ IgE

**3.Hướng dẫn sử dụng hai loại phối hợp ICS-LABA hiện có trên thị trường:**

-**Fluticasone-salmeterol**: thuốc có 2 dạng trình bày là MDI (25/50, 25/125 và 25/250 mcg) và accuhaler (50/250 và 50/500 mcg). Theo kết quả của nghiên cứu GOAL (2004), phối hợp fluticasone-salmeterol theo nên sử dụng theo nguyên tắc từ liều thấp đến cao dần, đánh gía kiểm soát mỗi 12 tuần để quyết định tăng liều nếu cần. Khi có triệu chứng sẽ dùng các loại SABA, SAMA hoặc LABA có tác dụng nhanh.

-**Budesonide-formoterol**: thuốc có hàm lượng 160/4.5 mcg, turbuhaler. Phối hợp này hiệu quả nhất trong điều trị hen khi dùng theo phương pháp SMART nghĩa là hít sáng, tối (1 hoặc 2 liều) và hít thêm khi cần (tức khi có triệu chứng). Cách dùng này có ưu điểm là giúp tuân thủ điều trị và kiểm soát tốt các đợt kịch phát.

**VI. QUẢN LÝ:**

Bệnh nhân sẽ tái khám mỗi tháng, sau đó mỗi 3 tháng nếu kiểm soát tốt. Chức năng phổi kiểm tra mỗi năm 1 lần. Mỗi bệnh nhân có bảng kế hoạch điều trị, hướng dẫn cách tự quản lý và sử lý cấp thời các tình huống.

Đánh giá kiểm soát: có thể sử dụng bảng phân loại 3 mức như GINA, hoặc dùng công cụ ACT với mục tiêu điều trị có ACT từ 20 điểm trở lên.

Khi hen đã được kiểm soát và duy trì trong 2 - 3 tháng thì có thể xem xét giảm bước điều trị:

- Nếu đang dùng LABA+ICS liều trung bình, cao giảm liều ICS 50% mỗi 3 tháng, nhưng vẫn giữ nguyên liều LABA.

- Nếu đang dùng LABA+ICS liều thấp -> ngừng

*-* Nếu đang dùng thuốc kiểm soát khác ngoài LABA+ICS liều trung bình, cao -> giảm liều ICS 50% mỗi ba tháng nhưng vẫn duy trì liều thuốc kiểm soát khác.

- Nếu đang dùng thuốc kiểm soát khác ngoài LABA+ICS liều thấp -> ngừng thuốc kiểm soát khác.

- Nếu đang dùng ICS liều trung bình, cao -> giảm 50% mỗi ba tháng

- Nếu đang dùng ICS liều thấp → chuyển sang dùng liều ngày 1 lần

- Nếu đang dùng ICS liều thấp nhất trong 2 tháng có thể ngừng điều trị thuốc. Tiếp tục theo dõi đề phòng.

BV. có Câu lạc bộ bệnh nhân tổ chức định kỳ mỗi quý.

**Phụ lục 1: Các thuốc điều trị hen**

***5.2.1. Các thuốc giãn phế quản và corticoid:***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Thuốc** | **Dạng hít (μg)** | **Dung dịch khí dung (mg/ml)** | **Uống (mg)** | **ống tiêm (mg)** | **Thời gian tác dụng(giờ)** |
| Cường β2 tác dụng nhanh và ngắn (SABA) |
| Fenoterol | 100-200(MDI) | 1 | 0,05%(xirô) |  | 4-6 |
| Salbutamol | 100, 200(MDI) | 0,5% | 2, 4 (viên) 60/150ml xirô | 0,5 | 4-6 |
| Terbutalin | 400- 500 (DPI) | 2,5; 5 | 2,5; 5 (viên) | 0,5 | 4-6 |
| Cường β2 tác dụng chăm và kéo dài (LABA) |
| Formoterol | 4,5 -12 (MDI, DPI) |  |  |  | ≥ 12 |
| Salmeterol | 25 - 50(MDI,DPI) |  |  |  | ≥ 12 |
| Kháng phó giao cảm tác dụng nhanh |
| Ipratropiumbromid | 20, 40 (MDI) | 0,25 -0,5 |  |  | 6-8 |
| Kháng phó giao cảm tác dụng kéo dài |
| Tiotropium | 18 (DPI) |  |  |  | ≥ 24 |
| Kết hợp Cường β2 với kháng phó giao cảm dạng hít |
| Fenoterol/Ipratropium | 50/20(MDI) | 0,5/0,25 |  |  | 6-8 |
| Salbutamol/Ipratropium | 100/20(MDI) | 2,5 / 0,5 |  |  | 6-8 |
| Methylxanthin |
| Aminophylin |  |  | 200 - 300(viên) | 240mg | Thay đổi, có thể đến 24 |
| Theophylin (phóng thích chậm) |  |  | 100 - 600(viên) |  | ≥ 12 |
| Glucocorticosteroids dạng hít (ICS) |
| Beclomethason | 100, 250, 400 (MDI) |  |  |  |  |
| Budesonid |  | 0,5 |  |  |  |
| Fluticason | 50, 500(MDI) |  |  |  |  |
| Triamcinolon |  | 40 |  | 40 |  |
| Kết hợp Cường β2 tác dụng kéo dài với corticosteroid dạng hít |
| (LABA+ICS) |
| Formoterol/Budesonid | 4,5/ 80, 160 (DPI) |  |  |  |  |
| Salmeterol/Fluticason | 50/100,250,500(DPI)25/50,125,250(MDI) |  |  |  |  |
| Corticosteroid toàn thân |
| PrednisolonMethyl-prednisolon |  |  | 5-20(viên)4, 8, 16 (viên) | 40 |  |

*Chú thích: SABA - Short Acting p2 Agonist -Cường @2 tác dụng nhanh và ngắn; LABA - Long Acting @2 Agonist - Cường p2 tác dụng chậm kéo dài; ICS -Inhaled Glucocorticosteroides - corticosteroid dạng hít; MDI (metered-dose inhaler - ống hít định liều; DPI -dry power inhaler - ống hít thuốc dạng bột khô; Sp -Sirop - thuốc dạng xi-rô.*

**PHỤ LỤC 2. LIỀU TƯƠNG ĐƯƠNG CÁC THUỐC** **CÓ ICS**

*(Ban hành kèm theo Quyết định số 4776 /QĐ-BYTngày 04 tháng 12 năm 2009 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Thuốc** | **Liều thấp Hàng ngày (Hg)** | Liều trung bình Hàng ngày (μg) | Liều cao Hàng ngày (μg) |
| Ngườilớn | Trẻ em | Ngườilớn | Trẻ em | Ngườilớn | Trẻ em |
| Beclometasondipropionat | 200 -500 | 100- 200 | 500-1000 | 200-400 | 1000-2000 | >400 |
| Budesonid | 200-400 | 100-200 | 400-800 | 200-400 | 800-1600 | >400 |
| Ciclesonid | 80-160 | 80-160 | 160-320 | 160-320 | 320-1280 | >320 |
| Flunisolid | 500-1000 | 500-750 | 1000-2000 | 750-1250 | >2000 | >1250 |
| Fluticason | 100-250 | 100-200 | 250-500 | 200-500 | 500-1000 | >500 |
| Mometasonfuroat | 200-400 | 100-200 | 400-800 | 200-400 | 800-1200 | >400 |
| Triamcinolon acetonid | 400-1000 | 400-800 | 1000-2000 | 800-1200 | >2000 | >1200 |

Ghi chú: các thuốc cidosenide, ílunisolide, mometasone và triamcenolone hiện không lưu hành chính thức trên thị trường Việt Nam trong điều trị hen.

## BỆNH CÚM MÙA

Bệnh cúm mùa là nhiễm trùng hô hấp cấp tính do virus gây nên. Tại Việt Nam các virus cúm mùa thương gặp: A/H3N2, A/H1N1 và cúm B.

Bệnh cúm mùa thương lành tính nhưng cũng có thể gây biến chứng nặng như viêm phổi nặng, suy đa phủ tạng dẫn đến tử vong.

**I. CHẨN ĐOÁN BỆNH CÚM MÙA:**

**1.1 Chẩn Đoán Sơ Bộ:**

**1.1.1 Dịch Tễ:**

Sống hoặc đến từ khu vực có bệnh cúm lưu hành hoặc tiếp xúc trực tiếp với bệnh nhân cúm.

**1.1.2 Lâm Sàng:**

• Sốt , thường trên 380 C.

• Đau nhức cơ toàn thân.

• Biểu hiện về hô hấp như hắt hơi, đau họng, nghẹt mũi, chảy nước mũi, ho, khó thở.

**1.1.3 Cận Lâm Sàng:**

• Công thức máu: Bạch cầu bình thường hoặc giảm.

• Hình ảnh chụp X-quang phổi bình thương hoặc thâm nhiễm lan tỏa ở phổi.

**1.2 Chẩn Đoán Xác Định:**

• Xét nghiệm dương tính với virus cúm bằng kỹ thuật : RT -PCR hoặc real time RT -PCR hoặc nuôi cấy virus đối với các bệnh phẩm là dịch ngoáy họng, dịch tỵ hầu, dịch phế quản.

**1.3.1. Cúm Chưa Có Biến Chứng:** Lâm sàng chỉ biểu hiện cúm đơn thuần

**1.3.2. Cúm Có Biến Chứng**

Lâm sàng nghi ngờ hoặc xác định kèm theo một trong các biểu hiện sau:

• Có tổn thương ở phổi với biểu hiện suy hô hấp trên lâm sàng và/ hoặc:

• Có biến chứng thứ phát như: viêm xoang, viêm phổi do bội nhiễm vi khuẩn, sốc nhiễm khuẩn, suy đa phủ tạng.

• Có các dấu hiệu nặng lên do các bệnh mạn tính kèm theo

• Có đối tượng nguy cơ dễ mắc cúm biến chứng:

Trẻ em: Dưới 5 tuổi, suy dinh dưỡng, béo phì, hen phế quản hoặc suy giảm miễn dịch bẩm sinh hay mắc phải.

Người già trên 65 tuổi.

Phụ nữ có thai.

Người lớn mắc bệnh mạn tính.

Suy giảm miễn dịch

**II. ĐIỀU TRỊ BỆNH CÚM MÙA:**

**1. Nguyên Tắc Chung:**

- Cách ly y tế và báo dịch

- Đánh giá và phân loại mức độ bệnh

- Dùng thuốc kháng virus càng sớm càng tốt

- Hạn chế chuyển tuyến 2. Xử trí theo mức độ bệnh:

• Nhập viện điều trị:

- Cúm có biến chứng

- Cúm có kèm theo yếu tố nguy cơ

**III. THUỐC KHÁNG VIRUS:**

1. Oseltamivir ( Tamiflu): 75mg X 2 lần ngày ( thời gian 5 ngày )

2. Zanamivir: Dạng hít định liều

**IV. ĐIỀU TRỊ CÚM BIẾN CHỨNG:**

Hỗ trợ hô hấp khi có suy hô hấp

Phát hiện và điều trị sớm các trường hợp bội nhiễm vi khuẩn với kháng sinh thích hợp

Phát hiện và điều trị suy đa phủ tạng

**V. ĐIỀU TRỊ HỖ TRỢ:**

Hạ sốt: Chỉ dùng Paracetamol khi sốt trên 38,50 C. Đảm bảo cân bằng nước, điện giải. Đảm bảo chế độ dinh dưỡng hợp lý.

**VI. PHÒNG BỆNH CÚM MÙA**

**1. Các Biện Pháp Phòng Bệnh Chung:**

• Đeo khẩu trang khi tiếp xúc với bệnh nhân nghi nhiễm cúm

• Tăng cường rửa tay

• Vệ sinh hô hấp khi ho khạc

• Tránh tập trung đông người khi có dịch

• Tiêm phòng vắc xin cúm:

\* Nên tiêm phòng hằng năm

\* Các nhóm có nguy cơ lây nhiễm cúm: Nhân viên y tế, trẻ từ 6 tháng đến 8 tuổi, người có bệnh mạn tính, người trên 65 tuổi

**2. Dự Phòng Bằng Thuốc Kháng Virus:**

• Chỉ định: Người thuộc nhóm nguy cơ cao mắc cúm có biến chứng có tiếp xúc với người bệnh được chẩn đoán xác định cúm

• Thuốc dự phòng: Osaltamivir : 75mg X 1 lần / ngày (điều trị 10 ngày)

## ****PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VIÊM PHẾ QUẢN CẤP****

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Viêm phế quản cấp là tình trạng viêm nhiễm cấp tính của các phế quản, nguyên nhân thương do nhiễm virút, vi khuẩn hoặc cả hai loại.

**II. CHẨN ĐOÁN**

**1. Chẩn đoán xác định**: chẩn đoán viêm phế quản cấp hầu hết chỉ cần dựa vào lâm sàng.

**a. Lâm sàng:**

- Khởi phát viêm long đường hô hấp trên với sốt nhẹ, viêm mũi họng (hắt hơi, chảy mũi, đau họng), có thể viêm mũi mủ, viêm xoang, viêm amidan, viêm tai giữa, sau lan dần xuống khí quản, phế quản.

- Sốt nhẹ hoặc sốt cao, nhiều trường hợp không có sốt.

- Ho khan nhiều trong những ngày đầu, ho từng cơn dai dẳng, cảm giác đau rát bỏng sau xương ức, khàn tiếng. Sau đó ho khạc đàm nhầy, đàm trắng, vàng, xanh hay mủ, có khi lẫn máu.

- Có thể có kèm khó thở tăng dần.

- Khám phổi ban đầu hầu hết đều bình thương, sau đó có thể nghe ran rít, ran ngáy.

- Trường hợp diễn tiến nặng hơn, khó thở tăng rõ rệt, co kéo cơ hô hấp phụ, xanh tím, nhịp thở nhanh > 25 lần/phút.

**b. Cận lâm sàng:**

- Xét nghiệm: công thức máu có thể thấy số lượng bạch cầu tăng (>10.000/mm3), bạch cầu đa nhân trung tính tăng, tốc độ máu lắng tăng.

- X-quang lồng ngực: bình thương hoặc có thể thấy thành phế quản dày, không có giá trị chẩn đoán xác định viêm phế quản cấp. X-quang lồng ngực chỉ nên thực hiện cho các bệnh nhân sau: Tuổi > 75, mạch > 100/phút, nhịp thở > 24 l/phút, thân

nhiệt > 38°C), hoặc khám phổi thấy ran ẩm, ran nổ hay hội chứng đông đặc hay dùng để chẩn đoán loại trừ các bệnh phổi khác (viêm phổi, áp xe phổi, u phổi,...). Các dấu hiệu gợi ý viêm phổi ở bệnh nhân cao tuổi bao gồm nhịp tim nhanh, giảm độ bão hòa ôxy máu, rối loạn tri giác, thay đổi hành vi.

**2. Chẩn đoán phân biệt:**

- Hen phế quản: có cơ địa dị ứng bản thân và gia đình (hen, viêm mũi xoang, chàm, mày đay.), khởi phát tuổi trẻ, lúc nhỏ, triệu chứng rất thay đổi, sau cơn hen bệnh nhân hết triệu chứng, sinh hoạt bình thương, các triệu chứng hen chính gồm ho, khò khè, khó thở nặng ngực, cơn thương nặng về đêm, lúc sáng sớm hay sau khi tiếp xúc dị nguyên, gắng sức, thay đổi thời tiết, khám phổi có ran rít, ran ngáy lan tỏa, đo chức năng hô hấp có hội chứng tắc nghẽn hồi phục. Đáp ứng tốt với điều trị thuốc giãn phế quản và corticoid.

- Giãn phế quản bội nhiễm: tiền căn khạc đàm mủ có khi lẫn máu tái diễn do những đợt nhiễm khuẩn, khạc đàm mủ rất nhiều trong ngày, mủ lắng thành 3 lớp rất điển hình, Khám phổi có ran ẩm, ran nổ 2 bên. Chụp CT scan lồng ngực nhát cắt mỏng 1mm độ phân giải cao (HRCT), không bơm cản quang giúp chẩn đoán xác định bệnh.

- Dị vật đường thở: tiền căn có hội chứng xâm nhập, bệnh nhân có ho khạc đàm, đôi khi lẫn máu, viêm phổi sau chỗ tắc nghẽn do dị vật tái diễn, chụp CT scan lồng ngực, nội soi phế quản có thể phát hiện di vật và thực hiện gắp dị vật luôn.

- Lao phổi: có tiền căn tiếp xúc với người bệnh lao, ho khạc đàm kéo dài, có khi ho máu, sốt chiều, chán ăn, sụt cân, X-quang lồng ngực có tổn thương lao, soi hoặc cấy đàm có có trực khuẩn lao (AFB).

- Ung thư phế quản phổi: tiền căn hút thuốc lá nhiều năm, ho ra máu, đau ngực, thay đổi tổng trạng, chán ăn, sụt cân, triệu chứng khối u, triệu chứng chèn ép, triệu chứng di căn xa. X-quang lồng ngực và/hoặc CT scan lồng ngực có tổn thương ung thư, xẹp phổi, tràn dịch màng phổi, di căn, hạch trung thất. Nội soi phế quản và sinh thiết u, rửa phế quản phế nang, làm giải phẫu bệnh cho chẩn đoán xác định bệnh.

- Đợt cấp suy tim sung huyết: tiền căn có bệnh tim mạch (THA, bệnh van tim, bệnh mạch vành, bệnh cơ tim,...), nghe phổi có ran ẩm, ran rít, ran ngáy. X-quang lồng ngực bóng tim lớn, tổn thương phổi kiểu phù mô kẽ hình cánh bướm, điện tâm đồ

có các dấu hiệu gợi ý, NT-Pro BNP tăng, siêu âm tim doppler cho chẩn đoán xác định.

**3. Chẩn đoán nguyên nhân:**

**a. Viêm phế quản cấp do virút:**

- Viêm phế quản do virút chiếm 50-90% các trường hợp viêm phế quản cấp.

- Các loại virút thương gặp bao gồm: Myxovirus (virút cúm và virút á cúm), Rhinovirus, Coronavirus, virút đại bào hô hấp (RSV - Respiratory Syncitial Virus), Adenovirus, Enterovirus (Coxsackie và Echovirus) và một số chủng Herpes virus (CMV -Cytomegalovirus, Varicella virus).

- Lâm sàng có các dấu hiệu nhiễm virút không đặc hiệu.

- Chẩn đoán xác định tác nhân virút dựa vào tìm thấy virút trong các bệnh phẩm đường hô hấp qua nuôi cấy tế bào, kỹ thuật miễn dịch huỳnh quang hoặc huyết thanh chẩn đoán nhưng trong thực hành lâm sàng không làm thương quy, trừ phi có các vụ dịch lớn.

**b. Viêm phế quản cấp do vi khuẩn:**

- Ít gặp hơn các trường hợp viêm phế quản cấp do virút.

- Các vi khuẩn thương gặp nhất là các vi khuẩn không điển hình như Mycoplasma pneumoniae và Chlamydia pneumoniae, các vi khuẩn sinh mủ như Streptococcus pneumoniae, Hemophilus influenzae thì hiếm gặp ở người lớn, đi kèm với sốt, các dấu hiệu ngoài hô hấp, xét nghiệm vi khuẩn trong đàm cũng không làm thương quy và thương âm tính.

**c. Viêm phế quản cấp do các nguyên nhân vật lý:**

- Bỏng,

- Chiếu xạ.

- Chấn thương lồng ngực.

**d. Viêm phế quản cấp do hít phải hơi khói độc hại:**

- Khí SO2, chlor, amoniac, acid, dung môi công nghiệp, hơi độc, khói cháy nhà, bụi khói rác thải,. cũng gây viêm phế quản cấp.

**III. ĐIỀU TRỊ**

- Viêm phế quản cấp đơn thuần ở người lớn có thể tự khỏi không cần điều trị..

**1. Điều trị triệu chứng:**

- Nghỉ ngơi tại giường, cai thuốc lá.

- Bảo đảm đủ dịch, điện giải, dinh dưỡng.

- Giảm đau, hạ sốt: Aspirin hoặc Paracetamol, một số trường hợp dùng NSAIDs (như Ibuprofen).

- Chống dị ứng: nếu bệnh nhân có viêm mũi dị ứng kèm theo, cho kháng Histamin không gây ngủ như: Fexofenadin 180 mg 1 viên/ngày, Loratadin 10 mg 1 viên/ngày hay Cetirizin 10 mg 1 viên/ngày.

- Thuốc giảm ho: thương không khuyến cáo, tuy nhiên nếu ho khan nhiều quá gây khó chịu, đau ngực, mất ngủ, nguy cơ xuất huyết não, thì có thể dùng Terpin Codein 3-6 viên/ngày chia 3 lần, Neo-codion 2-3 viên/ngày hoặc Dextromethorphan 15-30mg/ngày.

- Thuốc tan đàm: thương không khuyến cáo, tuy nhiên, nếu đàm nhiều, nhầy đặc khó khạc, ngoài khuyến khích uống nhiều nước, tập vật lý trị liệu, có thể cho N-Acetylcystein 200 mg 1 gói x 3 lần/ngày, Eprazinon 50 mg 3 viên/ngày.

- Kháng viêm: có thể dùng Prednison, Prednisolon, Methylprednisolon 0.5-1 mg/kg/ngày uống x 5-7 ngày, nên dùng 1 lần buổi sáng (nếu không có chống chỉ định).

- Thuốc giãn phế quản: nếu bệnh nhân co thắt phế quản nhiều, khò khè, nghe phổi có ran rít, ran ngáy có thể dùng Salbutamol 5 mg, Terbutalin 5 mg 1ống x 2-4 lần/ngày phun khí dung hoặc Salbutamol 100 mcg 2 nhát xịt hít khi mệt, hoặc thậm chí cho uống Salbutamol 2mg 1 viên x 3 lần/ngày, Bambuterol 10 mg 1 viên/ngày cũng được.

**2. Điều trị kháng sinh:**

- Không cần dùng kháng sinh cho viêm phế quản cấp đơn thuần người lớn.

- Tuy nhiên xem xét chỉ định dùng kháng sinh cho các trường hợp sau:

o Cải thiện lâm sàng chậm hoặc không cải thiện.

o Ho khạc đàm mủ, vàng hoặc xanh.

o Bệnh nhân có kèm bệnh tim, phổi, thận, gan, thần kinh cơ, suy giảm miễn dịch. o Bệnh nhân > 65 tuổi có ho cấp tính kèm theo > 2 dấu hiệu hoặc bệnh nhân > 80 tuổi kèm theo > 1 dấu hiệu sau đây:

❖ Nhập viện trong 1 năm trước.

❖ Có đái tháo đường týp 1 hoặc týp 2.

❖ Tiền sử suy tim sung huyết.

❖ Đang dùng Glucocorticoide uống.

- Các thuốc kháng sinh có thể chọn 1 trong các loại sau:

o Amoxicillin 3 gr/ngày, chia 3 lần/ngày uống x 5-7 ngày.

o Amoxicinin-Clavulanic acid 3 gr/ngày, chia 3 lần/uống x 5-7 ngày.

o Clarithromycin 500mg 1 viên x 2 lần/ngày x 5-7 ngày.

o Azithromycin 500 mg 1 viên/ngày x 3 ngày hoặc 1 viên ngày 1, 1/2 viên x 4 ngày kế tiếp.

o Cefaclor 250 mg 1 viên x 3 lần/ngày x 5-7 ngày.

o Cefuroxim 500 mg 1 viên x 2 lần/ngày x 5-7 ngày.

**3. Điều trị ổ nhiễm trùng nơi khác (nếu có):**

- Áp xe răng.

- Viêm xoang hàm.

- Viêm amidan mủ.

**IV. PHÒNG BỆNH**

- Loại bỏ yếu tố kích thích: không hút thuốc lá, tránh khói bụi trong, ngoài nhà, môi trường ô nhiễm, giữ ấm vào mùa lạnh.

- Tiêm vacxin phòng cúm, phế cầu, đặc biệt ở những trường hợp có bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, suy tim, cắt lách, tuổi trên 65.

- Điều trị các bệnh nhiễm trùng tai mũi họng, răng hàm mặt, suy giảm miễn dịch.

- Vệ sinh răng miệng.

## VIÊM PHỔI MẮC PHẢI CỘNG ĐỒNG (VPMPCĐ)

**Định Nghĩa:**

Viêm phổi mắc phải cộng đồng khi bệnh nhân có >=2 triệu chứng nhiễm trùng cấp tính, đi kèm với tổn thương thâm nhiễm cấp tính trên X-quang lồng ngực, hoặc thay đổi âm phế bào và/hoặc ran khu trú, không nhập viện hoặc không sống trong bệnh viện >=14 ngày trước khi có triệu chứng [1].

**Hệ Thống Tính Điểm CURB-65:**

- Lú lẫn mới xuất hiện (chỉ số test ngắn gọn về tâm trí <=8 hoặc mất định hướng về bản thân, không gian, thời gian).

- Urea/ máu >7 mmol/l.

- Nhịp thở >=30 lần/ phút.

- Huyết áp thấp: HATT <90 mmHg hay HATTr <=60 mmHg.

- >=65 tuổi [2], [ 3].



Điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm

|  |  |
| --- | --- |
| Viêm phổi không nặng điều trị tại nhà hay bệnh viện (được nhập viện vì lý do không liên quan lâm sàng hay không được điều trị trước trong cộng đồng). | Kháng sinh dùng đường uống: Amoxicillin 500-1000 mg X 3 lần/ ngày hay Erythromycin 500 mg X 4 lần/ ngày hay Clarithromycin 500 mg X 2 lần/ ngày. |

# III TIẾT NIỆU

## VIÊM THẬN BỂ THẬN CẤP (VTBT)

**I. ĐAI CƯƠNG**

**1. Định Nghĩa**: VTBT cấp là tình trạng nhiễm khuẩn cấp tính các đài thận, bể thận, niệu quản và nhu mô thận hay còn gọi nhiễm khuẩn đường tiết niệu trên.

Nhiễm khuẩn cấp theo đường ngược dòng từ bàng quang lên hoặc từ đường máu đưa đến khi có nhiễm khuẩn huyết. Vi khuẩn gây bệnh thương là Gram (-).

**2. Nguyên Nhân Gây Bệnh**

- Nhiễm khuẩn đường tiết niệu ngược dòng trong trào ngược bàng quang -niệu quản, sau khi soi bàng quang -niệu quản, chụp thận ngược dòng

- Sau phẫu thuật hệ tiết niệu

- Tắc nghẽn đường tiết niệu do sỏi, u, hội chứng chổ nối, hẹp bể thận -niệu quản và có thai

- Có ổ viêm khu trú: viêm bàng quang, viêm tuyến tiền liệt, viêm trực tràng, viêm phần phụ

- Do vi khuẩn:

Gram (-) chiếm hơn 90%, thương gặp là E.coli (60-70%), Klebsiella (20%);

Gram (+) dưới 10% như enterococcus (2%), Staphylococcus (1%).

**II. ĐÁNH GIÁ BẺNH NHÂN:**

**1 Triệu Chứng Lâm Sàng**

**1.1 Toàn Thân.**

- Biểu hiện rầm rộ, suy sụp nhanh.

- Sốt cao, rét run, môi khô, lưỡi bẩn, có thể có dấu hiệu mất nước do sốt.

- Trường hợp nặng, có bệnh cảnh của nhiễm trùng huyết: sốt cao liên tục, rét run, có gan lách to, ổ di bệnh nơi khác...

**1.2 Đau Hông Lưng:**

- Đau vùng hố sườn lưng, 1 bên hoặc 2 bên.

- Có khi đau dữ dội, thương là đau tức âm ỉ.

- Đau lan xuống dưới (bộ phận sinh dục ngoài)

- Vỗ hông lưng (+) là 1 triệu chứng rất có giá trị, nhất là khi chỉ đau 1 bên.

- Nhiều trường hợp có cơn đau quặn thận do sỏi.

- Khám có thể thấy thận to, chạm thận, bập bềnh thận (+).

**1.3 Hội Chứng Bàng Quang:**

- Đái buốt, đái dắt, đái máu, đái mủ cuối bãi.

- Không phải trường hợp nào cũng có.

- Hội chứng bàng quang có thể xuất hiện trước, khi có triệu chứng VTBT cấp thì triệu chứng viêm bàng quang đã đỡ làm bỏ qua chẩn đoán.

**2. Triệu Chứng Cận Lâm Sàng.**

**2.1 Xét Nghiệm Nước Tiểu:**

- Đục, có thể có mủ đại thể rõ.

- Đái máu đại thể hoặc vi thể.

- Bạch cầu niệu nhiều.

- Protein niệu thuờng dưới 1g/24h hoặc dương tính +, ++.

- Vi khuẩn niệu ≥ 100.000 vk/ml nước tiểu. Thành phần VK như trên.

**2.2 Xét Nghiệm Máu:**

- Bạch cầu tăng, đa nhân trung tính tăng.

- Ure, creatinin máu tăng cao là có suy thận cấp hoặc đợt cấp của suy thận mạn.

- Cấy máu khi sốt > 38o5 có thể thấy (+).

**2.3. Siêu Âm Thận:**

- Đài bể thận giãn ít hoặc nhiều, đôi khi thấy ổ viêm trong nhu mô thận, hoặc thấy nguyên nhân thuận lợi như sỏi, dị dạng đường tiểu...

**2.4. X-Quang:**

- Chụp bụng không chuẩn bị nếu nghi ngờ có sỏi .

- UIV chỉ chụp trong giai đoạn cấp khi nghi ngờ có tắc nghẽn niệu quản.

**III CHẨN ĐOÁN:**

**1. Chẩn Đoán Xác Định:**

chủ yếu là sốt cao, rét run, đái buốt, đái dắt, tức hố lưng, có nhiều bạch cầu niệu, có vi khuẩn niệu và protein niệu.

**2. Chẩn Đoán Phân Biệt:**

đợt cấp của viêm thận bể thận mạn

- Tiền sử nhiễm khuẩn đường tiết niệu tái phát nhiều lần

- Có nguyên nhân thuận lợi như sỏi tiết niệu.

- Có những biểu hiện của viêm thận bể thận mạn như giảm khả năng cô đặc nước tiểu, suy chức năng lọc mạn tính, tăng huyết áp.

- Chụp phim UIV đài thận tù vẹt, bể thận giãn.

**3.Biến Chứng:**hoại tử núm thận gây suy thận cấp, nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn.

**IV. ĐIỀU TRỊ**

**1. Điều Trị Nguyên Nhân: Dùng Kháng Sinh**

1.1 Nguyên tắc dùng kháng sinh

- Liều cao, ít nhất là 1 KS đường TM phối hợp với 1 KS uống trong giai đoạn có sốt

- Cần cho KS ngay. Cấy VK trước khi dùng KS. Sau vài ngày điều trị, triệu chứng không bớt, chỉnh KS theo kết quả cấy và KS đồ.

- Thời gian dùng KS ít nhất là 2 tuần. Trường hợp VK đặc biệt như trực khuẩn mủ xanh hoặc tụ cầu vàng, hoặc ổ viêm khởi đầu ở tuyến tiền liệt, KS có thể kéo dài 1 tháng hoặc hơn.

- Thương phối hợp nhóm b-lactamin và Aminoglycosid hoặc Fluoroquinolone (điều chỉnh tùy theo chức năng thận).

1.2 Các kháng sinh thương dùng

Bảng 1: hướng dẫn tóm lược KS khuyến cáo sử dụng:

|  |
| --- |
| **I. Liệu Pháp KS Đường Uống Trong Trường Hợp Nhẹ Và Vừa** |
| **Kháng Sinh** | **Liều Dùng** | **Số Ngày Dùng** |
| CiproAoxacin1 | 500-750mgx 2 lần/ ngày | 7 - 10 ngày |
| LevoAoxacin1 | 250 - 500 mg / ngày | 7 - 10 ngày |
| Levofloxacin | 750 mg / ngày | 5 ngày |
| **Kháng Sinh Thay Thế** |
| Cefpodoxime proxetil | 200 mg x 2 lần / ngày | 10 ngày |
| Ceftibuten | 400 mg / ngày | 10 ngày |
| **Chỉ Sử Dụng Khi Vi Khuẩn Được Biết Là Có Nhạy Cảm (Không Sử Dụng Theo Kinh Nghiệm)** |
| TMP-SMX | 160/800mg x 2 lần /ngày | 14 ngày |
| Co-amoxiclav2,3 | 0.5/0.125g x 3 lần /ngày | 14 ngày |

**2. Điều Trị Các Thể Lâm Sàng**

VTBT cấp không biến chứng ở phụ nữ trước mãn kinh và không mang thai.

Mức độ nhẹ và trung bình.

- KS đường uống 10 -14 ngày.

- Fluoroquinolone 7- 10 ngày nếu tỷ lệ kháng của E.coli < 10% .

- Cephalosporin thế hệ 3 đường uống, như cefpodoxime proxetil hoặc ceftibuten.

- Do kháng E.coli > 10%, TMP-SMX nếu nhạy cảm.

- Co-amoxiclav trong trường hợp gram dương.

- Nếu E.coli đề kháng cao với íluoroquinolone và h-lactam (> 10%), lựa chọn đầu tiên là aminoglycoside hoặc carbapenem cho đến khi có KS đồ và thuốc uống có thể được sử dụng.

**Phụ Nữ Sau Mãn Kinh**

- Điều trị tương tự như với phụ nữ trước mãn kinh

- Cần điều trị tắc nghẽn đường tiểu và bàng quang thần kinh, KS dự phòng như với phụ nữ trước mãn kinh.

**3. Dinh Dưỡng:**

- Ăn nhẹ, uống nhiều nước (nước lọc, nước quả) trong những ngày đầu để tăng tốc độ đào thải VK qua nước tiểu. Nếu có vô niệu thì kiêng rau quả và hạn chế nước.

- Bù nước, điện giải bằng đường TM nếu mất nước nhiều.

- Nếu có suy thận thì phải cho chế độ ăn giảm đạm.

Lưu đồ xử trí lâm sàng viêm thận bể thận cấp



BLI = ß-lactamase inhibitor; TMP = trimethoprim; SMX = sulphamethoxazole

**V. THEO DÕI**

**1. Theo Dõi Điều Trị**

- Nếu không cải thiện trong 3 ngày hoặc triệu chứng hết nhưng tái phát trong 2 tuần sau, cấy lại nước tiểu KS đồ, siêu âm thận, CT Scanne hoặc scintigraphy thận

- Ở BN không có bất thương về niệu học, không đáp ứng KS đã dùng, cần thay KS, dựa vào kết quả nuôi cấy nước tiểu.

- Đối với tái phát cùng một loại vi khuẩn, cần phải xem xét lại chẩn đoán VTBT không biến chứng, thực hiện các bước chẩn đoán thích hợp khác.

**2. Phòng Bệnh:** giữ vệ sinh cá nhân thật tốt, tránh dùng thủ thuật soi bàng quang, thông tiểu khi không cần thiết.

**. Tiến Triển.**

- Tiến triển tốt nếu điều trị kháng sinh đúng và đủ liều.

- Nước tiểu trở lại bình thương sau 1 đến 2 tuần.

- Nếu điều trị không đúng, nhất là không đủ liều thì biến chứng lâu dài có thể là:

+ Tái phát nhiều lần.

+ Chuyển thành mạn tính, tăng huyết áp, suy thận.

Quan trọng là phải loại bỏ được các yếu tố thuận lợi gây bệnh như sỏi, u tiền liệt tuyến... bệnh có thể khỏi hoàn toàn. Nếu không bệnh có thể nặng gây biến chứng hoại tử núm thận gây suy thận cấp, hoặc nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn.

## CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH THẬN MẠN

“BỆNH THẬN MẠN” theo KDOQI & KDIGO

Chẩn đoán dựa vào những bất thương về cấu trúc và chức năng thận

xảy ra trong ít nhất 3 tháng, biểu hiện bằng

**1- Tổn Thương Thận Kèm Hoặc Không Kèm Giảm Độ Lọc Cầu Thận (ĐLCT):**

- Bất thương bệnh học mô thận (sinh thiết thận)

- Dấu chứng tổn thương thận

♦ bất thương nước tiểu (tiểu đạm)

♦ bất thương sinh hóa máu ( HC ống thận)

♦ bất thương về hình ảnh học

- bệnh nhân ghép thận

**2- Giảm ĐLCT < 60ml/Ph/1,73 M2 Da Kéo Dài Trên 3 Tháng**

♦ kèm hoặc không kèm tổn thương thận

*K-DOQI2002, Kidney Disease Outcomes Quality Initiative KDIGO 2003 :Kidney Disease Improving Global Outcome*

**Định Nghĩa Bệnh Thận Mạn (Chronic Kidney Disease: CKD)**

*KDIGO: Kidney Disease Improving Global Outcome 2012*

Bệnh thận mạn là những bất thương về cấu trúc và chức năng thận kéo dài trên 3 tháng, ảnh hưởng lên sức khỏe của bệnh nhân Bệnh thận mạn được phân loại theo CGA Nguyên nhân (Cause)

Độ lọc cầu thận (GFR)

Albumine niệu (Albuminuria)

**XÉT NGHIỆM TẦM SOÁT BỆNH THẬN MẠN**

1. Créatinine HT (ước đoán ĐLCT hoặc độ thanh lọc créatinine)

2. Tìm albumine niệu (mẫu nước tiểu bất kỳ) => Tỷ lệ albumine niệu /créatinine niệu

3. Cặn lắng nước tiểu hoặc XN giấy nhúng : Hồng cầu, bạch cầu

4. Siêu âm khảo sát : Thận và hệ niệu

**ĐỘ THANH LỌC CREATININE ƯỚC ĐOÁN**



Phân loại giai đoạn bệnh thận mạn

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| GĐ | Độ lọc cầu thận Ước đóan | Biểu hiện LS và CLS |
| 1 | >90 | Chức năng thận bình thương |
| 2 | 60-89 | Giảm GFR nhẹ |
| 3a | 45-59 | Giảm GFR nhẹ- trung bình |
| 3b | 30-44 | Gỉảm GFR trung bình-nặng |
| 4 | 15-29 | Giảm GFR nặng |
| 5 | <15 | Suy thận mạn |
| KDIGO: Kidney Disease Improving Global Outcome 2012 |

Phân biệt suy thận cấp và suy thận mạn

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | SUY THẬN MẠN | SUY THẬN CẤP |
| TC bệnh thận, THA, ĐTĐ, viêm cầu thận... | Có | Không |
| Kích thước 2 thận nhỏ | Có | Không |
| Trụ rộng/nước tiểu | Có | Không |
| Hồi phục chức năng thận về bình thương | Không | Có |
| Tăng kali máu, toan chuyển hoá, thiếu máuTăng phosphate máu HC uré máu cao | Có | Có |

Yếu tố ảnh hưởng tốc độ tiến triển suy thận KDOQI

|  |
| --- |
| 1. Bệnh căn nguyên• ĐTĐ, Bệnh cầu thận, thận đa nang, ghép thận > Tăng HA, bệnh ống thận mô kẽ |
| 2. Yếu tố có thể thay đổi được | 3. Yếu tố không thay đổi được |
| • Tiểu đạm• Tăng huyết áp• Tăng đường huyết• Giảm albumine máu• Hút thuốc lá | • Nam• Ngừơi da đen• Lớn tuổi• ĐLCT cơ bản thấp |
| 4. Kiểm sóat tốc độ tiển triển suy thận Điều trị bệnh căn nguyênĐiều trị các yếu tố thúc đẩy suy thận |

**Chiến Lược Toàn Cầu**

• Chẩn đóan sớm bệnh thận mạn trên đối tượng nguy cơ cao

• Tích cực điều trị bệnh thận mạn (BTM)

• Ngăn chặn bệnh diễn tiến đến STM giai đọan cuối, hoặc ngăn bn phải điều trị thay thế thận

• Một khi bệnh nhân vào suy thận mạn (STM) giai đọan cuối, chuẩn bị điều trị thay thế thận và điều trị các biến chứng, bảo vệ tính mạng cho bệnh nhân

Chiến lược điều trị theo giai đọan của BTM

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| GĐ | GFR ml/ph/1.73 | Biểu hiện LS | Thái độ xử trí |
| 1 | > 90 | Tổn thương thận, HCTH, Viêm cầu thận, HC ÔT, Rối lọan đi tiểu,Bất thương XN hình ảnh | Chẩn đóan, đìều trị bệnh Điều trị bệnh đi kèm, Làm chậm tiến triển, Giảm nguy cơ tim mạch |
| 2 | 60 - 89 | Biến chứng nhẹ | + Ước đóan tốc độ tiến triển |
| 3 | 30 - 59 | Biến chứng trung bình | + Đánh giá và điều trị biến chứng |
| 4 | 15 - 29 | Biến chứng nặng | + Chuẩn bị đìều trị thay thế thận |
| 5 | < 15 | Hội chứng uré máu cao Bệnh tim mạch | + Điều trị thay thế thận (nếu có hc urê máu cao) |
| Giai đoạn sau tiếp tục làm việc của giai đọan trước |

**Mục Tiêu Điều Trị Bệnh Thận Mạn**

1. Điều trị bệnh căn nguyên (giảm đạm niệu)

2. Điều trị bảo tồn chức năng thận

3. Nếu BN suy thận - Làm chậm tiến triển của BTM đến STM giai đọan cuối

- Điều trị các biến chứng của suy thận mạn

4. Điều trị biến chứng tim mạch

5. Chuẩn bị điều trị thay thế thận

**Biện Pháp Kiểm Soát Tốc Độ Tiến Triển CKD - KDIGO 2012**

1. Kiểm soát huyết áp sao cho đạt hiệu quả tối ưu

• HA mục tiêu thay đổi tùy theo tuổi, bệnh tim mạch, bệnh đi kèm

• Tránh hạ huyết áp tư thế

• Nếu ACR< 30mg/g, HA mục tiêu ≤ 140/90 (1B)

• Nếu ACR ≥ 30mg/g, HA mục tiêu ≤ 130/80 (1B)

2. Dùng ACEI hoặc ARB

• BN ĐTĐ, nếu ACR 30 - 300mg/g: ACEI or ARB (2B)

• BN ĐTĐ or không ĐTĐ, nếu ACR ≥ 300mg/g: ACEI or ARB (2D)

3. Kiểm sóat đường huyết : HbA 1C mục tiêu 7 % (1A)

4. Tiết chế protein: GFR < 30m/ph/1,73: protein nhập 0,8g/Kg/ngày (2B)

Nếu bn có nguy cơ bệnh thận tiến triển: Protein nhập < 1,3g/Kg/ngày (2C)

5. Tiết chế muối : Na < 2g/ngày tương ứng với NaCL < 5g/ngày (1C)

6. Thay đổi lối sống (1D) : Tùy theo tình trạng tim mạch và khả năng dung nạp

• Vận động thể lực ít nhất 30 ph/lần x 5 lần/tuần

• BMI đạt lý tưởng theo vùng (20 - 25 Kg/m2 )

• Bỏ hút thuốc lá

7. Chuyên gia dinh dưỡng tư vấn và điều chỉnh lượng muối Na, K, Phosphor,

và lượng protein nhập (1B)

KDIGO: Kidney Disease Improving Global Outcome 2012

**1. Điều Trị Bệnh Căn Nguyên**

• Bệnh đái tháo đường : ổn định đường huyết, HbA 1C < 7%

• Bệnh tăng huyết áp : Huyết áp 130/80mmHg

• Bệnh cầu thận : Giảm đạm niệu < 0,5g/24h

Tiểu đạm và tốc độ giảm GFR trên bệnh thận không do ĐTĐ

Tiểu đạm càng nhiều, tốc độ giảm GFR càng nhanh

Tiểu đạm càng nhiều, tỷ lệ suy thận càng nhiều

Tác dụng ngọai ý của ACEI và ARB

|  |  |
| --- | --- |
| Tác dụng ngọai ý | Lưu ý |
| Do ức chế ACE hoặc AT1R |
| Hạ huyết áp | Thương gặp khi bắt đầu điều trị, hoặc tăng liều |
| Giảm GFR hoặc Suy thận cấp | Nguy cơ cao trên bn có bất thương tưới máu thận |
| Tăng kali máu | Thương gặp trên BN ĐTĐ, dùng đồng thời NSAID, lợi tiểu giữ Kali, ACEI nhiều hơn ARB |
| Do ức chế men không phải ACE hoặc receptor khác |
| Ho | 10 - 20% với ACEI, hiếm với ARB |
| Angioneurotic edema | < 1% (Da đen nhiều hơn da trắng) |

**Thay Đổi Lối Sống**

1. Áp dụng cho mọi BN tăng huyết áp có BTM

2. Mục tiêu : Giảm huyết áp, giảm nguy cơ tim mạch

3. Nội dung :

• Tiết chế: chế độ ăn DASH, giảm mỡ bão hòa, và cholesterol,

chế độ ăn giảm carbohydrate trên bn ĐTĐ, giảm đạm trên bn BTM gd 4-5, giảm Kali trên bn BTM gđ 4-5.

• Giảm cân về cân nặng lý tưởng

• Họat động thể lực (20phút/ngày)

• Bỏ hút thuốc lá

• Giảm uống rượu

**Chê Độ Ăn Giảm Muối Và Các Biện Pháp Điều Trị Khác**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Giảm tử vong do mọi NN | Giảm bệnh mạch vành | GiảmNMCT | GiảmTBMMN |
| Ngưng hút thuốc lá | 4,3% | 3,7% | 11,9% | 4,4% |
| Giảm 3g muối/ngày (1200mg Na/ngày) | 2,6-4,1% | 5,9-9,6% | 7,6-12,0% | 5,0-7.8% |
| Giảm cân | 2% | 5,3% | 8% | 0,7% |
| Dùng statin phòng ngừa tiên phát | 0,3% | 5,3% | 2,9% | 0,9% |
| Điều trị hạ HA bằng thuốc | 4,1% | 9,3% | 13,1% | 9,3% |
| *Bibbin Domingo K et al, NEngl. JMed (2010),362, 590-9* |

**Nguyên Nhân Gây Suy Dinh Dưỡng Ở Bệnh Nhân CKD**

1. Chán ăn và giảm nhập chất dinh dưỡng

2. Bệnh lý cấp tính hoặc mạn tính làm tăng dị hóa protein

3. Albumine huyết thanh không chỉ giảm trong SDD, còn trong viêm, thoái biến cytokine

4. Các biện pháp RRT làm mất protein qua màng lọc(với HD : mất mỗi lần lọc HD 6-12g aa, 2-3g peptide. 15-25g glucose, nếu reuse màng lọc >24 lần làm tăng mất 1,1-25,6g albumin, với PD : mỗi lần lọc mất 8,8g protein, 5,7g albuminm viêm PM nhẹ tăng mất 15g protein/ngày), mất Vitamin tan trong nước ngọai trừ Vitamin B12

5. Mất máu do XHTH, lấy máu XN, mất qua màng lọc, dây lọc

6. Rối lọan chuyển hóa nội tiết tố gây PEM, đề kháng insulin, insulin like growth

Tăng glucagon và PTH làm tăng dị hóa aminoacid và gluconeogenesis, thiếu Vitamin D gây teo cơ

7. Tích tụ > 120 độc chất ở bệnh nhân STM, toan chuyển hóa làm tăng decarboxylation của aa phân nhánh làm phân hủy protein, ức chế tổng hợp protein, tăng thóai giáng protein

8. Suy thận làm mất quá trình tổng hợp và thoái giáng 1 số protein tại thận

9. Tích tụ ngọai độc tố trong suy thận ( aluminium)

Cải thiện dinh dưỡng và tử vong

• Cải thiện dinh dưỡng không làm giảm tử vong

• Các yếu tố khác ảnh hưởng lên tử vong: Tình trạng viêm, nhiễm trùng

Chán ăn

Nguyên nhân gây Protein energy

malnutrition

Trầm cảm

• Tiết chế protein 0,6-0,8g/Kg/ngày, trong đó 2/3 là protein có giá trị sinh học cao

• Năng lượng cung cấp 30-35Kcal/Kg/ngày

***Các chỉ số dinh dưỡng liên quan đến tăng tử vong ở bn CKD Kopple JD, J. Nutr. 129: 247S-251S, 1999.***

|  |  |
| --- | --- |
| Chỉ số dinh dưỡng | Ý nghĩa |
| Giảm albumin huyết thanh | Giảm nồng độ protein nội tạng(visceral protein concentration) |
| Creatinine huyết thanh thấp | Giảm khối lượng cơ |
| Uré thấp | Giảm nhập chất dinh dưỡng |
| Giảm Potasium, phosphor, cholesterol | Giảm các chất khác |

CHỂ ĐỘ ĂN DASH Dietary Approaches to Stop Hypertension Diet

1. Giảm muối NaCl < 6g/ngày

2. Tăng muối Kali > 4g/ngày

3. Tăng phosphate 1,7g/ngày

4. Nhiều rau, củ, trái cây, tăng chất xơ

5. Giảm Calci

6. Giảm thịt đỏ, tăng cá, tăng protein thực vật

7. Giảm béo, không transfat

KHÔNG DÙNG cho CKD 4-5 ( GFR < 30ml/ph/1,73)

Sack FM et al, N Engl. JMed, 2001, 344 (1),3-10 Hút thuốc lá gây tổn thương thận Bệnh thận mạn và bệnh lý tim mạch

BỆNH THẬN MẠN=> Mất dần không hồi phục CHỨC NĂNG THẬN=> Tử vong

=> Xuất hiện bệnh lý TIM MẠCH => Tử vong

Đa số bệnh nhân bệnh thận mạn tử vong trước khi vào STM giai đoạn cuối Kiểm soát RLLipid máu ở bn BTM

Điều chỉnh liều nhóm statin trên bn suy thận Brenner BM, The kidney 2008 &

KDOQI2007

|  |  |
| --- | --- |
| Thuốc | Liều thương dùng/ngày |
| Atorvastatin | 10 - 80mg |
| Fluvastatin | 20 - 80mg |
| Lovastatin | 10 - 80mg |
| Pravastatin | 10 - 40mg |
| Rosuvastatin | 5 - 40mg |
| Simvastatin | 5 - 80mg |

Liều thuốc giảm lipid máu khác trên bn suy thận

Brenner BM, The kidney 2008 and KDOQI2007

|  |  |
| --- | --- |
| Thuốc | Liều thương dùng/ngày |
| Bezafibrate | 200mg tid |
| Clofibrate | 1000mg bid |
| Fenofibrate | 54-160mg qd |
| Gemfibrozil | 600mg bid |
| Nicotinic acid | 0,5g-2g qd |
| Colestipol | 5-30g qd |

**Thiếu Máu Trong Bệnh Thận Mạn**

1. Định nghĩa: Thiếu máu là tình trạng thiếu khối lượng hồng cầu và Hb,

dẫn đến giảm phân phối Oxygen cho mô và cơ quan

2. Hb, Hct thay đổi tùy giới, chủng tộc

3. Thiếu máu khi : Hb < 13,5 g/dL ở nam, < 12 g/dL ở nữ

4. Tỷ lệ thiếu máu gia tăng khi GFR càng giảm,

5. Tỷ lệ thiếu máu ở bệnh nhân ĐTĐ cao hơn không ĐTĐ

Thiếu máu hồng cầu đẳng sắc đẳng bào

**Điều Trị Thiếu Máu Bằng Erythropoietin Trên Bn STM**

1. Liều khởi đầu tiêm dưới da: 80-120u/Kg/tuần (điển hình 6000 ui/tuần chia làm 2-3 liều (Evidence)

2. Liều khởi đầu tiêm mạch : 120-180u/Kg/tuần (điền hình 9000 ui/tuần chia làm 3 liều (Evidence)

3. Hb mục tiêu 11-12g/dl, không quá 13g/dl ( TE và NL)

4. Nếu Hct tăng < 2% trong 2-4 tuần, tăng liều EPO 50% (Opinion)

5. Nếu Hct tăng < 9% trong 4 tuần, hoặc đạt Hb mục tiêu, giảm EPO 25% (Opinion)

6. Theo dõi Hct/Hb mỗi 1-2 tuần trong quá trình chỉnh liều mỗi 2-4 tuần khi ổn định hoặc gần đạt Hb mục tiêu (opinion)

Không đáp ứng với điều trị erythropoietin sau 6 tháng

**Các Yếu Tố Ảnh Hưởng Lên Ảnh Hưởng Của EPO Trên Bn BTM**

1. Thiếu sắt kéo dài

2. Nằm viện thương xuyên

3. Nhiễm trùng tái phát

4. Dùng catheter tạm thời trong TNT

5. Giảm albumin máu

6. Viêm mạn, tăng CRP kéo dài

7. Thiếu máu do nguyên nhân khác đi kèm: mất máu mạn, suy tủy, tán huyết, bệnh lý ác tính, viêm mạn, bệnh tự miễn

Chẩn đóan PRCA: sau dùng EPO trên 4 tuần thì xuất hiện

1. Thiếu máu tiến triển nhanh

\* Giảm Hb từ 0,5- 1g/dL/ tuần hoặc

\* Cần truyền máu 1-2 lần mỗi tuần

2. HC lưới <10.000/uL, Bạch cầu và tiểu cầu bình thương

PRCA xuất hiện khi albumin được thay bằng polysorbate 80 và việc dùng EPO bằng đường tiêm dưới da gđ truớc TNT Điều trị: ngưng EPO, truyền máu, dùng thuốc ức chế miễn dịch, ghép thận

Điều trị hội chứng uré máu cao

1. Tiết chế nước nhập= nước xuất +500ml

2. Tiết chế NaCl 6g/ngày, Sodium 2,4g/24h

3. Điều trị phù : Lợi tiểu furosemide 40-80 mg/ngày nếu GFR <25ml/ph

4. Điều trị tăng kali máu: tiết chế thực phẩm nhiều kali, bicarbonate, lợi tiểu, kayexalate sodium...

5. Chẩn đoán và điều trị hạ Calci máu, tăng phosphor máu:

phosphor nhập < 1g/ngày ( trứng, sữa và chế phẩm từ sữa), calcium carbonate, calcium citrate, sevelamer

6. Chẩn đóan và điều trị toan chuyển hóa: bù bicarbonate khi HCO3 <22mEq/L

Chuẩn bị bn điều trị thay thế thận

1. Trình bày, giáo dục, hướng dẫn bn chọn lựa biện pháp điều trị thay thế thận thích hợp

2. Thận nhân tạo: chuẩn bị đường lấy máu vĩnh viễn: Dò động tĩnh mạch, mảnh ghép động tĩnh mạch

3. Thẩm phân phúc mạc: đặt catheter Tenckhoff vào phúc mạc, huấn luyện bn cách thay dịch thẩm phân

4. Ghép thận: chuẩn bị người cho thận, người nhận thận, thuốc ức chế miễn dịch

Thời điểm điều trị thay thế thận

Thời điểm điều trị thay thế thận Sớm: GFR 10-14ml/ph/1,73

Muộn: GFR 5-7 ml/ph/1,73

1. Không khác biệt về tử vong giữa 2 nhóm điều trị TNT sớm và muộn

2. Thời điểm bắt đầu điều trị thay thế thận được chọn lựa nhằm tối ưu hóa chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, trên cơ sở cân nhắc giữa việc kéo dài thời gian bn chưa phải lọc máu và tránh các biến chứng của hội chứng uré máu cao (làm giảm thời gian sống và chất lượng sống của bệnh nhân)

3. XN: Créatinine HT > 10mg%, BUN > 100mg%

## ****PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG****

### 1. ĐỊNH NGHĨA BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG:

- Bệnh đái tháo đường được định nghĩa là một rối loạn chuyển hóa glucid, protid và lipid đặc trưng bởi một tình trạng tăng đường huyết mạn tính. Bệnh có cơ chế bệnh sinh phức tạp và có nguy cơ cao biến chứng thận, mắt, thần kinh.

### 2. TIÊU CHÍ CHẨN ĐOÁN BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG:

- Áp dụng tiêu chí chẩn đoán của Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ 2009 và được Tổ chức sức khỏe Thế giới đồng thuận năm 2011:

Bệnh nhân có triệu chứng của tình trạng tăng đường huyết kèm theo:

\* Đường huyết nhịn đói qua đêm ít nhất 8 giờ > 126 mg% hay

\* Đường huyết bất kỳ > 200 mg% hay

\* Đường huyết 2 giờ sau nghiệm pháp dung nạp glucose > 200 mg%

Riêng tiêu chí dựa trên HbAlc chưa được áp dụng do xét nghiệm này chưa được chuẩn hóa Nếu bệnh nhân không có triệu chứng tăng đường huyết cần làm lại xét nghiệm lần thứ nhì để xác định chẩn đoán

3. ĐIỀU TRỊ BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG CHƯA BIẾN CHỨNG:

**BIẾN CHỨNG MẠCH MÁU LỚN DO ĐÁI THÁO ĐƯỜNG**

**1. ĐẠI CƯƠNG**

Biến chứng mạch máu lớn, hậu quả của quá trình xơ vũa các mạch máu lớn lớn và vừa, chiếm tới 80 % các nguyên nhân gây tử vong ở bệnh nhân (BN) đái tháo đường (ĐTĐ).

Biến chứng mạch máu lớn bao gồm: bệnh mạch vành, đột quỵ và bệnh động mạch ngoại vi. Điều trị các biến chứng tim mạch nói chung và mạch máu lớn tuỳ vào vị trí tổn thương. Tuy nhiên, các biến chứng mạch máu lớn cần có nguyên tắc điều trị chung như điều trị biến chứng tim mạch là điều trị các yếu tố nguy cơ bao gồm: tăng đường huyết (ĐH), tăng huyết ap, rối loạn lipid máu, hút thuốc lá, béo phì.

**2. BỆNH MẠCH MÁU LỚN**

**2.1. Bệnh Mạch Vành:**

**2.1.1. Đại Cương:**

Tổn thương ĐM vành ở bệnh nhân ĐTĐ có thể gặp ở tuổi trẻ hơn, nặng hơn và có những biểu hiện lâm sàng không điển hình. Nhồi máu cơ tim thương có tiên lượng xấu, tỷ lệ tử vong cao hơn so với người không bị ĐTĐ.

**2.1.2. Đặc Điểm:**

- Bệnh mạch vành ở BN ĐTĐ thương không rầm rộ, biểu hiện lâm sàng nghèo nàn. Do biến chứng thần kinh tự động nên phần lớn BN không có cơn đau thắt ngực, ngay cả khi nhồi máu cơ tim cấp (nhồi máu cơ tim yên lặng).

- Tổn thương mạch vành thương ảnh hưởng đến nhiều nhánh và hay gặp ở các nhánh có kích thước trung bình.

**2.1.3. Chẩn Đoán:**

Xem thêm bài Thiếu máu cơ tim

**2.1.4. Nguyên Tắc Điều Trị:**

- Kiểm soát các yếu tố nguy cơ tim mạch.

- Những BN đã có bệnh tim mạch, nên xem xét chỉ định thuốc ức chế men chuyển, aspirin và statin (nếu không có chống chỉ định) để giảm nguy cơ bị các biến cố tim mạch.

- Nếu BN có nhồi máu cơ tim trước đó, nên duy trì thuốc chẹn p ít nhất 2 năm sau biến cố.

- Tránh dùng thiazolidinedione khi bệnh nhân bị suy tim có triệu chứng.

- Có thể sử dụng metformin ở những BN suy tim ổn định nếu chức năng thận bình thương nhưng tránh dùng khi bệnh không ổn định hoặc khi BN phải nhập viện.

- Xem thêm bài “ Thiếu máu cơ tim”

**2.1.5. Tầm Soát:**

- Do bệnh cảnh ít rầm rộ nên cần tầm soát bệnh hàng năm bằng ECG 12 chuyển đạo.

- Nếu ECG bất thương, nghi ngờ có thiếu máu cơ tim → làm ECG gắng sức hoặc siêu âm tim gắng sức bằng thuốc hoặc đạp xe. Nếu ECG bình thương, kiểm tra định kỳ mỗi năm.

- Các xét nghiệm xâm lấn như chụp mạch máu xoá nền hoặc CT scan 64 lát chỉ được chỉ định ở những bệnh nhân có triệu chứng tim đặc hiệu hay không đặc hiệu hoặc bệnh nhân có ECG khi nghỉ bất thương.

- Không khuyến cáo tầm soát bệnh tim mạch thương quy ở những bệnh nhân không có triệu chứng vì không cải thiện được kết cục một khi đã điều trị các yếu tố nguy cơ của bệnh tim mạch.

**2.2. Bệnh Mạch Máu Não2.2.1. Đại Cương:**

Bệnh ĐTĐ làm tăng tỷ lệ mắc, tỷ lệ tử vong, và thương có di chứng nặng nề khi bị đột quỵ

**2.2.2. Các Đặc Điểm Đặc Biệt:**

- Do tổn thương các mạch máu kích thước nhỏ nên BN ĐTĐ thương bị dạng nhồi máu não lỗ khuyết nhiều hơn so với BN không ĐTĐ.

- Bệnh cảnh khá thay đổi từ lơ mơ, chậm tiếp xúc đến hôn mê, co giật, yếu nhẹ hoặc liệt → người, Babinski (±), liệt các dây sọ...

**2.2.3. Chẩn Đoán Và Điều Trị:**

- Xem thêm bài “ Đột quỵ”

**2.3. Bệnh Động Mạch Ngoại Biên:2.3.1. Đại Cương:**

- ĐTĐ và hút thuốc lá là hai nguyên nhân chính của bệnh động mạch ngoại biên (BĐMNB). Ở BN ĐTĐ tỷ lệ bệnh gia tăng theo tuổi, thời gian bị ĐTĐ và sự xuất hiện của bệnh thần kinh ngoại vi.

**2.3.2. Triệu Chứng:**

**2.3.2.1. Triệu Chứng Lâm Sàng:**

- Đau cách hồi: cảm giác đau vùng bắp chân khi đi lại, giảm khi ngừng đi mà không cần phải ngồi nghỉ. Tình trạng đau cách hồi tuỳ vào sự thiếu máu của khối cơ. Nều tắc mạch cao (ví dụ như động mạch chậu) BN sẽ than đau cách hồi vùng mông và đùi trên, đôi khi kèm bất lực. Khối cơ bàn chân nhỏ nên BN hầu như không có triệu chứng đau cách hồi ở bàn chân.

- Tuy nhiên, phần lớn BN ĐTĐ mặc dù có BĐMNB nặng nhưng không có triệu chứng đau cách hồi do mất cảm giác đau vì tổn thương thần kinh ngoại biên. Vì vậy cần khám định kỳ bàn chân BN, đặc biệt là bắt mạch mu chân để phát hiện sớm bệnh.

- Đau khi nghỉ và đau về đêm: là tình trạng nặng của BĐMNB. Đau tăng về đêm, giảm khi BN để thõng chân, do đó BN thương ngồi ngủ trên ghế và chân hay bị phù do ngồi lâu. Cơn đau do thiếu máu kịch phát về đêm thương xảy ra trước đau khi nghỉ, BN thương phải đứng lên, thả lỏng bàn chân trên mép giường hoặc đi bộ vài bước để giảm đau.

- Trường hợp tắc mạch nặng có thể gây hoại tử khô các ngón chân.

**Khám:**

Mạch mu chân, mạch chày sau mất hoặc giảm. Rụng lông ở mặt mu các ngón chân, da khô lạnh, thiểu dưỡng móng.

- Chỉ số cổ chân - cánh tay (ABI: Ankle - Brachial Index): < 0.9. Triệu chứng đau cách hồi thương xảy ra khi ABI < 0.75

**2.3.1.2. Triệu Chứng Cận Lâm Sàng:**

- Siêu âm Doppler mạch máu chân: giúp chẩn đoán BĐMNB

- Chụp mạch máu xoá nền hoặc CT 64 lát: là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán BĐMNB, tuy nhiên vì là một thủ thuật xâm lấn, chí phí cao nên chỉ thực hiện khi nghi ngờ tắc hẹp nặng cần can thiệp mạch máu (phẫu thuật bắc cầu hoặc nong - đặt stent mạch máu)

**2.3.2. Điều Trị:**

- Kiểm soát các yếu tố nguy cơ: tăng huyết áp, kiểm soát ĐH đạt mục tiêu, rối loạn lipid máu, giảm cân nếu có béo phì, ngưng hút thuốc lá

- Thuốc chống kết tập tiểu cầu: Aspirin 75 - 162 mg/ ngày. Nếu BN có dị ứng hoặc chống chỉ định với aspirin, có thể thay bằng Clopidogrel 75 mg/ ngày.

- Các thuốc điều trị đau cách hồi:

- Cilostazol (Pletaal) 100 mg, 2 lần mỗi ngày

- Hoặc Pentoxifynine (Praxilene) 100 mg, 3 lần mỗi ngày

- Phẫu thuật bắc cầu, nong hoặc đặt stent, phẫu thuật lấy mảng xơ vữa trong trường hợp tắc động mạch nặng.

**2.3.3. Tầm Soát:**

Do phần lớn BN ĐTĐ bị BĐMNB không có triệu chứng vì thần kinh ngoại biên đã bị tổn thương nên việc tầm soát định kỳ để phát hiện bệnh sớm là rất quan trọng.

- Khám chân, bắt mạch mu chân, mạch chày sau hai bên mỗi lần thăm khám

- Đo chỉ số cổ chân cánh tay bằng máy siêu âm cầm tay ở những BN ĐTĐ > 50 tuổi. và có thể cân nhắc đo ở những BN < 50 tuổi nếu có những yếu tố nguy cơ khác của BĐMNB (như hút thuốc lá, tăng huyết áp, Rối loạn lipid máu, thời gian bị ĐTĐ > 10 năm)

**3. KIỂM SOÁT CÁC YÉU TỐ NGUY CƠ CỦA BỆNH TIM MẠCH**

**3.1. Tăng Huyết Áp (THA)**

**3.1.1. Chẩn Đoán**

THA được chẩn đoán khi huyết áp (HA) > 140 / 90 mmHg ở hai lần đo khác nhau

**3.1.2. Mục Tiêu:**

- HA tâm thu < 140 mmHg

- HA tâm thu < 130 mmHg có thể thích hợp cho những BN trẻ hơn

- HA tâm trương < 80 mmHg

**3.1.3. Nguyên Tắc Điều Trị**

- Nếu HA > 120/ 80 mmHg: thay đổi lối sống để giảm HA, bao gồm giảm cân nếu quá cân, ăn lạt, chế độ ăn nhiều kali, giảm rượu bia, tăng hoạt động thể lực

- Nếu HA > 140/ 80 mmHg → điều trị bằng thuốc kết hợp thay đổi lối sống

- Thuốc HA chỉ định cho BN ĐTĐ có THA bao gồm hoặc nhóm ức chế men chuyển (UCMC) hoặc nhóm chẹn thụ thể angiotensin II. Để kiểm soát được HA, đôi khi BN cần sử dụng đến hơn hai nhóm thuốc ở liều tối đa.

- Nếu HA chưa đạt mục tiêu: kết hợp lợi tiểu thiazide khi độ lọc cầu thận (GFR) > 30 ml/ phút hoặc lợi tiểu furosemide nếu GFR < 30 ml/ phnt. Có thể kết hợp với nhóm ức chế kênh canxi hoặc ức chế beta .

- Nên theo dõi creatinin huyết thanh, độ lọc cầu thận ước đoán (eGFR) và kali huyết thanh nếu sử dụng thuốc UCMC, chẹn thụ thể angiotensin II hoặc lợi tiểu

- Phụ nữ có thai bị ĐTĐ và THA: nên duy trì HA trong khoảng 110 -129/ 65 - 79 mmHg. Chống chỉ định dùng thuốc UCMC và chẹn thụ thể angiotensin II ở phụ nữ có thai.

**3.1.4. Tầm Soát**

- Đo HA vào mỗi lần thăm khám. Nếu HA tăng phải khẳng định lại vào một ngày khác.

- HA nên đo cho BN ở tư thế ngồi, chân đặt trên sàn nhà, tay đo để ngang mức tim và sau khi nghỉ 5 phút.

**3.2. Rối Loạn Lipid Máu**

**3.2.1. Tầm Soát**

- Tất cả BN ĐTĐ trong tuổi trưởng thành nên được kiểm tra lipid máu hàng năm.

- Nếu BN có các giá trị lipid máu ở nguy cơ thấp (LDL cholesterol < 100 mg/dL, HDL cholesterol > 50 mg/ dL; và TG < 150 mg/ dL), có thể lập lại xét nghiệm mỗi 2 năm

**3.2.2. Mục Tiêu**

- LDL - cholesterol < 100 mg/dL (2.6 mmol/L) ở những BN không có bệnh tim mạch

- LDL - cholesterol < 70 mg/dL (1.8 mmol/L) ở những BN đã được chẩn đoán có bệnh tim mạch

- Trigliceride (TG) < 150 mg/dL (1.7 mmol/L), HDL- cholesterol > 40 mg/ dL (1.0 mol/L) ở nam và > 50 mg/ dL (1.3 mmol/L) ở nữ. Tuy nhiên điều trị bằng statin với mục tiêu là LDL - cholesterol vẫn còn là chiến lược ưu tiên.

- Điều trị đầu tiên bao gồm thay đổi lối sống với giảm ăn mỡ bão hoà, trans fat, và cholesterol, tăng lượng axit béo n-3, chất xơ, giảm cân (nếu quá cân, béo phì), tăng hoạt động thể lực

- Điều trị statin kết hợp thay đổi lối sống bất kể giá trị LDL - cholesterol khi:

- BN có bệnh tim mạch đã được chẩn đoán

- BN không có bệnh tim mạch nhưng > 40 tuổi và có 1 hay nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch khác (tiền căn gia đình có bệnh tim mạch, tăng HA, hút thuốc lá, tiểu albumin)

- Nếu BN có nguy cơ tim mạch thấp (< 40 tuổi, không có bệnh tim mạch), chỉ định statin khi điều trị rối loạn lipid máu không đạt mục tiêu bằng thay đổi lối sống. Nếu vẫn không đạt mục tiêu với liều statin dung nạp tối đa thì giảm LDL cholesterol 30-40% giá trị ban đầu cũng có thể chấp nhận.

- Chống chỉ định statin ở phụ nữ có thai.

- Tăng TG nên điều trị bằng thay đổi lối sống và tiết chế. Nếu tăng TG nặng (> 1.000 mg/ dL) có thể điều trị thuốc ngay với fibrate, niacin hoặc dầu cá.

- Nếu HDL cholesterol < 40 mg/ dL và LDL cholesterol từ 100 - 129 mg/ dL, có thể chỉ định fibrate hoặc niacin, đặc biệt ở những BN không dung nạp với statin.

- Xem thêm bài “ Rối loạn lipid máu”

**3.3. Thuốc Lá**

- Khuyên BN ĐTĐ nên bỏ thuốc lá

- Một số BN tăng cân sau khi ngưng hút thuốc lá, tuy nhiên việc tăng cân không làm giảm lợi ích trên tim mạch từ sự ngưng thuốc lá.

**3.4. Thuốc Chống Kết Tập Tiểu Cầu**

- Phòng ngừa tiên phát bằng aspirin 75 - 162 mg/ ngày ở những BN ĐTĐ có tăng nguy cơ tim mạch (nguy cơ 10 năm > 10%) bao gồm nam > 50 tuổi, hoặc nữ > 60 tuổi có thêm ít nhất một yếu tố nguy cơ: tiền căn gia đình có bệnh tim mạch, tăng HA, hút thuốc lá, tiểu albumin.

Không khuyến cáo aspirin như phòng ngừa tiên phát bệnh tim mạch cho những BN có nguy cơ thấp (nguy cơ 10 năm < 5%), bao gồm: nam < 50 tuổi và nữ < 60 tuổi không có yếu tố nguy cơ tim mạch. Nếu nhóm tuổi này có nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch (nguy cơ 10 năm: 5 - 10%), cân nhắc theo lâm sàng.

- Phòng ngừa thứ phát bằng aspirin 75 - 162mg/ ngày ở những BN đã có bệnh tim mạch. Nếu BN dị ứng hoặc có chống chỉ định với aspirin, có thể thay thế bằng Clopidogrel 75 mg/ ngày

- Chỉ định kết hợp hai thuốc (aspirtin và clopidogrel) trong vòng 1 năm ở những BN sau hội chứng mạch vành cấp

# IV. NỘI TIẾT

## CƯỜNG GIÁP

Cường giáp là tình trạng hoạt động quá mức của tuyến giáp dẫn đến hậu quả sản xuất hormon giáp T4 và /hoặc T3 nhiều hơn bình thương.

**CHẨN ĐOÁN CƯỜNG GIÁP**

Dựa vào sự kết hợp giữa các dấu hiệu lâm sàng và định lượng hormon FT4, T3,

TSH.

- Mệt mỏi, gầy sụt cân nhanh.

- Rối loạn điều hòa nhiệt:

+ Không chịu nóng, bàn tay ấm, ẩm.

+ Ra nhiều mồ hôi

- Hồi hộp, nhịp tim nhanh, ngoại tâm thu, rung nhĩ.

- Bồn chồn, dễ kích động, mất ngủ, kém tập trung, vô cảm.

- Run đầu ngón tay, yếu cơ hoặc có thể teo cơ.

- Tăng nhu động ruột, có thể tiêu chảy .

- Rối loạn kinh nguyệt ở nữ và có thể giảm khả năng tình dục ở nam.

❖ Định lượng nồng độ hormon giáp / máu: FT3, F T4 tăng, TSH giảm.

❖ Siêu âm tuyến giáp: có tăng lưu lượng máu.

**ĐIỀU TRỊ CƯỜNG GIÁP:**

Có 3 phương pháp điều trị: Nội khoa, phẫu thuật, Iod đồng vị phóng xạ.

Việc lựa chọn phương pháp điều trị nào tùy thuộc vào tình trạng bệnh lý, tuổi, điều kiện của bệnh nhân.

**1. Điều Tri Nội Khoa:**

Tỉ lệ tái phát cao 35-50% sau ngưng thuốcThuôc kháng giáp tổng hợp:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | Điều trị tấn công | Điều trị duy trì |
| Các loại thuốc | Liều tấn công (mg/ngày) | Thời gian (tuần ) | Liều duy trì (mg /ngày) | Thời gian (tháng) |
|  |
| **Nhóm thiouracil:** |
| -MTU (methythiouracil) -PTU (propylthoracil) | 400-600300-600 | 4-64-6 | 50-10050-100 | 16-1816-18 |
| -BTU (benzylthioracil) Basdène | 150-200 | 4-6 | 25-50 | 16-18 |
| **Nhóm imidazol:** |
| -CARBIMAZONLENeomercazole | 30-60 | 4-6 | 50-10 | 16-18 |
| - METHIMAZOLE Tapazole, Thyrozol,Tapazole, Thyrozol | 20-60 | 4-6 | 50-10 | 16-18 |

❖ Thuốc chống biểu hiện cường giao cảm:

- Ức chế β giao cảm: Propranolol: Liều thông dụng 40-120 mg/ngày, chia

4-6 lần.. .(nếu không có chống chỉ định)

❖ Thuốc điều trị hỗ trợ: an thần, vitamin nhóm B và chế độ nghỉ ngơi

- Nếu BN có suy tim thì điều trị như suy tim thông thương.

Theo dõi: - Cải thiện về lâm sàng.

- Theo dõi điều trị : XN công thức bạch cầu, số lượng bạch cầu hạt, FT3, FT4, TSH **2. Phương Pháp Phẫu Thuật:**

Tỉ lệ tái phát 20%.

• Chỉ định: Điều trị nội khoa thất bại, bướu giáp quá lớn, bướu giáp nhân độc nghi ngờ ung thư, không dung nạp thuốc.

Phải điều trị nội khoa đưa về bình giáp trước khi tiến hành phẫu thuật.

• Theo dõi sau phẫu thuật: Triệu chứng lâm sàng và FT4, TSH; nên đánh giá 4-6 tuần sau phẫu thuật.

**3. Phương Pháp Xạ Tri:**

Suy giáp thương xuất hiện muộn, khoảng 25-50% vào 7-10 năm sau.

• Chỉ định: Các trường hợp đều có thể điều trị bằng phương pháp này, trừ khi có chống chỉ định. Phương pháp này an toàn đối với người trên 40 tuổi.

• Chống chỉ định: Phụ nữ có thai, trẻ em. Cân nhắc khi chỉ định cho người trẻ tuổi.

• Theo dõi: nồng độ FT4 và TSH sau 6 tháng/ mỗi năm sau điều trị.

Tài liệu tham khảo

1. Mai Thế Trạch, Nguyễn Thy Khuê (2007), Nội Tiết Học Đại Cương, Nxb Y học, TpHCM

2. Phác đồ điều trị phần nội khoa, Bệnh viện Chợ Rẫy (2013), Nxb Y học, TpHCM

3. Alvin C. Powers, Diabetes Mellitus. Harrison’s Endocrinology, McGrawHill, second edition, 2010.

4. David G. Gardner, Dolores Shoback Greenspan’s Basic & Clinical Endocrinology (9th edition).

# V. TIÊU HÓA

## VIÊM DẠ DÀY

**I - ĐẠI CƯƠNG**

**1.1- Định nghĩa**

- Viêm dạ dày ( Gastritis) : là thuật ngữ dùng để chỉ tình trạng viêm của niêm mạc dạ dày, từ đó dẫn đến các tổn thương của niêm mạc dạ dày

- Bệnh dạ dày ( Gastropathy) : là thuật ngữ dùng để chỉ các tổn thương của niêm mạc dạ dày không liên quan đến viêm hay do tình trạng viêm tối thiểu

**1.2 - Nguyên nhân**

**1.2.1 - Viêm dạ dày có liên quan nhiễm trùng**

- Nhiễm Helicobacter pylori

- Nhiễm Helicobacter heilmannii

- Nhiễm ký sinh trùng: Strongyloides species, Shistosomiasis,Diphyllobothrium latum.

- Nhiễm virus như: CMV, herpes virus

- Viêm dạ dày hạt mạn (Granulomatous)liên quan nhiễm trùng như: Mycobacteriosis, Syphilis, Histoplasmosis, Mucormycosis,...

**1.2.2- Viêm dạ dày không liên quan nhiễm trùng**

- Viêm dạ dày tự miễn

- Viêm dạ dày do stress

- Viêm dạ dày do hóa chất: chất ăn mòn, NSAID, aspirin, rượu, steroid, acid mật......

- Viêm dạ dày hạt (Granulomatous) mạn không liên quan nhiễm trùng:

+ Bệnh Crohn + Sarcoidosis + Wegener granulomatosis + Dị vật + Dùng cocaine

+ Viêm dạ dày hạt (Granulomatous) đơn lập

+ Bệnh u hạt (Granulomatous) mạn ở trẻ em

+ Eosinophilic granuloma

+ Allergic Granulomatosis and vasculitis

+ Plasma cell Granulomas

+ Nốt dạng thấp (Rheumatoid nodules)

+ Gastric lymphoma...

- Viêm dạ dày nhiễm lympho (Lymphocytic gastritis)

- Viêm dạ dày nhiễm bạch cầu ái toan (Eosinophilic gastritis)

- Viêm dạ dày do xạ trị

- Viêm dạ dày phì đại ( Hypertrophic gastritis - Bệnh Menetrier)

**1.2.3 - Viêm dạ dày không xác định được nguyên nhân.**

**1.3 - Phân loại viêm dạ dày**

- Theo thời gian

+ Viêm dạ dày cấp : hình ảnh mô bệnh học có thấm nhập chủ yếu bạch cầu đa nhân trung tính

+ Viêm dạ dày mạn: hình ảnh mô bệnh học có thấm nhập chủ yếu bạch cầu đơn nhân ( lympho bào, đại thực bào, tương bào)

- Theo tổn thương niêm mạc

+ Có tổn thương trợt niêm mạc dạ dày kèm theo xuất huyết hoặc không + Không có tổn thương trợt niêm mạc dạ dày

- Theo nguyên nhân

+ Có nguyên nhân đặc hiệu

+ Không có nguyên nhân đặc hiệu

**II - ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN**

**2.1 - Lâm sàng**

- Đau thượng vị

- Rối loạn tiêu hoá: ăn không tiêu, ợ hơi, ợ chua, mệt mỏi, ăn kém, sụt cân...

- Có thể có hội chứng nhiễm trùng

- Có thể có dấu hiệu thiếu máu

- Dấu hiệu thiếu Vitamin: lở mép, da khô, rụng tóc, chảy máu răng

**2.2- Chẩn đoán phân biệt**

- Nhồi máu cơ tim vùng hoành, viêm tụy cấp, viêm túi mật cấp

**2.3 - Cận lâm sàng**

- Xét nghiệm thương qui

- Để chẩn đoán xác định

+ Nội soi dạ dày tá tràng

+ Sinh thiết niêm mạc qua nội soi, xét nghiệm mô bệnh học để xác định chẩn đoán, phân loại, đánh giá mức độ tiến triển của bệnh.

- Để tìm nguyên nhân gây viêm dạ dày

+ Các xét nghiệm chẩn đoán Hp (xem bài Hp)

+ Xét nghiệm mô bệnh học, cấy vi khuẩn mẫu sinh thiết niêm mạc dạ dày + Xét nghiệm dịch vị, chất nôn:

- Tìm vi trùng, độc chất ...

- Xác định nồng độ HCl dịch vị : thay đổi từ vô toan, thiểu toan, đa toan, hoặc bình thương. Lấy dịch vị vào buổi sáng lúc đói qua sonde dạ dày.

+ Kháng thể tự miễn: Antiparietal và Anti-IF Antibodies huyết thanh + Cobalamin (Vitamin B-12) huyết thanh thấp < 100 pg/ml........

- Để chẩn đoán phân biệt : Tùy theo các chẩn đóan phân biệt mà chỉ định các cận lâm sàng phù hợp như: Siêu âm bụng, men tim, Amylase máu / niệu ....

**III - CHẨN ĐOÁN**

**3.1 VIÊM DẠ DÀY CẤP**

**3.1.1 Nguyên nhân**

- Rượu: Gây viêm dạ dày cấp xuất huyết, được gọi là viêm dạ dày do ăn mòn, thương xảy ra khi uống rượu một lượng lớn trong một thời gian ngắn.

- Thuốc kháng viêm không steroides (NSAIDs), Aspirin.

- Stress

- Uống phải chất ăn mòn (thương là chất kiềm)

- Virus: CMV, Herpes.

- Vi khuẩn: Liên cầu alpha tan máu, Clostridium septicum

- Tăng urê máu

- Phóng xạ.

**3.1.2 Các thể viêm dạ dày cấp**

Viêm dạ dày cấp xuất huyết hay viêm dạ dày ăn mòn

Là nguyên nhân hay gặp của chảy máu tiêu hóa cao nhưng ít khi nặng. Sự ăn mòn đôi khi hoàn toàn âm thầm. Nội soi cho thấy ăn mòn nhiều ổ, có thể lan đến toàn bộ niêm mạc dạ dày hoặc chỉ khu trú ở thân, hang vị hay phình vị dạ dày. Niêm

mạc trở nên đỏ rực như bị cháy rán nhưng có khi gần như bình thương. Về mô học, sự ăn mòn chỉ phá hủy đến lớp niêm mạc, không lan đến lớp cơ niêm do đó không ảnh hưởng đến các lớp mạch máu dưới niêm mạc. Các thương tổn có thể hồi phục hoàn toàn, giữa các ổ ăn mòn là vùng mất biểu mô. Nếu tiến triển kéo dài, sự ăn mòn có thể lan đến lớp dưới niêm mạc tạo nên loét cấp khi đó chảy máu trở nên trầm trọng hơn. Nguyên nhân hay gặp là do dùng thuốc kháng viêm không Steroide, đặc biệt là aspirin.

Rượu cũng là nguyên nhân gây viêm dạ dày cấp xuất huyết nhất là khi uống một lần nhiều trong thời gian ngắn, mà trước đây không uống.

Tăng áp tĩnh mạch cửa cũng là một yếu tố làm dễ cho chảy máu dạ dày.

Các stress thứ phát nghiêm trọng như bỏng, nhiễm trùng, chấn thương, phẫu thuật, sốc, suy hô hấp, suy thận, suy gan cũng thương gây viêm hay loét cấp. Bệnh nguyên trong các trường hợp này chưa được hiểu rõ hết có lẻ do giảm lượng máu đến niêm mạc dạ dày dẫn đến hoại tử nhỏ ở niêm mạc.

Lâm sàng: Bệnh nhân có thể khó chịu nhẹ ở vùng thượng vị, chậm tiêu, sình bụng ngay sau ăn, ợ hơi, buồn nôn, nôn máu kèm đi cầu phân đen. Đôi khi không có triệu chứng. Chẩn đoán tốt nhất nhờ nội soi dạ dày ngay lúc có chảy máu vì nếu không các thương tổn có thể lành và biến mất.

X quang với kỷ thuật đối quang kép có thể phát hiện được các vết ăn mòn cạn này. Viêm dạ dày cấp phối hợp với Helicobacter pylori (HP):

Nhiễm H.p có thể xảy ra ở dạ dày đã có tăng tiết acide hay trên dạ dày bình thương. Nhiễm H.p cấp là tiền đề cho viêm dạ dày mạn hoạt động.

Triệu chứng lâm sàng chỉ biểu hiện với cảm giác khó chịu nhẹ vùng thượng vị, nặng tức hay đôi khi ăn chậm tiêu.

**3.2 VIÊM DẠ DÀY MẠN**

**3.2.1. Phân loại**

- Viêm dạ dày mạn do hoá chất: Trào ngược dịch mật, dịch kiềm từ ruột, NSAID,..

- Viêm dạ dày đặc hiệu: Viêm dạ dày tăng Eosine (u hạt tăng bạch cầu ưa acide, viêm dạ dày ruột tăng bạch cầu ưa acide)

- Viêm dạ dày u hạt: Crohn, lao, Histoplasma, giang mai, sarcoidose, dị vật, nhiễm ký sinh trùng, vô căn.

- Bệnh dạ dày phì đại: Bệnh Ménétrier, giả lymphoma dạ dày, hội chứng Zollinger-Ellison.

- Bệnh dạ dày sung huyết (tăng áp cửa)

- Viêm dạ dày không đặc hiệu:

+ Nhóm không ăn mòn: (viêm dạ dày tự miễn type A, viêm dạ dày do môi trường type B, viêm dạ dày mạn có liên quan đến HP).

+ Nhóm ăn mòn: viêm dạ dày lympho, viêm dạ dày dạng thủy đậu.

**3.2.2. Các thể viêm dạ dày mạn**

**Viêm dạ dày mạn type A**

Viêm vùng thân và đáy dạ dày, có yếu tố tự miễn. Bao gồm viêm dạ dày nông, viêm dạ dày dạng teo và teo dạ dày. Viêm dạ dày này thương kèm thiếu máu ác tính. Sự xuất hiện kháng thể kháng tế bào thành và kháng yếu tố nội gợi ý cho yếu tố bệnh sinh của cơ chế tự miễn. Loai này gặp khoảng 20% ở người trên 60 tuổi. Triệu chứng nghèo nàn, viêm dạng teo kèm vô toan, thiếu máu và nguy cơ ung thư dạ dày.

Chẩn đoán bằng nội soi và sinh thiết.

Viêm dạ dày mạn type B (viêm dạ dày vùng hang vị, viêm dạ dày do H.p): chiếm 80%, có thể dẫn đến viêm teo dạ dày hoặc teo hẳn dạ dày, nang bạch huyết dạ dày, u limpho tế bào B dạ dày (MALT).

Dịch vị có cung lượng acide thấp sẽ dẫn đến nhiễm trùng và nguy cơ ung thư.

Chẩn đoán bằng nội soi và sinh thiết, test chẩn đoán nhiễm Hp Lâm sàng chỉ có triệu chứng khó chịu vùng thượng vị, ăn khó tiêu.

Sự phân loại trên có khi không phải hoàn toàn rõ ràng, người ta còn phân type AB để chỉ thương tổn liên quan cả thân và hang vị dạ dày.

Viêm dạ dày do trào ngược: Thương do trào ngược dịch mật từ tá tràng vào dạ dày gây viêm ống tuyến môn vị, viêm vùng tiền môn vị.

Lâm sàng triệu chứng ít rầm rộ, Bệnh có thể kết hợp với loét dạ dày.

Bệnh dạ dày tăng áp cửa

Thật sự không phải là một phản ứng viêm, vì không tìm thấy sự thâm nhiễm các tế bào viêm ở lớp niêm mạc cũng như lớp hạ niêm của dạ dày. Đây chỉ là một biến chứng, hậu quả của bệnh lý tăng áp cửa.

Qua nội soi, chúng ta có thể thấy niêm mạc dạ dày đỏ và dày lên, xuất huyết thành từng đám nhỏ trong niêm mạc, tạo thành mạng lưới hay dạng khảm.

**3.3 BIẾN CHỨNG (xem thêm các bài liên quan)**

**3.3.1: Xuất huyết dạ dày**

**3.3.2: Thủng dạ dày**

**3.3.3: Ung thư dạ dày**

**IV - ĐIỀU TRỊ**

**4.1- Mục tiêu điều trị**

- Giảm nhanh và lâu dài các triệu chứng

- Bảo vệ và kích thích tái sinh niêm mạc

- Loại trừ các nguyên nhân gây bệnh

**4.2 - Nguyên tắc điều trị**

- Bệnh nhân cần tuân thủ đúng phác đồ điều trị

- Điều trị phối hợp : dùng thuốc và các biện pháp không dùng thuốc

**4.3- Điều trị không dùng thuốc**

- Cần tránh tuyệt đối thức ăn gây tổn thương niêm mạc dạ dày: Rượu bia, thuốc lá, thức ăn có nhiều gia vị chua cay.

- Tránh hoạt hóa acid mật : giảm ăn chất béo

- Tạo môi trường đệm trong dạ dày : Nên ăn nhiều bữa trong ngày, mỗi bữa không nên ăn quá no, ăn nhẹ, ăn lỏng - Ăn bữa cuối trước ngủ tối 3 giờ

- Tránh suy nghĩ căng thẳng, stress

- Có thể dùng sữa để trung hòa nhanh acid dạ dày

**4.4 - Điều trị bằng các thuốc tác động vào nồng độ HCl trong dịch dạ dày**

**4.4.1- Thuốc ức chế bơm proton ( PPI = Proton Pump Inhibitor )**

- Dùng trước ăn 30’

- Liều chuẩn

+ Esomeprazole 40mg/ ngày

+ Omeprazole 20 mg/ ngày

+ Pantoprazole 40mg/ ngày

+ Rabeprazole 20 mg/ ngày

+ Lansoprazole 30mg/ ngày

- Kiểm soát acid tốt hơn khi sử dụng liều cao hơn chuẩn và nhiều lần trong ngày ( 2 lần /ngày tốt hơn 1 lần / ngày)

- Trong những ngày đầu có sự chậm trễ trong tác dụng ức chế acid do phải ức chế dần các bơm proton. Sử dụng liều cao hơn liều chuẩn có thể rút ngắn thời gian này

- Tùy tình trạng của bệnh nhân mà lựa chọn liều và đường dùng thích hợp

+ Nếu bệnh nhân có biểu hiện viêm dạ dày mức độ nặng ( đau nhiều thượng vị, đau lăn lộn, đau thượng vị liên tục, nôn ói không thể uống thuốc, không đáp ứng với PPI liều chuẩn...) có thể dùng PPI đường tĩnh mạch hoặc đường uống với liều cao hơn chuẩn, nhiều lần trong ngày để nhanh chóng kiểm soát acid dạ dày cho bệnh nhân.

+ Các trường hợp biểu hiện triệu chứng nhẹ có thể dùng PPI liều chuẩn đường uống

**4.4.2- Thuốc trung hòa acid ( Antacid)**

- Nhóm Aluminum hydroxide ( Al(OH)3 ), Magne hydroxide ( Mg(OH)2 ).

- Dùng trước ăn 30’

- Dùng 3 - 4 lần/ ngày vào 3 bữa ăn chính +/- trước khi ngủ tối

**4.4.3 Thuốc ức chế thụ thể H2 ( Anti H2 Receptor)**

- Dùng trước ăn 30’

- Nhóm Famotidine 20mg x 2 lần/ ngày + 20mg trước khi ngủ tối

- Nhóm Nizatidine 150mg x 2 lần/ ngày + 300mg trước khi ngủ tối

- Nhóm Cimetidine 400mg x 2 lần/ ngày + 800mg trước khi ngủ tối

- Nhóm Ranitidine 150mg x 2 lần/ ngày + 300mg trước khi ngủ tối

**4.5 - Điều trị bằng các thuốc tác động lên yếu tố bảo vệ niêm mạc**

- Thuốc thuộc dẫn chất Prostaglandin

+ Nhóm Misoprostol 200mcg x 4lần/ ngày + Nhóm Enprotil 35mcg x 2 lần/ ngày

+ Rebamipide 100 mg x 3 lần/ ngày

- Thuốc thuộc nhóm Sucralfate

+ Dùng trước ăn 30’

+ Dùng 1 gói x 3 - 4 lần / ngày

- Thuốc thuộc nhóm muối Bismuth

+ Dùng trước ăn 30’

+ Dùng 300- 600mg x 3 - 4 lần / ngày 4.6- Điều trị bằng các thuốc tác động lên chức năng vận động dạ dày

- Thuốc chống co thắt hướng cơ trơn Papavarine : nhóm Drotaverine, nhóm Mebeverine.

- Thuốc chống co thắt đối vận thụ thể 5- HT3 : Nhóm Odansetron

- Thuốc hỗ trợ vận động dạ dày

+ Nhóm đối vận thụ thể D2 : Nhóm Domperidone , nhóm Metoclopramide.....

+ Nhóm đồng vận thụ thể 5- HT4 : Nhóm Mosapride ....

**4.7- Điều trị các thể đặc biệt**

**4.7.1- Viêm dạ dày, Hp(+) (Xem bài riêng)**

**4.7.2 Điều trị viêm dạ dày cấp.**

Viêm dạ dày do ăn mòn: do rượu và thuốc kháng viêm

- Chấm dứt nguyên nhân càng sớm càng tốt.

- Đảm bảo thể tích tuần hoàn có hiệu quả băng dịch truyền, nhịn ăn và nuôi dưỡng bằng đường ngoài miệng.

- Rửa dạ dày để cầm máu bằng cách dùng nước muối đẳng trương lạnh hòa Adrenalin.

- Thuốc kháng tiết:

- Thuốc trung hòa Acide.

- Thuốc băng niêm mạc

- Truyền các chất gây co mạch như Vasopressine hoặc Sandostatin khi chảy máu nặng.

- Cầm máu bằng laser, nhiệt hoặc quang đông.

- Điều trị dự phòng cho các trường hợp phải dùng thuốc kháng viêm Viêm dạ dày do hóa chất

Tác nhân gây viêm có thể là các kiềm mạnh như KCl, hoặc sắt, hoặc Cocaine.

Điều trị gồm

- Giảm đau, nhịn ăn, nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch.

- Hồi sức tim mạch, hô hấp.

- Nếu có viêm xơ gây hẹp thì có chỉ định phẩu thuật nối dạ dày ruột.

Viêm dạ dày do chấn thương thực thể

Ít gặp như sau đặt ống thông dạ dày, sau điều trị cầm máu dạ dày bằng nọi soi, bằng laser, nhiệt đông.

Điều trị bằng nhịn ăn, truyền dịch, băng niêm mạc dạ dày và kháng tiết.

Viêm dạ dày do xạ trị

Viêm hang vị, tiền môn vị. Tổn thương có thể sâu làm thủng, chảy máu hoặc hẹp. Điều trị bằng các thuốc băng niêm mạc, kháng tiết và ngưng xạ trị.

Viêm dạ dày do thiếu máu

Là biểu hiện của bệnh toàn thân như trong bệnh Scholein- Henoch, nhiễm CMV.

Điều trị bằng thuốc băng niêm mạc và kháng tiết, thuốc diệt virus.

Bệnh dạ dày xung huyết

Gặp trong tăng áp tĩnh mạch cửa của bệnh xơ gan.

Điều trị chủ yếu bằng thuốc chẹn p giao cảm như Propanolol, hoặc Nadolol 60mg- 80 mg/ng sao cho mạch còn 3/4 so với trước khi dùng.

Viêm dạ dày do nhiễm trùng

Nguyên nhân thương gặp là lao, CMV, Candida Albican, Histoplasmosis, bệnh Crohn. Điều trị đặc hiệu bằng kháng sinh, kháng nấm, thuốc diệt virus. Trong trường hợp nặng thì có thể phẩu thuật.

Viêm dạ dày cấp không do ăn mòn phối hợp nhiễm Hp cấp hoặc mạn. Điều trị thuốc diệt HP

**4.7.3 Điều trị viêm dạ dày mạn Viêm dạ dày mạn type A**

Đây là viêm dạ dày ở vùng thân, thương là viêm teo niêm mạc, thương phối hợp với các bệnh tự miễn khác như viêm tuyến giáp tự miễn, suy thượng thận, xơ đường mật tiên phát.

Điều trị: chưa có điều trị đặc hiệu, thương dùng các thuốc trung hòa acide, vitamin C, sắt, vitamin B12, corticoides. Cần theo dõi diễn tiến dẫn đến ung thư dạ dày.

Viêm dạ dày mạn type B

Tổn thương ở vùng hang vị dạ dày gặp trong 80% trường hợp và rất quan trọng, nó còn được gọi là viêm dạ dày do HP. Cần điều tiệt căn để hạn chế hiện tượng teo tuyến xảy ra. Điều trị kháng tiết phối hợp kháng sinh diệt HP.

Viêm dạ dày type AB

Tổn thương cả hang vị và thân dạ dày.

Điều trị bao gồm thuốc kháng tiết, kháng sinh, băng niêm mạc, Vitamin B12, sắt để cải thiện tình trạng thiếu máu.

Viêm dạ dày do trào ngược

Viêm dạ dày vùng môn vị gặp sau cắt 2/3 dạ dày. Điều trị bao gồm thuốc thay đổi thành phần dịch mật như Cholestyramin phối hợp sucralfate và các thuốc điều hòa vận động để làm đẩy nhanh thức ăn ra khỏi dạ dày.

Viêm dạ dày phì đại

Còn gọi là viêm dạ dày lympho, tổn thương lan rộng cả dạ dày chủ yếu ở bờ cong lớn. Điều trị bằng kháng Cholin, kháng tiết, Tranexamic acide (Frenolyse), corticoides và Octreotide kèm kháng sinh nếu có thêm nhiễm Hp, hoặc kèm thuốc diệt virus nếu có nhiễm CMV.

Trường hợp nặng, có thể phải cắt dạ dày toàn phần.

Viêm dạ dày mạn do ăn mòn: Tổn thương niêm mạc dạ dày dạng thuỷ đậu với các nốt nhỏ có ăn mòn ở trung tâm gặp ở vùng hang và thân dạ dày, còn gọi là viêm dạ dày dạng lympho. Bệnh này có tăng IgE trong máu gợi ý cho nguyên nhân miễn dịch. Bệnh đáp ứng với Cromoglycate 80- 160mg/ng.

Viêm dạ dày thể giả u lympho: Thương phối hợp tổn thương loét hoặc viêm đặc ứng hoặc tạo thành mô limphô ( MALT : mucous Associated limphome Tissuse) trong trường hợp nhiễm Hp

Viêm dạ dày ái toan: do các hạt bạch cầu ái toan tạo thành các polype nhỏ ở vùng hang vị còn được gọi là u tế bào quanh mao mạch.

Điều trị bằng Prednisolone liều 10-15mg/ngày, các tổn thương sẽ thoái triển sau vài ba ngày.

**4.7.3- Viêm dạ dày do thuốc**

- Phân tầng nguy cơ tổn thương niêm mạc ổng tiêu hóa do thuốc

+ Nguy cơ cao

\* Tiền căn ghi nhận loét dạ dày tá tràng có biến chứng

\* Có > 2 yếu tố nguy cơ ( xem bên dưới)

+ Nguy cơ trung bình : có từ 1 đến 2 yếu tố nguy cơ sau

\* Tuổi > 65

\* Dùng NSAID liều cao

\* Tiền căn ghi nhận loét dạ dày tá tràng

\* Dùng Aspirin liều thấp, Corticostreroid hay thuốc kháng đông.

+ Nguy cơ thấp

\* Không yếu tố nguy cơ nào kể trên

- Phân tầng nguy cơ tim mạch

+ Nguy cơ cao : đang dùng Aspirin liều thấp + Nguy cơ thấp : không phải dùng Aspirin liều thấp

- Dự phòng khi dùng có nguy cơ gây tổn thương niêm mạc dạ dày

|  |  |
| --- | --- |
|  | Nguy cơ tiêu hóa |
| cao | trung bình | thấp |
| Nguy cơ tim mạch | cao | PPI / Misoprostol Không dùng NSAIDs kể cả ức chế COX2 | PPI / Misoprostol+/- Chỉ dùng Naproxen (nếu cần ) | PPI / Misoprostol+/- Chỉ dùng Naproxen (nếu cần) |
| thấp | PPI / Misoprostol+/ - chỉ dùng ức chế COX2 ( nếu cần) | PPI / Misoprostol +/- NSAID ( nếu cần) | NSAID ít gây loét nhất ở liều thấp nhất có hiệu quả |

- Tuy nhiên vì vẫn có 1 tỷ lệ những ổ loét câm, bệnh nhân không hề có triệu chứng hay tiền căn gì về viêm loét dạ dày, nên dù bệnh nhân chỉ có nguy cơ thấp về tiêu hóa lẫn tim mạch vẫn nên dùng PPI / Misoprostol dự phòng khi được chỉ định các thuốc có nguy cơ gây tổn thương niêm mạc dạ dày.

- Misoprostol 200mcg x 4 lần / ngày

- Rebamipide 100 mg x 3 lần/ ngày

- PPI theo liều chuẩn

+ Esomeprazole + Omeprazole + Pantoprazole + Rabeprazole + Lansoprazole

40mg/ ngày 20 mg/ ngày 40mg/ ngày 20 mg/ ngày 30mg/ ngày

- Tất cả bệnh nhân trước khi điều trị lâu dài với có nguy cơ gây tổn thương niêm mạc dạ dày cần làm các xét nghiệm tìm Hp và cần điều trị tiệt trừ Hp nếu kết quả dương tính

- NSAID với nguy cơ gây tổn thương niêm mạc tiêu hóa từ thấp đến cao

Meloxicam < Ibuprofen < Tenoxicam < Piroxicam < Diclofenac < Naproxen < Indomethacin

## CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ GERD

# (TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN)

Hiệp hội tiêu hóa Hoa Kỳ (The American Gastroenterological Society) mới đây đã ấn hành bộ hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh lý trào ngược dạ dày-thực quản (GERD). Hiện nay khoảng 25 triệu người Mỹ có bệnh lý trào ngược dạ dày-thực quản, do đó chẩn đoán và điều trị chính xác rất quan trọng trong việc phòng ngừa biến chứng, cải thiện chất lượng cuộc sống. GERD là bệnh lý thương gặp, do trào ngược các chất trong lòng dạ dày vào thực quản hoặc xa hơn vào khoang miệng hay thậm chí vào phổi. Bệnh thương được mô tả là “nóng rát sau xương ức”, là cảm giác bỏng rát sau xương ức hoặc giữa thượng vị khi acid dạ dày trào ngược vào thực quản. Trong trường hợp cơ vòng thực quản dưới (LES) bị trào ngược, bệnh nhân có thể bị GERD mạn tính, gây ra các biến chứng nặng như thực quản Barrett và ung thư thực quản. Theo Bách khoa toàn thư Y học A.D.A.M, các yếu tố nguy cơ của GERD là: uống rượu, thoát vị hoành, béo phì, thai kỳ, xơ cứng bì, hút thuốc lá và tác dụng phụ của nhiều loại thuốc.

Phác đồ hướng dẫn chẩn đoán và điều trị này được ấn hành vào tháng 2 năm 2013, bao gồm các điểm sau đây

**- Chẩn đoán trào ngược dạ dày-thực quản (GERD)**

1. Chẩn đoán giả định GERD được thiết lập khi bệnh cảnh triệu chứng trào ngược và nóng rát sau xương ức điển hình. Khuyến cáo điều trị nội khoa bằng các thuốc nhóm PPI trong trường hợp này.

2. Bệnh nhân có triệu chứng đau ngực không do tim (non-cardiac chest pain) nghi ngờ GERD phải được xét nghiệm chẩn đoán trước khi điều trị (Khuyến cáo có điều kiện, mức độ chứng cứ trung bình). Cần phải loại trừ nguyên nhân tim mạch gây đau ngực trước khi tiến hành xét nghiệm tiêu hóa.

3. Chụp cản quang với barium không nên dùng để chẩn đoán GERD.

4. Không cần nội soi thực quản dạ dày trong trường hợp triệu chứng GERD điển hình. Nội soi được khuyến cáo khi có những triệu chứng báo động hay để tầm soát ở bệnh nhân có nguy cơ biến chứng cao. Ở những trường hợp không phải thực quản Barrett, không cần nội soi lại khi bệnh nhân không có thêm triệu chứng mới.

5. Sinh thiết thực quản đoạn xa không có chỉ định thương quy để chẩn đoán GERD.

6. Đo áp lực cơ thắt thực quản được khuyến cáo trước khi điều trị phẫu thuật, nhưng xét nghiệm này không có vai trò trong chẩn đoán GERD.

7. Theo dõi trào ngược thực quản lưu động (ambulatory esophageal reflux monitoring) được chỉ định trước khi điều trị nội soi hoặc phẫu thuật ở những bệnh nhân trào ngược không loét, là một phần của khảo sát các trường hợp kháng trị PPI, hay trong những tình huống chẩn đoán GERD còn nghi vấn. Theo dõi trào ngược thực quản lưu động là xét nghiệm duy nhất có thể đánh giá mối liên hệ của triệu chứng và các đợt trào ngược.

8. Không cần theo dõi trào ngược thực quản lưu động ở những trường hợp thực quản Barrett đoạn ngắn hoặc dài để chẩn đoán GERD.

9. Không khuyến cáo tầm soát nhiễm Helicobater pylori ở bệnh nhân GERDKhông cần điều trị H.pylori thương quy.

**- Điều trị GERD**

1. Khuyến cáo giảm cân ở bệnh nhân quá cân hoặc tăng cân gần đây

2. Nâng cao đầu giường, tránh ăn trước khi ngủ 2-3 giờ ở những bệnh nhân có triệu chứng GERD về đêm

3. Không khuyến cáo thương quy từ bỏ hoàn toàn các thực phẩm có thể kích thích trào ngược (như chololate, caffeine, rượu, các thức ăn nhiều gia vị hoặc có tính acid) trong điều trị GERD.

4. Điều trị PPI 8 tuần là điều trị đầu tay để cải thiện triệu chứng và chữa lành các vết loét thực quản. Không có sự khác biệt đáng kể nào trong hiệu quả điều trị của các PPI khác nhau

5. Các PPI phóng thích chậm cổ điển nên dùng trước ăn 30-60 phút để đạt được kiểm soát pH tối đa. Các thuốc PPI mới có thể sử dụng linh hoạt hơn.

6. PPI khởi đẩu nên sử dụng liều 1 lần/ngày, trước bữa ăn đầu tiên trong ngày (khuyến cáo mạnh, mức độ chứng cứ trung bình). Ở những bệnh nhân đáp ứng một phần với điều trị 1 lần/ngày cần điều chỉnh liều phù hợp hoặc xem xét sử dụng 2 lần/ngày khi có triệu chứng ban đêm, thời khóa biểu hay thay đổi, và/hoặc rối loạn giấc ngủ.

7. Các trường hợp không đáp ứng PPI cần phải được hội chẩn đánh giá lại.

8. Ở những bệnh nhân đáp ứng một phần với PPI, tăng liều lên 2 lần/ngày hoặc chuyển sang PPI khác có thể giúp cải thiện triệu chứng nhiều hơn.

9. Ở những bệnh nhân sau khi ngưng PPI mà còn triệu chứng GERD hoặc bệnh nhân có biến chứng loét thực quản hay thực quản Barrett, cần phải duy trì điều trị PPI. Đối với bệnh nhân điều trị PPI trong thời gian dài, nên chỉ định thuốc ở liều thấp nhất mà có hiệu quả, kể cả phương thức điều trị khi cần và điều trị ngắt quãng.

10. Các thuốc ức chế thụ thể H2 (H2RA) có thể dùng để điều trị duy trì ở những trường hợp GERD không loét nếu bệnh nhân đáp ứng thuốc. Có thể thêm các thuốc H2RA uống trước khi ngủ cùng với điều trị PPI ban ngày ở một vài bệnh nhân có triệu chứng trào ngược ban đêm, tuy nhiên dễ xảy ra dung nạp thuốc sau vài tuần điều trị.

11. Các phương pháp điều trị GERD không phải ức chế tiết acid dạ dày như thuốc nhóm prokinetic và/hoặc baclofen không được sử dụng ở những bệnh nhân GERD chưa xác định chẩn đoán

12. Sucralfate không có vai trò trong điều trị bệnh nhân GERD ngoài thai kỳ

13. PPI an toàn trong thai kỳ

**- Chọn lựa phẫu thuật điều trị GERD**

1. Phẫu thuật có thể được dùng để điều trị bệnh nhân bị GERD kéo dài.

2. Phẫu thuật thương không được khuyến cáo ở những bệnh nhân không đáp ứng với PPI.

3. Bắt buộc theo dõi pH lưu động trước phẫu thuật ở những bệnh nhân không có viêm loét thực quản. Tất cả bệnh nhân phẫu thuật cần phải đo áp lực cơ thắt thực quản tiền phẫu để loại trừ co thắt tâm vị (achalasia) hoặc bệnh thực quản giống xơ cứng bì (sleroderma - like esophagus).

4. Phẫu thuật do bác sĩ có kinh nghiệm có hiệu quả tương đương điều trị nội khoa ở những trường hợp GERD mạn tính.

5. Bệnh nhân béo phì cần phẫu thuật điều trị GERD nên cân nhắc phẫu thuật điều trị béo phì. Nối vị tràng là phương pháp ưu tiên ở những bệnh nhân này.

6. Phẫu thuật khâu xếp nếp đáy vị vào thực quản (fundoplication) nội soi hoặc xuyên miệng (transoral incisionless fundoplication) không được khuyến cáo để thay thế điều trị nội khoa hoặc phẫu thuật kinh điển.

**- Điều trị GERD kháng PPI**

1. Bước đầu tiên cần làm là tối ưu hóa điều trị PPI.

2. Cần nội soi thực quản dạ dày ở những bệnh nhân kháng trị có triệu chứng điển hình hoặc rối loạn tiết acid dịch vị, chủ yếu để loại trừ các nguyên nhân khác không phải GERD.

3. Bệnh nhân GERD có triệu chứng ngoài thực quản kéo dài mặc dù đã tối ưu hóa điều trị PPI cần tầm soát lại nguyên nhân khác thông qua hội chẩn chuyên khoa Tai Mũi Họng, hô hấp, dị ứng.

4. Bệnh nhân GERD kháng trị có kết quả nội soi và hội chẩn chuyên khoa Tai Mũi Họng, hô hấp, dị ứng không phát hiện bất thương (triệu chứng điển hình) nên xét nghiệm theo dõi trào ngược lưu động.

5. Theo dõi trào ngược giai đoạn ngưng thuốc có thể thực hiện bằng bất kỳ phương thức nào hiện có (pH hoặc pH kháng trở). Xét nghiệm thực hiện trong giao đoạn dùng thuốc bằng theo dõi pH kháng trở dùng để đánh giá trào ngược không do acid.

6. Bệnh nhân GERD kháng trị có triệu chứng cơ năng trào ngược đang diễn tiến nên được xem xét điều trị thêm biện pháp chống trào ngược khác, như phẫu thuật hoặc thuốc ức chế TLESR. Bệnh nhân có xét nghiệm âm tính có thể loại trừ GERD nên ngưng điều trị PPI.

## ****PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ, HỘI CHỨNG RUỘT KÍCH THÍCH****

# ****(VIÊM ĐẠI TRÀNG CO THẮT)****

### I- ĐỊNH NGHĨA :

- Là rối loạn chức năng của đại tràng.

- Trước đây, nhiều tên gọi : viêm đại tràng co thắt, bệnh đại tràng thần kinh, co thắt đại tràng.

### II- CHẨN ĐOÁN:

**1- TRƯỜNG HỢP NGỒI Ở PHÒNG KHÁM, CHƯA CÓ CÁC CẬN LÂM SÀNG:**

Phải thỏa mãn đủ cả 02 điều kiện sau:

- Không có dấu hiệu báo động.

- Phù hợp tiêu chuẩn ROMEIII.

### \* TIÊU CHUẨN ROME III:

- Trong 3 tháng qua có ít nhất 3 ngày/ tháng bn có đau hoặc khó chịu ở bụng kèm theo ít nhất 2 trong 3 dấu hiệu sau :

+ Cải thiện sau đi cầu .

+ Khởi phát kèm thay đổi số lần đi cầu .

+ Khởi phát kèm thay đổi hình dạng, tính chấtcủa phân

- Triệu chứng khởi phát ít nhất 6 tháng.

**\* DẤU HIỆU BÁO ĐỘNG:**

|  |  |
| --- | --- |
| HỎI BỆNH | KHÁM |
| Khởi phát tuổi > 50 | Thăm trực tràng có máu |
| Tiền sử gia đình: polyp , K đại tràng | Thiếu máu |
| Có máu trong phân | Sờ thấy khối ở bụng |
| Sốt | Có dấu tắc ruột / bán tắc |
| Sụt cân | Suy kiệt |
| Tiêu chảy liên tục |  |

**2- NẾU KHÔNG THỎA MÃN 2 ĐIỀU KIỆN NÊU TRÊN** : Ta phải dựa vào Lâm sàng và kết hợp xét nghiệm cận lâm sàng

**\* BIỂU HIỆN LÂM SÀNG:** Có thể có các biểu hiện sau đây - Đau bụng / khó chịu ở bụng

- Tiêu chảy : thương gặp

- Táo bón : đi cầu < 3 lần/ tuần

- Táo bón / xen kẽ tiêu chảy.

- Chướng bụng

- Cảm giác đi cầu không hết

**\* CẬN LÂM SÀNG**: Phải có đầy đủ các xét nghiệm sau đây

- XN MÁU :

+ CTM, VS, ĐƯỜNG, TSH , ION ĐỒ : Bình thương

- XN PHÂN : Máu ẩn/phân (-), KSTĐR (-)

- XQ ĐẠI TRÀNG / sOi đẠi tràng : Bình thương.

### III- ĐIỀU TRỊ VIÊM ĐẠI TRÀNG CO THẮT:

**1- ĐIỀU TRỊ KHÔNG DÙNG THUỐC:**

- Giải thích trấn an bệnh nhân .

- Tâm lý liệu pháp, thư giãn.

- Chế độ ăn uống :

+ Cần kiêng : Đồ béo, Đồ sống, rau tươi, RƯỢU + Hiệu quả : 10 - 60% số trường hợp.

### 2- ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC:

**\* THUỐC TÁC ĐỘNG NHU ĐỘNG RUỘT** → Giảm triệu chứng đau bụng → Có thể dùng 01 trong 2 nhóm thuốc sau

**- Ức chế phó giao cảm :**

+ ATROPINE : Chỉ có dạng chích

+ Dẫn xuất Atropine : Hyoscin (Buscopan 10mg) 1v x 3 (u)

+ Tác dụng phụ : # Atropine + CCĐ : Bí tiểu, Glaucoma.

**- GIÃN CƠ TRƠN :**

+ Ít tác dụng phụ , không có chống chỉ định

+ Spasmaverin, Alverin (Meteospasmyl), drotaverin (Nospa),......

+ Trimebutine (Debridat) : Điều hòa nhu động ruột + liều dùng : 1-2 viên x 2-3 lần / ngày (u)

**\* THUỐC GIẢM TIÊU CHẢY :**

- Loperamide (Imodium): 1v x 2-3 lần/ngày

- Bảo vệ niêm mạc ruột

+ Than họat ( CARBOGAST, CARBOTRIM) 2 viên x 2-3 lần/ngày + Đất sét (Smecta, Actapulgite): 1 gói x 2-3 lần/ngày

\* THUỐC NHUẬN TRƯỜNG THẨM THẤU → giảm triệu chứng táo bón.

□ Đường : Sorbitol, Lactulose (Duphalac) 1 gói x 2-3 lần/ngày

□ Cao phân tử : Macrogol (FORLAX) 1 gói x 1-3 lần/ngày

### \* THUỐC GIẢI LO ÂU - AN THẦN.

+ Hiệu quả khi bệnh nhân quá lo âu, stress, căng thẳng.

+ Thương dùng Diazepam 5mg: 1 v (u) tối.

+ Hoặc Sulpiride 50mg : 1v x 2-3 lần/ngày.

## VIÊM ĐẠI TRÀNG MẠN TÍNH

Là một bệnh mạn tính ở đại tràng do nhiều nguyên nhân.

- Nhiễm ký sinh trùng Amibe.

- Lao.

- Ung thư đại trực tràng.

- Túi thừa đại trực tràng, Polyp đại tràng.

- Viêm loét đại trực tràng , bệnh Crohn.

**CHẨN ĐOÁN VIÊM ĐẠI TRÀNG MẠN TÍNH**

**1. Viêm Đại Tràng Mạn Do Amibe:**

- Đau bụng âm ỉ dọc khung đại tràng, hoặc hố chậu phải.

- Từng đợt có tiêu phân đàm lẫn máu.

- Có thể sốt nhẹ.

- Xét nghiệm phân có E. histolytica, có hồng cầu, bạch cầu.

- Nội soi đại tràng có hình ảnh viêm xuất huyết rời rạc, các vết loét hình móng tay ở niêm mạc.

- Huyết thanh chẩn đoán nhiễm Amibe dương tính.

**2. Viêm Đại Tràng Mạn Do Lao:**

- Thương khu trú ở vùng hồi manh tràng.

- Có tiền căn lao phổi.

- Đau vùng hố chậu phải không lan, âm ỉ kéo dài.

- Phân lỏng, có thể lẫn đàm máu.

- Sốt nhẹ về chiều.

- Sụt cân, mệt mỏi.

- Nội soi khung đại tràng thấy tổn thương viêm ở vùng hồi manh tràng, sinh thiết hồi manh tràng phát hiện tổn thương lao.

- Xét nghiệm tìm AFB trong đàm, phân.

- XQ khung đại tràng cản quang thấy manh tràng dầy cứng, hồi tràng chỗ hẹp, chỗ phình.

**3. Ung Thư Đại Trực Tràng:**

- Đau âm ỉ vùng hố chậu trái hoặc phải.

- Thương tiêu phân có lẫn máu bầm, có thể có đàm, giống máu cá.

- Đau khi sờ thấy khối u ở vùng hai hố chậu.

- U lớn thương gây triệu chứng bán tắc ruột, tắc ruột.

- XQ khung đại tràng cản quang thấy hình ảnh khuyết không đều hoặc hẹp không đều do u xâm lấn.

- Nội soi khung đại tràng phát hiện u của đại tràng, trực tràng.

- Sinh thiết khối u gởi xét nghiệm làm GPBL tìm tế bào ác tính.

**4. Polyp Đại Trực Tràng:**

- Thương không có triệu chứng, ít sụt cân, ít đau bụng.

- Có thể đi tiêu phân có đàm máu từng đợt.

- XQ khung đại tràng thấy một chỗ khuyết tròn giới hạn rõ.

- Nội soi khung đại tràng xác định Polyp, sinh thiết và cắt đốt Polyp qua nội soi có kết quả tốt. Có khả năng hóa ác.

**5. Túi Thừa Đại Tràng:**

- Thương không có triệu chứng đặc hiệu.

- Khi viêm có thể gây đau bụng, tiêu phân có lẫn đàm máu.

- XQ khung đại tràng và nội soi khung đại tràng để phát hiện túi thừa đại tràng.

**6. Viêm Loét Đại Tràng (UC)**

- Đau nhẹ vùng hố chậu trái.

- Thương tiêu máu đỏ rất nhiều, từng đợt, làm bệnh lo sợ, mệt mỏi.

- Thể trạng mệt mỏi, xanh xao, suy sụp nhanh.

- XQ khung đại tràng thương dãn và giảm nhu động.

- Nội soi khung đại tràng niêm mạc viêm đỏ xuất huyết hoặc rịn máu.

- Huyết thanh chẩn đoán pANCA (+) 60 - 70%.

**7. Bệnh Crohn (CD)**

- Thương có tổn thương ở nhiều chỗ của đường tiêu hóa, hay ở ruột non nhiều, tổn thương viêm và loét ở niêm mạc rất thương gặp.

- Đau âm ỉ vùng hạ vị và hố chậu.

- Có thể sốt nhẹ, ăn không tiêu, đầy bụng, mệt mỏi.

- XQ khung đại tràng có chỗ hẹp đều.

- Nội soi sinh thiết để chẩn đoán bệnh Crohn với tổn thương xuyên thành.

- Kháng thể kháng Saccaromyses (+) 60% - 70%.

**8. Hội Chứng Kém Hấp Thu:**

- Tiêu phân sệt có Lipid và Protid.

- Do các bệnh lý ở ruột non, ngoài ra còn có thể do nguyên nhân từ dạ dày, gan mật, tụy.

- Xét nghiệm phân có nhiều Lipid và Protid, có thể có vi trùng và ký sinh trùng.

**9. Hội Chứng Ruột Kích Thích (I.B.S):**

- Thương đau quặn bụng, táo bón xen kẽ tiêu chảy từng đợt.

- Chán ăn, mệt mỏi, lo lắng nhiều, mất ngủ.

- Tổng trạng thương tốt, ít sụt cân.

- XQ khung đại tràng có thể tăng nhu động ruột.

- Nội soi khung đại tràng không phát hiện tổn thương thực thể.

- Xét nghiệm phân không có hồng cầu, bạch cầu, vi trùng, ký sinh trùng.

- Khi chẩn đoán là I.B.S cần phải loại bỏ các bệnh lý có tổn thương thực thể ở đại tràng, tránh bỏ sót.

**ĐIỀU TRỊ VIÊM ĐẠI TRÀNG MẠN TÍNH**

**1. Chế Độ Ăn Uống:**

- Hạn chế sử dụng thức ăn có nhiều chất mỡ béo.

- Không sử dụng các thực phẩm chua cay, kích thích, rượu bia, càphê.

- Nên sử dụng các thức ăn lỏng nhẹ, dễ tiêu hóa.

**2. Điều Trị Nguyên Nhân:**

- Do Amibe: Metronidozole 1,5g/ngày, trong 7- 14 ngày.

- Do lao: điều trị lao theo phác đồ.

- Ung thư đại trực tràng, Polyp. túi thừa: có chỉ định ngoại khoa.

- Viêm loét đại tràng, bệnh Crohn có thể sử dụng Corticoid (0,5 -1mg/kg/ngày), phối hợp với Mesalamine 5ASA (Tidocol, Pentasa.... ). Kháng sinh có thể sử dụng Metronidozole kết hợp Quinolone.

**BIẾN CHỨNG VIÊM ĐẠI TRÀNG MẠN TÍNH**

- Tắc ruột thương do lao hoặc u đại trực tràng.

- Xuất huyết tiêu hóa: gặp ở nhiều bệnh lý.

- Lỗ dò ở đường tiêu hóa thương gặp ở bệnh Crohn.

- Chit hẹp, áp xe, thủng, ung thư hóa thương là biến chứng của các bệnh Crohn, viêm loét đại tràng .

- Chỉ định ngoại khoa: điều trị nội thất bại, xuất huyết nặng, hẹp, thủng, lỗ dò, ung thư hóa.

# VI. TRUYỀN NHIỄM

## PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TIÊU CHẢY CẤP

**I. ĐẠI CƯƠNG (ĐỊNH NGHĨA)**

Tiêu chảy là sự thay đổi vận động bình thương của đại tràng, được đặc trưng bởi số lần đi tiêu (ít nhất 3 lần trong ngày) và lượng phân (> 200 gram phân /ngày).

Tùy thời gian diễn tiến, tiêu chảy được phân loại như sau:

• Tiêu chảy cấp: thương tự giới hạn < 14 ngày, hơn 90% trường hợp tiêu chảy cấp là do nhiễm trùng; những nguyên nhân này thì thương đi kèm với nôn ói, sốt và đau bụng. Khoảng 10% là do thuốc, ngộ độc thức ăn, thiếu máu và do nguyên nhân khác.

• Tiêu chảy dai dẳng: từ 2-4 tuần.

• Tiêu chảy mạn: kéo dài trên 4 tuần.

Hai tình trạng rối loạn đi cầu thương gặp, nhưng người bệnh thương nhầm tưởng là tiêu chảy, do đó cần phải phân biệt với tiêu chảy trong quá trình tiếp cận chẩn đoán:

- Giả tiêu chảy: đi cầu nhiều lần, nhưng mỗi lần đi chỉ được chút ít phân, đi kèm với triệu chứng buốt mót.

- Tiêu không tự chủ: bệnh nhân không tự kiểm soát được tình trạng thoát phân.

**II. DỊCH TỄ HỌC:**

Mặc dù có giảm tỷ lệ tử vong trên toàn thế giới, nhưng tiêu chảy vẫn gây ra trên 2 triệu người chết mỗi năm và kết hợp với việc suy giảm thể chất và phát triển nhận thức ở một số quốc gia có nguồn lực giới hạn. Ở Mỹ, ước lượng có từ 211 đến 375 triệu người bị tiêu chảy cấp mồi năm, trong số đó có hơn 900.000 trường hợp nhập viện và 6.000 người chết mồi năm.

Tần suất: chiếm 11% dân số chung, cao nhất ở trẻ dưới 5 tuổi.

**III. CƠ CHẾ BỆNH SINH**

**1) Tiêu chảy thẩm thấu:**Khi trong lòng ruột có một lượng lớn các chất có tính thẩm thấu cao nhưng không được hấp thu (thuốc tẩy xổ, các thuốc chứa Magne sulíate...). Do niêm mạc ruột hoạt động như một màng bán thấm nên nồng độ thẩm thấu cao trong lòng ruột sẽ gây ra sự di chuyển Na+ và nước vào trong lòng ruột. Tiêu chảy thẩm thấu ngừng diễn tiếnnếu bệnh nhân nhịn đói.

2) **Tiêu chảy dịch tiết:**Độc tố của vi khuẩn (Vibrio cholerae, E. coli, s. aureus, Baccillus cereus) và một số thuốc nhuận trường có tác dụng kích thích sự bài tiết nước và Cl- vào trong lòng ruột. Ngoài ra còn có thể kèm theo hiện tượng ức chế hấp thu Na+.

**3) Tiêu chảy do viêm (tiêu chảy dịch rỉ):**Thương do nhiễm các vi trùng xâm lấn niêm mạc gây độc tế bào (Shigella, Salmonella, Campylobacter, Yersinia, Clostridium diíĩicile) hoặc ký sinh trùng (Emtamoeba histolytica). Tại vùng niêm mạc bị tổn thưomg có hiện tượng bài tiết nhầy, máu, mủ, protein vào lòng ruột. Khả năng hấp thu nước, ion và các chất hòa toan cũng bị rối loạn. Ngoài ra prostaglandine do hiện tượng viêm nhiễm tạo ra còn làm tăng tiết và tăng nhu động ruột góp phần vào cơ chế gây tiêu chảy.

**4) Do rối loạn nhu động ruột (tăng hoặc giảm nhu động ruột):**Thương gây ra tiêu chảy mạn tính. Gặp trong các bệnh tiểu đường, cường giáp, suy thượng thận (bệnh Addison).

**IV. NGUYÊN NHÂN**

**1/Nhiễm trùng:**

**• Vi trùng:**Escherichia coli, Salmonella, Shigella, Campylobacter jejuni, Vibrio parahaemolyticus, Vibrio cholerae, Yersinia enterocolitica, Clostridium diíEcile, Staphylococcus aureus, Bacillus cereus.Chiếm 15 - 20%, phát triển từ 6 - 24h sau ăn thức ăn nhiễm khuẩn; nghi ngờ nếu bệnh đồng thời xuất hiện ở những người cùng dùng chung đồ ăn.

❖ **Siêu vi:**Rotavirus, Enterovirus, Norwalk-like virus (Norovirus). Chiếm 50 - 70%, đây là thể phổ biến nhất, thương tự giới hạn trong thòi gian từ 1 đến 3 ngày. Các tác nhân làm thay đổi hình thái học tế bào biểu mô nhỏ (như: làm các vi nhung mao ngắn lại và tăng số lượng tế bào nang)

**♦♦♦ Ký sinh trùng:**Giardia lamblia, Cryptosporidium, Entamoeba histolytica, Isospora belli. Chiếm 10 -15%, là nguyên nhân gây tiêu chảy kéo dài, đặc trưng bởi tiêu chảy mất nước.

Liên quan đến trẻ em:

• Rotavirus là nguyên nhân phổ biến của tiêu chảy do siêu vi trong những tháng mùa đông và đi kèm với nôn ói.

• Những nguyên nhân khác: ngộ độc thức ăn, do thuốc, rối loạn hấp thu.

**2/Độc chất:**

• Độc chất từ vi trùng (ngộ độc thức ăn): Staphylococcus, **c.**perfrigens, E.coli, Clostridium bolilỉnum, Pseudomonas...

• Hóa chất độc: chì, thủy ngân, arsenic...

**3/ Chế độ ăn uống:**

❖ Rượu, tình trạng không dung nạp thức ăn không đặc hiệu, dị ứng thức ăn.

❖ Tác nhân phụ củamột số thuốc.

**4/ Khác:**Viêm ruột thừa, viêm túi thừa, xuất huyết tiêu hóa, chứng nghẹt phân.

**V. YẾU TỐ NGUY CƠ**

- Du lịch đến nước đang phát triển.

- Cá nhân được chăm sóc tích cực.

- Ăn uống những thức ăn không an toàn (thịt sống, trứng, hải sản; sữa hay nước trái cây chưa tiệt trùng), hoặc bơi hay uống những nước không vệ sinh.

- Thăm nông trại hay sở thú vật nuôi hoặc có tiếp xúc với các loại bò sát, vật nuôi bị tiêu chảy.

- Tiếp xúc với người bệnh (ở khu tập thể, văn phòng hay giao tiếp xã hội).

- Dùng thuốc thương xuyên hay gần đây (kháng sinh, kháng acid, chống nhu động).

- Tình trạng đặc biệt về y khoa trước đó: AIDS, dùng thuốc ức chế miễn dịch, cắt dạ dày trước đó, lớn tuổi...

- Tiếp xúc hay giao hợp qua đường miệng - hậu môn.

- Nghề nghiệp về quản lý đồ ăn hay chăm sóc bệnh nhân tại nhà.

**VI. CHẨN ĐOÁN**

**A. LÂM SÀNG:**

**1. Triệu chứng cơ năng:**

- Chán ăn ± nôn ói, khó chịu

- Đau đầu, đau cơ

- Đánh giá đặc tính phân: số lần và số lượng, có hiện diện chất nhày hay máu trong phân.

- Đã từng đi du lịch ở đâu, ăn thức ăn chưa chín hay sống, hải sản sống, sửa chưa tiệt khuẩn, tiếp xúc với người bệnh.

- Với Giardia: chuột rút, nhợt nhạt, phân dính mỡ, mệt, sụt cân, mạn tính.

**2. Triệu chứng thực thể:**

- Phân nước lỏng ± máu hay nhày

- Sốt

- Đau bụng và đầy bụng

- Tình trạng mất nước, giảm sức căng của da, màng nhày khô, tụt huyết áp hay thiểu niệu. Ở trẻ em: thiếu nước mắt, giảm áp lực thóp.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Các dấu hiệu** | **Mất nước độ 1** | **Mất nước độ 2** | **Mất nước độ 3** |
| Khát nước | ít | Vừa | Nhiều |
| Tình trạng da | Bình thương | Khô | Nhăn nheo, mất đàn hồi da, mắt trũng |
| Mạch | <100 lần/phút | Nhanh nhỏ (100-120 lần/phút) | Rất nhanh, khó bắt (> 120 lần/phút) |
| Huyết áp | Bình thương | < 90 mmHg | Rất thấp, có khi không đo được |
| Nước tiểu | ít | Thiểu niệu | Vô niệu |
| Tay chân lạnh | Bình thương | Tay chân lạnh | Lạnh toàn thân |
| Lượng nước mất | 5-6% trọng lượng cơ thể | 7-9% trọng lượng cơ thể | Từ 10% trọng lượng cơ thể trở lên |

- Kiểm tra bụng: không giống các nguyên nhân gây tiêu chảy liên quan đén phẫu thuật như viêm ruột thừa hay áp xe khung chậu.

**A. CẬN LÂM SÀNG:**

- CTM: tăng bạch cầu, giảm hemoglobin có thể từ mất máu.

- Điện giải đồ: Tăng Natri từ mất nước; giảm Kali từ tiêu chảy.

- BUN, creatinine: tăng trong mất nước

- Kiểm tra phân:

• Phân máu có trong bệnh viêm đại tràng, thiếu máu đại tràng, nhiễm khuẩn.

• Phân có nhiều bạch cầu gặp trong tiêu chảy do Salmonella, Campylobacter, Yersinia.

• Tiêu chảy mắc phải từ cộng đồng hay do du lịch > 1 ngày hay đi kèm với sốt hay phân có máu: cấy hay tìm Salmonella, Shigella, Campylobacter, E. coli. Nếu dùng kháng sinh hay hóa chất trong một số tuần gầy đây, tìm c. diữicile toxin A và B.

• Tiêu chảy do bệnh viện (xuất hiện > 3 ngày sau nhập viện): tìm c. diữicile toxin A và B. Cũng cần phải cấy vi khuẩn ở những bệnh nhân đi tiêu phân có máu hay ở trẻ em.

• Tiêu chảy > 7 ngày: tìm trứng và ký sinh trùng trong phân kèm theo phải cấy vi khuẩn ở những bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch.

• Elisa Giardia : nhạy > 90% ở dân số nguy cơ.

- Hình ảnh: X quang bụng (hình đĩa dẹp và ở trên bên phải) được chỉ định trong đau bụng hay có bằng chứng của tắc nghẽn trong ngộ độc và thiếu máu đại tràng.

- Nội soi đại tràng sigma được chỉ định trong tiêu chảy có lẫn máu hay nghi ngờ viêm loét đại tràng hay viêm đại tràng màng giả.

- Tìm mô bệnh học:

• Tiêu chảy do siêu vi: Những thay đổi hình thái học ở tế bào thành ruột non bao gồm làm ngắn các vi nhung mao, tăng số lượng tế bào nang và tăng tế bào bản mỏng.

• Tiêu chảy do vi khuẩn: vi khuẩn xâm nhập vào thành đại tràng dẫn đến sung huyết lớp nhày, phù, và thấm nhập bạch cầu.

B. QUẢN LÝ BỆNH:*dựa* vào tiền sử và lâm sàng.

**1/ Viêm đường tiêu hóa do siêu vi hay do nhiễm độc từ thức ăn nhiễm độc.**

**❖ Nhiễm độc thức ăn:**

- Giai đoạn ủ bệnh từ 6-24 giờ

- Tiêu chảy xảy ra từ 2-7 giờ sau ăn thức ăn nhiễm độc

- Tiêu chảy có thể sau ói và thương không nghiêm trọng

- Đau bụng có thể hiện diện và thương đau bụng tự nhiên

- Hầu hết các bệnh nhân thì hết sốt và không có mất nước nghiêm trọng, trừ khi ói và tiêu chảy nhiều.

**❖ Viêm đường tiêu hóa do siêu vi:**

- Thời gian ủ bệnh thương từ 18-72 giờ

- Đặc trưng bởi đợt tấn công đột ngột của nôn ói và đau bụng sau ói và/ hay tiêu chảy.

- Sốt nhẹ (> 3 7,5 °C) xuất hiện ở khoảng 1/2 người bị ảnh hưởng

- Đau đầu, đau cơ, triệu chứng đường hô hấp trên và đau bụng thì phổ biến

- Tế bào hồng cầu và bạch cầu thì không được tìm thấy trong phân

- Bệnh thì thương nhẹ và tự hết trong khoảng từ 24 - 48 giờ.

**2/ Tiêu chảy du lịch:**

- Gần 40% người đi du lịch ở nước đang phát triển (Châu Mỹ La tinh, Châu Phi, Châu Á). Thương nhiễm độc tố của Escherichia coli, Campylobacter, Shigella, Aeromonas, Norovirus, Coronavirus và Salmonella.

- Có thể bệnh xảy ra từ 7 -10 ngày sau khi trở về nhà.

- Bệnh nhân thương cảm thấy mệt

**3/ Tiêu chảy nước:**thể trung gian giữa tiêu phân nước lỏng với hiện diện máu; thương đặc trưng lâm sàng cho tiêu chảy do nội độc tố.

**• Nguyên nhân:**

- Mất nước nghiêm trọng do tiêu chảy nước nhiều là nguyên nhân phổ biến nhất do Vibrio cholerae phân nhóm O1.

- Vibrio 0139, Vibrio non-01 khác và đôi khi Vibrio parahaemolyticus, Aeromonas sp và enteropathogenic Escherichia coli có thể gây ra tiêu chảy thể nhẹ.

- Cholera:

o Cholera được nghĩ tới khi có tiêu chảy nước và mất nước nghiêm trọng,

o Những đặc điểm khác: có đợt tấn công đột ngột tiêu chảy cấp với tiến triển nhanh đến mất nước nghiêm trọng, có xuất hiện vộp bẻ cơ nhưng không có sốt và đau bụng.

o Phân có nước trong màu vàng lục với ít thức ăn còn lại

o Kiểm tra vi thể vùng tối và cấy máu nên được thực hiện ở tất cả các trường hợp.

o Kiểm tra vi thể phân có thể phát hiện ra vi khuẩn, nhưng không có Hồng cầu hay Bạch cầu

o Nếu cholera được tìm thấy ở vùng không lưu hành bệnh, thì nên báo cáo lên các tác giả sức khỏe.

o Bất kỳ trường hợp nào có tiêu chảy nước ở vùng lưu hành bệnh trong suốt dịch bệnh đang tấn công hay theo mùa thì nên được điều trị như là cholera và cấy phân nên được thực hiện.

**4/ Tiêu chảy có máu:**kiểm ừa đại thể phân có chứa máu

**• Nguyên nhân:**

- ShigellavàCampylobacterjejuni:

o s.dysenteriae và s.flexneri có thể gâyrabệnhnghiêmtrọngvàsốtcao.

o s.boydii và s.sonnei gây ra bệnh nhẹ hơn

- Salmonella enteritidis, Yersinia enterocolitica, C.difficile, enterohemorrhagic E coli và enteroinvasive E coli

**• Đặc điểm lâm sàng:**

- Bệnh nhân thương sốt kéo dài > 2 ngày và có thể sốt cao (> 38,5°C)

- Có thể bắt đầu bị tiêu chảy mất nước và diễn biến nhanh chóng thành tiêu chảy máu và chứng kiết lỵ

- Hồng cầu và bạch cầu được tìm thấy trong kiểm tra vi thể phân

- Mất nước nhẹ

- Kiết lỵ: đi tiêu thương xuyên (10-30 lần/ ngày) với lượng phân ít mà có chứa máu, nhày và mủ; bệnh nhân thương chịu đựng chứng vộp bẻ bụng và đau thắt bụng dưới.

**5/ Tiêu chảy trong bệnh viện:**

- Xảy ra với bệnh nhân sau nằm viện >72 giờ.

- Có tiếp xúc với kháng sinh gần đây

- Chẩn đoán nên tập trung vào nhiễm độc do C.diữicile.

c. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

❖ Bệnh viêm đại tràng

❖ Thuốc: kháng cholinergic, kháng acid chứa magne

❖ Viêm đại tràng giả mạc thứ phát sau sử dụng kháng sinh

❖ Viêm túi thừa

❖ Đại tràng co thắt

❖ Rối loạn hấp thu

❖ Hội chứng Zollinger-Ellison

❖ Viêm ruột do thiếu máu

## VII. ĐIỀU TRỊ

**A. THUỐC:**

**1. Chọn lựa đầu tiên:**

❖ Điều trị triệu chứng được giới thiệu trong trường hợp nhiễm trùng tiêu hóa đơn giản tự khỏi khi mà tiêu chảy xảy ra thương xuyên hay gây khó chịu. Trong khi công tác chẩn đoán đang được xác định, hay khi điều trị chuyên biệt thất bại trong kiểm soát triệu chứng, hay khi chưa tìm được nguyên nhân gây tiêu chảy:

❖ Loperamide (2mg): 2-4mg, có thể dùng 4 lần/ngày; dẫn xuất thuốc phiện (cây cà dược và viên thuốc phiện); và thuốc kháng anticholinergic (diphenoxylate và atropine [Lomotil], 15-20mg/ngày) là những thuốc hiệu quả nhất trong chống tiêu chảy không đặc hiệu.

❖ Diosmectite, Attapulgite đã hoạt hóa, Pectin và kaolin, Bismuth subsalicylate có hiệu quả trong điều trị triệu chứng của tiêu chảy cấp.

❖ Nhựa kết hợp với acid mật (Cholestyramine, 1 gram dùng 4 lần/ngày) thì hiệu quả trong tiêu chảy do acid mật.

❖ Octreotide (100-200 pg dùng 2-4 lần*I* ngày) thì hiệu quả trong tiêu chảy xuất tiết do hormone trung gian, và cũng có thể hiệu quả trong tiêu chảy kháng trị.

❖ Nếu tiêu chảy còn tiếp tục và xác định được vi khuẩn hay ký sinh trùng, liệu pháp kháng sinh nên được bắt đầu:

- Giardia: Meữonidazole 250mg uống 3 lần/ngày trong 5-7 ngày, hay Tinidazole 2 gram liều duy nhất. Quinacrine, 100mg uống 3 lan/ngày trong 7 ngày là thuốc thay thế. Điều trị kéo dài hơn có thể cần thiết cho những bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch.

- E. histolytica: Metronidazole 750mg uống 3 lần/ngày hay 500mg truyền tĩnh mạch mỗi 8 giờ từ 5 -10 ngày. Dùng Paromomycin 500mg uống 3 lần/ngày trong 7 ngày, hay Iodoquinol 650mg uống 3 lần/ngày trong 20 ngày, đối với nang amip.

- Shigella: Trimethoprim-sulfamethoxazole 160mg/800mg uống 2 lần/ngày trong 5 ngày, hay Ciprofloxacin 500mg uống 2 lần/ngày trong 3 ngày.

- Campylobacter: Erythromycữi 500mg uống 4 lần/ngày trong 5 ngày, hay Ciprofloxacin 500mg uống 2 lần/ngày trong 3 ngày.

- c. difficile: ngưng kháng sinh nếu có thể. Có thể dùng Metronidazole 500mg uống 3 lần/ngày trong 10-14 ngày nếu tiểu chảy còn tiếp diễn và nguy cơ xấu.

- Tiêu chảy do du lịch: Ciproíloxacin 750mg 1 liều duy nhất, hay nếu nghiêm trọng, 500mg chia làm 2 lần ngày uống trong 3 ngày hay Bactrim 1 viên uông 2 lân/ngày trong 3 ngày, Sulfamethoxazole, trimethoprim, Than hoạt 1 viên uống 2 lần/ngày trong 3 ngày.

• Chống chỉ định:

- Kháng sinh thì chống chỉ định trong nhiễm Salmonella, ngoại trừ nhiễm s. typhosa hay bệnh nhân trong tình trạng nghiêm trọng.

- Tránh đồ uống có cồn với Metronidazole.

- Kháng sinh thì không được chỉ định trong tiêu chảy nhiễm độc từ thức ăn.

• Cảnh báo:

- Thuốc ức chế nhu động ruột (Loperamide) cần phải được cảnh báo ở những bệnh nhân nghi có tiêu chảy nhiễm trùng (đặc biệt là nhiễm E. coli) hay viêm đại tràng do kháng sinh.

- Doxycycline, Sulfamethoxazole-trimethoprim và Ciproíloxacin có thể gây ra nhạy cảm với ánh sáng; sử dụng chống nắng.

• Tương tác thuốc:

- Việc hấp thu Salicylate từ Bismuth subsalicylate có thể gây ra nhiễm độc ở những bệnh nhân đang sử dụng thành phần két hợp với aspirin và có thể làm thay đổi việc kiểm soát kháng đông ở những bệnh nhân đang uống Coumadin.

- Ciproíloxacin và erythromycin làm tăng nồng độ theophyline.

**2. Chọn lựa thứ hai:**

o Nifuroxazide 200mg 4 viên/ngày chia làm 4 lần.

o Doxycycline: 100 mg uống 2 lần/ngày trong 3 ngày

o Diphenoxylate-atropine ở những người không có thai

o Tinidazole hay Secnidazole trong nhiễm E. histolytica

o Vancomycin uống trong nhiễm C.difficile

### B. ĐIỀU TRỊ KHÁC:

**1. Phương pháp chung:**

**❖ Thay thế mất dịch hay điện giải:**

• Bù nước bằng đường uống: Áp dụng cho những trường hợp nhẹ, giai đoạn đầu chưa mất nước nhiều và giai đoạn hồi phục. Có thể áp dụng tại nhà hoặc ở các cơ sở y tế.

- Các chất lỏng sạch ở nhiệt độ phòng như lá trà, nước luật thịt, các đồ uống có đường (không có caíĩeine) và các dịch bù nước để thay thế mất dịch.

- Các loại dịch dùng đường uống: Oresol (ORS) (gồm NaCl 3,5g, NaHC03 2,5g, KC11,5g và glucose 20g) pha với một lít nước đun sôi để nguội.Có thể pha dịch thay thế: 8 thìa nhỏ (thìa cà-phê) đường, 1 thìa nhỏ muối pha trong 1 lít nước; hoặc nước cháo 50g gạo và một nhúm (3,5g) muối hoặc nước dừa non có pha một nhúm muối.

Nên cho uống theo nhu cầu. Nếu nôn nhiều nên uống từng ngụm nhỏ.

• Bù khối lượng tuần hoàn bằng truyền tĩnh mạch:

- Tổng lượng dịch truyền trong ngày =A+B + M

A: Lượng dịch mất trước khi đến viện (theo mức độ mất nước).

B: Lượng phân và chất nôn mất tiếp khi nằm viện.

M: Lượng nước duy trì trong ngày.

- Các loại dịch truyền:Natri clorid 0,9% hoặc Ringer lactate, Natri bicarbonat 1,4% (1 phần)Glucose 5% (1 phần)

- Bổ sung thêm kali clorid(KCl) : mồi 1 lít dịch truyền pha thêm lg Kcl.

❖ Thuốc bù và thay thế:

- Ở trẻ em với tiêu chảy nhiễm trùng cấp, điều trị với Lactobacillus thì thương an toàn và hiệu quả trong việc làm giảm số lần tiêu chảy.

- Ở những bệnh nhân được điều trị kháng sinh, đang uống probiotic (Bacillus clausii 2-3 ống hoăc viên/ngày) Saccharomyces boulardii đông khô có thể phòng ngừa tiêu chảy.

**2. Điều trị tiếp:**

**❖ Chế độ:**

- Ăn lại sớm được khuyến khích

- Trong suốt giai đoạn tiêu chảy tiến triển, cần tránh cà phê, rượu, các sản phẩm có chứa bơ sữa, hầu hết trái cây, rau, thịt đỏ.

- Bắt đầu ăn súp sạch với gạo, bánh mì nướng khô, nước quả loãng.

- Khi giảm số lần đi tiêu, thì từ từ thêm chế độ khoai tây nướng và súp gà với mì.

- Khi phân bắt đầu có hình dạng hồi phục, thì thêm chế độ cá nướng, chim nuôi, nước xốt táo và chuối.

**3. Tiêu chuẩn ra viện:**

- Hết tiêu chảy.

- Tình trạng lâm sàng ổn định.

- Kết quả xét nghiệm cấy phân âm tính 3 lần liên tiếp. Ở những cơ sở không có điều kiện cấy phân thì cho bệnh nhân ra viện sau khi ổn định về mặt lâm sàng được 1 tuần.

**4. Thuật toán trong việc quản lý tiêu chảy cấp:**

**VIII. PHÒNG NGỪA CHUNG**

+ Thương xuyên rửa tay, vệ sinh thích hợp

+ Phòng ngừa vaccine Rotavirus

+ Hạn chế thức ăn cầm tay,ăn chín, uống sôi, kiểm tra vệ sinh an toàn thực phẩm, nước đá, nước giải khát. Không nên ăn các hải sản tươi sống, mắm tôm sống vĩ nguồn bệnh có thể ở trong đó và lây bệnh.

+ Cẩn thận trong suốt chuyến du lịch nước ngoài để tránh bàn chảy đánh răng với nước bẩn, hay ăn salad hoặc thịt lạnh.

**IX. TIÊN LƯỢNG**

Những vấn đề phổ biến này thì hiếm khi đe dọa tính mạng nếu bù đủ nước.

**X. BIẾN CHỨNG**

- Mất nước

- Nhiễm trùng huyết

- Sốc

- Thiếu máu

- Khác: Tiêu chảy nhiễm trùng có thể đi kèm với tổn thương hệ thống. Viêm khớp (hội chứng Reiter's), viêm niệu đạo, và viêm màng kết có thể kết hợp hay sau nhiễm Salmonella, Campylobacter, Shigella, và Yersinia. Riêng Yersinia có thể dẫn đến viêm tuyến giáp, viêm màng ngoài tim và viêm cầu thận thể tự miễn. Cả E.coli (0157: H7) và Shigella có thể dẫn đến hội chứng hemolytic-uremic với nguy cơ tử vong cao.

## SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

**I. ĐẠI CƯƠNG:**

Sốt xuất huyết Dengue là bệnh do virus Dengue gây ra. Muỗi Aedes aegypti là côn trùng trung gian chủ yếu lan truyền virus Dengue từ người bệnh sang người lành.

**II. CHẨN ĐOÁN SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE:**

**Chẩn Đoán Nhiễm Virus Dengue Theo WHO 2009**

|  |  |
| --- | --- |
| Gợi ý cao | Xác định |
| Kết quả:IgM (+)/ 1 mẫu XN | Môt trong các kết quả:1. IgM chuyển (+)/2 mẫu cách một tuần2. IgG chuyển (+) hay nồng độ IgG tăng 4 lần/2 mẫu |

1. **ĐIỀU TRỊ: SƠ ĐỒ PHÂN NHÓM ĐIỀU TRỊ NGƯỜI BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE**
2. 

**1. Điều Trị Sốt Xuất Huyết Dengue Có Dấu Hiệu Cảnh Báo**



## BỆNH THỦY ĐẬU

**I. ĐẠI CƯƠNG BỆNH THỦY ĐẬU**

**1 Định nghĩa**

Bệnh thủy đậu (Chickenpox) là bệnh truyền nhiễm lây qua đường hô hấp do virus Varicella Zoster (VZV) gây nên. Biểu hiện lâm sàng là sốt, phát ban dạng nốt phỏng ở da và niêm mạc.

**2. Dịch tễ học**

- Tác nhân gây bệnh là virus Varicella Zoster.

Trên lâm sàng virus gây nên bệnh thủy đậu (tiên phát) và zona (thứ phát).

- Người là ổ chứa bệnh duy nhất.

Lây trực tiếp qua đường hô hấp (các giọt nước bọt), và khi tiếp xúc trực tiếp với các tổn thương da và niêm mạc.Thời gian lây nhiễm khoảng 1 tuần( từ 1-2 ngày trước khi nổi mụn nước đến khi các mụn nước đóng vảy). Khả năng lây nhiễm cao, sau khi mắc bệnh có miễn dịch bền vững.

**II. CHẨN ĐOÁN** **BỆNH THỦY ĐẬU**

**1. Chẩn đoán xác định**

Dựa vào dịch tễ, lâm sàng, xét nghiệm.

**a. Dịch tễ học**

Có tiếp xúc với bệnh nhân bị thủy đậu.

**b. Lâm sàng**

• Lâm sàng điển hình:

- Thời kì nung bệnh: từ 10 - 21 ngày, trung bình 14 ngày, không triệu chứng.

- Thời kì khởi phát:

+ Sốt nhẹ 37-38°C, đôi khi sốt cao 39-40°C. Nhức mỏi toàn thân, ăn uống kém.

+ Nổi nốt phỏng: thoạt đầu là những nốt nhỏ màu hồng, sau đó nổi gồ trên da, ngứa, trong vòng 24 giờ trờ thành nốt màu hồng có phỏng nước trong, rất nông, xung quanh nốt phỏng có đường viền da mảnh, màu đỏ. Sau 48 giờ nốt phỏng khô lại: chất dịch bên trong nốt phỏng trờ nên có màu đục, vùng trung tâm nốt phỏng thu nhỏ lại và khô, sờ vào nốt phỏng vẫn mềm (khác với đậu mùa sờ vào nốt phỏng thấy cứng).

Vị trí nốt phỏng: rải rác khắp nơi, hay gặp nhất là ở mặt, ngực, trên da đầu và chân tóc luôn có. Đôi khi nốt phỏng mọc ở niêm mạc khoang miệng.

Sau khoảng 4 ngày, vẩy vàng xuầt hiện, khoảng ngày thứ 10 trở đi bắt đầu bong vẩy, thương không để lại sẹo.

+ Có thể sưng hạch ngoại vi.

• Thủy đậu ở các cơ địa đặc biệt

+ Thủy đậu ở người suy giảm miễn dịch: (mắc bệnh bạch cầu, u lympho, điều trị corticoid kéo dài.. ,).Tình trạng nhiễm trùng nặng, các nốt phỏng thương hoại tử và chảy máu.Hay có tổn thương các tạng như phổi, gan, thần kinh và gây đông máu rải rác trong lòng mạch (DIC), Có thể gây tử vong.

+ Thủy đậu ở phụ nữ có thai: người bệnh dễ bị biến chứng viêm phổi, Nếu mắc trong 3 tháng đầu của thai kì thì dễ bị sẩy thai hoặc sinh con bị dị tật( đầu nhỏ, bại não, sẹo bẩm sinh.). Nếu mắc bệnh gần ngày sinh hoặc ngay sau sinh thì trẻ sơ sinh dễ bị thủy đậu nặng với mụn nước nhiều, viêm phổi, viêm màng não.

**c. Cận lâm sàng**

- Phân lập virus ( nuôi cấy trên môi trường tế bào) bệnh phẩm là dịch nốt phỏng, máu khi bệnh nhân đang sốt.

- Huyết thanh chẩn đoán: xuất hiện kháng thể kháng virus thủy đậu( IgM) hoặc biến động hiệu gíá kháng thể.

**2. Chẩn đoán phân biệt**

**a. Hội chứng chân tay miệng**

- Do virus Coxsackie nhóm A gây nên, thương ở trẻ nhỏ.

- Phát ban dạng nốt phỏng có xuất huyết tập trung ở da lòng bàn tay, bàn chân, gối, khuỷu, mông, ở khoang miệng. Sang thương không hóa mủ, khi lành không để lại sẹo.

- Chẩn đoán nhờ phân lập virus hoặc kỹ thuật PCR.

**b. Chứng ngứa sẩn**

- Ở giai đoạn đầu khi chưa mọc các nốt phỏng cần phân biệt với các sẩn ngứa.

- Ban sẩn ngứa thương ở dạng sẩn trên da, nhưng không có ở mặt và ở da đầu (ngược lại với thủy đậu).

**III. BIẾN CHỨNG** **BỆNH THỦY ĐẬU**

**1. Viêm da bội nhiễm:** thương do vệ sinh không tốt,tác nhân là liên cầu hoặc tụ cầu.nặng hơn vi trùng có thể xâm nhập từ mụn nước vào máu gây nhiễm trùng huyết.

**2 Biến chứng thần kinh:**

-Hội chứng Guillain-Barré.

- Viêm não - màng não Bệnh nhân đột ngột sốt tăng lên, nhức đầu, li bì, nhiều khi co giật và liệt. Khám có hội chứng màng não. Nước não tủy trong, có tăng bạch cầu lympho, albumin tăng nhẹ.

- Đặc biệt, sau khi bệnh nhân đã khỏi bệnh, siêu vi thuỷ đậu vẫn còn tồn tại trong các hạch thần kinh dưới dạng bất hoạt (ngủ đông). Nhiều năm sau đó, có thể là 10, 20, hay 30 năm sau, khi có điều kiện thuận tiện như sức đề kháng cơ thể kém hay có yếu tố gì khác, thì siêu vi này sẽ tái hoạt động trở lại và gây ra sang thương của bệnh Zona.

**2. Viêm phổi**

- Là biến chứng thương gặp ờ thủy đậu người lớn do bội nhiễm vi khuẩn (20%).

- Xuất hiện ngày thứ 3-5 của bệnh.

- Biểu hiện: ho, sốt, thở nhanh, đau ngực.

- Xquang phổi có hình ảnh thâm nhiễm dạng nốt và viêm phổi kẽ..

**4. Các biến chứng khác**

Viêm cơ tim, viêm gan, viêm giác mạc, viêm khớp, viêm cầu thận, viêm thận, xuất huyết nội tạng, ban xuất huyết giảm tiểu cầu, mất điều hòa tiểu não.

**IV. ĐIỀU TRỊ** **BỆNH THỦY ĐẬU**

- Nên cho trẻ nghỉ học đến khi khỏi bệnh.

- Dùng thuốc sát trùng ngoài da bôi tại chỗ: xanh methylen.

- Dùng thuốc kháng histamin chống ngứa.

- Điều trị Acyclovir: thuốc làm giảm thời gian bệnh, giảm triệu chứng cũng như biến chứng, hiệu quả cao nhất khi dùng 24 giờ trước khi nổi bóng nước.

+ Được chỉ định cho những trường hợp thủy đậu có nguy cơ bị biến chứng.

+ Liều lượng: viên 800mg, dùng 5 lần/ngày trong vòng 5 -7 ngày. Trẻ nhỏ dưới 12 tuổi: 20mg/kg x 6 giờ/lần. Ở người bị suy giảm miễn dịch hoặc có biến chứng thương dùng đường tiêm tĩnh mạch 10-12,5mg/kg x 8 giờ/lần trong 7 ngày.

Có thể dùng Valacyclovir (tiền chất của Acyclovir) liều 1g/lần x 3 lần/ngày trong 7-10 ngày, hoặc Famciclovir 500mg/lần x 3 lần/ngày trong 7-10 ngày.

Trong trường hợp kháng với Acyclovir cho Foscarnet 40mg/kg/lần x 3 lần/ngày trong 10 ngày.

- Trong trường hợp có biến chứng:

+ Các tổn thương viêm da mủ thương do tụ cầu: điều trị bằng oxacillin (Bristopen) hoặc vancomycin.

+ Biến chứng viêm phổi có thể điều trị bằng kháng sinh cephalosporin thế hệ ba (Ceftazidim) hoặc nhóm quinolon (Levoíloxacin) (không sử dụng kháng sinh quinolon cho phụ nữ có thai và trẻ em <12 tuổi).

**PHÒNG BỆNH** **BỆNH THỦY ĐẬU**

1. Phòng bệnh không đặc hiệu

- Phát hiện bệnh sớm để cách ly, tránh tiếp xúc với bệnh nhân.

- Tiêm globulin miễn dịch:

+ Mục đích: phòng ngừa thủy đậu ở những người bị suy giảm miễn dịch khi tiếp xúc với người mắc bệnh thủy đậu.

+ Liều lượng: 0,3ml/kg, tiêm bắp một lần.

+ Liều tiêm có thể dao động từ 2-10 ml.

**2. Phòng bệnh đặc hiệu**

Vaccine chống thuỷ đậu( vaccne sống giảm độc lực) có hiệu quả bảo vệ cao và lâu dài, giúp cơ thể tạo kháng thể chống lại virus thủy đậu.

- Tất cả trẻ em từ 12-18 tháng tuổi được tiêm 1 lần.

- Trẻ em từ 19 tháng tuổi đến 13 tuổi chưa từng bị thuỷ đậu lần nào cũng tiêm 1 lần.

- Trẻ em trên 13 tuổi và người lớn chưa từng bị thủy đậu lần nào thì nên tiêm 2 lần, nhắc lại cách nhau từ 4-8 tuần.

## BỆNH QUAI BỊ

**1. ĐẠI CƯƠNG** **BỆNH QUAI BỊ**

**1.1. Định nghĩa**

Quai bị là bệnh viêm cấp tính tuyến nuớc bọt mang tai do virus quai bị gây ra, tự giới hạn. Đặc trưng của bệnh là sưng đau tuyến nước bọt mang tai không hóa mủ, các tuyến khác như tinh hoàn, tụy và hệ thần kinh trung uơng cũng có thể bị tổn thương. Bệnh thương lành tính, tự khỏi và gây miễn dịch bền vững.

**1.2. Dịch tễ**

- Tác nhân gây bệnh: Siêu vi quai bị thuộc gia đình Paramyxoviridae có cấu trúc di truyền RNA

- Người là ký chủ duy nhất, bệnh xảy ra khắp nơi, thành dịch nhỏ ở các tập thể đông đúc, không có tình trạng người lành mang trùng.

- Trên 50% xảy ra ở lứa tuổi từ 5-9 tuổi, và hơn 90% ở nhóm trẻ trên 14 tuổi. Bệnh lây qua đường hô hấp: nước bọt, ho hắt hơi. Bệnh lây 6 ngày trước khi viêm tuyến mang tai, kéo dài 2 tuần, lây mạnh nhất vào khoảng 2-4 ngày sau khi khởi bệnh.

**2. LÂM SÀNG Gồm 4 thời kỳ:**

**2.1. Thời kỳ ủ bệnh: từ 14-24 ngày.**

**2.2. Thời kỳ khởi bệnh:**

Xuất hiện đột ngột với:

- Mệt mỏi

- Sốt nhẹ, không kèm lạnh run.

- Đau họng và đau góc hàm.

- Đau 3 điểm Rillet Barthez: mõm chủm-khớp thái dương hàm-góc dưới xương hàm.

Sau đó tuyến mang tai to dần và đau nhức, đau tăng khi khám hay khi nhai.

**2.3. Thời kỳ toàn phát**

- Tổn thương tuyến nuớc bọt mang tai sưng to, đau nhức lúc đầu một bên, sau đó lan qua bên còn lại (% các ca) và các tuyến nước bọt khác, đau nhức trong một tuần sau đó nhỏ lại, da trên tuyến đỏ, không nóng, ấn vào có cảm giác đàn hồi (phân biệt với viêm tuyến mang tai do vi trùng).

- Sốt 380-390 C trong 3 ngày đầu của bệnh có khi lên đến 400C, sốt cao thương gặp trong trường hợp có tổn thương ngoài tuyến nuớc bọt.

- Đau đầu, chán ăn, đau bụng, khó nuốt, khó nói.

- Lỗ Stenon sưng đỏ, có khi có giả mạc.

- Hạch trước tai và góc hàm to đau.

**2.4. Thời kỳ hồi phục**

Sau một tuần tuyến mang tai nhỏ dần và giảm đau, các triệu chứng khác cũng giảm từ từ và hết.

**3. BIẾN CHỨNG BỆNH QUAI BỊ**

- Tổn thương thần kinh

+ Viêm não màng não: xuất hiện từ 3-10 ngày sau khi viêm tuyến mang tai. Triệu chứng lâm sàng: sốt cao, nhức đầu, ói mửa, rối loạn hành vi tác phong, co giật, cổ gượng (+), có dấu hiệu Kernig và Brudzinki (+).

Cận lâm sàng:

Công thức máu: Bạch cầu bình thương hay giảm, tỷ lệ tế bào lympho tăng.

Dịch não tủy: mang đặc điểm của viêm màng não do siêu vi.

Bệnh thương phục hồi hoàn toàn không để lại di chứng.

+ Tổn thương thần kinh sọ não: điếc thoáng qua chiếm 4,4% ca quai bị, điếc vĩnh viễn một bên trong 1/20000 trường hợp, xuất hiện đột ngột hay từ từ, thương kèm chóng mặt, các thử nghiệm chức năng tiền đình bình thương.

Các biểu hiện thần kinh khác hiếm gặp hơn: thất điều tiểu não, liệt mặt, viêm dây thần kinh số VIII, mù, hội chứng Guillain Barre, viêm tủy cắt ngang ...

- Viêm tinh hoàn và mào tinh hoàn

Thương tổn thương một bên (75%), 2/3 trường hợp xảy ra trong tuần đầu của bệnh.

Lâm sàng: sốt cao, ớn lạnh, đôi khi lạnh run, nhức đầu, nôn ói đau bụng, tinh hoàn sưng to, đau nhức, da bìu đỏ. Sốt càng cao thì bệnh càng nặng, sốt thương giảm sau 5 ngày trong 1/3 trường hợp, đau và sưng cũng giảm song hành với sốt, tuy nhiên 20% trường hợp đau vẫn kéo dài sau 2 tuần.

Tiến triển: bệnh kéo dài 8-10 ngày, không tụ mủ, 30-40% teo tinh hoàn sau 2-4 tháng mắc bệnh, hiếm khi vô sinh thật sự.

- Viêm tụy cấp.

Gặp ở 3-7% trường hợp, xuất hiện 3-5 ngày sau viêm tuyến mang tai, thương nhẹ không triệu chứng. Những trường hợp nặng tạo nang giả tụy với những triệu chứng gợi ý: sốt cao, đau bụng, nôn, phản ứng thành bụng, trụy mạch.

Amylase máu > 3 lần giá trị bình thương và tăng lipase máu (xem bài viêm tụy cấp).

- Viêm buồng trứng: gặp 7% ở tuổi sau dậy thì.

**4. CHẨN ĐOÁN** **BỆNH QUAI BỊ**

**4.1. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH**

- Dịch tễ

+ Tiếp xúc với người bị quai bị.

+ Chưa mắc bệnh, chưa được chủng ngừa.

- Lâm sàng + Sốt.

+ Viêm tuyến mang tai: như mô tả phần trên.

+ Viêm các tuyến khác (có hoặc không): tụy, tinh hoàn, buồng trứng, hệ thần kinh trung uơng.

- Cận lâm sàng:

+ Công thức máu: bạch cầu thương bình thương hoặc giảm nhẹ với lympho tăng. + Tốc độ lắng máu: bình thương (tăng trong tổn thương tinh hoàn và tụy tạng).

+ Amylaze/ máu: tăng nhẹ hay vừa trong 2- 3 tuần, tăng cao khi có kèm theo viêm tụy.

+ Lipase/ máu: chỉ tăng khi có viêm tụy.

+ Dịch não tủy: Trên bệnh nhân viêm màng não siêu vi, nếu amylase máu tăng cao nên nghĩ đến quai bị.

Các xét nghiệm sau ít khi đuợc sử dụng trong các ca quai bị thông thuờng:

+ Xét nghiệm huyết thanh học và siêu vi học: phân lập virus trong bệnh phẩm máu, phết cổ họng, dịch tiết lỗ Stenon, dịch não tủy, nước tiểu. Phát hiện kháng thể IgM, Iμg trong huyết thanh.

+ PCR tìm virus trong bệnh phẩm.

**4.2 CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT** **BỆNH QUAI BỊ**

- Khi chỉ viêm tuyến nước bọt mang tai cần phân biệt với

+ Viêm do vi khuẩn: Tuyến mang tai sưng, nóng, đỏ, đau và mủ chảy ra lỗ ống Stenon khi ấn, số lượng bạch cầu tăng và tăng tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính.

+ Tắc ống dẫn tuyến do sỏi: Dựa vào chụp cản quang ống Stenon.

+ Viêm do các virus khác: Influenza, Parainfluenza... Dựa vào xét nghiệm huyết thanh học và PCR để chẩn đoán.

+ Viêm hạch góc hàm dưới: Thương có triệu chứng viêm rõ, số lượng bạch cầu tăng cao và đa nhân trung tính chiếm ưu thế.

- Khi có viêm tinh hoàn cần phân biệt với

+ Viêm tiền liệt tuyến, mào tinh trong bệnh lậu: Xuất hiện sau khi quan hệ tình dục không an toàn, đái máu, đái mủ. Cấy nước tiểu: vi trùng lậu (+).

+ Lao tinh hoàn và mào tinh hoàn: Diễn tiến bệnh ít cấp tính, chán ăn, sốt về chiều, x quang phổi, siêu âm có dịch màng tinh hoàn, BK đàm, PCR lao trong dịch tinh hoàn.

- Khi có viêm não- màng não:

+ Do vi khuẩn: Chẩn đoán dựa vào dịch não tủy.

+ Do lao: Khởi phát từ từ. Chẩn đoán dựa vào x quang phổi, BK đàm, dịch não tủy.

**5. ĐIỀU TRỊ** **BỆNH QUAI BỊ**: Hiện nay chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, chủ yếu điều trị triệu chứng.

- Viêm tuyến nước bọt đơn thuần:

Cách ly tối thiểu 2 tuần (thời gian có thể lây), hạn chế đi lại trong giai đoạn sốt và sưng tuyến nước bọt.

Chườm ấm vùng tuyến sưng, nếu cần cho giảm đau an thần nhẹ, thương xuyên súc miệng với nước muối sau ăn, ăn lỏng nhẹ những ngày đầu.

Giảm đau, hạ sốt: paracetamol 10MG/kg/8 giờ.

- Khi có viêm tinh hoàn:

Nằm nghỉ tại giường đến khi tinh hoàn hết sưng, hạn chế hoạt động nặng từ 3 -6 tháng, mặc quần lót chặt để treo tinh hoàn, chườm ấm.

Giảm đau, hạ sốt: paracetamol 10MG/kg/8 giờ.

Thuốc chống viêm không steroid: Mobic 15MG/ngày, nếu đau nhiều cho Codein hay Meperidine hoặc đau sẽ giảm nhanh nếu tiêm vào dây tinh ở lỗ bẹn ngoài 10-20 ml dung dịch Procain 1%.

Corticoid (prednisolon, dexamethason): 25-30 MG/ngày x 5- 7 ngày.

- Viêm não-màng não:

Chỉ điều trị triệu chứng, cho kháng sinh khi có dấu hiệu bội nhiễm.

- Viêm tụy:

Giảm đau, giảm tiết, nuôi ăn, kháng sinh nếu có bội nhiễm.

**6. PHÒNG BỆNH** **QUAI BỊ**

Không tiếp xúc với người bệnh trong 14-21 ngày.

- Tạo miễn dịch chủ động:

Tiêm vacxin: đơn giá, đa giá (quai bị, sởi, rubella).

Chỉ định:

Trẻ em 9 tháng tuổi, tiêm nhắc lại lúc 18 tháng tuổi.

Tái tiêm chủng ở người đã tiêm vacxin quai bị dùng virus chết.

- Tạo miễn dịch thụ động:

Dự phòng đặc hiệu bằng gama globulin miễn dịch chống quai bị, dùng sớm cho phụ nữ có thai khi tiếp xúc với bệnh quai bị, 3-4 ml tiêm bắp liều duy nhất.

. Tiêu chuẩn ra viện

Hết sốt, tuyến nuớc bọt mang tai hết sưng đau, các triệu chứng khác ổn định (không có biến chứng).

Thương sau một tuần kể từ khi phát bệnh (để hạn chế lây lan).