

<https://www.facebook.com/yhoc.ykhoa/>

Phác Đồ Điều Trị Bệnh Phụ Sản - Bệnh Viện Tử Dữ Phần 1

1/PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH - BỆNH VIỆN TỬ DỮ

2/CHĂM SÓC VÉT THƯƠNG SAU MỔ

CHĂM SÓC VÉT THƯƠNG SAU MỔ

I. Vết thương sạch khô

- Không thay băng vết thương.
- Cắt chỉ sau mổ 5 ngày.

II. Vết thương chảy máu

- Chảy máu ít thấm băng: thay băng và băng ép chặt vết thương.
- Chảy máu nhiều: kiểm tra vết thương, may cầm máu.

III. Tụ máu vết thương

- Thể hiện bằng một đám bầm tím gồ lên vết mổ.
- Xử trí: cắt một mồi chỉ lấy hết máu cục, rửa sạch vết thương, băng ép.

IV. Nhiễm trùng vết mổ

- Xảy ra ngày thứ 4 -5 sau mổ, vết mổ sưng đau.

- Cắt một mồi chỉ để thoát dịch, để hở vết mổ.
- Điều trị kháng sinh và may da thì 2.

V. Phản ứng chỉ thành bụng

Trong thời kỳ hậu phẫu, tại một chỗ vết mổ tẩy đốt, chảy một ít dịch đục như mủ. Sau đó tự bít lại, dần dần xuất hiện nhiều lỗ dò khác, chỉ khỏi khi lấy chỉ ra.

3/CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH

CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH

I. Mục đích

- Phát hiện sớm những thai kỳ bị DTBS nặng, bệnh lý gen hoặc những trẻ giảm thiểu trí tuệ: HC DOWN, Trisomy 13, Trisomy 18, bệnh Thalassemia, ...từ đó tư vấn cho thai phụ và gia đình hướng kết thúc thai kỳ nhằm giảm gánh nặng cho gia đình và xã hội.
- Việc chẩn đoán sớm những khuyết tật có thể sửa chữa được sau sinh như sút mô, chè vòm, tay chân khoèo... sẽ giúp cho việc chuẩn bị tâm lý tốt hơn cho vợ chồng.

II. Các bước sàng lọc và chẩn đoán trước sinh theo tuổi thai

1. Khám thai lần đầu tiên

- Khi có tim thai, người mẹ được cho làm 1 số xét nghiệm để đánh giá sức khỏe bản thân và nguy cơ cho thai nhi: huyết đồ, đường huyết, nhóm máu, yếu tố Rhesus, HBsAg, HIV, VDRL, Rubella (IgM và IgG).
- Tầm soát bệnh Thalassemia thai nhi bằng xét nghiệm huyết đồ của bố mẹ.

2. Sàng lọc và chẩn đoán trước sinh 3 tháng đầu

- Tuần thứ 11 - 13 tuần 6 ngày: Đo độ mờ gáy, kết hợp độ mờ gáy với tuổi mẹ và Double test [PAPP-A (Pregnancy Associated Plasma Protein A) và Free β hCG] để đánh giá nguy cơ hội chứng Down, Trisomy 18 và Trisomy 13. Với những đối tượng thuộc nhóm nguy cơ cao được tư vấn sinh thiết gai nhau làm nhiệm sắc thê đồ (phụ lục 1).

- Siêu âm khoảng thời gian này có thể phát hiện những dị tật nặng nề của thai như: vô sọ, nang bạch huyết vùng cổ thai nhi, cụt chi. Khi có những DTBS nặng nề này, tư vấn thai phụ và gia đình kết thúc thai kỳ.

3. Sàng lọc và chẩn đoán trước sinh 3 tháng giữa

- Tuần thứ 14 - 21, nếu chưa được sàng lọc 3 tháng đầu: làm Triple test (AFP, Free β hCG và UE3) tầm soát nguy cơ hội chứng Down, Trisomy 18 và khuyết tật ống thần kinh thai nhi.
- Tuần thứ 21 - 24: Siêu âm khảo sát hình thái học.

Với những đối tượng thuộc nhóm nguy cơ cao được tư vấn xét nghiệm dịch ối để chẩn đoán bệnh lý di truyền và bệnh lý gen (phụ lục 1). Với những DTBS nặng nề như não úng thủy, bất sản thận hai bên, tim bẩm sinh nặng... tư vấn thai phụ và gia đình chấm dứt thai kỳ (phụ lục 2).

4. Tuổi thai muộn hơn

3 tháng cuối thai kỳ. Siêu âm có vai trò trong chẩn đoán thai chậm tăng trưởng, dây rốn quấn cổ thai, nhau tiền đạo, nhau cài răng lược.

5. CHỈ ĐỊNH SINH THIẾT GAI NHAU/CHỌC ỐI KHẢO SÁT RỐI LOẠN NHIỄM SẮC THÊ VÀ BỆNH LÝ DI TRUYỀN PHÂN TỬ THAI NHI

I. Sàng lọc quý 1

(Áp dụng cho tất cả thai phụ đến khám thai ở tuổi thai sớm trong 3 tháng đầu thai kỳ)

- Kết quả xét nghiệm phôi hợp theo FMF (ĐMDG + PAPP-A và β hCG) $>1/250$.
- Nếu kết quả sàng lọc quý 1 thấp ($<1/250$) nhưng siêu âm hình thái học quí hai có bất thường, nguy cơ hiệu chỉnh sẽ thay đổi tùy theo từng loại bất thường như bảng 1 hoặc bảng 2. Kết quả nguy cơ sau cùng $> 1/250$ có chỉ định chọc ối.

Bảng 1: Tỉ số nguy cơ (LR) của dấu chứng đơn độc trên siêu âm

Dấu chứng siêu âm	Tỉ số nguy cơ
Bất /Thiểu sản xương mũi	x 41
Da gáy dày	x 10
Não thất bên dãn	x 5
Xương cánh tay ngắn	x 4
Ruột echo dày	x 3
Xương đùi ngắn	x 1.5
Ô echo dày trong tim	x 1

Dẫn bẽ thận	x 1
Nang đám rối mạng mạch	x 1
Dị tật thai (thoát vị rốn, kênh nhĩ thất, hẹp tá tràng)	x 5.2

Bảng 2: Tỉ số nguy cơ (LR) của hai dấu chứng trên siêu âm

	Ô echo dày/tim	Dẫn bẽ thận	Xương cánh tay ngắn	Xương đùi ngắn	Ruột echo dày	Da gáy dày
Ô echo dày trong tim	-	X8	X 15	X 30	X25	X80
Dẫn bẽ thận	X 8	-	X10	X30	X25	X 80
X đùi ngắn	X15	X10	-	X50	X40	X100
X cánh tay ngắn	X30	X30	X50	-	X100	X 300
Ruột echo dày	X25	X25	X40	X100	-	X200
Da gáy dày	X80	X80	X100	X300	X200	-

II. Sàng lọc quý 2

(Áp dụng cho những thai phụ đến khám ở tuổi thai muộn hơn 14- 21 tuần)

- Nguy cơ HC Down kết hợp tuổi và Triple test

+ Nguy cơ cao $> 1/250$: Chọc ói.

+ Nguy cơ $< 1/350$: khám thai định kỳ và siêu âm hình thái học ở tuổi thai 20 - 22 tuần. Nếu có dấu chứng bất thường trên siêu âm, nguy cơ ban đầu sẽ được hiệu chỉnh lại theo tỉ số nguy cơ của từng dấu chứng hoặc hai dấu chứng (Bảng 1 và bảng 2), nếu kết quả cuối cùng $> 1/250$ có chỉ định chọc ói.

+ Nếu kết quả siêu âm hình thái học bình thường, nguy cơ ban đầu sẽ giảm đi 1/3.

III. Sản phụ khám thai sau 21 tuần

- Không làm Triple test.

- Nguy cơ ban đầu là nguy cơ theo tuổi mẹ._

- Nguy cơ hiệu chỉnh tùy kết quả siêu âm

+ Kết quả siêu âm bình thường: Nguy cơ giảm 1/3.

> Ví dụ sản phụ 38 tuổi, nguy cơ ban đầu theo tuổi mẹ là 1/142, kết quả siêu âm bình thường nguy cơ sẽ giảm đi 1/3 thành 1/426.

+ Kết quả siêu âm bất thường, nguy cơ sẽ thay đổi tùy theo tỷ lệ tăng lên của mỗi loại bất thường ở bảng 1 và 2.

+ Ví dụ sản phụ 35 tuổi, nguy cơ là 1/302, siêu âm có da gáy dày sẽ tăng nguy cơ lên 10 lần nên nguy cơ hiệu chỉnh là 1/30.

IV. Những chỉ định đặc biệt

- Bố mẹ mang rối loạn cấu trúc NST.
- Tiên sử sinh con bị Thalassemia.
- XN huyết đồ nghi ngờ Thalassemia.
- Không cần làm XN sinh hóa ở những trường hợp trên
- Theo yêu cầu của thai phụ và gia đình.

4/CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ THAI NGOÀI TỬ CUNG

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ THAI NGOÀI TỬ CUNG

I. Định nghĩa

- Thai ngoài tử cung là tình trạng túi thai nằm ngoài tử cung.
- Tần suất hiện mắc TNTC khoảng 9% thai kỳ.
- Tần suất mới mắc hàng năm ở Anh là 11,5 trong 1000 thai kỳ, với tỷ suất tử vong là 4%.

II. Yếu tố nguy cơ thai ngoài tử cung

Mức độ nguy cơ	Yếu tố nguy cơ	Odds ratio
Cao	Tiền căn TNTC	9.3 - 47
	Tiền căn PT trên vòi trứng	6.0 - 11.5
	Tiền căn thắt vòi trứng	3.0 - 139

	Bệnh lý tại vòi trứng	3.5 - 25
	Phơi nhiễm DES trong tử cung	2.4 - 13
	Đang sử dụng DCTC	1.1 - 45
Trung bình	Vô sinh	1.1 - 28
	Tiền căn viêm CTC (lậu, chlamydia)	2.8 - 3.7
	Viêm nhiễm vùng chậu	2.1 - 3.0
	Nhiều bạn tình	1.4 - 4.8
	Hút thuốc lá	2.3 - 3.9
Thấp	Tiền căn PT bụng/chậu	0.93 - 3.8
	Thụt rửa âm đạo	1.1 - 3.1
	QHTD sớm (< 18 tuổi)	1.1 - 2.5

III. β -HCG trong thai kỳ và chẩn đoán TNTC [2]

- 7 ngày sau thụ thai có thể phát hiện đầu tiên trong máu.
- Tại thời điểm trễ kinh: 100 mUI/mL.
- Đỉnh cao tuần 8 - 10: 100.000 mUI/mL.
- Sau đó giảm dần tới tuần 18 - 20.
- Ôn định đến cuối thai kỳ: 10.000-20.000 mUI/mL.
- Tăng gấp đôi mỗi 1,4 - 2,1 ngày.
- Nghi ngờ TNTC nếu > 7 ngày mới tăng gấp đôi (Obstet Gynecol 75:421, 1990).
- 85% thai / TC có β -hCG tăng ít nhất 66% mỗi 2 ngày, trong 40 ngày đầu tiên.
- Giá trị tăng thấp nhất mỗi 2 ngày đối với thai / TC là 53%, tuy nhiên 21% TNTC có β -hCG tăng giống như thai/TC ở người này.
- β -hCG > 1500 mUI/mL -> SÂ đầu dò ÂĐ thấy túi thai.
- β -hCG > 6500 mUI/mL -> SÂ bụng thấy túi thai.
- Thời gian bán hủy β -HCG 24 - 36 giờ.
- Nghi ngờ TNTC (86%) nếu bán hủy >7 ngày (Fertility & Sterility 1988).
- 20% TNTC được chẩn đoán (+) / SÂ: túi thai ngoài TC có yolk sac hoặc phôi thai.

- SÂ/ ÂĐ.

+ GS = 2 - 3mm (4,5 - 5 tuần) tương ứng β -HCG 1000 -1500mUI/mL.

+ GS = 8mm, có yolk sac.

+ GS = 16mm, có phôi.

+ SÂ có khối cạnh TC - BT, dịch cùng đồ, không thấy thai/TC, β -hCG > 1500mUI/mL, giúp

o Tăng độ nhạy SÂ chẩn đoán TNTC từ 93% lên 99%.

o Giảm 40% tỷ lệ chấm dứt thai kỳ của thai/TC qua nạo lòng TC chẩn đoán.

IV. β -hCG trong theo dõi và điều trị TNTC [2]

1. Theo dõi

- Thoái triển tự nhiên

+ 88% TNTC β -hCG < 1000mUI/mL.

+ 60% TNTC β -hCG < 2000mUI/mL.

+ 25% TNTC β -hCG > 2000mUI/mL.

- Tiên lượng thoái triển tự nhiên:

+ Tỷ số β -hCG 48g / β -HCG 0g < 0,87 (độ nhạy 92,7%, độ đặc hiệu 96,7%).

+ Progesterone < 5ng/ml (68% thành công).

+ SA lượng dịch cùng đồ < 100 ml, không rõ vị trí thai .

+ TNTC với huyết động ổn định.

- TNTC vẫn có thể xảy ra ngay khi β -hCG và progesterone thấp hoặc đang giảm theo dõi đến β hCG < 5mUI/mL.

- 29% TNTC có β -hCG < 100mUI/mL bị vỡ.

V. Phác đồ điều trị thai ngoài tử cung bằng methotrexate (MTX) [1, 3, 4]

1. Chỉ định điều trị MTX đơn liều

- Huyết động học ổn định (không shock).
- Nồng độ β hCG ≤ 5000 mIU / ml.
- Không có phôi thai, tim thai trong khói TNTC (qua siêu âm).
- Kích thước khói thai $< 3 - 4$ cm (qua siêu âm).

2. Chỉ định điều trị MTX đa liều

- Huyết động học ổn định (không shock).
- Nồng độ β hCG > 5.000 mIU / ml và ≤ 10.000 mIU / ml.
- Kích thước khói thai < 5 cm (qua siêu âm).
- TNTC đoạn kẽ < 3 cm.

3. Chống chỉ định điều trị nội khoa

- Huyết động học không ổn định (tiền shock, shock): mạch nhanh, HA tụt, da niêm xanh nhợt, vã mồ hôi, buồn nôn, nôn, Hb/Hct giảm.
- Có dấu hiệu vỡ: đau bụng dưới nhiều và tăng dần, hoặc SÂ có lượng dịch ước lượng > 300 ml, hay có dịch ổ bụng.
- Có phôi hợp thêm thai trong tử cung.
- Đang cho con bú.
- Dị ứng với MTX.
- Có các bệnh nội khoa: suy thận, loét dạ dày, bệnh phổi hoạt động, suy giảm miễn dịch.
- Bệnh nhân không chấp nhận điều trị MTX.
- Bất thường các XN nghiệm tiền hóa trị (BC < 3000 , Tiểu cầu < 100.000 , tăng men gan SGOT, SGPT > 100 UI/L, tăng BUN creatinine, rối loạn yếu tố đông máu...).

4. Bilan xét nghiệm trước điều trị bằng MTX

- Huyết đồ, nhóm máu, Rhesus.
- Đường huyết.
- Đông máu toàn bộ.

- Chức năng gan, thận.

- ECG.

- X quang tim phổi thǎng.

5. Phác đồ sử dụng MTX đơn liều

- N1: β -hCG MTX 50 mg /m² bề mặt da (BSA) hay 1mg/1 kg.

- N4: β -hCG.

- N7: β -hCG.

+ Nếu β -hCG giảm < 15 % từ N4 - N7 -> liều MTX thứ 2

+ Nếu β -hCG giảm > 15 % từ N4 - N7 -> β -hCG mỗi tuần đến khi < 5 mUI / ml.

- N 14: β -hCG

+ Nếu β -hCG giảm < 15 % từ N7 - N14 -> liều MTX thứ 3

+ Nếu β -hCG giảm > 15 % từ N7- N14 -> β -hCG mỗi tuần đến khi < 5 mUI / ml.

- N21 và N 28: Nếu sau 3 liều MTX mà β -hCG giảm < 15 % -> chỉ định Nội soi ổ bụng.

6. Phác đồ sử dụng MTX đa liều • Phác đồ đa liều có định

- N 1, 3, 5, 7: MTX 50 mg /m² bề mặt da (BSA) hay 1mg/1 kg

- N 2, 4, 6, 8: Folinic Acid (Leucovorin) 0,1mg/kg.

Theo dõi

- N 1, 4, 7: β -hCG.

+ Nếu β -hCG giảm < 15 % từ N4 - N7 liều MTX thứ 2 + Nếu β -hCG giảm > 15 % từ N4 - N7 β -hCG mỗi tuần đến khi < 5 mUI / ml.

- N 14: β -hCG

+ Nếu β -hCG giảm < 15 % từ N7 - N14 liều MTX thứ 3 + Nếu β -hCG giảm > 15 % từ N7 - N14 β -hCG mỗi tuần đến khi < 5 mUI / ml.

- N21 và N28: Nếu sau 3 liều MTX mà β -hCG giảm < 15 % chỉ định nội soi ổ bụng.

- Phác đồ đa liều thay đổi

- N1: β -hCG, MTX 50 mg /m² bề mặt da (BSA) hay 1mg/1 kg.
- N2: Folinic Acid (Leucovorin) 0,1mg/kg.
- N3: β -hCG, so với N1.
 - + Nếu giảm < 15%, MTX
 - + Nếu giảm > 15%, theo dõi β -hCG mỗi tuần đến khi < 5mUI/mL.
- N4: Folinic Acid (Leucovorin) 0,1mg/kg, nếu điều trị MTX N3.
- N5: β -hCG, so với N3.
 - + Nếu giảm < 15% MTX
 - + Nếu giảm > 15%, theo dõi β -hCG mỗi tuần đến khi < 5mUI/mL.
- N6: Folinic Acid (Leucovorin) 0,1mg/kg, nếu điều trị MTX N5.
- N7: β -hCG, so với N5.
 - + Nếu giảm < 15% MTX
 - + Nếu giảm > 15%, theo dõi β -hCG mỗi tuần đến khi < 5mUI/mL.
- N8: Folinic Acid (Leucovorin) 0,1mg/kg, nếu điều trị MTX N7.

VI. Tiêu lượng đáp ứng điều trị nội TNTC

Bảng điểm Fernandez (1991)

Tiêu chuẩn	1	2	3
β -hCG (mIU/mL)	<1000	1000-5000	>5000
Progesterone (ng/mL)	<5	5-10	>10
Đau bụng	Không có	Đau khi khám	Đau liên tục
Khối thai (cm)	<1	1-3	>3
Dịch ổ bụng (mL)	0	1 -100	>100

Điểm <12: 80% thành công cho mọi điều trị nội khoa, bao gồm thoái triển tự nhiên.

- Bảng điểm Elito (1999)

Đặc điểm	0	1	2
p hCG (mIU/mL)	>5000	1500-5000	<1500
Hình ảnh SA	Thai sống	Túi thai bờ dày / VT	Phù nè VT
Kích thước khối thai	>3.0-3.5	2.6-3.0	<2.5
SA Doppler	Nguy cơ cao	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ thấp

Điểm ≥ 5: 97% thành công khi ĐT MTX đơn liều

VII. Theo dõi trong điều trị

- Có thể gặp các triệu chứng sau đây trong quá trình điều trị

1. Đau

- N2 - N3 sau khi tiêm thuốc, có thể bệnh nhân thấy đau bụng tăng lên do hiện tượng sẩy thai qua loa, hoặc sự căng dần của vòi trứng bởi tình trạng tụ máu trong vòi trứng, và đau sẽ giảm dần vào các ngày sau, có thể cho thuốc giảm đau.

- Nếu đau càng lúc càng nhiều lên làm siêu âm, công thức máu, và khám lâm sàng để đánh giá lại tình trạng huyết động học xem có xuất huyết nội không

+ Sự tăng kích thước khối thai không được xem là thất bại của điều trị nội khoa

+ 75% BN sẽ đau bụng tăng lên ở mức độ vừa phải, từ 1 - 2 ngày, xảy ra sau bắt đầu điều trị 2 - 3 ngày

2. β-hCG

- Tăng I3 hCG N4 so với N0 / điều trị MTX thường gặp, không được xem là thất bại điều trị.
- Thời gian trung bình để I3 hCG < 15mUI/ml là 35 ngày, dài nhất 109 ngày.

3. Khối máu tụ

- 56 % khối TNTC có tăng kích thước sau điều trị MTX.
- SÂ có thể có khối cạnh TC ngay khi β-hCG < 5mUI/ml, và mất đi sau 3 - 6 tháng.
- Sự tăng kích thước khối thai không được xem là thất bại của điều trị nội khoa.

4. Chỉ định can thiệp ngoại khoa ngay khi

- Đau bụng nhiều, huyết động học không ổn định.

- Siêu âm thấy khói thai to ra, có dịch ồ bụng.

- Cắt TV nếu

- Huyết động học không ổn định.

- T/C đoạn sản, PT trên TV.

- Không cầm máu được.

- Ủ dịch TV nặng.

- T/C TNTC trên TV đó.

5. Sót nhau sau PT bảo tồn tai vòi

- 5 -20% sót nhau sau điều trị bảo tồn.

- Nghi ngờ sót nhau / khói thai, nếu β -HCG sau mổ.

+ $4 < 15\% \text{ } 48\text{g}$ sau hCG khởi điểm trước mổ N0. + 4 theo đường bình nguyên.

+ 'P trở lại từ N7.

Điều trị theo phác đồ MTX

5/CHẨN ĐOÁN, XỬ TRÍ NHAU BONG NON

NHAU BONG NON

I. Định nghĩa

Nhau bong non (NBN) là tình trạng nhau bám ở vị trí bình thường nhưng bong sớm trước khi sô thai do bệnh lý hoặc chấn thương.

II. Chẩn đoán

- Triệu chứng cơ năng

- Đột ngột đau bụng dữ dội.

- Ra huyết âm đạo đen loãng, không đông.
 - Triệu chứng thực thể
 - Tử cung co cứng nhiều. Trương lực cơ tử cung tăng, tử cung cứng như gỗ và tử cung tăng chiều cao.
 - Có thể có thai suy hay mất tim thai.
 - Có thể có choáng.
 - Có thể có hội chứng tiền sản giật.
 - Khám âm đạo: Ra máu âm đạo lượng từ ít tới nhiều, đỏ sậm, loãng, không đông, đoạn dưới căng, cổ tử cung chắc, siết chặt ở lỗ trong cổ tử cung, màng ối căng phồng, nước ối có thể có máu.
 - Cận lâm sàng
 - Siêu âm có thể không thấy khói máu tụ sau nhau nhưng cũng không được loại trừ NBN.
 - Các xét nghiệm máu không giúp chẩn đoán NBN nhưng có thể chẩn đoán hậu quả rối loạn đông máu do NBN.
 - Phân loại
 - Thể nhẹ
 - + Tống trạng bình thường, chảy máu ít.
 - + Có thể không có dấu suy thai.
 - + Chuyển dạ thường diễn tiến nhanh.
 - + Thường chỉ chẩn đoán được khi làm siêu âm hoặc ghi nhận dấu ấn của huyết tụ trên bánh nhau ngay sau sinh.
 - Thể nặng - phong huyết tử cung nhau
 - + Sản phụ đau dữ dội.
 - + Mất tim thai.
 - + Có thể kèm hội chứng tiền sản giật nặng.
 - + Tình trạng choáng nặng.

- + Ra máu âm đạo sâm đen, loãng không đông.
- + Trương lực cơ tử cung tăng, tử cung cứng như gỗ và tử cung tăng chiều cao.
- + Cổ tử cung cứng, ối căng phồng, nước ối có thể có máu.

Chẩn đoán NBN chủ yếu dựa trên lâm sàng. Xét nghiệm chỉ hỗ trợ thêm cho lâm sàng

III. Xử trí

1. Nguyên tắc xử trí

Tùy thuộc vào

- Tống trạng thai phụ.
- Tuổi thai.
- Tình trạng thai.

2. Xử trí

- Nhau bong non thẻ nồng, ảnh hưởng tổng trạng mẹ: MLT cấp cứu
 - Mô đường dọc.
 - Thắt động mạch tử cung dự phòng.
 - Nếu xảy ra băng huyết xem phác đồ băng huyết.
 - Dựa vào tuổi, PARA, tổng trạng mẹ quyết định cắt tử cung.
- NBN thẻ nhẹ, tổng trạng mẹ và biểu đồ TT cho phép Tuổi thai > 34 tuần
 - Tiên lượng sinh trong vòng 1 giờ: bầm ối, sinh đường âm đạo.
 - Tiên lượng diễn tiến CD thuận lợi: bầm ối, tăng co (nếu gò không đủ), sinh đường âm đạo.
 - Tiên lượng diễn tiến CD không thuận lợi: MLT.

Tuổi thai < 34 tuần

- Hỗ trợ phổi (Betamethasone 12mg x 24 giờ, hiệu quả nhất sau 24 giờ), theo dõi sát tình trạng mẹ và thai.
- Trong thời gian theo dõi, nếu tình trạng mẹ và thai diễn tiến xấu thì MLT cấp cứu.

- Sau hỗ trợ phổi, tổng trạng mẹ ổn định, tim thai tốt thì có thể CDTK bằng tăng co phổi hợp thuốc mềm CTC để sinh đường âm đạo khi thuận lợi hoặc MLT khi không thuận lợi.

Trường hợp thai chết

- Tổng trạng mẹ bị ảnh hưởng: MLT.
 - Tình trạng mẹ cho phép: bấm ối, tăng co theo dõi sinh đường âm đạo.
 - Điều trị nội khoa tích cực khi có rối loạn đông máu.
-

6/CHẨN ĐOÁN, XỬ TRÍ, BIẾN CHỨNG NHAU TIỀN ĐẠO

NHAU TIỀN ĐẠO

I. Định nghĩa

- Nhau tiền đạo là bánh nhau không bám đáy ở TC mà một phần hay toàn bộ bánh nhau bám ở vùng đoạn dưới TC & CTC, làm cản trở đường đi của thai nhi khi chuyển dạ.
- Có 4 loại nhau tiền đạo:
 1. Nhau bám thấp: bờ bánh nhau bám ở đoạn dưới TC, chưa đến lỗ trong cổ tử cung.
 2. Nhau bám mép: bờ bánh nhau bám đến bờ lỗ trong cổ tử cung.
 3. Nhau tiền đạo bán trung tâm: bánh nhau che kín một phần lỗ trong cổ tử cung.

II. Chẩn đoán

1. Lâm sàng
 - a. Cơ năng
 - Có khi không có triệu chứng gì, chỉ phát hiện được nhau tiền đạo qua siêu âm.
 - Ra huyết âm đạo đột ngột, lượng thay đổi, không kèm đau bụng khi thai gần cuối 3 tháng giữa hoặc đầu 3 tháng cuối.

- TC mềm, không căng đau.

b. Thực thể

- Ngôi thai bất thường (ngôi ngang, ngôi mông), ngôi đầu cao.
- Tim thai: không thay đổi, xuất hiện bất thường khi có biến chứng như choáng mất máu, bóc tách bánh nhau, hay biến chứng dây rốn.
- Đặt mỏ vịt: máu đỏ tươi từ lỗ trong cổ tử cung chảy ra.
- Khám âm đạo: thực hiện tại phòng mổ khi có ra huyết âm đạo lượng nhiều hoặc khi cần châm dứt thai kỳ.

c. Toàn thân:

- Dấu hiệu sinh tồn tương ứng với lượng máu mất ra ngoài.

2. Cận lâm sàng

- Siêu âm: xác định vị trí nhau bám.
- Cộng hưởng từ: không thể thay thế siêu âm trong chẩn đoán nhau tiền đạo. Có giá trị trong chẩn đoán nhau cài răng lược/nhau tiền đạo, đặc biệt nhau bám mặt sau tử cung.
- Soi bàng quang: khi nghi ngờ nhau cài răng lược xâm lấn bàng quang qua chẩn đoán hình ảnh, kèm tiêu máu.

III. Xử trí

1. Nhau tiền đạo không triệu chứng

- Theo dõi điều trị ngoại trú: ngoài khám lâm sàng cần siêu âm xác định vị trí nhau bám.

- Giảm nguy cơ chảy máu:

+ Kiêng giao hợp, không làm nặng, không tập thể dục sau 20 tuần.

+ Không khám âm đạo.

+ Nếu có cơn gö tử cung hoặc ra huyết âm đạo cần nhập viện ngay.

- Giảm nguy cơ cho bé:

+ Dùng thuốc hỗ trợ phổi cho thai từ 28-34 tuần.

+ Xác định thời điểm sinh mổ chủ động: khoảng 36 - 37 tuần tuổi [Uptodate 20.1].

2. Nhau tiền đạo đang ra huyết: là cấp cứu sản khoa, cần điều trị tại viện a. Nhau tiền đạo ra huyết âm đạo ít - thai chưa trưởng thành

1. Xác định độ trưởng thành của phổi

2. Cố gắng dưỡng thai đến 32 - 34 tuần. Sau tuần 34, cân nhắc giữa lợi ích cho thai - mẹ với nguy cơ mất máu ôi ạt.

3. Hỗ trợ phổi: khi thai 28 - 34 tuần.

4. Truyền máu: khi Hb <10g/dL.

5. Có thể xuất viện khi không còn ra huyết trong vòng 48 giờ và không kèm bất kỳ yếu tố nguy cơ khác.

6. Chọn lựa cách chấm dứt thai kỳ

- Sinh ngả âm đạo: nếu là nhau bám thấp và ngôi đầu.

Thai dễ bị thiếu oxy do bánh nhau có thể bong non hay do biến chứng của dây rốn như sa dây rốn hay chèn ép dây rốn. Do đó, nếu monitor tim thai bất thường thì mổ lấy thai ngay, ngoại trừ đang rặn sinh

- Mổ lấy thai là cách chọn lựa cho những thể NTĐ khác.

+ May cầm máu vị trí nhau bám. Dùng thuốc co hồi TC: Oxytocin, Carbetocin, Methylergotamine, Prostaglandin.

+ Thắt động mạch TC: khi cần.

+ Có thể cắt TC toàn phần, đặc biệt khi có nhau cài răng lược.

b. Nhau tiền đạo ra huyết âm đạo nhiều

Là cấp cứu sản khoa. Cần mổ lấy thai cấp cứu.

1. Lập 1 hay 2 đường truyền tĩnh mạch. Truyền dung dịch Lactate Ringer hay Normal Saline, dung dịch cao phân tử nhằm ổn định huyết động học và duy trì có nước tiểu, ít nhất 30ml/giờ.

2. Xét nghiệm nhóm máu. Chuẩn bị máu truyền, có thể 2 - 4 đơn vị máu. Truyền khi lượng máu mất vượt quá 30% thể tích máu (xuất huyết độ III) hoặc khi Hb < 10 g/dL.

3. Theo dõi huyết áp của mẹ bằng monitor. Đánh giá lượng nước tiểu mỗi giờ bằng sonde tiểu lưu. Ước lượng máu mất qua ngả âm đạo bằng cân hay bằng lượng băng vệ sinh.

IV. Tiên lượng - biến chứng

NTĐ thường được chẩn đoán trước khi xuất huyết xảy ra. Theo dõi sát sản phụ và thai nhi có thể ngăn ngừa những biến chứng quan trọng.

Biến chứng

a. Cho mẹ

- Mất máu nhiều, choáng, tử vong.
- Cắt TC, tổn thương hệ niệu.
- Tăng nguy cơ nhiễm trùng, rối loạn đông máu, phải truyền máu.

b. Cho con

- Tình trạng non tháng gây tử vong chu sinh. Trẻ sơ sinh bị thiếu máu.

7/CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG BUỒNG TRÚNG ĐA NANG

HƯỚNG DẪN THỰC HÀNH LÂM SÀNG HỘI CHỨNG BUỒNG TRÚNG ĐA NANG

I. Đại cương

Hội chứng buồng trứng đa nang - HCBTĐN (PCOS: polycystic ovarian syndrome) là rối loạn nội tiết và chuyển hóa phổ biến, xảy ra trong khoảng 5 -10% phụ nữ trong độ tuổi sinh sản (Thessaloniki consensus, 2008). Người mắc HCBTĐN có nhiều biểu hiện lâm sàng khác nhau, quan trọng nhất bao gồm rối loạn phóng noãn, các dấu hiệu cường androgen và hình ảnh buồng trứng đa nang trên siêu âm. Các biểu hiện thay đổi rất nhiều giữa các cá thể, chủng tộc và vùng miền khác nhau. Trên từng cá thể, biểu hiện của HCBTĐN cũng có thể thay đổi tùy theo các giai đoạn khác nhau của cuộc sống.

Các nghiên cứu về HCBTĐN trên thế giới khá nhiều, tuy nhiên, các tiêu chuẩn chẩn đoán cũng như chiến lược điều trị được sử dụng trong các nghiên cứu rất khác nhau làm cho sự hiểu biết về hội chứng này càng phức tạp hơn. Gần đây, các chuyên gia Châu Âu, Mỹ, Châu Á-Thái Bình Dương đã tổ chức hội nghị đồng thuận về tiêu chuẩn chẩn đoán và chiến lược điều trị hiềm muộn cho các người mắc HCBTĐN dựa trên các bằng chứng y học hiện có.

Hướng dẫn lâm sàng này được thực hiện chủ yếu dựa trên đồng thuận của các chuyên gia thế giới về tiêu chuẩn chẩn đoán (Rotterdam consensus, 2003) và chiến lược điều trị hiếm muộn (Thessaloniki, 2007) với một số bổ sung dựa trên các nghiên cứu về HCBTĐN ở người Việt Nam và một số chứng cứ mới nhất trên y văn thế giới về HCBTĐN.

II. Một số thuật ngữ

- Buồng trứng đa nang (BTĐN) trên siêu âm: là buồng trứng có sự hiện diện của #12 nang noãn có kích thước 2-9mm trên một mặt cắt và/ hay tăng thể tích buồng trứng (>10mL).
- Hội chứng buồng trứng đa nang (HCBTĐN) là tập hợp các triệu chứng liên quan đến hội chứng như rối loạn phóng noãn, cường androgen, BTĐN trên siêu âm.
- Gây phóng noãn (ovulation induction): gây phóng đơn noãn.
- Kích thích buồng trứng (controlled ovarian stimulation hay ovarian stimulation): là kích thích sự phát triển đa noãn bằng cách sử dụng thuốc để làm tăng FSH nội sinh hay FSH ngoại sinh.
- Đè kháng với clomiphene citrate được định nghĩa là những bệnh nhân không phóng noãn sau 3-6 chu kỳ điều trị với clomiphene citrate.

III. Tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng buồng trứng đa nang

- Hội chứng buồng trứng đa nang là một tập hợp của nhiều triệu chứng, do đó, không có một tiêu chuẩn đơn lẻ nào có đủ giá trị cho chẩn đoán lâm sàng. Các rối loạn hay bệnh lý khác có thể có các triệu chứng giống HCBTĐN cần được loại trừ như tăng sản tuyến thượng thận bẩm sinh, các loại u chế tiết androgen, hội chứng Cushing...

- Hội chứng buồng trứng đa nang được chẩn đoán khi người bệnh có 2 trong 3 tiêu chuẩn:

- (1) Rối loạn phóng noãn hay không phóng noãn
- (2) Cường androgen được chẩn đoán bằng các dấu hiệu lâm sàng và/hay cận lâm sàng
- (3) Hình ảnh buồng trứng đa nang trên siêu âm

2. Chẩn đoán rối loạn phóng noãn

Rối loạn phóng noãn được chẩn đoán trên lâm sàng thông qua các biểu hiện của rối loạn kinh nguyệt. Rối loạn kinh nguyệt thường theo kiểu kinh thưa (chu kỳ kinh nguyệt >35 ngày hay có kinh <8 lần/năm) hay vô kinh (không có kinh >6 tháng).

3. Chẩn đoán cường androgen

a. Lâm sàng

(1) Rậm lông được xem là một chỉ điểm lâm sàng chính của cường androgen. Đa số các tác giả sử dụng thang điểm Ferriman - Gallway cải tiến để đánh giá tình trạng rậm lông của người bệnh. Tuy nhiên, khi sử dụng “rậm lông” như một chỉ điểm của cường androgen, một số vấn đề cần được lưu ý như: (i) chưa có trị số tham khảo của dân số bình thường, (ii) đánh giá rậm lông vẫn khá chủ quan, (iii) trong thực hành lâm sàng, các bác sĩ ít khi sử dụng hệ thống đánh giá chuẩn Ferriman-Gallway và (iv) rậm lông thường ít biểu hiện ở phụ nữ gốc Đông Á so với các dân số khác.

(2) Mụn trứng cá cũng được xem là một dấu hiệu của cường androgen, mặc dù, trong các nghiên cứu, tần suất chính xác của cường androgen ở những người bệnh có mụn trứng cá rất khác nhau, chủ yếu do chưa có sự thống nhất trong cách đánh giá mụn trứng cá.

(3) Hói đầu kiều nam giới cũng là một chỉ điểm của cường androgen, nhưng lại được nghiên cứu ít hơn các dấu hiệu khác. Ngoài ra, hói đầu đơn thuần có vẻ không đủ mạnh để chẩn đoán cường androgen, ngoại trừ ở các người bệnh có rối loạn phóng noãn.

(4) Béo phì cũng là một biểu hiện lâm sàng của cường androgen, thường được đề cập ở người mắc HCBTĐN, nhất là ở khu vực Châu Âu và Mỹ. Béo phì ở người bị HCBTĐN thường theo kiều trung tâm, được đánh giá bằng cách sử dụng chỉ số khối cơ thể (Body Mass Index - BMI), chỉ số vòng bụng hay tỉ số eo hông (Waist-hip ratio -WHR). BMI >23 kg/m² được chẩn đoán thừa cân và >25 kg/m² được chẩn đoán béo phì. WHR $>0,82-0,85$ hay chỉ số vòng bụng >80 cm được xem là béo phì kiều trung tâm (WHO, 2000).

b. Cận lâm sàng

Chẩn đoán cường androgen trên cận lâm sàng được thực hiện bằng cách định lượng testosterone trong máu. Định lượng testosterone toàn phần có độ nhạy kém trong chẩn đoán cường androgen. Định lượng testosterone tự do có giá trị dự báo cao hơn, nhưng có nhiều khó khăn trong phương pháp định lượng trực tiếp testosterone tự do. Do đó, hiện nay, chỉ số testosterone tự do (Free Testosterone Index - FTI) được khuyến cáo sử dụng để chẩn đoán cường androgen.

Công thức tính FTI như sau:

- FTI = Testosterone toàn phần / SHBG x 100 (SHBG: Sex Hormone-Binding

Globulin)

- FTI >6 được chẩn đoán là cường androgen.

4. Chẩn đoán hình ảnh buồng trứng đa nang

Hình ảnh BTĐN được xem là một trong những tiêu chuẩn để chẩn đoán HCBTĐN. Dựa trên các bằng chứng y học hiện có, tiêu chuẩn siêu âm sau đây được xem là có đủ độ nhạy và độ đặc hiệu để chẩn đoán hình ảnh BTĐN: “Sự hiện diện của #12 nang noãn có kích thước 2-9mm trên một mặt cắt và/hay tăng thể tích buồng trứng (>10 mL)”

Một số lưu ý khi siêu âm đánh giá hình ảnh BTĐN:

- (1) Đặc điểm phân bố của các nang ở vùng ngoại vi buồng trứng, tăng thể tích và độ dày trên siêu âm của mô đệm buồng trứng không còn được quan tâm như trước đây. Chỉ một buồng trứng thỏa yêu cầu cũng đủ để chẩn đoán hình ảnh buồng trứng đa nang.
- (2) Người phụ nữ không sử dụng thuốc ngừa thai, thuốc kích thích buồng trứng 3 tháng trước đó.
- (3) Nếu có một nang >10mm trên buồng trứng, thực hiện siêu âm lại vào chu kỳ sau.
- (4) Thời điểm siêu âm vào ngày 3-5 ở những phụ nữ có chu kỳ kinh đều. Những phụ nữ có kinh thưa hay vô kinh có thể được siêu âm bất kỳ thời điểm nào hay vào ngày 3-5 sau khi gây ra huyết âm đạo bằng progestin.
- (5) Thể tích buồng trứng được tính bằng ($0,5 \times$ chiều dài \times chiều rộng \times độ dày).
- (6) Một phụ nữ chỉ có hình ảnh BTĐN trên siêu âm mà không có rối loạn phóng noãn hay triệu chứng cường androgen (buồng trứng đa nang “không triệu chứng”) không nên được xem là có HCBTĐN cho đến khi có các biểu hiện lâm sàng khác.

IV. Một số vấn đề khác của hội chứng buồng trứng đa nang

1. Kháng Insulin

Kháng insulin có liên quan với những bất thường sinh sản ở phụ nữ HCBTĐN. Kháng insulin được định nghĩa là tình trạng giảm sử dụng glucose qua trung gian insulin. Tuy nhiên, chẩn đoán tình trạng kháng insulin vẫn còn gặp nhiều khó khăn về mặt phương pháp và hơn nữa, giá trị của dấu hiệu này trong thực hành lâm sàng vẫn còn nhiều bàn cãi. Ngoài ra, các chuyên gia đã đề nghị không cần sàng lọc tình trạng kháng insulin trong dân số chung cũng như trong dân số có nguy cơ cao vì dấu hiệu này ít có giá trị trong tiên đoán các biến cố lâm sàng (American Diabetic Association, 1998).

Tần suất giảm dung nạp đường và đái tháo đường type II khá cao ở người bệnh bị HCBTĐN có béo phì, do đó, khuyến cáo chỉ cần thực hiện test dung nạp đường huyết 75g ở những người bệnh HCBTĐN có béo phì

Tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng chuyển hóa ở phụ nữ HCBTĐN (có 3 trong 5 tiêu chuẩn)

Yếu tố nguy cơ	Ngưỡng bất thường
1. Béo phì ở bụng (đo vòng eo)	>80cm
2. Triglycerides	>150 mg/dL
3. HDL-C	<50 mg/dL
4. Huyết áp	>130 / >85

5. Đường huyết lúc đói và 2 giờ sau làm test dung nạp đường	110-126 mg/dL và/hay glucose sau 2 giờ 140-199 mg/dL
---	---

2. Tăng Luteinizing Hormone (LH)

Nồng độ tuyệt đối LH trong máu và tỉ số LH/FSH tăng đáng kể trong phụ nữ có HCBTĐN. Điều này do tăng tần số và biên độ của xung LH. Tuy nhiên, nồng độ LH trong máu có thể bị thay đổi do hiện tượng phóng noãn thỉnh thoảng có xảy ra (khi đó, phóng noãn sẽ làm giảm nồng độ LH tạm thời), bởi BMI (nồng độ LH thường cao hơn ở người mắc HCBTĐN và gây) và loại xét nghiệm được sử dụng để định lượng LH. Ngoài ra, sự ảnh hưởng của LH trên khả năng sinh sản vẫn còn bàn cãi. Do đó, các chuyên gia đề nghị không cần đưa định lượng LH vào tiêu chuẩn chẩn đoán HCBTĐN.

3. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh HCBTĐN người Việt Nam

Các nghiên cứu về HCBTĐN trên người Việt Nam rất ít. Tìm tài liệu thông qua mạng internet, các tạp chí chuyên ngành trong nước và ngoài nước, các ký yếu của các hội nghị chuyên ngành, chúng tôi tìm được 5 nghiên cứu liên quan đến đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị hiếm muộn ở người bệnh HCBTĐN Việt Nam. Trong đa số các nghiên cứu, HCBTĐN được chẩn đoán dựa trên tiêu chuẩn của đồng thuận Rotterdam, 2003.

Về đặc điểm lâm sàng-cận lâm sàng của người bệnh HCBTĐN Việt Nam, có một số ghi nhận như sau:

- (1) Rối loạn kinh nguyệt: kiệu kinh thưa xảy ra ở khoảng 62-90% người bệnh (Vương Thị Ngọc Lan và cs., 2009; Phạm Chí Kông và cs., 2009; Trần Thị Lợi và cs., 2008; Trần Thị Ngọc Hà và cs., 2007) và vô kinh ở 5-7% người bệnh (Vương Thị Ngọc Lan và cs., 2009; Phạm Chí Kông và cs., 2009).
- (2) Hình ảnh buồng trứng đa nang trên siêu âm: xảy ra 87-95% người bệnh (Vương Thị Ngọc Lan và cs., 2009; Phạm Chí Kông và cs., 2009; Trần Thị Lợi và cs., 2008).
- (3) Cường androgen: tần suất cường androgen được chẩn đoán qua lâm sàng hay cận lâm sàng ở người bệnh HCBTĐN Việt Nam có vẻ thấp hơn so với các chủng tộc khác như Châu Âu, Mỹ hay Nam Á

a. Lâm sàng

- Rậm lông. 20-43% khi chẩn đoán bằng các dấu hiệu như có ria mép, lông bụng và ngực (Phạm Chí Kông và cs., 2009; Trần Thị Ngọc Hà và cs., 2007); khoảng 54% khi sử dụng thang điểm Ferriman Gallway (Trần Thị Lợi và cs., 2008).
- Mụn trứng cá. xảy ra trong 39-50% (Phạm Chí Kông và cs., 2009; Trần Thị Lợi và cs., 2008).
- Hói đầu kiệu nam giới. 0% (Trần Thị Ngọc Hà và cs., 2007).

- Béo phì: rất ít xảy ra trong người bệnh HCBTĐN Việt Nam. Chỉ số khối cơ thể BMI >23 kg/m² xảy ra trong khoảng 9-20% người bệnh (Vương Thị Ngọc Lan và cs., 2009; Phạm Chí Kông và cs., 2009; Trần Thị Ngọc Hà và cs., 2007). Đa số người bệnh HCBTĐN Việt Nam thuộc dạng trung bình hay gầy với BMI trung bình là $20,7 \pm 2,3$ (Vương Thị Ngọc Lan và cs., 2009). Tỉ số eo/hông trung bình là $0,82 \pm 0,05$ (Trần Thị Lợi và cs., 2008).

b. Cận lâm sàng

Trong đa số các nghiên cứu, chẩn đoán cường androgen được thực hiện bằng cách định lượng testosterone toàn phần. Tỉ lệ người bệnh có tăng testosterone toàn phần ($>3,5$ nmol/l) dao động từ 35-45,5% (Vương Thị Ngọc Lan và cs., 2009; Phạm Chí Kông và cs., 2009; Trần Thị Ngọc Hà và cs., 2007). Chỉ có một nghiên cứu sử dụng chỉ số testosterone tự do (FTI) như là chỉ điểm của cường androgen trên cận lâm sàng cho thấy tỉ lệ người bệnh có tăng FTI ($>5,9$) là 60,9% (Giang Huỳnh Như và cs., 2007).

V. Điều trị buồng trứng đa nang

Điều trị HCBTĐN tùy theo triệu chứng than phiền chính của người bệnh và mong muốn có con hay không của người bệnh.

1. Nhóm người bệnh không mong muốn có thai

Các vấn đề sức khỏe chính của nhóm người bệnh này là rối loạn kinh nguyệt/vô kinh, cường androgen (rậm lông, béo phì, mụn trứng cá, hói đầu) và hội chứng chuyển hóa (tiểu đường, tăng lipid máu).

a. Điều trị rối loạn kinh nguyệt

Điều trị rối loạn kinh nguyệt cho người bệnh HCBTĐN bằng cách sử dụng progestogen hay viên tránh thai kết hợp uống có thành phần ethinyl estradiol và các loại progestogen có tính kháng androgen (ciproterone, drospirenone). Cách điều trị này giúp điều hòa kinh nguyệt, do đó, làm giảm nguy cơ ung thư nội mạc tử cung.

Một số lưu ý khi điều trị rối loạn kinh nguyệt.

- Điều trị progestogen cần kéo dài tối thiểu 12 ngày để có hiệu quả giảm nguy cơ tăng sinh nội mạc tử cung hay ung thư nội mạc tử cung.

- Gây bong nội mạc tử cung bằng thuốc viên ngừa thai phôi hợp không nên liên tục mà chỉ thực hiện mỗi 3-4 tháng một lần vì các lo ngại về tác động của thành phần ethinyl estradiol trên một cơ địa béo phì và rối loạn chuyển hóa của HCBTĐN.

b. Ngừa thai cho người bệnh HCBTĐN

Những phụ nữ có HCBTĐN nhưng không mong muốn có thai không có chống chỉ định ngừa thai bằng bất kỳ biện pháp nào. Tuy nhiên, một vài đặc điểm của HCBTĐN như béo phì và

kháng insulin có thể là chống chỉ định đối với viên tránh thai kết hợp dạng uống (The Amsterdam ESHRE/ASRM Consensus on women's health aspects of polycystic ovary syndrome, 2012).

2. Nhóm người bệnh mong muốn có thai

Mục tiêu của hướng dẫn lâm sàng là các khuyến cáo cho các trường hợp mà HCBTĐN là nguyên nhân chính hoặc duy nhất gây vô sinh. Đối với các trường hợp có các nguyên nhân vô sinh phối hợp, hướng xử trí sẽ tùy từng trường hợp cụ thể.

Đối với nhóm người bệnh mong muốn có thai, điều trị chủ yếu là gây phóng noãn sao cho càng gần với tình trạng sinh lý càng tốt, nghĩa là gây phóng đơn noãn để tránh các nguy cơ hội chứng quá kích buồng trứng và đa thai.

a. Gây phóng noãn không dùng thuốc bằng cách giảm cân

Chế độ ăn giảm năng lượng (giảm chất béo, tăng chất xơ) và tăng hoạt động cơ thể được khuyến cáo ở những người bệnh béo phì với hy vọng cải thiện tình trạng phóng noãn tự nhiên. Giảm cân 5% trọng lượng cơ thể có thể có ý nghĩa lâm sàng.

b. Clomiphene citrate (CC)

Clomiphene citrate là lựa chọn đầu tay cho những phụ nữ HCBTĐN hiếm muộn, không có các yếu tố đi kèm khác như bất thường tinh trùng hay tổn thương, tắc ống dẫn trứng. Các yếu tố chính tiên lượng kết quả điều trị với CC là béo phì, cường androgen và tuổi của người phụ nữ. Đề kháng CC xảy ra trong 30% các người bệnh HCBTĐN.

Liều sử dụng và thời gian điều trị

Liều đầu của CC thường là 50 mg/ngày trong 5 ngày, bắt đầu từ ngày 2-5 của chu kỳ. Liều tối đa được khuyến cáo là 150 mg/ngày, không có bằng chứng y học cho thấy hiệu quả gây phóng noãn đạt được nếu sử dụng liều cao hơn. Thời gian điều trị nên giới hạn tới 6 chu kỳ gây phóng noãn, không bao giờ vượt quá 12 chu kỳ trong suốt cuộc đời sinh sản và cần có thời gian nghỉ giữa 3 chu kỳ kích thích buồng trứng liên tục. Nếu vẫn không có kết quả, nên cân nhắc sử dụng phương pháp khác gây phóng noãn như gonadotrophin hay nội soi đốt điểm buồng trứng đa nang.

c. Thuốc tăng nhạy cảm insulin - metformin

Thuốc nhạy cảm insulin - metformin được sử dụng với mục đích phục hồi phóng noãn tự nhiên do tình trạng kháng insulin được cho là có vai trò trong việc gây không phóng noãn ở những người bệnh này. Tuy nhiên, theo các phân tích gộp, tỉ lệ phóng noãn và có thai của nhóm người bệnh sử dụng metformin không khác biệt so với nhóm dùng giả dược (Lord và cs., 2003; Tang và cs., 2010). Metformin dùng trước và trong chu kỳ hỗ trợ sinh sản không làm tăng tỉ lệ có thai và tỉ lệ trẻ sinh sống (Tso và cs., 2010)

Kháng insulin và rối loạn dung nạp đường thường xảy ra ở các người bệnh béo phì. Do đó, metformin được khuyến cáo sử dụng cho các người bệnh HCBTĐN béo phì và có kết quả test dung nạp đường bất thường. Metformin có tác dụng hỗ trợ giảm cân thông qua cơ chế tăng nhẹ cảm insulin và giảm cường androgen.

Liều dùng: Metformin 500mg, 3 lần/ngày trong 1 tháng Metformin 500mg, 2 lần/ngày trong 6 tháng

d. Chất ức chế men throm hóa

Chất ức chế men throm hóa, chủ yếu là Letrozole, chưa được công nhận là một loại thuốc sử dụng cho kích thích rụng trứng và cho những người mắc HCBTĐN. Do đó, loại thuốc này không nên được sử dụng như lựa chọn đầu tay cho những người bệnh vô sinh có HCBTĐN. Sự an toàn của thuốc cho thai chưa được chứng minh.

e. Gây phóng noãn bằng gonadotropin

Gây phóng noãn với gonadotrophin được xem là lựa chọn thứ hai sau CC ở những người bệnh thất bại với CC.

Phác đồ gây phóng noãn sử dụng gonadotrophin

Phác đồ tăng liều dần (Step-up protocol): Nguyên lý của phác đồ này là sử dụng liều dầu FSH rất thấp, sau đó tăng dần để đạt được nồng độ ngưỡng FSH vừa đủ gây sự phát triển đơn noãn. Liều dầu FSH sử dụng được khuyến cáo từ 37,5-50 IU/ngày trong 14 ngày (Alsina và cs., 2003; Leader và cs., 2006). Liều điều chỉnh bằng một nửa liều đang sử dụng, nghĩa là từ 25-37,5 IU/ngày trong 5 ngày. Ở người Việt Nam có BMI thấp, liều dầu có thể giảm xuống ở mức 25 IU/ngày và liều điều chỉnh là 25 IU/ngày (Vương Thị Ngọc Lan và cs., 2009).

f. Nội soi đốt điểm buồng trứng đa nang

Nội soi đốt điểm BTĐN cũng là chọn lựa hàng thứ hai cho những người bệnh kháng CC. Các kỹ thuật mổ nội soi khác như xé dọc buồng trứng hay cắt góc buồng trứng không được khuyến cáo sử dụng cho người mắc HCBTĐN do nguy cơ suy buồng trứng và dính sau mổ cao. Do đó, chỉ có một chỉ định chính của đốt điểm BTĐN là những người bệnh vô sinh kháng CC.

Đốt điểm BTĐN không được chỉ định cho các người bệnh không đáp ứng hay đáp ứng quá nhiều với gonadotrophin. Ngoài ra, đốt điểm BTĐN cũng không được chỉ định cho các nguyên nhân ngoài vô sinh, ví dụ như để điều trị rối loạn kinh nguyệt hay cường androgen vì hiệu quả chưa rõ ràng và các nguy cơ của phẫu thuật này như dính hay suy buồng trứng sau mổ.

Cách thực hiện

Nội soi đốt điểm BTĐN có thể thực hiện bằng đốt điện hay laser. Không có sự khác biệt về kết quả giữa 2 phương pháp đốt điểm BTĐN bằng đốt điện hay bằng laser (Farquhar và cs., 2007). Số điểm đốt được đa số các tác giả áp dụng là 4-10, tuy nhiên, càng đốt nhiều điểm, nguy cơ suy

buồng trứng sau mổ càng cao trong khi hiệu quả của đốt nhiều điểm hơn chưa được chứng minh. Do đó, 4 điểm đốt được xem là đã có thể hiệu quả mà ít biến chứng (Malkawi và cs., 2005).

Quy tắc “Tứ quý” được khuyến cáo sử dụng trong kỹ thuật nội soi đốt điểm BTĐN: tạo 4 điểm đốt, độ sâu của mỗi điểm đốt 4mm, sử dụng dòng điện 40w, thời gian đốt 4 giây

Thời gian theo dõi đáp ứng của HCBTĐN sau mổ nội soi đốt điểm buồng trứng là từ 3-6 tháng. Không có bằng chứng để khuyến cáo lặp lại đốt điểm BTĐN, nếu thực hiện lần đầu không hiệu quả. Hiệu quả và biến chứng của đốt điểm BTĐN phụ thuộc rất nhiều vào kỹ năng của phẫu thuật viên.

g. Thụ tinh trong ống nghiệm (In-Vitro Fertilization-IVF) và trưởng thành trứng trong ống nghiệm (In-Vitro Maturation of Oocytes-IVM)

Thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON) là chọn lựa hàng thứ ba sau khi thất bại với CC, gonadotrophin hay đốt điểm BTĐN. Biến chứng quan trọng nhất của TTTON ở người có HCBTĐN là hội chứng quá kích buồng trứng.

Phác đồ GnRH antagonist là phác đồ lựa chọn để kích thích buồng trứng cho người mắc HCBTĐN (Lainas và cs, 2010) do nguy cơ hội chứng quá kích buồng trứng giảm hơn so với phác đồ dài sử dụng GnRH agonist. Đồng thời với phác đồ GnRH antagonist, hội chứng quá kích buồng trứng có thể được loại trừ gần như hoàn toàn bằng cách thay thế hCG bằng GnRH agonist để khởi động trưởng thành noãn.

Metformin liều 1500 mg/ngày, kéo dài khoảng 8 tuần trước TTTON có thể làm giảm nguy cơ hội chứng quá kích buồng trứng (Tso và cs, 2010).

Trưởng thành noãn trong ống nghiệm (IVM) là kỹ thuật chọc hút lấy noãn non từ buồng trứng không kích thích buồng trứng, nuôi cấy bên ngoài cơ thể tạo noãn trưởng thành, sau đó cho thụ tinh với tinh trùng tạo phôi và chuyển phôi vào buồng tử cung. Kỹ thuật này tránh được bất lợi của kích thích buồng trứng trong TTTON ở người bị HCBTĐN và loại trừ nguy cơ hội chứng quá kích buồng trứng.

TÓM TẮT

CHẨN ĐOÁN HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG

1. Tiêu chuẩn chẩn đoán: khi người bệnh có 2 trong 3 tiêu chuẩn sau (sau khi đã loại trừ các bệnh lý gây tăng androgen):

- a. Rối loạn phóng noãn
- b. Cường androgen
- c. Hình ảnh buồng trứng đa nang trên siêu âm

2. Tăng LH không còn được sử dụng như một tiêu chuẩn chẩn đoán.
3. Nên thực hiện test dung nạp đường 75g ở người bệnh HCBTĐN có béo phì.

ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG BUỒNG TRÚNG ĐA NANG

1. Điều trị rối loạn kinh nguyệt ở người mắc HCBTĐN không mong muốn có thai: sử dụng progestogen hay viên tránh thai phối hợp mà thành phần progestin có tính kháng androgen như ciproterone hay drospirenone. Gây bong niêm mạc tử cung bằng viên tránh thai phối hợp nên thực hiện mỗi 3-4 tháng/lần, không thực hiện liên tục và kéo dài (Khuyến cáo GPP).
2. Điều trị vô sinh ở người mắc hội chứng buồng trứng đa nang: mục tiêu là gây phóng noãn để hạn chế biến chứng hội chứng quá kích buồng trứng và đa thai.
 - a. Lựa chọn 1: sử dụng clomiphene citrate (CC) đường uống, số chu kỳ sử dụng tối đa là 6 chu kỳ, liều tối đa là 150mg/ngày (Khuyến cáo A).
 - b. Lựa chọn 2: khi người bệnh đe kháng CC hay thất bại CC sau 6 chu kỳ sử dụng:
 - i. Gây phóng noãn bằng gonadotropin: sử dụng phác đồ liều thấp tăng dần với liều đầu được khuyến cáo từ 25-50 IU/ngày và liều điều chỉnh bằng phân nửa liều trước đó (Khuyến cáo B).
 - ii. Nội soi đốt điểm BTĐN: đốt 4 điểm, độ sâu 4mm, dòng điện 40W và thời gian đốt 4 giây. Thời gian theo dõi sau đốt điểm buồng trứng đa nang là 3-6 tháng. Chỉ thực hiện đốt điểm BTĐN với trường hợp HCBTĐN kháng CC. Không khuyến cáo lặp lại đốt điểm BTĐN nếu lần đầu không hiệu quả (Khuyến cáo B).
 - c. Lựa chọn 3: thụ tinh trong ống nghiệm hay trưởng thành noãn trong ống nghiệm
 - i. Phác đồ GnRH antagonist được khuyến cáo sử dụng nhằm giảm nguy cơ hội chứng quá kích buồng trứng (Khuyến cáo A).
 - ii. Trưởng thành noãn trong ống nghiệm: tránh hội chứng quá kích buồng trứng ở người bị HCBTĐN có chỉ định thực hiện kỹ thuật hỗ trợ sinh sản (Khuyến cáo GPP).
 - d. Metformin không được khuyến cáo sử dụng thường quy cho người bệnh PCOS với mục đích gây phóng noãn. Đối với người bệnh PCOS thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm, điều trị metformin trước KTTB giúp giảm nguy cơ quá kích buồng trứng (Khuyến cáo A).

8/PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ CỐ TỬ CUNG TRONG THAI KỲ

UNG THƯ CỎ TỬ CUNG TRONG THAI KỲ

9/CÁC PHÁC ĐỒ KÍCH THÍCH BUỒNG TRÚNG

CÁC PHÁC ĐỒ KÍCH THÍCH BUỒNG TRÚNG

I. Trong kỹ thuật bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI)

Kích thích buồng trứng (KTBT) trong IUI nhằm tạo ra từ 2-3 nang noãn trưởng thành và phóng noãn để tăng khả năng có thai.

1. Các chỉ định IUI

- Bất thường phóng tinh.
- Yếu tố cản tử cung.
- Tinh trùng yếu.
- Lạc nội mạc tử cung nhẹ và vừa.
- Rối loạn phóng noãn.
- Phối hợp các bất thường trên.
- Bơm tinh trùng người cho trong trường hợp chồng không có tinh trùng.
- Vô sinh chưa rõ nguyên nhân.

2. Các phác đồ KTTB a. Sử dụng Clomiphene Citrate

- Clomiphene Citrate (CC) được sử dụng đường uống với liều 50-100mg từ ngày 2 đến ngày 6 chu kỳ kinh nguyệt.
- Siêu âm theo dõi nang noãn từ ngày 6 hoặc ngày 7 chu kỳ, sau đó mỗi 2-3 ngày tùy tốc độ phát triển nang noãn.
- Tiêm b β -hCG 5000IU gây rụng trứng khi ít nhất 1 nang >18 mm.
- Bơm tinh trùng vào buồng tử cung được thực hiện 36-40 giờ sau thời điểm tiêm hCG.

- Hỗ trợ giai đoạn hoàng thể bằng progesterone đặt âm đạo 200mg/ngày, 2 lần/ngày trong 2 tuần sau bơm tinh trùng.
- Xét nghiệm βhCG máu thử thai sau bơm tinh trùng 2 tuần.

b. Sử dụng gnadotrophins đơn thuần (FSH hoặc HMG)

- Tiêm bắp hoặc tiêm dưới da FSH hoặc HMG mỗi ngày từ ngày 2 hoặc 3 chu kỳ với liều thường dùng là 50-75IU.
- Liều dùng có thể được điều chỉnh tùy thuộc kết quả siêu âm vào ngày 7 chu kỳ hoặc những lần sau đó.
- Thời điểm tiêm hCG và bơm tinh trùng tương tự trên.

II. Trong kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm (IVF)

Thụ tinh trong ống nghiệm là một kỹ thuật phức tạp và tốn kém. Để tăng cơ hội có thai, bệnh nhân cần được KTTB để thu được khoảng 8-10 trứng có chất lượng tốt.

1. Các chỉ định IVF

- Tinh trùng chồng yếu nặng.
- Bất sản ống dẫn tinh.
- Trường hợp xin tinh trùng do chồng không có tinh trùng.
- Yếu tố tai voi.
- Vợ lớn tuổi.
- Giảm dự trữ buồng trứng.
- Xin trứng do suy buồng trứng sớm.
- Bơm tinh trùng thất bại nhiều lần.

2. Các phác đồ KTTB

a. Phác đồ dài (down-regulation)

- Tiêm GnRH đồng vận bắt đầu từ ngày 21 chu kỳ kinh (tiêm liên tục trong 12-14 ngày).
- Sau đó, xét nghiệm LH, Estradiol máu và siêu âm nếu down regulation đạt yêu cầu thì bắt đầu sử dụng gonadotrophins. Gonadotrophins được tiêm liên tục KTTB cho đến khi nang noãn trưởng thành.

- Tiêm hCG khi có ít nhất 3 nang > 17 mm.
- Chọc hút trứng 36-38 giờ sau tiêm hCG.
- Chuyển phôi được thực hiện ngày 2, ngày 3 hoặc ngày 5 sau chọc hút trứng. Sau chuyển phôi, hỗ trợ hoàng thể với liều 600-800mg/ngày Progesterone.
- Thủ thai 2 tuần sau chuyển phôi.

Phác đồ GnRH antagonist

- Bắt đầu sử dụng Gonadotrophins KTTB vào ngày 2 hoặc 3 chu kỳ kinh.
- GnRH antagonist 0,25mg/ngày được cho liên tục từ ngày thứ 6 chu kỳ hoặc khi đường kính nang lớn nhất đạt 14 mm cho đến khi tiêm hCG gây rụng trứng.
- Thời điểm tiêm hCG, chọc hút trứng và hỗ trợ hoàng thể tương tự như phác đồ dài.
- Trong trường hợp bệnh nhân có nguy cơ quá kích buồng trứng, có thể gây trưởng thành nang noãn và rụng trứng bằng GnRH agonist thay cho tiêm hCG. Sau đó, phải hỗ trợ giai đoạn hoàng thể tích cực hoặc phải trữ phôi toàn bộ.

III. Các vấn đề cần chú ý khi kích thích buồng trứng

- Khoảng cách giữa đáp ứng tốt với KTTB và quá kích buồng trứng là rất nhỏ.
- Sự đáp ứng với KTTB ở từng người khác nhau sẽ khác nhau, do đó, việc quyết định loại thuốc, liều thuốc, phác đồ KTTB sử dụng và theo dõi trong quá trình KTTB phải được các bác sĩ có kinh nghiệm về sử dụng thuốc KTTB xem xét kỹ.
- Tăng hay giảm liều Gonadotropins cần phải dựa trên siêu âm và nội tiết trong quá trình theo dõi sự phát triển nang noãn và các triệu chứng lâm sàng của người bệnh.
- Ngưng KTTB khi không có nang phát triển hoặc quá nhiều nang phát triển (vì có thể gây nguy cơ quá kích buồng trứng).
- Thời điểm sử dụng hCG gây phóng noãn phù hợp sẽ mang lại hiệu quả cao.
- Nếu chu kỳ điều trị thất bại, số lượng nang noãn kém hay nội mạc tử cung mỏng, thay đổi phác đồ KTTB hiệu quả hơn là thay đổi thuốc KTTB.

IV. Các đáp ứng bất thường và biến chứng của kích thích buồng trứng

- Đáp ứng kém với KTTB
 - + Đáp ứng kém với KTTB xảy ra khoảng 9-24% các chu kỳ thực hiện kỹ thuật hỗ trợ sinh sản. Đáp ứng kém được chẩn đoán khi bệnh nhân được KTTB bằng phác đồ chuẩn với liều FSH từ 300IU trở lên mà có các dấu hiệu sau:
 - + Số lượng nang noãn phát triển dưới 3-5 nang.
 - + Nồng độ Estradiol vào ngày 6 chu kỳ < 200pg/ml.
 - + Nồng độ Estradiol không tăng hay giảm đi trong quá trình KTTB.
 - + Thời gian KTTB quá dài (trên 18 ngày).

- Quá kích buồng trứng.
 - Đa thai.
-

10/CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ SÓT NHAU SÓT THAI

ĐIỀU TRỊ SÓT NHAU / SÓT THAI

I. Định nghĩa

Sót nhau/sót thai là tình trạng còn sót lại mô nhau hoặc thai trong tử cung sau thủ thuật.

II. Chẩn đoán

1. Khám lâm sàng

a. Hỏi bệnh

- Thời điểm hút thai lần trước.
- Nơi hút thai lần trước (tại viện hay ngoại viện).
- Tuổi thai lần hút trước.

b. Khám bệnh

- Tổng trạng: Đánh giá tình trạng nhiễm trùng (sốt, đau bụng, dịch âm đạo hôi, môi khô, lưỡi bẩn...).
- Xác định tư thế và kích thước tử cung.
- Xác định độ đau tử cung.
- Đánh giá độ mở CTC.
- Đánh giá mức độ ra huyết âm đạo.

2. Xét nghiệm cận lâm sàng

a. Siêu âm

- Xác định tình trạng sót nhau, sót thai.
- Đánh giá mức độ sót nhau.

b. Xét nghiệm

- CTM, CRP, p hCG (tùy trường hợp).

III. Điều trị sót nhau - sót thai

1. Nội khoa

a. Chỉ định

- Út dịch lòng tử cung.
- Nghi sót nhau kích thước nhỏ (dưới 3x3cm).

b. Điều trị nội khoa sót nhau sót thai

- Oxytocine 5 đv 1-2 ống tiêm bắp x 3 ngày.

Hoặc Misoprostol 200mcg ngâm dưới lưỡi 2v x 2 lần/ngày x 2-3 ngày.

- Kháng sinh ngừa nhiễm trùng.

2. Ngoại khoa

a. Chỉ định

- Sót thai, sót nhau hay út dịch lòng tử cung lượng nhiều

b. Điều trị ngoại khoa sót nhau sót thai

- Hút kiêng tra buồng tử cung (Thực hiện các bước như hút thai theo yêu cầu. Nên được thực hiện bởi kỹ thuật viên có kinh nghiệm).
- Gửi giải phẫu bệnh mổ sau hút.
- Kháng sinh điều trị.
- Thuốc tăng co hồi tử cung nếu cần.

11/CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ THAI CHẾT LUU ĐẾN HẾT 12 TUẦN

ĐIỀU TRỊ THAI CHẾT LUU ĐẾN HẾT 12 TUẦN

I. Định nghĩa

Thai chết lưu là thai đã chết trong tử cung mà không được tống xuất ra ngoài ngay.

II. Chẩn đoán

1. Bệnh sử

Xác định ngày kinh chót. Tình trạng ra huyết âm đạo, đau bụng.

- Tiền sử sản phụ khoa:

+ Số con đã có - tuổi con nhỏ nhất.

+ Tiền sử thai lưu. Số lần đi hút thai.

+ Tiền căn mổ lấy thai, bóc nhâm xơ tử cung.

- Tiền căn bệnh nội ngoại khoa: Bệnh lý tim mạch, cường giáp.v.v...

2. Khám

- Xác định tư thế tử cung, tuổi thai.

- Đánh giá tình trạng ra huyết âm đạo.

- Đánh giá các bệnh lý ở đường sinh dục đi kèm nếu có: viêm nhiễm, u xơ tử cung, u nang buồng trứng.

3. Xét nghiệm

- Siêu âm: Xác định tình trạng thai lưu, tuổi thai vào thời điểm lưu.

- XN máu: Đong máu toàn bộ, phân tích tế bào máu, nhóm máu, Rh (khi đủ điều kiện).

III. Lưu ý

- Lấy mốc tuổi thai dựa vào ngày kinh chót

- + Tuổi thai vào thời điểm siêu âm, chỉ gợi ý tuổi thai vào thời điểm lưu, nhằm tiên lượng nguy cơ rối loạn đông máu.
- + Thai lưu tồn tại trong tử cung trên 6 tuần có thể sẽ xảy ra rối loạn đông máu.
- Nhập viện những trường hợp
- + Xét nghiệm đông máu toàn bộ bất thường.
- + Có bệnh lý nội khoa cần thực hiện thủ thuật tại nơi có điều kiện hồi sức cấp cứu. + Các trường hợp thai lưu có nguy cơ tai biến cao.

IV. Xử trí

1. Tư vấn

- Nếu khách hàng có Rh (-): tư vấn theo phác đồ xử trí thai phụ Rh (-).
- Tư vấn thủ thuật hút thai (bao gồm các bước thủ thuật, tai biến có thể xảy ra).
- Các dấu hiệu bất thường cần khám ngay.
- Tư vấn các biện pháp tránh thai sau hút thai.
- Tư vấn về khả năng sinh sản sau thủ thuật.
- Nên có thai lại ít nhất sau 3 tháng hút thai lưu và kiểm tra sức khỏe trước khi có ý định mang thai trở lại

2. Quy trình kỹ thuật

a. Phương pháp giảm đau - vô cảm

Uống thuốc giảm đau Ibuprofen 400mg hoặc Paracetamol 1g trước khi làm thủ thuật 30 phút đối với những trường hợp vô cảm bằng tê cạnh cổ CTC.

b. Thực hiện thủ thuật

- Sát trùng âm hộ (kèm I).
- Sát trùng CTC, âm đạo (Kèm II).
- Gây tê mép trước CTC (Vị trí 12g với 1ml Lidocain 1%).
- Kẹp CTC bằng kèm Pozzi.

- Gây tê cạnh CTC với 4ml Lidocain 1% ở vị trí 4g và 7g hay 5g và 8g.
- Nong CTC bằng ống hút nhựa (nếu trường hợp khó có thể sử dụng bộ nong bằng kim loại Hégar hay Pratt).
- Chọn ống hút thích hợp với tuổi thai.
- Hút thai (bằng máy hay bằng tay), đánh giá hút sạch buồng tử cung.
- Mở kèm Pozzi, lau sạch CTC và âm đạo.
- Kiểm tra mô và tổ chức sau hút thai, gửi giải phẫu bệnh mô nhau.

3. Theo dõi sau thủ thuật

- Theo dõi sinh hiệu, huyết âm đạo, đau bụng dưới.
- Hướng dẫn sử dụng toa thuốc sau thủ thuật.
- Hướng dẫn cách chăm sóc sau thủ thuật.
- Hẹn ngày tái khám và các dấu hiệu bất thường cần tái khám ngay, lấy kết quả giải phẫu bệnh.
- Hướng dẫn ngừa thai tránh mang thai ngoài ý muốn.

12/CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ THỦNG TỬ CUNG TRONG KHI HÚT THAI HOẶC NẠO SINH THIẾT

ĐIỀU TRỊ THỦNG TỬ CUNG TRONG KHI HÚT THAI HOẶC NẠO SINH THIẾT

I. Định nghĩa

Thủng tử cung là tổn thương đến lớp cơ tử cung ± phúc mạc tử cung do đưa dụng cụ vào buồng tử cung trong khi làm thủ thuật hút thai, đặt hoặc lây vòng, nạo sinh thiết...

II. Chẩn đoán

- Bệnh nhân có thể đột ngột đau bụng dữ dội khi đang làm thủ thuật.

- Khám:
 - + Đau đột ngột, da xanh niêm nhợt.
 - + Mạch nhanh, huyết áp tụt (nếu có choáng).
 - + Ân đau vùng hạ vị, có thể có phản ứng phúc mạc hay dấu hiệu kích thích phúc mạc.
 - + Đo buồng tử cung không cảm giác chạm đáy tử cung.
 - + Hút hay gấp ra mạc nối lớn.
- Cận lâm sàng: siêu âm có thể thấy dịch ổ bụng hoặc tổn thương cơ tử cung.

III. Xử trí

Trong quá trình làm thủ thuật, nếu có nghi ngờ làm thủng tử cung

1. Ngưng làm thủ thuật ngay lập tức.
 2. Hồi sức
 - a. Xác định tổng trạng bệnh nhân: mạch, huyết áp. Đánh giá tình trạng choáng.
 - b. Lấy ngay đường truyền tĩnh mạch:
 3. Dùng thuốc co hồi tử cung, kháng sinh và thuốc điều trị choáng (nếu bệnh nhân có choáng).
- Lactat Ringer hay Natri Chlorua 9%o 500 ml, truyền TM XXXg/p
3. Chuyển bệnh nhân lên phòng mổ để thực hiện phẫu thuật thám sát (hở hay nội soi), vá lỗ thủng (nếu có), giải quyết các tổn thương kèm theo và làm sạch buồng tử cung.

Lưu ý:

- Trong những trường hợp bệnh nhân có kèm choáng: nên điều trị choáng tích cực, và chỉ chuyển bệnh nhân khi tình trạng đã ổn định.
- Tư vấn cho bệnh nhân và người nhà bệnh nhân hướng xử trí, cho ký cam kết.
- Hoàn tất hồ sơ bệnh án, ghi rõ diễn tiến thủ thuật.
- Khi bàn giao với khoa khác, phải rõ ràng và cụ thể để việc theo dõi bệnh nhân được chặt chẽ và sát sao hơn.

13/CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ TẮC RUỘT SAU MỔ

TẮC RUỘT SAU MỔ

I. Triệu chứng tắc ruột sau mổ

- Ói.
- Bệnh nhân không trung tiện (Gaz (-)).
- Đau bụng từng cơn - bụng chướng.

II. Xử trí tắc ruột sau mổ

- Chụp X-quang bụng đứng, không sửa soạn -> mực nước hơi (+).
- Siêu âm -> các quai ruột giãn chứa nhiều hơi.
- Công thức máu - Hct, có dấu nhiễm trùng, bạch cầu tăng, CRP tăng
- Urée / máu - ion đồ -> có rối loạn nước điện giải.

III. Chẩn đoán và hướng xử trí

Dấu hiệu lâm sàng	Liệt ruột sau mổ	Tắc ruột sau mổ
Đau bụng	Gây khó chịu do chướng bụng nhưng không đau nhiều	Đau càng ngày càng nhiều
Thời gian hậu phẫu	Thông thường trong vòng 48 - 72 giờ	Thường muộn hơn có thể 5 - 7 ngày
Buồn nôn và nôn	+	+++, càng ngày càng tăng
Chướng bụng	+	+++, càng ngày càng tăng
Nhu động ruột	Mất hay giảm	Đau rắn bò Tăng nhu động ruột
Sốt	+/-	+/-
Siêu âm	Các quai ruột giãn	Các quai ruột giãn rộng, có dịch trong ổ bụng, kết hợp với nhiễm trùng trong lồng tử cung hoặc vết mổ
X-quang bụng không sửa soạn	Dẫn quai ruột non + ruột già Ruột già đầy hơi	Một hoặc nhiều quai ruột dẫn (thường là ruột non) với mực nước hơi (+)

	Hút dịch dạ dày	Hút dịch dạ dày liên tục để giảm áp
Điều trị	Đặt sonde trực tràng Điều chỉnh nước, điện giải	Kháng sinh phối hợp liều cao Điều chỉnh nước điện giải
	Thuốc kích thích nhu động ruột	Hội chẩn ngoại tổng quát

14/CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VIÊM VÙNG CHẬU

ĐIỀU TRỊ VIÊM VÙNG CHẬU

(PID: pelvic inflammatory disease)

I. Định nghĩa

Viêm vùng chậu là viêm nhiễm cấp đường sinh dục trên của phụ nữ, lây lan từ cổ tử cung lên đến tử cung, óng dẫn trứng, buồng trứng và các cơ quan lân cận.

II. Tác nhân gây bệnh viêm vùng chậu

- Tác nhân gây bệnh chủ yếu trong viêm vùng chậu là Chlamydia trachomatis và Neisseria gonorrhoeae.
- Các tác nhân khác cũng có thể gây bệnh như
 - + Gardnerella vaginalis, Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum.
 - + Streptocoques, Staphylocoques, Haemophilus influenzae.
 - + Entérobactéries (E. coli, Klebsiella, yếm khí, Bactéroides fragilis).

III. Yếu tố nguy cơ viêm vùng chậu

- Có nhiều bạn tình.
- Tuổi trẻ < 25 tuổi.
- Tiền căn viêm vùng chậu.
- Bạn tình có viêm nhiễm niệu đạo hoặc nhiễm lậu.

IV. Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm vùng chậu

- Tiêu chuẩn tối thiểu gồm
 - 1. Đau vùng hạ vị hoặc đau vùng chậu.
 - 2. Đau khi di động CTC hoặc đau tử cung hoặc phần phụ.
- Tiêu chuẩn thêm vào (1 hay nhiều triệu chứng)
 - 1. Nhiệt độ > 38.3°C.
 - 2. Cổ tử cung viêm, chảy dịch đục như mủ.
 - 3. Tăng bạch cầu.
 - 4. Tăng CRP.
 - 5. Có dữ liệu nhiễm N. gonorrhoeae hoặc C. Trachomatis ở CTC.

V. Xét nghiệm cận lâm sàng

- Tổng phân tích té bào máu.
- CRP.
- β-hCG.
- CA 125.
- Tổng phân tích nước tiểu.
- Siêu âm.
- Xét nghiệm khí hư âm đạo:
 - + Soi tươi tìm Gardnerella vaginalis.
 - + Nhuộm gram tìm vi trùng Neisseria gonorrhoeae.
- Test miễn dịch chẩn đoán Chlamydia trachomatis

VI. Chẩn đoán phân biệt

- Thai ngoài tử cung.
- U buồng trứng xoắn, xuất huyết nang buồng trứng.

- Lạc nội mạc tử cung.
- Ung thư buồng trứng tiến triển cấp.
- U xơ tử cung hoại tử.
- Viêm ruột thừa cấp.
- Viêm bàng quang, viêm đài bể thận, cơn đau quặn thận.

VII. Điều trị viêm vùng chậu

• Nguyên tắc điều trị

- Tất cả các phác đồ điều trị phải hiệu quả đối với cả Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis và vi trùng yếm khí.
- Điều trị càng sớm nguy cơ di chứng về sau càng thấp.
- Thể nhẹ có thể điều trị ngoại trú.
- Bệnh thể nặng phải nhập viện điều trị nội trú.

• Điều trị nội trú trong các tình huống sau

1. Đang mang thai.
2. Không đáp ứng hoặc không dung nạp với kháng sinh đường uống.
3. Không tuân thủ điều trị.
4. Không thể dùng kháng sinh uống do buồn nôn và nôn ói.
5. Thể nặng: sốt cao, buồn nôn, nôn, đau vùng chậu nặng.
6. Khối abces vùng chậu kể cả abces tai vòi.
7. Có thể cần phải phẫu thuật hoặc chưa loại trừ chẩn đoán nguyên nhân khác (như: viêm ruột thừa).

Phác đồ điều trị ngoại trú

- Lựa chọn 1

+ Ceftriaxone 250mg (tiêm bắp) 1 liều duy nhất và Doxycycline 100mg x 2 lần (uống)/ngày x 14 ngày.

Có hoặc không có Metronidazole 500mg (uống) x 2 lần/ ngày x 14 ngày.

Hoặc

+ Cefoxitin 2g (TB) 1 liều phối hợp Probenecid 1g (uống) 1 liều và Doxycycline 100mg x 2 lần (uống)/ngày x 14 ngày.

Có hoặc không có Metronidazole 500mg (uống) x 2 lần/ ngày x 14 ngày.

Hoặc

+ Cephalosporin thế hệ III như

Cefotaxime 1g tiêm bắp1 liều duy nhất hoặc Ceftizoxime 1g tiêm bắp1 liều duy nhất và Doxycycline 100mg x 2 lần (uống)/ngày x 14 ngày.

Có hoặc không có Metronidazole 500mg (uống) x 2 lần/ ngày x 14 ngày

- Lựa chọn 2: khi không đủ điều kiện áp dụng lựa chọn 1

+ Ofloxacin 400mg (uống) 2 lần/ ngày x 14 ngày hoặc Levofloxacin 500mg (uống) 1 lần/ ngày x 14 ngày.

Có hoặc không có Metronidazole 500mg (uống) x 2 lần/ ngày x 14 ngày.

Trường hợp dị ứng với Penicilline

1. Nhập viện và bắt đầu điều trị với Clindamycin 900mg tiêm tĩnh mạch mỗi 8g

+ Gentamycin liều đầu tiên 2mg/kg (tiêm tĩnh mạch) hoặc (TB) sau duy trì 1.5mg/kg mỗi 8 giờ.

Sau 24 giờ cải thiện lâm sàng, chuyển sang

Clindamycin 450 mg uống mỗi 6 giờ cho đủ 14 ngày điều trị.

hoặc

Doxycycline 100mg x 2 lần (uống)/ngày x 14 ngày + Metronidazole 500mg (uống) x 2 lần/ ngày x 14 ngày.

2. Hoặc điều trị ngoại trú: Ofloxacin 400mg (uống) 2 lần/ ngày x 14 ngày hoặc Levofloxacin 500mg (uống) 1 lần/ ngày x 14 ngày.

Có hoặc không có Metronidazole 500mg (uống) x 2 lần/ ngày x 14 ngày.

Phác đồ điều trị nội trú

- Lựa chọn 1
 - Cefoxitin 2 g tiêm tĩnh mạch mỗi 6 giờ hoặc Cefotetan 2 g tiêm tĩnh mạch mỗi 12 giờ+Doxycycline 100 mg uống hoặc tiêm tĩnh mạch mỗi 12 giờ.
hoặc
 - Cephalosporine thế hệ IIICeftriaxon 1g tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm bắp 1 lần/ngày + Doxycycline 100mg uống hoặc tiêm tĩnh mạch mỗi 12 giờ.
- Lựa chọn 2
 - Clindamycine 900mg tiêm tĩnh mạch mỗi 8 giờ + Gentamycine liều đầu tiên 2mg/kg (tiêm tĩnh mạch) hoặc (TB) sau duy trì 1.5mg/kg mỗi 8 giờ.
 - Lựa chọn khác: Ampicillin-sulbactam (Unasyn®) 3 g tiêm tĩnh mạch mỗi 6 giờ+ Doxycycline 100 mg tiêm tĩnh mạch hoặc uống mỗi 12 giờ.
 - Chuyển từ đường tĩnh mạch sang đường uống bắt đầu sau 24 giờ cải thiện các triệu chứng lâm sàng như sốt, buồn nôn, nôn, đau vùng chậu. Dùng Doxycycline 100mg x 2 lần (uống)/ngày x 14 ngày.
 - Trường hợp bệnh nhân không dung nạp với Doxycycline, có thể sử dụng Azithromycine 1g đơn liều uống 1lần/ tuần x 2 tuần.
 - Trong trường hợp abces phàn phụ, nên can thiệp ngoại khoa sau 48 giờ dùng kháng sinh đường tĩnh mạch.

Điều trị nội khoa kết hợp

- Kháng viêm giảm đau.
- Lấy vòng (nếu có).
- Nghỉ ngơi kiêng quan hệ hoặc quan hệ kèm dùng bao cao su.

15/GIẢM ĐAU TRONG CHUYỂN ĐẠ BẰNG PHƯƠNG PHÁP GÂY TÊ TỦY SỐNG - NGOÀI MÀNG CỨNG KẾT HỢP

GIẢM ĐAU TRONG CHUYÊN DẠ BẰNG PHƯƠNG PHÁP

GÂY TÊ TỦY SỐNG - NGOÀI MÀNG CỨNG KẾT HỢP

I. Mục đích và đối tượng

Tê tuy sống - ngoài màng cứng kết hợp đã được áp dụng để giảm đau ở sản phụ đang chuyển dạ và nhất là thai bệnh lý như tim mạch, và giảm đau sau mổ.

- Lợi ích
 - Liều lượng thuốc giảm rất nhiều so với tê tuy sống đơn thuần.
 - Tác dụng bắt đầu nhanh (2 đến 3 phút).
 - Tổng liều thuốc so với tê ngoài màng cứng đơn thuần khoảng 1/3 (cho mổ lấy thai).
 - Mức độ phong bế vận động ít nhất.
 - Phong bế giao cảm cũng ít nhất.
- Chỉ định
 - Giảm đau trong chuyển dạ ở giai đoạn hoạt động hoặc lúc cở tử cung đã mở > 7cm.
 - Kỹ thuật chọn lọc cho các trường hợp có thai bình thường hoặc mẹ có bệnh lý cần sự ổn định huyết động học.
- Người áp dụng

Bác sĩ Gây mê được huấn luyện thành thạo và am hiểu về tê tuy sống - ngoài màng cứng.

- Tuyến áp dụng: tại các tuyến có khoa sản và gây mê hồi sức (chủ yếu các Bệnh viện chuyên khoa sản và tuyến thành phố).

II. Điều kiện áp dụng tối thiểu

- Phương tiện
 - Thuốc: Bupivacaine tăng trọng, Fentanyl hoặc Sufentanil, Lidocaine 2%, dung dịch muối 0,9% (10ml).
- Dụng cụ

- Bộ kim tê tê tuy sống - ngoài màng cứng phôi hợp (B.Braun).
- Kim Tuohy 18, kim tuy sống 26 - 27 (loại Quincke hoặc Withacre) độ dài 115 đến 120mm, phần nhô ra khỏi lỗ cạnh Tuohy từ 13 đến 15mm.

III. Chỉ định - chống chỉ định

1. Chỉ định

- Các sản phụ đạt tiêu chuẩn ASA I - II

2. Chống chỉ định a. Tuyệt đối

- Nhiễm trùng toàn thân.
- Nhiễm trùng tại nơi chọc kim.
- Rối loạn đông máu.
- Sản phụ trong tình trạng sốc.
- Suy thai cấp.
- Nhau tiền đạo chảy máu, nhau bong non.
- Sản giật hoặc hội chứng Hellp
- Tăng áp lực nội sọ.
- Tiền sử dị ứng thuốc tê... b. Tương đối
- Sản phụ từ chối phương pháp gây tê.
- Bệnh tim (hẹp khít van tim, suy tim mắt bù, tăng áp lực động mạch phổi).
- Sản phụ có kèm bệnh thần kinh, tâm thần.
- Bệnh lý cột sống như gù, vẹo cột sống.

IV. Qui trình kỹ thuật

1. Chuẩn bị bệnh nhân

- Đặt một đường truyền tĩnh mạch với dung dịch Lactate Ringer trung bình 8 -10ml/kg cân nặng hoặc dung dịch Voluven 6% (HES(130/0,4)).

- Tư thế: nằm hoặc ngồi.

2. Chuẩn bị phương tiện

- Bộ dụng cụ tê túy sống - ngoài màng cứng (B. Braun).
- Bơm tiêm 3ml, 5ml, 10ml, 50ml.
- Máy bơm tiêm điện, phương tiện hồi sức cấp cứu, máy đo HA, máy Monitor tim mạch, SpO2.

3. Xác định khe cột sống

- Thường là L3 - L4 hoặc L4 - L5 (Lưu ý: sản phụ béo phì đường Tuffier bị nâng lên).
- Gây tê tại chỗ với dung dịch Lidocaine 2%.

4. Kỹ thuật xác định khoang ngoài màng cứng

- Nên dùng kỹ thuật mất sức cản với dung dịch nước muối sinh lý.

5. Đặt kim Tuohy vào khoang ngoài màng cứng theo qui ước

Khi đã vào khoang ngoài màng cứng, sau đó đưa kim túy sống qua kim Tuohy. Đầu kim túy sống qua kim Tuohy đến khi kim túy sống vào khoang dưới nhện sẽ thấy dịch não tủy chảy ra .

6. Giảm đau chuyển dạ

- a. Tiêm thuốc vào kim gây tê túy sống hỗn hợp Bupivacaine 1,5mg - 2,5mg phối hợp với Fentanyl 20mcg - 25mcg (hoặc Sufentanil 2,5 - 5mcg)

- Rút kim tê túy sống, sau đó luồn catheter qua kim Tuohy vào khoang ngoài màng cứng.

- Thuận lợi của phương pháp gây tê túy sống ngoài màng cứng kết hợp:

- + Dùng liều thấp so với tê ngoài màng cứng đơn thuần

- + Bắt đầu tác dụng nhanh (2 - 3 phút).

- + Phong bế thần kinh tối thiểu: vận động, giao cảm và súc rặn không mất. b. Liều ngoài màng cứng qua bơm tiêm điện ngay sau liều túy sống với hỗn hợp

- Giảm đau bằng phương pháp bơm thuốc tê qua tiêm điện như sau:

- Thuốc tê Bupivacaine nồng độ 0,0625% đến 0,1%.

- Fentanyl 2mcg/ml (hoặc Sufentanil 0,25mcg đến 0,5mcg/ml).

+ Truyền hỗn hợp thuốc tê qua catheter ngoài màng cứng với tốc độ 5 - 10ml/giờ tùy theo tình trạng của sản phụ.

- Hoặc giảm đau bằng phương pháp sản phụ tự điều khiển (PCEA):

- Truyền hỗn hợp thuốc tê qua catheter ngoài màng cứng tốc độ 5ml/giờ.
- Bolus 3ml do sản phụ bấm nút điều khiển khi đau.
- Thời gian khóa nút điều khiển (lock out) khoảng 15 phút.
- Liều tối đa 20ml/giờ.

7. Theo dõi

Tại phòng sinh:

- + Chất lượng giảm đau đến lúc sinh hoặc mổ lấy thai.
- + Theo dõi hô hấp, mạch huyết áp và tiến trình chuyển dạ.

16/NGUYÊN NHÂN ĐIỀU TRỊ BĂNG HUYẾT SAU SINH

BĂNG HUYẾT SAU SINH

I. Định nghĩa

BHSS là tình trạng mất $> 500\text{ml}$ máu sau sinh đường âm đạo hoặc mất $> 1000\text{ml}$ máu sau mổ lấy thai hoặc ảnh hưởng tổng trạng hoặc Haematocrit giảm $> 10\%$ so với trước sinh.

Phân loại: nguyên phát (< 24 giờ đầu) và thứ phát (sau 24 giờ - 12 tuần - WHO).

II. Chẩn đoán

- Đo lượng máu mất bằng túi đo máu lót ngay sau khi sẩy thai và ra hết nước ối.
- Dấu hiệu mất máu cấp tính: mệt, vật vã, da xanh niêm nhạt, vã mồ hôi.
- Thay đổi tổng trạng, sinh hiệu: mạch nhanh, HA tụt.
- TC tăng thể tích.

- Ra huyết âm đạo đỏ tươi lượng nhiều - liên tục.

Nguyên nhân

- Đờ tử cung.
- Chấn thương đường sinh dục (đặc biệt là vỡ tử cung).
- Bất thường về bong nhau, sô nhau.
- Rối loạn đông máu.

III. Điều trị

- Hồi sức tích cực + co hồi tử cung + tìm nguyên nhân.
 - Huy động tất cả mọi người để cấp cứu.
 - Thiết lập ít nhất 2 đường truyền tĩnh mạch, catheter 18G cho dịch chảy với tốc độ nhanh.
 - Đánh giá tình trạng mất máu và thể trạng chung của sản phụ (các dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ).
 - Nếu nghi ngờ có choáng hoặc bắt đầu có choáng phải xử trí ngay theo phác đồ xử trí choáng.
 - Thông tiêu.
 - Xoa đáy tử cung và dùng thuốc co hồi TC
 - + Oxytocin 5 UI 4 ống pha 500 ml dịch tinh thể, tối đa 80 UI.
 - + Methyl-ergometrin 0,2mg 1 ống TB hay tiêm vào cơ tử cung (không bao giờ tiêm tĩnh mạch), tối đa 5 liều, không sử dụng: tiền căn cao huyết áp, hội chứng Raynaud.
 - + Carbetocin (Duratocin 100mcg) 1 ống TMC, chỉ một liều duy nhất (khuyến cáo sử dụng dự phòng trong những trường hợp nguy cơ cao BHSS)
 - + Prostaglandin F2 alpha (Carboprost tromethamine): 250mcg TB mỗi 15-20 phút nếu cần, tổng liều là 2mg nếu không có hen suyễn và cao huyết áp.
 - + Prostaglandin E1 (Misoprostol: Cytotec) 200mcg: 800 mcg đặt hậu môn 1 lần duy nhất, có thể dùng cho người cao huyết áp hay hen suyễn. Theo dõi nhiệt độ sản phụ vì có thể sốt > 40°C và lạnh run. Sử dụng phối hợp với thuốc gò tử cung đường tiêm, không sử dụng như thuốc gò duy nhất để điều trị BHSS.
- Tìm nguyên nhân: kiểm tra đường sinh dục và thực hiện các biện pháp cầm máu cơ học khác.

- Làm xét nghiệm cơ bản: nhóm máu, huyết đồ, đông máu toàn bộ.

IV. Triệu chứng và xử trí theo bệnh cảnh lâm sàng

1. Đò tử cung (Tonus)

a. Triệu chứng

- Chảy máu ngay sau khi sỡ nhau là triệu chứng phổ biến nhất.
- Tử cung giãn to, mềm nhão, co hồi kém hoặc không co hồi, không có khôi an toàn.
- Có thể dẫn đến choáng nếu không xử trí kịp thời.

b. Xử trí: ngoài phần xử trí chung có thể cần thêm

- Chèn bóng lòng TC, phẫu thuật may mũi B-Lynch hoặc thắt động mạch tử cung, thắt động mạch hạ vị, cắt tử cung.
- Kết hợp vừa phẫu thuật vừa hồi sức, truyền máu.

2. Chấn thương đường sinh dục (Trauma)

Gồm rách âm hộ, âm đạo, tầng sinh môn, cổ tử cung, vỡ tử cung và máu tụ đường sinh dục.

a. Triệu chứng

- Tử cung co hồi tốt nhưng máu đỏ tươi vẫn chảy ra ngoài âm hộ.
- Khám thấy vết rách và máu tụ đường sinh dục.

b. Xử trí: ngoài xử trí chung còn thêm

- Khâu phục hồi đường sinh dục.
- Nếu bị tụ máu, tùy theo vị trí, kích thước và sự tiến triển của khối máu tụ để có thái độ xử trí thích hợp. Nguyên tắc chung là phải phá khối máu tụ và khâu cầm máu kỹ, tránh tái phát. Làm tại phòng mổ khi khối máu tụ to, sâu hoặc ở vị trí khó kiểm soát.
- Với vỡ tử cung: xem phác đồ “Vỡ tử cung”.

3. Bất thường về bong nhau và sỡ nhau (Tissue).

a. Triệu chứng

- Sót nhau, sót màng

- Chảy máu thường xuất hiện sau khi sô nhau.
 - Tử cung có thể co hồi kém.
 - Ra máu rỉ rả, lượng máu ra có thể ít hoặc nhiều, máu đỏ tươi lẫn máu cục
 - Có thể phát hiện sóm sót nhau bằng cách kiểm tra nhau và màng nhau.
 - Nếu phát hiện muộn, không kịp thời, mất máu nhiều có dấu hiệu choáng.
- Nhau không bong
 - Nhau không bong trong vòng 30 phút sau khi sô thai hoặc dùng biện pháp xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ không kết quả.
 - Nhau bám chặt và không chảy máu.
 - Nhau cài răng lược bán phần thì sau khi thai đã sô 30 phút nhau không bong hoàn toàn, chảy máu nhiều hay ít tùy theo diện nhau bong rộng hay hẹp. Nhau cài răng lược toàn phần: ít gấp, không chảy máu.
- b. Điều trị
- Sót nhau, sót màng
 - Truyền dịch tĩnh mạch ngay.
 - Cho thuốc giảm đau (Morphin 10 mg x 1 ống tiêm bắp hay TDD hay Pethidine 100mg u óng TB) và tiến hành kiểm soát tử cung.
 - Tiêm bắp 5 - 10 UI Oxytocin hoặc/và Ergometrin 0,2 mg.
 - Dùng kháng sinh toàn thân.
 - Theo dõi mạch, huyết áp, chảy máu và co hồi tử cung.
 - Hồi sức truyền máu nếu thiếu máu cấp.
 - Nhau không bong
 - Nếu chảy máu, tiến hành bóc nhau và kiểm soát tử cung, tiêm bắp Oxytocin 10UI, xoa đáy tử cung, hồi sức chống choáng, cho kháng sinh.
 - Nhau cài răng lược bán phần chảy máu hoặc nhau cài răng lược toàn phần phải cắt tử cung.
 - Nếu chảy máu nhiều cần phải hồi sức chống choáng, truyền máu và phẫu thuật.

- Duy trì gò tử cung theo nguyên tắc chung.

4. Rối loạn đông máu (Thrombin)

- Có thể tiên phát do các bệnh về máu nhung thường là thứ phát do chảy máu nhiều, mất sinh sợi huyết (đông máu nội quản lan tỏa). Đông máu nội mạch lan tỏa có thể kết hợp với tiền sản giật nặng, thai chết trong tử cung, nhau bong non thẻ ẩn, nhiễm trùng ôi hay thuyên tắc ôi. Tất cả các tình trạng bệnh lý này có thể dẫn đến tiêu sinh sợi huyết.

- Điều trị nội khoa bằng máu tươi là chính, các yếu tố đông máu và điều trị nguyên nhân.

- Nếu phải can thiệp phẫu thuật lưu ý mở bụng đường dọc.

V. Phòng bệnh

- Đảm bảo quản lý thai nghén tốt, phát hiện sớm các nguy cơ cao.

- Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ: kéo dây rốn có kiểm soát.

- Trong những trường hợp nguy cơ cao BHSS: có thể sử dụng sớm Carbetocin (Duratocin 100mcg) 1 ống TMC hoặc TB, một liều duy nhất.

- Áp dụng vẽ biểu đồ chuyển dạ, không để xảy ra chuyển dạ kéo dài.

- Đỡ sinh đúng kỹ thuật, nhẹ nhàng để tránh gây chấn thương đường sinh dục. Khi có tồn thương đường sinh dục cần phát hiện sớm và xử trí kịp thời.

- Theo dõi sát sản phụ 6 giờ đầu sau sinh, đặc biệt là trong 2 giờ đầu để phát hiện sớm các trường hợp chảy máu.

17/NGUYÊN NHÂN, CHẨN ĐOÁN SÙI MÀO GÀ SINH DỤC (MỤN CÓC SINH DỤC)

SÙI MÀO GÀ SINH DỤC (MỤN CÓC SINH DỤC)

I. Nguyên nhân

- Siêu vi Human Papilloma Virus (HPV), тип 6, 11.
- Gây ra nhiều tổn thương ở niêm mạc và da.

- Lây qua đường tình dục.
- Thời gian ủ bệnh 6-18 tuần.

II. Chẩn đoán

Dựa vào lâm sàng là chính, nếu cần hội chẩn chuyên khoa.

- Lâm sàng
 - + Những nhú nhỏ mọc thành từng đám như mụn có ở âm hộ, âm đạo, hội âm, quanh hậu môn, cổ tử cung.
 - + Tổn thương không đau, không gây triệu chứng gì đặc biệt.
 - + Phát triển rất nhanh khi mang thai.

III. Điều trị

Chuyên điều trị theo chuyên khoa.

Lưu ý

- Làm xét nghiệm tìm các bệnh LTQĐTD..

18/NGUYÊN NHÂN, CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ BỆNH HẠ CAM

BỆNH HẠ CAM (CHANCROID)

I. Nguyên nhân bệnh hạ cam

Bệnh hạ cam là một BLQĐTD do vi khuẩn Haemophilus, là vi khuẩn gram âm, yếm khí, ưa máu.

II. Chẩn đoán bệnh hạ cam

Dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng.

- Lâm sàng

- Tỗn thương là vết loét mềm ở sinh dục xuất hiện 3-5 ngày sau khi lây bệnh.
- Trái với giang mai loét không đau và tự lành sau một thời gian, bệnh hạ cam các vết loét tồn tại nhiều tháng.
- Săng là một sẩn mềm bao quanh bằng hồng ban. Sau đó sẩn thành mủ rồi vỡ ra thành vết loét tròn, kích thước 1-2cm. Bờ vết loét rất rõ, bờ có thể tróc, bờ đôi với 2 viền: trong vàng, ngoài đỏ. Bề mặt vết loét có mủ màu vàng. Nếu rửa sạch mủ sẽ thấy đáy không bằng phẳng, lởm chởm, có những chồi thịt. Săng nằm trên vùng da phù nề mềm, đau nên gọi là hạ cam mềm.
- Hạch: được coi là biến chứng của bệnh. Gặp 50% trường hợp. Hạch một bên bẹn sưng to, đỏ và đau. Ít gặp ở nữ.
- Vết loét thường thấy ở môi lớn, môi nhỏ, âm vật, tiền đình âm đạo. Vết loét trong âm đạo không đau mà chỉ có mủ chảy ra.
- Cận lâm sàng
- Nhuộm gram hoặc giêm sa: trực khuẩn gram âm, ngắn, xếp thành chuỗi song song như đàn cá bơi hoặc dài dài như đường tàu.
- Nuôi cấy khó khăn.
- Cần chẩn đoán phân biệt với bệnh giang mai và Herpes sinh dục.

III. Điều trị bệnh hạ cam

Chuyên điều trị theo chuyên khoa.

19/NGUYÊN NHÂN, CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VIÊM CỔ TỬ CUNG

VIÊM CỔ TỬ CUNG

Hai tác nhân gây bệnh thường gặp nhất là Neisseria gonorrhoeae và Chlamydia trachomatis.

10% - 20% viêm cổ tử cung sẽ diễn tiến đến viêm vùng chậu.

I. Nguyên nhân

Neisseria gonorrhoeae và *Chlamydia trachomatis*.

II. Chẩn đoán

- Lâm sàng

- + Không có triệu chứng lâm sàng nổi bật.
- + Có nhiều huyết trắng màu vàng hay xanh, đóng ở cổ tử cung.
- + Cổ tử cung lộ tuyến, viêm đỏ, phù nề, dễ chảy máu khi đụng chạm.

- Cận lâm sàng

- + Xét nghiệm vi trùng học huyết trắng lấy từ kênh cổ tử cung sau khi đã chùi sạch cổ ngoài, có nhiều tế bào bạch cầu.
- + Nếu có song cầu gram (-) hình hạt cà phê có thể chẩn đoán nguyên nhân do lậu cầu.
- + Nếu XN có VK lậu điều trị thêm Chlamydia (theo WHO).

III. Điều trị

- Điều trị lậu cầu

- + Cefixime 400mg uống 1 liều duy nhất, hoặc + Ciprofloxacin 500mg uống 1 liều duy nhất, hoặc + Ofloxacin 400mg uống liều duy nhất, hoặc + Levofloxacin 250mg uống liều duy nhất.

Nếu có thai dùng Ceftriazone 125mg (tiêm bắp) liều duy nhất.

- Điều trị Chlamydia

- + Azithromycin 1g uống liều duy nhất, hoặc + Docycyclin 100mg x 2 lần/ngày x 7 ngày (uống sau ăn), hoặc + Tetracycin 500mg x 4 lần/ngày x 7 ngày (uống), hoặc + Erythromycin 500mg x 4 lần/ngày x 7 ngày (uống).

Chú ý: luôn luôn điều trị cho bạn tình

- Metronidazole 2g uống 1 liều duy nhất.
- Không dùng trong 3 tháng đầu thai kỳ.
- Nếu có thai chỉ dùng Erythromycin và Azithromycin.
- Nếu xét nghiệm lậu (+) -> tư vấn HIV, VDRL, HBsAg.

IV. Theo dõi

- Tái khám khi có gì lạ.
 - Khám phụ khoa định kỳ.
-

20/NGUYÊN NHÂN, CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VIÊM ÂM ĐẠO DO NẤM

VIÊM ÂM ĐẠO DO NẤM

75% phụ nữ bị viêm âm đạo do nấm 1 lần trong đời.

Yếu tố thuận lợi: dùng kháng sinh phô rộng, kéo dài; gia tăng glycogen âm đạo: thai kỳ, tiêu đường, thuốc ngừa thai chứa estrogen liều cao; suy giảm miễn dịch; môi trường âm đạo ẩm, ướt.

I. Nguyên nhân

Nấm Candida albicans.

II. Chẩn đoán

- Lâm sàng
 - + Ngứa âm hộ, âm đạo.
 - + Đôi khi có cảm giác nóng, tiêu rát, giao hợp đau.
 - + Âm hộ và niêm mạc âm đạo viêm đỏ.
 - + Huyết trắng đục, đặc, lợn cợn thành mảng giống như sữa đông, vôi vữa.
- Cận lâm sàng
 - + Soi nhuộm có sợi tơ nấm hoặc bào tử nấm.

III. Điều trị (thuốc uống, đặt âm đạo, thoa ngoài da)

- Thuốc đặt âm đạo

+ Nystatin 100.000 đv đặt âm đạo 1 viên/ngày x 14 ngày, hoặc + Miconazole hay Clotrimazole 100mg đặt âm đạo 1 lần/ngày x 7 ngày, hoặc + Miconazole hay Clotrimazole 200mg đặt âm đạo 1 lần/ngày x 3 ngày, hoặc + Clotrimazole 500mg đặt âm đạo 1 viên duy nhất.

- Thuốc uống

+ Fluconazole 150mg uống 1 viên duy nhất, hoặc + Itraconazole 200mg uống 2 viên/ngày x 3 ngày.

- Thuốc bôi

+ Bôi thuốc kháng nấm ngoài da (vùng âm hộ) 7 ngày.

Chú ý

Chỉ điều trị cho người bạn tình khi có 1 trong các triệu chứng sau

- Có triệu chứng viêm ngứa quy đầu.
- Có nấm trong nước tiểu.
- Trường hợp người phụ nữ bị tái phát nhiều lần.

IV. Theo dõi

- Tái khám khi có gì lạ.
- Khám phụ khoa định kỳ.

21/NGUYÊN NHÂN, CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VIÊM ÂM ĐẠO DO THIẾU NỘI TIẾT

VIÊM ÂM ĐẠO DO THIẾU NỘI TIẾT

I. Nguyên nhân

Thường do thiếu estrogen ở phụ nữ tuổi mãn kinh làm cho niêm mạc âm đạo bị mất lớp bì mặt và trung gian trở nên rất mỏng, dễ tổn thương và nhiễm trùng.

II. Chẩn đoán

- Lâm sàng

- + Thường là viêm không đặc hiệu, khí hư ít, có mủ, có thể lẫn máu.
- + Cảm giác đau r้า, tức hạ vị, nóng rát âm hộ, âm đạo.
- + Niêm mạc âm đạo nhợt nhạt, có thể viêm đỏ với nhiều chấm xuất huyết đỏ. Đau âm hộ, âm đạo khi thăm khám.
- + Có những rối loạn về đường tiêu như tiêu lát nhắt, tiêu buốt.

- Cận lâm sàng

- + Soi tươi dịch âm đạo thấy tế bào trung gian.

III. Điều trị

- Tại chỗ

- + Cream estrogen bôi âm đạo, hoặc + Estriol 0,5mg đặt âm đạo 1 viên/đêm x 20 đêm + Promestriene 10 mg đặt âm đạo 1 viên/ngày x 20 ngày + Cream Promestriene bôi âm hộ, âm đạo 1 lần/ngày x 2 tuần.

- Nếu có bội nhiễm sử dụng kháng sinh thích hợp.

IV. Theo dõi

- Sau điều trị hết đợt cấp thì phải duy trì.
- Tái khám khi có gì lạ.
- Khám phụ khoa định kỳ.

22/NGUYÊN NHÂN, CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VIÊM ÂM ĐẠO DO TRICHOMONAS

Là một bệnh lây truyền qua đường tình dục và do trùng roi Trichomonas vaginalis.

I. Nguyên nhân

Nhiễm Trichomonas vaginalis.

II. Chẩn đoán

- Lâm sàng

+ Huyết trắng nhiều, màu vàng hay xanh loãng, có bọt, có mùi tanh.

+ Có thể ngứa, tiểu rát.

+ Trường hợp nặng: có dấu hiệu trái dầu tây: âm đạo và cổ tử cung có những điểm xuất huyết nhỏ, lâm tẩm.

- Cận lâm sàng

+ Soi tươi: trùng roi di động và nhiều bạch cầu.

III. Điều trị

- Metronidazole/ Secnidazole/Tinidazole 2g uống 1 liều duy nhất, hoặc

- Metronidazol 500mg x 2 lần/ngày x 7 ngày (uống trong bữa ăn).

Chú ý: luôn luôn điều trị cho bạn tình

- Metronidazol 2g uống 1 liều duy nhất.

- Không dùng trong 3 tháng đầu thai kỳ.

IV. Theo dõi

- Tái khám khi có gì lạ.

- Khám phụ khoa định kỳ.

23/PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ DOA SÂY THAI, SÂY THAI 3 THÁNG ĐẦU THAI KỲ (< 14 TUẦN)

DỌA SÂY THAI, SÂY THAI 3 THÁNG ĐẦU THAI KỲ (< 14 TUẦN)

I. Phác đồ xử trí dọa sảy thai

1. Định nghĩa

- Được gọi là dọa sảy thai khi có triệu chứng ra máu âm đạo trước tuần lễ thứ 20 của thai kỳ.
- Xuất độ xảy ra trong 30-40% thai kỳ.

2. Chẩn đoán

- Triệu chứng cơ năng

- + Bệnh nhân có thai kèm ra máu âm đạo lượng ít, màu đỏ tươi hoặc bầm đen.
- + Có thể có cảm giác trắc bụng dưới, đau âm ỉ vùng hạ vị hoặc đau lưng.

- Khám lâm sàng

- + Cổ tử cung còn dài, đóng kín.
- + Kích thước thân tử cung to tương ứng với tuổi thai.

3. Cận lâm sàng

Siêu âm thấy hình ảnh túi ói và thai trong buồng tử cung, có thể có hình ảnh khói máu tụ quanh trứng hay gai nhau.

4. Chẩn đoán phân biệt

- TNTC.
- Thai trứng.

5. Xử trí

- Nằm nghỉ, ăn nhẹ, chống táo bón.
- Tư vấn cho người bệnh và gia đình những tiến triển có thể xảy ra, nên tránh lao động nặng, tránh giao hợp ít nhất 2 tuần sau khi hết ra máu âm đạo.
- Thuốc giảm co: Alverine citrate (Spasmaverin) 40 mg uống 2 viên x 2 lần/ngày.

- Progesterone tự nhiên (Utrogestan, Progeffik, Vageston) để giảm co thắt tử cung, liều 200 - 400 mg/ ngày (đặt âm đạo hoặc uống), hoặc
- Progesterone tự nhiên tiêm bắp, hoặc
- Duphaston 10 mg 1 viên x 2 lần/ ngày (uống).
- Không nên dùng các loại progesterone tổng hợp vì có khả năng gây dị tật thai nhi, nhất là trong giai đoạn tạo phôi 2 tháng đầu thai kỳ.

II. Phác đồ xử trí sảy thai

1. Sảy thai khó tránh

- Lâm sàng
 - + Ra máu âm đạo nhiều, đỏ tươi.
 - + Đau hạ vị từng cơn, ngày càng tăng.
 - + Khám âm đạo: CTC mở, đôi khi có ói vỡ

Xử trí

- + Kháng sinh dự phòng (thường dùng đường uống). + Nạo hút thai + gội GPB.
- + Thuốc gò TC.

2. Sảy thai diễn tiến

- Lâm sàng
 - + Ra máu âm đạo nhiều, có máu cục. Bệnh nhân có thể bị choáng.
 - + Đau quặn từng cơn vùng hạ vị do tử cung co thắt mạnh để tống thai ra.
 - + Khám âm đạo: đoạn dưới TC phình to, CTC mở, đôi khi có thể thấy khói nhau thai lấp ló ở CTC.
- Xử trí
 - + Nếu có choáng, phải hồi sức chống choáng (xem thêm phác đồ hồi sức chống choáng).
 - + Nạo hút thai nhanh để cầm máu + gội GPB.
 - + Kháng sinh (đường uống).

3. Sẩy thai không trọn

- Lâm sàng

- + Thường đã có triệu chứng dọa sẩy trước đó.
- + Đau bụng, ra huyết nhiều hơn.
- + Có thể ghi nhận có mảnh mô được tống xuất ra khỏi âm đạo. Sau đó vẫn tiếp tục ra máu âm đạo và còn đau bụng lâm râm.
- + Khám âm đạo: CTC còn hé mở hay đóng kín, thân TC còn to hơn bình thường.
- + Siêu âm: có thể thấy hình ảnh sót nhau trong buồng tử cung.

- Xử trí

- + Kháng sinh (đường uống).
- + Nạo kiêng tra buồng tử cung để lấy phần nhau sót ra. Gửi GPB.
- + Thuốc gò tử cung.
- + Máu ra nhiều phải hồi sức, truyền dịch, truyền máu nếu cần.

- Cân lưu ý

- + Sẩy thai nhiễm khuẩn: chỉ nạo sau khi đã điều trị kháng sinh tiêm phổi rộng.
- + Sẩy thai băng huyết, tụt huyết áp: phải hồi sức tích cực vừa hồi sức vừa nạo.

24/PHÒNG BỆNH, CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ CHUYÊN DẠ SINH NON

CHUYÊN DẠ SINH NON

I. Định nghĩa và phân loại

- Sinh non là khi trẻ được sinh ra ở tuổi thai từ hết 22 đến trước khi hết 37 tuần.

- Là nguyên nhân chính gây bệnh suất và tử suất sơ sinh.

Phân loại:

- Sinh non muộn: 34 - 36 tuần 6 ngày.
- Sinh rất non: 28 - 33 tuần 6 ngày.
- Sinh cực non: < 28 tuần.

II. Tiêu chuẩn chẩn đoán

- Tuổi thai từ hết tuần 22 đến trước 37 tuần với 1 trong những yếu tố
 - 4 cơn gò TC trong 20 phút hay 8 cơn gò TC trong 60 phút.
 - Cổ tử cung mở > 2cm hoặc xóa > 80%.
 - Có sự tiến triển CTC được ghi nhận bởi cùng một người khám qua nhiều lần.
 - Vỡ ối.
- Cận lâm sàng
 - CTG theo dõi cơn gò, tim thai.
 - S.Â: S.Â thai-nhau-ối, đo chiều dài kênh CTC ngả âm đạo <25mm.
 - Fetal fibronectin (fFN) (+) trong dịch tiết âm đạo khi >50ng/ml: fFN: Protein ngoại bào giúp gắn kết màng thai với màng rụng, dương tính khi có cơn gò tử cung hoặc viêm nhiễm. Điều kiện thứ fFN (ACOG 2001): màng ối còn nguyên, cổ tử cung < 3cm, không thực hiện ở tuổi thai < 24 tuần hay > 34 tuần 6 ngày.

III. Xử trí - Điều trị

1. Nguyên tắc chung

- Nằm nghỉ tuyệt đối.
- Tư vấn: Không kích thích đầu vú. Ăn uống đủ chất, nhiều trái cây, rau xanh, ngũ cốc để tránh táo bón.
- Dùng thuốc cắt cơn co tử cung, cổ gắt làm chậm cuộc sinh ít nhất trong 24 giờ (Dùng Nifedipin, Salbutamol hoặc Atosiban để làm chậm cuộc sinh).
- Dùng betamethasone để hỗ trợ phổi thai nhi.

- Phối hợp với Bác sĩ sơ sinh chuẩn bị phương tiện hồi sức, chăm sóc sơ sinh thiếu tháng.

Lưu ý: Không điều trị dọa sinh non cho thai từ 36 tuần trở lên

2. Thuốc cắt cơn co Chóng chỉ định

- Tuyệt đối: kéo dài thai kỳ sẽ có hại
 - Biểu hiện nhiễm trùng tử cung trên lâm sàng.
 - Thai dị tật bẩm sinh nặng.
 - Tiền sản giật nặng.
 - Tình trạng mè - thai nhi cần sinh ngay.
 - Suy thai.
- Tương đối: cân nhắc giữa nguy cơ và lợi ích.
 - Chảy máu trước sinh nặng (cân nhắc trong nhau tiền đạo).
 - Vỡ ối (không sử dụng khi thai > 36 tuần).
 - Tim thai biểu hiện không tốt trên monitor.
 - Suy thai trường diễn.
 - Tiểu đường тип 1 ổn định: có thể dùng Atosiban.
 - Đa thai (tăng thể tích huyết tương, cường aldosteron), nguy cơ tim mạch, OAP, không sử dụng beta-agonist và CCB.

a. Nifedipin

- Nên dùng trong trường hợp tiểu đường, chảy máu trong nhau tiền đạo, đa thai:
 - Chóng chỉ định: Mẹ bệnh tim, huyết áp thấp, rối loạn chức năng gan, đang dùng Salbutamol truyền tĩnh mạch hoặc Magnesium Sulfate, đang dùng thuốc hạ áp khác hoặc nitrate, dị ứng với Nifedipin.
 - Liều tấn công: Nifedipin 10 mg, ngậm dưới lưỡi. Nếu còn co, cứ 20 phút ngậm 1 viên, tổng liều không quá 4 viên.
 - Liều duy trì: sau viên cuối của liều tấn công 3 giờ, dùng Nifedipin tác dụng chậm 20 mg, uống 1 viên, cứ 6 giờ đến 8 giờ lập lại một lần.

- Nếu Nifedipin thất bại, sau liều cuối 2 giờ có thể dùng Salbutamol.
- Phải theo dõi huyết áp sau khi dùng Nifedipin mỗi 15 phút.

b. Salbutamol

- Chống chỉ định:
 - + Mẹ hoặc thai nhi bị bệnh tim nồng.
 - + Bệnh tiểu đường phụ thuộc insulin.
 - + Bệnh tuyến giáp.
 - + Dị ứng thuốc.
 - + Song thai, đa thai (chống chỉ định tương đối).
- Tác dụng phụ:
 - + Nhịp tim mẹ nhanh
 - + Hạ huyết áp.
 - + Run, phù phổi.
 - + Tăng đường huyết và hạ kali máu.

c. Liều dùng

- + Truyền tĩnh mạch: Salbutamol 5mg/5ml pha 500ml Glucose 5% (nồng độ # 10pg /ml). TTM: 60ml/h (# 20 giọt/phút #10pg /phút). Tăng thêm: 20ml/h (# 7 giọt/phút # 3.3pg/phút) mỗi 30 phút cho đến khi hết cơn gò hoặc nhịp tim mẹ đạt 120 nhịp/phút hoặc tốc độ truyền đạt tối đa 180ml/h (# 60 giọt/phút # 30 pg/phút).

- + Bom tiêm điện: Salbutamol 5mg (óng 5ml) pha 95ml NaCl 0,9% sẽ được dung dịch Salbutamol 50pg/ml. Bom tiêm điện: 12ml/h (# 10pg/phút). Tăng thêm 4ml/h (# 3,3pg/phút) mỗi 30 phút cho đến khi hết cơn gò hoặc nhịp tim mẹ đạt 120 nhịp/phút hoặc tốc độ truyền đạt tối đa 36ml/h (# 30pg/phút).

d. Liều duy trì:

- + Salbutamol viên 2 mg, ngậm 2 viên đến 4 viên/ngày nếu cơn co tử cung nhẹ hay tiếp theo sau khi truyền tĩnh mạch.

+ Sabultamol đặt hậu môn 1mg, 3viên - 4 viên/ngày.

c. Atosiban

- Chống chỉ định: Mẹ suy gan.

- Liều tấn công: 6,75mg Tractocile (ống màu xanh) pha 1ml Lactate Ringer - tiêm TM chậm > 1 phút.

- Liều duy trì: lọ 37,5mg Tractocile (5ml) + 45ml Lactate Ringer. Bơm tiêm điện, tốc độ 24ml/giờ (#300mcg/phút) đến khi hết cơn gö 1 giờ (trung bình khoảng 3 giờ). Sau đó duy trì tiếp 8ml/giờ (#100mcg/phút).

- Tổng thời gian dùng thuốc trong 1 đợt là 18 - 24 giờ.

- Chi phí cao. Tư vấn cho thai phụ và gia đình trước dùng.

d. Dùng corticosteroids

- Chỉ định một đợt duy nhất cho tuổi thai từ 26 đến hết 36 tuần, chỉ dùng một đợt.

- Hoặc cho betamethasone 12 mg, tiêm bắp 2 liều cách nhau 24 giờ (hoặc mỗi 12g).

- Hoặc cho dexamethasone 6 mg/lần, tiêm bắp 4 lần, cách nhau 12 giờ (hoặc mỗi 6g).

IV. Dự phòng chuyển dạ sinh non

- Cân loại bỏ các yếu tố nguy cơ: ngưng hút thuốc, điều trị viêm nha chu, điều trị viêm tiết niệu, điều trị viêm âm đạo.

- Dự phòng sinh non: khâu eo tử cung, progesterone đặt âm đạo.

25/PHƯƠNG PHÁP VÔ CẢM ĐỐI VỚI SẢN PHỤ BỊ BỆNH HẸP VAN 2 LÁ

PHƯƠNG PHÁP VÔ CẢM ĐỐI VỚI SẢN PHỤ
BỊ BỆNH HẸP VAN 2 LÁ

Hẹp van 2 lá là bệnh van tim thường gặp nhất trong thai kỳ và hầu như luôn kết hợp với bệnh tim hậu tháp. Tỉ lệ bệnh tim hậu tháp đã giảm nhiều ở các nước phát triển, tuy nhiên bệnh này vẫn còn là vấn đề rất quan tâm ở những nước đang phát triển.

I. Nguyên nhân

- Hậu tháp: dính mép van.
- Bẩm sinh: u nhầy nhĩ trái, huyết khối.
- Bệnh tự miễn (lupus ban đỏ).
- Hẹp van 2 lá thứ phát sau vôi hóa vòng van 2 lá.

II. Chẩn đoán

Diễn tiến bệnh chậm và thường biểu hiện sau 20 đến 30 năm. Khoảng 25% phụ nữ bị bệnh hẹp van 2 lá bắt đầu có triệu chứng biểu hiện trong thai kỳ.

1. Lâm sàng

a. Triệu chứng cơ nǎng

Hẹp van 2 lá nặng bao gồm đau ngực, khó thở, hồi hộp, phù phổi, ho ra máu, huyết khối thuyên tắc.

b. Triệu chứng thực thể

- Âm rung tâm trương âm sắc trầm ở mõm với nhấn mạnh tiền tâm thu (nếu không có rung nhĩ) nghe rõ nhất khi bệnh nhân nằm nghiêng trái và khi gắng sức. Mức độ nặng của hẹp van tỉ lệ với độ dài âm rung tâm trương .

- Clắc mở van (tiếng có âm sắc cao, đầu tâm trương, nghe rõ nhất ở bờ trái xương ức và mõm tim).

- T1 đanh.

2. Cận lâm sàng

- XQ ngực: nhĩ trái dãn (kéo thẳng bờ trái tim, hình bóng đôi bên phải, góc phế quản bên trái nâng lên).

- ECG cho thấy dày nhĩ trái, dày thất phải, có thể có rung nhĩ.

- Siêu âm tim, thông tim giúp xác định chẩn đoán.

3. Phân loại

- Diện tích mở van bình thường là $4 \text{ cm}^2 - 6\text{cm}^2$.
- Hẹp van 2 lá thường được định nghĩa là diện tích mở van từ $1.5 \text{ cm}^2 - 3\text{cm}^2$.
 - + Hẹp van 2 lá trung bình là từ $1.1 \text{ cm}^2 - 1.5\text{cm}^2$.
 - + Hẹp nặng khi diện tích mở van $< 1.0\text{cm}^2$.

III. Phương pháp vô cảm

1. Nguyên tắc

Lựa chọn phương pháp vô cảm phụ thuộc vào độ nặng của tổn thương bao gồm diện tích mở van 2 lá và tình trạng huyết động của bệnh nhân.

2. Phương pháp vô cảm trong chuyển dạ sanh ngã âm đạo

- Gây mê ngoài màng cứng (GTNMC): lý tưởng cho các TH sanh ngã âm đạo với giai đoạn 2 của chuyển dạ kéo dài, cần phải sinh giúp băng dụng cụ. Thường thì GTNMC trong chuyển dạ giúp giảm đau đủ để đặt forceps. Nếu GTNMC không đủ giảm đau, có thể sử dụng fentanyl kèm theo với liều nhỏ lidocaine tiêm vào khoang ngoài màng cứng.

- Gây mê tủy sống kết hợp tê ngoài màng cứng (CSE):

- + Tê tủy sống với thuốc nhóm Opioid trong giai đoạn 1 của chuyển dạ, sau đó tiêm dung dịch thuốc tê với nồng độ thấp vào khoang ngoài màng cứng trong giai đoạn 2 của chuyển dạ (đạt T10 đến S4). Với phương pháp này đa số sản phụ có tình trạng huyết động học ổn định.

3. Phương pháp vô cảm trong mổ lấy thai (MLT):

- GTNMC được ưu chuộng nếu thời gian cho phép:

- + Tiêm vào khoang ngoài màng cứng hỗn hợp.

- Fentanyl: 1 - 2mcg/kg cân nặng (hoặc Sufentanil 5mcg).

- Lidocaine 2% liều trung bình 18ml.

- Gây mê toàn diện:

- + Dẫn đầu gây mê:

- Etomidate 0,2mg - 0,3 mg/kg là lựa chọn tốt để dẫn đầu gây mê.

- Đặt nội khí quản nhanh với succinylcholin 1mg/kg cân nặng.
 - Ân sụm nhẫn cho đến khi xác định đúng vị trí ống nội khí quản.
- + Duy trì mê:
- Sevorane MAC 1 đến 1.5 là lựa chọn tốt để duy trì mê.
 - Nên tránh các thuốc gây nhịp tim nhanh (atropine, meperidine, pancuronium, ketamine).
 - Phòng ngừa hít sặc cho tất cả các bệnh nhân gây mê MLT.
 - Thận trọng khi sử dụng oxytocin và ergotamine, prostaglandine vì các thuốc này có thể làm thay đổi áp lực mạch máu hệ thống và mạch máu phổi dẫn đến mất bù huyết động.
 - Trường hợp gây mê toàn thân khi đóng bụng sử dụng Paracetamol 1g/100 ml truyền tĩnh mạch XXX giọt/phút (nếu bệnh nhân không có chống chỉ định dùng thuốc).
 - Chuyển sang hồi sức theo dõi
- + Tê tuy sống liều duy nhất không nên dùng cho bệnh nhân có hẹp van 2 lá trung bình đến nặng do làm thay đổi đột ngột sức cản mạch máu ngoại biên

26/PÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ THAI TRỨNG - UNG THƯ NGUYÊN BÀO NUÔI

BỆNH NGUYÊN BÀO NUÔI

Bệnh nguyên bào nuôi liên quan đến thai kỳ là tên gọi chung cho các bệnh có sự tăng sinh bất thường của các nguyên bào nuôi kết hợp với thai kỳ. Bệnh nguyên bào nuôi được chia làm hai dạng: thai trứng và u nguyên bào nuôi.

PHÂN LOẠI BỆNH NGUYÊN BÀO NUÔI (FIGO - 2002)

1. Thai trứng (TT)

- Toàn phần (TTTP).
- Bán phần (TTBP).

2. U nguyên bào nuôi (UNBN)

- Bệnh nguyên bào nuôi tồn tại.
- Thai trứng xâm lấn (TTXL).
- U nguyên bào nuôi nở nhau bám.
- Ung thư nguyên bào nuôi (UTNBN): liên quan thai kỳ và không liên quan thai kỳ.

I. Thai trứng

1. Thai trứng toàn phần

1.1 Định nghĩa: toàn bộ các gai nhau đều thoái hóa thành các bọc trứng.

1.2 Chẩn đoán

- Siêu âm: hình ảnh bão tuyết hay hình chùm nho.
- Định lượng β hCG/ máu hay β hCG/nước tiểu: $1000 \wedge 1$ triệu mIU/ml.
- Thấy mô trứng qua quan sát đại thể bằng mắt thường mẫu mô từ TC ra.
- Giải phẫu bệnh xác nhận chẩn đoán là thai trứng toàn phần.

2. Thai trứng bán phần

2.1 Định nghĩa: bên cạnh những bọc trứng còn có các mô nhau thai bình thường hoặc có cá phôi, thai nhi (thường chết, teo đứt).

2.2. Chẩn đoán

- Siêu âm: bánh nhau to hơn bình thường, có hình ảnh nang nước trong nhau thai, có túi thai, có thể có hoặc không có thai nhi.
- Định lượng β hCG/ máu hay β hCG/nước tiểu: $100 - > 1$ triệu mIU/ml.
- Thấy mô trứng và nhau thai khi quan sát đại thể bằng mắt thường mẫu mô từ TC ra.
- Giải phẫu bệnh xác nhận chẩn đoán là thai trứng bán phần.

3. Những yếu tố tiên lượng của thai trứng có nguy cơ diến tiến thành u nguyên bào nuôi

Bảng điểm phân loại thai trứng có nguy cơ diến tiến thành UNBN (WHO-1983)

	0	1	2	4
Loại	Bán phần	Toàn phần	Lập lại	
Kích thước TC so với tuổi thai (theo tháng)	= hay < 1	> 1	> 2	> 3
β hCG (IU/L)	< 50.000	> 50.000 < 100.000	> 100.000	> 1 triệu
Nang hoàng tuyến (cm)		< 6	> 6	> 10
Tuổi (năm)		< 20	> 40	> 50
Yếu tố kết hợp	Không có	> 1 yếu tố		

- Yếu tố kết hợp: nghén nhiều, tiền sản giật, cường giáp, rối loạn đông máu rải rác trong lòng mạch, tắc mạch do nguyên bào nuôι

- Nếu số điểm < 4: nguy cơ thấp.

- Nếu số điểm > 4: nguy cơ cao.

Chẩn đoán của thai trứng thường có nguy cơ kèm theo.

VD: thai trứng toàn phần nguy cơ cao, hay thai trứng bán phần nguy cơ thấp.

4. Điều trị thai trứng

Nguyên tắc điều trị: Cân xử trí ngay sau khi đã có chẩn đoán bệnh.

4.1 Làm các xét nghiệm cần thiết

- Huyết đồ, nhóm máu, Rh.
- Chức năng gan, thận, tuyến giáp.
- Điện giải.
- X quang tim phổi thǎng.
- Tông phân tích nước tiểu.

4.2 Chuẩn bị người bệnh

- Tư vấn tình trạng bệnh cho người bệnh và thân nhân: loại bệnh, phương pháp điều trị.
- Khám chuyên khoa các bệnh đi kèm: Khám nội tiết nếu có cường giáp, khám tim mạch nếu có cao HA mǎn ...

- Truyền máu: nếu có thiếu máu nặng.
- Xét nghiệm tiền hóa trị 1 ngày trước hay vào ngày vô hóa chất.

4.3 Hút nạo buồng tử cung

- Tiềnmê hay gâytê cho người bệnh. Truyền tĩnh mạch Glucose 5% hay Lactat Ringer hay Natriclorua 9 %0.
- Nếu cỗ TC đóng, nong cỗ TC đến số 8 - 12, hút thai trứng bằng ống Karman 1 van hay 2 van. Hút sạch buồng TC.
- Sử dụng thuốc co hồi TC: Truyền TM dung dịch có pha Oxytocin.
- Lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm mô học (GPB): mô trứng, mô nhau.
- Sử dụng kháng sinh: Doxycyclin 100mg 1 viên x 2 lần/ngày (5 ngày) hay Cephalexin 500mg 1 viên x 3 lần/ ngày (5 ngày)
- Theo dõi sau hút nạo buồng TC: Tổng trạng, M, HA, co hồi TC, huyết âm đạo, đau bụng.
- Nếu 3 ngày sau, khám lại thấy TC còn to do úr dịch lòng TC nhiều hay còn mô trứng, nạo kiểm tra lại.

4.4 Cắt TC

- Nếu bệnh nhân > 40 tuổi, đẻ con, có chẩn đoán thai trứng nguy cơ cao.
- Băng huyết hay không kiểm soát được tình trạng chảy máu nặng từ TC.

4.5 Hóa dự phòng với thai trứng nguy cơ cao: phác đồ đơn hóa trị, 1 đợt duy nhất.

1. Methotrexate và Folinic Acid (MTX-FA)

- Methotrexate 1,0 mg/kg cách mỗi ngày với 4 liều.
- Folinic Acid (Leucovorin) 0,1 mg /kg. Leucovorin dùng 24 giờ sau mỗi liều Methotrexate.
- Đây là phác đồ đơn hóa trị chuẩn, ít gây tác dụng phụ.

2. Actinomycin D 1,25 mg/m² tiêm tĩnh mạch mỗi ngày trong 5 ngày. Dùng cho những người bệnh có men gan cao.

3. Metrotrexate 0,4 mg/kg, tiêm bắp trong 5 ngày. Được sử dụng cho những người bệnh không có điều kiện ở BV dài ngày, thể trạng tốt, ít có khả năng có tác dụng phụ.

4.6 Điều kiện hóa trị: Không sử dụng hóa trị khi

- Nếu BC < 3000/mm³, BC đa nhân trung tính < 1500/mm³, tiểu cầu < 100000/mm³.
- Men gan: SGOT, SGPT > 100UI/L.

4.7 Các tác dụng phụ của hóa trị

- Nhiễm độc về huyết học và tủy xương: Giảm BC, giảm 3 dòng, thiếu máu.
 - + BC giảm: dùng thuốc nâng BC (Neupogen).
 - + Truyền máu: HC lỏng, tiểu cầu.
- Nhiễm độc với đường tiêu hóa: viêm niêm mạc miệng, viêm dạ dày, viêm ruột hoại tử.
 - + Nuôi ăn bằng đường tĩnh mạch, hay ăn thức ăn lỏng nhiều bữa ăn nhỏ trong ngày.
 - + Kháng sinh, Vitamin.
 - + Truyền dịch và bù điện giải nếu cần
- Nhiễm độc với da: rụng tóc và tăng dị ứng mẫn cảm.
 - + Sử dụng kháng Histamin và Corticoid nếu có dị ứng.
- Nhiễm độc với gan: Tăng men gan.
 - + Ngưng hóa trị nếu men gan tăng > 100.
 - + Thuốc bảo vệ tế bào gan: Fortec.

4.8 Theo dõi sau điều trị tại viện

- βhCG/máu mỗi 2 tuần, cho đến khi βhCG/máu < 5mIU/ml 3 lần.
- Sự co hồi TC, kích thước nang hoàng tuyến.
- Tình trạng ra huyết âm đạo, kinh nguyệt.

4.9 Tiêu chuẩn xuất viện

- βhCG/máu < 5mIU/ml 3 lần.
- TC + 2 PP bình thường.

- Không xuất hiện di căn.

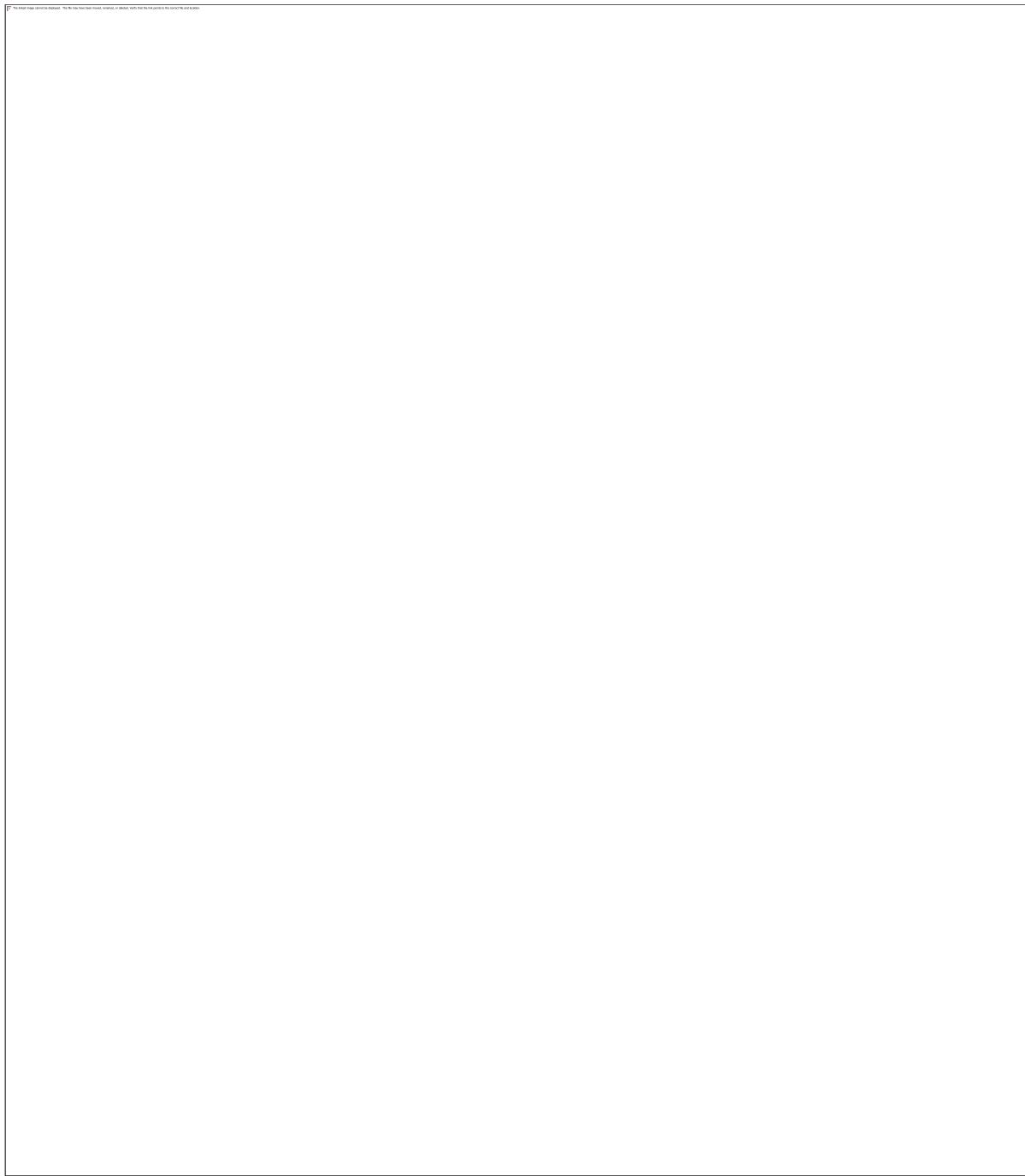
4.10 Các biện pháp tránh thai sử dụng trong thời gian theo dõi sau thai trứng (Xem phác đồ các Biện pháp ngừa thai).

- Thuốc viên tránh thai uống dạng phổi hợp nếu không có chống chỉ định sử dụng thuốc.
- Bao cao su.
- Triệt sản.

4.11 Theo dõi sau khi xuất viện và vấn đề có thai lại sau điều trị thai trứng

- β hCG/máu một tháng một lần trong 6 tháng, sau đó 2 tháng một lần trong 6 tháng tiếp theo, và 3 tháng một lần trong vòng 12 tháng.
- Thời gian theo dõi tối thiểu với thai trứng nguy cơ thấp là 6 tháng và thai trứng nguy cơ cao là 12 tháng.
- Sau thời gian theo dõi, người bệnh được có thai trở lại. Khi có dấu hiệu mang thai, cần đi khám thai ngay, chú ý vấn đề theo siêu âm và β hCG/máu để phòng bị thai trứng lập lại.

Phác đồ 1: Nguyên tắc xử trí Thai trứng



U nguyên bào nuôi được chẩn đoán khi có một trong những dấu hiệu sau kèm theo β hCG bất thường.

- Xuất huyết âm đạo không mang tính chu kỳ.
- Nang hoàng tuyến tồn tại kéo dài trên 4 tuần.

- TC thu hồi kém/ không thu hồi về kích thước bình thường sau 4 tuần.
- Dấu hiệu β hCG bất thường: β hCG cao kéo dài, quan trọng nhất, gồm
 - + Không giảm 1 lg (log thập phân) sau mỗi tuần theo dõi hay
 - + Tăng lại: khi β hCG tăng trên 10% so với kết quả trước đó, ít nhất trong 2 lần thử liên tiếp cách nhau 1 tuần.
 - + Có dạng bình nguyên: đi ngang hay tăng < 10% so với kết quả trước đó ít nhất trong 3 lần thử liên tiếp cách nhau 1 tuần.
- Có GPB là UTNBN, TTXL, hay u nguyên bào nuôi nơi nhau bám.
- Có di căn.

1. Bệnh nguyên bào nuôi tồn tại

1.1. Chẩn đoán: Theo Golstein và Berkowitz (1994)

- Nếu β hCG sau hút nạo thai trứng 1 tháng còn trên 20.000mIU/ml, hay
- β hCG không giảm trong 3 tuần liên tiếp.

1.2 Xử trí: được xếp vào giai đoạn I của ung thư nguyên bào nuôi, xem phần điều trị của ung thư nguyên bào nuôi.

2. Thai trứng xâm lấn

2.1 Định nghĩa: là sự xâm lấn của nguyên bào nuôi vào cơ tử cung, có thể gây thủng TC hay chảy máu nặng từ TC. Có đặc tính của ung thư là tiềm năng xâm lấn tại chỗ, di căn xa, có sự tồn tại của lông nhau

2.2. Chẩn đoán: Sau hút nạo thai trứng nhiều tuần hay vài tháng.

- Rong huyết kéo dài.
- TC và nang hoàng tuyến còn to gây đau do chèn ép.
- β hCG thường cao, 20.000 - 30.000mIU/ml.
- Giải phẫu bệnh của cơ TC: có nhiều nang trứng trong cơ TC.

2.3 Xử trí: chủ yếu là phẫu thuật (xem phần điều trị của ung thư nguyên bào nuôi)

- Bóc hay xén vùng thai trứng xâm lấn.

- Phẫu thuật cắt TC kết hợp với hóa trị (xem phần điều trị của ung thư nguyên bào nuôi).

3. Ung thư nguyên bào nuôi nơi nhau bám

3.1 Định nghĩa: Xuất phát từ vùng nhau bám, do các nguyên bào nuôi trung gian gây nên.

3.2 Chẩn đoán

- Thường xảy ra sau sinh.

- Rong huyết kéo dài.

- β hCG thường thấp, 16 - 400mIU/ml.

- Giải phẫu bệnh của TC sau phẫu thuật cắt TC.

3.3 Điều trị: Phẫu thuật cắt TC, không nhạy với hóa trị

4. Ung thư nguyên bào nuôi

4.1 Chẩn đoán

- Tiên căn thai nghén: Thường sau thai trứng toàn phần. Có thể xuất hiện sau TTBP, sau sanh - sảy thai.

- Ra huyết âm đạo kéo dài.

- Siêu âm: Khối tăng sinh mạch máu ở TC hoặc ở ngoài TC.

- β hCG thường cao, dạng bình nguyên, hay giảm chậm.

- Di căn: Có nhân di căn âm đạo, hình ảnh bong bóng ở X quang tim phổi.

- Giải phẫu bệnh mô nạo BTC, TC: có tế bào nuôi dị dạng, không có hình ảnh lồng nhau.

4.2 Phân giai đoạn ung thư nguyên bào nuôi (FIGO - 2002)

Bệnh khu trú ở tử cung.

Bệnh đã di căn ra ngoài tử cung nhưng vẫn còn giới hạn ở đường sinh dục.

Bệnh di căn đến phổi.

Tất cả những vị trí di căn khác.

- Bảng điểm tiên lượng của ung thư nguyên bào nuôi (theo FIGO và WHO - 2006)

FIGO (WHO) thang điểm yếu tố nguy cơ theo xếp giai đoạn FIGO	0	1	2	4
Tuổi	<40	>=40	—	—
Tiền căn thai	Thai trứng	Bổ thai	Đủ tháng	—
Số tháng cách lần có thai trước đó	<4	4 - 6	7 - 12	>12
βhCG trước điều trị (mUI/ml)	<10 ³	10 ³ - 10 ⁴	>10 ⁴ - 10 ⁵	>10 ⁵
Kích thước bướu lớn nhất kê cả TC	—	3 - 4 cm	>= 5 cm	—
Vị trí những di căn kê cả tử cung	Phổi	Lách, Thận	Dạ dày - ruột	Não, Gan
Số điểm di căn được phát hiện	—	1 - 4	5 - 8	>8
Hóa trị liệu thất bại trước đó	—	—	Đơn hóa trị	Đa hóa trị
- Nguy cơ thấp: < 6 điểm.				
- Nguy cơ cao: > 7 điểm.				

4.3 Điều trị: hóa trị, phẫu thuật

4.3.1 Chuẩn bị người bệnh

- Tư vấn tình trạng bệnh cho người bệnh và thân nhân: loại bệnh, phương pháp điều trị
- Khám chuyên khoa các bệnh đi kèm: Khám nội tiết nếu có cường giáp, khám tim mạch nếu có cao HА mẫn...
- Truyền máu: nếu có thiếu máu nặng.
- Xét nghiệm tiền hóa trị 1 ngày trước hay vào ngày vô hóa chất.

4.3.2 Làm các xét nghiệm tiền hóa trị

- Huyết đồ, nhóm máu, Rh.
- Chức năng gan, thận, tuyến giáp.
- Điện giải.
- X quang tim phổi thẳng.
- Tống phân tích nước tiểu.

4.3.3 Điều kiện hóa trị: Không sử dụng hóa trị khi

- Nếu BC < 3000/mm³, BC đa nhân trung tính < 1500/mm³, tiểu cầu < 100000/mm³.
- Men gan: SGOT, SGPT > 100UI/L.

4.3.4 Phẫu thuật

- Chỉ định cắt tử cung chủ yếu cho những người bệnh không muốn thêm con nữa.

- + Tuổi > 40.
- + Tuổi < 40 mà có > 3 con, hay không muốn có con.
- + Băng huyết.
- + Vỡ nhâm chorio.
- + Cầm máu khó khăn trong phẫu thuật bóc nhâm chorio ở TC.
- + Không đáp ứng hóa trị.

- Phẫu thuật bảo tồn: Bóc hay xén cơ TC vùng ung thư nguyên bào nuôi gây dọa vỡ.
- + < 40 tuổi, mong có thêm con, đáp ứng với hóa trị.

4.3.5 Hóa trị: với tất cả người bệnh có chẩn đoán UTNBN.

a. Đơn hóa trị: nguy cơ thấp, lặp lại mỗi 2 tuần với β hCG giảm 1 Log/tuần

- Methotrexate và Folinic Acid (MTX-FA): Đây là phác đồ đơn hóa trị chuẩn, ít gây tác dụng phụ.

- + Methotrexate 1,0 mg/kg cách mỗi ngày với 4 liều.
- + Folinic Acid (Leucovorin) 0,1 mg /kg. Leucovorin dùng 24 giờ sau mỗi liều Methotrexate.
- Actinomycin D 1,25 mg/m² da tiêm tĩnh mạch mỗi ngày trong 5 ngày. Dùng cho những người bệnh có men gan cao.
- Metrotrexate 0,4 mg/kg, tiêm bắp trong 5 ngày. Được sử dụng cho những người bệnh không có điều kiện ở BV dài ngày, thể trạng tốt, ít có khả năng có tác dụng phụ.

Nếu β hCG tăng, hay bình nguyên hay giảm chậm, hoặc xuất hiện nhân di căn \wedge Đa hóa trị

b. Đa hóa trị

- Phác đồ EMA-CO: Có 5 loại hóa chất dễ chấp nhận và hiệu quả nhất được áp dụng trong phác đồ này

+ Etoposite.

+ Methotrexate.

+ Actinomycin D.

+ Cyclophosphamide.

+ Oncovin (Vincristine).

Cách thức và liều dùng như sau: Phác đồ này được chia thành hai phần: EMA và nối tiếp với CO

- Kỳ đầu gồm Ngày 1:

+ Actinomycin D 0,5 mg TM.

+ Etoposite 100 mg/ m² da trong 20 ml dung dịch sinh lý / > 30 phút + MTX 100 mg/m² da TM.

+ MTX 200 mg/m² da truyền TM trong 12 giờ.

Ngày 2:

+ Actinomycin D 0,5mg TM.

+ Etoposite 100 mg/ m² da trong 200 ml dung dịch sinh lý/ > 30 phút.

+ Folinic Acid 15 mg TB 2 lần/ ngày x 4 ngày sau MTX 24 giờ.

+ Nghỉ không dùng thuốc 5 ngày trước khi vào kỳ 2. Làm lại xét nghiệm tiền hóa trị một ngày trước hay vào ngày vô thuốc của kỳ 2. Nếu không đủ điều kiện hóa trị, không được tiếp tục hóa trị, tùy nguyên nhân mà điều trị. Nếu thời gian ngưng điều trị > 6 ngày, phải điều trị lại từ đầu.

- Kỳ thứ hai

Ngày 8: Oncovin (Vincristin) 1mg/ m² da TM, tối đa 2 mg.

Cyclophosphamide 600 mg/ m² da truyền TM / > 20 phút.

+ Phác đồ này lập lại sau 2 tuần.

+ Khi βhCG < 5mIU/ml, phác đồ EMA-CO được cung cấp 3 lần nữa rồi ngưng.

+ Khi có biểu hiện kháng thuốc, điều trị không đáp ứng chuyển qua phác đồ EP-EMA.

- Phác đồ EMA - EP: thay thế ngày điều trị CO bằng EP.
 - + Cisplatin 70 - 80mg pha trong 1 lít truyền TM hơn 12 giờ.
 - + Etoposide 100mg/ m² da được truyền tĩnh mạch hơn 1 giờ.
- Phác đồ BEP: công thức này thường áp dụng cho những trường hợp kháng với EMA-CO hay EMA-EP, lập lại sau 3 tuần
 - + Cisplatin 20mg /m² da truyền TM.
 - + Etoposid 100mg /m² da truyền TM vào ngày 1 - 4.
 - + Bleomycin 30 đv tiêm TM hàng tuần.

4.3.3 Điều trị bằng tia xạ: di căn xa như não, gan và những khối di căn to và sâu trong tiêu khung.

4.4.4 Theo dõi điều trị

- Các dấu hiệu ra huyết âm đạo, kích thước TC, nang hoàng tuyến, nhân di căn âm đạo nếu có.
- Biểu đồ βhCG.
- Xét nghiệm huyết đồ, chức năng gan, điện giải: phát hiện nhiễm độc hóa chất.

4.4.5 Nhiễm độc hóa chất (xem phần thai trứng)

4.4.6. Tiêu chuẩn xuất viện

- βhCG/máu < 5mIU/ml 3 lần liên tiếp.
- TC + 2 PP bình thường.
- Các khối di căn biến mất.

4.4.7 Các biện pháp tránh thai sử dụng trong thời gian theo dõi (Xem phác đồ các biện pháp ngừa thai).

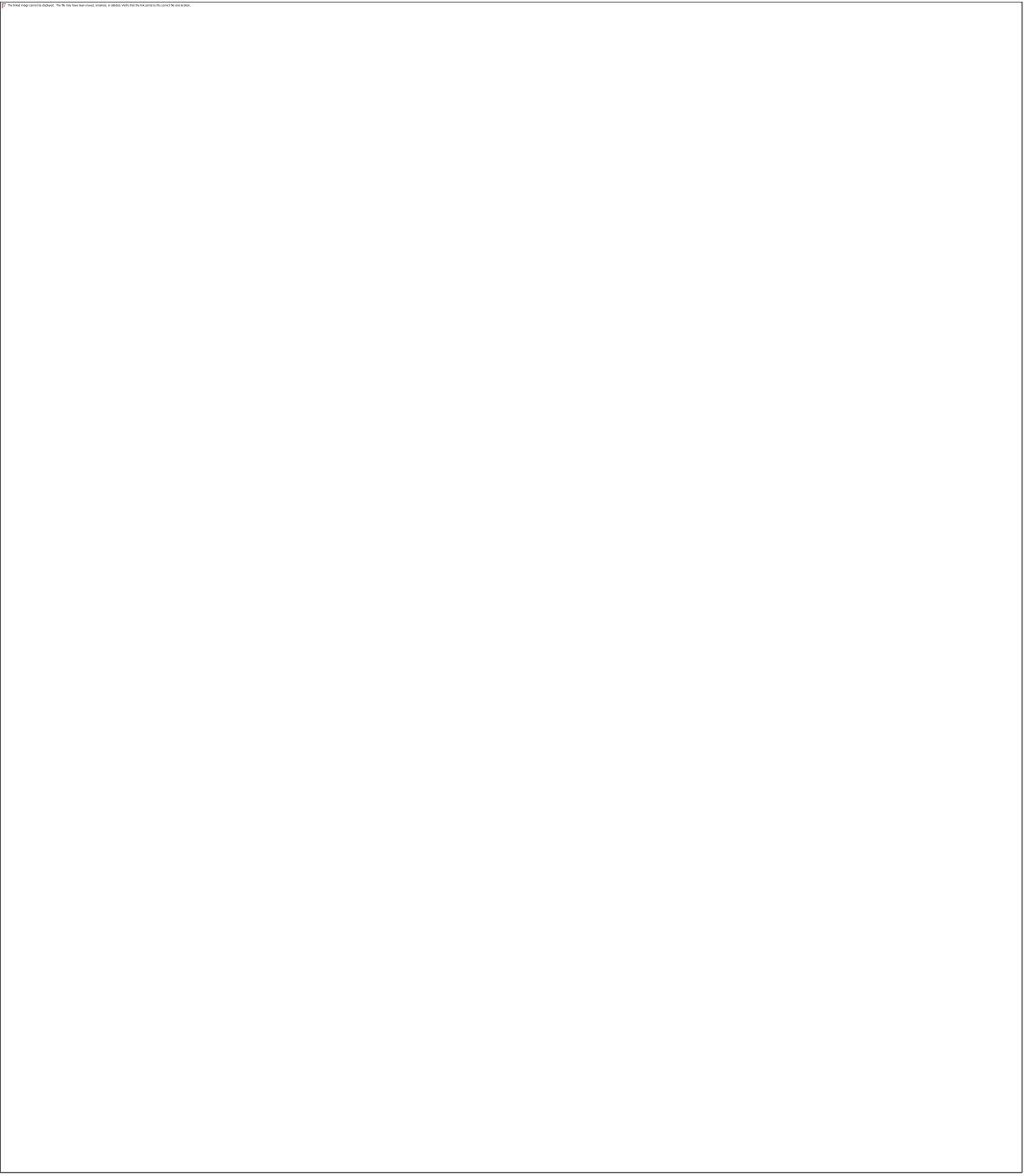
- Thuốc viên tránh thai uống dạng phôi hợp nếu không có chống chỉ định sử dụng thuốc.
- Bao cao su.

4.4.8 Theo dõi sau khi xuất viện và vấn đề có thai lại sau điều trị

- Tái khám + theo dõi βhCG/máu một tháng một lần trong 6 tháng, sau đó 2 tháng một lần trong 6 tháng tiếp theo, và 3 tháng một lần trong vòng 12 tháng, tiếp theo 6 tháng một lần
- Thời gian theo dõi là 5 năm.
- Sau thời gian theo dõi, người bệnh được có thai trở lại.
- Yêu cầu người bệnh ít nhất 2 năm sau khi điều trị khỏi u nguyên bào nuôi mới có thai trở lại.
- Khi có dấu hiệu mang thai, cần đi khám thai ngay, chú ý vấn đề theo siêu âm và βhCG/máu để phòng thai trứng lập lại.

Phác đồ 2: Những nguyên tắc xử trí của khối u nguyên bào nuôi

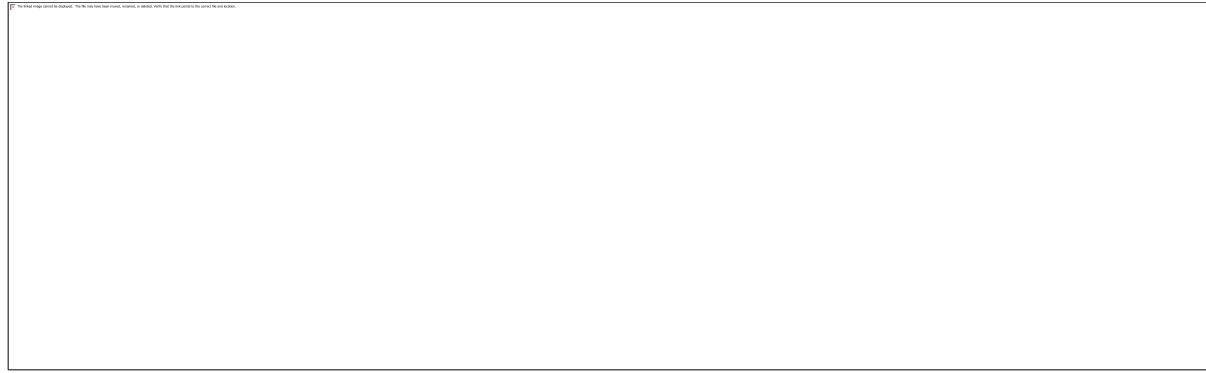
Phác đồ 2: Những nguyên tắc xử trí của khối u nguyên bào nuôi



Phác đồ 3: Nguyên tắc xử trí của u nguyên bào nuôi



Phác đồ 4: Nguyên tắc xử trí của u nguyên bào nuôi ở vị trí nhau bám



Lời dặn dò BN khi xuất viện

- Ngừa thai an toàn trong thời gian theo dõi là 2 năm nếu có di căn (giai đoạn II, III hay IV) và 1 năm nếu không bị di căn (giai đoạn I hay thai trứng nguy cơ cao). Phương pháp ngừa thai khuyên dùng là bao cao su tránh thai, thuốc uống ngừa thai. Các phương pháp khác không nên áp dụng.
- Tái khám theo đúng ngày hẹn và nơi tái khám được ghi trong giấy.
- Nhập viện ngay khi có
 - + Xuất huyết âm đạo bất thường.
 - + Đau ngực, khó thở, ho khan dai dẳng hay ho máu.
 - + Đau bụng nhiều, choáng.
 - + Có khối u bất thường ở vùng âm đạo.
 - + Hoặc có bất thường khác gây lo lắng.

Việc quản lý bệnh nhân đã xuất viện tái khám ngoại trú hay cho về sau hóa trị cần phải được tuân thủ theo một số qui định sau

- Có cam kết của BN hay thân nhân về khả năng thực hiện việc theo dõi ngoại trú.
- Xây dựng được cách thức liên lạc tốt nhất có thể có giữa BN với cơ sở tái khám và với .
- Trở lại BV Từ Dũ hay cơ sở quản lý ngoại trú ngay khi có bất thường.
- Các cơ sở y tế trong hệ thống quản lý BN các cấp phải luôn giữ liên lạc và thông tin về BN một cách đầy đủ.

27/SPECT TƯỚI MÁU CƠ TIM GĂNG SỨC (STRESS) VỚI 201TI

GIẢM THAI

I. Mở đầu

- Giảm thai ở các trường hợp đa thai (đặc biệt từ tam thai trở lên) là thủ thuật can thiệp vào buồng tử cung để giảm số lượng thai trong tử cung còn một hay hai thai mà vẫn đảm bảo các thai còn lại trong tử cung vẫn tiếp tục phát triển. Giảm thai góp phần giảm tỉ lệ nguy cơ và các biến chứng do đa thai.
- Có nhiều phương pháp giảm thai khác nhau tùy theo tuổi thai như hút mô thai ở thai kỳ nhỏ, dùng KCl bơm vào buồng tim thai cho các thai kỳ lớn cuối tam cá nguyệt 1 hay đầu tam cá nguyệt 2... Tuy nhiên, giảm thai không phải là thủ thuật tuyệt đối an toàn. Giảm thai có thể gây sảy thai hoàn toàn, gây nhiễm trùng, thai chết lưu, sanh non.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp đa thai sống trong tử cung sau khi có thai tự nhiên hay điều trị hiếm muộn, không có chống chỉ định và bệnh nhân muốn giữ lại một hay hai thai để dưỡng.
- Tuổi thai: 6 đến 13 tuần vô kinh.

III. Chống chỉ định

- Tuyệt đối: thai quá lớn > 13 tuần.
- Tương đối:
 - + Thai nhỏ, chưa quan sát thấy hoạt động tim thai.
 - + Động thai.
 - + Nhiễm trùng đường sinh dục dưới.
 - + Rối loạn đông máu.

III. Quy trình kỹ thuật

1. Chuẩn bị bệnh nhân trước thủ thuật.
2. Thực hiện thủ thuật.
3. Chăm sóc sau thủ thuật
 - Kháng sinh dự phòng.
 - Giảm gò tử cung: Progesterone 25mg tiêm bắp 1 ống x 2 lần/ngày trong 5 ngày.
 - Nghỉ ngơi tại giường.
 - Theo dõi tình trạng động thai và nhiễm trùng sau thủ thuật.
 - Siêu âm kiểm tra thai sau thủ thuật 3-5 ngày.
 - Tránh giao hợp trong 5 ngày sau giảm thai.
4. Xuất viện: thường khoảng 3-5 ngày sau thủ thuật giảm thai khi tình trạng thai ổn định.
5. Dùng toa theo phác đồ dưỡng thai thụ tinh óng nghiệm (nếu là thai điều trị) và khám thai định kỳ.

IV. Tai biến và biến chứng

1. Sảy thai hoàn toàn (tỉ lệ khoảng 1-2%): đa số các trường hợp sảy thai trọn và không can thiệp. Nếu thai lớn trên 8 tuần thường phải hút kiềm tra buồng tử cung nếu ngờ sót nhau.
2. Nhiễm trùng: biểu hiện sốt, đau bụng, bạch cầu tăng, CRP tăng sau khi làm thủ thuật giảm thai. Các biểu hiện thường xảy ra trong vòng 14 ngày sau thủ thuật. Nếu tình trạng nhiễm trùng không được điều trị hay điều trị không hiệu quả, thai có thể sảy hoàn toàn hoặc phải hút bỏ thai nếu không sảy tự nhiên.
3. Dọa sảy thai: túi thai bị bóc tách sau thủ thuật giảm thai. Điều trị bằng progesterone đặt âm đạo kết hợp chế độ nghỉ ngơi và sinh hoạt hợp lý.
4. Tai biến do gây mê hay gây tê.

**28/SƠ ĐỒ CHẨM DỨT THAI KỲ THAI TỪ 13 - 18 TUẦN
BẰNG PHƯƠNG PHÁP NONG GẮP**

**SƠ ĐỒ CHÁM DỨT THAI KỲ THAI TỪ 13 - 18 TUẦN
BẰNG PHƯƠNG PHÁP NONG GẤP**

**29/SƠ ĐỒ CHẨM DỨT THAI KỲ THAI TỪ 13 - 18 TUẦN
BẰNG THUỐC**

SƠ ĐỒ CHẨM DỨT THAI KỲ THAI TỪ 13 - 18 TUẦN BẰNG THUỐC

**30/SƠ ĐỒ CHẨM DỨT THAI KỲ TUỔI THAI TỪ 18 - 22
TUẦN**

SƠ ĐỒ CHẨM DỨT THAI KỲ TUỔI THAI TỪ 18 - 22 TUẦN

**31/SƠ ĐỒ CHẨM DỨT THAI KỲ TUỔI THAI TỪ 23 - 27
TUẦN**

SƠ ĐỒ CHẨM DỨT THAI KỲ TUỔI THAI TỪ 23 - 27 TUẦN

32/SƠ ĐỒ HƯỚNG DẪN XỬ TRÍ TIẾT DỊCH ÂM ĐẠO

SƠ ĐỒ HƯỚNG DẪN XỬ TRÍ TIẾT DỊCH ÂM ĐẠO

33/SỐT SAU MỔ LẤY THAI

SỐT SAU MỔ LẤY THAI

I. Định nghĩa

Sốt sau mổ lấy thai là sốt từ trên 24 giờ sau khi mổ với thân nhiệt từ 38°C trở lên. Đây là triệu chứng do nhiều nguyên nhân khác nhau với mức độ nặng nhẹ khác nhau.

II. Các nguyên nhân gây sốt sau mổ lấy thai

III. Các dấu hiệu và xử trí 1. Nhiễm khuẩn vết mổ

- Dấu hiệu chính: vết mổ sưng, có dịch tiết là máu hay mủ, tấy đỏ quanh vết khâu.
- Xử trí: cắt chỉ cách quãng, dẫn lưu thoát dịch. Rửa vết mổ bằng dung dịch sát khuẩn và thay băng tối thiểu ngày 2 lần.

2. Căng tức vú

- Dấu hiệu chính: vú căng đau cả hai bên, xuất hiện muộn 3 - 5 ngày sau mổ lấy thai.
- Xử trí:

- + Đắp mát, hút sữa, giữ vệ sinh vùng vú.
- + Nếu người mẹ cho con bú, khuyến khích tiếp tục cho con bú.
- Tắc ống dẫn sữa
- Đắp mát, hút sữa.
- Thuốc giảm tiết sữa.

4. Abces vú

- Kháng sinh, giảm đau.
- Rạch abces, dẫn lưu.

34/THĂM KHÁM VÀ XỬ TRÍ NGÔI THAI BẤT THƯỜNG

NGÔI THAI BẤT THƯỜNG

Ngôi bất thường là ngôi không phải ngôi chỏm, gồm: ngôi mặt, ngôi trán và ngôi thóp trước, ngôi mông, ngôi vai (ngôi ngang), ngôi đầu sa tay (ngôi phức tạp).

I. Ngôi mặt

- Là ngôi đầu ngửa tối đa, mặt thai nhi trình diện trước eo trên.
- Ngôi mặt được chẩn đoán xác định trong chuyển dạ sinh bằng cách khám âm đạo.
 - Khám bụng
 - Ngôi đầu, nắn ngoài, có dấu hiệu nhát rìu nếu là kiều cầm sau, nếu là kiều cầm trước sờ thấy cầm có hình móng ngựa.
 - Khám âm đạo
 - Chẩn đoán xác định bằng khám âm đạo, tìm được mốc của ngôi là cầm, việc chẩn đoán xác định sẽ dễ hơn khi cổ tử cung đã mở, nhưng phải cẩn thận khi thăm khám để không làm vỡ ối.
 - Không bao giờ thấy thóp sau hoặc thóp trước khi khám âm đạo.
 - Cần chẩn đoán phân biệt với ngôi trán, ngôi mông.
- Xử trí
 - Cuộc sinh ngôi mặt diễn ra lâu và khó khăn hơn sinh ngôi chỏm.
 - Chỉ có ngôi mặt cầm trước có thể sinh đường âm đạo. Nếu sinh đường âm đạo có thể có hỗ trợ bằng forceps, tuyệt đối không được dùng giác hút.
 - Ngôi mặt cầm sau tự xoay được về cầm trước cũng có thể sinh đường âm đạo.
 - Phẫu thuật lấy thai cho những trường hợp ngôi mặt cầm sau hoặc cầm trước có kết hợp thêm các yếu tố sinh khó khác.

II. Ngôi trán và ngôi thóp trước

Là ngôi trung gian giữa ngôi mặt và chỏm, đầu không cúi hẳn mà cũng không ngửa hẳn, trán hoặc thóp trước của thai trình diện trước eo trên.

- Chẩn đoán
 - Lúc bắt đầu chuyển dạ là một ngôi đầu cao lồng.
 - Chẩn đoán xác định dựa vào việc khám âm đạo khi cổ tử cung mở được từ 3 cm trở lên, ối đã vỡ và ngôi đã cố định chặt.
 - Sờ thấy gốc mũi, 2 hố mắt, trán và thóp trước (ngôi trán) hoặc thấy thóp trước ở chính giữa tiểu khung (ngôi thóp trước).

- Không sờ thấy thóp sau và cằm.
- Cần chẩn đoán phân biệt với ngôi mặt và ngôi chỏm.

- Xử trí

- Theo dõi sát các cuộc chuyển dạ để phát hiện sớm.
- Phẫu thuật lấy thai khi có chẩn đoán xác định.

III. Ngôi mông

- Là một loại ngôi dọc, đầu thai nằm ở đáy tử cung, mông trình diện trước eo trên.
- Là một ngôi sinh khó do đầu là phần to và cứng nhất lại sinh ra sau cùng, nguy cơ kẹt đầu hậu có thể làm cho thai chết hoặc sang chấn.

- Chẩn đoán Lâm sàng

- Ngôi dọc, đầu ở đáy tử cung.
- Khám âm đạo sờ thấy xương cùng, lỗ hậu môn và hai mông thai nhi, có thể một hoặc hai bàn chân cùng với mông.
- Có thể thấy phân su nhưng không đánh giá là thai suy.
- Chẩn đoán phân biệt với: ngôi mặt, ngôi vai, ngôi đầu sa chi.

Cận lâm sàng: siêu âm giúp chẩn đoán và ước lượng cân thai.

- Xử trí

- Đordova sinh đường âm đạo khi có những điều kiện thuận lợi:
 - + Ngôi mông đủ hoặc thiếu kiểu mông.
 - + Khung chậu bình thường.
 - + Thai nhi không quá lớn, ước lượng cân thai < 3200g.
 - + Đầu thai cúi tốt.
- Chỉ định mổ lấy thai: khi có kết hợp với bất kỳ một yếu tố nguy cơ
 - + Chuyển dạ kéo dài.

- + Ngôi mông thiêu kiếu chân.
- + Khung chậu giới hạn, hẹp, biến dạng.
- + Con so, thai > 3000g.
- + Thai to, ước lượng cân thai > 3200g.
- + Đầu không cúi tốt.
- + Vết mổ cũ trên TC.

IV. Ngôi vai

- Trong ngôi vai thai không nằm theo trực của tử cung mà nằm ngang hoặc chêch, trực của thai không trùng với trực của tử cung.
- Mốc của ngôi là móm vai, ngôi vai không có cơ chê sinh nên hầu hết các trường hợp đều phải phẫu thuật lấy thai. Chỉ làm nội xoay thai cho thai thứ 2 trong song thai.

- Chẩn đoán

- Tử cung bè ngang, nắn thấy đầu ở hạ sườn hoặc hố chậu.
- Chiều cao tử cung thấp hơn so với tuổi thai.
- Khám âm đạo thấy tiêu khung rỗng, ối phòng.
- Khi có chuyển dạ nếu ối vỡ, CTC mở cổ thể sờ thấy móm vai hoặc tay thai nhi ở trong âm đạo.
- Có thể dùng siêu âm để chẩn đoán.
- Chẩn đoán phân biệt với ngôi mông.

Xử trí

- Phẫu thuật lấy thai khi thai đủ trưởng thành.
- Nội xoay thai cho thai thứ hai ngôi vai trong trường hợp sinh đôi, đủ điều kiện nội xoay.

Ngôi phúc tạp

Là khi tay thai nhi sa xuống sát bên ngôi thai hay phần trình diện của thai.

Chẩn đoán

- Cả tay sa xuống và đầu thai cùng đồng thời trình diện trong khung chậu khi khám âm đạo.
- Có thể phát hiện khi ối còn hoặc đã vỡ.

Xử trí

- Sinh tự nhiên chỉ có thể xảy ra khi thai rất nhỏ hoặc chết lưu.
- Có thể đặt lại vị trí của tay thai nếu sau
 - + Đẩy tay thai lên trên tiều khung và giữ cho đến khi con co tử cung đẩy đầu thai vào tiều khung.
 - + Nếu đầu thai giữ được trong tiều khung và không sờ thấy tay thai nữa thì có thể theo dõi chuyển dạ tự nhiên.
 - + Phẫu thuật lấy thai khi đẩy tay thất bại, hoặc kèm sa dây rốn.

35/XỬ TRÍ BĂNG HUYẾT TRONG VÀ SAU KHI HÚT THAI

XỬ TRÍ BĂNG HUYẾT TRONG VÀ SAU KHI HÚT THAI

I. Định nghĩa

Băng huyết là tình trạng ra huyết âm đạo nhiều > 300 ml trong vòng 24 giờ sau hút thai hoặc ảnh hưởng đến tổng trạng.

II. Chẩn đoán

1. Tổng trạng

- Vã mồ hôi, da xanh, niêm nhợt.
- Mạch nhanh trên 90 l/p.
- Huyết áp thấp, tụt.

2. Khám

- Máu âm đạo ra nhiều, đỏ tươi, có khi có máu cục.

- Băng vệ sinh hoặc quần áo ướt đẫm máu.
- Tử cung gò kém, có thể do út máu trong lòng tử cung, sót tổ chúc thai, mô nhau, do tổn thương ở cổ tử cung hoặc thủng tử cung.

III. Xử trí

Tùy theo tình trạng lâm sàng mà có hướng xử trí thích hợp.

1. Có choáng: HA < 90/60 mmHg hoặc tình trạng ra máu không cải thiện.
 - Hồi sức tích cực.
 - Chuyển bệnh nhân lên phòng mổ và xử trí tiếp.
 - Lưu ý: Hoàn tất hồ sơ bệnh án, ghi rõ diễn tiến thủ thuật.
2. Không choáng: Huyết áp >90/60 mmHg.
 - Truyền tĩnh mạch, tốt nhất là 2 đường truyền: Glucose 5%, 500 ml pha với 2 ống Oxytocine 5đv, truyền tĩnh mạch (TM) XXXg/p.
 - Thở Oxy, 4l/p.
 - Nằm đầu thấp.
 - Nạo sạch buồng tử cung, lấy hết mô sót và máu cục.
 - Thông tiêu.
 - Đánh giá lại tình trạng tử cung, có thể dùng thêm:
 - + Thuốc:
 - Oxytocine 5đv x 2 ống pha loãng tiêm TM chậm hay tiêm bắp.
 - Ergometrine 0,20mg, 1 ống tiêm TM chậm hay tiêm bắp (TB).
 - Misoprostol 200mcg 04 viên đặt hậu môn.
 - + Thắt động mạch CTC.
 - + Bóng chèn.
 - Tiếp tục theo dõi sinh hiệu và tình trạng ra máu của khách hàng.

36/XỬ TRÍ SÂY THAI ĐANG TIẾN TRIỀN

XỬ TRÍ SÂY THAI ĐANG TIẾN TRIỀN

I. Định nghĩa

Sảy thai đang tiến triển là một tình trạng thai dưới 20 tuần, cổ tử cung giãn rộng, ra huyết nhiều, phần thai hoặc nhau đang tống xuất qua cổ tử cung.

II. Chẩn đoán

1. Triệu chứng cơ năng

Trễ kinh, đau bụng, ra huyết âm đạo.

2. Triệu chứng thực thể

- Đánh giá tổng trạng, suy hiệu, lượng máu mất.
- Xác định tư thế tử cung. Xác định tuổi thai.
- Đánh giá tình trạng sẩy thai: độ mở CTC, huyết âm đạo, gò TC.

3. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm nước tiểu: QS (+). Siêu âm nếu cần.

III. Xử trí

1. Tư vấn

- Tư vấn trước và sau hút thai.
- Tư vấn các biện pháp tránh thai sau hút thai.
- Tư vấn khả năng sinh sản sau thủ thuật.
 - + Thời gian có thể mang thai lại là 10 - 14 ngày sau hút thai.
 - + Nên có thai lại ít nhất 3-6 tháng sau sẩy thai.

+ Khách hàng được giải thích rõ ràng các nguy cơ của hút thai và tự nguyện ký tên vào tờ cam kết hút thai theo yêu cầu.

+ Uống thuốc giảm đau trước khi làm thủ thuật đối với những trường hợp vô cảm bằng tê cảnh cỏ TC (Paracetamol 1g hoặc Ibuprofen 400mg uống 30 phút trước khi làm thủ thuật).

2. Quy trình kỹ thuật

- Sát trùng âm hộ (kèm I).
- Sát trùng âm đạo, CTC (Kèm II).
- Gây tê mép trước CTC (Vị trí 12g với 1ml Lidocain 1%).
- Kẹp CTC bằng kèm Pozzi.
- Gây tê cạnh CTC với 4ml Lidocain 1% ở vị trí 4 hoặc 5g và 7 hoặc 8g.
- Nong CTC bằng ống hút nhựa (nếu trường hợp khó có thể sử dụng bộ nong bằng kim loại Hégar hay Pratt). Tuy nhiên CTC thường mở và không phải nong trong những trường hợp sẩy thai đang tiến triển.
- Chọn ống hút thích hợp với tuổi thai.
- Hút thai (bằng bơm hút chân không bằng tay hay bơm điện), đánh giá hút sạch buồng tử cung
- Mở kèm Pozzi, lau sạch CTC và âm đạo.
- Kiểm tra mô và tổ chức sau hút thai.
- Chuyển khách hàng sang buồng hồi phục.

3. Theo dõi sau thủ thuật

- Theo dõi sinh hiệu, huyết âm đạo, đau bụng dưới.
 - Hướng dẫn sử dụng toa thuốc và cách chăm sóc sau thủ thuật.
 - Hẹn ngày tái khám và các dấu hiệu bất thường cần tái khám ngay.
 - Hướng dẫn ngừa thai tránh mang thai ngoài ý muốn.
-

Phác Đồ Điều Trị Bệnh Phụ Sản - Bệnh Viện

Từ Dữ Phần 2

37/A-Z. PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ XỬ TRÍ UNG THƯ BUỒNG TRÚNG

XỬ TRÍ UNG THƯ BUỒNG TRÚNG

I. Định nghĩa

Bướu ác tính có thành phần mô học xuất phát từ buồng trứng.

II. Chẩn đoán

1. Phân loại mô học

1. CARCINOM BIỂU MÔ BUỒNG TRÚNG

- + Carcinom tuyến bọc dịch trong.
- + Carcinom tuyến bọc dịch nhày.
- + Carcinom dạng nội mạc tử cung.
- + U hỗn hợp trung bì (mô liên kết và thượng mô).
- + Carcinom tế bào sáng.
- + U tế bào chuyển tiếp ác tính (u brenner).
- + Carcinom biểu mô hỗn hợp.
- + Carcinom biểu mô không xếp loại.
- + Carcinom biểu mô không phân biệt được.
- + Carcinom biểu mô giáp biên ác.

2. U MÔ ĐỆM DÂY GIỚI BÀO:

- + U tế bào hạt.
- + U nguyên bào nam (ANDROBLASTOMA).
- + U nguyên bào nam nữ (GYNANDROBLASTOMA).
- + U tế bào sertoli và leydig.
- + Sarcom của buồng trứng.

3. U TẾ BÀO MÀM.

- + U nghịch mầm.
- + U xoang nội bì.
- + Carcinom phôi.
- + U da phôi.
- + Carcinom đệm nuôi.
- + U quái không trưởng thành.
- + U nguyên bào dục (GONADOBLASTOMA).

4. U LYMPHO

5. UNG THƯ BUỒNG TRÚNG DO DI CĂN.

- + Ung thư buồng trứng di căn từ đại tràng, vú, ung thư dạ dày (UKRUKENBERG).
- 2. Chẩn đoán giai đoạn ung thư buồng trứng (theo FIGO) (trong phẫu thuật 2009).**
 - Giai đoạn I: ung thư phát triển giới hạn tại buồng trứng.
 - + Giai đoạn IA: ung thư chỉ giới hạn ở 1 bên buồng trứng, không có báng bụng, không có chồi sùi trên bề mặt buồng trứng, vỏ buồng trứng còn nguyên.
 - + Giai đoạn IB: ung thư phát triển ở 2 buồng trứng, không có báng bụng, không có chồi sùi trên bề mặt buồng trứng, vỏ buồng trứng còn nguyên.

+ Giai đoạn IC: ung thư như IA hoặc IB nhưng có những chồi sùi trên bề mặt của 1 hay 2 buồng trứng, hoặc với vỏ buồng trứng bị vỡ, hoặc với dịch bàng bụng có buồng trứng ác tính, hoặc với mủ rửa màng bụng dương tính.

- Giai đoạn II: ung thư phát triển ở 1 hay 2 buồng trứng lan rộng đến các cơ quan trong tiêu khung.

+ Giai đoạn IIA: lan rộng hoặc/và di căn ra đến tử cung và/hoặc ống dẫn trứng.

+ Giai đoạn IIB: lan rộng ra các mô khác trong tiêu khung.

- Giai đoạn IIC: ung thư như giai đoạn IIA hoặc IIB, nhưng có chồi sùi trên bề mặt của 1 hay 2 buồng trứng, vỏ buồng trứng bị vỡ hoặc với dịch bàng bụng có chứa tế bào ác tính hoặc với mủ rửa màng bụng dương tính.

+ Giai đoạn III: ung thư bao gồm cả 1 hay 2 buồng trứng gieo rắc vào khoang phúc mạc bên ngoài tiêu khung và/hoặc có hạch sau phúc mạc và hạch bẹn. Đặc biệt di căn bề mặt gan cũng thuộc giai đoạn III. Khối u thực sự giới hạn trong tiêu khung nhưng qua mô học lại xác định được sự lan tràn tế bào ác tính đến ruột non hay mạc nối.

+ Giai đoạn IIIA: ung thư thực sự ở tiêu khung, không có hạch, nhưng bằng xét nghiệm mô học xác định được sự gieo rắc tế bào ung thư trên bề mặt khoang phúc mạc ổ bụng.

+ Giai đoạn IIIB: ung thư ở 1 hay 2 buồng trứng, qua mô học xác định được những gieo rắc tế bào ung thư ở bề mặt khoang phúc mạc ổ bụng, nhưng không vượt quá 2 cm đường kính, không có hạch.

+ Giai đoạn IIIC: có những khối di căn ở ổ bụng > 2cm đường kính và/hoặc có hạch ở khoang phúc mạc sau hay hạch bẹn.

- Giai đoạn IV: ung thư ở 1 hay 2 buồng trứng kèm di căn xa. Nếu có tràn dịch màng phổi thì phải có kết quả XN tế bào học dương tính mới phân vào giai đoạn IV.

III. Chẩn đoán cận lâm sàng

- Dấu hiệu sinh học bùn: CA125, HE 4, βHCG, AFP... Tùy dạng mô học.

- Chọn lựa các xét nghiệm sinh học bùn theo mô học

- AFP (Alphafetoprotein)

- hCG (Human Chorionic Gonadotropin)

- PLAP (Placental Alkaline Phosphatase)

- LDH (Lactate Dehydrogenase alpha 1 anti trypsin.

- CA125 (Cancer Antigen 125).

- AAT (Alpha 1 Anti Trypsine).

Loại bướu	AFP	hCG	LDH	CA125
Ung thư biểu mô	-	-	-	+
Dysgerminoma	-	±	±	±
Bướu xoang nội bì	+	-	±	-
Bướu quái ác	±	-	-	±
Choriocarcinoma	-	+	-	±
Carcinom phôi	+	+	-	±
Bướu hỗn hợp	±	±	-	±

- Bilan tiền triển bướu: X quang ngực, Siêu âm, MRI, nội soi (bàng quang, trực tràng và ống tiêu hóa. . .).

- Xét nghiệm thường qui và xét nghiệm tiền hóa trị (huyết đồ, chức năng gan thận, ion đồ, đường huyết, điện tim và siêu âm tim, chức năng tuyến giáp).

- Xét nghiệm tiền hóa trị, siêu âm và sinh học bướu sẽ lập lại mỗi đầu chu kỳ hóa trị tiếp theo.

IV. Xử trí

- Điều trị ung thư biểu mô buồng trứng là điều trị đa mô thức và chăm sóc bệnh nhân toàn diện, bao gồm: phẫu trị, hóa trị, xạ trị, nội tiết, ... Chủ yếu là phẫu trị và hóa trị.

1. Phẫu trị: bước đầu tiên điều trị ung thư buồng trứng nhằm 2 mục đích

- Giảm thiểu tối đa mô bướu không để sót lại hoặc để lại càng ít mô bướu càng tốt tạo điều kiện lý tưởng cho hóa trị.

- Phân giai đoạn.

• Nguyên tắc trong phẫu thuật ung thư buồng trứng và các khối u buồng trứng nghi ác tính.

- Phẫu thuật mở bụng, dù cho có chỉ định nội soi trước đó.

- Đường rạch da được chọn là đường dọc giữa trên hoặc dưới rốn, có thể kéo dài lên trên rốn.

- Phải che kín thành bụng bằng gạc dày hoặc băng dán khi phẫu thuật.

- Đầu tiên phải đánh giá khối u và phân giai đoạn theo các trình tự sau:

- Quan sát ổ bụng, có dịch báng thì lấy thử tế bào. Nếu không có dịch báng thì rửa bằng 50 - 100 ml dung dịch nước muối sinh lý khoang phúc mạc ở cơ hoành, ở rãnh đại tràng phải và trái, và vùng chậu để tìm tế bào ác tính.
- Quan sát cẩn thận và sờ nắn toàn bộ bề mặt phúc mạc, kể cả vùng gan và vòm hoành.
- Cắt bỏ khối u buồng trứng, và tiến hành phẫu thuật phân giai đoạn như trên, nếu là khối u buồng trứng nghi ác tính trên bệnh nhân trẻ tuổi chưa con.
- Cắt hoàn toàn tử cung, hai phần phụ và toàn bộ khối bướu, mạc nối lớn, nếu đã có GPBL là ung thư buồng trứng từ lần phẫu thuật đầu tiên kết hợp với tuổi, loại mô học, tình trạng sinh sản, và giai đoạn bệnh. Nếu nghi ác tính nhiều hoặc có hạch, nạo hạch chọn lọc vùng chậu hay cạnh động mạch chủ.
- Sinh thiết mọi tổn thương nghi ngờ.
- Sinh thiết hoặc cắt mạc nối lớn dưới đại tràng hoặc bờ cong lớn dạ dày tùy theo mức độ nghi ác tính ít hay nhiều.
- Nếu không phát hiện được các tổn thương xâm nhiễm phúc mạc, sinh thiết ngẫu nhiên hoặc sinh thiết phúc mạc lá phúc mạc bằng quang, của túi cùng trước, rãnh đại tràng phải, trái và hai thành chậu.
- Phẫu thuật có thể kèm thêm cắt ruột thừa nếu đánh giá ruột thừa hoặc 1 đoạn ống tiêu hóa bị xâm nhiễm khi kiểm tra ruột và nghi ngờ bướu có thể gây tắc ruột sau này, nếu cần có thể nạo hoặc sinh thiết hạch chậu/hạch cạnh động mạch chủ.

• **Những lưu ý khi thực hiện phẫu thuật**

- Phẫu thuật phải lấy tối đa khối u và những khối di căn (nếu được), (lấy vỏ bướu, chuỗi hạch lympho thành khối, dao mổ phải luôn đi ở mô bình thường ở cả bề mặt lẫn bề sâu, cố gắng cắt bỏ khối u tối ưu (sao cho phần còn sót lại phải < 1 cm).

- Phẫu thuật phải được tiến hành gọn, tránh rơi vãi bệnh phẩm vào khoang phúc mạc.

• **Khi phẫu thuật cần ghi nhận và mô tả trong tường trình phẫu thuật**

- Tình trạng dịch ổ bụng, số lượng và màu sắc.

- Tình trạng khối u: kích thước, bề mặt, độ di động, mật độ và vị trí xâm lấn trực tiếp của khối u, khối u có bị vỡ hoặc gieo rắc tế bào trước hoặc trong khi phẫu thuật không.

- Mức độ xâm nhiễm vào các cơ quan khác trong vùng chậu hoặc ổ bụng tầng trên: bàng quang, ruột, dạ dày, bề mặt gan và tình trạng mạc nối lớn.

- Có sự hiện diện của các nốt di căn ở phúc mạc bụng và vùng chậu.

- Tình trạng hạch: hạch vùng chậu, hạch cạnh động mạch chủ, hạch mạc treo ruột.
- Mô tả và ghi lại toàn bộ các bước tiến hành của phẫu thuật phân giai đoạn. Chẩn đoán giai đoạn sau mổ

• Phẫu thuật nhìn lại

- Các bệnh nhân được đánh giá đáp ứng hoàn toàn trên lâm sàng là những chọn lựa cho chỉ định phẫu thuật nhìn lại. Thường được tiến hành vào khoảng tháng thứ 9-10 sau điều trị, ở những bệnh nhân được chẩn đoán từ giai đoạn Ic đến IIIc có tình trạng sức khỏe tốt, có thể phẫu thuật nội soi hoặc mở bụng, nhằm:

- + Lấy thêm những bướu còn lại hoặc tái phát mà không phát hiện được trước khi mổ. Phân giai đoạn lại ở những bệnh nhân đã phân giai đoạn nhưng chưa có phẫu thuật phân giai đoạn tối ưu.
- + Để đánh giá hiệu quả của điều trị trong lâm sàng về giải phẫu bệnh, mức độ thuyên giảm cũng như tiến triển của bướu sau hóa trị, từ đó lựa chọn lại phương pháp điều trị tiếp theo (nếu thấy sự đáp ứng với hóa trị trước đó kém).

- Hiện nay với sự tiến bộ của chẩn đoán hình ảnh và các xét nghiệm sinh học bướu, chỉ định phẫu thuật nhìn lại càng ngày càng được hạn chế.

• Phẫu trị trong ung thư tế bào mầm

- Phẫu thuật lần đầu.
- Ung thư buồng trứng dạng tế bào mầm có thể bảo tồn được tử cung và phần phụ còn lại.
- Tiêu chuẩn điều trị bảo tồn trong xử trí ung thư tế bào mầm buồng trứng.
- + Bệnh nhân còn trẻ mong muốn bảo tồn nội tiết hoặc chức năng sinh sản.
- + Giai đoạn bệnh được chẩn đoán kỹ lưỡng, không phát hiện hạch vùng bụng, vùng chậu và hạch cạnh động mạch chủ.
- + Bệnh lý ở giai đoạn IA (theo FIGO), hoặc ở những giai đoạn tiến xa trên các dạng mô học bướu tế bào mầm nhẹ hóa trị, và có grade mô học thích hợp.
- + Buồng trứng còn lại bình thường.
- + Không có bất thường nhiễm sắc thể (XO, XY).
- + Tuân thủ và có đủ điều kiện hoàn thành kế hoạch và liệu trình điều trị.
- + Có điều kiện theo dõi theo đúng quy trình nhằm phát hiện sớm tái phát.

2. Hóa trị

a. Được chỉ định trong

- Giai đoạn sớm, có nguy cơ cao: hóa trị mang tính hỗ trợ sau phẫu thuật tận gốc nhằm giảm thiểu nguy cơ tái phát.
- Giai đoạn tiến xa: có nhiều cách phối hợp hóa trị gây đáp ứng với phẫu thuật để tăng thêm thời gian sống thêm toàn bộ và thời gian sống thêm không bệnh.

b. Các phác đồ hóa trị ung thư biểu mô buồng trứng: Tốt nhất bệnh nhân đã được chuẩn bị đường truyền tĩnh mạch qua buồng tiêm kín dưới da.

- Carboplatin - Paclitaxel

- + Carboplatin AUC 6 ngày 1 300 mg/m²
- + Paclitaxel 135 - 175 mg/m² ngày 1 (truyền trong 3 giờ)

- CP

- + Ciplatin 75-100 mg/m² IV ngày 1
- + Cyclophosphamide 750 mg/m² IV ngày 1

- CEP

- + Cyclophosphamide 600 mg/ m² da IV ngày 1
- + Epirubrin 600 mg/ m² da IV ngày 1
- + Ciplatin 600 mg/m² IV ngày 1

- Docétaxel - Carboplatin

- + Docétaxel 75 mg/m² IV ngày 1
- + Carboplatin AUC 5-7 IV ngày 1 300 mg/m²

- Cisplatin - Ifosfamide

- + Ifosfamide 4000 mg/m² IV ngày 1
- + Cisplatin 60 mg/m² ngày 1 Ghi chú: lặp lại mỗi 4 tuần

- Ifosfamide - Paclitaxel

+ Ifosfamide 1500 mg/m² ngày 2 - 5 (truyền trong 1 giờ)

+ Paclitaxel 135 - 175 mg/m² ngày 1 (truyền trong 3 giờ)

Ghi chú: lặp lại mỗi 3 tuần

- Gemcitabin: 800 - 1250 mg/m² IV ngày 1, 8, 15

Có thể phối hợp với paclitaxel và carboplatin.

- Topotecan: 1.5 mg/m² IV ngày 1-5 (truyền trong 30 phút)

Ghi chú: lặp lại mỗi 3 tuần

- Liposomal Doxorubicin: 40 - 50 mg/m² IV

Ghi chú: lặp lại mỗi 3-4 tuần

+ Điều trị phối hợp với Liposomal Doxorubicin (Lipo-Dox): tùy phác đồ liều Liposomal Doxorubicin có thể thay đổi từ 25-40mg/m² da.

Cyclophosphamide 500-600mg/m² da/ngày 1.

Carboplatin AUC5/ngày 1.

Cisplatin 75mg/m² da/ngày 1.

Gemcitabin 800-1000 mg/ m² da/ ngày 1, ngày 8.

Oxaliplatin 70mg/m² da/ ngày 2 x 8 chu kỳ.

Paclitaxel 70mg/ m² da/tuần.

Docetaxel 40mg/ m² da/tuần.

+ Phối hợp như Doxorubicin thông thường

CAP (Cyclophosphamid, Doxorubicin, Cisplatin).

- Oral etoposide: 50 mg/m² IV ngày 1-21

Ghi chú: lặp lại mỗi 28 ngày.

- Phác đồ VIP

+ Cisplatin 20mg/ m² da IV ngày 1-5.

- + Étoposide 100mg/ m² da ngày 1-5.
- + Ifosfamide 1g/ m² da /ngày ngày 1-2 hay ngày 1-5.

- Taxotère - Xeloda.

c. Các phác đồ hóa trị ung thư biểu mô tế bào mầm buồng trứng:

- Giai đoạn sớm: hóa trị 3 - 4 chu kỳ.
- Giai đoạn tiến xa: hóa trị 4-5 chu kỳ.
- Các phác đồ hóa trị: Tốt nhất bệnh nhân đã được chuẩn bị đường truyền tĩnh mạch qua buồng tiêm kín dưới da.

• Phác đồ VAC (chu kỳ 28 ngày)

- Vincristine : 1.5 mg/ m² (tối đa 2 mg) IV ngày 1 và 15.
- Dactinomycin 350 gg/ m² IV ngày 1 - 5.
- Cyclophosphamide 150 mg/ m² IV ngày 1 - 5.

• Phác đồ PVB (chu kỳ 21 ngày).

- Cisplatin 20 mg/m² IV ngày 1 - 5.
- Vinblastine 12 mg/ m² IV ngày 1.
- Bleomycine 20 U/ m² (tối đa 30 U) IV mỗi tuần vào ngày 1.

• Phác đồ BEP (chu kỳ 21 ngày)

- Cisplatin 20 mg/ m² IV ngày 1 - 5.
- Etoposide 100 mg/ m² IV ngày 1 - 5.
- Bleomycine 20 U/ m² (tối đa 30 U) IV mỗi tuần vào ngày 1.

• Phác đồ VIP

- Cisplatin 20mg/ m² IV ngày 1-5.
- Étoposide 100mg/m² ngày 1-5.
- Ifosfamide 1g/m²/ngày ngày 1-2 hay ngày 1-5.

- **Phác đồ EP (chu kỳ 21 ngày)**

- Cisplatin 20 mg/ m² IV ngày 1 - 5.
- Etoposide 100 mg/ m² IV ngày 1 - 5.

- **Phác đồ POMB - ACE**

- Ngày 1: Vincristine 1mg/m² da tiêm tĩnh mạch.
- Methotrexate 300mg/ m² truyền tĩnh mạch trong 12g.

- Ngày 2: Bléomycin 15 mg truyền trong 24 giờ,
- Folinic acid 15 mg mỗi 12 giờ x4 liều (dùng sau liều MTX 24 giờ).

- Ngày 3: Bléomycin 15 mg truyền trong 24 giờ,
- Ngày 4: Cisplatine 120 mg/ m² da truyền tĩnh mạch trong 12 giờ

Bổ sung thêm dịch truyền và 3g magnesium sulfate.

- **Phác đồ ACE**

- Ngày 1 - 5: Étoposide 100mg/m² da truyền tĩnh mạch.
- Ngày 3 - 5: Actinomycin D 0,5mg tiêm tĩnh mạch.
- Ngày 5: Cyclophosphamide 500mg/m² da truyền tĩnh mạch.

V. Phác đồ điều trị cụ thể theo giai đoạn và Grade mô học ung thư biểu mô buồng trứng

1. Điều trị bướu giáp biên ác buồng trứng

- **Bệnh nhân u giáp biên đã phẫu thuật chưa phân giai đoạn ở lần đầu:**

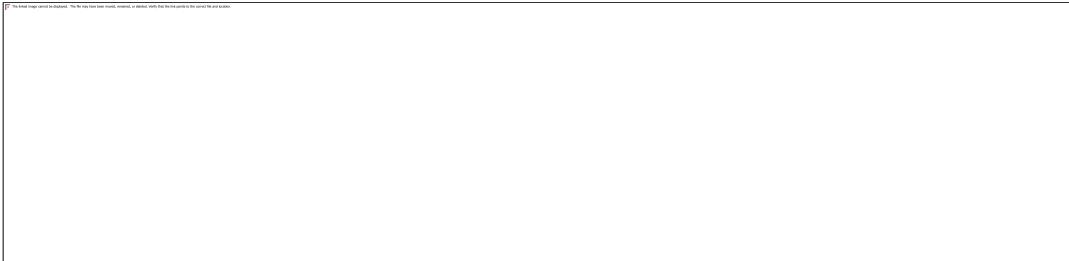
- **Phẫu thuật phân giai đoạn lại nếu:**

- + Nghi ngờ bệnh còn tồn tại.
- + Nếu bệnh nhân không muốn thêm con.

- **Theo dõi nếu không nghĩ đến còn bệnh tồn tại và muốn có thêm con.**

Sau khi mở phân giai đoạn việc điều trị tùy thuộc có hay không di căn xâm lấn. Nếu có di căn xâm lấn việc điều trị giống như ung thư biểu mô buồng trứng.

2. Ung thư buồng trứng giai đoạn sớm: Giai đoạn IA đến IIA



• PHÁC ĐỒ CHUẨN

- Phẫu trị:

- + Mở bụng đường giữa.
- + Cắt hoàn toàn tử cung và 2 phần phụ (bệnh nhân mãn kinh và phụ nữ không muốn có con).
- + Đánh giá giai đoạn:
 - o Thủ dịch ổ bụng tìm tế bào lâ.
 - o Sinh thiết phúc mạc ở nhiều vị trí khác nhau, phúc mạc vòm hoành. o Cắt mạc nối đén sát đại tràng ngang. o Nạo hạch chậu 2 bên và hạch cảnh động mạch chủ. o Cắt ruột thừa nhất là các dạng u nhầy.
 - o Nếu nghi ngờ có di căn thành bụng ở lỗ trocart trong lần mổ thám sát lần đầu, nên cắt rộng các vùng di căn tại lỗ trocart.
- + Nếu trong lần mổ đầu không thực hiện nạo hạch chậu và hạch động mạch chủ hai bên thì có thể thực hiện lại ở giai đoạn trên IC, trừ trường hợp u nhầy giai đoạn I (tùy theo tổng trạng bệnh nhân).
- + Nên tìm các u đường tiêu hóa trong trường hợp u nhầy hai bên.

- Các lựa chọn bổ sung

- + Phẫu thuật bảo tồn đối với những bệnh nhân muốn có con, giai đoạn Ia, grade I, ung thư không phải là tế bào sáng và bệnh nhân chấp nhận theo dõi đều đặn: o Cắt phần phụ 1 bên và thám sát phần phụ đối bên, sinh thiết buồng trứng còn lại trong trường hợp có bất thường trên đại thể.
- o Bảo tồn tử cung, buồng tử cung phải được kiểm tra bằng sinh thiết nội mạc tử cung.
- o Theo dõi dựa trên cơ sở khám lâm sàng, dấu hiệu sinh học bướu và chẩn đoán hình ảnh một cách hệ thống đều đặn (siêu âm bụng và MRI). o Cắt tử cung và phần phụ đối bên sau khi có con hay sau 40 tuổi mà chưa có con (đã tư vấn bệnh nhân).

+ Trong trường hợp giai đoạn IA grade 2, không phải té bào sáng, điều trị bảo tồn cần cân nhắc kỹ thêm các yếu tố khác.

• Sau phẫu trị nếu đánh giá giai đoạn đầy đủ thì bỏ túc điều trị:

- Điều trị chuẩn

+ Giai đoạn IA hay IB không phải là té bào sáng: Không điều trị bổ túc với điều kiện là phải xác định grade mô học.

+ Giai đoạn IA hay IB G2: không có điều trị chuẩn, nên chọn lựa thêm các yếu tố khác để quyết định (lâm sàng, diến biến lâm sàng, kích thước bướu và sinh học bướu).

+ Giai đoạn IA hay IB G3, té bào sáng hay > IC: hóa trị bằng các phác đồ có platine trong 3 chu kỳ.

- Những lựa chọn bổ sung

+ Giai đoạn IA hay IB không phải là té bào sáng: xử trí như trên.

+ Giai đoạn IA hay IB G2: theo dõi hay hóa trị liệu trong 3 chu kỳ có thể được đề nghị.

+ Giai đoạn IA hay IB G2 hay G3, té bào sáng hay > IC: hóa trị thêm 3 chu kỳ (tổng cộng 6 chu kỳ).

• Sau phẫu trị nếu đánh giá giai đoạn không đầy đủ thì bỏ túc điều trị:

- Điều trị chuẩn

+ Giai đoạn IA hay IB G2: phẫu thuật đánh giá lại giai đoạn được làm một cách hệ thống.

+ Giai đoạn IA hay IB G3, té bào sáng hay > IC: phẫu thuật đánh giá lại giai đoạn được làm một cách hệ thống sau đó hóa trị với platine trong 3 chu kỳ nếu không có thay đổi giai đoạn sau mổ.

+ Trong trường hợp không thể mổ lại nên hoá trị platine ít nhất 3 chu kỳ.

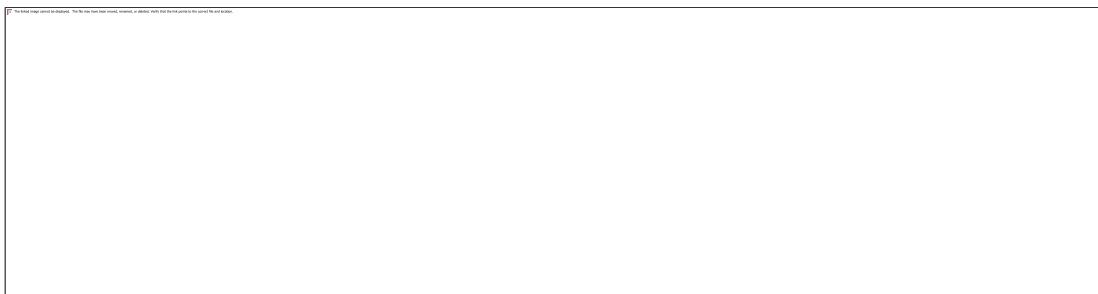
- Những lựa chọn bổ sung

+ Giai đoạn IA hay IB G2: xử trí như trên.

+ Giai đoạn IA hay IB G3, té bào sáng hay > IC: hóa trị thêm 3 chu kỳ (tổng cộng 6 chu kỳ điều trị).

+ Giai đoạn IA hay IB G2 hay G3, té bào sáng hay > IC: bệnh nhân có thể được xử trí tùy trường hợp cụ thể.

3. Ung thư buồng trứng giai đoạn tiến xa: Giai đoạn IIIB đến IV



• PHÁC ĐỒ CHUẨN (Standard)

- Phẫu trị:

- + Khi còn có thể, cõi găng phẫu thuật lần đầu để có thể loại bỏ tối đa thể tích bướu.
- + Giảm thể tích bướu tối đa và đánh giá giai đoạn đầy đủ là điều cần thiết ở bệnh nhân không có khó khăn trong phẫu thuật (giai đoạn II, IIIA và vài trường hợp IIIB).
- + Phẫu thuật không triệt đẽ, cõi găng không để lại mô ung thư trên 1 cm.
- + Mô đường giữa.
- + Cắt phần phụ hai bên kèm cắt hoàn toàn dây chằng thắt lưng buồng trứng.
- + Cắt hoàn toàn tử cung kèm đóng mỏm cắt âm đạo.
- + Cắt hoàn toàn mạc nối đến sát bờ cong lớn dạ dày.
- + Cắt ruột thừa.
- + Các phẫu thuật triệt đẽ có thể bao gồm:
 - o Cắt nguyên khói ống sinh dục và trực tràng - đại tràng sigma.
 - o Cắt đường tiêu hóa có thâm nhiễm. o Cắt phúc mạc thành ± cơ hoành.
 - o Cắt lách.

Nếu tổng trạng bệnh nhân cho phép và cân nhắc lợi ích quan trọng đối với thời gian sống còn, thời gian sống thêm không bệnh, phẫu thuật cho phép làm giảm khối ung thư di căn phúc mạc hoàn toàn; nạo hạch chậu 2 bên và hạch cảnh động mạch chủ.

Cần tìm các u đường tiêu hóa trong trường hợp u nhầy hai bên.

• Sau phẫu thuật, còn sót mô ung thư trên đại thể thì điều trị bổ túc:

- Điều trị chuẩn:

+ Giai đoạn từ IIB đến IV: bệnh nhân phải được điều trị 6 đợt hóa trị kết hợp platine và paclitaxel.

+ Xạ trị và hóa trị trong phúc mạc chưa được khuyến cáo.

- Những chọn lựa thêm:

+ Giai đoạn từ IIB đến IV: hóa trị kết hợp carboplatine và paclitaxel có thể kéo dài thêm 3 chu kỳ.

+ Sự kết hợp giữa carboplatine và docetaxel được khuyến cáo ở những bệnh nhân nguy cơ bệnh thận khi đó có chống chỉ định cho paclitaxel (bệnh tim, bệnh thận kinh...)

+ Đơn hóa trị bằng carboplatine có thể được điều trị ngay từ đầu trong những trường hợp bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng hoặc chống chỉ định với đa hóa trị.

+ Nếu phẫu thuật ban đầu không cho phép làm giảm tối đa thể tích bướu, hóa trị 2 hay 3 chu kỳ trước phẫu thuật lần 2 nhằm tạo thuận lợi cho phẫu thuật lần 2 được tối ưu.

+ Phẫu thuật lần 2 sau 6 chu kỳ được chọn lựa nếu thể tích bướu giảm không khả quan cho phẫu thuật lần 2.

• Sau phẫu thuật, không sót mô ung thư trên đại thể thì cần điều trị bổ túc:

- Điều trị chuẩn

+ Giai đoạn từ IIB, IIC: bệnh nhân được hóa trị 6 chu kỳ với platine.

+ Giai đoạn từ III, IV: Bệnh nhân được hóa trị phối hợp Carboplatine và Paclitaxel tối thiểu 6 chu kỳ điều trị.

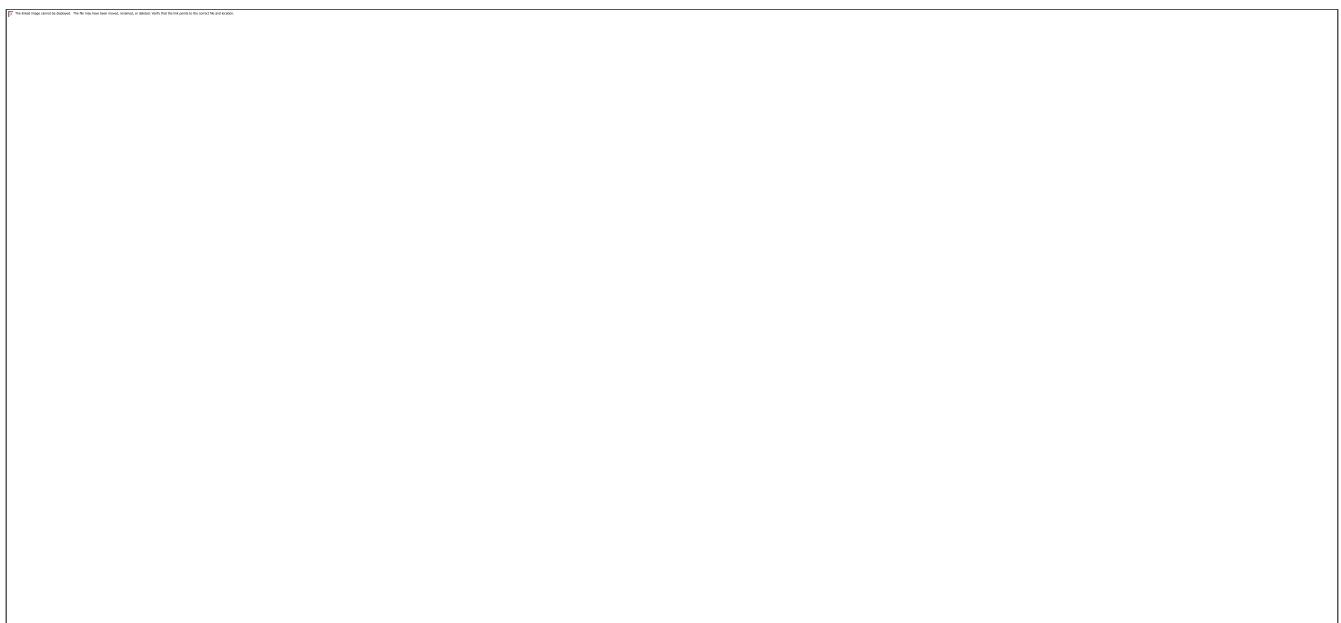
- Những lựa chọn thêm:

+ Giai đoạn từ IIB, IIC: bệnh nhân có thể được đưa vào phác đồ tiếp theo sau điều trị.

+ Giai đoạn từ III, IV: hóa trị trong phúc mạc với platine. Đường dùng tĩnh mạch được khuyến cáo nếu như thiếu đội ngũ có kinh nghiệm.

+ Khi tình trạng bệnh nhân không cho phép dùng hóa trị đường tĩnh mạch phác đồ carboplatine phối hợp paclitaxel, nên dùng phác đồ đơn hoá trị với carboplatine.

4. Xử trí sau điều trị dành cho giai đoạn IIB - IV



- Điều trị giảm nhẹ

+ Điều trị giảm đau: với thuốc giảm đau và thuốc opioid + Điều trị ngoại khoa: mở niệu quản, mở đại tràng ra da.

+ Điều trị bụng báng: điều chỉnh rối loạn nước điện giải, chọc tháo dịch giải áp nếu có khó thở, hóa trị trong xoang phúc mạc hoặc hóa trị qua đường truyền tĩnh mạch.

- Điều trị nội tiết: (đang được sử dụng tại 1 số trung tâm điều trị)

+ Progestins/Antiprogestins:

o Medroxyprogesterone acetate trong ung thư dạng LNMTc của buồng trứng.

o RU486.

+ Liệu pháp Estrogen/ Estrogen Progestin phối hợp o Diethylstilbestrol (DES).

+ Tamoxifen.

+ Đồng vận GnRH.

+ Úc chế men thơm hóa Aromatas.

+ Liệu pháp Androgen/Antiandrogen.

VI. Xử trí bướu té bào mầm buồng trứng, bướu trung mô và u mô đệm dây giòi bào

1. Bướu nghịch mầm

- Dấu hiệu sinh học AFP và hCG giúp phân biệt bướu nghịch mầm thật sự và những bướu tế bào mầm hỗn hợp.

- Điều trị bảo tồn chức năng sinh sản đối với những phụ nữ trẻ còn muốn sinh con.

• Phẫu thuật

Điều trị bảo tồn đối với bệnh nhân trẻ muốn sanh con ngay cả khi bệnh ở giai đoạn tiến xa và đánh giá giai đoạn. Phụ nữ lớn tuổi không mong thêm con thì cắt tử cung toàn bộ 2 phần phụ. Thám sát và sinh thiết sang thương bì mặt phúc mạc. Nạo hạch chậu hoặc thám sát hạch chậu hoặc hạch cảnh động mạch chủ, có thể thám sát qua sờ nắn hoặc lấy đi mô hạch kèm đặt clip để xạ trị bổ túc.

• Hóa trị: phác đồ BEP, VIP, VBP, VAC, EP.

2. Bướu quái ác tính

- Bảo tồn đối với phụ nữ trẻ còn muốn sinh con.

- Phẫu thuật cắt phần phụ bên bướu, lấy đi toàn bộ các sang thương nghi ngờ nếu có hoặc sinh thiết bì mặt phúc mạc bụng chậu.

- Bệnh nhân giai đoạn IA, grade 2, grade 3 phải hóa trị. Không hóa trị giai đoạn IA, grade 1. Bệnh nhân có báng bụng và vỡ bướu phải hóa trị với mọi grade mô học.

- Phác đồ hóa trị: phác đồ BEP, VIP, VAC. Bướu quái ác với thành phần gai điều trị cũng với phác đồ BEP.

3. Bướu xoang nội bì

- Phẫu thuật

+ Điều trị bướu xoang nội bì bao gồm mổ thám sát, cắt phần phụ một bên - cắt lạnh để chẩn đoán.

+ Lấy toàn bộ các mô di căn trong ổ bụng và chậu có thể lấy được.

+ Đánh giá giai đoạn lúc phẫu thuật không cần thiết vì tất cả bệnh nhân đều được hóa trị.

+ Cắt tử cung toàn bộ và phần phụ đối bên cũng không làm thay đổi kết quả.

- Hóa trị

+ Bướu xoang nội bì được hóa trị ở tất cả các bệnh nhân, với mọi giai đoạn bệnh. Phẫu thuật bảo tồn và hóa trị hỗ trợ giống như đối với các bướu tế bào mầm buồng trứng khác. Phác đồ điều trị bước 1: phác đồ BEP. Có thể cung cấp VAC, phác đồ điều trị bước 2 POMB-ACE.

- Phẫu thuật nhìn lại không có vai trò rõ ràng.

4. Carcinôm phôi

Điều trị giống bướu xoang nội bì, cắt phần phụ một bên nếu bảo tồn, sau đó hóa trị với BEP.

5. Carcinôm đệm nuôi

- Phẫu thuật: cắt hoàn toàn tử cung và 2 phần phụ.
- Hóa trị với các phác đồ; EMACO; POMB; ACE; BEP.

6. Bướu tế bào mầm hỗn hợp

Hóa trị là phác đồ BEP hoặc VBP. Những bệnh nhân giai đoạn tiến xa nên làm (second look) để xác định đáp ứng điều trị.

7. Bướu trung mô và mô đệm dây giới bào (bướu tế bào hạt và bướu sertoli leydig - androblastom)

- Lâm sàng: Chẩn đoán giai đoạn và xếp hạng như bướu biểu mô buồng trứng.
- Cận lâm sàng: Dấu sinh học bướu
 - + Oestradiol (bệnh nhân mãn kinh và không có điều trị nội tiết thay thế).
 - + Inhibine A và Inhibine B.
- Phẫu trị: phẫu thuật bảo tồn trên người phụ nữ trẻ, chửa con, nếu người bệnh không được phẫu thuật phân giai đoạn đầy đủ phải mở phân giai đoạn lại.
- Sinh thiết buồng tử cung và nội soi buồng tử cung chẩn đoán đối với những bệnh nhân bảo tồn tử cung hoặc bảo tồn tử cung và phần phụ còn lại.
- Hóa trị: các phác đồ có phối hợp với Platin hoặc phác đồ BEP hoặc PVB.
- Sarcom buồng trứng điều trị giống bướu biểu mô buồng trứng.

VII. Theo dõi sau phẫu thuật và hóa trị

- Điều trị các tác dụng phụ của hóa trị (độc tính phân từ grade 0 - grade 4).
- Đánh giá đáp ứng (dùng cho hệ bướu đặc của WHO): 4 loại đáp ứng + Đáp ứng hoàn toàn.
 - + Đáp ứng một phần.

- + Bệnh không thay đổi.
- + Bệnh tiến triển.
- Hóa trị càng sớm sau phẫu thuật

VIII. Tiêu chuẩn xuất viện

- Hoàn thành đầy đủ kế hoạch và liệu trình điều trị.
- Đánh giá đáp ứng điều trị hoàn toàn qua lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và dấu hiệu sinh học bù rú.
- Kiểm tra và hoàn tất điều trị các độc tính và tác dụng phụ sớm và muộn của hóa trị (tùy từng phác đồ hóa trị).

IX. Tái khám và theo dõi sau xuất viện

- Trong hai năm đầu: đánh giá tình trạng mỗi 1 đến 3 tháng một lần tùy từng trường hợp, hầu hết ung thư buồng trứng tái phát trong hai năm đầu.
- Từ năm thứ ba đến năm thứ năm: khám - đánh giá mỗi sáu tháng, sau 5 năm thì khám 1 năm một lần.
- Khám theo dõi bệnh nhân ung thư buồng trứng sau điều trị gồm: khám phụ khoa, tầm soát hạch, làm phết tế bào mõm cắt ở bệnh nhân đã cắt hoàn toàn tử cung và hai phần phụ nếu có nghi ngờ di căn mõm cắt - theo dõi các dấu sinh học bù rú - chẩn đoán hình ảnh. Nếu về lâm sàng, dấu sinh học bù rú hoặc chẩn đoán hình ảnh nghi ngờ tái phát thì nhập viện, để được theo dõi, đánh giá lại và điều trị tiếp tục.
- Khi bệnh nhân tử vong hoặc tái phát cần ghi nhận:
 - + Thời gian sống còn toàn bộ.
 - + Thời gian sống thêm không bệnh.

X. Phụ lục đính kèm

BẢNG CHỈ SỐ HOẠT ĐỘNG CƠ THỂ (Theo WHO, ECOG và Karnofsky)

Theo Karnofsky	Chỉ số	Theo WHO, ECOG	Mức
Hoạt động bình thường, không triệu chứng, không dấu hiệu bệnh.	100	Hoạt động bình thường, không triệu chứng	0

Có ít dấu hiệu hoặc triệu chứng bệnh có thể hoạt động bình thường.	90	Có triệu chứng, giảm sút ít hoạt động cơ thể tự mình đảm đương duy trì sinh hoạt hàng ngày.	1
Có dấu hiệu hoặc triệu chứng bệnh cảm trở gắng sức giảm sút hoạt động bình thường.	80		
Không thể hoạt động bình thường hay chủ động, tự chăm sóc được cho mình	70		
Cần trợ giúp không thường xuyên nhưng có thể tự thực hiện phần lớn các nhu cầu cá nhân	60	Không thể làm việc, tự mình đảm bảo phần lớn sinh hoạt hàng ngày, cần trợ giúp không thường xuyên, thời gian nằm nghỉ ban ngày ít hơn 50%.	2
Cần trợ giúp chăm sóc và y tế thường xuyên	50	Không tự chăm sóc được, cần trợ giúp thường xuyên hoặc phải nằm bệnh viện, bệnh tiến triển nhanh, thời gian nằm nghỉ ban ngày trên 50%	3
Không hoạt động được, cần trợ giúp chăm sóc đặc biệt	40		
Mất sức nặng, cần nằm viện và săn sóc đặc biệt	30		
Rất yếu, đòi hỏi nằm viện và săn sóc tăng cường đặc biệt	20	Nằm tại chỗ, cần săn sóc tăng cường đặc biệt	4
Hấp hối	10		
Tử vong	0	Tử vong	5

Các kiểu hóa trị

- Hóa trị gây đáp ứng cho các ung thư giai đoạn tiến xa.
- Hóa trị hỗ trợ sau điều trị tại chỗ tại vùng cho các ung thư giai đoạn sớm.
- Hóa trị tân hỗ trợ hóa trị trước khi điều trị tại chỗ tại vùng cho các ung thư giai đoạn sớm.
- Hóa trị tại chỗ: nhằm làm tăng nồng độ thuốc có hiệu quả tại tổn thương bằng nhiều kỹ thuật như: bơm thuốc vào các xoang hốc cơ thể, bơm thuốc vào động mạch...

• Đánh giá đáp ứng

- Đáp ứng hoàn toàn (Complete response)

Không còn biểu hiện của bệnh trong vòng 6 tuần. Thêm vào, té bào dịch rửa ổ bụng âm tính một cách hằng định. Một bệnh nhân có đáp ứng hoàn toàn về mặt bệnh học khi không có bằng chứng nào về mô học và tế bào học được tìm thấy lúc mở bụng thám sát.

- Đáp ứng một phần (Partial response)

Giảm một phần > 50% đường kính của bướu, không có tăng kích thước của bất kỳ sang thương nào hoặc xuất hiện thêm bất kỳ sang thương nào.

- Bệnh không thay đổi (Stable disease)

Tình trạng bệnh không thay đổi hoặc giảm bệnh thấp hơn đáp ứng một phần. Không xuất hiện thêm sang thương mới. Triệu chứng lâm sàng không xấu hơn.

- Bệnh tiến triển (Progression)

Tăng kích thước bướu ít nhất là 25%, xuất hiện sang thương mới.

- Tái phát (Relapse)

Xuất hiện sang thương mới hoặc tái xuất hiện sang thương cũ ở những bệnh nhân đã có đáp ứng hoàn toàn. Đối với bệnh nhân đáp ứng một phần, tái phát được xác định khi tăng kích thước bướu > 50%.

• ĐỘC TÍNH HÓA TRỊ (ĐÁNH GIÁ THEO WHO)

Độc tính	Grad 0	Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4
Tim					
Chức năng	Không	Bất thường nhưng không có triệu chứng	Triệu chứng thoáng qua, không cần điều trị	Có triệu chứng, đáp ứng điều trị	Có triệu chứng, không đáp ứng điều trị
Viêm màng ngoài tim	Không	Tràn dịch nhẹ, không triệu chứng	Có triệu chứng, không cần điều trị	Chèn ép tim cản chọc dò màng tim giải áp	Chèn ép tim cản can thiệp phẫu thuật
Nhip tim	Không	Nhanh nhip xoang >110	Ngoại tâm thu thất một ổ, loạn nhịp nhĩ	Ngoại tâm thu thất nhiều ổ	Nhip nhanh thất
Da	Không	Đỏ da	Khô tróc da, bóng nước, ngứa	Bong tróc da, loét	Viêm da xuất tiết, hoại tử da cần phẫu thuật

Dị ứng	Không	Phù	Co thắt nhẹ phế quản không cần điều trị	Co thắt phế quản cần điều trị	Sốc phản vệ
Sốt do phản ứng thuốc	Không	Sốt < 38 ⁰	Số 38 - 40 ⁰	Sốt 40 ⁰	Sốt kèm hạ huyết áp
Độc tính	Grad 0	Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4

Ông tiêu hóa

Buồn nôn/óí	Không	Buồn nôn	Óí thoáng qua	Óí cần điều trị	Óí không đáp ứng với điều trị
Tiêu chảy	Không	Thoáng qua < 2 ngày	> 2 ngày nhưng chịu được	Tiêu chảy nhiều không chịu được, phải điều trị	Tiêu chảy gây mất nước
Miệng	Không	Đau, đỏ miệng	Đỏ, loét miệng nhưng có thể ăn đặc	Loét miệng phải ăn lỏng	Không ăn qua đường miệng được
Bilirubin	≤ 1,25bt	1,26 - 2,5bt	2,6-5,0bt	5,1 - 10,0 bt	> 10bt
Alkaline phosphatase	≤1,25bt	1,26 - 2,5bt	2,6-5,0bt	5,1 - 10,0 bt	> 10bt
SGOT/SGPT	≤1,25bt	1,26 - 2,5bt	2,6-5,0bt	5,1 - 10,0 bt	> 10bt

Huyết học

Hemoglobin (g/100ml)	≥11,0	9,5 - 10,9	8,0 - 9,4	6,5 - 7,9	< 6,5
Bạch cầu (x103/mm ³)	≥ 4,0	3,0 - 3,9	2,0 - 2,9	1,0 - 1,9	< 1,0
Bạch cầu hạt (x103/mm ³)	≥ 2,0	1,5 - 1,9	1,0 - 1,4	0,5 - 0,9	< 0,5
Tiểu cầu (x104/mm ³)	≥ 10,0	7,5 - 9,9	5,0 - 7,4	2,5 - 4,9	< 2,5
Xuất huyết	Không	Ban xuất huyết	Xuất huyết nhẹ	Xuất huyết vừa	Xuất huyết nặng

					gây mát súc
Thần kinh					
Ý thức	Tỉnh táo	Lùn đù thoảng qua	Buồn ngủ < 50% thời gian thức	Buồn ngủ > 50% thời gian thức	Hôn mê
Táo bón	Không	Nhẹ	Vừa	Chướng bụng	Chướng bụng/ ói
Viêm thần kinh ngoại vi	Không	Dị cảm/ giảm phản xạ gân sâu	Dị cảm nặng/ yếu nhẹ	Dị cảm không chịu được/ mất vận động đáng kể	Liệt
Đau	Không	Ít	Vừa	Nhiều	Không chịu đựng được
Phổi	Không	Triệu chứng nhẹ	Khó thở khi gắng sức	Khó thở khi nghỉ	Phải nằm nghỉ liên tục
Tiết niệu					
Urê/máu	< 1,25bt	1,26 - 2,5bt	2,6 - 5,0bt	5,1 - 10,0bt	> 10bt
Creatinin/máu	< 1,25bt	1,26 - 2,5bt	2,6 - 5,0bt	5,1 - 10,0bt	> 10bt
Tiểu máu	Không	Vi thè	Đại thè	Có máu đông	Tắc nghẽn đường
Tiểu đạm	Không	< 0,3 g/dL (1+)	0,3 - 1 g/dL (2-3+)	1g/dL (4+)	tiểu Hội chứng thận hư

XI. Xử trí tác dụng phụ chính của thuốc chống ung thư 1. Huyết học

- Xuất huyết

+ Truyền máu + Truyền tiểu cầu

+ Sử dụng các yếu tố tăng trưởng hệ tạo máu: Erythropoietin (Eprex).

- Sử dụng yếu tố kích thích dòng bạch cầu hạt G-CSF (Dilgrastim 5μg/kg/ngày), yếu tố kích thích dòng bạch cầu hạt và đại thực bào GM-CSF (Sargramostin 250μg/m²/ngày), Filgrastim 5μg/m²/ngày TDD hay truyền TM 7 đến 10 ngày.

- Ngăn ngừa và điều trị giảm tiểu cầu (Thrombopoietin) và các steroid.

- Nhiễm trùng: Kháng sinh phô rộng, phối hợp các kháng sinh kèm kháng nấm.

2. Tiêu hóa

a. Chống nôn

- Sử dụng các Steroid.

- Sử dụng 5 - HT 3 (Odansetron 6mg/m² da, Granisetron 0,4 mg/m² da uống hoặc tiêm tĩnh mạch)

- Metoclopramide tiêm bắp hoặc tĩnh mạch.

- Các loại an thần.

b. Tiêu chảy

- Kháng sinh nếu có bội nhiễm.

- Bù nước và điện giải.

- Băng niêm mạc.

- Kháng acid.

c. Viêm gan do thuốc

- Giải độc gan (biphenyl dimethyldicarboxylate).

CHĂM SÓC HẬU PHẪU CẮT TỦ CUNG NGÀ ÂM ĐẠO

I. Mục đích

- Phát hiện sớm những bất thường sau mổ.
- Chảy máu mồm cắt, âm hộ, TSM.
- Tôn thương bàng quang, niệu quản.
- Nhiễm trùng mỗm cắt, viêm phúc mạc khu trú, VPM toàn thể.
- Bán tắc ruột, liệt ruột.

II. Theo dõi

- Tổng trạng, dấu sinh tồn: mạch, HA, nhiệt độ, nhịp thở.
- Lượng nước vào ra (quan trọng là nước tiêu trong 24 giờ).
- Trung tiện (bình thường 24 giờ - 48 giờ).

III. Chế độ dinh dưỡng

- Ngày 1: nước có gaz + dịch truyền.
- Ngày 2: ăn loãng.
- Ngày 3: cháo thịt, cơm nhão, soup.
- Ngày 4: cơm thường.

IV. Thuốc

- Kháng sinh.
- Tập vận động sớm.

V. Lưu ý

- Rửa âm đạo khi cân bằng dung dịch Betadine 5% pha loãng.

- Trường hợp có treo cổ bàng quang, chăm sóc hậu phẫu tùy theo phương pháp phẫu thuật mà PTV áp dụng, chủ yếu theo dõi sự đi tiểu, cảm giác, lượng nước tiểu trong một ngày.
- Dẫn lưu bàng quang trong 24-48 giờ hoặc tùy theo yêu cầu của PTV.
- Theo dõi mổ cắt (có máu tụ, nhiễm trùng, sót gạc hay không), vết may TSM (bầm, tụ dịch, tụ máu, nhiễm trùng).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. W.D. Hager, J.W. Larsen, Postoperative Infections: Prevention and Management, Chapter 11 in Te Linde's Operative Gynecology, 10th edit. 2008, 190-222.

Bệnh viện Từ Dũ

Phác đồ điều trị sản phụ khoa - 2012

39/ CHĂM SÓC ỐNG DẪN LUU

CHĂM SÓC ỐNG DẪN LUU

I. Chỉ định đặt ống dẫn lưu

- Dẫn lưu sau phẫu thuật cắt bỏ khối u hoặc các bộ phận bị dính, hoặc nghi ngờ có thể chảy máu sau mổ.
- Dẫn lưu để thoát dịch tích tụ sau phẫu thuật nhiễm trùng ổ bụng.

II. Các loại dẫn lưu

- Có rất nhiều loại ống dẫn lưu, trong sản phụ khoa thường dùng nhất là dẫn lưu Penrose, Redon, Drain, Sump Drain.

III. Vị trí đặt dẫn lưu

- Vùng có ổ mủ.
- Vùng tháp (hai hố chậu, cùng đồ Douglas), rãnh đại tràng và vùng dưới gan.

IV. Thời gian lưu ống dẫn lưu

- Ống dẫn lưu thường được giữ cho đến khi thoát hết dịch. Tuy nhiên không nên giữ ống dẫn lưu quá 72 giờ.

V. Chăm sóc ống dẫn lưu

- Theo dõi dịch chảy ra (tính chất, số lượng, màu sắc, mùi...).
- Chăm sóc chân ống dẫn lưu (rửa, thay băng).
- Theo dõi tắc ống dẫn lưu (để tránh tình trạng này khi thay băng mỗi ngày phải di động ống dẫn lưu).
- Thay túi dẫn lưu mỗi ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. W.D. Hager, J.W. Larsen, Postoperative Infections: Prevention and Management, Chapter 11 in Te Linde's Operative Gynecology, 10th edit. 2008, 190-222.
2. Schwartz's Principles of Surgery 9th ed 2010, Chapter 6. Surgical Infections.

Bệnh viện Từ Dũ

Phác đồ điều trị sản phụ khoa - 2012

40/ CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH

CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH

I. Mục đích

- Phát hiện sớm những thai kỳ bị DTBS nặng, bệnh lý gen hoặc những trẻ giảm thiểu trí tuệ: HC DOWN, Trisomy 13, Trisomy 18, bệnh Thalassemia, ...từ đó tư vấn cho thai phụ và gia đình hướng kết thúc thai kỳ nhằm giảm gánh nặng cho gia đình và xã hội.
- Việc chẩn đoán sớm những khuyết tật có thể sửa chữa được sau sinh như sứt môi, chẻ vòm, tay chân khoèo... sẽ giúp cho việc chuẩn bị tâm lý tốt hơn cho vợ chồng.

II. Các bước sàng lọc và chẩn đoán trước sinh theo tuổi thai

1. Khám thai lần đầu tiên

- Khi có tim thai, người mẹ được cho làm 1 số xét nghiệm để đánh giá sức khỏe bản thân và nguy cơ cho thai nhi: huyết đồ, đường huyết, nhóm máu, yếu tố Rhesus, HBsAg, HIV, VDRL, Rubella (IgM và IgG).

- Tầm soát bệnh Thalassemia thai nhi bằng xét nghiệm huyết đồ của bố mẹ.

2. Sàng lọc và chẩn đoán trước sinh 3 tháng đầu

- Tuần thứ 11 - 13 tuần 6 ngày: Đo độ mờ gáy, kết hợp độ mờ gáy với tuổi mẹ và Double test [PAPP-A (Pregnancy Associated Plasma Protein A) và Free phCG] để đánh giá nguy cơ hội chứng Down, Trisomy 18 và Trisomy 13. Với những đối tượng thuộc nhóm nguy cơ cao được tư vấn sinh thiết胎膜 làm nhiệm sắc thê đồ (phụ lục 1).

- Siêu âm khoảng thời gian này có thể phát hiện những dị tật nặng nề của thai như: vô sọ, nang bạch huyết vùng cổ thai nhi, cụt chi. Khi có những DTBS nặng nề này, tư vấn thai phụ và gia đình kết thúc thai kỳ.

3. Sàng lọc và chẩn đoán trước sinh 3 tháng giữa

- Tuần thứ 14 - 21, nếu chưa được sàng lọc 3 tháng đầu: làm Triple test (AFP, Free phCG và UE3) tầm soát nguy cơ hội chứng Down, Trisomy 18 và khuyết tật ống thần kinh thai nhi.

- Tuần thứ 21 - 24: Siêu âm khảo sát hình thái học.

Với những đối tượng thuộc nhóm nguy cơ cao được tư vấn xét nghiệm dịch ói để chẩn đoán bệnh lý di truyền và bệnh lý gen (phụ lục 1). Với những DTBS nặng nề như não úng thủy, bất sản thận hai bên, tim bẩm sinh nặng... tư vấn thai phụ và gia đình chấm dứt thai kỳ (phụ lục 2).

4. Tuổi thai muộn hơn

3 tháng cuối thai kỳ. Siêu âm có vai trò trong chẩn đoán thai chậm tăng trưởng, dây rốn quấn cổ thai, nhau tiền đạo, nhau cài răng lược.

Bệnh viện Từ Dũ

Phác đồ điều trị sản phụ khoa - 2012

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ THAI NGOÀI TỬ CUNG

I. Định nghĩa

- Thai ngoài tử cung là tình trạng túi thai nằm ngoài tử cung.
- Tần suất hiện mắc TNTC khoảng 9% thai kỳ.
- Tần suất mới mắc hàng năm ở Anh là 11,5 trong 1000 thai kỳ, với tỷ suất tử vong là 4%.

II. Yếu tố nguy cơ TNTC [1]

Mức độ nguy cơ	Yếu tố nguy cơ	Odds ratio
Cao	Tiền căn TNTC	9.3 - 47
	Tiền căn PT trên vòi trứng	6.0 - 11.5
	Tiền căn thắt vòi trứng	3.0 - 139
	Bệnh lý tại vòi trứng	3.5 - 25
	Phơi nhiễm DES trong tử cung	2.4 - 13
	Đang sử dụng DCTC	1.1 - 45
	Vô sinh	1.1 - 28
Trung bình	Tiền căn viêm CTC (lậu, chlamydia)	2.8 - 3.7
	Viêm nhiễm vùng chậu	2.1 - 3.0
	Nhiều bạn tình	1.4 - 4.8
	Hút thuốc lá	2.3 - 3.9
	Tiền căn PT bụng/chậu	0.93 - 3.8
Thấp	Thụt rửa âm đạo	1.1 - 3.1
	QHTD sớm (< 18 tuổi)	1.1 - 2.5

III. β-hCG trong thai kỳ và chẩn đoán TNTC [2]

- 7 ngày sau thụ thai có thể phát hiện đầu tiên trong máu.
- Tại thời điểm trễ kinh: 100 mUI/mL.
- Đỉnh cao tuần 8 - 10: 100.000 mUI/mL.
- Sau đó giảm dần tới tuần 18 - 20.
- Ổn định đến cuối thai kỳ: 10.000-20.000 mUI/mL.

- Tăng gấp đôi mỗi 1,4 - 2,1 ngày.
- Nghi ngờ TNTC nếu > 7 ngày mới tăng gấp đôi (Obstet Gynecol 75:421, 1990).
- 85% thai / TC có β hCG tăng ít nhất 66% mỗi 2 ngày, trong 40 ngày đầu tiên.
- Giá trị tăng thấp nhất mỗi 2 ngày đôi với thai / TC là 53%, tuy nhiên 21% TNTC có β hCG tăng giống như thai/TC ở ngưỡng này.
- β hCG > 1500 mUI/mL SÂ đầu dò ÂĐ thấy túi thai.
- β hCG > 6500 mUI/mL SÂ bụng thấy túi thai.
- Thời gian bán hủy β -hCG 24 - 36 giờ.
- Nghi ngờ TNTC (86%) nếu bán hủy >7 ngày (Fertility & Sterility 1988).
- 20% TNTC được chẩn đoán (+) / SÂ: túi thai ngoài TC có yolk sac hoặc phôi thai.
- SÂ/ ÂĐ.
- + GS = 2 - 3mm (4,5 - 5 tuần) tương ứng β -hCG 1000 -1500mUI/mL.
- + GS = 8mm, có yolk sac.
- + GS = 16mm, có phôi.
- + SÂ có khối cạnh TC - BT, dịch cùng đồ, không thấy thai/TC, β hCG > 1500mUI/mL, giúp
 - o Tăng độ nhạy SÂ chẩn đoán TNTC từ 93% lên 99%.
 - o Giảm 40% tỷ lệ chấm dứt thai kỳ của thai/TC qua nạo lòng TC chẩn đoán.

IV. β hCG trong theo dõi và điều trị TNTC [2]

1. Theo dõi

- Thoái triển tự nhiên
 - + 88% TNTC β hCG < 1000mUI/mL.
 - + 60% TNTC β hCG < 2000mUI/mL.
 - + 25% TNTC β hCG > 2000mUI/mL.
- Tiêu lượng thoái triển tự nhiên:

- + Tỷ số β hCG 48g / β -hCG 0g < 0,87 (độ nhạy 92,7%, độ đặc hiệu 96,7%).
- + Progesterone < 5ng/ml (68% thành công).
- + SA lượng dịch cùng đồ < 100 ml, không rõ vị trí thai .
- + TNTC với huyết động ổn định.
- TNTC vỡ vẫn có thể xảy ra ngay khi β hCG và progesterone thấp hoặc đang giảm theo dõi đến β hCG < 5mUI/mL.
- 29% TNTC có β hCG < 100mUI/mL bị vỡ.

V. Phác đồ điều trị thai ngoài tử cung bằng methotrexate (MTX) [1, 3, 4]

1. Chỉ định điều trị MTX đơn liều

- Huyết động học ổn định (không shock).
- Nồng độ β hCG <= 5000 mIU / ml.
- Không có phôi thai, tim thai trong khối TNTC (qua siêu âm).
- Kích thước khối thai < 3 - 4 cm (qua siêu âm).

2. Chỉ định điều trị MTX đa liều

- Huyết động học ổn định (không shock).
- Nồng độ β hCG > 5.000 mIU / ml và <= 10.000 mIU / ml.
- Kích thước khối thai < 5 cm (qua siêu âm).
- TNTC đoạn kẽ < 3cm.

3. Chóng chỉ định điều trị nội khoa

- Huyết động học không ổn định (tiền shock, shock): mạch nhanh, HA tụt, da niêm xanh nhợt, vã mồ hôi, buồn nôn, nôn, Hb/Hct giảm.
- Có dấu hiệu vỡ: đau bụng dưới nhiều và tăng dần, hoặc SÂ có lượng dịch ước lượng > 300 ml, hay có dịch ổ bụng.
- Có phôi hợp thêm thai trong tử cung.
- Đang cho con bú.

- Dị ứng với MTX.
- Có các bệnh nội khoa: suy thận, loét dạ dày, bệnh phổi hoạt động, suy giảm miễn dịch.
- Bệnh nhân không chấp nhận điều trị MTX.
- Bất thường các XN nghiệm tiền hóa trị (BC < 3000, Tiêu cầu < 100.000, tăng men gan SGOT, SGPT > 100UI/L, tăng BUN creatinine, rối loạn yếu tố đông máu...).

4. Bilan xét nghiệm trước điều trị bằng MTX

- Huyết đồ, nhóm máu, Rhesus.
- Đường huyết.
- Đōng máu toàn bộ.
- Chức năng gan, thận.
- ECG.
- X quang tim phổi thǎng.

5. Phác đồ sử dụng MTX đơn liều

- N1: β hCG MTX 50 mg /m² bê mặt da (BSA) hay 1mg/1 kg.
- N4: β hCG.
- N7: β hCG.
 - + Nếu β hCG giảm < 15 % từ N4 - N7 liều MTX thứ 2 + Nếu β hCG giảm > 15 % từ N4 - N7 β hCG mỗi tuần đến khi < 5 mUI /ml.
 - N 14: β hCG
 - + Nếu β hCG giảm < 15 % từ N7 - N14 liều MTX thứ 3
 - + Nếu β hCG giảm > 15 % từ N7- N14 → β hCG mỗi tuần đến khi < 5 mUI / ml.
 - N21 và N 28: Nếu sau 3 liều MTX mà β hCG giảm < 15 % → chỉ định Nội soi ổ bụng.

6. Phác đồ sử dụng MTX đa liều • Phác đồ đa liều cố định

- N 1, 3, 5, 7: MTX 50 mg /m² bê mặt da (BSA) hay 1mg/1 kg

- N 2, 4, 6, 8: Folinic Acid (Leucovorin) 0,1mg/kg.

Theo dõi

- N 1, 4, 7: β hCG.

+ Nếu β hCG giảm < 15 % từ N4 - N7 liều MTX thứ 2 + Nếu β hCG giảm > 15 % từ N4 - N7 β hCG mỗi tuần đến khi < 5 mUI /ml.

- N 14: β hCG

+ Nếu β hCG giảm < 15 % từ N7 - N14 liều MTX thứ 3 + Nếu β hCG giảm > 15 % từ N7 - N14 $\rightarrow \beta$ hCG mỗi tuần đến khi < 5 mUI / ml.

- N21 và N28: Nếu sau 3 liều MTX mà β hCG giảm < 15 % chỉ định nội soi ổ bụng.

• Phác đồ đa liều thay đổi

- N1: β hCG, MTX 50 mg /m² bì mặt da (BSA) hay 1mg/1 kg.

- N2: Folinic Acid (Leucovorin) 0,1mg/kg.

- N3: β hCG, so với N1.

+ Nếu giảm < 15%, MTX

+ Nếu giảm > 15%, theo dõi β hCG mỗi tuần đến khi < 5mUI/mL.

- N4: Folinic Acid (Leucovorin) 0,1mg/kg, nếu điều trị MTX N3.

- N5: β hCG, so với N3.

+ Nếu giảm < 15% MTX

+ Nếu giảm > 15%, theo dõi β hCG mỗi tuần đến khi < 5mUI/mL.

- N6: Folinic Acid (Leucovorin) 0,1mg/kg, nếu điều trị MTX N5.

- N7: β hCG, so với N5.

+ Nếu giảm < 15% MTX

+ Nếu giảm > 15%, theo dõi β hCG mỗi tuần đến khi < 5mUI/mL.

- N8: Folinic Acid (Leucovorin) 0,1mg/kg, nếu điều trị MTX N7.

VI. Tiêu lượng đáp ứng điều trị nội TNTC

- Bảng điểm Fernandez (1991)

Tiêu chuẩn	1	2	3
β hCG (mIU/mL)	<1000	1000-5000	>5000
Progesterone (ng/mL)	<5	5-10	>10
Đau bụng	Không có	Đau khi khám	Đau liên tục
Khối thai (cm)	<1	1-3	>3
Dịch ổ bụng (mL)	0	1 -100	>100

Điểm <12: 80% thành công cho mọi điều trị nội khoa, bao gồm thoái triển tự nhiên.

- Bảng điểm Elito (1999)

Đặc điểm	0	1	2
β hCG (mlU/mL)	>5000	1500-5000	<1500
Hình ảnh SA	Thai sống	Túi thai bờ dày / VT	Phù nề VT
Kích thước khối thai	>3.0-3.5	2.6-3.0	<2.5
SA Doppler	Nguy cơ cao	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ thấp

Điểm > 5: 97% thành công khi ĐTMTX đơn liều

VII. Theo dõi trong điều trị

- Có thể gặp các triệu chứng sau đây trong quá trình điều trị

1. Đau

- N2 - N3 sau khi tiêm thuốc, có thể bệnh nhân thấy đau bụng tăng lên do hiện tượng sẩy thai qua loa, hoặc sự căng dẫn của vòi trứng bởi tình trạng tụ máu trong vòi trứng, và đau sẽ giảm dần vào các ngày sau, có thể cho thuốc giảm đau.

- Nếu đau càng lúc càng nhiều lên làm siêu âm, công thức máu, và khám lâm sàng để đánh giá lại tình trạng huyết động học xem có xuất huyết nội không

+ Sự tăng kích thước khối thai không được xem là thất bại của điều trị nội khoa

+ 75% BN sẽ đau bụng tăng lên ở mức độ vừa phải, từ 1 - 2 ngày, xảy ra sau bắt đầu điều trị 2 - 3 ngày

2. β hCG

- Tăng β hCG N4 so với N0 / điều trị MTX thường gấp, không được xem là thất bại điều trị.
- Thời gian trung bình để β hCG $< 15\text{mUI/ml}$ là 35 ngày, dài nhất 109 ngày.

3. Khối máu tụ

- 56 % khối TNTC có tăng kích thước sau điều trị MTX.
- SÂ có thể có khối cạnh TC ngay khi β hCG $< 5\text{mUI/ml}$, và mất đi sau 3 - 6 tháng.
- Sự tăng kích thước khối thai không được xem là thất bại của điều trị nội khoa.

4. Chỉ định can thiệp ngoại khoa ngay khi

- Đau bụng nhiều, huyết động học không ổn định.
- Siêu âm thấy khối thai to ra, có dịch ổ bụng.
- Cắt TV nếu
 - Huyết động học không ổn định.
 - T/C đoạn sản, PT trên TV.
 - Không cầm máu được.
 - Út dịch TV nặng.
 - T/C TNTC trên TV đó.

5. Sót nhau sau PT bảo tồn tại vòi

- 5 -20% sót nhau sau điều trị bảo tồn.
- Nghi ngờ sót nhau / khối thai, nếu β -hCG sau mổ.
- + $4 < 15\%$ 48g sau hCG khởi điểm trước mổ N0. + 4 theo đường bình nguyên.
- + P trở lại từ N7.

Điều trị theo phác đồ MTX

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Togas Tulandi, Incidence, risk factors, and pathology of ectopic pregnancy. Jun 2011, UpToDate 19.3.

2. Togas Tulandi, Clinical manifestations, diagnosis, and management of ectopic pregnancy. Jun 2011, UpToDate 19.3.
 3. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, Medical treatment of ectopic pregnancy. Fertility and Sterility, November 2008. 90(Suppl 3): p. S206-212.
 4. Varma, R. and J. Gupta, Tubal ectopic pregnancy. Clin Evid (Online), 2009. 2009.
-

42/ CHẨN ĐOÁN, XỬ TRÍ NHAU BONG NON

CHẨN ĐOÁN, XỬ TRÍ NHAU BONG NON

I. Định nghĩa

Nhau bong non (NBN) là tình trạng nhau bám ở vị trí bình thường nhưng bong sớm trước khi số thai do bệnh lý hoặc chấn thương.

II. Chẩn đoán

- Triệu chứng cơ năng
 - Đột ngột đau bụng dữ dội.
 - Ra huyết âm đạo đen loãng, không đông.
- Triệu chứng thực thể
 - Tử cung co cứng nhiều. Trương lực cơ tử cung tăng, tử cung cứng như gỗ và tử cung tăng chiều cao.
 - Có thể có thai suy hay mất tim thai.
 - Có thể có choáng.
 - Có thể có hội chứng tiền sản giật.

- Khám âm đạo: Ra máu âm đạo lượng từ ít tới nhiều, đở sậm, loãng, không đồng, đoạn dưới căng, cổ tử cung chắc, siết chặt ở lỗ trong cổ tử cung, màng ối căng phồng, nước ối có thể có máu.

- Cận lâm sàng

- Siêu âm có thể không thấy khói máu tụ sau nhau nhưng cũng không được loại trừ NBN.

- Các xét nghiệm máu không giúp chẩn đoán NBN nhưng có thể chẩn đoán hậu quả rối loạn đông máu do NBN.

- Phân loại

- Thể nhẹ

- + Tổng trạng bình thường, chảy máu ít.

- + Có thể không có dấu suy thai.

- + Chuyển dạ thường diễn tiến nhanh.

- + Thường chỉ chẩn đoán được khi làm siêu âm hoặc ghi nhận dấu ấn của huyết tụ trên bánh nhau ngay sau sinh.

- Thể nặng - phong huyết tử cung nhau

- + Sản phụ đau dữ dội.

- + Mất tim thai.

- + Có thể kèm hội chứng tiền sản giật nặng.

- + Tình trạng choáng nặng.

- + Ra máu âm đạo sậm đen, loãng không đồng.

- + Trương lực cơ tử cung tăng, tử cung cứng như gỗ và tử cung tăng chiều cao.

- + Cổ tử cung cứng, ối căng phồng, nước ối có thể có máu.

Chẩn đoán NBN chủ yếu dựa trên lâm sàng. Xét nghiệm chỉ hỗ trợ thêm cho lâm sàng.

III. Xử trí

1. Nguyên tắc xử trí

Tùy thuộc vào

- Tống trạng thai phụ.

- Tuổi thai.

- Tình trạng thai.

2. Xử trí

• Nhau bong non thể nặng, ảnh hưởng tổng trạng mẹ: MLT cấp cứu

- Mô đường dọc.

- Thắt động mạch tử cung dự phòng.

- Nếu xảy ra băng huyết xem phác đồ băng huyết.

- Dựa vào tuổi, PARA, tổng trạng mẹ quyết định cắt tử cung.

• NBN thể nhẹ, tổng trạng mẹ và biểu đồ TT cho phép Tuổi thai > 34 tuần

- Tiên lượng sinh trong vòng 1 giờ: bầm ói, sinh đường âm đạo.

- Tiên lượng diễn tiến CD thuận lợi: bầm ói, tăng co (nếu gó không đủ), sinh đường âm đạo.

- Tiên lượng diễn tiến CD không thuận lợi: MLT.

Tuổi thai < 34 tuần

- Hỗ trợ phổi (Betamethasone 12mg x 24 giờ, hiệu quả nhất sau 24 giờ), theo dõi sát tình trạng mẹ và thai.

- Trong thời gian theo dõi, nếu tình trạng mẹ và thai diễn tiến xấu thì MLT cấp cứu.

- Sau hỗ trợ phổi, tổng trạng mẹ ổn định, tim thai tốt thì có thể CDTK băng tăng co phổi hợp thuốc mềm CTC để sinh đường âm đạo khi thuận lợi hoặc MLT khi không thuận lợi.

Trường hợp thai chết

- Tổng trạng mẹ bị ảnh hưởng: MLT.

- Tình trạng mẹ cho phép: bầm ói, tăng co theo dõi sinh đường âm đạo.

- Điều trị nội khoa tích cực khi có rối loạn đông máu.

43/ CHỈ ĐỊNH SINH THIẾT GAI NHAU/CHỌC ỐI

CHỈ ĐỊNH SINH THIẾT GAI NHAU/CHỌC ỐI

KHẢO SÁT RỎI LOẠN NHIỄM SẮC THỂ VÀ BỆNH LÝ DI TRUYỀN PHÂN TỦ THAI NHI

I. Sàng lọc quý 1

(Áp dụng cho tất cả thai phụ đến khám thai ở tuổi thai sớm trong 3 tháng đầu thai kỳ)

- Kết quả xét nghiệm phôi hợp theo FMF (ĐMDG + PAPP-A và βHCG) $\geq 1/250$.

- Nếu kết quả sàng lọc quý 1 thấp ($<1/250$) nhưng siêu âm hình thái học quí hai có bất thường, nguy cơ hiệu chỉnh sẽ thay đổi tùy theo từng loại bất thường như bảng 1 hoặc bảng 2. Kết quả nguy cơ sau cùng $\geq 1/250$ có chỉ định chọc ối.

Bảng 1: Tỉ số nguy cơ (LR) của dấu chứng đơn độc trên siêu âm

Dấu chứng siêu âm	Tỉ số nguy cơ
Bất /Thiểu sǎn xương mũi	x 41
Da gáy dày	x 10
Não thất bên dãn	x 5
Xương cánh tay ngắn	x 4
Ruột echo dày	x 3
Xương đùi ngắn	x 1.5
Ô echo dày trong tim	x 1
Dãn bể thận	x 1
Nang đám rối mạng mạch	x 1
Dị tật thai (thoát vị rốn, kênh nhĩ thất, hẹp tá tràng)	x 5.2

Bảng 2: Tỉ số nguy cơ (LR) của hai dấu chứng trên siêu âm

Ô echo dày/tim	Dãn bể thận	Xương cánh tay ngắn	Xương đùi ngắn	Ruột echo dày	Da gáy dày
----------------	-------------	---------------------	----------------	---------------	------------

Ô echo dày trong tim	-	X8	X 15	X 30	X25	X80
Dẫn bẽ thận	X 8	-	X10	X30	X25	X 80
X đùi ngắn	X15	X10	-	X50	X40	X100
X cánh tay ngắn	X30	X30	X50	-	X100	X 300
Ruột echo dày	X25	X25	X40	X100	-	X200
Da gáy dày	X80	X80	X100	X300	X200	-

II. Sàng lọc quý 2

(Áp dụng cho những thai phụ đến khám ở tuổi thai muộn hơn 14- 21 tuần)

- Nguy cơ HC Down kết hợp tuổi và Triple test

+ Nguy cơ cao $\geq 1/250$: Chọc ối.

+ Nguy cơ $< 1/350$: khám thai định kỳ và siêu âm hình thái học ở tuổi thai 20 - 22 tuần. Nếu có dấu chứng bất thường trên siêu âm, nguy cơ ban đầu sẽ được hiệu chỉnh lại theo tỉ số nguy cơ của từng dấu chứng hoặc hai dấu chứng (Bảng 1 và bảng 2), nếu kết quả cuối cùng $> 1/250$ có chỉ định chọc ối.

+ Nếu kết quả siêu âm hình thái học bình thường, nguy cơ ban đầu sẽ giảm đi 1/3.

III. Sản phụ khám thai sau 21 tuần

- Không làm Triple test.

Tuổi	Nguy cơ
35	1/302
36	1/238
37	1/185
38	1/142
39	1/108
40	1/82
41	1/62
42	1/46

- Nguy cơ ban đầu là nguy cơ theo tuổi mẹ._

- Nguy cơ hiệu chỉnh tùy kết quả siêu âm

+ Kết quả siêu âm bình thường: Nguy cơ giảm 1/3.

* Ví dụ sản phụ 38 tuổi, nguy cơ ban đầu theo tuổi mẹ là 1/142, kết quả siêu âm bình thường nguy cơ sẽ giảm đi 1/3 thành 1/426.

+ Kết quả siêu âm bất thường, nguy cơ sẽ thay đổi tùy theo tỷ lệ tăng lên của mỗi loại bất thường ở bảng 1 và 2.

+ Ví dụ sản phụ 35 tuổi, nguy cơ là 1/302, siêu âm có da gáy dày sẽ tăng nguy cơ lên 10 lần nên nguy cơ hiệu chỉnh là 1/30.

IV. Những chỉ định đặc biệt

- Bố mẹ mang rối loạn cấu trúc NST.
 - Tiền sử sinh con bị Thalassemia.
 - XN huyết đồ nghi ngờ Thalassemia.
 - Không cần làm XN sinh hóa ở những trường hợp trên
 - Theo yêu cầu của thai phụ và gia đình.
-

44/ HƯỚNG DẪN THỰC HÀNH LÂM SÀNG BỔ SUNG LH TRONG KÍCH THÍCH BUỒNG TRÚNG THỤ TINH TRONG ỐNG NGHIỆM

HƯỚNG DẪN THỰC HÀNH LÂM SÀNG BỔ SUNG LH TRONG KÍCH THÍCH BUỒNG TRÚNG THỤ TINH TRONG ỐNG NGHIỆM

***HỘI PHỤ SẢN KHOA VÀ SINH ĐẺ CÓ KẾ HOẠCH VIỆT NAM (VINAGOFPA)
CHI HỘI Y HỌC SINH SẢN VIỆT NAM (VSRM)***

I. Đại cương

Sinh lý phát triển nang noãn ở buồng trứng cần thiết cả 2 loại gonadotrophin FSH và LH. FSH cần thiết cho quá trình chiêu mộ và phát triển nang noãn cũng như kích thích hoạt động của men thom hóa, thúc đẩy quá trình tổng hợp estrogen trong tế bào hạt. Ngoài ra, LH cũng có vai trò quan trọng trong sinh lý phát triển nang noãn (Hillier, 2001).

1. Vai trò LH trong sự phát triển nang noãn chu kỳ tự nhiên

- LH kích thích sự tổng hợp androgen ở tế bào vỏ, được vận chuyển qua tế bào hạt, là tiền chất tổng hợp estrogen ở tế bào hạt.
- Làm buồng trứng tăng nhạy cảm với FSH.
- Trưởng thành noãn.
- Phóng noãn.
- Gia tăng khả năng hoàng thể hóa của nang noãn khi tiếp xúc với hCG.
- Thu thể LH còn được tìm thấy trên nội mạc tử cung (NMTC), do đó, có khả năng LH có vai trò trong quá trình làm tổ của phôi (Shemesh, 2001).

2. Khái niệm về cửa sổ LH trong kích thích buồng trứng thụ tinh trong ống nghiệm

- LH thấp <1,2 mIU/ml: sự phát triển nang noãn bị giảm, giảm tổng hợp hormone steroid, không có sự trưởng thành noãn hoàn toàn, tỉ lệ có thai thấp (Lahoud và cs., 2006; O'Dea và cs., 2008).
- LH cao >5 mIU/ml: thụ thể LH bị mất đi do quá trình điều hòa giảm thụ thể, úc chế sự tăng trưởng của tế bào hạt. Kết quả thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON) đưa đến tỉ lệ thụ tinh kém, làm tổ kém và tỉ lệ có thai kém (Shoham, 2002; Tesarik và Mendoza, 2002; Stanger và Yovich, 2005).
- 1,2 mIU/ml < LH <5 mIU/ml: sự phát triển nang noãn tối ưu và trưởng thành noãn hoàn toàn.

Các phác đồ kích thích buồng trứng (KTBT) trong TTTON đều úc chế LH nội sinh, do đó, về mặt lý thuyết, một số trường hợp cần bổ sung LH. Thực tế, có khoảng 10 -12% người bệnh đáp ứng không phù hợp với các phác đồ KTBT hiện sử dụng, được cho là do thiếu LH (Hill và cs., 2012). Vì vậy, bổ sung LH trong KTBT TTTON là cần thiết và được áp dụng ở rất nhiều trung tâm TTTON. Tuy nhiên, trong thực tế, đối tượng nào có ích lợi từ bổ sung LH và cách bổ sung LH như thế nào là các vấn đề còn được tranh luận rất nhiều. Gần đây, các chuyên gia châu Á-Thái Bình Dương đã đưa ra đồng thuận về bổ sung LH trong KTBT TTTON dựa trên các chứng cứ y học hiện có (Wong và cs., 2011). Hướng dẫn lâm sàng trong bổ sung LH trong KTBT TTTON này được xây dựng dựa trên đồng thuận của các chuyên gia Châu Á-Thái Bình Dương nhằm có các hướng dẫn cụ thể cho các bác sĩ trong thực hành lâm sàng.

II. Hiệu quả của bổ sung LH trong KTBT TTTON

- Chúng tôi tóm lược một số nghiên cứu có thiết kế chặt chẽ trong đánh giá hiệu quả của bô sung LH trong KTTBT TTTON. Cho đến nay, có 5 nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có nhóm chứng (RCT) và 4 phân tích gộp (meta-analysis) được thực hiện về vấn đề này.

- Kết quả từ 4 nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có nhóm chứng ghi nhận bô sung LH giúp tăng tỉ lệ làm tổ của phôi ở bệnh nhân >35 tuổi (Bosch và cs., 2011; Humaidan và cs., 2004; Marrs và cs., 2004; Mattorras và cs., 2009). Tuy nhiên, một nghiên cứu lại không ghi nhận điều này (Fabregues và cs., 2006).

- Hiện có 4 phân tích gộp so sánh 2 phác đồ KTTBT: sử dụng FSH tái tổ hợp đơn thuần và FSH tái tổ hợp có bô sung LH tái tổ hợp (Baruff và cs., 2007; Kolibianakis và cs., 2007; Mochtar và cs., 2007; Oliveira và cs., 2007).

2. Bô sung LH có ích lợi so với không bô sung LH

- Số ngày KTTBT ngắn hơn (Oliveira và cs., 2007).

- Số ống thuốc FSH tái tổ hợp cần sử dụng ít hơn (Oliveira và cs., 2007).

- Nồng độ estradiol cao hơn ở ngày tiêm hCG (Baruff và cs., 2007; Oliveira và cs., 2007).

- Số noãn trưởng thành nhiều hơn ở những chu kỳ sử dụng phác đồ GnRH antagonist để KTTBT (Bamffi và cs., 2007).

- Bô sung LH giúp tăng tỉ lệ có thai ở người bệnh ≥ 35 tuổi (Mochtar và cs., 2007).

- Bô sung LH giúp tăng tỉ lệ có thai ở người bệnh đáp ứng kém với KTTBT (Mochtar và cs., 2007).

3. Bô sung LH không khác biệt so với không bô sung LH

Tỉ lệ làm tổ, tỉ lệ thai lâm sàng, tỉ lệ sẩy thai và tỉ lệ trẻ sinh sống không khác biệt giữa nhóm bệnh nhân có hay không bô sung LH.

Tuy nhiên, số người bệnh gộp lại vẫn chưa đủ lớn để đưa đến kết luận. Hơn nữa,

không có sự đồng nhất trong đặc điểm của người bệnh được gộp lại từ các nghiên cứu.

III. Hướng dẫn lâm sàng về bô sung LH trong kích thích buồng trứng thụ tinh trong óng nghiệm

1. Đối tượng cần bô sung LH

Dựa trên các bằng chứng y học hiện có, bô sung LH có ích lợi cho các đối tượng sau:

- Người bệnh suy buồng trứng trung tâm (nhóm 1 theo phân loại Không phóng noãn của Tổ chức Y tế Thế giới).
- Người bệnh có tiền sử đáp ứng kém với KTTB (<4 noãn với KTTB tiêu chuẩn, liều FSH tối thiểu 300 IU/ngày).
- Người bệnh có đáp ứng buồng trứng không tối ưu trong chu kỳ đang điều trị: ngày 6 của KTTB (không có nang noãn >10 mm, E2 <200 pg/ml, NMTC <6 mm).
- Người bệnh ≥ 35 tuổi.

2. Loại LH bô sung

LH có thể được bô sung dưới 2 dạng: LH tái tổ hợp và LH trong hMG.

- LH tái tổ hợp là dạng LH ưu tiên khuyến cáo sử dụng vì tinh khiết, hoạt tính sinh học ổn định và định liều chính xác.
- LH trong hMG.

3. Liều lượng và thời điểm bô sung LH

- Người bệnh suy buồng trứng trung tâm: bô sung 75 IU LH vào FSH đang sử dụng.
- Người bệnh có tiền sử đáp ứng kém với KTTB hay người bệnh đáp ứng buồng trứng không tối ưu hay người bệnh ≥ 35 tuổi: bô sung 75 IU LH, có thể lên đến 150 IU LH vào FSH đang sử dụng.
- Thời điểm bắt đầu bô sung LH: ngày 1 hay ngày 6-8 của KTTB.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Baruffi, R., Mauri, A.L., Petersen, C., Felipe, V., Martins, A., Cornicelli, J., Cavagna, M., Oliveira, J., Franco, J. (2007). Recombinant LH supplementation to recombinant FSH during induced ovarian stimulation in the GnRH-antagonist protocol: a meta-analysis. Reprod. BioMed. Online 14, 14-25.
2. Bosch, E., Labarta, E., Crespo, J., Simo'n, C., Remohi', J., Pellicer, A. (2011). Impact of luteinizing hormone administration on gonadotropin-releasing hormone antagonist cycles: an age-adjusted analysis. Fertil. Steril. 95, 1031-1036.
3. Fabregues, F., Creus, M., Penarrubia, J., Manau, D., Vanrell, J.A., Balasch, J. (2006). Effects of recombinant human luteinizing hormone supplementation on ovarian stimulation and the implantation rate in down-regulated women of advanced reproductive age. Fertil. Steril. 85, 925-931.

4. Filicori, M., Cognigni, A.E., Tabarelli C, Pocognoli, P., Taraborelli S, Spettoli D, Ciampaglia, W. (2002). Stimulation and growth of antral ovarian follicles by selective LH activity administration in women. *J Clin Endocrinol Metab.* 87, 1156 - 1161.
5. Hill MJ, Levy G, Levens ED (2012). Does exogenous LH in ovarian stimulation improve assisted reproduction success? An appraisal of the literature. *RBM Online*, article in press.
6. Hillier, S.G. (2001). Gonadotropic control of ovarian follicular growth and development. *Mol. Cell. Endocrinol.* 179, 39-46.
7. Humaidan, P., Bungum, M., Bungum, L., Andersen, C.Y. (2004). Effects of recombinant LH supplementation in women undergoing assisted reproduction with GnRH agonist down-regulation and stimulation with recombinant FSH: an opening study. *Reprod. BioMed. Online* 8, 635-643.
8. Kolibianakis, E.M., Kalogeropoulou, L., Griesinger, G., Papanikolaou, E.G., Papadimas, J., Bontis, J., Tarlatzis, B.C. (2007). Among patients treated with FSH and GnRH analogues for in vitro fertilization, is the addition of recombinant LH associated with the probability of live birth? A systematic review and meta-analysis. *Hum. Reprod. Update* 13, 445-452.
9. Lahoud, R., Al-Jefout, M., Tyler, J., Ryan, J., Driscoll, G. (2006). A relative reduction in mid-follicular LH concentrations during GnRH agonist IVF/ICSI cycles leads to lower live birth rates. *Hum. Reprod.* 21, 2645-2649.
10. Marrs, R., Meldrum, D., Muasher, S., Schoolcraft, W., Werlin, L., Kelly, E. (2004). Randomized trial to compare the effect of recombinant human FSH (follitropin alfa) with or without recombinant human LH in women undergoing assisted reproduction treatment. *Reprod. BioMed. Online* 8, 175-182.
11. Matorras, R., Prieto, B., Exposito, A., Mendoza, R., Crisol, L., Herranz, P., Burgues, S. (2009). Mid-follicular LH supplementation in women 35-39 years undergoing ICSI cycles: a randomized controlled study. *Reprod. BioMed. Online* 19, 879-887.
12. Menon KMJ, Nair AK, Wang L (2006). A novel post-transcriptional mechanism of regulation of LH receptor expression by an RNA binding protein from the ovary. *Molecular and Cell Endocrinology* 246: 135-141
13. Mochtar, M.H., Van Der, V., Ziech, M., Van Wely, M. (2007). Recombinant luteinizing hormone (rLH) for controlled ovarian hyperstimulation in assisted reproductive cycles. *Cochrane Database Syst. Rev.* 18, CD005070.
14. O'dea, L., O'brien, F., Currie, K., Hemsey, G. (2008). Follicular development induced by recombinant luteinizing hormone (LH) and follicle-stimulating hormone (FSH) in anovulatory women with LH and FSH deficiency: evidence of a threshold effect. *Curr.Med. Res. Opin.* 24, 2785-2793.

15. Oliveira, J.B.A., Mauri, A.L., Petersen, C.G., Martins, A.M.C., Cornicelli, J., Cavanha, M., Pontes, A., Baruffi, R.L.R., Franco, J.G. (2007). Recombinant luteinizing hormone supplementation to recombinant follicle-stimulation hormone during induced ovarian stimulation in the GnRH-agonist protocol: a meta-analysis. *J. Assist. Reprod. Genet.* 24, 67-75.
 16. Shemesh, M. (2001). Actions of gonadotrophins on the uterus. *Reproduction* 121, 835-842.
 17. Shoham, Z. (2002). The clinical therapeutic window for luteinizing hormone in controlled ovarian stimulation. *Fertil. Steril.* 77, 1170-1177.
 18. Stanger, J.D., Yovich, J.L. (1985). Reduced in-vitro fertilization of human oocytes from patients with raised basal luteinizing-hormone levels during the follicular phase. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 92, 385-393.
 19. Tesarik, J., Mendoza, C. (2002). Effects of exogenous LH administration during ovarian stimulation of pituitary down-regulated young oocyte donors on oocyte yield and developmental competence. *Hum. Reprod.* 17, 3129-3137.
 20. Wong PC, Qiao J, Ho C, Ramaraju GA, Wiweko B, Takehara Y, Nadkarni PV, Cheng LC, Chen HF, Suwajanakorn S, Vuong TNL (2011). Current opinion on use of luteinizing hormone supplementation in assisted reproduction therapy: an Asian perspective. *RMB Online* 23:81-90.
-

45/ KHÁM THAI

KHÁM THAI

Lịch khám thai

- 3 tháng đầu (tính từ ngày đầu kinh cuối đến 13 tuần 6 ngày).
 - + Khám lần đầu: sau trễ kinh 2 - 3tuần.
 - + Khám lần 2: lúc thai 11-13 tuần 6 ngày để đo độ mờ da gáy.
- 3 tháng giữa (tính từ tuần 14 đến 28 tuần 6 ngày): 1 tháng khám 1 lần.
 - 3 tháng cuối: (tính từ tuần 29 đến tuần 40) tái khám
 - + Tuần 29 - 32: khám 1 lần.

+ Tuần 33 - 35: 2 tuần khám 1 lần.

+ Tuần 36 - 40: 1 tuần khám 1 lần.

Chú ý

- Lịch khám thai sẽ thay đổi khi có dấu hiệu bất thường (đau bụng, ra nước, ra huyết...).

- Hướng dẫn thai phụ về dinh dưỡng, vệ sinh, sinh hoạt, tái khám và chích ngừa uốn ván rốn.

- Bổ sung sắt, canxi và các vi chất khác.

+ Cung cấp sắt và acid folic suốt thai kỳ.

+ Sắt 30 - 60mg/ ngày uống lúc bụng đói.

+ Acid folic 400 mcg - 1000 mcg/ ngày.

+ Cung cấp Canxi 1000mg - 1500mg/ ngày.

I. Khám thai trong 3 tháng đầu (Từ khi có thai đến 13 tuần 6 ngày)

Mục đích

- Xác định có thai - tình trạng thai.

- Xác định tuổi thai - tính ngày dự sinh.

- Đánh giá sức khỏe của mẹ: bệnh lý nội, ngoại khoa và thai nghén.

Các việc phải làm

1. Hỏi bệnh

- Tiền căn bản thân

+ Sản - phụ khoa, PARA.

+ Nội - ngoại khoa.

- Tiền căn gia đình.

- Về lần mang thai này.

2. Khám tổng quát: cân nặng - mạch, huyết áp - tim phổi.

3. Khám sản khoa: khám âm đạo, đo belly cao tử cung, đặt mỏ vịt lần khám đầu tiên.

4. Cận lâm sàng

- Máu (khi xác định có tim thai qua siêu âm).

+ Huyết đồ, HBsAg, VDRL, HIV, đường huyết khi đói.

+ Nhóm máu, Rhesus.

+ Rubella: IgM, IgG. (với trường hợp tiền sử sảy thai liên tiếp thử thêm: CMV, Toxoplasmosis).

+ Double test: sau khi đo độ mờ gáy (thai 12 tuần).

- Nước tiểu: 10 thông số.

- Siêu âm (lần 1): bắt buộc để xác định

+ Tuổi thai.

+ Thai trong hay ngoài tử cung.

+ Tình trạng thai: Thai trứng, đa thai, dọa sẩy, thai lưu...

- Siêu âm đo độ mờ gáy (thai 12 tuần).

Tiêm VAT: 2 lần cách nhau 1 tháng Lịch tiêm VAT/thaiphụ

- VAT 1: càng sớm càng tốt.

- VAT 2: cách VAT 1 tối thiểu 1 tháng (> 30 ngày) và trước sinh 1 tháng.

- VAT 3: ở thai kỳ sau, cách VAT 2 tối thiểu 6 tháng (> 180 ngày).

- VAT 4: ở thai kỳ sau, cách VAT 3 tối thiểu 1 năm.

- VAT 5: ở thai kỳ sau, cách VAT 4 tối thiểu 1 năm.

- Tiêm phòng VAT 2 mũi cho những thai phụ chưa tiêm ngừa lần nào hoặc từ bé có tiêm chủng bạch hầu, ho gà, uốn ván.

- Với những phụ nữ đã tiêm đủ 5 mũi VAT, nếu mũi tiêm cuối cùng > 10 năm, thì cần nhắc lại 1 mũi.

II. Khám thai trong 3 tháng giữa (Từ 15 - 28 tuần)

CÁC VIỆC CẦN LÀM

1. Theo dõi sự phát triển của thai: trọng lượng mẹ, belly cao tử cung, nghe tim thai.
2. Phát hiện những bất thường của thai kỳ: đa ói, đa thai, nhau tiền đạo, tiền sản giật...
3. Khám tiền sản cho những thai phụ có nguy cơ cao hoặc siêu âm phát hiện bất thường.
4. Phát hiện các bất thường của mẹ
 - + Hở eo tử cung: dựa vào tiền căn, lâm sàng và siêu âm.
 - + Tiền sản giật: HA cao, Protein niệu.
 - + Dọa sảy thai to hoặc dọa sinh non.
5. Hướng dẫn về dinh dưỡng, vệ sinh, sinh hoạt, tái khám và chích ngừa uốn ván rốn.
6. Hướng dẫn các sản phụ tham dự lớp “Chăm sóc sức khỏe bà mẹ”.

CẬN LÂM SÀNG

1. Nghiệm pháp dung nạp đường ở tuổi thai từ 24 - 28 tuần tầm soát đái tháo đường thai kỳ.
(Chỉ định: béo phì, tăng cân nhanh, gia đình trực hệ đái tháo đường, tiền căn bản thân: sinh con to, thai dị tật hoặc thai lưu lớn không rõ nguyên nhân, đường niệu (+), đường huyết lúc đói > 105mg/dL).
2. Triple test: thực hiện ở tuổi thai 14 - 21 tuần, đối với những trường hợp chưa thực hiện sàng lọc trong 3 tháng đầu thai kỳ.
3. Tổng phân tích nước tiểu (mỗi lần khám).
4. Siêu âm: Siêu âm hình thái học (hoặc 3D, 4D) tối thiểu 1 lần ở tuổi thai 20 - 25 tuần khảo sát hình thái thai nhi, tuổi thai, sự phát triển thai, nhau, ối.

III. Khám thai vào 3 tháng cuối (Từ 29 → 40 tuần)

CÁC VIỆC CẦN LÀM

1. Ngoài những phần khám tương tự 3 tháng giữa thai kỳ, từ tuần 36 trở đi cần xác định thêm
 - Ngôi thai.
 - Ước lượng cân thai.

- Khung chậu.
- Tiêu lượng sinh thường hay sinh khó.

2. Hướng dẫn sản phụ

- Đếm cử động thai.

Lưu ý các triệu chứng bất thường

- Ra huyết âm đạo.
- Ra nước ối.
- Đau bụng từng cơn.
- Phù, nhức đầu, chóng mặt.
- Chuẩn bị đồ đạc cho mẹ và trẻ sơ sinh khi đi sinh.

3. Tư vấn thai phụ phù hợp với tình trạng thai.

4. Phân loại thai kỳ nguy cơ cao.

CẬN LÂM SÀNG

1. Tổng phân tích nước tiểu (mỗi lần khám).

2. Siêu âm

- Siêu âm tối thiểu 1 lần lúc thai 32 tuần để xác định ngôi thai, lượng ối, vị trí nhau, đánh giá sự phát triển thai nhi. Có thể lặp lại mỗi 4 tuần.

- Siêu âm màu (thai ≥ 28 tuần) khi nghi ngờ thai chậm phát triển: mẹ tăng cân chậm, BCTC không tăng, các số đo sinh học thai nhi không tăng sau 2 tuần, mẹ cao huyết áp... có thể lặp lại sau mỗi 2 tuần.

3. Non stress test: thực hiện khi có chỉ định.

4. Quang kích chậu: khám khung chậu nghỉ ngò.

5. MRI khi có chỉ định.

Một số lưu ý chung

1. Sau mỗi lần khám đều phải có chẩn đoán rõ ràng.

2. Có thể siêu âm nhiều lần hơn nếu cần.
 3. Những XN chuyên biệt được chỉ định theo y lệnh BS: bệnh tim, bệnh thận, tuyến giáp.
 4. Khâu eo tử cung: từ 14 đến 18 tuần.
 5. Hội chẩn viện đôi với những trường hợp có U buồng trứng (tuổi thai 15 tuần trở lên, siêu âm màu, có các XN AFP, β HCG và CA 125).
-

46/ KỸ THUẬT GIẢM THAI

KỸ THUẬT GIẢM THAI

I. Mở đầu

- Giảm thai ở các trường hợp đa thai (đặc biệt từ tam thai trở lên) là thủ thuật can thiệp vào buồng tử cung để giảm số lượng thai trong tử cung còn một hay hai thai mà vẫn đảm bảo các thai còn lại trong tử cung vẫn tiếp tục phát triển. Giảm thai góp phần giảm tỉ lệ nguy cơ và các biến chứng do đa thai.

- Có nhiều phương pháp giảm thai khác nhau tùy theo tuổi thai như hút mô thai ở thai kỳ nhỏ, dùng KCl bơm vào buồng tim thai cho các thai kỳ lớn cuối tam cá nguyệt 1 hay đầu tam cá nguyệt 2... Tuy nhiên, giảm thai không phải là thủ thuật tuyệt đối an toàn. Giảm thai có thể gây sảy thai hoàn toàn, gây nhiễm trùng, thai chết lưu, sanh non.

CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp đa thai sống trong tử cung sau khi có thai tự nhiên hay điều trị hiếm muộn, không có chống chỉ định và bệnh nhân muốn giữ lại một hay hai thai để dưỡng.

- Tuổi thai: 6 đến 13 tuần vô kinh.

II. Chống chỉ định

- Tuyệt đối: thai quá lớn > 13 tuần.

- Tương đối:

+ Thai nhỏ, chưa quan sát thấy hoạt động tim thai.

- + Động thai.
- + Nhiễm trùng đường sinh dục dưới.
- + Rối loạn đông máu.

III. Quy trình kỹ thuật

1. Chuẩn bị bệnh nhân trước thủ thuật.
2. Thực hiện thủ thuật.
3. Chăm sóc sau thủ thuật
 - Kháng sinh dự phòng.
 - Giảm gò tử cung: Progesterone 25mg tiêm bắp 1 ống x 2 lần/ngày trong 5 ngày.
 - Nghỉ ngơi tại giường.
 - Theo dõi tình trạng động thai và nhiễm trùng sau thủ thuật.
 - Siêu âm kiểm tra thai sau thủ thuật 3-5 ngày.
 - Tránh giao hợp trong 5 ngày sau giảm thai.
4. Xuất viện: thường khoảng 3-5 ngày sau thủ thuật giảm thai khi tình trạng thai ổn định.
5. Dùng toa theo phác đồ dưỡng thai thụ tinh ống nghiệm (nếu là thai điều trị) và khám thai định kỳ.

IV. Tai biến và biến chứng

1. Sẩy thai hoàn toàn (tỉ lệ khoảng 1-2%): đa số các trường hợp sẩy thai trọn và không can thiệp. Nếu thai lớn trên 8 tuần thường phải hút kiềm tra buồng tử cung nếu ngờ sót nhau.
2. Nhiễm trùng: biểu hiện sốt, đau bụng, bạch cầu tăng, CRP tăng sau khi làm thủ thuật giảm thai. Các biểu hiện thường xảy ra trong vòng 14 ngày sau thủ thuật. Nếu tình trạng nhiễm trùng không được điều trị hay điều trị không hiệu quả, thai có thể sẩy hoàn toàn hoặc phải hút bỏ thai nếu không sảy tự nhiên.
3. Dọa sẩy thai: túi thai bị bóc tách sau thủ thuật giảm thai. Điều trị bằng progesterone đặt âm đạo kết hợp chế độ nghỉ ngơi và sinh hoạt hợp lý.
4. Tai biến do gây mê hay gây tê.

47/ KỸ THUẬT GÂY MÊ NỘI KHÍ QUẢN TRONG MỔ LẤY THAI

KỸ THUẬT GÂY MÊ NỘI KHÍ QUẢN TRONG MỔ LẤY THAI

I. Đối tượng

- Sản phụ được chỉ định mổ lấy thai
- Người thực hiện: BS gây mê hồi sức (GMHS), kỹ thuật viên GMHS, cử nhân GMHS

II. Chỉ định - chống chỉ định

1. Chỉ định

Sản phụ từ chối hay không hợp tác với phương pháp gây tê	<ul style="list-style-type: none">– Sản phụ từ chối gây tê (không có những yếu tố dự báo đặt nội khí quản khó).– Có rối loạn thần kinh nặng.– Chậm phát triển tâm thần.
Có những bệnh lý chống chỉ định gây tê tại chỗ	<ul style="list-style-type: none">– Bệnh lý về máu.– Bệnh lý tim mạch nặng (hẹp van ĐMC nặng ...)– Basedow chưa điều trị ổn định hoặc có dấu hiệu của cơn bão giáp.– Nhiễm trùng tại vị trí chọc kim.– Nhiễm trùng huyết.– Trụy tuẫn hoàn nặng chưa điều chỉnh được (băng huyết do sót nhau hay rách tử cung, nhau tiền đạo, nhau cài răng lược, nhau bong non, sản giật, hội chứng HELLP).– Tăng áp lực nội sọ.– Biết có dị ứng với thuốc tê (hiếm).
Các trường hợp cấp cứu	<ul style="list-style-type: none">– Thai suy.– Sa dây rốn.
Gây tê thất bại	<ul style="list-style-type: none">– Thất bại chọc kim ở nhiều vị trí.– Không sờ được khe sống.– Đau xuất hiện trong cuộc mổ.

2. Chồng chỉ định tương đối

- Viêm thanh quản cấp tính.
- Lao phổi tiến triển.
- Nhiễm trùng đường tiêu hóa và hô hấp trên.
- Không đủ trang thiết bị cần thiết và thiếu nhân viên có kinh nghiệm.

III. Qui trình kỹ thuật

1. Chuẩn bị bệnh nhân

- Hỏi tiền căn bệnh nội
- ngoại khoa kèm theo như:
 - + Chú ý các bệnh lý tim mạch (hở 2 lá khít, có tăng áp động mạch phổi), hô hấp (hen phế quản, viêm phổi, lao), nội tiết (tiêu đường, basedow).
 - + Hỏi tiền căn dị ứng các loại thuốc, thức ăn gì.
 - + Tiền căn gây mê, gây tê trong những lần mổ trước, có biến chứng gì không?
- Nhịn uống nước sạch trong vòng 2 giờ và thức ăn rắn (kể cả thức ăn có lipid như uống sữa) trong vòng 6 - 8 giờ. Nếu bệnh nhân mới ăn thức ăn rắn hoặc uống sữa dưới 6 giờ nên đặt sonde dạ dày và hút dịch, sau đó rút sonde ra trước khi đặt nội khí quản.
- Thảo luận với BS sản khoa về chỉ định mổ lấy thai, xem lại chẩn đoán trong biên bản mổ lấy thai, và các cam kết đồng ý mổ của bệnh nhân.
- Xem hồ sơ chú ý các xét nghiệm sinh hóa, huyết học (nếu mổ chương trình: công thức máu chú ý tiểu cầu 150.000 đến 400.000/mm³, TQ 12 - 14 giây, TCK 26 - 40 giây, nhóm máu, chức năng gan AST, ALT, urê, creatinin, glycémie, ECG).
- Đặt đường truyền với kim luồn 18 và Lactate Ringer 500ml.
- Đặt monitoring theo dõi SpO₂, ECG, nhịp thở, mạch, huyết áp, đo huyết áp tay để so sánh, thông tiều.
- Quan sát vùng mũi, miệng mở rộng, họng cổ để dự đoán những khó khăn: cầm lẹm, cổ ngắc, cứng hàm, viêm khớp sống cổ, miệng nhỏ, lưỡi lớn, răng hô.
- Quan sát răng kỹ: tháo răng giả ra (nếu có).

- Xác định chính xác bệnh nhân (đúng tên tuổi, địa chỉ), vị trí phẫu thuật, điều chỉnh bàn mổ cho thích hợp (đầu bệnh nhân ngang vùng thương vị của người đặt nội khí quản), bàn mổ có thể nghiêng trái 10^0 đến 15^0 .
- Có thể uống Citrate de Sodium 0.3M (nếu có) hoặc uống Ranitidin viên 150mg dạng sủi bọt pha với 15 ml nước.
- Cho metoclopramide ống 10mg tiêm mạch..

2. Chuẩn bị phương tiện

- Bơm thử túi hơi, đèn soi thanh quản phải đủ độ sáng.
- Kiểm tra hoạt động máy gây mê, nguồn dưỡng khí, máy hút, bình bốc hơi.

3. Chuẩn bị thuốc

- Hỏi cân nặng, rút và pha lượng thuốc cần sử dụng (điều chỉnh tùy theo tình trạng bệnh lý của từng bệnh nhân).

4. Tiến hành kỹ thuật

- Cung cấp oxy 100% qua mask trong 3 phút hay lâu hơn có thể yêu cầu bệnh nhân thở 4 đến 8 nhịp thở trước khi đặt nội khí quản.
- Dẫn đầu đặt nội khí quản nhanh.
 - + Ân sụm nhẫn với áp lực 10N khi bệnh nhân tỉnh, tăng lên 30N sau khi bệ nh nhân mất tri giác (Nghiệm pháp Sellick).
 - + Dẫn đầu mê với một trong các thuốc sau:
 - Thiopental: 4mg/kg cân nặng.
 - Propofol: 2 đến 2,5 mg/kg cân nặng.
 - Ketamin: 1 mg/kg cân nặng dùng trong trường hợp sản phụ bị giảm khối lượng tuần hoàn hoặc dị ứng.
 - Etomidate: 0,2 đến 0,3 mg/kg cân nặng cho bệnh nhân với tình trạng huyết động học không ổn định.
 - + Succinylcholine 1mg/kg cân nặng hay Rocuronium 0,6 mg/kg (khi có chống chỉ định dùng succinylcholin *). Lưu ý: thời gian dẫn cơ của Rocuronium ≥ 45 phút.
 - + Sau khi cho succinylcholin 45 đến 60 giây → Đặt nội khí quản ống số 7 - 7.5, bơm bóng hơi.

- + Nghe phổi cả hai phế trường để xác định vị trí chính xác của ống nội khí quản.
- Có thể đặt thêm đường truyền tĩnh mạch ngoại biên nếu cần.
- Duy trì thuốc mê:
 - + Thở máy với $\text{FiO}_2 \geq 50\%$, không có PEEP. Sử dụng thuốc mê bốc hơi Isoflurane hoặc Sevoflurane hoặc Desfluran (khoảng 1 MAC).
 - + Có thể duy trì mê bằng propofol khi có chống chỉ định sử dụng thuốc mê bốc hơi, liều duy trì mê trung bình là $4 - 5 \text{ mg/kg/giờ}$ qua bơm tiêm điện(**).
 - + Duy trì thuốc dẫn cơ Vécuronium trung bình là $0,02 - 0,04 \text{ mg/kg}$ hoặc atracurium $0,2 \text{ mg/kg}$ thời gian dẫn cơ kéo dài $25 - 40$ phút.
 - + Duy trì huyết áp tâm thu $\geq 90 \text{ mmHg}$ hay 80% giá trị huyết áp tâm thu bình thường. Xử trí: truyền dịch tinh thể như Lactate Ringer, có thể phối hợp sử dụng phenylephrine hay ephedrin
 - Sau khi kẹp rốn sử dụng fentanyl $1 - 2 \text{ mcg/kg}$ hay sufentanil $0,2 \text{ mcg/kg}$ cân nặng.
 - Giảm nồng độ thuốc mê bay hơi nhóm halogen khoảng $0,75 \text{ MAC}$ để tránh đờ tử cung.
 - Bắt đầu truyền oxytocin liên tục (10 đơn vị trong 50ml Lactate Ringer truyền tĩnh mạch nhanh, sau đó 15 đơn vị trong 500ml Lacate Ringer truyền tĩnh mạch XXX giọt/phút).
 - Xem xét sử dụng những thuốc co tử cung khác, khi tử cung co hồi kém:
 - + Methylergotamine ống $0,2 \text{ mg}$ tiêm bắp.
 - + Prostaglandin E1 (Misoprostol viên 200mcg , $4 - 5$ viên đặt hậu môn).
 - + Prostaglandin F 2α (Prostodin ống 250mcg tiêm bắp).
 - Giảm dần thuốc gây mê và ngưng hẳn thuốc khi phẫu thuật chấm dứt.
 - Lúc đóng phúc mạc: sử dụng Paracetamol $1\text{g}/100\text{ml}$ truyền tĩnh mạch XXX giọt/phút (nếu bệnh nhân không có chống chỉ định dùng thuốc).
 - Chỉ rút ống nội khí quản khi thuốc dẫn cơ được hóa giải hoàn toàn, bệnh nhân tỉnh thực hiện đúng y lệnh.
 - Đánh giá lượng máu mất để xử trí (cân gác trước và sau mổ là phương pháp đánh giá tương đối chính xác).
 - Đánh giá các mặt khác: đau sau mổ, buồn nôn, nôn.

- Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn đến khi sản phụ ổn định sẽ được chuyển sang phòng hồi sức theo dõi.

5. Theo dõi hậu phẫu

- Ăn uống sớm làm nhu động ruột mau hồi phục, giúp tăng tiết sữa và làm giảm sử dụng thuốc và giảm đau sau mổ.

+ Ngày phẫu thuật (No): uống nước đường, ăn súp hoặc cháo

+ Ngày hôm sau (N1): tiếp tục ăn súp, cháo đến khi có nhu động ruột sẽ ăn chế độ bình thường.

- Rút sondé tiêu sớm và tập cho bệnh nhân tự đi tiêu.

- Đánh giá hậu phẫu:

+ Tình trạng huyết động học ổn định.

+ Hết tác dụng của thuốc mê.

+ Hiệu quả giảm đau.

+ Nhận diện và điều trị những biến chứng nếu có của phẫu thuật hoặc gây mê.

(*) Chóng chỉ định của succinylcholin: tiền căn gia đình hay bản thân có tăng thân nhiệt ác tính, tiền cản dị ứng succinylcholin, mắc bệnh lý về cơ bẩm sinh, tăng Kali máu (suy thận nặng, đa chấn thương ...), tiền sản giật nặng, thiếu men ly giải succinylcholin bẩm sinh (pseudocholinesterase).

(**) Chóng chỉ định thuốc mê bốc hơi: tiền căn gia đình bị bệnh lý sốt cao ác tính, tiền sử dị ứng thuốc mê họ Halogen, tiêu pophyrie. Chóng chỉ định tương đối: sử dụng bêta - bloquant sẽ làm suy yếu cơ tim; bệnh nhân dùng adrenaline, terbutaline, ventoline sẽ làm loạn nhịp thát; bệnh nhân điều trị isoniazide sẽ làm suy chức năng tế bào gan.

KỸ THUẬT GÂY TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG GIẢM ĐAU TRONG CHUYỄN DẠ

I. Chỉ định

- Các sản phụ đạt tiêu chuẩn ASA I - II.

II. Chống chỉ định

1. Tuyệt đối

- Nhiễm trùng toàn thân.
- Nhiễm trùng tại nơi chọc kim.
- Rối loạn đông máu.
- Sản phụ trong tình trạng sốc.
- Suy thai cấp.
- Tiền sản giật nặng, tăng huyết áp không kiểm soát.
- Nhau tiền đạo chảy máu, nhau bong non.
- Sản giật hoặc hội chứng HELLP.
- Tăng áp lực nội soi.
- Tiền sử dị ứng thuốc tê...

2. Tương đối

- Sản phụ từ chối phương pháp gây mê.
- Bệnh tim nặng: suy tim mêt bù, tăng áp lực động mạch phổi nặng.
- Sản phụ có kèm bệnh thần kinh, tâm thần.
- Bệnh lý cột sống như gù, vẹo cột sống.

III. Quy trình thực hiện

1. Nguyên tắc

- An toàn cho mẹ và con là ưu tiên hàng đầu.
- Hiệu quả giảm đau là ưu tiên thứ hai.
- Sự hài lòng của sản phụ là ưu tiên thứ ba.

2. Kỹ thuật

a. Khám trước khi gây tê

- Lâm sàng: tìm hiểu xem có chỉ định hoặc chống chỉ định không?
- Xét nghiệm bắt buộc: tiểu cầu, PT, APTT. Yêu cầu làm các xét nghiệm hoặc thăm dò khác tùy từng trường hợp cụ thể.
- Giải thích cho sản phụ và gia đình về lợi ích và nguy cơ của phương pháp, đảm bảo rằng gia đình và sản phụ tự nguyện muốn làm.
- Mô tả cho sản phụ về tư thế, trình tự thủ thuật sẽ làm (để hợp tác), những cảm nhận sau khi tiêm thuốc và nhấn mạnh rằng phương pháp này chỉ định là để giảm đau.
- Trả lời sản phụ và gia đình những điều, chưa hiểu hoặc muốn biết.
- Cung cấp thông tin (bằng văn bản) về gây tê ngoài màng cứng cho sản phụ.

b. Thời điểm làm gây tê ngoài màng cứng giảm đau: khi chuyển dạ vào giai đoạn hoạt động.

c. Tiến hành

• Chuẩn bị bệnh nhân

- BS GMHS giải thích cho sản phụ những việc BS và NHS sẽ thực hiện thủ thuật gây tê giảm đau.

- NHS đặt một đường truyền tĩnh mạch kim cỡ 20G ở tay. Truyền Lactate Ringer hoặc NaCl 0,9% liều trung bình 5ml - 8ml/kg cân nặng (nếu sản phụ có tiền sử bệnh suy tim ứ huyết, tăng HA không kiểm soát hoặc hẹp van hai lá thì không nên truyền quá tốc độ 50ml/giờ).

- Tư thế: nằm hoặc ngồi.

• Chuẩn bị phương tiện

- Bộ dụng cụ tê ngoài màng cứng (B. Braun).
- Bơm tiêm 3ml, 5ml, 10ml, 50ml.

- Máy bơm tiêm điện, phương tiện hồi sức cấp cứu, máy đo HA, máy Monitor tim mạch, SpO2.

- Xác định khe cột sống

- Thường là L3 - L4 hoặc L4 - L5 (Lưu ý: sản phụ béo phì đường Tuffier bị nâng lên).

- Gây mê tại chỗ với thuốc mê Lidocaine 2%.

- Kỹ thuật xác định khoang ngoài màng cứng

- Nên dùng kỹ thuật mát súc cản với dung dịch nước muối sinh lý.

- Đặt kim Tuohy vào khoang ngoài màng cứng theo qui ước, và luồn catheter vào khoang ngoài màng cứng khoảng 4cm. Sau đó, rút kim Tuohy và cố định catheter.

- Hút catheter để kiểm tra nếu thấy có máu hay dịch não tủy chảy ra thì tạm ngưng sử dụng phương pháp gây mê này.

- Có thể dùng liều test với Lidocaine 2%, Adrénalin 2 - 3ml.

- Bơm thuốc mê giảm đau qua catheter ngoài màng cứng:

- Liều bolus: 12 - 15ml với hỗn hợp dưới đây (mỗi lần bơm 5ml xem tình trạng lâm sàng, sau đó bơm tiếp tục đến hết liều bolus).

+ Hỗn hợp:

- Bupivacaine nồng độ 0,0625% đến 0,1%. (Hoặc Ropivacaine 0,1%)

- Fentanyl 50mcg - 100mcg.

- Liều duy trì giảm đau qua catheter ngoài màng cứng:

+ Giảm đau bằng phương pháp bơm thuốc mê qua bơm tiêm điện như sau:

- Thuốc mê Bupivacaine nồng độ 0,0625% đến 0,1%. (Hoặc Ropivacaine 0,1%)

- Fentanyl: 2mcg/ml. Truyền hỗn hợp thuốc mê này qua catheter với tốc độ 5 - 10ml/giờ tùy theo tình trạng giảm đau sản phụ.

+ Hoặc giảm đau bằng phương pháp sản phụ tự điều khiển (PCEA):

- Truyền hỗn hợp thuốc mê Bupivacaine 0,0625% đến 0,1% kết hợp với Fentanyl 2mcg/ml (hoặc Sufentanil 0,25mcg - 0,5mcg/ml) qua catheter ngoài màng cứng tốc độ trung bình 5ml/giờ.

- Khi còn đau sản phụ bấm nút tự điều khiển để bơm thêm 3ml hỗn hợp thuốc mê.

o Thời gian khóa nút điều khiển (lock out) khoảng 15 phút.

o Liều tối đa 20ml/giờ.

• Đánh giá

- Mức độ ức chế cảm giác đau có thể dùng thước đo đánh dấu từ 1 đến 10 + 1: không đau

+ 10: đau không chịu được.

- Mức độ phong bế vận động theo thang điểm BROMAGE

• Theo dõi

- Tại phòng sanh:

+ Chất lượng giảm đau đến lúc sanh hoặc mổ lấy thai.

+ Theo dõi hô hấp, mạch huyết áp và tiến trình chuyển dạ.

+ Rút catheter ngoài màng cứng sau khi cuộc sanh hoàn tất.

+ Dặn dò sản phụ chỉ nên đi lại sau 6 giờ, lần đầu tiên đặt chân xuống đất cần có người giúp.

49/ KỸ THUẬT GÂY TÊ TỦY SỐNG TRONG MỔ LẤY THAI

KỸ THUẬT GÂY TÊ TỦY SỐNG TRONG MỔ LẤY THAI

I. Chỉ định

- Các sản phụ đạt tiêu chuẩn ASA I - II (*)

II. Chống chỉ định

1. Tuyệt đối

- Nhiễm trùng toàn thân.
- Nhiễm trùng tại nơi chọc kim.
- Rối loạn đông máu.
- Sản phụ trong tình trạng sốc.
- Suy thai cấp.
- Nhau tiền đạo chảy máu, nhau bong non.
- Sản giật hoặc hội chứng Hellp
- Tăng áp lực nội sọ.
- Tiền sử dị ứng thuốc tê ...

2. Tương đối

- Sản phụ từ chối phương pháp gây tê.
- Bệnh tim (hẹp khít van tim, suy tim mệt bù, tăng áp lực động mạch phổi).
- Sản phụ có kèm bệnh thần kinh, tâm thần.
- Bệnh lý cột sống như gù, vẹo cột sống.

III. Quy trình thực hiện

1. Kỹ thuật

- Đặt một đường truyền tĩnh mạch với dung dịch Lactate Ringer truyền tĩnh mạch trung bình 10ml - 15ml/kg cân nặng hoặc dung dịch voloven 6% (HES(130/0,4)).
- Tư thế sản phụ: tư thế ngồi hoặc nằm nghiêng trái
- Kim chọc tủy sống số 27 hoặc số 29 vị trí chọc kim L3 - L4 hoặc L4 - L5
- Thuốc sử dụng:
 - + Thuốc tê Bupivacain 0,5% heavy (tăng trọng) liều lượng trung bình 10mg.
 - + Phối hợp với nhóm thuốc Opioid: Fentanyl 20mcg - 25mcg (hoặc Sufentanil 2,5mcg - 5mcg).

- Sau khi chích hỗn hợp thuốc tê và nhóm thuốc Opioid vào tủy sống: đặt bệnh nhân trở lại tư thế nằm ngửa và nghiêng trái 15° và thở ôxy 3lít/phút

2. Đánh giá

- Hiệu quả: tê tốt, sản phụ không đau
- Không hiệu quả: tê kém, sản phụ không chịu được đau cần phải chuyển sang phương pháp gây mê nội khí quản.

3. Xử trí tác dụng không mong muốn

- Thất bại: không chọc được kim vào khoang dưới nhện

Chuyển gây mê nội khí quản.

- Tụt huyết áp:

Dự phòng và điều trị: éphédrine ống 30mg pha vào 500ml dung dịch đǎng trương, truyền nhanh hoặc tiêm tĩnh mạch trực tiếp khi huyết áp giảm nhiều.

- Buồn nôn: kiểm tra huyết áp, nếu huyết áp trong giới hạn bình thường có thể dùng Metoclopramide ống 1ml/10mg tiêm tĩnh mạch.

4. Xử trí sau mổ lấy thai

- Oxytocin 10 đơn vị trong 50ml dung dịch natrichlorur đǎng trương truyền tĩnh mạch nhanh. Sau đó, 15 đơn vị oxytocin trong 500ml Lactate Ringer hoặc Lactate -Glucose 5% truyền tĩnh mạch XXX giọt/phút.

- Xem xét sử dụng những thuốc co tử cung khác, khi tử cung co hồi kém:

+ Methylergotamine ống 0,2mg tiêm bắp.

+ Prostaglandin E1 (misoprostol viên 200mcg, 4 - 5 viên đặt hậu môn).

+ Prostaglandin F2a (Prostodin ống 250mcg tiêm bắp).

- Kháng sinh điều trị theo phác đồ.

- An thần nhẹ có thể dùng Midazolam 1mg tiêm tĩnh mạch.

Lúc đóng phúc mạc sử dụng Paracetamoil 1g/100 ml tiêm tĩnh mạch XXX giọt/phút nếu không có chống chỉ định dùng thuốc

- Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn, đánh giá lượng máu mất trong lúc phẫu thuật, đến khi sản phụ ổn định sẽ được chuyển sang phòng hồi sức theo dõi.

(*) Đánh giá bệnh nhân trước mổ theo phân loại sức khỏe ASA (Hội gây mê hồi sức Hoa Kỳ):

- ASA I: Bệnh nhân tình trạng sức khỏe bình thường, không mắc bệnh nào khác kèm theo.

- ASA II: Bệnh nhân mắc bệnh nhẹ, ảnh hưởng nhẹ đến chức năng các cơ quan của cơ thể.

- ASA III: Bệnh nhân mắc một bệnh trung bình, gây ảnh hưởng nhất định đến chức năng các cơ quan của cơ thể.

- ASA IV: Bệnh nhân mắc một bệnh nặng, đe dọa thường xuyên đến tính mạng của người bệnh và gây suy chiau năng các cơ quan của cơ thể người bệnh.

50/ KỸ THUẬT GÂY TÊ TỦY SỐNG TRONG PHẪU THUẬT CẮT TC NGẢ ÂM ĐẠO

KỸ THUẬT GÂY TÊ TỦY SỐNG TRONG PHẪU THUẬT CẮT TC NGẢ ÂM ĐẠO

I. Chỉ định

- Bệnh nhân đạt tiêu chuẩn ASA I - II.

II. Chống chỉ định

1. Tuyệt đối

- Nhiễm trùng toàn thân.

- Nhiễm trùng tại nơi chọc kim.

- Rối loạn đông máu.

- Bệnh nhân trong tình trạng huyết động học không ổn định.

- Tăng áp lực nội soi.

- Tiễn sử dụng thuốc tê ...

2. Tương đối

- Bệnh nhân từ chối phương pháp gây tê tùy sống.
- Bệnh tim (hẹp khít van tim, suy tim mêt bù, tăng áp lực động mạch phổi).
- Bệnh nhân có kèm bệnh thần kinh, tâm thần.
- Bệnh lý cột sống như gù, vẹo cột sống ...

III. Quy trình kỹ thuật

- Bệnh nhân được uống 150mg Ranitidine viên sủi bọt với 30ml nước tại phòng tiêm mê.
- Đặt một đường truyền tĩnh mạch với dung dịch Lactate Ringer trung bình 10ml/kg cân nặng hoặc dung dịch Voluven 6% (HES(130/0,4)).
- Tư thế bệnh nhân: tư thế ngồi hoặc nằm nghiêng trái.
- Kim chọc tủy sống số 27 hoặc số 29 vị trí chọc kim L3 - L4 hoặc L4 - L5.
- Thuốc tê Bupivacain 0,5% heavy (tăng trọng) liều lượng trung bình 10mg (hoặc Levobupivacain 0,5% đăng trọng liều lượng trung bình 10mg - 12mg).
 - + Phối hợp với: hoặc Fentanyl 20mcg - 25mcg (hoặc Sufentanil 2,5mcg - 5mcg).
- Sau khi gây tê: đặt bệnh nhân trở lại tư thế nằm ngửa và chuyển bệnh nhân nhẹ nhàng sang tư thế phụ khoa.
- Dùng thuốc an thần nhóm Midazolam 1mg - 2mg tiêm mạch.

IV. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ

- Tê tốt: bệnh nhân không đau
- Tê kém hoặc không hiệu quả: cần phải chuyển sang phương pháp gây mê nội khí quản.

V. Xử trí tác dụng không mong muốn

- Thất bại: không chọc được kim vào khoang dưới nhện: chuyển gây mê nội khí quản.
- Tụt huyết áp:

+ Dự phòng: Éphédrine óng 30mg pha vào 500ml dung dịch đǎng trưng, truyền nhanh hoặc tiêm tĩnh mạch trực tiếp khi huyết áp tụt nhiều.

- Buồn nôn: kiểm tra huyết áp, nếu huyết áp bình thường thì dùng Metoclopramide óng 10mg tiêm tĩnh mạch chậm.

VI. Trong khi phẫu thuật

- Thở oxy 100% qua mask trung bình 3lít/phút.

- Theo dõi tri giác, hô hấp, mạch huyết áp và tình trạng của bệnh nhân trong suốt quá trình phẫu thuật.

- Lúc sắp kết thúc phẫu thuật sử dụng Paracetamol 1g/100 ml truyền tĩnh mạch XXX giọt/phút (nếu bệnh nhân không có chống chỉ định dùng thuốc).

- Đánh giá lượng máu mất để xử trí (cân gác trước và sau mổ là phương pháp đánh giá tương đối chính xác).

- Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn đến khi ổn định bệnh nhân sẽ được chuyển sang phòng hồi sức theo dõi.

VII. Sau phẫu thuật

- Giảm đau sau mổ theo phác đồ.

- Rút sonde tiêu sớm hoặc theo chỉ định của phẫu thuật viên, sau khi rút sonde tập cho bệnh nhân tự đi tiểu.

- Ăn uống sớm sẽ làm nhu động ruột mau hồi phục, làm giảm sử dụng thuốc và giảm đau sau mổ.

+ Ngày phẫu thuật (No): uống nước đường, ăn súp hoặc cháo.

+ Ngày hôm sau (N1): tiếp tục ăn súp, cháo đến khi có nhu động ruột thì ăn uống bình thường.

KỸ THUẬT XỬ TRÍ TÍCH CỰC GIAI ĐOẠN 3 CHUYÊN DẠ

I. Định nghĩa

Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ là các thao tác chủ động của người đỡ sinh tác động ở giai đoạn sau khi sổ thai để giúp nhau bong và sổ ra ngoài nhanh hơn, nhằm phòng ngừa băng huyết sau sinh.

II. Chỉ định

Cho mọi trường hợp sinh đường âm đạo, khi thai vừa mới sổ ra ngoài và chắc chắn không còn thai nào trong tử cung.

III. Kỹ thuật

Các bước chính được WHO, FIGO, ICM và BYT thống nhất khuyến cáo gồm

1. Ngay sau sổ thai hoặc sau cắt dây rốn hoặc sau sổ nhau: tiêm bắp 10 UI Oxytocin. Nếu người bệnh đang được truyền dịch, có thể sử dụng oxytocin 20 UI truyền TM XXX g/p.
2. Giải thích những việc sẽ làm cho sản phụ.
3. Kiểm tra TC co hồi chura, không có cầu bàng quang.
4. Kéo dây rốn có kiểm soát: Một tay chặn trên xương vè, đẩy nhẹ tử cung lên trên, một tay kéo nhẹ dây rốn xuống.
5. Đỡ nhau và màng nhau.

6. Xoa đáy TC kích thích TC co hồi tốt.

IV. Khó khăn và Xử trí Nhau không tróc

- Sau khi kéo dây rốn lần 1 khoảng 15-30 giây mà dây rốn không xuống thêm, ngưng kéo dây rốn, chờ con gò TC sau làm TC gò tốt sẽ thực hiện lần 2.
- Tối đa có thể làm 05 lần. Nếu không được sẽ chuyển bóc nhau bằng tay theo “Hướng Dẫn Quốc Gia”.

Đứt dây rốn

- Có thể chờ sổ nhau tự nhiên như bình thường nếu không chảy máu nhiều vì máu chảy từ bánh nhau qua chỗ dây rốn đứt không phải là máu mẹ.

- Nếu sau 30-45 phút nhau không sốt sẽ thực hiện bóc nhau bằng tay theo “Hướng Dẫn Quốc Gia”.

Lộn tử cung

- Do kéo quá mạnh và khi TC chưa gò tốt hoặc TC bị dị dạng.
- Xử trí theo “Hướng Dẫn Quốc Gia”.

52/ KỸ THUẬT ĐẶT VÀ THÁO DUNG CỤ TỬ CUNG (DCTC)

ĐẶT VÀ THÁO DUNG CỤ TỬ CUNG (DCTC)

I. Đặt dụng cụ tử cung

1. Chuẩn bị khách hàng

- Hỏi tiền sử để loại trừ chống chỉ định.
- Thăm khám để loại trừ có thai hoặc xuất huyết tử cung bất thường chưa rõ nguyên nhân, các bất thường ở đường sinh dục.
- Siêu âm (nếu cần).

2. Tư vấn

- Tìm hiểu nhu cầu khách hàng về việc đặt DCTC.
- Giới thiệu các loại DCTC và cách đặt DCTC.
- Tư vấn các thuận lợi và bất lợi của DCTC, các tác dụng ngoại ý thường gặp và cách xử trí, hạn dùng của DCTC.
- Lịch tái khám sau đặt DCTC.

- Ký cam kết.

3. Chỉ định đặt vòng

- Các phụ nữ trong tuổi sinh đẻ, đã có con.
- Muốn thực hiện một biện pháp tránh thai tạm thời bằng dụng cụ tử cung.

4. Chống chỉ định

a. Tuyệt đối

- Viêm nhiễm cấp tính đường sinh dục.
- Tử cung dị dạng.
- Có thai.
- Rong kinh rong huyết chưa rõ nguyên nhân.
- Ung thư đường sinh dục.
- Sa sinh dục độ II- III.

b. Tương đối

- Tiền căn thai ngoài tử cung.
- U xơ tử cung.
- Bệnh lý van tim hậu thấp.
- Bệnh lý nội khoa mãn tính khác có suy gan, suy thận.
- Bệnh lý dị ứng với đồng (Hội chứng Wilson).

5. Kỹ thuật

- Khám xác định kích thước và vị thế tử cung.
- Sát trùng âm hộ, âm đạo và CTC.
- Kẹp CTC. Đo buồng tử cung.

- Chuẩn bị dụng cụ tử cung (cho cành dụng cụ tử cung vào cần đối với vòng Tcu, đánh dấu cần dụng cụ tử cung cho phù hợp với kích thước buồng tử cung).
- Đưa dụng cụ tử cung vào buồng tử cung và lấy cần dụng cụ ra.
- Cắt dây vòng khoảng 2cm.
- Tháo kẹp CTC và lau sạch CTC, âm đạo.

6. Thuốc sau đặt vòng

- Kháng sinh uống ngừa nhiễm trùng.
- Giảm co thắt: Spasmaverine 40mg, 2 viên x 2 lần/ ngày x 3 ngày.

II. Tháo vòng

1. Chỉ định tháo DCTC

a. Vì lý do y tế

- Có thai (nếu thấy dây DCTC mới được tháo).
- Ra nhiều máu.
- Đau bụng dưới nhiều.
- Nhiễm khuẩn tử cung hoặc tiêu khung.
- Phát hiện tổn thương ác tính hoặc nghi ngờ ác tính ở tử cung, cổ tử cung.
- DCTC bị tụt thấp.
- Đã mãn kinh (sau khi mãn kinh 12 tháng trở lên)
- DCTC đã hết hạn (10 năm với TCu 380-A, 5 năm với Multiload): sau khi tháo có thể đặt ngay DCTC khác (nếu khách hàng muốn).

b. Vì lý do cá nhân

- Muốn có thai trở lại.
- Muốn dùng một BPTT khác.
- Thấy không cần dùng BPTT nào nữa.

2. DCTC có dây

- Đặt mỏ vịt bộc lộ CTC.
- Sát trùng âm đạo và CTC bằng Betadine.
- Dùng kèm Kelly dài, kéo nhẹ dây vòng và vòng ra khỏi buồng tử cung.
- Lau sạch âm đạo và lấy mỏ vịt khỏi âm đạo.

3. DCTC không dây

- Khám xác định tư thế tử cung.
- Sát trùng âm hộ, âm đạo và CTC.
- Kẹp CTC, đo buồng tử cung.
- Dùng móc vòng lấy vòng khỏi buồng TC.
- Tháo kẹp CTC, lau sạch âm đạo.

4. Thuốc sau tháo DCTC

- Kháng sinh uống dự phòng nhiễm trùng.

Lưu ý:

Cần phải tư vấn cho khách hàng sử dụng một biện pháp tránh thai khác sau lấy vòng, nhằm phòng ngừa mang thai ngoài ý muốn.

53/ KỸ THUẬT, XỬ TRÍ THAI LUƯ ĐẾN HẾT 12 TUẦN

KỸ THUẬT, XỬ TRÍ THAI LUƯ ĐẾN HẾT 12 TUẦN

I. Định nghĩa

Thai chét lưu là thai đã chết trong tử cung mà không được tống xuất ra ngoài ngay.

II. Chẩn đoán

1. Bệnh sử

Xác định ngày kinh chót. Tình trạng ra huyết âm đạo, đau bụng.

- Tiền sử sản phụ khoa:
 - + Số con đã có - tuổi con nhỏ nhất.
 - + Tiền sử thai lưu. Số lần đi hút thai.
 - + Tiền căn mổ lấy thai, bóc nhâm xơ tử cung.
- Tiền căn bệnh nội ngoại khoa: Bệnh lý tim mạch, cường giáp.v.v...

2. Khám

- Xác định tư thế tử cung, tuổi thai.
- Đánh giá tình trạng ra huyết âm đạo.
- Đánh giá các bệnh lý ở đường sinh dục đi kèm nếu có: viêm nhiễm, u xơ tử cung, u nang buồng trứng.

3. Xét nghiệm

- Siêu âm: Xác định tình trạng thai lưu, tuổi thai vào thời điểm lưu.
- XN máu: Đóng máu toàn bộ, phân tích tế bào máu, nhóm máu, Rh (khi đủ điều kiện).

III. Lưu ý

- Lấy mốc tuổi thai dựa vào ngày kinh chót
 - + Tuổi thai vào thời điểm siêu âm, chỉ gợi ý tuổi thai vào thời điểm lưu, nhằm tiên lượng nguy cơ rối loạn đóng máu.
 - + Thai lưu tồn tại trong tử cung trên 6 tuần có thể sẽ xảy ra rối loạn đóng máu.
- Nhập viện những trường hợp
 - + Xét nghiệm đóng máu toàn bộ bất thường.

- + Có bệnh lý nội khoa cần thực hiện thủ thuật tại nơi có điều kiện hồi sức cấp cứu.
- + Các trường hợp thai lưu có nguy cơ tai biến cao.

IV. Xử trí

1. Tư vấn

- Nếu khách hàng có Rh (-): tư vấn theo phác đồ xử trí thai phụ Rh (-).
- Tư vấn thủ thuật hút thai (bao gồm các bước thủ thuật, tai biến có thể xảy ra).
- Các dấu hiệu bất thường cần khám ngay.
- Tư vấn các biện pháp tránh thai sau hút thai.
- Tư vấn về khả năng sinh sản sau thủ thuật.
- Nên có thai lại ít nhất sau 3 tháng hút thai lưu và kiểm tra sức khỏe trước khi có ý định mang thai trở lại.

2. Quy trình kỹ thuật

a. Phương pháp giảm đau - vô cảm

Uống thuốc giảm đau Ibuprofen 400mg hoặc Paracetamol 1g trước khi làm thủ thuật 30 phút đối với những trường hợp vô cảm bằng tê cạnh cổ TC.

b. Thực hiện thủ thuật

- Sát trùng âm hộ (kèm I).
- Sát trùng CTC, âm đạo (Kèm II).
- Gây tê mép trước CTC (Vị trí 12g với 1ml Lidocain 1%).
- Kẹp CTC bằng kèm Pozzi.
- Gây tê cạnh CTC với 4ml Lidocain 1% ở vị trí 4g và 7g hay 5g và 8g.
- Nong CTC bằng ống hút nhựa (nếu trường hợp khó có thể sử dụng bộ nong bằng kim loại Hégar hay Pratt).
- Chọn ống hút thích hợp với tuổi thai.

- Hút thai (bằng máy hay bằng tay), đánh giá hút sạch buồng tử cung.
- Mở kềm Pozzi, lau sạch CTC và âm đạo.
- Kiểm tra mô và tổ chức sau hút thai, gửi giải phẫu bệnh mô nhau.

3. Theo dõi sau thủ thuật

- Theo dõi sinh hiệu, huyết âm đạo, đau bụng dưới.
 - Hướng dẫn sử dụng toa thuốc sau thủ thuật.
 - Hướng dẫn cách chăm sóc sau thủ thuật.
 - Hẹn ngày tái khám và các dấu hiệu bất thường cần tái khám ngay, lấy kết quả giải phẫu bệnh.
 - Hướng dẫn ngừa thai tránh mang thai ngoài ý muốn.
-

54/ NGHIỆM PHÁP LỌT NGÔI CHỒM

NGHIỆM PHÁP LỌT NGÔI CHỒM

Nghiệm pháp lọt ngôi chồm là phương pháp đánh giá cuộc sinh khi khung chậu giới hạn, trọng lượng thai nhi bình thường hoặc khi khung chậu bình thường nhưng thai nhi lại khá to, nhằm đưa đến quyết định là thai nhi có thể sinh được qua đường âm đạo hay phải phẫu thuật lấy thai.

I. Chỉ định

- Khung chậu giới hạn, thai bình thường.
- Khung chậu bình thường, thai to.
- Khung chậu hẹp, thai nhỏ.

II. Điều kiện

- Phải là ngôi chồm.
- Có chuyên dạ thật sự.

- Cỗ tử cung xóa và mở ≥ 4 cm.
- Cơn co tử cung tốt (4 - 5 cơn co/10 phút). Nếu cơn co không tốt phải tăng co bằng Oxytocin, nhỏ giọt tĩnh mạch.
- Phải theo dõi cẩn thận để phát hiện kịp thời những biến chứng xảy ra trong khi làm nghiệm pháp lọt như sa dây rốn, thai suy, cơn co tử cung đòn dập (>5 cơn co/10 phút), đe dọa vỡ tử cung.

III. Chống chỉ định

- Thai suy.
- Các ngôi không phải là ngôi chòm.
- Có sẹo mổ cũ ở tử cung.

IV. Các bước tiến hành

- Bước 1: Sản phụ nằm ở tư thế sản khoa.
- Bước 2: Khám đánh giá tình trạng tim thai, cơn co tử cung, ngôi thai.
- Bước 3: Bấm ối khi có cơn co tử cung và xé rộng màng ối để cho ngôi胎 vào cổ tử cung. Nếu ngôi thai còn cao phải đề phòng sa dây rốn.
- Bước 4: Ghi rõ giờ bắt đầu bấm ối và diễn biến của tim thai, cơn co tử cung, ngôi thai.
- Bước 5: Đánh giá độ lọt của ngôi thai mỗi giờ trong 2 giờ.

V. Theo dõi và xử lý tai biến

- Phẫu thuật cấp cứu lấy thai ngay trong các trường hợp.
 - Cơn co tử cung đòn dập, liên tục dù đã ngừng Oxytocin và cho thuốc giảm co.
 - Thai suy.
 - Sa dây rốn.
 - Sau 2 giờ làm nghiệm pháp, cổ tử cung không mở thêm hoặc rắn hơn hoặc phù nề; ngôi thai vẫn cao, không lọt và bắt đầu có bướu huyết thanh.
- Theo dõi thêm chuyển dạ

Nếu sau 2 giờ làm nghiệm pháp lọt mà cổ tử cung mở thêm từ 2 cm trở lên, tim thai trong giới hạn bình thường, ngôi thai xuống sâu hơn trong tiêu khung, có thể quyết định cho theo dõi thêm; khi cổ tử cung mở hết đầu lọt thấp, có thể cho sản phụ sinh thường hay sinh giúp bằng dụng cụ.

55/ NGUYÊN NHÂN, PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RONG KINH RONG HUYẾT

NGUYÊN NHÂN, PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RONG KINH RONG HUYẾT

I. Định nghĩa kinh nguyệt

- Là xuất huyết âm đạo có chu kỳ, do lớp màng nội mạc tử cung tróc ra sau khi chịu tác dụng của nội tiết, xảy ra sau rụng trứng, có đặc điểm về thời gian, khoảng cách, lượng máu và triệu chứng đi kèm hầu như cố định với mỗi cá nhân.
- Đặc điểm kinh nguyệt bình thường tóm tắt trong bảng 1 dưới đây.

Bảng 1. Đặc điểm kinh nguyệt

	Bình thường	Bất thường
Số ngày	3-7 ngày	< 3 hay > 7 ngày
Số lượng	30 - 80 ml	> 80 ml
Khoảng cách	24-32 ngày	< 24 hay > 32 ngày

Phân loại	Khoảng cách	Số ngày kinh	Số lượng
Rong kinh	Đều	Kéo dài	Nhiều, trung bình hoặc ít
Rong huyết	Không đều	Kéo dài	Trung bình hoặc ít
Rong kinh- Rong huyết	Không đều	Kéo dài	Nhiều

II. Nguyên nhân

Rong kinh rong huyết có thể do nguyên nhân thực thể hay nguyên nhân chức năng.

1. Nguyên nhân thực thể

- Cơ quan sinh dục.
- Bệnh toàn thân: bệnh lý huyết học, bệnh lý nội tiết, suy gan, suy thận.
- Dùng thuốc.
- Suy dinh dưỡng, béo phì.

2. Nguyên nhân chức năng

- Không rụng trứng (80-90%)
 - + Quanh có kinh lòn đùi: trực hạ đồi - tuyếen yên - buồng trứng chưa trưởng thành.
 - + Quanh menses kinh: các nang trứng không đáp ứng.
- Có rụng trứng (10-20%).

Trên lâm sàng, tùy theo tuổi có các nguyên nhân thường gặp sau.

Bảng 3. Các nguyên nhân XHTCBT thường gặp theo tuổi.

Tuổi	Nguyên nhân thường gặp	Tỉ lệ
Trước dậy thì	Dậy thì sớm Bướu	Hiếm
Dậy thì	Nguyên nhân chức năng	> 50%
	Rối loạn đông máu	20%
	U bướu, viêm, biến chứng mang thai	Hiếm
Sinh đẻ	Biến chứng mang thai	+++
	Nguyên nhân chức năng	++
	U xơ tử cung	+
	Viêm sinh dục, polype kênh tử cung, u ác	Hiếm
	Chấn thương	Hiếm
	Rối loạn tuyếen giáp	Hiếm
Quanh menses kinh	Nguyên nhân chức năng	40%
	Ung thư cổ tử cung	4-5%
	Ung thư nội mạc tử cung, ung thư buồng trứng	-
	Viêm sinh dục	Hiếm
	Biến chứng mang thai	-
	Rối loạn tuyếen giáp	-
Menses kinh	Viêm teo nội mạc tử cung/ âm đạo	30%

Dùng nội tiết estrogen	30%
Ung thư nội mạc tử cung	15%
Polype cổ tử cung, nội mạc tử cung	10%
Tăng sinh nội mạc tử cung	5%
Khác (ung thư cổ tử cung, sarcoma tử cung, chấn thương)	10%



Tài liệu tham khảo

1. Sách Sản Phụ Khoa 2007 - ĐH Y Dược TP. HCM: Rối loạn kinh nguyệt.
 2. Phan Văn Quyền, Điều trị xuất huyết tử cung bất thường, tháng 01/ 2011.
-

56/ NGUYÊN NHÂN, ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN ÂM ĐẠO

NGUYÊN NHÂN, ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN ÂM ĐẠO

Nhiễm khuẩn âm đạo là một hội chứng do rối loạn phô vi trùng âm đạo: giảm sút nồng độ Lactobacilli và gia tăng vi khuẩn yếm khí.

Nhiễm khuẩn âm đạo do Gardnerella làm tăng nguy cơ viêm vùng chậu, mổ âm đạo sau cắt tử cung. Nếu có thai sẽ dễ bị vỡ ối non, nhiễm trùng ối, sinh non, viêm nội mạc tử cung sau sinh và sau mổ lấy thai.

I. Nguyên nhân

Thường do vi khuẩn khí, đặc biệt là Gardnerella vaginalis.

II. Chẩn đoán

Có 2 trong 3 tiêu chuẩn sau

- Lâm sàng: huyết trắng nhiều, màu trắng xám, rất hôi, nhất là sau giao hợp.
- Cận lâm sàng
- + Whiff test (+): Nhỏ KOH 10% sẽ có mùi hôi như cá ươn.
- + Phết âm đạo: nhiều “Clue cell”, nhuộm gram có nhiều Cocobacille nhỏ (Clue cell có > 20% trong quang trường).

III. Điều trị

Dùng đường uống hay đặt âm đạo

- Metronidazole 500mg x 2 lần/ngày x 7 ngày (uống trong bữa ăn), hoặc
- Metronidazole gel 5g/ngày trong 5 ngày, hoặc
- Qindamycin 300mg x 2 lần/ngày x 7 ngày (uống), hoặc
- Qindamycin 100mg x 1 lần/ngày x 3 ngày (đặt âm đạo).

Chú ý

- Metronidazole không dùng trong 3 tháng đầu thai kỳ.

IV. Theo dõi

- Tái khám khi có gì lạ.
- Khám phụ khoa định kỳ.

57/ PHÁ THAI TỪ TUẦN THÚ 13 ĐẾN HẾT TUẦN THÚ 18 BẰNG PHƯƠNG PHÁP NONG VÀ GẤP

PHÁ THAI TỪ TUẦN THÚ 13 ĐẾN HẾT TUẦN THÚ 18 BẰNG PHƯƠNG PHÁP NONG VÀ GẤP

Nong và gấp là phương pháp chấm dứt thai kỳ bằng cách sử dụng thuốc Misoprostol và que nong để chuẩn bị cỗ tử cung, sau đó dùng bơm hút chân không kết hợp với kẹp gấp thai để lấy thai ra, áp dụng cho tuổi thai từ tuần thứ 13 đến hết tuần thứ 18.

I. Điều kiện áp dụng

- Thai từ 13 đến 16 tuần: thực hiện tại khoa kế hoạch gia đình (KHGĐ).
- Thai trên 16 tuần: thực hiện trong viện.

II. Người được phép thực hiện

Bác sĩ sản phụ khoa đã thành thạo kỹ thuật phá thai 12 tuần bằng phương pháp phá thai ngoại khoa 3 tháng đầu và được đào tạo kỹ thuật phá thai bằng phương pháp nong và gấp.

III. Chỉ định

Thai từ tuần thứ 13 đến hết tuần thứ 18 (theo siêu âm).

IV. Chống chỉ định

- Có các bệnh nội ngoại khoa cấp tính.
- Một số dị dạng sinh dục.
- Đang viêm nhiễm đường sinh dục cấp tính. Những trường hợp này cần được điều trị.
- Tiền sử dị ứng với Misoprostol: thì không sử dụng Misoprostol và cân nhắc biện pháp gấp thai phù hợp.
- Thận trọng: cần thận trọng với những trường hợp có khối u tử cung hoặc sẹo mổ tử cung.

V. Qui trình kỹ thuật

1. Tư vấn

Được thực hiện 3 giai đoạn: trước, trong và sau thủ thuật với các nội dung như sau:

- Thảo luận về quyết định chấm dứt thai kỳ.
- Sự nguy hiểm, tai biến và hậu quả có thể xảy ra khi phá thai to.
- Các biện pháp phá thai to.
- Các bước nong và gấp.
- Các dấu hiệu cần khám lại ngay sau thủ thuật.
- Hồi phục sức khoẻ và khả năng sinh sản sau thủ thuật.
- Thông tin về các biện pháp tránh thai, hướng dẫn chọn lựa biện pháp thích hợp và sử dụng đúng để tránh phá thai lần nữa.
- Các dấu hiệu thai nghén sớm dễ nhận biết để tránh phá thai to.

2. Chuẩn bị khách hàng

- Hỏi tiền sử bệnh về nội, ngoại, sản khoa.

- Khám toàn thân.
- Hỏi ngày đầu của kỳ kinh cuối cùng.
- Khám phụ khoa loại trừ chóng chỉ định.
- Siêu âm xác định tuổi thai và các bất thường kèm theo.
- Xét nghiệm máu: công thức máu, nhóm máu,TQ, TCK, HIV (có tư vấn xét nghiệm (XN) tự nguyện)
- Cam kết tự nguyện phá thai (dưới 18 tuổi phải có đơn xin bỏ thai và cam kết của cha, mẹ hoặc người giám hộ).
- Ngâm vào bên má 400 mcg thuốc Misoprostol và đưa vào phòng theo dõi chờ 4 - 6 giờ (tối đa 3 liều).

3. Người thực hiện thủ thuật

- Rửa tay theo qui trình.
- Trang phục y tế: áo choàng, mũ, khẩu trang, đeo kính bảo hộ.

4. Các bước tiến hành thủ thuật

- Giảm đau toàn thân.
- Khám xác định kích thước và tư thế tử cung.
- Thay găng vô khuẩn.
- Sát khuẩn ngoài, trải khăn sạch dưới mông.
- Đặt van, bọc lô cổ tử cung và sát khuẩn cổ tử cung, âm đạo.
- Gây tê cạnh cổ tử cung.
- Kẹp cổ tử cung.
- Nong cổ tử cung.
- Dùng bơm với ống hút để hút nước ối và kéo phần thai xuống thấp.
- Tiến hành gấp thai.
- Nếu gấp khó khăn khi lấy thai thì sử dụng siêu âm để xác định vị trí kích thước của thai.

- Kiểm tra các phần thai và nhau lấy ra để đánh giá thủ thuật hoàn thành hay chưa.
- Xử lý dụng cụ và chất thải (theo qui trình).

VII. Tai biến và xử trí

- Chảy máu nhiều: xem phác đồ xử trí Băng huyết trong khi hút thai.
- Rong huyết kéo dài, mệt mỏi, có triệu chứng mất máu cấp: khám và siêu âm kiểm tra.

Xử trí

- + Khi không ảnh hưởng tổng trạng: hút kiềm tra nếu nghi ngờ còn tổ chúc thai và/hoặc nhau thai.
- + Khi có ảnh hưởng tổng trạng: có thể nhập viện.
- Nhiễm khuẩn

Xử trí: Kháng sinh liều cao và xử trí tích cực tùy nguyên nhân.

- Thủng tử cung: Xem phác đồ xử trí Thủng Tử cung.
- Choáng: rất hiếm xảy ra. Xem phác đồ xử trí Choáng.

VIII. Theo dõi và chăm sóc

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, ra máu âm đạo, đau bụng, co hồi tử cung trong vòng 4 giờ sau thủ thuật.
- Kê đơn kháng sinh 5-7 ngày. Theo thứ tự ưu tiên
 - + Doxycycline 100mg.
 - + Betalactame + acid clavulanic.
 - + Quinolone.
- Tư vấn sau thủ thuật.
- Hẹn khám lại sau 2 tuần.

58/ PHÁ THAI ĐẾN HẾT 12 TUẦN BẰNG PHƯƠNG PHÁP HÚT CHÂN KHÔNG

PHÁ THAI ĐẾN HẾT 12 TUẦN BẰNG PHƯƠNG PHÁP HÚT CHÂN KHÔNG

Phá thai bằng phương pháp hút chân không là phương pháp châm dứt thai kỳ bằng cách dùng bơm hút chân không (bằng tay hoặc bằng hút điện) để hút thai trong tử cung từ tuần thứ 6 đến hết tuần thứ 12.

I. Chỉ định

Thai trong tử cung từ tuần thứ 6 đến hết tuần thứ 12.

(Chẩn đoán tuổi thai dựa theo kinh cuối và siêu âm. Nếu sai lệch giữa 2 cách tính tuổi thai ít hơn 5 ngày thì dựa theo ngày kinh cuối. Nếu sai lệch trên 5 ngày thì tính theo siêu âm)

II. Chống chỉ định

Không có chống chỉ định tuyệt đối tuy nhiên cần thận trọng đối với trường hợp đang viêm cấp tính đường sinh dục, cần được điều trị trước (theo phác đồ).

Chú ý: Thận trọng trong những trường hợp sau

- U xơ tử cung to.
- Vết mổ ở tử cung.
- Sau sinh dưới 6 tháng.
- Dị dạng đường sinh dục.
- Các bệnh lý nội - ngoại khoa.

Nhập viện những trường hợp tiên lượng khó khăn và sau khi hội chẩn khoa.

III. Qui trình kỹ thuật

1. Chuẩn bị khách hàng

- Hỏi tiền sử bệnh về nội, ngoại, sản khoa. Nếu có bệnh nội khoa (tim mạch, tăng huyết áp...), dị dạng đường sinh dục thì thực hiện thủ thuật này trong viện.

- Khám toàn thân.

- Khám phụ khoa.

- Siêu âm.

2. Tư vấn

- Thảo luận về quyết định chấm dứt thai nghén.

- Tư vấn về các phương pháp phá thai hiện có tại cơ sở.

- Các bước tiến hành hút thai chân không.

- Tai biến có thể xảy ra khi hút thai.

- Tư vấn về theo dõi sau khi hút thai.

- Các dấu hiệu cần khám lại ngay sau khi hút thai.

- Các dấu hiệu hồi phục sức khỏe và khả năng sinh sản sau hút thai.

- Thông tin về các BPTT, hướng dẫn chọn lựa biện pháp tránh thai (BPTT) thích hợp và sử dụng đúng để tránh phá thai lập lại.

- Cung cấp BPTT hoặc giới thiệu địa điểm cung cấp BPTT.

- Khách hàng ký cam kết tự nguyện phá thai (dưới 18 tuổi phải có đơn xin bỏ thai, cam kết của cha, mẹ hoặc người giám hộ).

- Thai từ 9 - 12 tuần: chuẩn bị cổ tử cung bằng cách cho ngâm dưới lưỡi 400 mcg Misoprostol 3 giờ trước khi làm thủ thuật.

3. Người thực hiện thủ thuật

- Rửa tay thường xuyên bằng dung dịch sát khuẩn tiêu chuẩn.

- Trang phục y tế: áo choàng, quần, mũ, khẩu trang, kính bảo hộ.

4. Phương pháp giảm đau- vô cảm

- Uống thuốc giảm đau trước khi làm thủ thuật đối với những trường hợp vô cảm bằng phương pháp gây mê cạnh cổ tử cung (Ibuprofen 400mg hoặc Paracetamol 1g uống trước khi làm thủ thuật 30 phút).

5. Thực hiện thủ thuật

- Khám xác định kích thước và tư thế tử cung.
- Thay găng vô khuẩn.
- Sát khuẩn ngoài, trải khăn sạch dưới mông.
- Đặt van, bọc lô cổ tử cung và sát khuẩn cổ tử cung, âm đạo.
- Kẹp cổ tử cung.
- Gây mê cạnh cổ tử cung.
- Đo buồng tử cung bằng ống hút.
- Nong cổ tử cung (nếu cần).
- Hút thai.
- Kiểm tra chất hút.
- Đánh giá thủ thuật đã hoàn thành.
- Có thể đặt dụng cụ tử cung (DCTC) ngay sau khi hút thai nếu đảm bảo buồng tử cung sạch, không có chống chỉ định và khách hàng lựa chọn biện pháp này.
- Xử lý dụng cụ và chất thải theo qui trình.

6. Theo dõi

a. Theo dõi ngay sau thủ thuật

- Theo dõi mạch, huyết áp và ra máu âm đạo ít nhất 30 phút sau thủ thuật.
- Kê đơn kháng sinh 5-7 ngày. Theo thứ tự ưu tiên
 - + Doxycycline 100mg.
 - + Betalactame + acid clavulanic.
 - + Quinolone.

- Tư vấn sau thủ thuật.
- Hẹn khám lại sau 2 tuần.

b. Khám lại sau 2 tuần

Khám để đánh giá hiệu quả điều trị bằng khám lâm sàng và siêu âm. Nếu

- Út máu, sót nhau, thai lưu: có thể tiếp tục dùng Misoprostol đơn thuần liều 400 - 600 mcg uống hay ngâm dưới lưỡi, hoặc hút buồng tử cung.

- Thai tiếp tục phát triển: Hút thai.

IV. Tai biến và xử trí

- Chảy máu nhiều: xem phác đồ xử trí Băng huyết trong khi hút thai.
- Rong huyết kéo dài, mệt mỏi, có triệu chứng mất máu cấp: khám và siêu âm kiểm tra.

Xử trí:

- + Khi không ảnh hưởng tổng trạng: hút kiềm tra nếu nghi ngờ còn tổ chức thai và/hoặc nhau thai.
- + Khi có ảnh hưởng tổng trạng: có thể nhập viện.
- Nhiễm khuẩn: rất hiếm khi xảy ra

+ Triệu chứng: sót hoặc ớn lạnh, dịch tử cung có mùi hôi, đau vùng bụng hoặc vùng chậu, ra máu âm đạo kéo dài hoặc ra máu thâm giọt, tử cung di động đau hoặc lượng BC, CRP tăng.

+ Xử trí:

Nếu do sót thai/ sót nhau: hút lại.

Kháng sinh liều cao.

Xem xét nhập viện nếu tình trạng nhiễm khuẩn nặng.

- Thủng tử cung: Xem phác đồ xử trí Thủng Tử cung.
- Choáng: rất hiếm xảy ra. Xem phác đồ xử trí Choáng.

59/ PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ SA CÁC TẠNG VÙNG CHẬU

PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ SA CÁC TẠNG VÙNG CHẬU

I. Định nghĩa

- Sa các tạng trong vùng chậu (POP = pelvic organ prolapse), là sự tụt xuống của TC, BQ, TrTr, thành trước, thành sau AĐ... ra khỏi vị trí giải phẫu bình thường, do sự tổn thương và suy yếu các cấu trúc cân cơ và dây chằng nâng đỡ tại sàn chậu.

- Hệ thống nâng đỡ các cơ quan trong tiểu khung:

+ Hệ thống nâng đỡ: cơ nâng HM và cơ nông của sàn hội âm

+ Hệ thống treo: dây chằng mu niệu đạo, mạc mu CTC, dây chằng TC cùng, dây chằng ngang CTC, cân Halban, cân TrTr-AĐ.

+ Hệ thống định hướng: dây chằng tròn, dây chằng rộng

- Phân loại và phân độ sa tạng vùng chậu [1-5]**

Vị trí giải phẫu so với thành AĐ	Tạng chậu sa và phân loại			XN cần thiết
Thành trước (ngăn trước)	Sa BQ: trung tâm, bên, kết hợp	Sa ND		Niệu động học
Vòm âm đạo (ngăn giữa)	Túi sa RN: trước, sau	Sa TC	Sa MC	MRI động ± Niệu động học
Thành sau (ngăn sau)	Túi sa TrTr: cao, giữa, thấp	Sa trực tràng	Khỏi lồng trong TrTr-HM	MRI động ± Niệu động học
Tổn thương nút SC	Tổn thương cơ thắt trong và ngoài HM			Siêu âm 3D cơ thắt HM ngả TrTr

Ghi chú viết tắt: AĐ (âm đạo), BQ (bàng quang), ND (niệu đạo), RN (ruột non), TC (tử cung), MC (mỗm cắt), TrTr (trực tràng), HM (hậu môn), SC (sàn chậu)

- Phân loại và độ sa tạng vùng chậu theo hệ thống POP - Q**

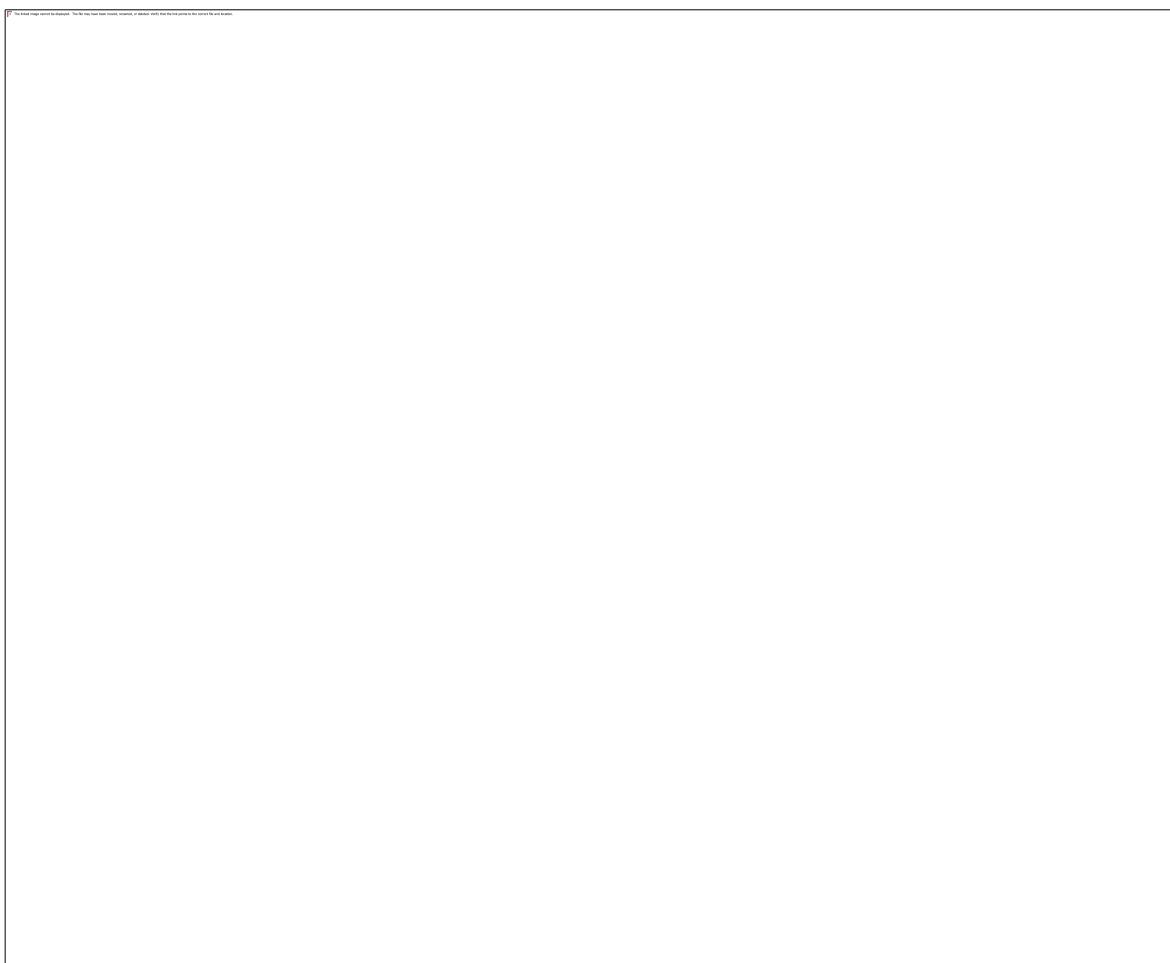
a. Giúp phân loại sa tạng chậu tùy theo thành phần bị ảnh hưởng thuộc về:

- Ngăn trước (sa BQ, sa niệu đạo)
- Ngăn giữa (sa RN, CTC - TC, vòm AD nếu đã cắt TC)
- Ngăn sau (sa trực tràng)

b. Thể hiện một bệnh nhân có thể sa một hay nhiều các thành phần nêu trên, quyết định điều trị tương ứng theo nguyên tắc phục hồi theo mỗi cấu trúc bị ảnh hưởng.

c. Phân độ sa tạng chậu khách quan, chính xác giúp theo dõi và đánh giá hiệu quả điều trị do dùng thước đo và thể hiện ra đơn vị cm.

- Qui ước: có 9 mốc cần đo
- Đơn vị cm, BN ở tư thế SPK, đầu cao 45^0 , rặn trong quá trình đánh giá



- Dụng cụ: van AD, thước đo, kẹp tim, pozzi

- Điểm cố định: Aa, Ap cách ND, mép màng trinh 3cm
- Điểm thay đổi: Ba, Bp là điểm phồng ra xa nhất của đoạn AD từ Aa, Ap đến túi cùng trước và sau khi BN rặn ± hỗ trợ kéo CTC ra bằng pozzi hoặc kẹp tim.
- Cùng đồ: C, D (được tính nếu còn TC).
- Gh: Khe niệu dục
- Pb: thẻ sàn chậu (nút sàn chậu)
- Tvl: chiều dài AD
- Trên/dưới mép màng trinh đánh dấu -/+ trước số đo

• Phân độ

- Độ 0: không sa tạng chậu

Aa, Ba, Ap, Bp: 3cm nằm trên màng trinh. Điểm C hay D: tvl -2cm < C, D < tvl

- Độ I: B > 1cm trên màng trinh
- Độ II: B trong khoảng $\pm 1\text{cm}$ trên dưới màng trinh
- Độ III: B > 1cm dưới màng trinh đến $< \text{tvl} - 2\text{cm}$
- Độ IV: sa toàn bộ, B > ($\text{tvl} - 2\text{cm}$)

Trình bày POP-Q theo sơ đồ

II. Xét nghiệm chẩn đoán và chuyên biệt [6-13]

a. XNTP thường qui (như các bệnh lý phụ khoa khác), lưu ý

- Phát hiện và điều trị các yếu tố nguy cơ có thể ảnh hưởng kết quả PT (đang có viêm âm đạo, nhiễm trùng tiểu, tiểu đường, thiếu máu,...)
- Loại bỏ bệnh lý phụ khoa (rong cường kinh, rong huyết), bệnh lý CTC, TC, PP để quyết định có cắt TC không
- Siêu âm bụng tổng quát khi BN có chỉ định mổ hoặc nghi ngờ thận chướng nước do khói sa chèn ép gây bế tắc đường ra đường tiểu dưới.

b. Bilan niệu động học

- Thường qui với bệnh nhân có bệnh lý các tạng chậu thuộc ngǎn trước:
 - + Tiểu không kiểm soát khi gắng sức (TKSKGS), sa BQ
 - + Hướng dẫn chỉ định điều trị đối với sa BQ và niệu đạo + Đối chiếu KQ điều trị trước - sau mổ đối với sa thành trước AD
- Ở BN có bệnh lý các tạng chậu thuộc ngǎn giữa và dưới, cần làm niệu động học khi BN có triệu chứng rối loạn chức năng đường tiểu dưới hoặc khi nghi ngờ khói sa chèn ép lên BQ và cổ BQ.

c. Chụp MRI động (Defecography)

Khảo sát toàn bộ cấu trúc sàn chậu cùng các tạng chậu kèm động học tổng phân.

- Mặc dù kết quả chụp trên MRI động là tiêu chuẩn vàng và là bằng chứng khách quan về phân loại và phân độ các tạng chậu bị sa nhưng cần cân nhắc chỉ định cần thiết chụp do giá thành cao.
- MRI động cần thiết trong trường hợp BN bị rối loạn chức năng đường tiêu hóa dưới điều trị nội thất bại hoặc bị nặng, kéo dài như: tiêu gấp, tiêu không kiểm soát, táo bón hoặc khi BN bị sa các tạng thuộc tầng giữa và dưới từ độ 3 mà chúng ta không thể đánh giá hết được các tạng thuộc hai tầng này bằng khám lâm sàng.

d. Siêu âm 3D ngả TrTr

Đánh giá cơ thắt trong và ngoài HM: khi BN có tổn thương nút sàn chậu, nghi ngờ tổn thương cơ thắt hậu môn, BN có triệu chứng rối loạn chức năng đường tiêu hóa dưới thất bại điều trị.

e. Đo áp lực ống HM, cơ thắt HM

Chẩn đoán rối loạn chức năng đường tiêu hóa dưới như: tiêu gấp, tiêu không kiểm soát, táo bón. Đánh giá hiệu quả tập vật lý phục hồi sàn chậu.

f. Đo điện cơ tầng sinh môn

Có giá trị trong đánh giá cải thiện chức năng các nhóm cơ sàn chậu. Đánh giá hiệu quả tập vật lý phục hồi sàn chậu.

III. Chẩn đoán

Dựa vào lâm sàng theo phân loại và phân độ POP-Q và các xét nghiệm cận lâm sàng, từ đó đưa ra chẩn đoán

- Sa tạng nào
- Số lượng tạng bị sa
- Độ sa của tạng đó
- Có RL tiết niệu kèm theo không (TKKSKGS, Tiểu tồn lưu, Bí tiểu, Tiểu không kiểm soát hỗn hợp)
- Có RL đi cầu kèm theo không
- Vẽ mô tả phân loại và phân độ sa tạng vùng chậu

Ví dụ chẩn đoán: sa tử cung độ 3, sa bàng quang độ 2, sa trực tràng độ 2, tiểu không kiểm soát khi gắng sức, tổn thương mất nút sàn chậu, rách cơ thắt HM diện rộng, táo bón.

IV. Điều trị

1. Nội khoa [14-26]

a. Chỉ định

- Trong các trường hợp sa các tạng độ 1-2, chưa có biến chứng hay chưa ảnh hưởng chất lượng sống BN

b. Điều trị

- Thay đổi thói quen, sinh hoạt phù hợp.
- Sử dụng nội tiết estrogen tại chỗ (dạng viên đặt âm đạo hay creme bôi thoa)
- Tập vật lý trị liệu phục hồi sàn chậu: tự tập, tập với máy tập sàn chậu, kích thích điện cơ sàn chậu.
- Vòng nâng BQ, TC, TrTr ngả âm đạo và điều trị TKKSKGS [19]

2. Ngoại khoa

a. Nguyên tắc

- Phục hồi lại các cấu trúc và chức năng sinh lý cơ quan bị sa, của sàn chậu
- Chỉ định cắt TC khi có bệnh lý tại CTC, TC. Nếu như CTC bình thường và BN có điều kiện theo dõi CTC định kỳ thì nên cắt TC bán phần, giữ lại CTC để tránh phá vỡ cấu trúc nâng đỡ quan trọng của SC (vai trò của vòng xơ quanh CTC) làm phương tiện cố định các hệ thống nâng đỡ được phục hồi trong PT như mảnh ghép, may phục hồi bằng chỉ không tan.

b. Lựa chọn phương pháp PT tùy thuộc

- Cơ quan bị sa, mức độ sa, có thay đổi chức năng sinh lý sàn chậu
- Tuổi
- Tình trạng kinh tế, lối sống
- Tình trạng sức khỏe người bệnh
- Điều kiện trang thiết bị hiện có
- Khả năng và sở trường của PTV
- Nhu cầu của người bệnh sau khi được tư vấn điều trị cẩn kẽ

3. Chỉ định PT điều trị sa tạng vùng chậu

Sa tạng chậu từ độ 2 theo POP-Q, có triệu chứng hay biến chứng, ảnh hưởng chất lượng cuộc sống người bệnh, thất bại điều trị bảo tồn 3-6 tháng (pessary) hoặc người bệnh yêu cầu được PT sau khi đã được đánh giá tư vấn đầy đủ.

4. Các phương pháp PT [27-46]

a. Sa thành trước

- Sa BQ: Nâng băng quang bằng mảnh ghép tổng hợp polypropylene, may phục hồi cân ngang BQ-CTC qua ngả ÂĐ/NS ô bụng/mổ hở (repaire of paravaginal defect) khi sa BQ bên < độ 2, may gấp nếp cân BQ-CTC khi sa BQ thể trung tâm < độ 2.
- Niệu đạo: đặt sling dưới niệu đạo (đặt TOT, mini sling hoặc TVT trong trường hợp TKKSKGS nặng nghi do suy cơ thất niệu đạo với nghiệm pháp Bonney (-), thất bại với TOT trước đó). PT Burch NS/mổ bụng hở trường hợp không thực hiện được hoặc thất bại ≥ 2 lần PT đặt sling dưới niệu đạo.

b. Sa thành sau

- Sa trực tràng: Nâng trực tràng bằng mảnh ghép tổng hợp polypropylene mesh (cố định vào dây chằng cùng gai hoặc cơ nâng hậu môn và nút sàn chậu), may phục hồi cân trực tràng âm đạo bằng chỉ tan hay không tan.
- Khâu phục hồi cơ nâng hậu môn
- Tái tạo, tạo hình nút sàn chậu ± sử dụng mảnh ghép

c. Sa TC, mõm cắt

- Cố định TC/MC vào mõm nhô bằng chỉ không tan hoặc mảnh ghép tổng hợp
- Cố định TC/MC vào dây chằng cùng - gai bằng chỉ không tan hoặc mảnh ghép tổng hợp
- May ngắn dây chằng TC cùng hai bên bằng chỉ không tan (may trong phúc mạc)
- Cố định MC vào dây chằng TC - cùng
- Cắt tử cung và cố định mõm cắt.

5. Chỉ định và chống chỉ định đặt mảnh ghép tổng hợp

PT đặt mảnh ghép tổng hợp là PT ưu thế trong việc đạt hiệu quả giải phẫu ngay sau mổ và giữ cho hiệu quả PT kéo dài hơn, giảm tỷ lệ tái phát so với PT cắt TC hoặc may gấp nếp AĐ sửa hội âm kinh điển.

- Mảnh ghép được chỉ định trong trường hợp

- Sa tạng châu nặng từ độ 3, sa tái phát, sa mỏm cắt, tình trạng BN không cho phép PT kéo dài hoặc gây mê toàn thân.

- Chóng chỉ định tuyệt đối đặt mảnh ghép tổng hợp

- Bệnh lý rối loạn đông cầm máu, dùng kháng đông kéo dài, xơ gan, suy gan

- Hiện tại hoặc tiền sử huyết khối/thuyên tắc tĩnh mạch, động mạch

- Tiểu đường chưa điều trị ổn, không kiểm soát tốt đường huyết

- Tình trạng suy giảm miễn dịch, dùng corticoid kéo dài

- Nghiện thuốc lá nặng

- Tình trạng teo, khiếm khuyết niêm mạc AD, hệ thống cân cơ dây chằng quá nhiều

- Tồn thương tiền ung thư âm hộ, AD, CTC chưa điều trị dứt

- Hoặc tiền căn tồn thương tiền ung thư âm hộ, AD, CTC đã điều trị dứt kèm nhiễm HPV type nguy cơ ung thư cao kéo dài đến nay đã được xác định

- Ung thư cơ quan sinh dục, đường tiêu hóa và tiết niệu dưới

- Hiện tại hoặc tiền sử xạ trị vùng bụng chậu

- Hiện tại viêm nhiễm sinh dục chưa điều trị

- **Chóng chỉ định tương đối đặt mảnh ghép tổng hợp đặt ra do nguy cơ lỗ mảnh ghép trong các trường hợp sau**

- Cắt TC kèm theo lúc mổ

- Vết thương ở niệu đạo, bàng quang, trực tràng trong lúc mổ

- Niêm mạc AD còn quá ít để che phủ mảnh ghép

- **Chọn lựa PT điều trị sa tang châu ngả AD hay ngả bung**

- a. **Chỉ định PT ngả AD khi**

- BN lớn tuổi (> 70)

- Tình trạng BN không cho phép gây mê kéo dài > 2 giờ

- BN có tiền sử vết mổ cũ trên bụng nhiều lần (≥ 2 lần), hoặc tiền sử nhiễm trùng vết mổ

- BN béo phì ($BMI \geq 30\text{kg}/\text{m}^2$)
- Tiền sử thất bại với các PT treo TC ngả bụng

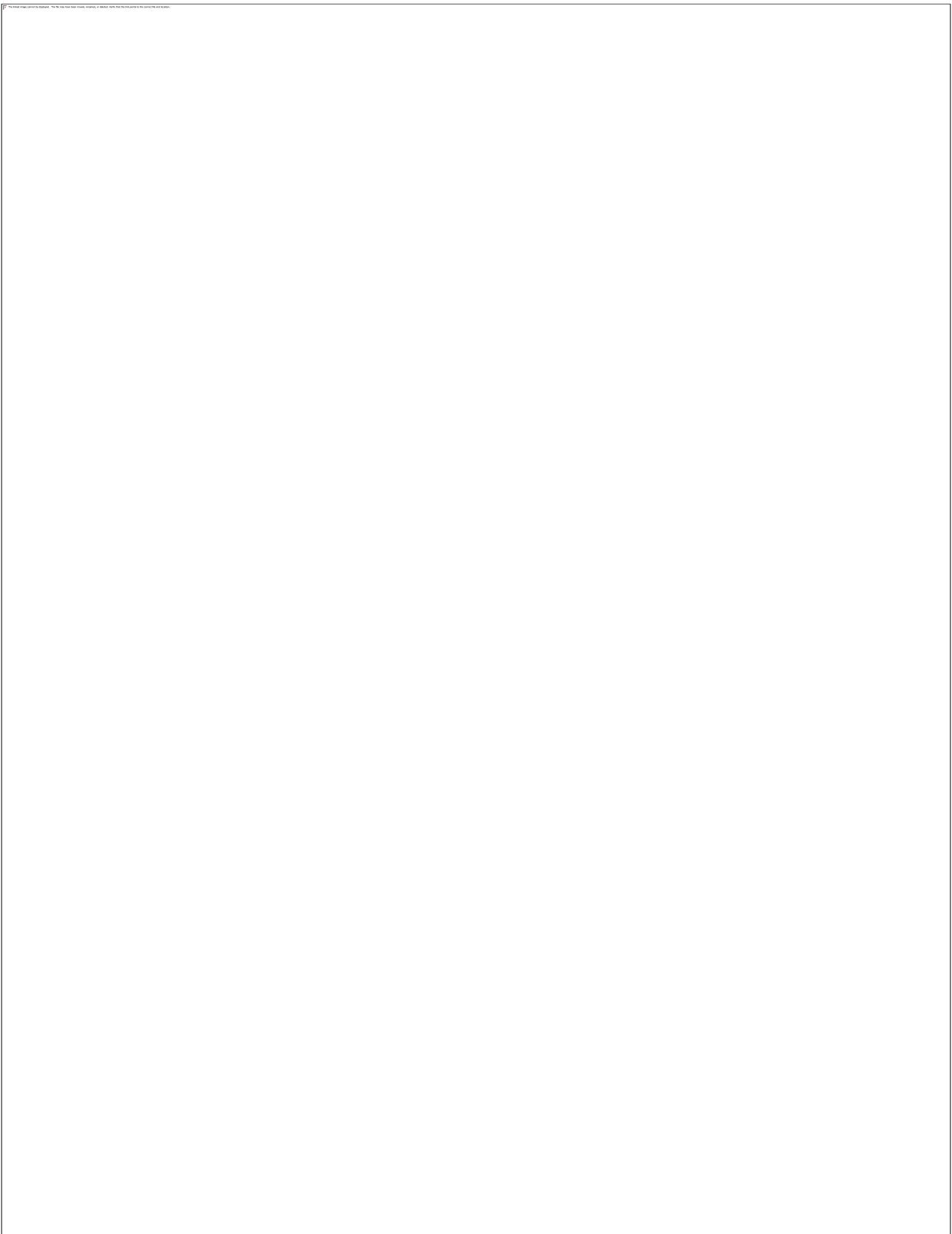
b. Chỉ định PT ngả bụng khi

- BN trẻ ≤ 60 tuổi hoặc BN ≤ 70 tuổi mong muốn PT ngả bụng
- Sa TC/MC độ 3-4, sa lộn toàn bộ thành trước sau $\hat{\Delta}$ D cần PT cố định TC/MC/sàn chậu vào mõm nhô
- Thất bại với PT điều trị sa tạng chậu ngả $\hat{\Delta}$ D trước đó

c. Chỉ định PT kết hợp ngả bụng và ngả $\hat{\Delta}$ D khi

- Kỹ năng PTV không thể thực hiện các PT phục hồi sa tạng chậu khó qua ngả bụng như NS Ở bụng treo TC vào mõm nhô và đặt mảnh ghép nâng BQ-TrTr, khi đó cần kết hợp ngả $\hat{\Delta}$ D để đặt mảnh ghép nâng BQ-TrTr, tăng hiệu quả điều trị.
- Sa TC \geq độ 2 kèm sa các tạng chậu khác nhưng tình trạng BN không cho phép PT hoặc gây mê kéo dài > 2 tiếng.

PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ SA CÁC TẠNG VÙNG CHẬU



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. G.Willy Davila, Section I: Concept of the Pelvic Floor as a Unit, in Pelvic Floor Dysfunction. A Multidisciplinary Approach. 2006, Springer. p. 3-6.
2. Whitcomb, E.L., et al., Prevalence of Defecatory Dysfunction in Women With and Without Pelvic Floor Disorders. 2009. p. 179-187 10.1097/SPV.0b013e3181b12e01.
3. Haylen, B.T., et al., An international urogynecological association (IUGA)/international continence society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurology and Urodynamics*, 2010. 29(1): p. 4-20.
4. Chao, F., et al., Does pre-operative traction on the cervix approximate intra-operative uterine prolapse? A randomisedcontrolled trial. *International Urogynecology Journal*, 2012: p. 1-6.
5. Cecilia, K.W., Clinical Approach and Office Evaluation of the Patient with Pelvic Floor Dysfunction. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 2009. 36(3): p. 445-462.
6. Messelink, B., et al., Standardization of terminology of pelvic floor muscle function anddysfunction: report from the pelvic floor clinical assessment group of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn*, 2005. 24(4): p. 374-80.
7. Colaiacomo, M.C., et al., Dynamic MR Imaging of the Pelvic Floor: a Pictorial Review1. 2009. p. e35.
8. Niccoló Faccioli, et al., Defecography: a practical approach. *Diagnostic and Interventional Radiology*, 2010. 16: p. 209-216.
9. Blaivas, J., et al. *Atlas of Urodynamics*. 2008; Available from:
<http://public.eblib.com/EBLPublic/PublicView.do?ptiID=320043>.
10. Denoya, P. and D.R. Sands, Anorectal physiologic evaluation of constipation. *Clin Colon Rectal Surg*, 2008. 21(2): p. 114-21.
11. Bharucha, A.E., Anorectal Disorders, in *Pathophysiology of the Enteric Nervous System*. 2008, Blackwell Publishing Ltd. p. 161-175.
12. Tejada Cabrera, M., A. Lopez Cano, and A. Munoz Benvenuty, Anal incontinence: evaluation of the anal sphincter by endoscopic ultrasound. *Rev Esp Enferm Dig*, 2005. 97(5): p. 375-6.
13. G. Vignoli, Advanced diagnostic testing for female pelvic floor dysfunctions. *UROgYNaECOLOGIA INTERNATIONAL JOURNAL*, 2009. 23(1): p. 5-43.

14. Hagen, S., et al., A randomized controlled trial of pelvic floor muscle training for stages I and II pelvic organprolapse. International Urogynecology Journal, 2009. 20(1): p. 45-51.
15. Rosenbaum, T.Y. and I. Ben-Dror, [The role of physical therapy in the treatment offemale sexual dysfunction]. Harefuah, 2009. 148(9): p. 606-10, 657.
16. RICHARD REID, Recto enterocele repair : past problems and new horizons. Pelviperineology - A multidisciplinary pelvic floor journal, March, 2007. 26(1).
17. Abdool, Z., et al., Prospective evaluation of outcome of vaginalpessaries versus surgery in women with symptomatic pelvic organ prolapse. International Urogynecology Journal, 2011. 22(3): p. 273-278.
18. Cundiff, G.W., et al., The PESSRI study: symptom relief outcomes of a randomized crossover trial of the ringand Gellhornpessaries. Am J Obstet Gynecol, 2007. 196(4): p. 405 e1-8.
19. Lamers, B., B. Broekman, and A. Milani, Pessary treatment for pelvic organ prolapse and health-related quality of life: a review. International Urogynecology Journal, 2011. 22(6): p. 637-644.
20. Bo, K., Overview of physical therapy for pelvic floor dysfunction, in Physical therapy for pelvic floor dysfunction. 2007.
21. Shah, S., A. Sultan, and R. Thakar, The history and evolution of pessaries for pelvic organprolapse. International Urogynecology Journal, 2006. 17(2): p. 170-175.
22. Fernando, R.J., et al., Effect of Vaginal Pessaries on Symptoms Associated With Pelvic Organ Prolapse. 2006. p. 93-99 10.1097/01.AOG.0000222903.38684.cc.
23. Kapoor, D., et al., Conservative versus surgical management of prolapse: what dictates patient choice? International Urogynecology Journal, 2009. 20(10): p. 1157-1161.
24. Bo & Berghmans & Morkved & Van Kampe, Evidence-Based Physical Therapy for the Pelvic Floor. 1st ed. 27 Jul 2007: Bridging Science and Clinical Practice. CHURCHILL LIVINGSTONE. 456.
25. Viera, A.J. and M. Larkins-Pettigrew, Practical use of the pessary. Am Fam Physician, 2000. 61(9): p. 2719-26, 2729.
26. Farrell, S.A., Pessaries in clinicalpractice. 2006, London: Springer. 98.
27. Maher, C., et al., Surgical management of pelvic organprolapse in women. Cochrane Database Syst Rev, 2010(4): p. CD004014.

28. Dietz, V., S. Koops, and C. van der Vaart, Vaginal surgery for uterine descent; which options do we have? A review of the literature. *International Urogynecology Journal*, 2009. 20(3): p. 349-356.
29. Uzoma, A. and K.A. Farag, Vaginal Vault Prolapse. *Obstetrics and Gynecology International*, 2009. 2009.
30. Diwan, A., C.R. Rardin, and N. Kohli, Uterine preservation during surgery for uterovaginal prolapse: a review. *International Urogynecology Journal*, 2004. 15(4): p. 286-292.
31. Moore, R.D. and J.R. Miklos, Vaginal repair of cystocele with anterior wall mesh via transobturator route: efficacy and complications with up to 3-year followup. *Adv Urol*, 2009: p. 743831.
32. Rutman, M.P. and J.G. Blaivas, Surgery for Stress Urinary Incontinence: Historical Review, in *Continence*, G.H. Badlani, et al., Editors. 2009, Springer London. p. 117-132.
33. V.Ravikumar, Protocols/Tears 3 & 4 Degree: gUiDELINES FOR the RECOGNITION and MANAGEMENT OF PERINEAL TRAuMa INCLUDING THIRD and FOURTH DEGREE PERINEAL TEARS. 2007, Macclesíeld District Hospital. East Cheshire NHS Trust.
<http://www.eastcheshire.nhs.uk/>.
34. de Tayrac, R., et al., Prolapse repair by vaginal route using a new protected low-weight polypropylene mesh: 1-year functional and anatomical outcome in a prospective multicentre study. *International Urogynecology Journal*, 2007. 18(3): p. 251-256.
35. Toh, V., V. Bogene, and A. Bako, Management of recurrent vault prolapse. *International Urogynecology Journal*, 2012. 23(1): p. 29-34.
36. Theobald, P. and A. Chéret, Laparoscopic sacrocolpopexy: results of a 100-patient series with 8yearsfollow-up. *Gynecological Surgery*, 2004. 1(1): p. 31-36.
37. Sung, V.W., et al., Graft Use in Transvaginal Pelvic Organ Prolapse Repair: A Systematic Review. *Obstetrics & Gynecology*, 2008. 112(5): p. 1131-1142.
38. Onwude, J.L., Genitalprolapse in women. *Clin Evid (Online)*, 2007. 2007(3).
39. Feiner, B., J.E. Jelovsek, and C. Maher, Efficacy andsafety of transvaginalmesh kits in the treatment of prolapse of the vaginal apex: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2009. 116(1): p. 15-24.
40. Committee Opinion no. 513: vaginalplacement of synthetic mesh for pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol*, 2011. 118(6): p. 1459-64.

41. Lo, T.S. and K. Ashok, Combined anterior trans-obturator mesh and sacrospinous ligament fixation in women with severe prolapse--a case series of 30 months follow-up. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 2011. 22(3): p. 299-306.
42. Murphy, M. and G. for the Society of Gynecologic Surgeons Systematic Review, Clinical Practice Guidelines on Vaginal Graft Use From the Society of Gynecologic Surgeons. *Obstetrics & Gynecology*, 2008. 112(5): p. 1123-1130.
43. B.Deval, et al., Chirurgie de l'allongement hypertrophique du col utérin. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2002. 31(4): p. 343-351.
44. McDermott, C.D. and D.S. Hale, Abdominal, laparoscopic, and robotic surgery for pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 2009. 36(3): p. 585-614.
45. Jia, X., et al., Efficacy and safety of using mesh or grafts in surgery for anterior and/or posterior vaginal wallprolapse: systematic review andmeta-analysis. *Bjog*, 2008. 115(11): p. 1350-61.
46. Peter L Rosenblatt, Laparoscopic surgery for repair of pelvic floor defects, UpToDate 19.3, Editor. Sep 2011.

60/ PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN, XỬ TRÍ NGÔI BẤT THƯỜNG

PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN, XỬ TRÍ NGÔI BẤT THƯỜNG

Ngôi bất thường là ngôi không phải ngôi chòm, gồm: ngôi mặt, ngôi trán và ngôi thóp trước, ngôi mông, ngôi vai (ngôi ngang), ngôi đầu sa tay (ngôiphức tạp).

I. Ngôi mặt

- Là ngôi đầu ngửa tối đa, mặt thai nhi trình diện trước eo trên.
- Ngôi mặt được chẩn đoán xác định trong chuyển dạ sinh bằng cách khám âm đạo.

• Khám bụng

- Ngôi đầu, nắn ngoài, có dấu hiệu nhát rìu nếu là kiểu cầm sau, nếu là kiểu cầm trước sờ thấy cầm có hình móng ngựa.

- **Khám âm đạo**

- Chẩn đoán xác định bằng khám âm đạo, tìm được mốc của ngôi là cầm, việc chẩn đoán xác định sẽ dễ hơn khi cổ tử cung đã mở, nhưng phải cẩn thận khi thăm khám để không làm vỡ ói.

- Không bao giờ thấy thóp sau hoặc thóp trước khi khám âm đạo.

- Cần chẩn đoán phân biệt với ngôi trán, ngôi mông.

- **Xử trí**

- Cuộc sinh ngôi mặt diễn ra lâu và khó khăn hơn sinh ngôi chỏm.

- Chỉ có ngôi mặt cầm trước có thể sinh đường âm đạo. Nếu sinh đường âm đạo có thể có hỗ trợ bằng forceps, tuyệt đối không được dùng giác hút.

- Ngôi mặt cầm sau tự xoay được về cầm trước cũng có thể sinh đường âm đạo.

- Phẫu thuật lấy thai cho những trường hợp ngôi mặt cầm sau hoặc cầm trước có kết hợp thêm các yếu tố sinh khó khác.

II. Ngôi trán và ngôi thóp trước

Là ngôi trung gian giữa ngôi mặt và chỏm, đầu không cúi hẵn mà cũng không ngửa hẵn, trán hoặc thóp trước của thai trình diện trước eo trên.

- **Chẩn đoán**

- Lúc bắt đầu chuyển dạ là một ngôi đầu cao lồng.

- Chẩn đoán xác định dựa vào việc khám âm đạo khi cổ tử cung mở được từ 3 cm trở lên, ói vỡ và ngôi đã cố định chặt.

- Sờ thấy gốc mũi, 2 hố mắt, trán và thóp trước (ngôi trán) hoặc thấy thóp trước ở chính giữa tiêu khung (ngôi thóp trước).

- Không sờ thấy thóp sau và cầm.

- Cần chẩn đoán phân biệt với ngôi mặt và ngôi chỏm.

- **Xử trí**

- Theo dõi sát các cuộc chuyển dạ để phát hiện sớm.

- Phẫu thuật lấy thai khi có chẩn đoán xác định.

III. Ngôi mông

- Là một loại ngôi dọc, đầu thai nằm ở đáy tử cung, mông tròn trịa trước eo trên.
- Là một ngôi sinh khó do đầu là phần to và cứng nhất lại sinh ra sau cùng, nguy cơ kẹt đầu hậu có thể làm cho thai chết hoặc sang chấn.

- Chẩn đoán Lâm sàng

- Ngôi dọc, đầu ở đáy tử cung.
- Khám âm đạo sờ thấy xương cùng, lỗ hậu môn và hai mông thai nhi, có thể một hoặc hai bàn chân cùng với mông.
- Có thể thấy phân su nhưng không đánh giá là thai suy.
- Chẩn đoán phân biệt với: ngôi mặt, ngôi vai, ngôi đầu sa chi.

Cận lâm sàng: siêu âm giúp chẩn đoán và ước lượng cân thai.

- Xử trí

- Đỡ sinh đường âm đạo khi có những điều kiện thuận lợi:
 - + Ngôi mông đủ hoặc thiếu kiểu mông.
 - + Khung chậu bình thường.
 - + Thai nhi không quá lớn, ước lượng cân thai < 3200g.
 - + Đầu thai cúi tốt.
- Chỉ định mổ lấy thai: khi có kết hợp với bất kỳ một yếu tố nguy cơ
 - + Chuyển dạ kéo dài.
 - + Ngôi mông thiếu kiểu chân.
 - + Khung chậu giới hạn, hẹp, biến dạng.
 - + Con so, thai > 3000g.
 - + Thai to, ước lượng cân thai > 3200g.

+ Đầu không cúi tốt.

+ Vết mổ cũ trên TC.

IV. Ngôi vai

- Trong ngôi vai thai không nằm theo trực của tử cung mà nằm ngang hoặc chéch, trực của thai không trùng với trực của tử cung.

- Mốc của ngôi là mõm vai, ngôi vai không có cơ chế sinh nén hầu hết các trường hợp đều phải phẫu thuật lấy thai. Chỉ làm nội xoay thai cho thai thứ 2 trong song thai.

• Chẩn đoán

- Tử cung bè ngang, nắn thấy đầu ở hạ sườn hoặc hố chậu.

- Chiều cao tử cung thấp hơn so với tuổi thai.

- Khám âm đạo thấy tiểu khung rỗng, ôi phòng.

- Khi có chuyển dạ nếu ôi vỡ, CTC mở có thể sờ thấy mõm vai hoặc tay thai nhi ở trong âm đạo.

- Có thể dùng siêu âm để chẩn đoán.

- Chẩn đoán phân biệt với ngôi mông.

Xử trí

- Phẫu thuật lấy thai khi thai đủ trưởng thành.

- Nội xoay thai cho thai thứ hai ngôi vai trong trường hợp sinh đôi, đủ điều kiện nội xoay.

V. Ngôi phúc tạp

Là khi tay thai nhi sa xuống sát bên ngôi thai hay phần trình diện của thai.

Chẩn đoán

- Cả tay sa xuống và đầu thai cùng đồng thời trình diện trong khung chậu khi khám âm đạo.

- Có thể phát hiện khi ôi còn hoặc đã vỡ.

Xử trí

- Sinh tự nhiên chỉ có thể xảy ra khi thai rất nhỏ hoặc chết lưu.

- Có thể đặt lại vị trí của tay thai như sau
 - + Đẩy tay thai lên trên tiêu khung và giữ cho đến khi con co tử cung đẩy đầu thai vào tiêu khung.
 - + Nếu đầu thai giữ được trong tiêu khung và không sờ thấy tay thai nữa thì có thể theo dõi chuyển dạ tự nhiên.
 - + Phẫu thuật lấy thai khi đẩy tay thất bại, hoặc kèm sa dây rốn.
-

61/ PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ BÍ TIÊU SAU SINH MỔ

BÍ TIÊU SAU SINH MỔ

I. Định nghĩa

Bí tiêu sau sinh mổ là tình trạng rối loạn đường tiêu, biểu hiện bằng cảm giác muộn đi tiêu nhưng không thể tiêu được và có cầu bàng quang căng khi khám.

II. Nguyên nhân

- Do gây mê, gây té.
- Thần kinh quá lo lắng.
- Tồn thương do thủ thuật thô bạo, dập bàng quang → liệt bàng quang → bí tiêu.

III. Xử trí

- Dội nước ám vùng âm hộ, vận động sớm, tập tiêu.
- Nếu thủ thuật trên thất bại thì đặt sonde tiêu và lưu trong 24 giờ.
- Tập bàng quang, 03 giờ tiêu 1 lần (mở sonde) cho tới lúc tạo được cảm giác mắc tiêu, cho sản phụ tiêu qua sonde → rút sonde.
- Thuốc: (khi các phương pháp trên thất bại)
 - + Domitazol 2v x 2 uống trong 5 ngày.

- + Xatral SR 5 mg 01v x 2 trong 5 ngày (giảm áp lực niệu đạo).
- + Nếu sử dụng thuốc không hiệu quả thì tiến hành đặt thông tiểu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. W.D. Hager, J.W. Larsen, Postoperative Infections: Prevention and Management, Chapter 11 in Te Linde's Operative Gynecology, 10th edit. 2008,190-222.

Bệnh viện Từ Dũ

Phác đồ điều trị sản phụ khoa - 2012

62/ PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ CHUYÊN DA SINH NON

CHUYÊN DA SINH NON

I. Định nghĩa và phân loại

- Sinh non là khi trẻ được sinh ra ở tuổi thai từ hết 22 đến trước khi hết 37 tuần.
- Là nguyên nhân chính gây bệnh suất và tử suất sơ sinh.

Phân loại:

- Sinh non muộn: 34 – 36 tuần 6 ngày.
- Sinh rất non: 28 – 33 tuần 6 ngày.
- Sinh cực non: < 28 tuần.

II. Tiêu chuẩn chẩn đoán

- Tuổi thai từ hết tuần 22 đến trước 37 tuần với 1 trong những yếu tố
 - 4 cơn gò TC trong 20 phút hay 8 cơn gò TC trong 60 phút.

- Cổ tử cung mở ≥ 2cm hoặc xóa ≥ 80%.
 - Có sự tiến triển CTC được ghi nhận bởi cùng một người khám qua nhiều lần.
 - Võ ối.
- Cận lâm sàng
- CTG theo dõi cơn gò, tim thai.
 - S.Â: S.Â thai-nhau-ối, đo chiều dài kênh CTC ngả âm đạo <25mm.
 - Fetal fibronectin (fFN) (+) trong dịch tiết âm đạo khi >50ng/ml: fFN: Protein ngoại bào giúp gắn kết màng thai với màng rụng, dương tính khi có cơn gò tử cung hoặc viêm nhiễm. Điều kiện thử fFN (ACOG 2001): màng ối còn nguyên, cổ tử cung < 3cm, không thực hiện ở tuổi thai < 24 tuần hay > 34 tuần 6 ngày.

III. Xử trí

1. Nguyên tắc chung

- Nằm nghỉ tuyệt đối.
- Tư vấn: Không kích thích đầu vú. Ăn uống đủ chất, nhiều trái cây, rau xanh, ngũ cốc để tránh táo bón.
- Dùng thuốc cắt cơn co tử cung, cố gắng làm chậm cuộc sinh ít nhất trong 24 giờ (Dùng Nifedipin, Salbutamol hoặc Atosiban để làm chậm cuộc sinh).
- Dùng betamethasone để hỗ trợ phổi thai nhi.
- Phối hợp với Bác sĩ sơ sinh chuẩn bị phương tiện hồi sức, chăm sóc sơ sinh thiêu tháng.

Lưu ý: Không điều trị dọa sinh non cho thai từ 36 tuần trở lên.

2. Thuốc cắt cơn co

Chống chỉ định

- Tuyệt đối: kéo dài thai kỳ sẽ có hại
 - Biểu hiện nhiễm trùng tử cung trên lâm sàng.
 - Thai dị tật bẩm sinh nặng.

- Tiền sản giật nặng.
- Tình trạng mẹ - thai nhi cần sinh ngay.
- Suy thai.
- Tương đối: cân nhắc giữa nguy cơ và lợi ích.
 - Chảy máu trước sinh nặng (cân nhắc trong nhau tiền đạo).
 - Võ ối (không sử dụng khi thai > 36 tuần).
 - Tim thai biểu hiện không tốt trên monitor.
 - Suy thai trường diễn.
 - Tiểu đường тип 1 ổn định: có thể dùng Atosiban.
 - Đa thai (tăng thể tích huyết tương, cường aldosteron), nguy cơ tim mạch, OAP, không sử dụng beta-agonist và CCB.

a. Nifedipin

- Nên dùng trong trường hợp tiểu đường, chảy máu trong nhau tiền đạo, đa thai:
- Chống chỉ định: Mẹ bệnh tim, huyết áp thấp, rối loạn chức năng gan, đang dùng Salbumol truyền tĩnh mạch hoặc Magnesium Sulfate, đang dùng thuốc hạ áp khác hoặc nitrate, dị ứng với Nifedipin.
- Liều tấn công: Nifedipin 10 mg, ngậm dưới lưỡi. Nếu còn co, cứ 20 phút ngậm 1 viên, tổng liều không quá 4 viên.
- Liều duy trì: sau viên cuối của liều tấn công 3 giờ, dùng Nifedipin tác dụng chậm 20 mg, uống 1 viên, cứ 6 giờ đến 8 giờ lập lại một lần.
- Nếu Nifedipin thất bại, sau liều cuối 2 giờ có thể dùng Salbutamol.
- Phải theo dõi huyết áp sau khi dùng Nifedipin mỗi 15 phút.

b. Salbutamol

- Chống chỉ định:
 - + Mẹ hoặc thai nhi bị bệnh tim nặng.

- + Bệnh tiểu đường phụ thuộc insulin.
- + Bệnh tuyến giáp.
- + Dị ứng thuốc.
- + Song thai, đa thai (chống chỉ định tương đối).
- Tác dụng phụ:
 - + Nhịp tim nhanh.
 - + Hạ huyết áp.
 - + Run, phù phổi.
 - + Tăng đường huyết và hạ kali máu.
- Liều tấn công:

Đường dùng

- + Truyền tĩnh mạch: Salbutamol 5mg/5ml pha 500ml Glucose 5% (nồng độ # 10 μ g /ml). TTM: 60ml/h (# 20 giọt/phút #10 μ g /phút). Tăng thêm: 20ml/h (# 7 giọt/phút # 3.3 μ g/phút) mỗi 30 phút cho đến khi hết cơn gò hoặc nhịp tim mẹ đạt 120 nhịp/phút hoặc tốc độ truyền đạt tối đa 180ml/h (# 60 giọt/phút # 30 μ g/phút).
- + Bơm tiêm điện: Salbutamol 5mg (ông 5ml) pha 95ml NaCl 0,9% sẽ được dung dịch Salbutamol 50 μ g/ml. Bơm tiêm điện: 12ml/h (# 10 μ g/phút). Tăng thêm 4ml/h (# 3,3 μ g/phút) mỗi 30 phút cho đến khi hết cơn gò hoặc nhịp tim mẹ đạt 120 nhịp/phút hoặc tốc độ truyền đạt tối đa 36ml/h (# 30 μ g/phút).
- Liều duy trì:
 - + Salbutamol viên 2 mg, ngậm 2 viên đến 4 viên/ngày nếu cơn co tử cung nhẹ hay tiếp theo sau khi truyền tĩnh mạch.
 - + Sabultamol đặt hậu môn 1mg, 3viên – 4 viên/ngày.

c. Atosiban

- Chống chỉ định: Mẹ suy gan.
- Liều tấn công: 6,75mg Tractocile (ông màu xanh) pha 1ml Lactate Ringer – tiêm TM chậm > 1 phút.

– Liều duy trì: lọ 37,5mg Tractocile (5ml) + 45ml Lactate Ringer. Bơm tiêm điện, tốc độ 24ml/giờ (#300mcg/phút) đến khi hết cơn gò 1 giờ (trung bình khoảng 3 giờ). Sau đó duy trì tiếp 8ml/giờ (#100mcg/phút).

– Tổng thời gian dùng thuốc trong 1 đợt là 18 – 24 giờ.

– Chi phí cao. Tư vấn cho thai phụ và gia đình trước dùng.

d. Dùng corticosteroids

– Chỉ định một đợt duy nhất cho tuổi thai từ 26 đến hết 36 tuần, chỉ dùng một đợt.

– Hoặc cho betamethasone 12 mg, tiêm bắp 2 liều cách nhau 24 giờ (hoặc mỗi 12g).

– Hoặc cho dexamethasone 6 mg/lần, tiêm bắp 4 lần, cách nhau 12 giờ (hoặc mỗi 6g).

IV. Dự phòng chuyển dạ sinh non

– Cần loại bỏ các yếu tố nguy cơ: ngưng hút thuốc, điều trị viêm nha chu, điều trị viêm tiết niệu, điều trị viêm âm đạo.

– Dự phòng sinh non: khâu eo tử cung, progesterone đặt âm đạo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Anotayanonth S, Subhedar NV, Garner P, et al. Betamimetics for inhibiting preterm labour. Cochrane Database Syst Rev 2004; :CD004352.
2. Ashworth MF, Spooner SF, Verkuyl DA, et al. Failure to prevent preterm labour and delivery in twin pregnancy using prophylactic oral salbutamol. Br J Obstet Gynaecol 1990; 97:878.
3. Crowther CA. Hospitalisation and bed rest for multiple pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2001; :CD000110.
4. Ferguson JE 2nd, Hensleigh PA, Kredenster D. Adjunctive use of magnesium sulfate with ritodrine for preterm labor tocolysis. Am J Obstet Gynecol 1984; 148:166.
5. Guinn DA, Goepfert AR, Owen J, et al. Management options in women with preterm uterine contractions: a randomized clinical trial. Am J Obstet Gynecol 1997; 177:814.
6. Gyetvai K, Hannah ME, Hodnett ED, Ohlsson A. Tocolytics for preterm labor: a systematic review. Obstet Gynecol 1999; 94:869.
7. Haas DM, Imperiale TF, Kirkpatrick PR, et al. Tocolytic therapy: a meta-analysis and decision analysis. Obstet Gynecol 2009; 113:585.

8. Helfgott AW, Willis D, Blanco J. Is sedation beneficial in the treatment of threatened preterm labor? A preliminary report. *J Matern Fetal Med* 1994; 3:37.
 9. Hobel CJ, Ross MG, Bemis RL, et al. The West Los Angeles Preterm Birth Prevention Project. I. Program impact on high-risk women. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170:54.
 10. Ingemarsson I. Tocolytic therapy and clinical experience. Combination therapy. *BJOG* 2005; 112 Suppl 1:89.
 11. Sosa C, Althabe F, Belizán J, Bergel E. Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; :CD003581.
 12. Yost NP, Bloom SL, McIntire DD, Leveno KJ. Hospitalization for women with arrested preterm labor: a randomized trial. *Obstet Gynecol* 2005; 106:14.
-

63/ PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ CHĂM SÓC CHUNG HẬU PHẪU

CHĂM SÓC CHUNG HẬU PHẪU

I. Ngày 1 (≤ 24 giờ sau mổ)

- Theo dõi:
 - + Tổng trạng, tri giác.
 - + Dấu sinh tồn (M, HA, HH, ND).
 - + Nước tiêu mỗi 4 - 6 giờ.
 - + Tình trạng bụng mỗi 4 - 6 giờ: các vết mổ có chảy máu, tụ máu không; bụng có chướng, có phản ứng thành bụng không.
 - + Âm đạo có ra huyết, ra dịch không.
 - + Có nhu động ruột và trung tiện chưa.
- Dịch truyền: 2000ml/ngày (có thể cho NaCl 0,9%, Glucose 5%, Lactate Ringer).
- Kháng sinh.

- 12 giờ sau mổ cho ăn loãng (nếu không có lưu ý gì từ phẫu thuật viên...), và ăn lại bình thường khi có nhu động ruột.

- Vận động sớm tại chỗ (ngồi lên, đi quanh giường.).

- Rút sondé tiêu - ống dẫn lưu khi có chỉ định Bác sĩ.

II. Ngày 2 đến khi xuất viện

1. Theo dõi

- M, HA, ND, hô hấp, nước tiêu mỗi 12 giờ.

- Tình trạng bụng (chướng, phản ứng thành bụng, vết mổ, .).

- Âm đạo có ra huyết, ra dịch không.

- Có trung tiện lại chưa.

- Khuyến khích ngồi dậy, đi lại nhiều hơn.

- Ngưng dịch truyền hoàn toàn, nếu không có chỉ định đặc biệt.

- Cho ăn uống lại bình thường.

- Khám âm đạo trước khi xuất viện.

- Xin GPB trước khi ra viện nếu có yêu cầu.

2. Hướng dẫn khi xuất viện

- Lấy GPBL 2 tuần sau xuất viện, trừ có yêu cầu đặc biệt từ BS Phẫu thuật.

- Hướng dẫn 4 - 6 tuần sau mổ tùy theo tình trạng bệnh.

- Trở lại BV hoặc cơ sở y tế gần nhất ngay khi có dấu hiệu bất thường (đau bụng, sốt, ra huyết).

- Dặn cắt chỉ 5 ngày sau mổ tại BV hay Y tế địa phương.

- Tư vấn bệnh nhân dinh dưỡng đầy đủ, không ăn kiêng.

- Tư vấn những trường hợp phẫu thuật nặng nề có tai biến, tái khám khi có gì lạ và giới thiệu khám chuyên khoa.

III. Đánh giá sau mổ và trước xuất viện

1. Mỗ cắt tử cung:

- Mỗ cắt có chảy máu không, nếu nhiều → khâu cầm máu mỗ cắt.
- Mỗ cắt có viêm không (sốt, đau bụng, dịch âm đạo hôi, mỗm cắt phù nề ấn đau nhiều, BCĐNTT tăng, CRP tăng, siêu âm phù nề mỗm cắt...) → nếu có: đổi kháng sinh liều cao, phô rộng + phối hợp rửa âm đạo hàng ngày với Betadin và đánh giá lại.
 - + Nếu diễn tiến tốt (hết sốt, hết đau bụng, BC giảm, CRP giảm...).
 - + Nếu diễn tiến không tốt (tụ dịch mỗm cắt) → phá mỗm cắt, kháng sinh phô rộng + phối hợp rửa âm đạo 5 ngày.
- Hẹn tái khám 4 - 6 tuần sau mỗ tại phòng khám phụ khoa hoặc trở lại BV ngay khi có dấu hiệu bất thường (đau bụng, sốt, ra huyết).

2. Mỗ UBT trên BN có thai

- Giảm gò TC sau mỗ bằng beta minetique (salbutamol 1 mg lviên x 2 lần/ ngày nhét hậu môn), Spasmaverin 40mg lviên x 2 lần / ngày uống, trong 5 -7 ngày.
- Progesterone 50mg x 2 tiêm bắp trong 5 ngày hoặc đặt âm đạo (100mg 1v x2 trong 5 ngày).
- Theo dõi tim thai, có ra huyết âm đạo không.
- Xin GPB sớm nếu có nghi ngờ ung thư.
- Siêu âm kiểm tra tình trạng thai trước khi xuất viện.
- Hẹn tái khám lại tại phòng khám thai 4 tuần sau mỗ hay trở lại BV ngay khi có gì lạ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. W.D. Hager, J.W. Larsen, Postoperative Infections: Prevention and Management, Chapter 11 in Te Linde's Operative Gynecology, 10th edit. 2008,190-222.
2. Schwartz's Principles of Surgery 9th ed 2010, Chapter 6. Surgical Infections.
3. Phác đồ . 2011

Bệnh viện Từ Dũ

Phác đồ điều trị sản phụ khoa - 2012

64/ PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG QUÁ KÍCH BUỒNG TRÚNG

PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG QUÁ KÍCH BUỒNG TRÚNG

I. Mở đầu

Quá kích buồng trứng (OHSS: Ovarian Hyperstimulation Syndrome) là hội chứng có thể gặp trong quá trình sử dụng thuốc kích thích buồng trứng (KTBT) điều trị hiếm muộn với biểu hiện tăng tính thấm thành mạch, tràn dịch đa màng, giảm nồng độ albumin máu và giảm thể tích tuần hoàn.

II. Phân loại độ nặng QKBT

TC	Nhẹ	Vừa	Nặng	Rất nặng
Lâm sàng	Căng bụng	Đau bụng mức độ trung bình	Rối loạn chức năng gan, phù toàn thân	Có thể gây nguy hiểm đến tính mạng
		Căng bụng nhiều	Căng bụng rất nhiều	Dịch ổ bụng, dịch màng phổi rất nhiều
		Buồn nôn, nôn	Khó thở, thở nhanh (>20 l/phút)	Tràn dịch màng tim Suy thận
	nhẹ	Tiêu chảy	Đau bụng vùng tháp Hạ huyết áp Thiếu niệu Tràn dịch màng phổi	Thuyên tắc mạch (có thể mạch não)
		Dấu hiệu dịch ổ bụng trên siêu âm	Dấu hiệu dịch ổ bụng trên lâm sàng	Hội chứng suy hô hấp cấp (ARDS)
				Thiếu niệu hoặc vô niệu Thiếu oxy máu
SÂ kích thước BT TB	≤ 5 cm	5-12cm	> 12cm	
Hct	< 41%	41% - <45%	45% - < 55%	$\geq 55\%$
Bạch cầu		10.000 - 5.000/mm ³	15.000 - 25.000/ mm ³	> 25.000/ mm ³

Xét nghiệm khác		Creatinine 1-1,5 mg/dl Thanh thải creatinine >50ml/phút (nếu có) Hạ Natri máu Tăng Kali máu	Creatinine >1,5 mg/dl Thanh thải creatinine < 50ml/phút
-----------------	--	--	--

* Kích thước buồng trứng có thể không tương ứng với độ nặng của QKBT khi làm TTON vì có chọc hút trứng.

III. Điều trị

Nguyên tắc điều trị: điều trị nội khoa chủ yếu (bù dịch, điện giải và giải áp sút), hạn chế các can thiệp ngoại khoa. Chỉ can thiệp ngoại khoa khi buồng trứng vỡ, xuất huyết nội, buồng trứng bị xoắn. Dự phòng QKBT là quan trọng. Theo dõi điều trị tùy theo mức độ nhẹ, nặng của hội chứng QKBT.

1. QKBT nhẹ và vừa: có thể theo dõi điều trị ngoại trú

- Nghỉ ngơi, hạn chế hoạt động.
- Uống nhiều nước.
- Ăn thực phẩm có nhiều chất đạm, ăn mặn.
- Theo dõi: Đo vòng bụng, cân nặng mỗi ngày, theo dõi lượng nước tiểu mỗi ngày. Tái khám ngay khi có dấu hiệu chuyển nặng:
 - Nôn nhiều, không uống được, tiêu chảy.
 - Khó thở.
 - Cân nặng và vòng bụng tiếp tục tăng nhanh.
 - Tiểu ít đi (dưới 500ml nước tiểu/24h).

Nếu có dịch ổ bụng lượng vừa, tổng trạng mệt, tiên lượng tình trạng có thể nặng thêm: chọc dịch sút qua đường âm đạo, triệu chứng có thể cải thiện rõ rệt sau khi rút dịch (có thể lặp lại khi cần). Bồi hoàn sút đạm, điện giải và kháng sinh dự phòng sau khi rút dịch.

2. QKBT nặng: nhập viện điều trị

(QKBT nặng và rất nặng điều trị tại hồi sức).

a. Chế độ sinh hoạt

- Nghỉ ngơi tuyệt đối.

b. Điều trị

- Tăng áp lực keo nội mạch: có thể dùng Albumin 25% 50ml - 100ml/ngày.
- Cân bằng nước điện giải:
 - + Natri Chlorua 0,9% (500-1000ml/ngày).
 - + Glucose 5% (500-1000ml/ngày).
 - + Hạn chế sử dụng Lactate Ringer vì QKBT có sẵn tình trạng tăng Kali máu.
- Có thể chọc dẩn lưu ồ bụng giải áp khi có các triệu chứng sau:
 - + Bụng quá căng.
 - + Khó thở.
 - + Thiếu niệu.
 - + Ăn uống kém, suy kiệt do bụng căng.
- Trong trường hợp nặng, khó thở, tràn dịch màng phổi, màng tim: chọc dò, dẩn lưu màng phổi, màng tim để điều trị triệu chứng.
 - + Màng phổi: khi có tràn dịch màng phổi nặng gây khó thở do chèn ép nhu mô phổi, giảm chức năng hô hấp, SpO₂ < 90%.
 - + Màng tim: khi có tràn dịch màng tim làm suy giảm chức năng co bóp của tim.
- Trường hợp QKBT nặng nguy cơ suy thận: cân nhắc dùng Dopamin liều thấp (0,18 mg/kg/h)
- Nếu tình trạng QKBT diễn tiến ngày càng nặng thêm, không đáp ứng với các biện pháp điều trị, suy đa cơ quan đe dọa tính mạng bệnh nhân: cân nhắc chấm dứt thai kỳ.

c. Chế độ theo dõi

- Cân nặng, vòng bụng mỗi 24 giờ. Lưu ý xem lại tình trạng bệnh khi cân nặng tăng > 1kg/ngày.
- Lượng dịch vào, ra cơ thể mỗi 12 giờ. Theo dõi lượng nước tiêu, điều chỉnh sao cho lượng nước tiêu thu được mỗi ngày phải nhiều hơn tổng lượng nước cho vào cơ thể.
- Dấu hiệu sinh tồn/6 giờ.
- Công thức máu, Hct, Ion đạm, Albumin máu mỗi 24 giờ.

- Chức năng gan, thận, chức năng đông máu mỗi 2 ngày.

IV. Dự phòng

1. Đối tượng nguy cơ

Chú ý theo dõi những bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ cao trong quá trình KTTB để có hướng dự phòng và điều trị kịp thời:

- Tuổi dưới 35.
- Hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS).
- Sử dụng FSH trong KTTB.
- Tiền căn QKBT.
- Nồng độ Estradiol trong máu > 6000 pg/ml trước tiêm hCG.
- Nồng độ Estradiol tăng nhanh trong quá trình KTTB.
- Có nhiều nang (>15 nang) có kích thước trung bình và nhỏ (12 -14mm) ở 2 buồng trứng.

2. Dự phòng

- Dự phòng cấp I (ở những đối tượng nguy cơ trước khi KTTB)
 - + Sử dụng phác đồ thích hợp với liều thuốc thích hợp đối với cơ thể từng bệnh nhân.
 - + Sử dụng phác đồ Antagonist.
 - + Không sử dụng hCG trong hỗ trợ giai đoạn hoàng thể.
 - + Nuôi trứng non trong ống nghiệm.
- Dự phòng cấp II (ở những đối tượng đáp ứng quá mức buồng trứng khi KTTB)
 - + Giảm liều hCG gây phóng noãn.
 - + Không tiêm hCG, thay kích thích rụng trứng bằng GnRH đồng vận. (Diphereline 0,1 mg x 2 ống tiêm dưới da) 36 giờ trước khi chọc hút trứng.
 - + Hủy chu kỳ.
 - + Không chuyển phôi, trữ phôi toàn bộ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zalman Levine & Navot, D. 2009. Severe Ovarian Hyperstimulation Syndrome. In: David K Gardner, Ariel Weissman, Colin M Howles & Shoham, Z. (eds.) Textbook of Assisted Reproductive Technologies. Informa Healthcare.
2. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Ovarian hyperstimulation syndrome. Fertil Steril 2008; 90: S 188-93.
3. Green-top Guideline No.5. The management of ovarian hyperstimulation syndrome. Royal College of Obstetricians and Gynecologists 2006.

65/ PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ HỎ EO TỬ CUNG

PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ HỎ EO TỬ CUNG - THUỐC UỐNG ĐÔNG Y KHÔNG CẦN PHẪU THUẬT 3 NGÀY LÀ KHỎI

I. Định nghĩa

Là tình trạng cổ tử cung suy yếu không thể giữ được thai trong buồng TC.

II. Chẩn đoán

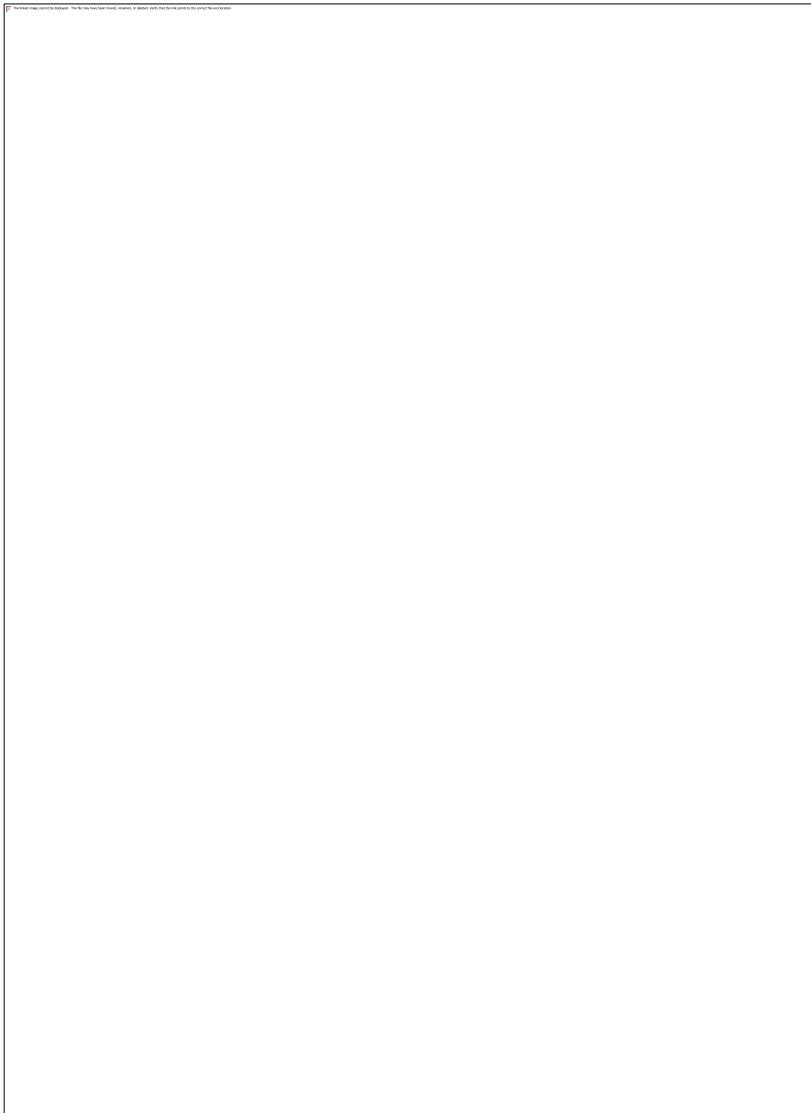
- Dựa vào tiền sử sản khoa đơn thuần hoặc kết hợp siêu âm đường âm đạo đo chiều dài cổ tử cung. Một trong những tiêu chuẩn sau:

+ Tiền sử sản khoa đơn thuần: sẩy thai to hoặc sinh non (trước 28 tuần) > 2 lần liên tiếp với đặc điểm chuyển dạ nhanh không đau.

+ Có tiền sử sẩy thai hoặc sinh non (từ 14 - 36 tuần) với đặc điểm chuyển dạ nhanh không đau, kèm yếu tố nguy cơ hở eo tử cung: nong nạo, khoét chớp, cắt đoạn cổ tử cung, rách cổ tử cung, bệnh lý collagen, bất thường ở tử cung/cổ tử cung.

+ Đo chiều dài cổ tử cung qua siêu âm đường âm đạo $< 25\text{mm}$ và/hoặc có sự thay đổi cổ tử cung qua thăm khám ở tuổi thai trước 24 tuần kèm yếu tố nguy cơ hở eo tử cung.

- Một số hình ảnh / Siêu âm CTC đường âm đạo
 - + Lỗ trong CTC hình phễu (khảo sát ở 2 trạng thái có và không có áp lực lên buồng tử cung).
 - + Sự tương quan giữa chiều dài CTC và hình dạng lỗ trong CTC: với các dạng T, Y, V, U.
 - + Chiều dài CTC < 25mm.
 - + Đầu ối thành lập.
 - + Hiện diện phần thai ở CTC hoặc âm đạo.



III. Điều trị

Thuốc đông y điều trị hở eo tử cung hay hở eo cổ tử cung

Nhìn vào hình ảnh bên trên ta thấy khi thai lớn khoảng 4 - 6 tháng do sức nặng thai nhi khiến tử cung và cổ tử cung bị giãn ra, rất dễ gây ra hiện tượng sinh non, hoặc sảy thai. Nếu khâu vòng cổ tử cung theo tây y thì bà mẹ phải uống kèm thuốc kháng sinh và những hệ lụy không lường trước được. Chúng tôi với bài thuốc gia truyền chỉ cần uống 3 thang trong 3 ngày liên tục sẽ giúp cơ tử cung chắc khỏe hơn. Tỉ lệ thành công đạt trên 90%, nếu bà mẹ nào đã đi khâu rồi thì vẫn có thể kết hợp thuốc sắc của chúng tôi. giá cho 3 thang thuốc là 1.200.000 đ.

Điện thoại liên hệ : 0168.5453457

Tây Y

Khâu vòng CTC là phương pháp điều trị chính trong hở eo TC.

1. Chỉ định khâu vòng CTC

- Chẩn đoán hở eo tử cung.
- Có tiền sử khâu CTC.

2. Chống chỉ định khâu vòng CTC

- Tử cung có cơn co.
- Chảy máu từ tử cung.
- Viêm màng ói.
- Ói vỡ non.
- Bất thường thai nhi.
- Viêm sinh dục cấp.

3. Kỹ thuật khâu vòng CTC dự phòng

a. Thời điểm:

Thực hiện ở tuổi thai 14 - 18 tuần (13 đến <20 tuần).

b. Đánh giá trước thủ thuật

- Siêu âm đánh giá tình trạng CTC.
- Đánh giá tình trạng viêm nhiễm âm đạo. Phải điều trị nếu có viêm nhiễm.

c. Phương pháp khâu CTC

- Có 5 kỹ thuật khác nhau:

+ Mc Donald.

+ Shirodkar.

+ Wurm.

+ Khâu ngả bụng.

+ Lash.

- Phương pháp thường dùng nhất là Mc Donald:

+ Dùng một loại chỉ không tan, bắn rộng 5mm (Mercilene).

+ Mũi khâu nằm sâu trong mô CTC, ở vị trí ngang mức lỗ trong CTC, tránh xuyên qua đầu ối và băng quang.

+ CTC được đóng lại bởi 4 mũi kim làm thành một vòng chỉ thắt quanh CTC.

+ Khi cột chỉ khâu nên để ngón tay vào kẽm CTC để tránh siết chỉ quá mức.

d. Chăm sóc sau thủ thuật

- BN sau khâu vòng CTC phải được theo dõi cẩn thận: cơn gò, tình trạng đau bụng, ra huyết, ra nước âm đạo.

- Nghỉ ngơi tại giường 12- 24 giờ.

- Xuất viện nếu BN không có cơn co TC trong thời gian 24 giờ sau thủ thuật, không ra huyết âm đạo, không có vỡ ối trong quá trình theo dõi.

- Chế độ ăn uống hợp lý.

- Tránh giao hợp, đứng lâu, mang vật nặng.

- Siêu âm đo chiều dài CTC định kỳ khi khám.

- Dùng Progesterone liên tục đến 36 tuần thai kỳ.

- Cắt chỉ khâu khi thai > 38 tuần hoặc khi có chuyển dạ.

- Không bắt buộc sử dụng thuốc giảm co.

- Dùng kháng sinh dự phòng.

IV. Tai biến của khâu vòng cổ tử cung

- Ối vỡ non.
- Viêm màng ối.
- Chuyển dạ sinh non.
- Rách CTC.
- Tổn thương bàng quang.
- Xuất huyết.
- Sinh khó do CTC.
- Vỡ tử cung.

**PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ HỎ EO TỬ CUNG -
BÀI THUỐC UỐNG ĐÔNG Y CHỮA BỆNH HỎ EO CỔ
TỬ CUNG KHÔNG CẦN PHẪU THUẬT UỐNG 3 NGÀY
LÀ KHỎI**

LIÊN HỆ : 01685453457

**PHAC DO CHAN DOAN DIEU TRI HO EO TU CUNG -
BAI THUOC DONG Y CHUA BENH HO EO TU CUNG
KHONG CAN PHAU THUAT UONG 3 NGAY HIEU QUA
CAO**

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Andrews WW, Copper R, Hauth JC, et al. Second-trimester cervical ultrasound: associations with increased risk for recurrent early spontaneous delivery. *Obstet Gynecol* 2000; 95:222.
2. Berghella V, Rafael TJ, Szychowski JM, et al. Cerclage for short cervix on ultrasonography in women with singleton gestations and previous preterm birth: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2011; 117:663.

3. Berghella V, Mackeen AD. Cervical length screening with ultrasound-indicated cerclage compared with history-indicated cerclage for prevention of preterm birth: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2011; 118:148.
4. Committee opinion no. 522: incidentally detected short cervical length. *Obstet Gynecol* 2012; 119:679.
5. Crane JM, Hutchens D. Transvaginal sonographic measurement of cervical length to predict preterm birth in asymptomatic women at increased risk: a systematic review. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2008; 31:579.
6. Daya S. Efficacy of progesterone support for pregnancy in women with recurrent miscarriage. A meta-analysis of controlled trials. *Br J Obstet Gynaecol* 1989; 96:275.
7. Final report of the Medical Research Council/Royal College of Obstetricians and Gynaecologists multicentre randomised trial of cervical cerclage. MRC/RCOG Working Party on Cervical Cerclage. *Br J Obstet Gynaecol* 1993; 100:516.
8. Macdonald R, Smith P, Vyas S. Cervical incompetence: the use of transvaginal sonography to provide an objective diagnosis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2001; 18:211.
9. Owen J, Hankins G, Iams JD, et al. Multicenter randomized trial of cerclage for preterm birth prevention in high-risk women with shortened midtrimester cervical length. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 201:375.e1.
10. Owen J, Yost N, Berghella V, et al. Mid-trimester endovaginal sonography in women at high risk for spontaneous preterm birth. *JAMA* 2001; 286:1340.
11. Society for Maternal-Fetal Medicine Publications Committee, with the assistance of Vincenzo Berghella, MD. Progesterone and preterm birth prevention: translating clinical trials data into clinical practice. *Am J Obstet Gynecol* 2012; 206:376.

66/ PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ THAI BÁM Ở SEO MỒ LÂY THAI

PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ THAI BÁM Ở SEO MỒ LÂY THAI

I. Định nghĩa - nguy cơ

- Thai bám ở sẹo mổ lấy thai là một dạng thai ngoài tử cung do thai làm tổ trong vết sẹo mổ trên cơ tử cung. Đây là dạng bệnh lý hiếm gặp nhất của TNTC. Tuy nhiên với tỷ lệ mổ lấy thai ngày càng có khuynh hướng gia tăng nên tỷ lệ thai bám ở vết mổ cũ cũng gia tăng.

- Có hai dạng thai bám ở vết mổ cũ:

+ Dạng 1: thai làm tổ ở sẹo mổ cũ và phát triển chủ yếu trong buồng tử cung.

+ Dạng 2: là thai cấy sâu vào trong lớp cơ và phần mô sợi của tử cung ở vị trí sẹo mổ lấy thai cũ.

- Nguy cơ

+ Đôi với dạng thai bám một phần ở sẹo mổ, thai phát triển chủ yếu trong buồng TC có thể vẫn tiến triển đến tam cá nguyệt thứ hai và ba, phần nhau bám có thể kéo lên khi thành lập đoạn dưới TC, bám thấp hoặc diến tiến thành nhau cài răng lược.

+ Đôi với dạng thai cấy hoàn toàn trong lớp cơ và sẹo mổ nếu thai phát triển đến tam cá nguyệt thứ hai và thứ ba có nhiều nguy cơ bao gồm vỡ tử cung, xuất huyết ổ bụng, xâm lấn bánh nhau vào bàng quang, nguy cơ cắt tử cung cao, tăng tử suất.

II. Chẩn đoán

Phát hiện sớm thai bám ở VMC giúp điều trị bảo tồn khả năng sinh sản.

1. Lâm sàng

Tam chứng cổ điển (khoảng 1/3 bệnh nhân không có triệu chứng)

+ Trễ kinh.

+ Ra huyết âm đạo bất thường.

+ Đau bụng lâm râm.

2. Cận lâm sàng

• Siêu âm ngả âm đạo kết hợp với Doppler

- Buồng tử cung trống, kênh CTC trống không có thành phần của túi thai.

- Túi thai (+/-) phôi thai (+/-) tim thai nằm ở thành trước đoạn eo tử cung có cơ tử cung phân cách giữa túi thai với bàng quang.

- Có sự phân bố mạch máu quanh túi thai khi kết hợp siêu âm Doppler cho thấy gia tăng mạch máu quanh túi thai.

- Mất hay thiếu lớp cơ bình thường giữa bàng quang và túi thai.

- Thực tế lâm sàng cần yêu cầu bác sĩ siêu âm có kinh nghiệm xác định thêm

+ Tương quan giữa túi thai và đường niêm mạc tử cung.

+ Đo bì dày thành trước tử cung.

• **Siêu âm 3D (không thường quy)**

- Xác định chi tiết giải phẫu của lớp tế bào nuôi bao quanh túi thai, lớp cơ mỏng giữa túi thai và bàng quang.

- Đánh giá mạch máu xung quanh túi thai.

• **MRI (không thường quy) giúp chẩn đoán trong những trường hợp khó.**

3. Chẩn đoán phân biệt

- Thai ở đoạn eo - CTC: Các tiêu chuẩn để chẩn đoán lâm sàng (Paalman và McElin)

+ Chảy máu tử cung không kèm đau co thắt sau một giai đoạn mất kinh.

+ CTC mềm, to bằng hoặc lớn hơn đáy tử cung.

+ Tất cả thành phần của thai được giới hạn hoàn toàn ở kênh CTC và bám chắc vào kênh CTC.

+ Lỗ trong CTC đóng, lỗ ngoài CTC mở một phần.

- Sẩy thai đang tiến triển.

- U nguyên bào nuôi (hiếm).

III. Điều trị

- Quan điểm điều trị phụ thuộc vào

+ Tuổi thai, kích thước túi thai.

+ Nguyên vọng còn sinh sản của BN.

+ Tình trạng huyết động học.

- Mục đích điều trị
 - + Lấy khói thai trước khi vỡ.
 - + Bảo tồn khả năng sinh sản.
- Chọn lựa các phương thức điều trị có thể được phân thành 5 loại
 - + Hủy thai trong túi ối.
 - + Lấy khói nhau thai.
 - + Chèn (Tamponade).
 - + Hóa trị toàn thân.
 - + Tắc mạch máu nuôi.

Điều cần lưu ý là việc điều trị thường phối hợp nhiều phương thức và được cân nhắc trên từng người bệnh.

1. Hủy thai trong túi ối

- Hủy thai trong túi ối đối với các thai đã có hoạt động tim thai. Thủ thuật hủy thai ± hút túi thai được thực hiện tại phòng mổ dưới thực hiện dưới sự hướng dẫn của siêu âm.

- Đường thực hiện:

- + Qua CTC, âm đạo.
- + Qua thành bụng.
- Yêu cầu kỹ thuật
 - + Kim 20-22 G, có thể sử dụng kim 16-17 G (có thể hút phôi và ối trước khi bơm thuốc).
 - + Túi ối phải được giữ nguyên vẹn.
 - + Tránh chảy máu ở vùng kẽ CTC.
 - + Phối hợp với bác sĩ có kinh nghiệm khoa Hiếm muộn.

2. Lấy khói nhau thai

Hai phương thức cốt điểm là nong nạo và phẫu thuật.

- **Nong và nạo**

- Dưới sự hướng dẫn của siêu âm bởi thày thuốc có kinh nghiệm.
- Nong và nạo có nguy cơ xuất huyết cao.
- Có thể tiến hành hút lấy khói nhau thai khi P-hCG giảm nhiều (còn 10-30% so với ban đầu).
- Nạo thường kết hợp với những phương thức cơ học khác (thắt động mạch tử cung trước, chèn bóng sau nạo) để giảm nguy cơ xuất huyết.
- Luôn cảnh giác nạo trong những trường hợp này có thể đưa đến nguy cơ cắt tử cung.

- **Phẫu thuật**

- Mục đích phẫu thuật
 - + Lấy khói nhau thai, bảo tồn tử cung.
 - + Cắt tử cung.
- Phẫu thuật lấy khói nhau thai trong trường hợp
 - + Không đáp ứng điều trị nội.
 - + Khối nhau thai xâm lấn nhiều.
- Lợi ích của phương pháp này là lấy hết mô nhau thai đồng thời sửa chữa khiếm khuyết của sẹo mổ cũ ngăn ngừa tái phát.
- Bất lợi của phương pháp này là đường mổ dài, thời gian hậu phẫu dài và có thể tăng nguy cơ nhau tiền đạo và nhau cài răng lược.
- Cắt tử cung ngay từ đầu cũng có thể đặt ra trong các trường hợp
 - + Xuất huyết không cầm được.
 - + Thai ở tam cá nguyệt II hoặc III.
 - + Tránh phải truyền máu hoặc rơi vào tình huống khẩn cấp ở những phụ nữ không có nhu cầu sinh đẻ.
 - + Tuổi thai tính trên siêu âm trong khoảng 12 tuần.

3. Chèn (tamponade)

- Mục đích: kiềm soát chảy máu rỉ rả sau thủ thuật hút thai.
- Sử dụng sonde Folley 26F đặt nhẹ nhàng qua cổ trong, sau đó bơm căng bóng bong bóng 30ml nước muối sinh lý chèn tại chỗ 12 - 24g tùy chỉ định lâm sàng.

4. Hóa trị toàn thân

- Có thể điều trị đầu tiên hoặc điều trị hỗ trợ.
- Mục đích
 - + Giảm sự phân bố mạch máu ở khói thai.
 - + Tiêu hủy tế bào nhau.
- Xét nghiệm trước MTX: Huyết đồ, chức năng gan, thận.
- Liều lượng: 1mg/kg cân nặng (tiêm bắp) hoặc 50 mg/m² da.
- Đánh giá đáp ứng: theo dõi diễn tiến phCG và hình ảnh siêu âm. Có thể dùng liều lặp lại sau 1 tuần.

- LUU Ý

- + MTX có thể hủy tế bào nuôi nhanh tạo thành những vùng mô hoại tử vi khuan phát triển.
- + βhCG có thể giảm trong vài tháng đầu tiên sau điều trị nội đơn độc nhưng thời gian để cơ thể hấp thu khói nhau thai có thể kéo dài nhiều tháng sau khi βhCG < 5mIU/ml có thể gây các biến chứng như rong huyết dây dưa kéo dài, nhiễm trùng, xuất huyết muộn ở ạt do bong sảy khói nhau thai lâm sàng nên phối hợp điều trị nội với hút thai khi phCG giảm an toàn.
- + Cân nhắc điều trị MTX cho từng trường hợp (βhCG cao, kéo dài) và theo dõi can thận các triệu chứng nhiễm trùng.

5. Tắc mạch máu nuôi

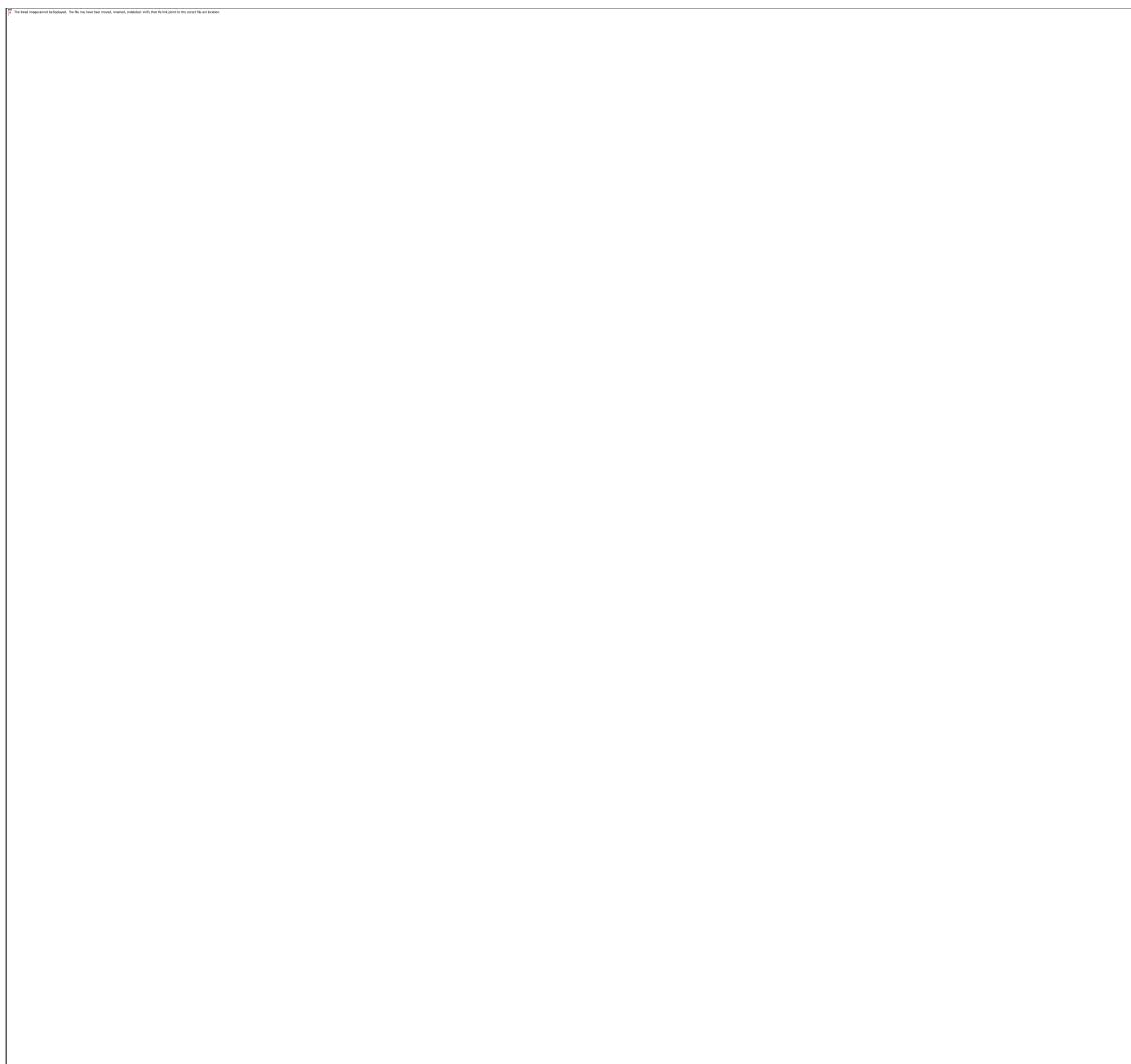
Được dùng để chuẩn bị cho thủ thuật hay phẫu thuật hoặc kết hợp với hóa trị. Các phương pháp được dùng là

- + Thắt động mạch tử cung ngả âm đạo.
- + Thắt động mạch chậu trong (internal iliac).
- + Tắc mạch CTC, TC, hoặc ĐM chậu trong.

IV. Theo dõi sau điều trị

- BN được theo dõi ngoại trú tại Khoa Phụ sau khi xuất viện
 - + β hCG/máu 1-2 tuần/ lần đến khi <5 mIU/ml.
 - + Siêu âm/ 4 tuần đến khi khói nhau thai <10 mm.
- Ngừa thai ≥ 3 tháng nếu có điều trị Methotrexate.
- Tái khám ngay khi có dấu hiệu bất thường (xuất huyết nhiều...).
- Có thể dùng thuốc ngừa thai để vừa ngừa thai vừa điều chỉnh tình trạng rong huyết rỉ rả do tiêu khói nhau thai vùng sẹo mổ.

Tóm tắt sơ đồ điều trị



67/ PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP TRONG THAI KỲ

PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP TRONG THAI KỲ

1. Mở đầu

Tăng huyết áp là biến chứng nội khoa thường gặp nhất ở phụ nữ mang thai và là 1 trong những nguyên nhân quan trọng gây tử vong mẹ trên toàn thế giới. Việc điều trị thích hợp tăng huyết áp thai kỳ nhằm giảm biến chứng nặng nề cho mẹ và thai.

II. Phân loại

- Có 5 nhóm tăng huyết áp trong thai kỳ

1. Tăng huyết áp thai kỳ (trước đây gọi là tăng huyết áp thoáng qua).

2. Tiền sản giật.

3. Sản giật.

4. Tiền sản giật ghép trên tăng huyết áp mãn tính.

5. Tăng huyết áp mãn tính.

- Tăng huyết áp là khi huyết áp tâm thu $\geq 140\text{mmHg}$ và hoặc huyết áp tâm trương $\geq 90\text{ mmHg}$. Đo sau nghỉ ngơi 10 phút.

2. Tăng huyết áp thai kỳ

- Huyết áp $\geq 140/90\text{ mmHg}$.

- Không có protein-niệu.

- Huyết áp trở về bình thường trong vòng 12 tuần sau sinh.

3. Tiền sản giật (TSG)

a. TSG nhẹ

- Huyết áp $\geq 140/90$ mm Hg sau tuần 20 của thai kỳ.

- Protein/ niệu ≥ 300 mg/24 giờ hay que thử $\leq 2+$.

- Hoặc Protein / Creatinin niệu $\geq 0,3$.

b. TSG nặng: TSG và có một trong các triệu chứng sau

- Huyết áp $\geq 160/110$ mm Hg.

- Protein/ niệu ≥ 5 g/24 giờ hay que thử $3+$ (2 mẫu thử ngẫu nhiên).

- Thiểu niệu < 500 ml/ 24 giờ.

- Creatinine / huyết tương > 1.3 mg/dL.

- Tiểu cầu $< 100,000/\text{mm}^3$.

- Tăng men gan ALT hay AST (gấp đôi ngưỡng trên giá trị bình thường) .

- Thai chậm phát triển.

- Nhức đầu hay nhìn mờ.

- Đau vùng thượng vị hoặc hạ sườn phải.

4. Sản giật

TSG và xuất hiện cơn co giật mà không thể giải thích được bằng nguyên nhân khác

5. Tiền sản giật ghép trên tăng huyết áp mãn tính

- Protein-niệu mới xuất hiện ≥ 300 mg/24 giờ trên thai phụ đã có sẵn tăng huyết áp nhưng không có protein-niệu trước tuần lễ thứ 20 của thai kỳ.

- Hoặc huyết áp và protein-niệu tăng đột ngột hay tiểu cầu $< 100,000/\text{mm}^3$ máu trên một phụ nữ tăng huyết áp và có protein-niệu trước tuần lễ thứ 20 của thai kỳ.

6. Tăng huyết áp mãn

- HA $\geq 140/90$ mmHg trước khi mang thai hay được chẩn đoán trước tuần lễ thứ 20 của thai kỳ.

- Hay tăng huyết áp được chẩn đoán sau tuần lễ thứ 20 và kéo dài sau sinh trên 12 tuần.

- Các xét nghiệm thực hiện đối với TSG nặng
 - Tổng phân tích tế bào máu.
 - Acid uric. Bilirubin (Toàn phần, gián tiếp, trực tiếp).
 - AST-ALT.
 - Chức năng thận.
 - Đường huyết.
 - Đạm huyết.
 - TPTNT.
 - Protein niệu 24 giờ.
 - Đông máu toàn bộ.
 - Soi đáy mắt (nếu có thê).
 - Protein/creatinin niệu (nếu có thê).

III. Điều trị tăng huyết áp thai kỳ Nằm nghỉ

- Tăng huyết áp mãn, ổn định: không cần hạn chế hoạt động, vì tăng nguy cơ tắc mạch.
- Nếu TSG và thai suy dinh dưỡng trong tử cung, nằm nghỉ sẽ làm tăng tưới máu tử cung nhau, và giảm thiếu oxy mô.
 - . Tiền sản giật nhẹ: chủ yếu điều trị ngoại trú
- Điều trị nội khoa:
 - Cho thai phụ nghỉ ngơi. Dặn chế độ ăn nhiều đạm, nhiều rau cải và trái cây tươi.
 - Khám thai mỗi 3-4 ngày/ lần.
 - Theo dõi tình trạng sức khỏe của bà mẹ.
 - Theo dõi tình trạng thai nhi: siêu âm thai mỗi 3 - 4 tuần, N_ST 2 lần/ tuần.
 - Dặn dò bệnh nhân về các triệu chứng của tiền sản giật nặng. Hướng dẫn theo dõi cử động thai.
- Nếu HA > 149/ 90mmHg và Protein / niệu ++: nhập viện.

- Lâm sàng:

+ Khám lâm sàng chi tiết và cẩn thận xem có các triệu chứng như nhức đầu, rối loạn thị giác, đau thượng vị và tăng cân nhanh hay không.

+ Cân thai phụ lúc nhập viện và mỗi ngày sau.

+ Đo huyết áp ở tư thế ngồi mỗi 4 giờ, trừ khoảng thời gian từ nửa đêm đến sáng.

- Thường xuyên đánh giá sức khỏe thai: Siêu âm thai - N_ST.

- Xét nghiệm:

+ Xét nghiệm protein / niệu mỗi ngày hoặc cách hai ngày.

+ Định lượng creatinine máu, hematocrit, đếm tiểu cầu, men gan, LDH, acid uric tăng. (Chỉ làm xét nghiệm đông máu khi tiểu cầu giảm và men gan tăng).

• Cách xử trí tiếp theo tùy thuộc vào

- Độ nặng của tiền sản giật.

- Tuổi thai.

- Tình trạng cổ tử cung.

- TSG nhẹ kết thúc thai kỳ ở tuổi thai ≥ 37 tuần.

B. Tiền sản giật nặng

Nguyên tắc xử trí

1. Dự phòng và kiểm soát cơn co giật bằng magnesium sulfate.

2. Hạ áp khi huyết áp cao: Huyết áp tâm trương $\geq 100-110$ mm Hg, hoặc HA tâm thu $\geq 150-160$ mmHg (ACOG 2012).

3. Chấm dứt thai kỳ sau khi chống co giật và hạ HA 24 giờ.

Tránh sử dụng lợi tiểu.

Hạn chế truyền dịch trừ khi có tình trạng mất nước nhiều. a. Magnesium sulfate

• Dự phòng và chống co giật

Magnesium sulfate có thể tiêm tĩnh mạch, tiêm bắp hoặc truyền tĩnh mạch liên tục.

- Liều tấn công: 3 - 4,5g Magnesium sulfate 15% /50ml dung dịch tiêm tĩnh mạch từ 15-20 phút (tùy thuộc cân nặng của thai phụ, tiền căn sử dụng Magnesium sulfate).
- Duy trì 1- 2g /giờ truyền TM. Pha 6g Magnesium sulfate 15% vào chai Glucose 5% 500ml truyền TM XXX giọt/ phút.
- Tiêm bắp gián đoạn: tiêm bắp sâu mỗi giờ 1g hoặc mỗi 4 giờ 5g, thêm Lidocain 2% để giảm đau.
- Bơm tiêm điện: pha 6g Magnesium sulfate 15% + 2ml nước cát pha tiêm, bơm tiêm điện 7ml/giờ.
- Theo dõi các dấu hiệu: phản xạ gân xương (có), nhịp thở (>16 lần/phút), lượng nước tiểu (>100ml/ 4 giờ)
- Đo nồng độ Mg huyết thanh mỗi 12 giờ và điều chỉnh liều duy trì để giữ được nồng độ Mg 4-7mEq/L (4,8-8,4mg/dL).
- Magnesium sulfate dùng trước, trong và duy trì tối thiểu 24 giờ sau sinh [3].

• Ngộ độc Magnesium sulfate

- Liên quan nồng độ Magnesium/huyết thanh.
 - + 9,6 - 12mg/dl (4,0 - 5,0 mmol/L): mất phản xạ gân xương.
 - + 12 - 18 mg/dl (5,0 - 7,5 mmol/L): liệt cơ hô hấp.
 - + 24 - 30 mg/dl (10 - 12,5 mmol/L): ngưng tim
- Nguy cơ BHSS.
- Giảm dao động nội tại nhịp tim thai.

• Xử trí ngộ độc Magnesium sulfate

- Ngừng Magnesium sulfate.
- Thuốc đối kháng: Calcium gluconate, tiêm TM 1g.
- Đặt nội khí quản và thông khí để cứu sống bệnh nhân nếu có suy hô hấp, ngừng thở.

b. Thuốc hạ huyết áp

Thuốc hạ áp có thể ảnh hưởng bất lợi trên cả mẹ và thai. Ảnh hưởng trên thai nhi hoặc gián tiếp do giảm lưu lượng tuần hoàn tử cung nhau hoặc trực tiếp trên tim mạch. Do vậy, cần cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ khi sử dụng thuốc hạ áp.

• **Chỉ định**

- Khi HA tâm thu > 150-160 mm Hg hay
- HA tâm trương > 100mm Hg.

HA đạt sau điều trị

- HA trung bình không giảm quá 25% so với ban đầu sau 2 giờ.
- HA tâm thu ở mức 130 - 150mm Hg.
- HA tâm trương ở mức 80 - 100mm Hg.

• **Chống chỉ định trong thai kỳ**

- Nitroprusside.
- Thuốc ức chế men chuyên.
- Các loại thuốc hạ HA dùng trong thai kỳ
 - Labetalol.
 - Hydralazine.
 - Ức chế Calcium như Nifedipine, Nicardipine.

Labetalol

- Bắt đầu 20 mg TM, cách 10 phút sau đó TM 20 đến 80mg.
- Tổng liều <300 mg. Ví dụ: TM 20mg, tiếp theo 40 mg, 80mg, tiếp 80mg. Có thể truyền TM 1 mg - 2mg/phút.
- HA sẽ hạ sau 5-10 phút và kéo dài từ 3-6 giờ. [4,12]

Hydralazine

- Có thể gây hạ huyết áp hơn những thuốc khác [4], không phải là chọn lựa số 1 nhưng được dùng rộng rãi

- Cách dùng: [3,4]
 - + Tiêm TM 5mg hydralazine/1-2 phút.
 - + Nếu sau 15-20 phút không đạt được hạ áp cho 5- 10mg TM tiếp.
 - + Nếu tổng liều 30 mg không kiểm soát được HA nên dùng thuốc khác.
 - + HA sẽ hạ sau 10-30 phút và kéo dài từ 2-4 giờ.
- Hydralazine được chứng minh có hiệu quả trong phòng ngừa xuất huyết não. Nicardipin
- Ống 10mg/10ml pha với 40ml nước cát hoặc NaCl 0,9%.
- Tán công: 0,5-1 mg (2,5-5ml) tiêm tĩnh mạch chậm.
- Duy trì bơm tiêm điện 1-3mg/ giờ (5-15 ml/giờ). Nếu không đáp ứng sau 15 phút tăng 2,5mg/giờ tối đa 15mg/giờ.

Các thuốc hạ áp khác: ít khi sử dụng

c. Lợi tiểu

- Chỉ dùng khi: Có triệu chứng dọa phổi cấp.
- Furosemide (Lasix) 1 ống 20mg x 8 ống - tiêm tĩnh mạch chậm.
- Không dùng dung dịch ưu trương.
- Có thể truyền Lactate Ringer với tốc độ 60 - 124ml/giờ[3].

d. Chấm dứt thai kỳ

• Các chỉ định chấm dứt gồm

- TSG nhẹ thai > 37 tuần.
- TSG nặng:
 - + Huyết áp tâm trương $\geq 110\text{mmHg}$.
 - + Protein niệu $\geq 5\text{g}/24\text{ giờ}$, dipstick đạm niệu $\geq +++$ qua 2 lần thử cách nhau 4 giờ.
 - + Thiếu niệu (lượng nước tiểu $< 500\text{ml}/24\text{ giờ}$ hoặc $< 30\text{ml}/\text{giờ}$)
 - + Creatinin huyết tăng.

- + Nhức đầu, hoa mắt, đau vùng thượng vị hoặc đau hạ sườn phải.
- + Suy giảm chức năng gan.
- + Giảm tiêu cầu.
- + Có hội chứng HELLP (tán huyết, tăng SGOT, SGPT, giảm tiêu cầu)
- + Phù phổi cấp.
- + Thai suy trường diễn hoặc suy cấp.

• Hỗ trợ phổi thai nhi

- Tuổi thai từ 28-34 tuần: giúp trưởng thành phổi thai nhi
- Betamethasone: 4mg x 3 ống TB, lặp lại lần 2 sau 12-24 giờ.

• Khuynh hướng trì hoãn thai kỳ

- Tuổi thai < 34 tuần khuynh hướng trì hoãn chấm dứt thai kỳ sau 48 giờ hay đến khi thai được 34 tuần.
- Theo dõi sức khỏe thai N_ST, siêu âm Doppler .

- Lưu ý: Nguy cơ nhau bong non (NBN), sản giật, rối loạn đông máu, suy thận, xuất huyết não...

• Chống chỉ định kéo dài thai kỳ

- Huyết động học thai phụ không ổn định.
- N_ST không đáp ứng, thiếu ối, thai suy dinh dưỡng trong tử cung, siêu âm Doppler giảm tưới máu động mạch.
- Tăng HA không đáp ứng với điều trị.
- Có dấu hiệu nhức đầu, nhìn mờ, đau vùng gan, hội chứng HELLP.
- Sản giật.
- Phù phổi.
- Suy thận.
- NBN, chuyển dạ, vỡ ối.

- Phương pháp châm dứt thai kỳ

- Khởi phát chuyển dạ.
- Nếu CTC thuận lợi có thể giục sinh bằng Oxytocin và theo dõi sát bằng monitoring, giúp sinh bằng Forceps khi đủ điều kiện.
- Nếu CTC không thuận lợi: mổ lấy thai.

C. Sản giật

- Điều trị giống như TSG nặng

- Oxy, cây ngang lưỡi, hút đàm nhót đảm bảo thông hô hấp.
- Chống co giật.
- Hạ huyết áp.
- Châm dứt thai kỳ.
- Dự phòng các biến chứng: xuất huyết não, vô niệu, phù phổi cấp, nhau bong non, phong huyết tử cung-nhau.
- Phương pháp châm dứt thai kỳ
- Nếu bệnh nhân vô niệu, co giật: phải gây mê, mổ lấy thai.
- Nếu bệnh nhân ổn định, 24 giờ sau cơn co giật cuối cùng, khởi phát chuyển dạ nếu cổ tử cung thuận lợi và giúp sinh bằng forceps khi đủ điều kiện.

D. Hậu sản + Sản giật

- Điều trị nội khoa tích cực (theo phác đồ điều trị sản giật).
- Duy trì Magnesium sulfate 24 giờ sau khi co giật.

E. Điều trị tăng huyết áp mãn nặng thêm do thai

a. Nguyên tắc điều trị

Điều trị như là trường hợp tiền sản giật nặng.

b. Cách điều trị

- Điều trị nội khoa

- Thuốc hạ áp là Labetalol hay Methyldopa (an toàn cho thai phụ và thai nhi), chọn lựa kê là úc ché calcium.

- Vai trò lợi tiểu còn chưa rõ ràng.

- Liều dùng

+ Methyldopa 250 mg (uống) 2 lần /ngày, liều tối đa 3g/ngày.

+ Labetalol 100 mg, (uống) 2-3 lần / ngày, liều tối đa 1200 mg/ngày.

+ Nifedipine 30 -90 mg, 1 lần ngày tác dụng chậm, tăng cách 7 - 14 ngày, tối đa 120 mg/ngày.

• Điều trị sản khoa

- Cần xác định tuổi thai.

- Làm các xét nghiệm đánh giá sự phát triển và sức khỏe của thai nhi 2 lần/ tuần .

- Châm dứt thai kỳ sớm hơn nếu có dấu hiệu suy thai trường diễn.

• Tiêu lượng lâu dài

- Phụ nữ có tăng HA trong thai kỳ cần được theo dõi nhiều tháng sau sinh và tư vấn về các lần có thai sau và nguy cơ bệnh tim mạch trong tương lai.

- Tình trạng tăng HA tồn tại càng lâu sau khi sinh, nguy cơ chuyển thành tăng HA mãn tính càng cao.

- Những phụ nữ bị sản giật, nguy cơ phát triển thành tăng HA mãn tính cao gấp 3 lần ở phụ nữ đã sinh nhiều lần so với phụ nữ mới sinh lần đầu.

- Những phụ nữ đã bị TSG, nguy cơ tăng HA mãn tăng nếu lại bị TSG ở lần có thai sau.

- Có thể nói, theo dõi tình trạng HA ở thai kỳ sau là một biện pháp tầm soát nguy cơ tăng HA mãn tính ở những bệnh nhân bị TSG. Tuy nhiên, một điểm cần lưu ý là bản thân TSG không gây tăng HA mãn tính.

• Tư vấn về các lần mang thai tới

- Phụ nữ đã từng bị TSG có nguy cơ bị tái phát ở lần có thai tới.

- Tình trạng TSG biểu hiện và được chẩn đoán càng sớm, khả năng bị TSG ở các lần có thai tới càng cao.

- Phụ nữ sinh nhiều lần, bị TSG sẽ có nguy cơ TSG ở lần có thai sau nhiều hơn sản phụ mới bị TSG lần đầu.

Tài liệu tham khảo

1. Bài giảng sản phụ khoa (2007) tập 1. Nhà xuất bản Y học Tp. HCM, trang 462-468
2. Abalos, E, Duley, L, Steyn, DW, Henderson-Smart, DJ. Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy (Cochrane Review). Cochrane Database Syst Rev 2007; :CD002252.
3. ACOG practice bulletin. Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia. Obstet Gynecol. 2002 Jan;99(1):159-67.
4. Duley, L, Henderson-Smart, DJ, Meher, S. Drugs for treatment of very high blood pressure during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2006; 3:CD001449.
5. F.Gary Cunningham, Williams Obstetrics (2005) 22Th ed, Mc GRAW -HILL, p 761-798
6. F.Gary Cunningham, Williams Obstetrics (2009) 23Th ed, Mc GRAW -HILL, chapter 34.
7. Fortnightly review: management of hypertension in pregnancy. BMJ 1999 May 15;318(7194): 1332-6.
8. Magee LA; Ornstein MP; von Dadelszen P
9. Martin, JN Jr, Thigpen, BD, Moore, RC, et al. Stroke and severe preeclampsia and eclampsia: a paradigm shift focusing on systolic blood pressure. Obstet Gynecol 2005; 105:246.
10. Meher S; Abalos E; Carroli G; Meher S: Bed rest with or without hospitalisation for hypertension during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2005;(4):CD003514.
11. Saítlas AF; Olson DR; Franks AL Epidemiology of preeclampsia and eclampsia in the United States, 1979-1986. Am J Obstet Gynecol 1990 Aug;163(2):460-5.
12. UpToDate 2009
13. Working group report on high blood pressure in pregnancy. National Institutes of Health, Washington, DC 2000.
14. Von Dadelszen, P, Magee, LA. Fall in mean arterial pressure and fetal growth restriction in pregnancy hypertension: an updated metaregression analysis. J Obstet Gynaecol Can 2002; 24:941.

68/ PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ TĂNG SINH NỘI MẠC TỬ CUNG

PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ TĂNG SINH NỘI MẠC TỬ CUNG

I. Định nghĩa và phân loại

- Tăng sinh nội mạc TC là chẩn đoán mô học được định nghĩa là có sự tăng sinh bất thường về kích thước và hình dạng của tuyến NMTC làm tăng tỷ lệ tuyến / mô đệm so với nội mạc TC bình thường.
- Phân loại: theo WHO dựa vào 2 yếu tố chính
 - + Thành phần cấu trúc tuyến/ mô đệm (đơn giản hay phức tạp).
 - + Có sự hiện diện của nhân không điển hình (điển hình hay không điển hình).
- Do đó tăng sinh NMTC được chia thành 4 nhóm
 - + Tăng sinh đơn giản điển hình.
 - + Tăng sinh đơn giản không điển hình.
 - + Tăng sinh phức tạp điển hình.
 - + Tăng sinh phức tạp không điển hình.
- Lý do của sự phân chia này dựa trên diễn tiến tự nhiên của bệnh
 - + 2% tăng sinh đơn giản điển hình diễn tiến thành ung thư NMTC.
 - + 8% tăng sinh phức tạp điển hình diễn tiến thành ung thư NMTC.
 - + 23% tăng sinh không điển hình diễn tiến thành ung thư NMTC.

II. Yếu tố nguy cơ

Tăng sinh NMTC gây nên do có sự kích thích của estrogen lên NMTC mà không có tác dụng đối kháng của progesterone. Do đó ta thường gặp tăng sinh NMTC ở các nhóm sau

1. Tuổi dậy thì (do chu kỳ không phóng noãn).

2. Phụ nữ trẻ, tiền MK, quanh MK (do suy giảm progesterone của hoàng thể).

- Nội sinh: phụ nữ béo phì, bướu BT sản xuất estrogen, thiếu năng BT, hội chứng BT đa nang.
- Ngoại sinh: điều trị nội tiết estrogen đơn thuần.
- Các bệnh lý đi kèm như tiêu đường, cao huyết áp.

3. Hậu mãn kinh

- Điều trị nội tiết estrogen đơn thuần trong thời kỳ hậu MK.
- Cũng có thể do estrogen nội sinh.
- Do thuốc: Tamoxifen.

III. Triệu chứng - chẩn đoán

1. Triệu chứng

Xuất huyết tử cung bất thường, thường đi kèm với đau co thắt vùng bụng dưới.

2. Khám

- Âm đạo có huyết từ buồng TC.
- Có thể phát hiện đi kèm cùng bướu BT, buồng trứng đa nang, tăng sinh tuyến thượng thận.
- Cận lâm sàng.

• Siêu âm

- Tăng sinh NMTC tạo ra vùng echo dày, đồng nhất, bờ nhẵn trong buồng TC, có độ dày > 4mm (mãn kinh) và đầu chu kỳ kinh > 9 mm.
- Có thể phát hiện UNBT, BT đa nang.

• Nạo sinh thiết

- Tăng sinh NMTC là chẩn đoán của GPB trên vi thể nên nạo sinh thiết giúp chẩn đoán rõ ràng dạng tăng sinh.

- Tuy vậy, nạo sinh thiết (NST) không phải luôn luôn cho chẩn đoán chính xác. Có một số ung thư NMTC biệt hóa cao không chẩn đoán được qua NST (cùng tồn tại với tăng sinh NMTC không điển hình).

- **Soi BTC**

- Có thể thấy những hình ảnh như NMTC dày lên, có những đường viền, rãnh sung huyết, những nhú nội mạc bờ dày không đều. Tăng sinh NMTC có 2 dạng

- + Tăng sinh khu trú.

- + Tăng sinh toàn diện: toàn bộ NMTC dày.

- Soi BTC có thể giúp hướng dẫn việc nạo sinh thiết một cách chính xác.

IV. Xử trí

Phụ thuộc vào tuổi, GPB, dấu hiệu lâm sàng, mong muốn có con.

- **Mục đích điều trị**

- Đối với bệnh lý tăng sinh nội mạc đơn giản hay phức tạp, điển hình: kiểm soát xuất huyết bất thường và ngăn ngừa di căn thành ung thư NMTC.

- Tăng sinh NMTC không điển hình: cần điều trị triệt để bao gồm phẫu thuật (do nguy cơ ung thư nội mạc tử cung cao).

- **Lưu ý**

- Nhiều loại tăng sinh khác nhau có thể cùng hiện diện ở nội mạc và cùng đi kèm với ung thư NMTC.

- Điều kiện đầu tiên trong điều trị bảo tồn là mẫu nạo sinh thiết đã được lấy cẩn thận không bỏ sót tổn thương.

- Có thể điều trị ở tất cả thời điểm vì điều trị ở giai đoạn sớm tình trạng tăng sinh không điển hình cũng có thể thoái triển.

1. Nhóm trẻ tuổi và chưa mãn kinh

- **Tăng sinh điển hình**

- Thuốc ngừa thai phối hợp chu kỳ ít nhất 6 tháng.

- Progestins nên liên tục ít nhất 12 -14 ngày/tháng x 3 - 6 tháng.

- + MPA (Medroxyprogesterone acetate) 10 mg/ ngày.
- + Micronized progesterone 200 mg/ngày.
- + Norethindrone acetate 5-15 mg/ ngày.
- + Depot - provera 150 mg TB mỗi 3 tháng.
- + Đặt dụng cụ TC chứa nội tiết (levonorgestrel) đối với bệnh nhân muốn ngừa thai.

- Sau đó

- + Theo dõi các biểu hiện trở lại bình thường của chu kỳ kinh nguyệt và rụng trứng.
- + Nếu muốn có thai kích thích phóng noãn.
- + Sinh thiết NMTC khi có xuất huyết TC bất thường.

• Tăng sinh không điển hình

- Bệnh nhân còn muốn sinh
 - + Thuốc ngừa thai phối hợp.
 - + Progestins: Megestrol (80-160 mg/ngày), MPA, Depot - provera 150 mg tiêm bắp hoặc vòng tránh thai chứa progestin.
 - + Sinh thiết nội mạc tử cung đánh giá điều trị sau 3 tháng, nếu bệnh lý còn tồn tại tăng liều cao hơn. Thời gian thoái triển trung bình khi điều trị progestin được ghi nhận khoảng 9 tháng. Nếu bệnh lý vẫn còn tồn tại sau 7-9 tháng điều trị tiên lượng điều trị nội khoa thất bại cao (có chỉ định cắt TC).
 - Khi mẫu sinh thiết không còn dấu hiệu bệnh, khuyên bệnh nhân có thai sớm. Nếu chưa muốn có thai cần tiếp tục duy trì điều trị và sinh thiết NMTC mỗi 6-12 tháng.
 - Cắt tử cung có chỉ định đối với
 - + Bệnh nhân đủ con không muốn sinh thêm.
 - + Bệnh nhân không muốn hoặc không thể theo dõi bằng phương pháp nội khoa và sinh thiết nội mạc TC theo lịch hẹn.
 - + Xuất huyết tử cung trầm trọng.

2. Nhóm tuổi mãn kinh

- Tăng sinh điển hình

- Đang điều trị nội tiết thay thế thì chỉ cần ngưng thuốc.

- Có bướu buồng trứng phẫu thuật.

- Điều trị progestin liên tục 3 tháng, sau đó sinh thiết nội mạc tử cung đánh giá điều trị ngay khi ngưng thuốc và lập lại sau 6-12 tháng.

- Bệnh nhân còn ra huyết bất thường và kết quả nạo sinh thiết còn tồn tại bệnh cắt tử cung.

- BN bị các vấn đề nội khoa nặng không thể phẫu thuật cũng có thể điều trị với Progestins.

- Tăng sinh không điển hình

- Phương pháp điều trị thích hợp nhất là cắt tử cung.

- Nếu chưa thực hiện được phẫu thuật có thể điều trị progestin liên tục hoặc đặt dụng cụ tử cung chứa progestin sau khi sinh thiết nội mạc tử cung cẩn thận dưới nội soi BTC để loại trừ ung thư nội mạc tử cung.

- Mẫu sinh thiết cần làm lại sau 3 tháng điều trị và sau đó mỗi 6 -12 tháng.

- Các phương pháp khác

- GnRH đồng vận: gây tình trạng mãn kinh giả có hiệu quả với tăng sinh NMTC điển hình sau 6 tháng điều trị nhưng không hiệu quả đối với tăng sinh không điển hình (số liệu còn ít).

- Cắt đốt nội mạc tử cung tăng sinh qua nội soi BTC: ghi nhận thành công khoảng 68-73% trường hợp nhưng còn theo dõi các di chứng lâu dài.

- Danazol cũng được ghi nhận điều trị thành công (khoảng 83% phụ nữ mãn kinh) nhưng tác dụng phụ nhiều.

69/ PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ U XƠ TỬ CUNG

U XƠ TỬ CUNG

I. Định nghĩa - phân loại

- U xơ tử cung là khối u lành tính của tế bào cơ trơn tử cung.

- Phân loại: tùy theo vị trí khối u xơ có thể chia thành

+ Dưới thanh mạc.

+ Trong cơ tử cung.

+ Dưới niêm mạc.

+ Có thể ở CTC hoặc trong dây chằng rộng.

II. Chẩn đoán

Phần lớn phụ nữ có u xơ tử cung không có triệu chứng lâm sàng nhưng cũng có thể có triệu chứng nặng.

- Triệu chứng lâm sàng

+ Xuất huyết tử cung bất thường (rong kinh, rong huyết, cường kinh).

+ Các triệu chứng chèn ép vùng hạ vị (cảm giác trắc nặng, bón, tiểu lắt nhắt, bí tiểu...).

- Khám

+ Tổng trạng có thể bình thường hoặc nhợt nhạt, thiếu máu.

+ Tử cung to, chắc, mật độ không đều di động theo CTC.

+ Triệu chứng phúc mạc do khối u xơ TC thoái hóa hoại tử.

- Cận lâm sàng

+ Siêu âm: Có u xơ tử cung (phân biệt u nang buồng trứng).

+ Có thể sử dụng CT- scan, MRI trong những trường hợp khó (u to, cần chẩn đoán phân biệt.).

+ UIV đánh giá chèn ép niệu quản, thận.

- Chẩn đoán phân biệt

+ Xuất huyết tử cung bất thường do chu kỳ không rụng trứng hay bệnh lý tăng sinh nội mạc TC hay bệnh lý ác tính của NMTC.

+ Đau vùng chậu (do lạc nội mạc ở cơ tử cung, lạc nội mạc buồng trứng, thai ngoài tử cung, UNBT xoắn, viêm phần phụ).

- + Khối u hạ vị (thai, lạc nội mạc ở cơ TC, polyp tử cung, khối u BT, leiomyosarcoma).

III. Xử trí

- Mục tiêu điều trị**

- Làm giảm nhẹ các triệu chứng (xuất huyết tử cung bất thường, đau, các triệu chứng do chèn ép.).

- Giảm kích thước khối u xơ.

- Cách thức can thiệp nên tùy vào từng người bệnh dựa trên các yếu tố sau**

- Kích thước và vị trí khối u xơ (to hay nhỏ, dưới niêm mạc, trong cơ hay dưới thanh mạc).

- Triệu chứng kèm theo (chảy máu, đau, chèn ép, vô sinh).

- Tình trạng mãn kinh.

- Nguyệt vọng của người bệnh (giá thành, sự thuận lợi, mong muốn bảo tồn TC, tác dụng phụ).

- Xử trí u xơ tử cung có thể bằng biện pháp theo dõi, điều trị nội khoa hay phẫu thuật.**

2. Nội khoa: chỉ định điều trị nội khoa khi u xơ tử cung có triệu chứng

1/- Progestins

- Lynestrenol (OrgamétrilR) 5mg: liều 1 viên x 2 lần (uống) / ngày.

- Norethisterone (Primolut Nor) 5mg: liều 1 viên x 2 lần (uống) / ngày.

- Dydrogesterone (Duphaston) 10-30mg/ ngày.

- Nomegestrol acetate (LutanylR) 5mg: liều 1 viên (uống) 1 lần/ngày.

- Tùy theo mức độ xuất huyết hoặc nhu cầu có con:

- + Có thể điều trị từ ngày thứ 16 đến 25.

- + Hay từ ngày thứ 5 tới 25 của chu kỳ.

- + Hoặc liên tục, trong 3 - 6 tháng.

- DCTC có nội tiết (Mirena) được sử dụng để giảm bớt thể tích khối u và cường kinh, đồng thời ngừa thai.

- Progestins (chích, cây..) dùng để điều trị các triệu chứng nhẹ ở những người muốn kết hợp ngừa thai.

- Progestins có thể giảm kích thước nhau xơ nhưng khi ngưng thuốc sẽ trở lại.

2/- Thuốc ngừa thai phối hợp

Làm teo NMTC, do đó giảm bớt tình trạng cường kinh trong UXTC.

3/- Chất đồng vận GnRH (Bảng 1)

- Chỉ định: có thể dùng trong những trường sau

+ Điều trị trước mổ bóc nhau xơ to.

+ Trì hoãn phẫu thuật và nâng đỡ trạng trước phẫu thuật.

+ Bệnh nhân tiền mãn kinh.

+ Chuẩn bị trước mổ cắt tử cung đường âm đạo, nội soi buồng tử cung đối với nhau xơ tử cung > 5cm.

+ Bệnh nhân có chống chỉ định phẫu thuật.

+ Bệnh nhân chưa muốn phẫu thuật.

Thuốc đắt tiền, hiệu quả có giới hạn nên chỉ sử dụng khi thật cần thiết.

Nên dùng 3 tháng trước phẫu thuật để nhau xơ nhỏ lại và phẫu thuật ít mất máu.

- Các loại thuốc GnRH đồng vận

+ Triptorelin (Diphereline) 3,75mg/ tháng tiêm bắp.

+ Leuprorelin (Enantone) 3,75mg/tháng tiêm bắp.

+ Goserelin (Zoladex) 3,6 mg/tháng tiêm dưới da vùng bụng.

4/. Các phương pháp điều trị nội khoa khác

- Antiprogestins (RU-486).

- Danazol và Gestrinone (Androgenic steroids).

Có hiệu quả nhưng tác dụng phụ nhiều.

3. Phẫu thuật

Chỉ định phẫu thuật: khi có 1 trong các yếu tố sau

- 1- UXTC to ≥ 12 tuần có triệu chứng.
- 2- Xuất huyết tử cung bất thường nội thất bại.
- 3- UXTC dưới niêm, rong huyết.
- 4- Có biến chứng (chèn ép bàng quang, niệu quản).
- 5- UXTC hoại tử, nhiễm trùng nội thất bại.
- 6- UXTC to nhanh, nhất là sau mãn kinh.
- 7- Kết hợp với các bệnh lý khác: K CTC, K NMTC, TS NMTC không điển hình, sa SD.
- 8- Vô sinh, sẩy thai liên tiếp.
- 9- Khối u vùng hạ vị không phân biệt được với khối u buồng trứng.

Phương pháp phẫu thuật

Mục đích phẫu thuật lấy khối nhân xơ bảo tồn tử cung hay cắt tử cung toàn phần tùy thuộc vào tình trạng bệnh lý và nguyện vọng của người bệnh.

- Bóc nhân xơ

- + UXTC ở cơ và dưới thanh mạc \rightarrow mở bụng.
- + UXTC dưới niêm mạc \rightarrow nội soi BTC.
- + UXTC thoái hóa sa xuống âm đạo \rightarrow cắt đường âm đạo.

- Cắt tử cung toàn phần: người bệnh đã được tư vấn kỹ và đồng ý trước khi phẫu thuật.

- Tắc động mạch tử cung

Chỉ định

- 1- Có chẩn đoán u xơ TC to 12 - 16 tuần (siêu âm tối đa 3 nhân xơ).
- 2- Có ch่อง chỉ định gây mê toàn thân.
- 3- Nhân xơ tái phát sau phẫu thuật bóc nhân xơ.

4- Muốn giữ lại TC.

5- BN từ chối phẫu thuật.

Chống chỉ định

+ Có rối loạn đông máu.

+ Các bệnh lý nội khoa cần điều trị trước.

+ Nghi ngờ bệnh lý ác tính.

Phương pháp

+ Đặt Catheter vào động mạch đùi luồn đến động mạch tử cung, rồi bơm vào chất plastic hay gel tạo đóng cục máu làm giảm nuôi dưỡng u và kết quả giảm kích thước khối u xơ.

+ Sau thủ thuật dùng thuốc giảm đau không steroid hoặc Paracetamol, KS dự phòng và theo dõi biến chứng (chảy máu, nhiễm trùng...) BN được xuất viện sau 1 ngày.

- Nội soi buồng tử cung cắt NXTC dưới niêm mạc

+ Phụ nữ đã có đủ con.

+ Điều trị triệu chứng xuất huyết bất thường.

70/ PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VIÊM SINH DỤC DO HERPES

PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VIÊM SINH DỤC DO HERPES

I. Nguyên nhân

- Herpes simplex virus (HSV) typ 2, đôi khi có kèm typ 1.

- HSV có ái lực với tổ chức da niêm sinh dục, chui vào hạch bạch huyết vùng chậu, ẩn nấp trong đó và gây tác dụng lâu dài. Thời gian ủ bệnh: 3-7 ngày.

II. Chẩn đoán

Dựa vào triệu chứng lâm sàng là chính, XN CLS ít thực hiện. Nếu cần hội chẩn thêm chuyên khoa.

- Lâm sàng

+ Sốt, đau cơ.

+ Nhiễm HSV lần đầu tiên có thể có tổn thương tại chỗ và toàn thân (vùng sinh dục, hậu môn).

+ Sang thương là những bong nước, nổi lên từng mảng, sau đó vỡ ra thành một vết loét rộng, nồng, đau, bỏng rất, kéo dài 2-3 tuần.

+ Khí hư đục như mủ.

+ Hạch bẹn (+), một hoặc hai bên, đau.

+ Những đợt tái phát: giống tổn thương ban đầu nhưng ngắn hơn, ít triệu chứng toàn thân, thường xuất hiện sau tình trạng stress.

- Cận lâm sàng (nếu có điều kiện)

+ Cấy virus.

+ Thể vùi trong tế bào (phết tế bào).

+ Kỹ thuật miễn dịch huỳnh quang (mẫu ở đáy vết loét).

+ Phản ứng huyết thanh: tăng gấp 4 lần (2-3 tuần).

III. Điều trị

- Tùy theo giai đoạn bệnh

+ Giai đoạn cấp, dùng một trong các thuốc sau đây

Acyclovir (Zovirax) 400mg uống 3 lần/ngày x 7-10 ngày.

Acyclovir 200mg uống 5 lần/ngày x 7-10 ngày.

Famcyclovir 250mg uống 3 lần/ngày x 7-10 ngày.

Valacyclovir 1g uống 2 lần/ngày x 7-10 ngày.

+ Giai đoạn tái phát, dùng một trong các thuốc sau đây

Acyclovir (Zovirax) 400mg uống 3 lần/ngày x 5 ngày.

Acyclovir 800mg uống 2 lần/ngày x 5 ngày.

Acyclovir 800mg uống 3 lần/ngày x 2 ngày.

Famciclovir 125mg uống 2 lần/ngày x 5 ngày.

Famciclovir 1000mg uống 2 lần/ngày x 1 ngày.

Famciclovir 500mg uống 2 lần/ngày x 1 ngày.

Famciclovir 500mg uống 1 lần, sau đó uống 250mg 2 lần/ngày x 2 ngày.

Valacyclovir 500mg uống 2 lần/ngày x 3ngày.

Valacyclovir 1g uống 1 lần/ngày x 5 ngày.

- Thuốc bôi.

- Kháng sinh nếu bị nhiễm.

- Giảm đau, vệ sinh tại chỗ.

IV. Theo dõi

- Tái khám khi có gì lạ.

- Khám phụ khoa định kỳ.

• Lưu ý

- Các thuốc điều trị Herpes hiện nay không có khả năng diệt virus mà chỉ làm giảm triệu chứng bệnh và giảm thời gian bị bệnh.

- Người bệnh có nguy cơ nhiễm HIV rất cao và nguy cơ lây nhiễm cao cho thai nhi (đặc biệt trong giai đoạn chuyển dạ).

- Khả năng lây cho bạn tình là rất cao trong suốt cuộc đời nên tư vấn phòng lây nhiễm (an toàn tình dục, sử dụng bao cao su đúng cách và thường xuyên) là rất quan trọng.

- Không điều trị trong 3 tháng đầu thai kỳ.

- Khi thai đủ trưởng thành nên mổ lấy thai, không nên để sinh đường âm đạo nhằm tránh nguy cơ lây nhiễm cho con.

71/ PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TRONG THAI KỲ

ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TRONG THAI KỲ

I. Định nghĩa

Đái tháo đường thai kỳ là có rối loạn dung nạp đường mới xuất hiện hoặc được ghi nhận lần đầu trong khi mang thai.

II. Sàng lọc

Yếu tố nguy cơ

1. Gia đình có người đái tháo đường.
2. Đái tháo đường ở thai kỳ trước.
3. Tiền căn sinh con to (> 4000 g).
4. Tiền căn thai lưu (đặc biệt ở 3 tháng cuối); Sinh con dị tật.
5. Có ≥ 3 lần sẩy thai liên tiếp.

Đối tượng- thời điểm thực hiện

1. Ngay lần khám thai đầu tiên cần xếp loại nguy cơ.
2. Thai phụ không có yếu tố nguy cơ; nếu có bát thường đường huyết lúc đói (≥ 92 mg/dl) phải tầm soát bằng nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống (OGTT) lúc thai 24-28 tuần.
3. Thai phụ có yếu tố nguy cơ nên được tầm soát bằng nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống (OGTT) trong 3 tháng đầu thai kỳ; ngay lần khám đầu. Có thể lập lại ở 24-28 tuần nếu trước đó bình thường.

Xét nghiệm sàng lọc: Test dung nạp glucose đường uống (OGTT)

- Thực hiện 8 giờ sau ăn và chế độ ăn carbohydrate bình thường trong ba ngày trước đó.

- + Đo glucose máu lúc đói.
- + Pha 75g glucose trong 200ml nước, uống trong 3-5 phút (không hút thuốc, ăn, hay uống nước ngọt trong khi làm xét nghiệm).
- + Đo glucose máu sau 1 và 2 giờ.
- Kết quả bình thường: Glucose máu:
 - + Lúc đói: ≤ 92 mg /dl (5.1 mmol /L).
 - + Sau 1 giờ: ≤ 180 mg /dl (10 mmol /L).
 - + Sau 2 giờ: ≤ 153 mg /dl (8.5 mmol /L).

*ĐTD thai kỳ được chẩn đoán nếu có hai kết quả bằng hay hơn giới hạn trên.

*Kết luận là rối loạn dung nạp đường trong thai kỳ nếu có một kết quả bằng hay hơn giới hạn trên.

III. Chẩn đoán: (chủ yếu dựa vào cận lâm sàng)

Lâm sàng

1. Béo phì ($BMI > 27$ kg/m²).
2. Ăn nhiều, uống nhiều, lên cân nhiều (> 20 kg).
3. Thai to, đa ối, dư ối, thai lưu.

Cận lâm sàng

1. Đường huyết lúc đói ≥ 126 mg/dl (7 mmol/ L); hoặc
2. Đường huyết bất kỳ ≥ 200 mg/dl (11.1 mmol/ L); hoặc
3. Test dung nạp glucose đường uống (OGTT): (+).

IV. Điều trị

Nguyên tắc: tuỳ thuộc vào độ trưởng thành của thai.

Mục tiêu điều trị

Giữ mức đường huyết:

- + Lúc đói: 90 - 95 mg/dl (5 - 5,5 mmol/l).
- + 1 giờ sau ăn: < 140 mg/dl (< 7,8 mmol/l).

1.Thai chưa đủ trưởng thành

a.Điều trị đái tháo đường

- Chế độ ăn tiết chế - tăng cân

BMI (Kg/m ²)	Kcal/kg ngày	Tăng cân thai kỳ (kgs)
Nhẹ cân < 19,8	36 - 40	14 - 20
Bình thường 19,8 - 26	30	12,5 - 17,5
Dư cân 26,1 - 29	24	7,5 - 12,5
Béo phì > 29	12 - 18	7,5 - 12,5

- Trong đó:

- + Carbohydrate: cung cấp # 35-45 % calories.
- + Protein: cung cấp # 20-25 % calories.
- + Mỡ: cung cấp # 40 % calories.

- Dùng Insulin

- Chỉ định:

- + ĐTD trước khi có thai.
- + Đường huyết bất kỳ: ≥ 200mg/dl.
- + Lúc đói khi làm OGTT: ≥ 126mg/dl.
- + Bất kỳ trị số nào của OGTT: ≥ 200mg/dl.
- + Chẩn đoán ĐTD thai kỳ trước 24 tuần.

- Loại Insulin:

- + Tác dụng nhanh: Regular.
- + Tác dụng trung bình: NPH.

- Liều Insulin:

- Liều khởi đầu: tuỳ thuộc tuổi thai:

+ < 18 tuần: 0,7UI/kg/ngày.

+ 18 - 26 tuần: 0,8UI/kg/ngày.

+ 26 - 36 tuần: 0,9UI/kg/ngày.

+ > 36 tuần: 1 UI/kg/ngày.

Trường hợp nặng có thể tăng 1,5 - 2 UI/kg/ngày.

- Liều duy trì: phụ thuộc vào đáp ứng của từng người.

- Kiểm tra thường xuyên đường huyết lúc đói và 2 giờ sau ăn.

- Chia liều

+ Sáng 2/3 tổng liều trong ngày, trong đó 2/3 NPH, 1/3 Regular.

+ Chiều 1/3 tổng liều trong ngày, trong đó ½ NPH, ½ Regular.

b. Đánh giá sức khỏe thai

- Siêu âm

Mỗi 2 tuần từ 24 tuần (phát hiện thai dị tật bẩm sinh, thai to, thai chậm tăng trưởng).

- N_ST:

+ Mỗi tuần từ 32-38 tuần.

+ 2-3 lần/ tuần từ 38-40 tuần.

- Siêu âm Doppler:

+ Mỗi 2 tuần từ 32-36 tuần.

+ Mỗi tuần từ sau 36 tuần.

• Chọn thời điểm chấm dứt thai kỳ:

- ĐTD thai kỳ không dùng insulin: N_ST mỗi tuần từ tuần 32 thai kỳ. CDTK ở 39-40 tuần.

- ĐTD trước khi có thai- không biến chứng; hoặc ĐTD thai kỳ có dùng insulin: N_ST mỗi tuần từ 32 tuần, N_ST / 3 ngày từ tuần thứ 34. CDTK lúc 38 tuần (Có hỗ trợ phổi).
- ĐTD trước khi có thai- có biến chứng: N_ST / 3 ngày từ 28-30 tuần. CDTK lúc 36 tuần (có hỗ trợ phổi).

- **Hỗ trợ phổi:**

Hỗ trợ phổi bằng glucocorticoides với kiểm soát đường huyết chặt chẽ và tăng liều Insulin; dùng cho những trường hợp phải CDTK \leq 36 tuần.

Thai đủ trưởng thành

- Chọn cách CDTK: MLT khi trọng lượng thai \geq 4000g hoặc có chỉ định sản khoa khác. MLT vào buổi sáng, sau cử insulin sáng.
- ĐTD đơn thuần không là chỉ định MLT.

3. Trong chuyển dạ

- Đo đường huyết mỗi 1,5 – 2 giờ.
- Duy trì đường huyết từ 70 – 110 mg/dl.
- Dùng INSULIN tác dụng nhanh để điều chỉnh: đường huyết:
 - + $<$ 70mg/dl: Truyền TM 60-100ml Glucose 5%.
 - + $>$ 90mg/dl: 2 UI Insulin TDD.
 - + 110-130mg/dl: 4UI Insulin TDD.
 - + 130-150mg/dl: 6UI Insulin TDD.
 - + $>$ 150 mg/dl: Insulin truyền TM.

4. Hậu sản

- Ngày thứ 2 hậu sản, đo đường huyết trước ăn và 2 giờ sau ăn.
- Cần điều trị ĐTD nếu:
 - + ĐH trước ăn $>$ 110 mg /dl (6,1 mmol /L).
 - + ĐH 2 giờ sau ăn $>$ 200 mg /dl (11,1 mmol /L).

- Thực hiện OGTT ở tuần 6-12 sau sinh (tại chuyên khoa nội tiết).
- Nuôi con bằng sữa mẹ.
- Ngừa thai tích cực: BCS, DCTC, viên thuốc kết hợp hàm lượng thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Brody SC, Harris R, Lohr K. Screening for gestational diabetes: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Obstet Gynecol.* 2003;101(2):380-392.
2. Tuffnell DJ, West J, Walkinshaw SA. Treatments for gestational diabetes and impaired glucose tolerance in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(3):CD003395.
3. Crowther CA, Hiller JE, Moss JR, McPhee AJ, Jeffries WS, Robinson JS, for the Australian Carbohydrate Intolerance Study in Pregnant Women (ACHOIS) Trial Group. Effect of treatment of gestational diabetes mellitus on pregnancy outcomes. *N Engl J Med.* 2005;352(24):2477-2486.
4. US Preventive Services Task Force. Screening for gestational diabetes. Topic page. Rockville, Md: Agency for Healthcare Research and Quality 2008.
<http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspsgdm.htm>. Accessed January 5, 2009.
5. Metzger BE, Lowe LP, Dyer AR, for the HAPO Study Cooperative Research Group. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. *N Engl J Med.* 2008;358(19): 1991-2002.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Number 30, September 2001 (replaces Technical Bulletin Number 200, December 1994). Gestational diabetes. *Obstet Gynecol.* 2001;98(3):525-538.
7. Naylor CD, Sermer M, Chen E, Farine D. Selective screening for gestational diabetes mellitus. Toronto Trihospital Gestational Diabetes Project Investigators. *N Engl J Med.* 1997;337(22): 1591-1596.
8. Cosson E, Benchimol M, Carbillon L, et al. Universal rather than selective screening for gestational diabetes mellitus may improve fetal outcomes. *Diabetes Metab.* 2006;32(2): 140-146.
9. Metzger BE, Coustan DR. Summary and recommendations of the Fourth International Workshop-Conference on Gestational Diabetes Mellitus. The Organizing Committee. *Diabetes Care.* 1998;21(suppl 2):B161-B167.
10. Metzger BE, Buchanan TA, Coustan DR, et al. Summary and recommendations of the Fifth International Workshop-Conference on Gestational Diabetes Mellitus [published correction appears in *Diabetes Care.* 2007;30(12):3154]. *Diabetes Care.* 2007;30(suppl 2):S251-S260.

11. American Diabetes Association. Gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2004;27(suppl 1):S88-S90.
 12. Agarwal MM, Dhatt GS, Punnoose J, Zayed R. Gestational diabetes: fasting and postprandial glucose as first prenatal screening tests in a high-risk population. *J Reprod Med*. 2007;52(4):299-305.
 13. Buhling KJ, Elsner E, Wolf C, et al. No influence of high- and low-carbohydrate diet on the oral glucose tolerance test in pregnancy. *Clin Biochem*. 2004;37(4):323-327.
 14. Hollander MH, Paarlberg KM, Huisjes AJ. Gestational diabetes: a review of the current literature and guidelines. *Obstet Gynecol Surv*. 2007;62(2):125-136.
 15. Carpenter MW, Coustan DR. Criteria for screening tests for gestational diabetes. *Am J Obstet Gynecol*. 1982;144(7):768-773.
 16. Alberti KG, Zimmet PZ. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus provisional report of a WHO consultation. *Diabet Med*. 1998;15(7):539-553.
 17. Up to Date 2012
-

72/ PHÁC ĐỒ KỸ THUẬT PHÁ THAI BẰNG THUỐC TỪ 13 ĐẾN HẾT 22 TUẦN

PHÁC ĐỒ KỸ THUẬT PHÁ THAI BẰNG THUỐC TỪ 13 ĐẾN HẾT 22 TUẦN

I. Điều kiện áp dụng

Thực hiện trong viện.

II. Người được phép thực hiện

Bác sĩ sản phụ khoa được huấn luyện về phá thai bằng thuốc và thành thạo kỹ thuật phá thai bằng phương pháp ngoại khoa.

III. Chỉ định

Thai từ tuần thứ 13 (tương đương với chiều dài đầu móng 52 mm) đến hết tuần thứ 22 (tương đương với đường kính lưỡng đỉnh 52 mm).

IV. Chống chỉ định

1. Tuyệt đối

- Hen suyễn đang điều trị.
- Bệnh lý tuyến thượng thận.
- Điều trị corticoid toàn thân lâu ngày.
- Tiểu đường.
- Rối loạn đông máu, sử dụng thuốc chống đông.
- Thiếu máu (nặng và trung bình).
- Dị ứng Mifepriston hay Misoprostol.
- Có sẹo mổ ở thân tử cung.

2. Tương đối

- Viêm nhiễm đường sinh dục cấp tính (cần được điều trị).
- Dị dạng sinh dục (có hội chẩn BV).
- Vết mổ cũ ở đoạn dưới tử cung: cần nhắc rất thận trọng, đồng thời phải giảm liều Misoprostol và tăng khoảng cách thời gian giữa các lần dùng thuốc.

V. Qui trình kỹ thuật

1. Chuẩn bị khách hàng

- Hỏi tiền sử bệnh về nội, ngoại, sản phụ khoa và các bệnh LTQĐTD.
- Khám toàn thân.
- Khám phụ khoa.
- Siêu âm.
- Xét nghiệm máu: công thức máu, nhóm máu, đông máu toàn bộ hoặc máu chảy, máu đông.

- Khách hàng ký cam kết tự nguyện phá thai (dưới 18 tuổi phải có đơn xin bỏ thai và cam kết của cha hoặc mẹ hoặc người giám hộ).

2. Tư vấn

- Thảo luận về quyết định chấm dứt thai nghén.
- Tư vấn về các biện pháp phá thai hiện có tại cơ sở.
- Tư vấn về phương pháp phá thai bằng thuốc.
- Tư vấn về các tai biến có thể xảy ra và tác dụng phụ của thuốc.
- Tư vấn về theo dõi sau phá thai bằng thuốc.
- Các dấu hiệu cần khám lại ngay.
- Sự cần thiết của việc khám lại sau 2 tuần.
- Các dấu hiệu bình thường sau khi dùng thuốc.
- Các dấu hiệu phục hồi sức khoẻ và khả năng sinh sản sau phá thai.
- Thông tin về các biện pháp tránh thai, hướng dẫn chọn lựa biện pháp thích hợp và sử dụng đúng để tránh phá thai lần nữa.

3. Thực hiện phá thai

CÁC PHÁC ĐỒ SỬ DỤNG THUỐC

a. Phác đồ Misoprostol đơn thuần

- Đặt vào túi cùng sau âm đạo 200 mcg Misoprostol.
 - + Cứ 6 giờ dùng 1 viên cho thai từ 18 tuần trở lên (không quá 3 lần/ngày).
 - + Cứ 4 giờ dùng 1 viên cho thai dưới 18 tuần (không quá 5 lần/ngày).
- Tiêu chuẩn sử dụng liều lặp lại:
 - + Cơn gò < 3 cơn/10 phút.
 - + Cỡ TC < 2cm.
- Ngưng thuốc hoặc có thể dùng kèm thuốc giảm gò (theo phác đồ) nếu cần khi:

- + Cơn gò > 3 cơn /10 phút, CTC đóng.
- Chuyển phòng sanh khi:
 - + Ối vỡ.
 - + CTC > 2cm.
- Nếu không thành công, có thể dùng thêm Misoprostol với liều tương tự ở các ngày tiếp theo. Tổng số ngày sử dụng Misoprostol không quá 3 ngày liên tục (một đợt dùng thuốc).
- Nếu không thành công sau một đợt dùng thuốc thì dùng lại đợt thứ hai sau một tuần.

b. Phác đồ kết hợp Mifepriston và Misoprostol

- Uống 200 mg Mifepriston.
- Sau khi dùng Mifepriston từ 36 đến 48 giờ, đặt túi cùng sau âm đạo 200 mcg Misoprostol:
 - + Cứ 6 giờ dùng 1 viên cho thai từ 18 tuần trở lên (không quá 3 lần/ngày).
 - + Cứ 4 giờ dùng 1 viên cho thai dưới 18 tuần (không quá 5 lần/ngày).
- Nếu không thành công, có thể dùng thêm Misoprostol với liều tương tự ở các ngày tiếp theo. Tổng số ngày sử dụng Misoprostol không quá 3 ngày liên tục (một đợt dùng thuốc).
- Nếu không thành công sau một đợt dùng thuốc thì dùng lại đợt thứ hai sau một tuần.

4. Theo dõi và chăm sóc trong thủ thuật

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, ra máu âm đạo, đau bụng (cơn co tử cung) cứ 4 giờ/lần, khi bắt đầu có cơn co tử cung mạnh cứ 2 giờ/lần.
- Thăm âm đạo đánh giá cổ tử cung trước mỗi lần dùng thuốc.
- Cho uống thuốc giảm đau.
- Nếu diễn tiến thuận lợi: sau khi sẩy thai và nhau: dùng thuốc tăng co tử cung, kiểm soát tử cung bằng dụng cụ (nếu cần). Cho uống kháng sinh trước khi kiểm soát tử cung.
- Nếu đã áp dụng phác đồ như trên mà diễn trình sẩy thai không thuận lợi hoặc có biến chứng thì cân nhắc các biện pháp xử trí tích cực.

VI. Tai biến và xử trí

- Chảy máu nhiều: xử trí tích cực theo nguyên nhân.

- Nhiễm khuẩn.
- + Kháng sinh liều cao.
- + Xử trí tích cực theo nguyên nhân.
- Vỡ tử cung: xem phác đồ vỡ tử cung.
- Choáng: xem phác đồ choáng.

VII. Theo dõi và chăm sóc sau thủ thuật

- Sau khi thai ra, theo dõi ra máu âm đạo, co hồi tử cung tối thiểu 2 giờ.
 - Ra viện sau khi ra thai ít nhất 2 giờ.
 - Kê đơn kháng sinh.
 - Tư vấn sau thủ thuật.
 - Hẹn khám lại sau 2 tuần.
-

73/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN TIỀN MÃN KINH VÀ MÃN KINH

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN TIỀN MÃN KINH VÀ MÃN KINH

I. Tiền mãn kinh

1. Định nghĩa

- Là giai đoạn kéo dài khoảng 2-5 năm trước khi mãn kinh.
- Đây là giai đoạn đặc trưng của sự suy giảm hoặc thiếu Progesteron, FSH và LH tăng.
- Hậu quả của những chu kỳ không rụng trứng và cơ chế phản hồi ngược âm đưa đến tình trạng cường estrogen tương đối.

2. Lâm sàng

- Tăng tính thấm thành mạch: Đau vú, dễ bị phù.
- Chất nhòn CTC trong và lỏng suốt chu kỳ.
- Tăng phân bào ở mô vú và nội mạc TC → tổn thương dị dưỡng hoặc tăng sinh nội mạc TC.
- RLKN: chu kỳ ngắn hoặc thưa, rong kinh, rong huyết, cường kinh.
- Hội chứng tiền kinh: tăng cân, chướng bụng, tràn bụng dưới, đau vú, lo âu, căng thẳng, bất an.

3. Cận lâm sàng

Đo lường nội tiết không có ý nghĩa.

4. Điều trị

Có nhu cầu ngừa thai bằng thuốc: thuốc ngừa thai.

Không có nhu cầu ngừa thai bằng thuốc: điều trị bằng Progesteron.

- Thuốc ngừa thai thế hệ mới 20gg Ethinyl Estradiol và 1mg Desogestrel thích hợp cho những trường hợp có triệu chứng lâm sàng nặng. Có thể sử dụng thuốc ngừa thai cho đến khi mãn kinh ở những phụ nữ không có nguy cơ tim mạch, nhưng tối đa là đến 50 tuổi phải đổi sang nội tiết thay thế.

- Progestins: Được dùng trong 10 ngày mỗi tháng để gây ra kinh khi ngưng thuốc.

II. Mãn kinh

1. Định nghĩa

- Mất kinh liên tiếp 12 tháng.

2. Lâm sàng

- Xảy ra êm đềm hoặc có xáo trộn: bốc hỏa, chóng mặt, nhức đầu, rối loạn tâm lý, mệt mỏi, tê đầu chi, tăng cân.

- Hoặc không xuất huyết TC sau khi ngưng điều trị Progestogen ở những trường hợp RLTMK.

3. Điều trị

- Mục đích

Điều trị các triệu chứng than phiền.

- Chỉ định

- Triệu chứng vận mạch nhẹ.
- Thay đổi lối sống: tập thể dục, yoga, thư giãn.
- Điều trị nội tiết.
- Vitamin E, thuốc bổ.
- Khẩu phần ăn có đậu nành & chế phẩm estrogen thực vật.
- Khẩu phần ăn cá ít thịt, nhiều rau quả tươi.

4. Chống chỉ định tuyệt đối

- K sinh dục phụ thuộc estrogen: vú, NMTC.
- Thuyên tắc mạch đang diễn tiến.
- Bệnh lý gan, nhất là gan mật đang diễn tiến.

5. Chống chỉ định tương đối

- Rối loạn mãn tính chức năng gan.
- THA không kiểm soát.
- Tiền căn thuyên tắc mạch.
- Tiểu porphyrine cấp từng hồi.
- Tiểu đường không kiểm soát được.

6. Tác dụng phụ của estrogen thay thế

- Xuất huyết âm đạo.
- Tăng cân, giữ nước, buồn nôn, đau vú, thay đổi tính khí.
- Tăng sinh NMTC, K.NMTC, xuất huyết AĐ bất thường.
- K vú: estrogen trị liệu làm bộc lộ K vú chưa biểu hiện → tăng xuất độ K.vú.

7. Thời gian sử dụng

- HRT nên dùng ở liều thấp nhất & thời gian ngắn nhất có thể trong ĐT trước MK, nên bắt đầu điều trị sớm trước khi mãn kinh thật sự.
- Không nên dùng sau 60 tuổi.

8. Lựa chọn thuốc

Chọn thành phần Estrogen: Nên chọn loại tự nhiên.

Nên bổ sung progestin ≥ 10 ngày/ tháng.

- Các loại HRT trên thị trường VN

CLIMEN:	21v	2 mg estradiol valerate. 1 mg cyproteron acetate.
CYCLO- PROGYNNOVA:	21v	2 mg estradiol valerate. 0.5mg norgestrel.
LIVIAL:	28v	2.5mg Tibolone.
PAUSOGEST:	28v	2 mg estradiol hemihydrate 1 mg norethisteron acetate.
PROGYLUTON:	11v	2mg estradiol valerate.
	10v	2mg estradiol valerate. 0.5mg norgestrel.
PROGYNNOVA:	28v	2mg estradiol valerate.

74/ PHƯƠNG PHÁP VÔ CẢM ĐỐI VỚI SẢN PHỤ BI BỆNH HEP VAN 2 LÁ

PHƯƠNG PHÁP VÔ CẢM ĐỐI VỚI SẢN PHỤ BI BỆNH HEP VAN 2 LÁ

Hẹp van 2 lá là bệnh van tim thường gặp nhất trong thai kỳ và hầu như luôn kết hợp với bệnh tim hậu thấp. Tỉ lệ bệnh tim hậu thấp đã giảm nhiều ở các nước phát triển, tuy nhiên bệnh này vẫn còn là vấn đề rất quan tâm ở những nước đang phát triển.

I. Nguyên nhân

- Hậu thấp: dính mép van.
- Bẩm sinh: u nhày nhĩ trái, huyết khối.
- Bệnh tự miễn (lupus ban đỏ).
- Hẹp van 2 lá thứ phát sau vôi hóa vòng van 2 lá.

II. Chẩn đoán

Diễn tiến bệnh chậm và thường biểu hiện sau 20 đến 30 năm. Khoảng 25% phụ nữ bị bệnh hẹp van 2 lá bắt đầu có triệu chứng biểu hiện trong thai kỳ.

1. Lâm sàng

a. Triệu chứng cơ năng

Hẹp van 2 lá nặng bao gồm đau ngực, khó thở, hồi hộp, phù phổi, ho ra máu, huyết khối thuyên tắc.

b. Triệu chứng thực thể

- Âm rung tâm trương âm sắc trầm ở mỏm với nhấn mạnh tiền tâm thu (nếu không có rung nhĩ) nghe rõ nhất khi bệnh nhân nằm nghiêng trái và khi gắng sức. Mức độ nặng của hẹp van tỉ lệ với độ dài âm rung tâm trương .

- Clắc mở van (tiếng có âm sắc cao, đầu tâm trương, nghe rõ nhất ở bờ trái xương ức và mỏm tim).

- T1 đanh.

2. Cận lâm sàng

- XQ ngực: nhĩ trái dãn (kéo thẳng bờ trái tim, hình bóng đôi bên phải, góc phê quản bên trái nâng lên).

- ECG cho thấy dày nhĩ trái, dày thất phải, có thể có rung nhĩ.

- Siêu âm tim, thông tim giúp xác định chẩn đoán.

3. Phân loại

- Diện tích mở van bình thường là $4 \text{ cm}^2 - 6\text{cm}^2$.

- Hẹp van 2 lá thường được định nghĩa là diện tích mở van từ 1.5 cm^2 - 3cm^2 .
- + Hẹp van 2 lá trung bình là từ 1.1 cm^2 - 1.5cm^2 .
- + Hẹp nặng khi diện tích mở van $< 1.0\text{cm}^2$.

III. Phương pháp vô cảm

1. Nguyên tắc

Lựa chọn phương pháp vô cảm phụ thuộc vào độ nặng của tổn thương bao gồm diện tích mở van 2 lá và tình trạng huyết động của bệnh nhân.

2. Phương pháp vô cảm trong chuyển dạ sanh ngã âm đạo

- Gây mê ngoài màng cứng (GTNMC): lý tưởng cho các TH sanh ngã âm đạo với giai đoạn 2 của chuyển dạ kéo dài, cần phải sinh giúp bằng dụng cụ. Thường thì GTNMC trong chuyển dạ giúp giảm đau đủ để đặt forceps. Nếu GTNMC không đủ giảm đau, có thể sử dụng fentanyl kèm theo với liều nhỏ lidocaine tiêm vào khoang ngoài màng cứng.

- Gây mê tủy sống kết hợp tê ngoài màng cứng (CSE):

+ Tê tủy sống với thuốc nhóm Opioid trong giai đoạn 1 của chuyển dạ, sau đó tiêm dung dịch thuốc tê với nồng độ thấp vào khoang ngoài màng cứng trong giai đoạn 2 của chuyển dạ (đạt T10 đến S4). Với phương pháp này đa số sản phụ có tình trạng huyết động học ổn định.

3. Phương pháp vô cảm trong mổ lấy thai (MLT):

- GTNMC được ưa chuộng nếu thời gian cho phép:

+ Tiêm vào khoang ngoài màng cứng hỗn hợp.

◦ Fentanyl: 1 - 2mcg/kg cân nặng (hoặc Sufentanil 5mcg).

◦ Lidocaine 2% liều trung bình 18ml.

- Gây mê toàn diện:

+ Dẫn đầu gây mê:

◦ Etomidate 0,2mg - 0,3 mg/kg là lựa chọn tốt để dẫn đầu gây mê.

◦ Đặt nội khí quản nhanh với succinylcholin 1mg/kg cân nặng.

◦ Ân sương nhẫn cho đến khi xác định đúng vị trí óng nội khí quản.

- + Duy trì mê:
 - Sevorane MAC 1 đến 1.5 là lựa chọn tốt để duy trì mê.
 - Nên tránh các thuốc gây nhịp tim nhanh (atropine, meperidine, pancuronium, ketamine).
 - Phòng ngừa hít sặc cho tất cả các bệnh nhân gây mê MLT.
 - Thận trọng khi sử dụng oxytocin và ergotamine, prostaglandine vì các thuốc này có thể làm thay đổi áp lực mạch máu hệ thống và mạch máu phổi dẫn đến mất bù huyết động.
 - Trường hợp gây mê toàn thân khi đóng bụng sử dụng Paracetamol 1g/100 ml truyền tĩnh mạch XXX giọt/phút (nếu bệnh nhân không có chống chỉ định dùng thuốc).
 - Chuyển sang hồi sức theo dõi
- + Tê tuy sống liều duy nhất không nên dùng cho bệnh nhân có hẹp van 2 lá trung bình đến nặng do làm thay đổi đột ngột sức cản mạch máu ngoại biên.

75/ RUBELLA VÀ THAI KỲ

RUBELLA VÀ THAI KỲ

- Lây truyền qua đường hô hấp.
- 7 ngày trước phát ban đến 5-7 ngày sau phát ban.
- Ủ bệnh: trung bình 14 ngày.
- Lâm sàng
 - + Thường rất nhẹ.
 - + > 50% ở thể ẩn hoặc không có triệu chứng.

Cơ quan Biểu hiện Rubella bẩm sinh

Cơ quan	Biểu hiện Rubella bẩm sinh
----------------	-----------------------------------

Tổng quát	<ul style="list-style-type: none"> - Thai chết lưu, sẩy thai tự nhiên. - Sinh non, nhẹ cân. - Chậm phát triển tâm thần.
Thính giác	Điếc giác quan: 1 hay 2 bên. <ul style="list-style-type: none"> - Điếc trung ương. - Khiếm ngôn.
Tim mạch	<ul style="list-style-type: none"> - Còn ống động mạch. - Hẹp động mạch phổi. - Thông nhĩ thất. - Bệnh tim bẩm sinh phức tạp khác.
Thị giác	<ul style="list-style-type: none"> - Bệnh võng mạc có sắc tố. - Đục thủy tinh thể: sắc ngọc, đục, có nhân, 50% ở 2 bên, thường kèm theo bệnh võng mạc. - Tăng nhãn áp. - Tật mắt nhỏ.
Biểu hiện lúc mới sinh, (nhiễm trùng trầm trọng, tử vong cao)	Xuất huyết giảm tiểu cầu, có hoặc không ban xuất huyết. <ul style="list-style-type: none"> - Gan lách to. - Viêm não màng não. - Bệnh mềm xương (phát hiện qua X-quang). - Viêm hạch.
Biểu hiện chậm	Viêm phổi mô kẽ (3-12 tháng). <ul style="list-style-type: none"> - Tiểu đường тип 2.

I. Rubella bẩm sinh

- Nguy cơ và độ trầm trọng của dị tật tùy thuộc tuổi thai lúc nhiễm virus + 90% trẻ dị tật nếu mẹ nhiễm khi thai < 12 tuần.

+ 30 - 40% trẻ dị tật nếu mẹ nhiễm ở tuổi thai 13-14 tuần.

+ 20% trẻ dị tật nếu mẹ nhiễm ở tuổi thai 15-16 tuần.

+ 10% trẻ dị tật nếu nhiễm ở tuổi thai 17-20 tuần.

+ Rất hiếm gặp dị tật nếu mắc bệnh sau tuần lễ thứ 20 của thai kỳ.

Ảnh hưởng sự phát triển bào thai → thai chết lưu, sẩy thai, sinh non, trẻ mang dị tật bẩm sinh.

Dị tật bẩm sinh

+ Kết hợp nhiều dấu hiệu/triệu chứng (bảng trên).

+ Điếc bẩm sinh là thể đơn thuần phổ biến.

II. Qui trình chẩn đoán và xử trí

1. Xét nghiệm Rubella

- Thực hiện xét nghiệm Rubella cho tất cả thai phụ đến khám thai lần đầu, tốt nhất khi thai < 8 tuần, chỉ thử thường qui tối thiểu thai < 16 tuần (chung với xét nghiệm thường qui).
- Không xét nghiệm Rubella cho những thai phụ có kháng thể an toàn từ trước khi có thai lần này.

2. Phân tích kết quả xét nghiệm và phôi hợp lâm sàng (xem sơ đồ)

1. IgM(+) dương tính giả

- + Do tồn tại lâu, tái nhiễm.
- + Phản ứng chéo với B19, EBV.

2. Ái tính cao: nhiễm cũ, ái tính thấp: nhiễm mới.

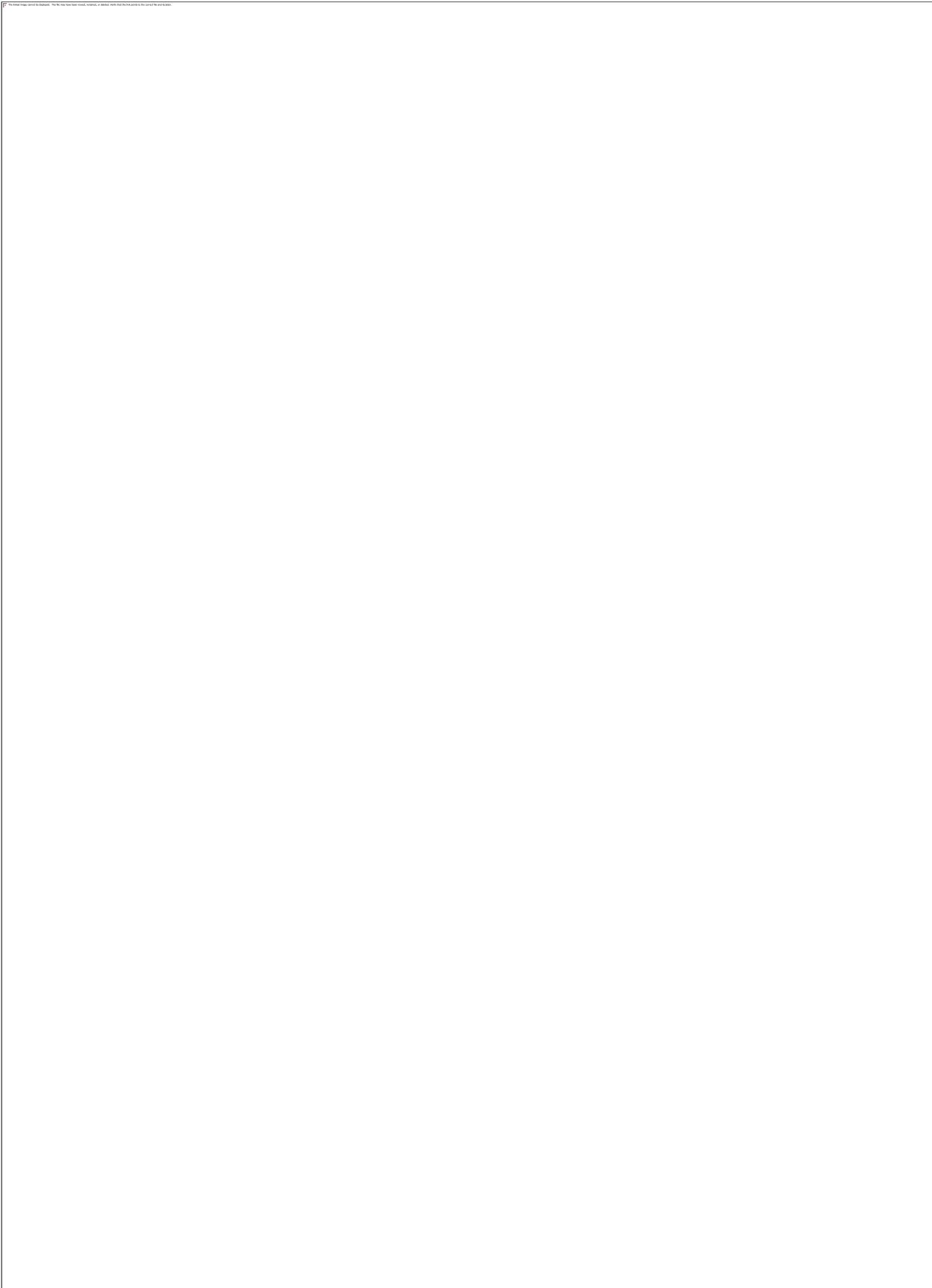
- 3. Nhiễm nguyên phát: xử trí theo tư vấn và chọn lựa.
- 4. Không nhiễm: với XN huyết thanh âm tính thì xét nghiệm lại lúc thai 16 tuần, tùy kết quả, tư vấn phù hợp.
- 5. Đã có miễn dịch từ trước khi có thai: thường duy trì ổn định IgG.

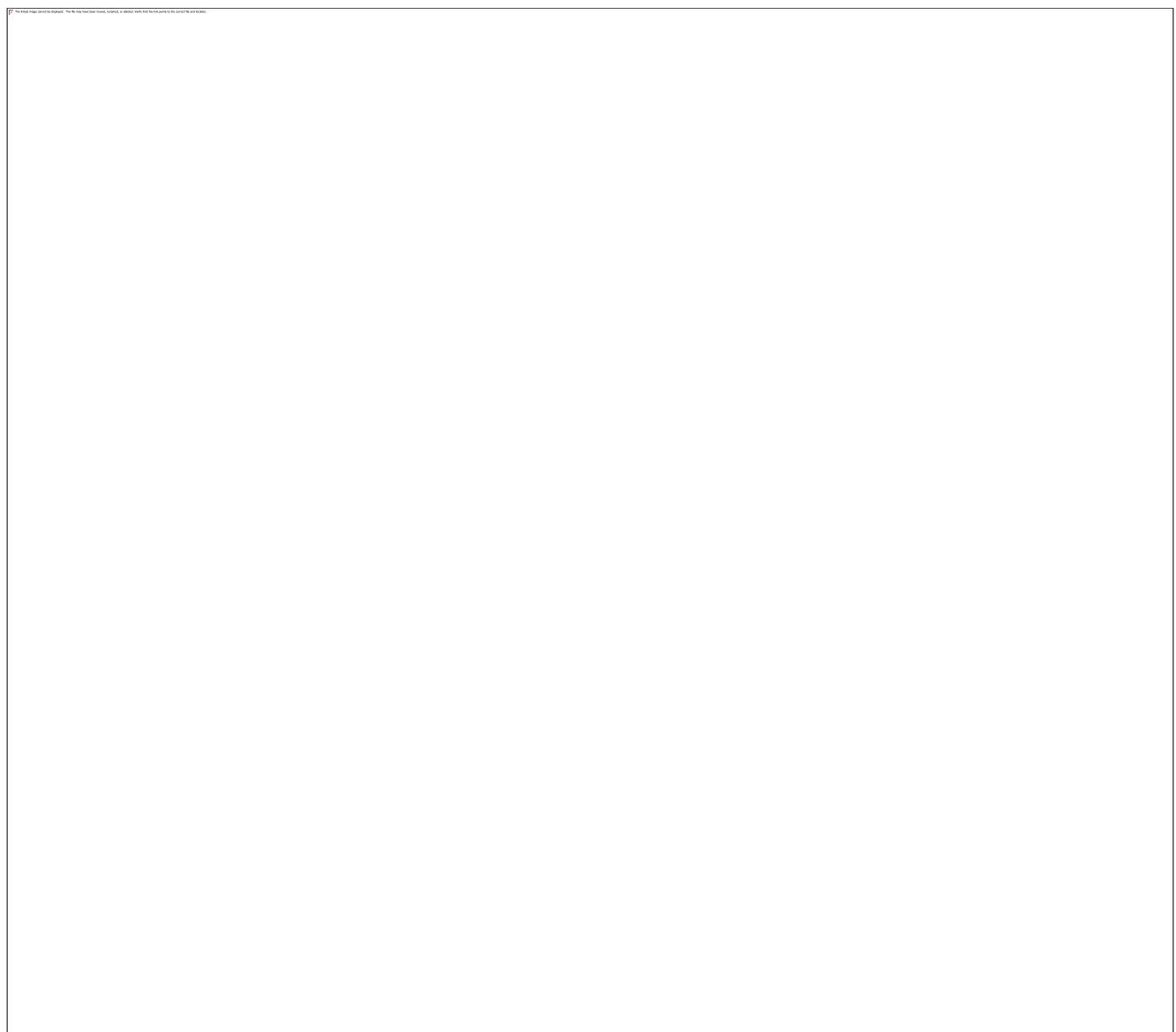
3. Các bước xử trí

- Chẩn đoán nhiễm Rubella nguyên phát.
- Xác định nhiễm Rubella nguyên phát ở tuổi thai nào.
- Tư vấn cho thai phụ và gia đình về tác hại cho thai nhi.
- Nếu CDTK
 - + Có biến bản hội chẩn khoa.
 - + Tư vấn nguy cơ của thủ thuật CDTK.
 - + Có đơn xin bỏ thai theo mẫu.
 - + Dặn tái khám sau bỏ thai, hoặc trước khi muốn có thai lại, tư vấn thời điểm có thể mang thai lại.

- Nếu giữ thai: theo dõi thai kỳ, sơ sinh và trẻ đến 5 tuổi.

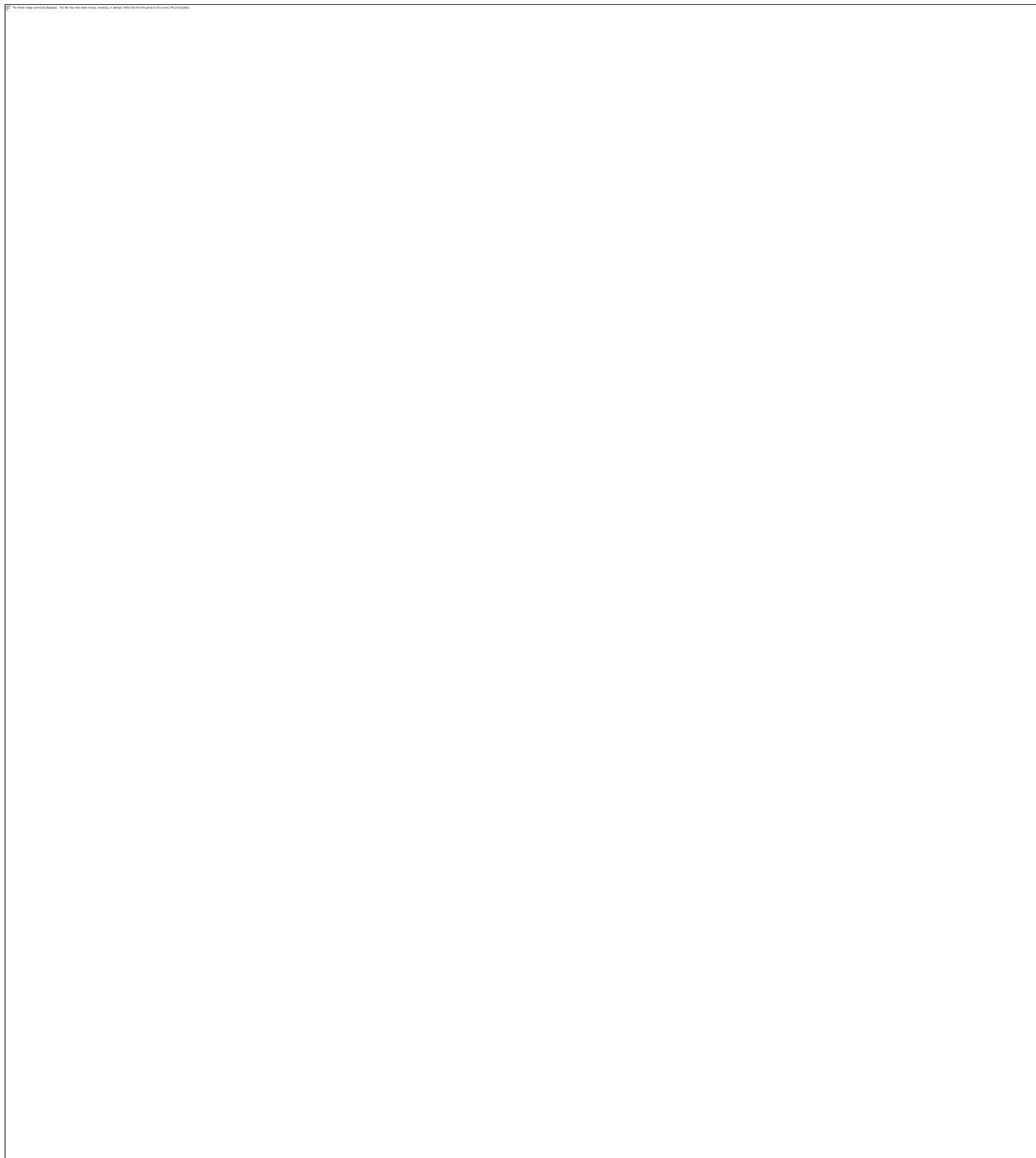
SO ĐỒ PHÂN TÍCH KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM VÀ PHỐI HỢP LÂM SÀNG





76/ SƠ ĐỒ HƯỚNG DẪN XỬ TRÍ TIẾT DỊCH ÂM ĐẠO

**SƠ ĐỒ HƯỚNG DẪN XỬ TRÍ TIẾT DỊCH
ÂM ĐẠO**

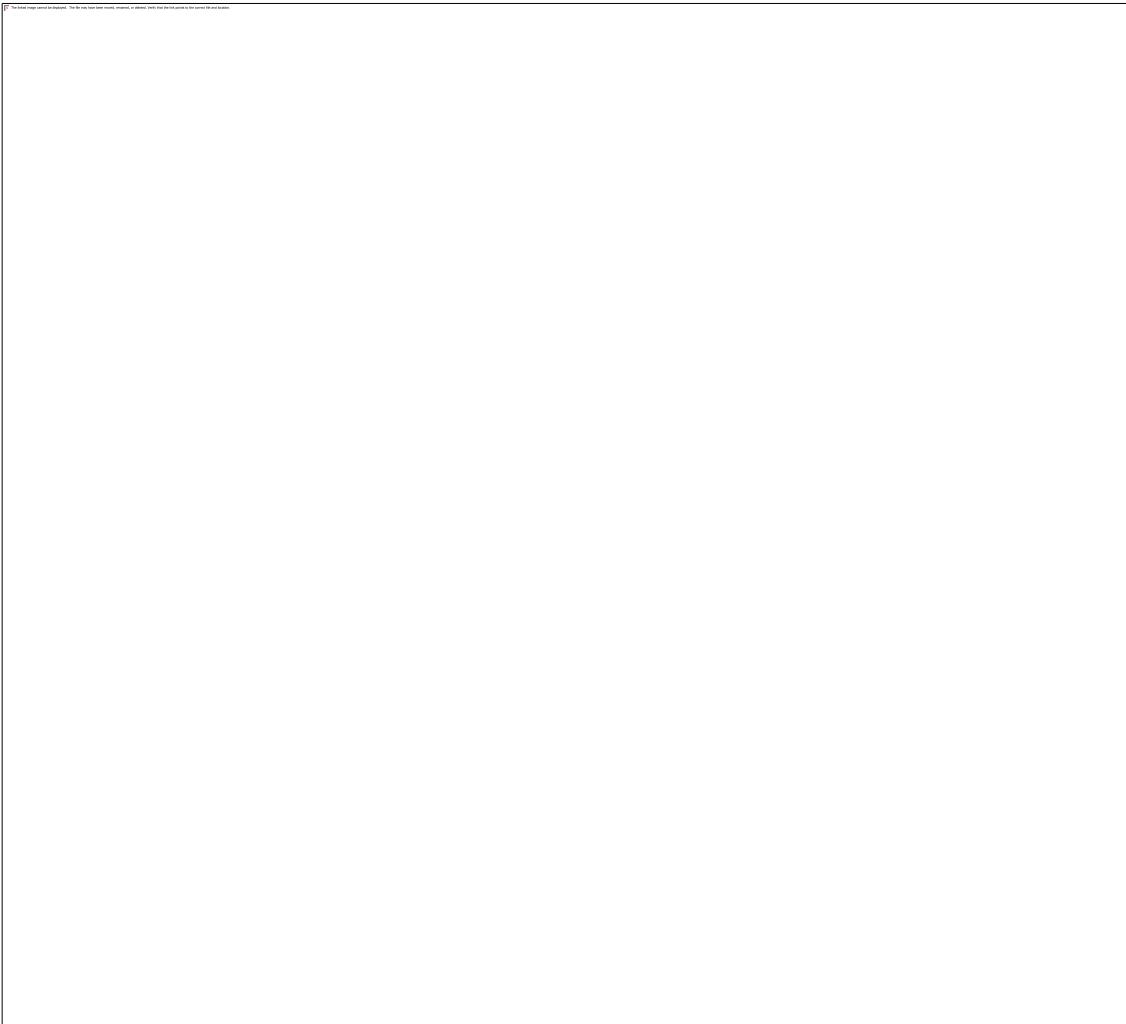


SỐT SAU MỔ LẤY THAI

I. Định nghĩa

Sốt sau mổ lấy thai là sốt từ trên 24 giờ sau khi mổ với thân nhiệt từ 38°C trở lên. Đây là triệu chứng do nhiều nguyên nhân khác nhau với mức độ nặng nhẹ khác nhau.

II. Các nguyên nhân gây sốt sau mổ lấy thai



III. Các dấu hiệu và xử trí

1. Nhiễm khuẩn vết mổ

- Dấu hiệu chính: vết mổ sưng, có dịch tiết là máu hay mủ, tấy đỏ quanh vết khâu.

- Xử trí: cắt chỉ cách quãng, dẫn lưu thoát dịch. Rửa vết mổ bằng dung dịch sát khuẩn và thay băng tối thiểu ngày 2 lần.

2. Căng tức vú

- Dấu hiệu chính: vú căng đau cả hai bên, xuất hiện muộn 3 - 5 ngày sau mổ lấy thai.

- Xử trí:

+ Đắp mát, hút sữa, giữ vệ sinh vùng vú.

+ Nếu người mẹ cho con bú, khuyến khích tiếp tục cho con bú.

3 . Tắc ống dẫn sữa

- Đắp mát, hút sữa.

- Thuốc giảm tiết sữa.

4. Abces vú

- Kháng sinh, giảm đau.

- Rạch abces, dẫn lưu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. W.D. Hager, J.W. Larsen, Postoperative Infections: Prevention and Management, Chapter 11 in Te Linde's Operative Gynecology, 10th edit. 2008,190-222.

78/ SỬ DỤNG OXYTOCIN TRONG CHUYỀN DA

SỬ DỤNG OXYTOCIN TRONG CHUYỀN DA

Thuốc Oxytocin là thuốc gây co bóp tử cung cả về tần số và cường độ.

I. Chỉ định

- Sử dụng Oxytocin để gây co tử cung trong trường hợp khởi phát chuyển dạ hoặc đã chuyển dạ nhưng con co thưa, yếu.

- Xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ.

- Đề phòng và xử trí băng huyết sau sinh.

II. Chống Chỉ định

• Chống chỉ định tuyệt đối

- Bất thường xứng đầu - chậu.

- Ngôi không có chỉ định sinh đường âm đạo.

- Nhau tiền đạo trung tâm.

- Nhau bong non thể nặng.

- Suy thai cấp.

- Không có phòng phẫu thuật, phẫu thuật viên và phương tiện phẫu thuật.

- Mẹ bị bệnh lý tim mạch gây rối loạn cung lượng tim.

• Chống chỉ định tương đối

- Vết mổ cũ lấy thai.

- Đa thai, đa ôi.

III. Cách dùng

1. Trước sinh

• **Cách thực hiện**

- Bom tiêm điện có điều khiển tốc độ truyền là cách sử dụng tốt nhất với liều ban đầu là 4mUI/phút. Hoặc có thể:

- Truyền tĩnh mạch dung dịch Glucose 5 % x 500 ml nhỏ giọt tĩnh mạch với tốc độ VIII giọt/phút.

+ Pha Oxytocin 5 đv (1 ống) vào chai Glucose 5 % đang TTM VIII giọt/phút.

+ Lắc đều chai Glucose 5% đã có Oxytocin cho thuốc pha đều.

- Theo dõi sát chuyển dạ bằng monitor sản khoa, đặc biệt theo dõi tim thai và cơn gò TC.
- Phải ghi diễn tiến chuyển dạ trên biểu đồ chuyển dạ.

- **Theo dõi**

- Theo dõi trong 20-30 phút, nếu cơn gò chưa đạt 3 cơn gò/10 phút (khởi phát chuyển dạ) hoặc chưa đạt số cơn gò theo độ mở CTC thì chỉnh giọt tăng VIII giọt/phút (4mUI/phút) sao cho đạt được tần số cơn gò phù hợp. Liều tối đa là XL giọt/phút (20mUI/phut).
- Khám ngoài: mỗi 15 phút/lần đều đặn theo dõi cơn co tử cung, nhịp tim thai, độ lọt của ngôi mỗi giờ.
- Khi đã đạt được số cơn gò phù hợp giai đoạn chuyển dạ và độ mở cổ tử cung, đánh giá sự tiến triển của CD bằng độ mở CTC và ngôi thai theo qui định Hướng Dẫn Quốc Gia tùy giai đoạn của cuộc chuyển dạ.
- Khi phát hiện chuyển dạ ngưng tiến triển (theo dõi tối đa 2 giờ).
 - + Cân nhắc việc có tiếp tục sử dụng Oxytocin liều cao hơn hay + Phối hợp thuốc mềm CTC hay + MLT.'

- Sau sinh

- Xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ (xem phác đồ "Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ").
- Để phòng và điều trị băng huyết do đờ tử cung (Tham khảo phác đồ "Băng huyết sau sinh").

IV. Tai biến và xử trí

- Cơn gò cường tính

- Khi có nhiều hơn 5 cơn co trong 10 phút và mỗi cơn co kéo dài trên 90 giây.
- Xử trí: ngưng truyền Oxytocin, có thể phối hợp thuốc giảm gò (tham khảo phần "Dọa vỡ TC" trong phác đồ "Vỡ TC") và theo dõi sát tần số cơn gò và tình trạng tim thai trong 30 - 45 phút. Sau 45 phút cơn gò TC không giảm phải phẫu thuật lấy thai ngay hoặc giúp sinh bằng dụng cụ nếu đủ điều kiện.
 - Dọa vỡ - vỡ TC: tham khảo phác đồ Vỡ TC.
 - Thai suy cấp trong chuyển dạ:
- Nếu có dấu hiệu suy thai phải ngừng truyền Oxytocin tham khảo phác đồ "Thai suy cấp"

- Sau khi ngưng truyền Oxytocin 15 phút không có kết quả, phải phẫu thuật lấy thai ngay hoặc forceps nếu đủ điều kiện.

- Nhau bong non: tham khảo phác đồ nhau bong non.

- Ngộ độc nước

Khi truyền liều cao trong thời gian dài.

- Ảnh hưởng tim mạch

- Khi dùng liều cao $>45\text{mUI/phút}$ hay khi tiêm TM trực tiếp.

- Gây tụt huyết áp, giảm tưới máu động mạch vành, ngưng tim.

- **Giãn cơ trơn**

- Khi dùng liều cao trực tiếp.

- Thường gặp kèm sản phụ được gây mê hay gây mê.

- Dị ứng ít thấy.

- Ảnh hưởng lên thai: suy thai, ngạt sau sinh, tăng Bilirubin/máu gây tăng mức độ vàng da sơ sinh.

79/ THUỐC CẤY TRÁNH THAI - QUY TRÌNH KỸ THUẬT

THUỐC CẤY TRÁNH THAI - QUY TRÌNH KỸ THUẬT

I. Chỉ định

Các phụ nữ trong tuổi sinh đẻ muốn chọn biện pháp tránh thai có hiệu quả trong nhiều năm.

II. Chống chỉ định

1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Có thai.
- Đang bị ung thư vú.

2. Chống chỉ định tương đối

- Đang bị thuyên tắc tĩnh mạch sâu, thuyên tắc phổi.
- Đang bị lupus ban đỏ hệ thống và có kháng thể kháng phospholipid (hoặc không làm xét nghiệm).
- Ra máu âm đạo bất thường chưa được chẩn đoán nguyên nhân.
- Đã từng bị ung thư vú và không có biểu hiện tái phát trong vòng 5 năm trở lại.
- Xơ gan mát bù có suy giảm chức năng gan trầm trọng, hoặc u gan (ngoại trừ trường hợp tăng sinh lành tính dạng nốt - benign focal nodular hyperplasia).
- Không tiếp tục sử dụng nếu khách hàng:
 - + Đã từng hoặc đang bị tai biến mạch máu não hoặc thiếu máu cơ tim.
 - + Đau nửa đầu kèm mờ mắt.

III. Thời điểm cấy thuốc tránh thai

1. Khách hàng chưa sử dụng biện pháp tránh thai (BPTT).

- Ngay khi đang có kinh hoặc trong 7 ngày đầu (hoặc trong vòng 5 ngày đầu đối với Implanon) của vòng kinh.
- Ở bất cứ thời điểm nào nếu biết chắc là không có thai. Nếu đã quá 7 ngày (hoặc nếu quá 5 ngày đối với Implanon) từ khi bắt đầu hành kinh cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.
- Vô kinh: bất kỳ thời điểm nào nếu có thể khẳng định không có thai, cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.
- Sau sinh và cho con bú hoàn toàn hoặc gần như hoàn toàn
 - + Trong vòng 6 tuần sau sinh và đang cho con bú: chỉ sử dụng thuốc cấy một khi không còn BPTT nào khác.
 - + Từ 6 tuần đến 6 tháng, vô kinh: bất kỳ lúc nào.

- + Nếu có kinh lại sau 6 tuần: như trường hợp hành kinh bình thường.
- Sau sinh cho bú không hoàn toàn
- + Trong vòng 6 tuần sau sinh: chỉ sử dụng một khi không còn BPTT nào khác.
- + Sau 6 tuần

Nếu chưa có kinh lại: bất kỳ lúc nào nếu chắc chắn là không có thai, khách hàng cần sử dụng một biện pháp tránh thai hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.

Nếu đã có kinh lại: như trường hợp hành kinh bình thường.

- Sau sinh, không cho con bú
- + Dưới 21 ngày: bất kỳ lúc nào.
- + Từ 21 ngày trở đi và chưa có kinh: bất kỳ thời điểm nào nếu có thể khẳng định không có thai, cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.
- + Nếu đã có kinh lại bình thường: như trường hợp hành kinh bình thường.
- Ngay sau phá thai hoặc sảy thai
- + Trong vòng 7 ngày sau phá thai, sảy thai: có thể cấy thuốc ngay lập tức.
- + Sau 7 ngày: bất kỳ thời điểm nào nếu có thể khẳng định không có thai, cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.
- Sau sử dụng thuốc tránh thai khẩn cấp: sử dụng thuốc cấy trong vòng 7 ngày đầu của kỳ kinh kế tiếp (vào trong vòng 5 ngày đối với Implanon) hoặc trong bất kỳ thời điểm nào nếu chắc chắn là không có thai. Cung cấp các BPT hỗ trợ hoặc thuốc tránh thai trong thời gian chờ cấy thuốc.
- Ngay sau khi lấy thuốc cấy nếu muốn cấy tiếp.

2. Khách hàng đang sử dụng BPTT nội tiết

- Sẽ được cấy ngay lập tức nếu đang sử dụng liên tục và đúng cách hoặc nếu biết chắc là không có thai, vào thời điểm lặp lại mũi tiêm.

3. Khách hàng đang sử dụng BPTT không nội tiết (không phải DCTC) sẽ được cấy thuốc

- Sẽ được cấy ngay lập tức nếu đang sử dụng liên tục và đúng cách hoặc nếu biết chắc là không có thai. Nếu đã quá 7 ngày từ khi bắt đầu hành kinh cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.

4. Khách hàng đang sử dụng DCTC (kết cá DCTC giải phóng levonorgestrel) sẽ được cấy thuốc

- Trong vòng 7 ngày đầu tiên của vòng kinh, có thể lấy DCTC ở thời điểm này.
- Bất kỳ lúc nào nếu biết chắc là không có thai:
 - + Nếu đã quá 7 ngày từ khi bắt đầu hành kinh và đã có giao hợp: cần lấy DCTC vào chu kỳ sau.
 - + Nếu đã quá 7 ngày từ khi bắt đầu hành kinh và không giao hợp: cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp. Nếu DCTC chính là biện pháp hỗ trợ, cần lấy DCTC vào chu kỳ sau.
- Nếu vô kinh hoặc ra máu không theo chu kỳ: xem hướng dẫn dành cho phụ nữ vô kinh.

IV. Quy trình kỹ thuật

1. Tư vấn.

- Lắng nghe và tìm hiểu nhu cầu của khách hàng về thuốc cấy tránh thai.
- Hiệu quả, ưu, nhược điểm (có thể khó lấy ra). Biện pháp không có tác dụng phòng tránh nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục (NKLTQĐTD) và HIV/AIDS.
- Cho khách hàng biết các tác dụng phụ có thể gặp, đặc biệt là ra máu bất thường.
- Khách hàng có thể đến khám lại bất cứ lúc nào khi có vấn đề hoặc muốn tháo que cấy tránh thai.
- Không phải là BPTT vĩnh viễn, Norplant có tác dụng trong 5 - 7 năm, Implanon có tác dụng trong 3 năm.

2. Thăm khám

- Hỏi kĩ tiền sử để phát hiện chống chỉ định (dùng bảng kiểm).
- Khám sức khỏe toàn thân (cân, đo huyết áp, khám vú, khám gan, khám vàng da không?).
- Khám phụ khoa: phát hiện khối u sinh dục, để loại trừ có thai, ra máu không rõ nguyên nhân. Trong hoàn cảnh xét nghiệm nước tiểu để thử thai không sẵn có, có thể đánh giá là "không có thai" dựa vào những dấu hiệu lâm sàng
- Xét nghiệm: chức năng gan, bilan Lipid, Pap's smear, siêu âm phụ khoa.

3. Kỹ thuật cấy Implanon

- Sát khuẩn da vùng định cấy (mặt trong cánh tay không thuận).
- Trải sảng vải có lỗ vùng định cấy.
- Gây tê vùng định cấy bằng Lidocain 1% dọc đường cấy.
- Lấy ống cấy vô khuẩn ra khỏi bao bì(tuân thủ nguyên tắc không chạm trong thủ thuật).
- Kiểm tra bằng mắt thường xem que cấy có trong kim không.
- Đặt que cấy bằng cách đâm kim ngay dưới da và vừa đẩy vừa dùng đầu kim nâng mặt da lên.
- Giữ nguyên pít tông tại chỗ và kéo ống cấy về phía ngược lại, que thuốc cấy sẽ nằm lại trong cánh tay.
- Kiểm tra xác định xem que thuốc đã được cấy nằm dưới da.
- Băng ép bằng gạc vô khuẩn. Tháo băng sau 24 giờ.
- Ghi phiếu theo dõi cấy que: ngày cấy, vị trí cấy thuốc, ghi họ tên người cấy.

4. Theo dõi sau cấy que

- Hẹn khách hàng quay trở lại trong vòng tuần lễ đầu xem có nhiễm khuẩn không.
- Sau đó, khách hàng có thể đến khám lại bất cứ lúc nào khi có vấn đề hoặc muốn tháo que cấy tránh thai.

5. Kỹ thuật tháo

- Sát khuẩn.
 - Trải sảng vải.
 - Gây tê tại chỗ đầu dưới que cấy.
 - Rạch da khoảng 2 mm ngay đầu que nơi đã gây tê.
 - Dùng tay nắn cho đầu que lộ ra chỗ rạch.
 - Dùng 1 kẹp nhỏ kẹp đầu que cấy, kéo nhẹ ra.
 - Sau khi tháo que xong, sát khuẩn, băng lại. Tháo băng sau 24 giờ.
-

80/ THUỐC TIÊM TRÁNH THAI DMPA

THUỐC TIÊM TRÁNH THAI DMPA

I. Chỉ định

- Các phụ nữ trong tuổi sinh đẻ muốn tránh thai trong thời gian ít nhất hai năm nhưng không thích dùng các biện pháp tránh thai hằng ngày.
- Đang cho con bú (6 tuần sau sinh).
- Bị tác dụng phụ do dùng thuốc có estrogen hoặc chống chỉ định với thuốc có estrogen.
- Muốn dùng một biện pháp tránh thai kín đáo, thuận tiện.

II. Chống chỉ định

- Đang có thai hoặc nghi có thai.
- Dưới 16 tuổi.
- Rong kinh rong huyết chưa rõ nguyên nhân.
- Đang bị hay đã bị u vú, bệnh tim mạch, tiểu đường, bệnh gan (viêm gan, ung thư gan).

III. Khám

- Khám sức khỏe toàn thân (cân, đo huyết áp, khám vú, khám vàng da không, khám gan).
- Khám phụ khoa: phát hiện khối u sinh dục, Pap's smear.

IV. Thời điểm tiêm DMPA

- Mũi đầu tiên
 - + Trong vòng 7 ngày kể từ ngày kinh đầu tiên, có thể tiêm muộn hơn hoặc bất kỳ ngày nào nếu chắc chắn không có thai và phải dùng bao cao su hoặc kiêng giao hợp trong 2 ngày sau tiêm.
 - + Sau phá thai: tiêm ngay hoặc trong vòng 7 ngày sau phá thai.
 - + Sau sinh:

Nếu cho con bú: tiêm sau sinh 6 tuần.

Nếu không cho con bú: tiêm từ tuần thứ 3 sau sinh.

+ Tiêm ngay sau khi ngừng biện pháp khác.

- Các mũi tiêm tiếp theo thực hiện 3 tháng một lần.

V. Kỹ thuật tiêm

- Sát khuẩn vùng tiêm: mông hoặc cơ delta.

- Kiểm tra thuốc DMPA 150 mg vẫn còn hạn sử dụng.

- Nhẹ nhàng lắc kỹ thuốc trước khi rút. Dùng bơm kim tiêm rút hết thuốc.

- Đưa kim tiêm vào sâu, kiểm tra xem có máu không. Đẩy bơm tiêm từ từ cho thuốc vào hết.

- Sau khi rút kim, không xoa vùng tiêm để tránh thuốc lan tỏa sớm và nhanh.

- Đưa phiếu tiêm thuốc tiêm tránh thai DMPA có ghi hẹn lần sau cho khách hàng.

- Hẹn khách hàng quay trở lại để tiêm mũi tiếp theo và dặn khách hàng có thể trở lại bất kỳ khi nào họ thấy có điều gì đó bất thường (chảy máu âm đạo nhiều, nhức đầu...).

81/ TRIỆT SẢN NAM BẰNG PHƯƠNG PHÁP THẮT VÀ CẮT ỐNG DẪN TINH

TRIỆT SẢN NAM BẰNG PHƯƠNG PHÁP THẮT VÀ CẮT ỐNG DẪN TINH

I. Chỉ định

Nam giới đang ở trong độ tuổi sinh sản đã có đủ số con mong muốn, các con khỏe mạnh, tự nguyện dùng một biện pháp tránh thai vĩnh viễn và không hồi phục.

II. Chống chỉ định

- Đang nhiễm khuẩn tại chỗ vùng bìu, bệnh lây truyền qua đường tình dục, viêm tinh hoàn, viêm mào tinh.
- Tràn dịch màng tinh.
- Các bệnh lý tại chỗ: thoát vị bẹn, có khối u trong bìu, giãn tĩnh mạch vùng bìu.
- Rối loạn đông máu.

III. Khám

- Tìm hiểu kỹ xem khách hàng có đúng chỉ định không.
- Hỏi tiền sử bệnh tật nội ngoại khoa, khám toàn thân.
- Khám vùng sinh dục ngoài (bìu, tinh hoàn, mào tinh).
- Có đơn tình nguyện triệt sản có chữ ký cả 2 vợ chồng.

IV. Thời điểm thực hiện

Có thể thực hiện triệt sản nam ở bất kỳ thời gian nào thuận tiện

V. Kỹ thuật triệt sản nam không dùng dao

- Rửa sạch và sát khuẩn vùng sẽ thực hiện thủ thuật.
- Trải sàng vải có lỗ để hở vùng bìu.
- Gây mê tại chỗ bằng Lidocain 1%.
- Dùng kỹ thuật 3 ngón tay để xác định và cố định ống dẫn tinh.
- Đặt kẹp ôm ống dẫn tinh qua cả da bìu.
- Chọc kìm chuyên dụng qua da.
- Bóc lộ và nâng cao ống dẫn tinh.
- Cắt đẻ cố định ống dẫn tinh bằng kẹp vòng tròn.
- Bóc tách cân tinh.
- Thắt và cắt đoạn ống dẫn tinh.
- Đặt 1 mảnh cân để cách ly đầu xa của ống dẫn tinh.

- Thực hiện các bước kỹ thuật tương tự để thắt và cắt ống dẫn tinh bên đối diện.
- Băng ép lỗ mổ da bìu.

VI. Theo dõi

- Hướng dẫn khách hàng tự chăm sóc
 - + Khách hàng có thể có cảm giác tức nặng ở bìu nhưng không đau (nên mặc quần lót chật trong vài ngày đầu giúp có cảm giác thoải mái).
 - + Tránh lao động nặng trong 1 -2 ngày đầu.
- Theo dõi các dấu hiệu viêm nhiễm tại chỗ.
- Sau 1 tuần có thể sinh hoạt tình dục nhưng phải dùng bao cao su trong 20 lần xuất tinh đầu hoặc trong vòng 3 tháng đầu tiên sau khi triệt sản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Y tế- Vụ sức khỏe bà mẹ và trẻ em. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản 2010.
2. Pathfinder International-Ipas-EngenderHealth. Reproductive Health Projects. Giáo trình chăm sóc sức khỏe sinh sản 2008. Module 11: Phá thai an toàn
3. Tổ chức Y tế Thế giới 2003. Phá thai an toàn: Hướng dẫn kỹ thuật và chính sách cho Hệ thống Y tế.
4. WHO, USAID, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Family Planning. A global handbook for providers. Chapter 12. p.183-198.

82/ TƯ VẤN VỀ PHÁ THAI

TƯ VẤN VỀ PHÁ THAI

Tư vấn phá thai là giúp khách hàng tự quyết định việc phá thai và lựa chọn phương pháp phá thai phù hợp trên cơ sở nắm được các thông tin về các phương pháp phá thai, qui trình phá thai, các tai biến, nguy cơ có thể gặp, cách tự chăm sóc sau thủ thuật và các biện pháp tránh thai (BPTT) phù hợp áp dụng ngay sau thủ thuật phá thai.

I. Yêu cầu với cán bộ tư vấn

1. Về kiến thức

- Nhận thức được nhu cầu và quyền của khách hàng.
- Chính sách, pháp luật của nhà nước về sức khỏe sinh sản (SKSS) và các chuẩn mực xã hội.
- Nắm được 6 bước thực hành tư vấn.
- Kiến thức chung về các phương pháp phá thai: chỉ định, không chỉ định, qui trình, tai biến và cách chăm sóc sau phá thai.
- Kiến thức chung về các biện pháp tránh thai và các bệnh lây truyền qua đường tình dục.
- Những qui định, thủ tục riêng cho từng đối tượng đặc biệt.

2. Về kỹ năng tư vấn

- Kỹ năng tiếp đón.
- Kỹ năng lắng nghe.
- Kỹ năng giao tiếp.
- Kỹ năng giải quyết vấn đề.

II. Qui trình tư vấn

- Tư vấn thăm khám
 - + Giải thích về quá trình và mục đích thăm khám.
 - + Các xét nghiệm cần làm, các thủ tục hành chính.
 - + Hỏi tiền sử sản phụ khoa.
 - + Hỏi về bạo hành.
 - + Hỏi về các bệnh lây truyền qua đường tình dục.
- Tư vấn về quyết định phá thai: đưa ra 2 lựa chọn cho khách hàng.
 - + Tiếp tục mang thai và sinh con.
 - + Phá thai.

- Nếu quyết định cuối cùng là phá thai, tư vấn về các phương pháp phá thai sẵn có tại cơ sở, giúp khách hàng tự lựa chọn phương pháp thích hợp và thực hiện các thủ tục hành chính cần thiết.

- Lưu ý với khách hàng phá thai ba tháng giữa.

+ Đặt câu hỏi để phát hiện những trường hợp phá thai lựa chọn giới tính.

+ Nếu phát hiện phá thai vì lựa chọn giới tính, tư vấn cho khách hàng và gia đình họ hiểu rằng đây là điều luật pháp cấm để họ thay đổi quyết định.

+ Không cung cấp dịch vụ phá thai nếu biết chắc chắn phá thai vì mục đích lựa chọn giới tính.

1. Tư vấn phá thai bằng thủ thuật

- Tư vấn về quá trình thủ thuật

+ Thời gian cần thiết.

+ Phương pháp giảm đau.

+ Cảm giác đau mà khách hàng phải trải qua.

+ Các bước thủ thuật.

+ Giới thiệu người thực hiện thủ thuật.

+ Thông tin về tác dụng phụ và tai biến có thể gặp.

+ Ký cam kết tự nguyện phá thai.

- Tư vấn về các biện pháp tránh thai sau thủ thuật

+ Khả năng có thai lại sớm, cho nên việc bắt đầu áp dụng một biện pháp tránh thai ngay sau thủ thuật là cần thiết.

+ Giới thiệu các biện pháp tránh thai, giúp khách hàng lựa chọn biện pháp tránh thai phù hợp và hướng dẫn khách hàng sử dụng đúng.

+ Giới thiệu các địa điểm có thể cung cấp các biện pháp tránh thai.

- Tư vấn về chăm sóc và theo dõi sau thủ thuật

+ Dùng thuốc theo chỉ định của bác sĩ.

+ Kiêng giao hợp cho tới khi hết ra máu (thông thường sau 1 tuần).

- + Tư vấn cách tự chăm sóc sau thủ thuật về chế độ vệ sinh, dinh dưỡng và chế độ sinh hoạt.
- + Tự theo dõi các dấu hiệu bình thường.
- + Các dấu hiệu bất thường phải khám lại ngay.
- + Tiếp tục tư vấn nhắc lại các biện pháp tránh thai.
- + Hẹn khám lại.

- Thời điểm tư vấn: tư vấn có thể được tiến hành trong cả 3 giai đoạn trước, trong và sau thủ thuật, nhưng hiệu quả nhất nên tiến hành vào giai đoạn trước và sau thủ thuật.

2. Tư vấn phá thai bằng thuốc

- Tư vấn về quyết định chấm dứt thai nghén.
- Giới thiệu hiệu quả của phá thai bằng thuốc và khảng định khách hàng phải chấp nhận hút thai nếu phá thai bằng thuốc thất bại.
- Giới thiệu qui trình phá thai bằng thuốc: cách uống thuốc và sự xuất hiện của các triệu chứng bình thường sau uống thuốc (ra huyết âm đạo và đau bụng). Nhấn mạnh sự cần thiết của việc khám lại theo hẹn.
- Tư vấn cách tự theo dõi và tự chăm sóc sau dùng thuốc phá thai.
- Giới thiệu các tác dụng phụ của thuốc phá thai và cách xử lý.
- Nhấn mạnh các triệu chứng cần trở lại cơ sở y tế ngay.
- Cung cấp thông tin liên lạc khi cần liên lạc trong những tình huống cấp cứu.
- Cung cấp thông tin về khả năng có thai trở lại sau phá thai bằng thuốc.
- Giới thiệu các biện pháp tránh thai, giúp khách hàng lựa chọn biện pháp tránh thai phù hợp và hướng dẫn khách hàng sử dụng đúng.
- Cung cấp biện pháp tránh thai hoặc giới thiệu địa điểm cung cấp biện pháp tránh thai.
- Ký cam kết tự nguyện phá thai (dưới 18 tuổi phải có đơn cam kết của bố hoặc mẹ hoặc người giám hộ).
- Hẹn khách hàng khám lại sau 2 tuần.

III. Tư vấn cho các nhóm đối tượng đặc biệt

1. Vị thành niên

- Dành đủ thời gian cho vị thành niên hỏi và đưa ra quyết định.
- Đảm bảo tính bí mật.
- Tư vấn kỹ hơn về bao cao su để vừa tránh thai vừa phòng các bệnh lây truyền qua đường tình dục (LTQĐTD).

2. Những phụ nữ phải chịu bạo hành

Khi tư vấn về phá thai cho những phụ nữ đã bị bạo hành cần đặc biệt chú ý

- Thể hiện sự đồng cảm trong tư vấn, ứng xử thích hợp khi khách hàng sợ hãi hoặc buồn bã.
- Tạo mối quan hệ tốt và tin cậy với khách hàng.
- Giới thiệu khách hàng tới những dịch vụ xã hội hiện có để giúp khách hàng vượt qua hoàn cảnh của mình.
- Cung cấp dịch vụ tránh thai sau phá thai mà chính bản thân khách hàng có thể chủ động được.
- Tư vấn các bệnh LTQĐTD.

3. Những phụ nữ có HIV

Khi tư vấn phá thai cho phụ nữ bị HIV/AIDS cần đặc biệt chú ý

- Đặc tính
 - + Sang chấn về tâm lý.
 - + Ngần ngại chưa quyết định phá thai.
 - + Bị gia đình ruồng bỏ, xã hội kỳ thị.
- Khi tư vấn chú ý
 - + Chia sẻ, động viên khách hàng.
 - + Không tỏ ra kỳ thị, sợ sệt.
 - + Tư vấn về khả năng lây truyền từ mẹ sang con.
 - + Đặc biệt là giới thiệu về sử dụng bao cao su để tránh thai và phòng lây truyền cho người khác.

- + Tư vấn cho người nhà về chăm sóc thể chất, tinh thần và phòng bệnh.
-

83/ TẮC RUỘT SAU MỔ

TẮC RUỘT SAU MỔ

I. Triệu chứng

- Ói.
- Bệnh nhân không trung tiện (Gaz (-)).
- Đau bụng từng cơn - bụng chướng.

II. Xử trí

- Chụp X-quang bụng đứng, không sửa soạn → mực nước hơi (+).
- Siêu âm → các quai ruột giãn chứa nhiều hơi.
- Công thức máu → Hct, có dấu nhiễm trùng, bạch cầu tăng, CRP tăng
- Urê / máu - ion đồ → có rối loạn nước điện giải.

III. Chẩn đoán và hướng xử trí

Dấu hiệu lâm sàng	Liệt ruột sau mổ	Tắc ruột sau mổ
Đau bụng	Gây khó chịu do chướng bụng nhưng không đau nhiều	Đau càng ngày càng nhiều
Thời gian hậu phẫu	Thông thường trong vòng 48 -72 giờ	Thường muộn hơn có thể 5 - 7 ngày
Buồn nôn và nôn	+	++, càng ngày càng tăng
Chướng bụng	+	++, càng ngày càng tăng
Nhu động ruột	Mát hay giảm	Dầu rắn bò Tăng nhu động ruột
Sốt	+/-	+/-

Siêu âm	Các quai ruột giãn	Các quai ruột giãn rộng, có dịch trong ổ bụng, kết hợp với nhiễm trùng trong lồng tử cung hoặc vết mổ
X-quang bụng không sửa soạn	Dãn quai ruột non + ruột già Ruột già đầy hơi	Một hoặc nhiều quai ruột dãn (thường là ruột non) với mực nước hơi (+)
	Hút dịch dạ dày	Hút dịch dạ dày liên tục để giảm áp
Điều trị	Đặt sonde trực tràng Điều chỉnh nước, điện giải	Kháng sinh phối hợp liều cao Điều chỉnh nước điện giải
	Thuốc kích thích nhu động ruột	Hội chẩn ngoại tổng quát

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Schwartz's Principles of Surgery 9th ed 2010, Chapter 6. Surgical Infections.

84/ VIÊM PHÚC MẶC SAU PHẪU THUẬT SẢN PHỤ KHOA

VIÊM PHÚC MẶC SAU PHẪU THUẬT SẢN PHỤ KHOA

- Viêm phúc mạc (VPM) là 1 trong các tai biến nhiễm trùng nặng sau phẫu thuật.
- Tại tỉ lệ VPM sau mổ lấy thai khoảng 1-4/10.000 và sau mổ phụ khoa khoảng 1-3/10.000.

I. Phân loại chung

- VPM nguyên phát: không tồn thương tạng, do vi khuẩn từ đường tiêu hóa hay đường máu vào trong ổ bụng mà không có nguồn rõ ràng. Có khoảng 10-30% bệnh nhân xơ gan cổ trướng bị VPM nguyên phát với tỷ lệ tử vong khoảng 25%.
- VPM thứ phát: là hậu quả của viêm cơ quan nội tạng (như viêm ruột thừa, viêm túi thừa), không thủng tạng <10%, có thủng tạng >50%, tai biến nhiễm trùng phẫu thuật ổ bụng, phẫu thuật sản phụ khoa, ... cần điều trị được bằng phẫu thuật.
- VPM tái phát: tái phát nhiễm trùng sau khi điều trị VPM đầy đủ, thường thấy ở những bệnh nhân có bệnh lý đi kèm hoặc những người đang suy giảm miễn dịch.

Riêng trong lãnh vực sản phụ khoa chúng ta thường gặp 2 loại VPM thứ phát và tái phát.

II. Yếu tố nguy cơ

1. Do bệnh nhân

- Suy dinh dưỡng, điều kiện kinh tế thấp.
- Bệnh nội khoa: gan, thận, tiểu đường, . . .
- Thiếu máu Hb < 12 g%.
- Tuổi > 60, béo phì.
- Có vết mổ cũ.
- Thời gian nằm viện trước mổ càng lâu nguy cơ nhiễm trùng tăng; nằm viện 1 ngày nguy cơ nhiễm trùng 1,1%, nằm viện 1 tuần nguy cơ nhiễm trùng 2%, nằm viện hơn 2 tuần nguy cơ nhiễm trùng 4,3%.
- Thời gian chuyển dạ, vỡ ối kéo dài làm tăng nguy cơ nhiễm trùng.

2. Do phẫu thuật

- Phẫu thuật (PT) phức tạp, thời gian phẫu thuật dài, nguy cơ nhiễm trùng tăng gấp 2 lần sau mỗi giờ PT ngay cả vết mổ sạch.
- PT mất máu nhiều, có máu tụ, nhiều mô hoại tử, nhiều vật lạ.
- Kháng sinh dự phòng thất bại.
- PT trong phòng mổ nhiễm, PT cấp cứu nhiễm trùng tăng gấp 2 lần.

III. Nguyên nhân

- Các loại vi trùng gây VPM:
 - + VT hiếu khí thường gặp:
Lactobacillus, Streptococcus.
Diphtheroides, Staphylococcus.
E.coli, Enterococcus.
 - + VT kỵ khí thường gặp: Bacteroides, Clostridia.

- VPM thứ phát sau mổ do nhiễm trùng trong phẫu thuật, nhiễm trùng vết mổ lấy thai, mổ cắt tử cung, tổn thương ruột, bàng quang, niệu quản....
- VPM tái phát thường do: Enterobacter, Pseudomonas, Enterococcus, Staphylococcus, và Candida sp.
- Viêm phúc mạc sau phẫu thuật vùng chậu thường do nhiều loại vi trùng, phần lớn (60%) do vi trùng kỵ khí, 20% cầu trùng hiếu khí Gram (+), 20% trực trùng hiếu khí Gram (-).
- Nhiễm trùng trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật thường do cầu trùng Gram(+) hay đôi khi do trực trùng Gram(-). (Penicillin phô rộng hay Cephalosporin là lựa chọn tốt nhất trong các nhiễm trùng sớm).
- Nhiễm trùng sau 48 giờ đầu thường do vi trùng kỵ khí.

IV. Triệu chứng

1. Triệu chứng cơ năng

- Đau bụng, sốt. Lưu ý: VPM trên bệnh nhân bị xơ gan giai đoạn muộn hoặc nhiễm trùng huyết nặng có thể chỉ sốt nhẹ.
- Khó thở, buồn nôn/nôn, ói lạnh, chán ăn, tiêu ít, lo lắng.

2. Triệu chứng thực thể

- Mạch nhanh, sốt $> 38^{\circ}\text{C}$, nhịp thở nhanh nóng.
- Bụng: phản ứng dội, đau, thành bụng cứng, bụng chướng với tiếng ruột giảm hoặc không có. (Đau bụng có thể không rõ ở bệnh nhân sau mổ lấy thai hoặc có cỗ trướng do xơ gan).

3. Cận lâm sàng

- Huyết đồ, bạch cầu tăng $> 11.000/\text{mm}^3$, BC đa nhân tăng.
- Cấy máu, CRP tăng.
- Procalcitonin.
- Phân tích và cấy nước tiêu.
- Chức năng gan, thận.
- Amylase, lipase.
- Đóng máu toàn bộ.

- Ion đồ.

4. Chẩn đoán hình ảnh

- Chụp bụng nằm ngửa hay đứng không sửa soạn, có khí trong ổ bụng, ruột non, đại tràng dãn rộng, phù nề thành ruột.

- Siêu âm có thể có khối trong ổ bụng, có dịch ổ bụng.

- CT có cản quang ruột hoặc MRI: có khối trong ổ bụng, có dịch ổ bụng, có dịch cản quang lan vào ổ bụng. Trên hình ảnh CT, MRI thấy được phúc mạc thành bụng dày. Nếu do sót gạc hoặc dị vật có thể thấy trong ổ bụng.

5. Chọc rút dịch ổ bụng

- Trong trường hợp khó chẩn đoán, làm các xét nghiệm:

+ Đếm hồng cầu, bạch cầu.

+ Cấy tìm vi trùng (âm tính giả trong 80% trường hợp).

+ Nhuộm Gram.

+ Protein toàn phần, Glucose, Albumin.

+ Lactate dehydrogenase, Amylase, Lipase.

- Trong VPM nguyên phát: thường dịch ổ bụng có nhiều bạch cầu đa nhân (BCDN) $\geq 250 /mm^3$ (nếu cấy dương tính, có thể gấp 1 loại vi trùng trong 90% trường hợp).

- VPM thứ phát: bạch cầu đa nhân $\geq 250/mm^3$ hay $\geq 500 BC/mm^3$ (cây có thể gấp nhiều loại vi trùng).

- VPM thứ phát điển hình có ít nhất 2 trong 3 tiêu chuẩn sau:

+ Protein toàn phần trong dịch ổ bụng $> 1 \text{ g/DL}$.

+ Glucose dịch ổ bụng $< 50 \text{ mg/dL}$ ($2,8 \text{ mmol/L}$).

+ Tăng lactate dehydrogenase $\geq 225 \text{ UI/L}$.

- Các trường hợp VPM do ung thư, viêm tụy, xuất huyết vào dịch cổ chướng, lao phúc mạc, cũng có BCDN $> 250 /mm^3$, nhưng tỉ lệ BCDN thường $< 50\%$ tổng số BC.Thêm vào đó cây vi trùng thường âm tính.

- Dịch ổ bụng cấp mọc nhiều loại vi trùng nhưng BCĐN $< 250 \text{ BC/mm}^3$ thường do vi trùng lan tràn qua lỗ thủng ruột sau chọc rút dịch ổ bụng. Rủi ro này hiếm gặp chiếm tỉ lệ $< 0,6\%$ các trường hợp chọc dò ổ bụng và tỉ lệ tử vong thấp.

V. Chẩn đoán

1. Phần lớn căn cứ trên lâm sàng

- Sốt $> 38^\circ\text{C}$ kéo dài.
- Đau bụng nhiều.
- Có phản ứng thành bụng (sau MLT thành bụng nhão dẫu hiệu không rõ).
- Chuồng bụng, liệt ruột.
- Dịch ổ bụng.
- Choáng nhiễm trùng, nếu để muộn.

2. Phối hợp với các kết quả cận lâm sàng

- BC $> 11.000 \text{ BC/mm}^3$.
- CRP tăng cao.
- SÂ: có dịch ổ bụng, tăng nhanh, dịch không đồng nhất, có echo, thấy tổn thương nơi nguyên phát.
- X-Quang: liệt ruột, nếu có tổn thương ruột có thể thấy lièm hơi dưới cơ hoành trên phim chụp bụng đứng.
- Chọc dò qua thành bụng dưới siêu âm sẽ thấy có dịch đục mủ, xét nghiệm dịch ổ bụng: có BC đa nhân $> 250 \text{ BC/mm}^3$, tb mủ. VPM thứ phát điển hình có ít nhất 2 trong 3 tiêu chuẩn sau:
 - + Protein toàn phần trong dịch ổ bụng $> 1 \text{ g/dL}$.
 - + Glucose dịch ổ bụng $< 50 \text{ mg/dL}$ ($2,8 \text{ mmol/L}$).
 - + Tăng Lactate dehydrogenase $> 225 \text{ UI/L}$.

VI. Chẩn đoán phân biệt

- Absces dưới hoành, dưới gan, trong ổ bụng, vùng chậu, viêm phúc mạc do ruột thừa vỡ.
- Liệt ruột, xoắn ruột, lồng ruột, rối loạn tiêu hóa.

- Viêm hạch mạc treo, viêm ruột thừa, viêm tụy, viêm phần phụ, viêm cầu thận.

VII. Điều trị

1. Nguyên tắc

- Hồi sức tích cực.
- Kháng sinh phô rộng, phối hợp nhiều kháng sinh.
- Phẫu thuật cấp cứu thám sát, lấy ổ nhiễm trùng, rửa bụng, dẫn lưu.

2. Hồi sức

- Đặt thông dạ dày để giảm chướng ruột.
- Thở oxy nếu bệnh nhân thấy khó thở.
- Bù dịch điện giải, tránh rối loạn hệ thống thú phát.
- Truyền Albumin 1,5 g/kg TTM ngày thứ 1 sau đó 1 g/kg ngày thứ 3 cho viêm phúc mạc thứ phát để ngừa hội chứng gan thận.
- Đặt thông Foley theo dõi lượng nước tiểu.

3. Kháng sinh

- Kháng sinh phô rộng và phối hợp nhiều kháng sinh sử dụng ngay khi nghi ngờ nhiễm trùng, dịch ổ bụng có BCĐN $> 250/\text{mm}^3$. Điều chỉnh kháng sinh theo kết quả kháng sinh đồ.
- Viêm phúc mạc thứ phát: cần kháng sinh bao vây các vi trùng ký khí, hiếu khí gram âm và các vi trùng cơ hội khác.
- Các kháng sinh có thể chọn lựa:
 - + Cefotaxime 2 g TM mỗi 8 giờ X 5-14 ngày; thuốc vào dịch ổ bụng tốt và không hại thận; tác dụng phụ thường gặp là nỗi mẩn đỏ.
 - + Ceftriaxone 1g /24 giờ X 5-14 ngày.
 - + Ampicillin-sulbactam 3 g TM mỗi 6 giờ X 5-14 ngày.
 - + Quinolones (Norfloxacin, Ofloxacin, Ciprofloxacin) X 7 ngày.
 - + Các kháng sinh có tác dụng trên vi trùng ký khí: Metronidazole, Cefotetan, Ticarcillin-Clavulanate, Piperacillin-Tazobactam, Ampicillin- Sulbactam, Imipenem.

4. Phẫu thuật

- Phẫu thuật mở bụng khẩn cấp: lấy sạch ổ nhiễm trùng, rửa sạch ổ bụng và dẫn lưu, lưu ý hốc gan lách tránh áp xe tồn lưu sau này.
- Nếu VPM sau mổ lấy thai do nhiễm trùng vết mổ cơ tử cung, cần thận trọng khi quyết định bảo tồn vì nguy cơ tái phát cao.

5. Chăm sóc, dinh dưỡng

- Nhịn ăn uống.
- Nuôi ăn qua đường tĩnh mạch.
- Cân bằng nước và điện giải.
- Chỉ cho ăn sau khi có tiếng ruột, hay đại tiện được.
- Rút dẫn lưu > 4 ngày sau mổ.

6. Dự phòng

- Chuẩn bị tốt bệnh nhân trước mổ, thực hiện đầy đủ các qui trình vô trùng.
- Kháng sinh dự phòng các phẫu thuật sản phụ khoa.
- Các trường hợp phẫu thuật khó, dính, có dịch cổ chướng từ trước phẫu thuật, chảy máu nhiều, khó cầm máu, ... nên đặt dẫn lưu mỏm cắt hoặc qua hốc chậu.
- Trong phẫu thuật cần thận trọng lúc sử dụng máy đốt điện vì tổn thương có thể xảy ra 1-2 tuần sau mổ.
- Theo dõi hậu phẫu cần lưu ý kỹ các triệu chứng dấu hiệu như sốt, đau bụng. Trong 48 giờ đầu sau mổ phần lớn do chửa bù đủ dịch, nhưng cũng không loại trừ được nhiễm trùng Gram (+), cần đánh giá cẩn thận không để muộn.
- Với các trường hợp sau mổ lấy thai, cần theo dõi kỹ thu hồi tử cung, màu sắc, mùi hôi sản dịch nếu có là đã có nhiễm trùng trong tử cung, cần nạo kiểm tra và cho thuốc co tử cung để tránh út đọng sản dịch và giảm nguy cơ bung vết mổ lấy thai và VPM.
- Với các trường hợp đã cắt tử cung, nếu có sốt sau mổ cần khám kỹ xem có máu tụ mỏm âm đạo, nếu nghi ngờ kiểm tra bằng siêu âm và nên tháo mỏm vào ngày hậu phẫu thứ 3 để thoát máu, dịch út đọng, tránh nhiễm trùng lan rộng gây VPM.

VIII. Tiên lượng

- Tỉ lệ tử vong viêm phúc mạc nguyên phát tới 80% nếu bệnh nhân được phẫu thuật thám sát không cần thiết.
- Viêm phúc mạc thứ phát không biến chứng tỉ lệ tử vong <5%; VPM thứ phát nặng tử vong 30-50%, với 1/2 do xuất huyết tiêu hóa, suy thận, hay suy gan.
- Nếu VPM thứ phát có suy thận là biểu hiện nặng, nguy cơ tử vong cao nhất.
- Các chỉ số tiên lượng xấu:
 - + BC cao.
 - + Bệnh nhân lớn tuổi.
 - + Liệt ruột kéo dài.
 - + Suy kiệt, hoặc ung thư.
- Bệnh nhân VPM thứ phát do nhiễm trùng trong bệnh viện có nguy cơ tử vong cao.

IX. Biến chứng

- Giảm thể tích tuần hoàn.
- Nhiễm trùng huyết, choáng nhiễm trùng.
- Suy thận, suy gan.
- Suy hô hấp.
- Áp xe tồn lưu.
- Tắc ruột.

• TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. W.D. Hager, J.W. Larsen, Postoperative Infections: Prevention and Management, Chapter 11 in Te Linde's Operative Gynecology, 10th edit. 2008, 190-222.
 2. Schwartz's Principles of Surgery 9th ed 2010, Chapter 6. Surgical Infections.
 3. Frank J. Domino, Acute Peritonitis, 5 Minute Clinical Consult 20th ed. 2012.
-

85/ XỬ TRÍ THAI THÚ HAI TRONG SONG THAI

XỬ TRÍ THAI THÚ HAI TRONG SONG THAI

Trong song thai sau khi thai thứ nhất sô, thường có biến cố xảy ra với thai thứ hai. Có thể làm thai thứ hai xoay trong tử cung, cơn co tử cung lại thưa, mẹ lại mệt mỏi vì đã gắng sức sinh thai thứ nhất. Vì thế, cần phải biết xử lý để bảo đảm an toàn cho mẹ và cho thai.

I. Các bước tiến hành

- Khám âm đạo kiểm ngay sau sô thai thứ nhất kiểm tra độ xóa mở CTC, ngôi, thé, kiều thé của thai thứ hai.
- Nếu ngôi chồm thì chờ đợi có cơn co tử cung rồi bấm ối và đỡ sinh như các trường hợp sinh ngôi chồm.
- Ngôi bát thường (ngôi vai, ngôi trán, thai nhỏ) nội xoay thai và đại kéo thai. Sau đó đỡ sinh ngôi mông như thường hoặc đại kéo thai ngay.
- Xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ để lấy nhau, nếu chảy máu có thể bóc nhau nhân tạo và soát buồng tử cung.
- Kiểm tra bánh nhau và màng nhau.
- Đề phòng BHSS.

II. Theo dõi và xử trí tai biến

- Nếu buồng ối thứ hai bị vỡ đột ngột, thai trở thành ngôi vai, tử cung xiết chặt vào thai, không thể làm thủ thuật nội xoay: phải phẫu thuật lấy thai
- BHSS → xử trí theo phác đồ BHSS.

86/ ĐIỀU KIỆN, KỸ THUẬT PHÁ THAI BẰNG THUỐC ĐẾN HẾT 9 TUẦN

ĐIỀU KIỆN, KỸ THUẬT PHÁ THAI BẰNG THUỐC ĐẾN HẾT 9 TUẦN

Phá thai bằng thuốc là phương pháp chấm dứt thai kỳ bằng cách sử dụng thuốc Mifepristone và Misoprostol đối với thai đến hết 9 tuần (63 ngày) kể từ ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng.

I. Điều kiện áp dụng

Khách hàng cần ở gần Bệnh viện (khoảng cách từ nơi ở đến BV không quá 60 phút khi đi bằng bất cứ phương tiện gì).

II. Người được phép thực hiện

Bác sĩ sản phụ khoa được huấn luyện về phá thai bằng thuốc và thành thạo kỹ thuật phá thai bằng phương pháp ngoại khoa.

III. Chỉ định

Thai trong tử cung có tuổi thai đến hết 63 ngày (theo siêu âm).

IV. Chống chỉ định

1. Tuyệt đối

- Hen suyễn đang điều trị.
- Tiểu đường.
- Bệnh lý tuyến thượng thận.
- Điều trị bằng Corticoid toàn thân lâu ngày.
- Tăng huyết áp, hẹp van 2 lá, tắc mạch hoặc có tiền sử tắc mạch.
- Rối loạn đông máu, sử dụng thuốc chống đông.
- Thiếu máu nặng.
- Dị ứng với Mifepristone hoặc Misoprostol.

2. Tương đối

- Đang cho con bú.
- Đang đặt dụng cụ tử cung (có thể lấy dụng cụ tử cung (DCTC) trước khi PTBT).
- Đang viêm nhiễm sinh dục cấp tính (nên điều trị viêm nhiễm trước khi PTBT).

V. Quy trình kỹ thuật

1. Tư vấn

- Thảo luận về quyết định chấm dứt thai kỳ.
- Tư vấn về các biện pháp phá thai hiện có tại cơ sở.
- Tư vấn về phương pháp phá thai bằng thuốc.
- Tư vấn về các tai biến có thể xảy ra và tác dụng phụ của thuốc.
- Tư vấn về theo dõi sau phá thai bằng thuốc.
- Các dấu hiệu cần khám lại ngay.
- Sự cần thiết của việc khám lại sau 2 tuần.
- Các dấu hiệu bình thường sau khi dùng thuốc.
- Các dấu hiệu phục hồi sức khoẻ và khả năng sinh sản sau phá thai.
- Thông tin về các biện pháp tránh thai, hướng dẫn chọn lựa biện pháp thích hợp và sử dụng đúng để tránh phá thai lần nữa.

2. Chuẩn bị khách hàng

- Hỏi tiền sử để loại trừ chống chỉ định.
- Khám toàn thân.
- Khám phụ khoa.
- Siêu âm.
- Ký cam kết tự nguyện phá thai.

3. Phác đồ sử dụng thuốc

a. Thai đến hết 49 ngày

- Uống 1 viên Mifepristone 200mg tại bệnh viện (BV). Theo dõi mạch, huyết áp, tình trạng toàn thân của khách hàng trong vòng 15 phút. Sau đó cho khách hàng về nhà.
- Sau 36- 48 giờ, uống hoặc ngâm dưới lưỡi 400mcg Misoprostol tại BV hay tại nhà.

b. Thai từ 50 ngày đến hết 63 ngày

- Uống 1 viên Mifepristone 200mg tại BV.
- Sau 36- 48 giờ, ngâm dưới lưỡi 800mcg Misoprostol tại bệnh viện (nếu khách hàng nôn nhiều có thể đặt túi cùng sau).
- Theo dõi tại BV ít nhất 3 giờ.

VI. Theo dõi sau khi dùng thuốc

1. Theo dõi trong những giờ đầu sau dùng thuốc

- Dấu hiệu sinh tồn mỗi giờ một lần trong 3 giờ đầu.
- Tình trạng ra máu âm đạo, đau bụng và các tác dụng phụ (nôn, buồn nôn, tiêu chảy, sốt).

2. Khám lại sau 2 tuần: để đánh giá hiệu quả điều trị

Khai thác bệnh sử, khám lâm sàng, siêu âm kiểm tra (nếu cần thiết). Nếu

- Sẩy thai hoàn toàn: kết thúc điều trị.
- Ứ máu nhiều, sót nhau, thai lưu: có thể tiếp tục dùng Misoprostol đơn thuần liều 400 -600 mcg uống hay ngâm dưới lưỡi hoặc hút buồng tử cung.
- Thai tiếp tục phát triển: hút thai.

VII. Tai biến và xử trí

• Chảy máu nhiều: khi ra máu âm đạo ướt đầm 2 băng vệ sinh dày trong 1 giờ và kéo dài 2 giờ liên tiếp.

Xử trí:

- Khi không ảnh hưởng tổng trạng
 - + Nếu thấy sẩy thai đang tiến triển và nhau thập thò cỗ tử cung (CTC) thì dùng kèm tim gấp mô nhau ra; và dùng thuốc co hồi tử cung (TC): Oxytocine, Misoprostol...
 - + Nếu ứ dịch buồng TC nhiều thì hút buồng TC cầm máu.
- Khi có ảnh hưởng tổng trạng: vừa hồi sức vừa thực hiện thủ thuật như trên. Có thể nhập viện.

• Rong huyết kéo dài, mệt mỏi, có dấu hiệu thiếu máu: điều trị nội, ngoại khoa tùy tình trạng lâm sàng, có thể nhập viện.

- Nhiễm khuẩn: rât hiếm khi xảy ra
 - Triệu chứng: sốt hoặc ớn lạnh, dịch tử cung có mùi hôi, đau vùng bụng hoặc vùng chậu, ra máu âm đạo kéo dài hoặc ra máu thâm giọt, tử cung di động đau hoặc lượng bạch cầu (BC), CRP tăng.
 - Xử trí:
 - + Nhập viện.
 - + Kháng sinh liều cao hoặc phối hợp.
 - + Điều trị nội hoặc ngoại khoa tùy tình trạng bệnh.
 - + Hút buồng tử cung nếu cần.

Phác Đồ Điều Trị Bệnh Tai Mũi Hong

87/PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH APTO

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH APTO

Nguyên nhân của bệnh còn chưa rõ, có thể do virut. Yếu tố khởi phát thường là: viêm nhiễm, kinh nguyệt, thai nghén.

LÂM SÀNG

Bệnh bắt đầu bằng một điểm đỏ ở niêm mạc miệng (môi, má, lưỡi) và biến thành mụn nước. Sau mấy giờ mụn nước vỡ ra và để lại một vết loét nông hình tròn hoặc hình trứng, to bằng hạt gạo, đáy vàng. Chung quanh có một vòng đỏ bao vây.

Bệnh kéo dài trong bối năm ngày rồi khỏi,

ĐIỀU TRỊ

Bôi vết lóet với Sachogel - ngày 3-4 lần

Vitamin pp, Vitamin c

Trường hợp bội nhiễm: kết hợp dùng kháng sinh (Augmentin, Zinnat, CPS), giảm đau

Súc họng với Orafar

88/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHÀM ỐNG TAI NGOÀI (ECZEMA)

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHÀM ỐNG TAI NGOÀI (ECZEMA)

Thường gặp ở trẻ nhỏ.

NGUYÊN NHÂN

Do mủ, thường mủ nhầy, chảy thường xuyên hay ú đọng mủ lâu. Chàm từ ống tai lan ra vành tai.

Do dị ứng, chàm có thể từ đầu, cổ lan đến vành tai và ống tai ngoài.

CHẨN ĐOÁN

Da vùng tai ngoài ngứa, mẩn đỏ, mọc các mụn phồng nhỏ chứa dịch nhầy trong. Các mụn phồng vỡ thành các vẩy màu nâu, mỏng phủ lên trên.

Nếu chàm khô: da ngứa, mẩn đỏ, dày lên, cũng có những mảnh biểu bì nhỏ đục hoặc xám nổi thành vẩy dễ bong ra.

Do ngứa nên trẻ thường hay gãi gây xây xước dễ bị nhiễm khuẩn tạo thành chàm nhiễm khuẩn với những mụn loét nhỏ, nóng, có mủ, trên bề mặt có vẩy nâu cứng có thể gây viêm tấy rộng cả tổ chức dưới da vùng sau tai, thái dương.

ĐIỀU TRỊ

Chăm sóc tại chỗ	- Rửa tai (nếu ống tai có tiết dịch mủ)
------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> - Bôi nitrat bạc 5% - Nếu bôi nhiễm vi khuẩn -> Bôi xanh methylene - Nhỏ thuốc tai có steroids (candidibiotic,...)
	<ul style="list-style-type: none"> -Augmentine -Cefuroxime (Zinnat; Zinmax;...) -Cefixime (Cexim;...) -Clindamycine (Tidact, Neotacine, Dalacine;...) -Ciproíloxacine (Servihox, Ciprobay;...) - Levoíloxacin (Levotab,...) -Sparloxacine (Spardac;...)
<p>Kháng sinh: Có thể sử dụng 1 trong các loại sau</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Steroide: + Prednisolone 5mg; + Methylprednisolone (Medrol 4mg, 16mg) -Enzyme: + Lysozyme (Nollux 90mg)
<p>Giảm đau: Có thể sử dụng 1 trong các thuốc sau</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Paracetamol (Acemol 0,325g; Panadol 0,5g; Efferalgan 0,5g; Dafalgan 0,15g;...) 30 - 40 mg/kg/24 giờ -Di-antalvic : 1V X 3-4 1 lần/24 giờ
<p>Kháng Histamine : Có thể sử dụng 1 trong các thuốc sau</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Chlophemramin -Fexofenadine (Telíast 60mg, 180mg, fexalar 120mg) -Cetirizine (Zyrtec 10mg) -Loratadine (Clarityne 10mg) -Desloratadin (sedno 5mg...) -Levocetirizin (xyzal...)
Tăng cường sức đề kháng, bổ sung vitamin	B Complex c, vitamin pp, Calcium c

89/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ HẸP ỐNG TAI NGOÀI MẮC PHẢI

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ HẸP ỐNG TAI NGOÀI MẮC PHẢI

ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng hẹp ống tai ngoài, cửa tai do những nguyên nhân:

1. Do chấn thương vỡ xương nhĩ, xương thái dương
2. Sau PT nắn xương nhĩ
3. Sau PT chỉnh hình sẹo hẹp ở BN chấn thương xương thái dương trước đó TRIỆU CHỨNG
 - Ống tai hẹp, khó khăn khi ngoáy tai
 - Chảy dịch tai
 - Đau tai
 - Nếu để lâu ngày có thể úr đọng chất biểu bì tạo thành nút ráy tai bên trong chỗ hẹp, dẫn đến tạo thành cholestetoma phá hủy xương tiếp tục lan vào tai giữa, tai trong.

Điều trị:

Phẫu thuật

Kháng sinh:	- Augmentine
Có thể sử dụng 1 trong các loại sau	- Ceíuroxime (Zinnat; Zinmax;...)
	- Cefixime (Cexim;...)
	- Clindamycine (Tidact, Neotacine, Dalacine;...)

	<ul style="list-style-type: none"> - CiproAoxaccine (Serviaox, Ciprobay;...) - Sparloxaccine (Spardac;...)
<p>Kháng viêm:</p> <p>Có thể sử dụng 1 trong các loại sau</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Steroide: <ul style="list-style-type: none"> + Prednisolone 5mg: + Methylprednisolone (Medrol 4mg, 16mg) - Non-Steroid: <ul style="list-style-type: none"> + Diclofenac (Neo-pyrazone 50mg) - Enzyme: <ul style="list-style-type: none"> + Lysozyme (NoAux 90mg) + Serratiopeptidase (Garzen 10mg)
<p>Giảm đau</p> <p>Có thể sử dụng 1 trong các thuốc sau</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Paracetamol (Acemol 0,325g; Panadol 0,5g; Efferalgan 0,5g; Dafalgan 0,15g;...) 30 - 40 mg/kg/24 giờ - Di-antalvic: lv X 3-4 lần/24 giờ
<p>Kháng Histamine : Có thể sử dụng 1 trong các thuốc sau</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Chlopheniramin - Actifed - Fexofenadine (Telíast 60mg, Altiva 60mg) - Cetirizine (Zyrtec 10mg) - Loratadine (Clarityne 10mg)

Có thể sử dụng kháng sinh, kháng viêm dạng viên (nếu cần)

<p>Kháng sinh:</p> <p>+ Có thể sử dụng 1 trong các loại sau</p> <p>+ Có thể phối hợp thêm Getamycine 0,08g</p> <p>- Trẻ em:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentine lg: <ul style="list-style-type: none"> + Trẻ em: 30mg/kg X 2-4 lần/ngày + Người lớn: 0,75g X 2-4 lần/ngày - Cefuroxime (Axetine 0,75 g; Zinacef 0,75 g): <ul style="list-style-type: none"> + Trẻ em: 30 - 150mg/kg/ ngày
---	---

20mg/10kg/ngày (TB)	+ Người lớn: lg X 2-3 lần/ngày
- Người lớn: 1-2 ống/ngày (TB)	- Ceíotaxime (Shintaxime lg ; Opetaxime lg) + Trẻ em: 50 -100 mg/kg/ ngày + Người lớn:l g X 2-3 lần/ngày - Ceftazidime (Fortum lg; Opeceftri lg hoặc Ceftriaxone) + Trẻ em: 25mg-150mg/kg/ngày + Người lớn: 1g-2g X 2-3 lần/ngày
Kháng viêm có thể sử dụng 1 trong các thuốc sau	- Steroid: có thể sử dụng dạng tiêm trong 3-5 ngày đầu sau đó chuyển sang dạng uống và giảm liều: - Mazipredone (Depersolone 0,03g) + Trẻ em: 1-2mg/kg/ ngày + Người lớn: lồng X 1-3 lần/ngày - Methylprednisolone (Solumedrol 40mg) + Trẻ em: 1-2mg/kg/ngày + Người lớn: loáng X 1-3 lần/ngày

90/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NÚT BIỂU BÌ - RÁY TAI

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NÚT BIỂU BÌ - RÁY TAI

I. ĐẠI CƯƠNG:

Nút biểu bì là một bệnh lý của ống tai ngoài, được hình thành do những mảng da chết của ống tai ngoài bong ra và kết lại thành khối.

II. TRIỆU CHỨNG

Bệnh nhân bị nút biếu bì phàn nàn những biếu hiện giống như triệu chứng của cục ráy tai:

- Nghe kém

- Ừ tai.

Khám: nút biếu bì màu trắng vàng giống như cục giấy bẩn vo viên, trong khi ráy tai có màu đen hoặc nâu.

Diễn tiến nút biếu bì: tồn tại lâu, có thể gây tác hại đến ống tai; da ống tai bị mỏng hoặc loét, xương ống tai bị teo đi làm cho phần trong của ống tai rộng. Nút biếu bì có thể gây ra viêm tai ngoài hoặc nhọt ống tai, khi đó bệnh nhân bị sốt, đau nhức tai, nhất là khi nhai hoặc ngáp, da ở cửa tai hoặc sau tai có thể bị sưng đỏ, ấm đau, hạch sau sau tai xuất hiện.

III. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Ráy tai: cục ráy tai màu đen hoặc nâu còn nút biếu bì màu trắng vàng giống như cục giấy bẩn vo

viên, đôi khi nút biếu bì có thể phối hợp với ráy tai.

- Cholesteatoma: bệnh lý có thể nguy hiểm tới tính mạng bệnh nhân do bản chất phá hủy xương đura viêm nhiễm lan vào trong nội sọ. Nghĩ đến cholesteatoma ở những người có tiền sử chảy mủ tai hôi, dai dẳng, nhức đầu, đau tai. Khám thấy lỗ thủng màng nhĩ, hòm nhĩ có vảy trắng, óng ánh xà cừ. Chụp Xquang hay CT scan xương thái dương cò hình ảnh thương tổn ở thượng nhĩ hoặc xương chũm và hình ảnh ăn mòn xương.

IV. ĐIỀU TRỊ

- Nguyên tắc: phải lấy bỏ nút biếu bì.

Trước tiên nên làm mềm nút biếu bì bằng cách nhỏ tai bằng glycerin borate hoặc candibiotic mỗi ngày nhỏ 2 - 3 lần, mỗi lần 3 giọt, hay xịt tai với Ray C, trong 5 ngày, sau đó bơm nước 37°C vào tai, hoặc hút ra, hay dùng móc tù để lấy nút biếu bì

Nếu nút biếu bì còn cứng, không lấy ra được, nhỏ thuốc thêm 5- 7 ngày rồi lấy tiếp.

- Khi có viêm nhiễm ống tai ngoài, bên cạnh việc loại trừ nút biếu bì phải sử dụng kháng sinh đường uống kết hợp với thuốc nhỏ tai tại chỗ trong một tuần.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NẤM TAI

ĐẠI CƯƠNG

- Là một tình trạng nhiễm nấm ở da ống tai
- Có thể nguyên phát hoặc thứ phát
- Tác nhân gây bệnh là: Aspergillus và candida

TRIỆU CHỨNG

- ❖ Ù tai
- ❖ Nghe kém (nếu nấm làm bít ống tai)
- ❖ Đau âm ỉ
- ❖ Ngứa tai

KHÁM

- ❖ Da ống tai đỏ
- ❖ Phù nề nhẹ
- ❖ Có những mảng nấm trắng, xám hay đen

ĐIỀU TRỊ

- ❖ Lấy sạch nấm tai
- ❖ Giữ tai khô
- ❖ Thuốc

Thuốc lau tai	<ul style="list-style-type: none">❖ Cồn boric❖ Lau tai ngày 2 lần
---------------	--

Thuốc nhỏ tai	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Candibiotic ❖ Nhỏ tai ngày 2 lần, lần 2-3 giọt
---------------	---

Trong trường hợp bội nhiễm vi khuẩn, vẫn có thể sử dụng thêm thuốc kháng sinh giống trong điều trị viêm ống tai ngoài.

92/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NẤM ỐNG TAI NGOÀI

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NẤM ỐNG TAI NGOÀI

1. ĐẠI CƯƠNG:

- Tình trạng viêm tai ngoài do nấm, cấp tính < 4 tuần, mãn tính > 3 tháng.
- Viêm tai ngoài do nấm chiếm khoảng từ 4-10 % của viêm tai ngoài.
- Các loại nấm thường gặp Aspergillus (A. Niger, A. Flavus, A. Funigatus), một số ít Candida Albicans,...
- Nam nhiều hơn nữ.
- Yếu tố thuận lợi: Khí hậu nóng ẩm, môi trường ẩm ướt, sau chấn thương tại chỗ, sau nhiễm trùng tai ngoài, sử dụng chung dụng cụ vệ sinh tai, sử dụng kháng sinh kéo dài, corticoide

2. LÂM SÀNG:

- Giai đoạn xâm nhập: ngứa tai, soi kính hiển vi thấy da ống tai sung huyết.
- Giai đoạn khởi phát: đau tai, ngứa chảy dịch ủ tai. Soi đèn Clar ống tai ống nè, có dịch, nhiều khối màu nâu, đen. Soi kính hiển vi thấy tùng khóm nấm nhìn rõ sợi tơ nấm.

3. CẬN LÂM SÀNG: lấy mẫu từ ống tai

- Soi tươi: thấy sợi tơ nấm, bào tử nấm.
- Nuôi cấy định danh môi trường Saboureau hoặc PCR.

4. ĐIỀU TRỊ:

- Điều trị tại chỗ: vệ sinh tai làm thay đổi môi trường, thuốc tại chỗ như Betadin, cồn borique, Candibiotic,....
 - Điều trị toàn thân: rất hiếm khi dùng kháng nấm toàn thân.
-

93/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH TAI MŨI HỌNG

94/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM HỌNG MẠN TÍNH

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM HỌNG MẠN TÍNH

NGUYÊN NHÂN

- Viêm mũi xoang lâu ngày
- Viêm amydan mạn tính.
- Vẹo vách ngăn, do cuốn mũi quá phát, do polyp.
- Chất kích thích: hơi hóa học, bụi vôi, bụi xi măng, thuốc lá, rượu...

TRIỆU CHỨNG

1. Triệu chứng chức năng.

Cảm giác khô họng, cay họng, ngứa họng, vướng họng.

Ho, khạc, đắng hăng Nuốt nghẹn

2. Triệu chứng thực thể

A) Viêm họng xuất tiết.

Niêm mạc họng đỏ, xuất những hạt lỏn nhõn ở thành sau họng, không có tia mạch máu chung
Tiết nhày chảy dọc theo thành họng.

B) Viêm họng quá phát.

Niêm mạc họng dày và đỏ.

Có nẹp giả ở trụ sau

Rất nhạy cảm ở họng và dễ buồn nôn khi đè luỡi

C) Viêm họng teo.

Niêm mạc ướt nênh nhẩn, mỏng, ướt áng bệnh có mạch máu nhỏ.

Tiết nhày khô lại và biến thành vảy dính vào niêm mạc.

ĐIỀU TRỊ

- Xông họng vđi Melyptol + Dexacol
- Súc họng bằng Orafar hoặc nước muối sinh lý
- Xịt họng vđi Anginovac
- Uống: Solacy lviên X 31àn /ngày - thời gian dùng 2-3 tháng
- Thuốc ngâm: Dorithicin, Tyrotab,
- Kết hợp điều trị các nguyên nhân bệnh

95/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ THUỐC ĐIỀU TRỊ NHỌT ỐNG TAI NGOÀI

Thường do nhóm Staphylococcus xâm nhập vào tuyến bã nhòn và nang lông ở ống tai ngoài.

Những chấn thương nhẹ (ngoáy tai) hoặc eczema, hoặc chảy mủ tai là nguyên nhân khởi phát của bệnh. Nhẹt ống tai cũng hay gặp ở những thể địa suy kẽm hoặc ở những người đái tháo đường.

TRIỆU CHỨNG

Đau tai, đau tỏa lan ra vùng thái dương, gáy...

Đau khi há mồm, nhai hoặc khi ấn vào vòng tai Thính lực vẫn bình thường hoặc giảm nhẹ.

Soi tai nốt gờ màu đỏ hồng, chạm vào đau, da chung quanh bị phù nề, lòng ống tai bị thu hẹp, màng nhĩ khó xem được.

Một số biến chứng thường gặp:

- Viêm hạch sau tai - Viêm hạch chung quanh tai

ĐIỀU TRỊ

Trong giai đoạn sưng nề

- Dùng kháng sinh, kháng viêm, giảm đau
- Nhỏ tai với kháng sinh kết hợp kháng viêm (Dexacol, Quinobact, Candibiotic...)

Có thể chích rạch nếu nhẹt ống tai mưng mủ, qua gay tê tại chỗ

Kháng sinh: Có thể sử dụng 1 trong các loại sau	<ul style="list-style-type: none">- Augmentine- Cefuroxime(Zinnat; Zinmax)- Cefixime (Cexim;...)
Kháng viêm:	<ul style="list-style-type: none">- Steroide: + Prednisolone 5mg; +Methylprednisolone(Medrol4-16mg)
Giảm đau:	<ul style="list-style-type: none">- Paracetamol 30 -40mg/kg/24giờ

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM HỌNG - AMIĐAN CẤP

ĐỊNH NGHĨA

Viêm niêm mạc ở họng trong đó có lấp liên bào, có tuyến nhầy, có nang lympho, các nang này có thể ở rải rác hoặc tập trung tùng khối.

1. VIÊM HỌNG ĐỒ

1.1. Triệu chứng

- Cơ năng: sốt cao 39°C đột ngột kèm ớn lạnh, nhức đầu, đau rát họng, khát nước, đau mình mẩy, tiếng nói trong.
- Thực thể: Đỏ toàn bộ niêm mạc họng màn hầu, trụ trước và trụ sau Amiđan, thành sau họng.
- Cận lâm sàng: Bạch cầu không tăng.

1.2. Thể lâm sàng

- Viêm họng cúm: sốt cao, nhức đầu, đau cơ, sung huyết thành họng.
- Viêm họng do virus APC ở trẻ em: sổ mũi, viêm họng đỏ, viêm màng tiếp hợp, hạch cổ sưng.
- Viêm họng đỏ do vi trùng (liên cầu): viêm họng đỏ, tháp khớp, bạch cầu tăng, sưng hạch cổ.
- Viêm họng mũi ở trẻ em nhỏ (viêm VA): sốt cao, co giật, nghẹt mũi, nôn, bệnh kéo dài.

1.3. Điều trị

- Điều trị Triệu chứng là chính.
- Chóng sốt: Paracetamol 20-30mg/kg/ngày.
- Súc họng.
- Khí dung họng.

2. VIÊM HỌNG BỤA TRẮNG (viêm họng do vi trùng)

Bệnh thường do liên cầu

2.1. Triệu chứng

- Khởi phát: Ớn lạnh, đau mình, sốt, nhức đầu, rát họng.
- Toàn phát: Sốt 38-39°C, đau rát họng, đau nhói lên tai.
- Khám họng:
 - Hai amidan sưng to, đỏ, có giả mạc (chỉ khu trú ở amidan).
 - Trụ trước và sau Amidan, lưỡi gà, màng hầu sưng huyêt.
 - Hạch góc hàm to, đau.
- Cận lâm sàng: Bạch cầu 10000-12000

2.2. Điều trị

- Kháng sinh rất công hiệu: bệnh rút lui sau 24h
- Ampicilline.
- hoặc Amoxicillin + Acid clavulanic 50mg/kg/ngày hay Cefaclor.
- Súc họng.
- Khí dung
- Cắt Amidan trong trường hợp viêm Amidan tái phát nhiều lần.

97/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM MŨI MÃN TÍNH

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM MŨI MÃN TÍNH

1. ĐỊNH NGHĨA

Là quá trình viêm xảy ra tại niêm mạc mũi kéo dài trên 2 tuần hoặc tái đi tái lại nhiều lần.

2. TRIỆU CHỨNG

- Cơ năng: nghẹt mũi, đôi khi có chảy mũi đặc vàng hoặc xanh, ho dai dẳng
- Khám: niêm mạc mũi đỏ sậm, xuất tiết nhày đục.

3. X- QUANG

Các xoang có phản ứng niêm mạc nhẹ.

4. THỂ LÂM SÀNG

4.1. Viêm mũi quá phát

Là quá trình viêm tại niêm mạc mũi kéo dài vđi những cơn sung huyết niêm mạc tái diễn.

- Triệu chứng: nghẹt mũi là chính, ho húng hắng
- Khám: niêm mạc sung huyết đỏ, cuốn dưới phình to, xuất tiết nhày

- Điều trị:

- Tại chỗ : xông mũi Dexacol và melyptol.
- Toàn thân:
 - + Chóng sung huyết: Actiéed lvx2 trong 5 ngày.

Cần thận ở những người có bệnh lý tim mạch.

+ Chóng viêm: Alphachymotrypsine (a choay 21pK) 2v X 2,3 lần/ngày, Norìux 90mg 2v X 2 trong 5 ngày.

- Điều trị nội không hiệu quả: có chỉ định ngoại khoa như cắt bán phần cuốn dưới.

4.2. Viêm mũi xuất tiết

- Là tình trạng viêm mũi tái diễn nhiều lần, làm các tuyến nhày phát triển quá mức.

- Triệu chứng: nghẹt mũi,sổ mũi, ho dai dẳng.

- Khám: niêm mạc đỏ xậm,có xuất tiết nhày.

- Điều trị

- Tại chỗ: nhỏ mũi bằng NaCl 9%c, xông mũi vđi Dexacol và melyptol
- Toàn thân:

Toàn thân	Tại chỗ
<ul style="list-style-type: none"> - Chống viêm loại enzym: Alphachymotrypsine (a 21pK), hoặc lysozyme (như Noílux 90mg) 2v X 2 lần/ngày 5 ngày - Chống sung huyết và chảy mũi: Actifed lv X 2-3 lần/ngày - Kháng Histamin : Cetirizine 10mg (Zyrtec, Cetrin) lv/ngày hoặc Loratadine (Clarityne, Alertin) hoặc Fexofenadine (Telfast, Alerfast) 60mg lv X 2 lần/ngày - Giảm đau: Paracetamol (Panadol, Efferalgan) 0,5 g lv X 2 lần/ngày trong 3 ngày - Kháng sinh: Nếu dịch mũi màu xanh, phải cho thêm kháng sinh (dùng 1 trong các loại sau): <ul style="list-style-type: none"> + Amoxicillin (Clamoxyl) 0,5 g: 2v X 2 lần/ngày + Amox + A.Clavu (Augmentin, Curam, Moxiclav) 0,625g: lv X 2-3 lần/ngày + Cefadroxil (Biodroxil) 0,5g 2v X 2 /ngày + Cefuroxim (Zinnat, Ceroxim..) 0,25g: lv X 2 lần/ngày + Cefaclor (Ceclor) 0,25g hoặc 0,375g: lv X 2 lần/ngày 	Xông mũi: Dexacol và melyptol trong 5 ngày.

4.3. Viêm mũi teo

Là quá trình viêm tại niêm mạc mũi kéo dài và nặng ở 1 số cơ địa làm teo niêm mạc mũi

1. Triệu chứng:

- Giai đoạn đầu:

- Nghẹt mũi, xì mũi vàng xanh lẩn vẩy mũi.
- Khám: sàn mũi có mủ nhầy, cuộn dưới đỏ, đầu cuộn giữa khô có vẩy màu nâu.

- Giai đoạn hai:

- Mũi có mùi thối tanh, xì ra mũi lẩn vẩy vàng xanh. Bệnh nhân cảm thấy nghẹt mũi, mắt khứu, đôi khi nhức đầu.
- Khám: lấy hết vẩy mũi thấy hốc mũi rộng, niêm mạc nhợt nhạt, teo dính vào xương.

2. Điều trị:

- Dùng kháng sinh: nếu BC tăng (> 10.000) hoặc bệnh > 5 ngày bằng: (một trong các loại thuốc)
 - Amoxicillin (Clamoxyl) 0,5g: 2v x2 lần/ngày
 - Amox+A.Clavu (Augmentin, Curam, Moxiclav) 0,625g: 1v X 2-3 lần/ngày
 - Cefadroxil (Biodroxil) 0.5g: 2v X 2 /ngày
 - Cefuroxime (Zinnat, Zinmax...) 0,25g: 1v X 2-4 lần/ngày
 - Cefaclor (Ceclor) 0,25 hoặc 0,375g: 1v X 2 lần/ngày
 - Có thể phối hợp vđi Bactrim (TrimethoprimBP + sulfamethoxazoleBP) 0,96g: 1v X 2 lần/ngày
- Rửa mũi bằng NaCl 0,9%, Stérimar hoặc Sinomarin
- Lấy vẩy mũi
- Điều ứị ngoại khoa khi điều ứị nội khoa thất bại: làm hẹp hốc mũi bằng độn dưới niêm mạc vách ngăn và sàn mũi bằng mảnh xương tự thân hoặc Silicon.

98/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM TAI GIỮA CẤP TÍNH

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM TAI GIỮA CẤP TÍNH

Có nhiều mức độ khác nhau:

- Viêm tai giữa xuất tiết
- Viêm tai giữa thanh dịch thường gặp ở trẻ em
- Viêm tai giữa sung huyết
- Viêm tai giữa mủ

NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH:

- Nhiễm trùng đường hô hấp trên
- Hoặc rối loạn chức năng vòi nhĩ.
- Ví khuẩn thường gặp: Steptococcus, Pneumomiae, Haemophilus influenza... Ở trẻ sơ sinh thường gặp nhất là vi khuẩn gram âm: Escherichia coli, enterococci.....

TRIỆU CHỨNG:

- Cảm giác đầy tai,
- Nghe kém
- Ù tai, chóng mặt, mệt thăng bằng
- Soi tai: màng nhĩ viêm đỏ, sung huyết, hoặc có dịch trong hòm nhĩ. Nếu không điều trị kịp thời và đúng phương pháp sẽ dẫn tới chảy mủ (thủng nhĩ).

ĐIỀU TRỊ:

Kháng sinh:	- Augmentine
Có thể sử dụng 1 trong các loại sau	- Cefuroxime (Zinnat; Zinmax;...)
	- Cefixime (Cexim;...)
	- Steroide:
Kháng viêm:	+ Prednisolone 5mg: + Methylprednisolone (Medrol 4mg, 16mg)
Giảm đau:	- Paracetamol 30 -40mg/kg/24giờ

99/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM TAI GIỮA MÃN TÍNH

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM TAI GIỮA MÃN TÍNH

1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm Tai giữa mãn tính là VTG kéo dài trên 3 tháng.

2. CÁC THẾ LÂM SÀNG

2.1. VTG mãn tính xuất tiết

- Là viêm tai xơ, không chảy nước ra ngoài tai, ít khi thủng nhĩ, còn gọi là xơ nhĩ.

- Triệu chứng lâm sàng:

- Điểm : tăng dần, có tính chất dần truyền.

- Ù tai, giọng trầm.

- Khám tai: màng nhĩ, đục, lõm.

- Điều trị:

- Giải quyết các nguyên nhân ở mũi và vòm.

- Thông khí tai giữa.

2.2. VTG mãn tính tiết nhày mủ

- Nguyên nhân do mũi xoang, vòm (VA) kèm thêm bệnh tích ở sào bào, thượng nhĩ gây chảy mủ tai kéo dài.

- Lâm sàng :

- Vàng nhạt hoặc trong quánh, không thôi.

- Lỗ thủng màng nhĩ trước dưới.

- Không bao giờ có cholestéatoma.

- Xương chũm không đặc ngà.

- Thính lực đồ : điểm dẫn truyền nhẹ

- X quang : Xương chũm kém thông bào.

- Điều trị:

- Chăm sóc tai

- Điều trị nguyên nhân ở mũi và vòm.

- Phẫu thuật: nên mổ throught nhĩ khi có chỉ định.

2.3. VTG mẫn tính mủ

- Hay gặp, thường kèm bệnh tính xương chũm.
- Lâm sàng:
 - Chảy mủ tai vàng hoặc xanh thối.
 - Điếc: kiệu dẫn truyền.
 - Đau: ít gặp, nhưng khi có là dấu hiệu có giá trị, đáng lưu ý
 - Khám tai: lỗ thủng nguy hiểm khi ở 1/4 sau sau trên ngoạm vào xương, thủng hoặc sùi ở màng chùng.
 - Đôi khi có thể thấy cholesteatoma là 1 khối mềm trắng giống bã đậu gồm những tế bào biểu mô lẫn với mỡ và cholesterol, rất nguy hiểm, có thể gây biến chứng nội sọ.

2.4. VTXC mẫn tính

- Lâm sàng
- Nhức đầu
- Chảy mủ tai: thối
- Điếc
- Khám tai: lỗ thủng góc trên sau ngoạm xương.
- Thể lâm sàng:
 - VTXC mẫn tính có lỗ dò sau tai, dò Gellé.
 - VTXC mẫn tính có cholesteatoma : nguy hiểm, có thể có BCNS.
 - Thể diễn biến ở bệnh nhân lao hoặc giang mai.
- Điều trị:
 - Nội khoa: ít tác dụng.
 - Phẫu thuật: hiện nay thường giải quyết tiệt căn viêm xương và có phôi hợp

chỉnh hình tai giữa, chỉnh hình chuỗi xương con.

3. ĐIỀU TRỊ

Kháng sinh: Có thể sử dụng 1 trong các loại sau	<ul style="list-style-type: none">- Augmentine- Ceíuroxime (Zinnat; Zinmax;...)- Cetíxime (Cexim;...)- Clindamycine(Tidact, Neotacine, Dalacin)- Ciproñoxacine (Serviñox, Ciprobay;...)- Sparloxacine (Spardac;...)
Kháng viêm: Có thể sử dụng 1 trong các loại sau	<ul style="list-style-type: none">- Steroide:<ul style="list-style-type: none">+ Prednisolone 5mg:+ Methylprednisolone (Medrol 4mg,16mg)- Non-Steroid:<ul style="list-style-type: none">+ Diclofenac (Neo-pyrazone 50mg)- Enzyme:<ul style="list-style-type: none">+ Lysozyme (Noflux 90mg)+ Serratiopeptidase (Garzen 10mg)
Giảm đau: Có thể sử dụng 1 trong các thuốc sau	<ul style="list-style-type: none">- Paracetamol (Acemol 0,325g; Panadol 0,5g; Efferalgan 0,5g; Dafalgan 0,15g;...) 30 - 40 mg/kg/24 giờ- Di-antalvic: lv X 3-4/12h/24 giờ
Kháng Histamine: Có thể sử dụng 1 trong các thuốc sau	<ul style="list-style-type: none">- Chlopheniramin- Actifed- Fexofenadine (Teliast 60mg, Altiva 60mg)- Cetirizine (Zyrtec 10mg)- Loratadine (Clarityne 10mg)

100/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM THANH QUẢN CẤP

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM THANH QUẢN CẤP

ĐỊNH NGHĨA

Viêm niêm mạc, có thể khu trú ở niêm mạc hoặc lan xuống những lấp dưới, đi từ xung huyết phù nề, loét niêm mạc đến viêm cơ, hoại tử sụn...

TRIỆU CHỨNG

Cảm giác khô họng, nuốt rát.

Khản tiếng và có khi mất hắng

Ho, ho khan, hoặc đàm tráng, màu xanh hoặc vàng.

Triệu chứng toàn thân: có thể sốt ớn lạnh, đau mòn Triệu chứng thực thể:

- Niêm mạc sung huyết, phù nề, dây thanh - sụn phễu - thanh thiệt nè đỏ.
- Xuất tiết tăng : tiết nhầy đặc đọng ở mép sau, ở thanh môn.

ĐIỀU TRỊ

Kiêng nói, giữ âm

Kháng sinh: Augmentin, Cephalosporin thế hệ II- III

Chống ho: Atussin, Leprozin, Terpin codein, Codepect, Toplexil

Chống viêm: Methylprednisolone (Medrol 4-16mg); kháng viêm dạng men (Nolfux, Kivizyme, Alpha chymotrypsin, didbetonase...)

Chống đau: Paracetamol.

Xông họng thanh quản vđi Melyptol + Dexacol Thuốc ngâm: Dorithicin, Tyrotab

101/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM THANH THIỆT CẤP

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM THANH THIỆT CẤP

ĐỊNH NGHĨA

Viêm thanh thiết cấp là tình trạng viêm phù nề của thanh thiết có hay không có đi kèm vđi viêm họng thanh quản. Đây là một cấp cứu y khoa vì có thể dẫn đến tử vong nếu không được điều trị kịp thời.

Nguyên nhân thường do nhiễm trùng (vi khuẩn H influenzae type B, Streptococcus pneumoniae, Haemophilus parainfluenzae, virus thủy đậu, virus herpes simplex type 1, Staphylococcus aureus ...), do nhiệt, dị ứng...

TRIỆU CHỨNG

- Viêm thanh thiết thường xảy ra cấp tính nhưng cũng có thể diễn tiến trong vài giờ đến vài ngày. Triệu chứng thường thấy nhất: đau họng, khàn giọng, nói khó, sốt, nuốt đau, nhịp tim nhanh, khó thở.

- Trẻ em bị viêm thanh thiết: trẻ sốt, khó nuốt, nuốt đau, chảy nước bọt, khàn tiếng, thở rít, bé luôn ngồi chồm tới trước và nhanh chóng đưa đến khó thở và tím tái.

CHẨN ĐOÁN

- Soi thanh quản gián tiếp hoặc trực tiếp : phù nề đở mọng thanh thiết che lấp thanh môn (Cản thận đối với trẻ nhỏ có thể gây khó thở do co thắt)

- X quang cổ nghiêng hình ảnh ngón tay cái (Thumb sign) do sưng to thanh thiết.

ĐIỀU TRỊ

- Nếu bệnh nhân khó thở, rối loạn vận mạch: úp mask giúp thở. Nếu không hiệu quả: đặt nội khí quản hoặc mở khí quản.

- Kháng sinh: Augmentin, Cephalosporin thế hệ II-III

- Corticosteroide

+ Mazipredone (Depersolone 30mg)

Trẻ em: 1-2 mg/kg/ngày Người lớn: 1 ống X 1-3 lần /ngày

+ Methylprednisolone (Solumedrol 40mg)

Trẻ em: 1-2 mg/kg/ngày Người lớn: 1 ống X 1-3 lần /ngày

102/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM XOANG MẠN TÍNH

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM XOANG MẠN TÍNH

1. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng viêm tại niêm mạc mũi xoang kéo dài, tái đi tái lại nhiều lần làm phù nề, bít tắc lỗ thông xoang.

2. CÁC THỂ LÂM SÀNG

2.1. Viêm xoang hàm mãn

Triệu chứng	Khám	X quang
- Nghẹt mũi		
- Sỗ mũi nhày vàng hoặc xanh có khi kèm nhức đầu	Khe giữa phù nề, có nhày.	Mờ xoang dạng niêm mạc dày, hoặc có mực nước hơi

- Điều trị:

Điều trị	Thuốc
Kháng sinh (dùng 1 trong các loại sau)	+Amoxicillin (Clamoxyl) 0,5g:2v X 2 lần/ngày +Amox+A.Clavu (Augmentin, Curam, Moxiclav) 0,625g: lv X 2-3 lần/ngày +Cefadroxil (Biodroxil) 0,5g 2v X 2 /ngày +Cefuroxim (Zinnat, Zinmax, Ceroxim...) 0,25-0,5g lv X 2 lần/ngày -Khi có nhiễm ký khí: +Metronidazol: Flagyl 0,25g: 2v X 2 lần / ngày, hoặc chích 50Qmg/ 100ml X 2 lần/ ngày

Chống dị ứng	Cetirizine 10mg (Zyrtec, Cetrin) lv/ngày Hoặc Loratadine (Clarityne, Alertin) Hoặc Fexofenadine (Telíast, Alerfast) 60mg lv x2 lần/ngày hay Pheramine 4mg (Allerfar) lv X 2 lần/ngày
Chọc rửa XH	Cách 2 ngày 1 lần

2.2. Viêm xoang trán

Triệu chứng	Khám	X quang
Nhức đầu, chảy mũi	Khe giữa phù nề, có nhày	Mờ xoang trán

- Điều trị:

Điều trị	Thuốc
Kháng sinh (dùng 1 trong các loại sau)	+Amoxicillin (Clamoxyl) 0,5g: 2v X 2 lln/ngày +Amox+A.Clavu (Augmentin, Curam, Moxiclav) 0,625g: lv x2-3 lần/ngày +Cefadroxil (Biodroxil) 0.5g 2v X 2 /ngày +Cefuroxim (Zinnat, Zinmax, Ceroxim...) 0,25-0,5g lv X 2 lần/ngày -Khi có nhiễm ký khí: +Metronidazol: Flagyl 0,25g: 2v X 21 lần / ngày, hoặc chích 500mg/ 100ml X 2 lần/ ngày
Kháng viêm	-Chống viêm loại enzym: Alphachymotrypsine (a 21pK), hoặc lysozyme (như Nourux 90mg): 2v X 2 lần/ngày trong 5 ngày
Kháng histamin (Dùng một trong các thuốc sau)	- Pheramin 4mg: lv X 2 lần/ ngày - Cetirizine (Zyrtec, Ceřtin) 10mg: lv/ngày - Loratadin (Clarytin, Alertin) 10mg: lv/ngày
Chống sung huyết và chảy mũi	Actiied lv x2-3 lln/ngày 蟲ong 10 ngày
Giảm đau	Paracetamol (Panadol, Efferalgan) 0,5 g lv X 2 lần/ngày 蟲ong 3 ngày
Khí dung mũi	Dexacol và Melyptol mỗi ngày

2.3. Viêm xoang sàng

Triệu chứng	Khám	X quang
- Nghẹt mũi		
- Nhức đầu		
- Mỏi gáy	Khe giữa và khe trên có nhày.	Mờ xoang sàng
- Sỗ mũi		
- Nhày họng		

- Điều trị: nhu viêm xoang trán, ngoài ra có làm thêm phương pháp Proezt

2.4. Viêm xoang buồm

Triệu chứng	Khám	X quang	CT scan
- Đau đầu			
- Mỏi gáy, mỏi vai	Thành họng nhày, khe trên có mủ nhày	Khó xác định.	Mờ xoang buồm
- Nhày vướng họng, hay khịt mũi, đắng hăng			

2.5. Viêm xoang thoái hóa polype

Triệu chứng	Khám
- Nghẹt mũi ngày càng tăng	
- Nặng đầu	
- Mát khứu	Cuốn giữa quá phát, niêm mạc nhợt.
- Sỗ mũi	Khe giữa có polype (trong, mọng nước, bóng, nhẵn).
- Hắt hơi	

- Điều trị

- Chủ yếu là ngoại khoa.
- Phương pháp mở tùy bệnh tích phát hiện được qua nội soi và CT scan.

- Viêm xoang hàm và sàng trước: mở khe mũi giữa và bóng sàng
 - Viêm xoang sàng trước và sau: nạo sàng
 - Viêm xoang trán: mở ngách trán
 - Viêm xoang bướm: mở thông xoang bướm.
-

103/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ZONA TAI (VIÊM ỐNG TAI NGOÀI DO SIÊU VI)

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ZONA TAI (VIÊM ỐNG TAI NGOÀI DO SIÊU VI)

ĐỊNH NGHĨA ZONA TA I

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

NGUYÊN NHÂN ZONA TA I

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

TRIỆU CHỨNG ZONA TA I

1. Triệu chứng sớm: triệu chứng cảm cúm (khoảng 2 ngày)

✓ Sốt

✓ Nóng rát 1 bên tai

✓ Nhức đầu

2. Triệu chứng:

- ✓ Mụn nước xuất hiện ở gò đồi luân, hố thuyền, thành sau óng tai ngoài.
- ✓ Tổn thương mụn nước khác với herpes, có viền đỏ xung quanh, khi lành để lại sẹo
- ✓ Liệt mặt có nhiều mức độ từ nhẹ đến nặng

THÊ LÂM SÀNG ZONA TA I

1. Thê không đầy đủ:

- ✓ Đau tai, nổi mụn nước
- ✓ Không liệt mặt

2. Thê tổn thương TK VIII: thêm triệu chứng

- ✓ Nghe kém
- ✓ Ù tai
- ✓ Chóng mặt

3. Thê tổn thương đầy đủ V: thêm triệu chứng

- ✓ Tổn thương niêm mạc phần trên amidan, đau nửa mặt

Kháng virus (Có thể sử dụng 1 trong những nhóm sau)	<ul style="list-style-type: none">❖ Acyclovir (zovirax): 800mg X 5 lần/ngày X 7 ngày❖ hoặc Famcyclovir (Famvũ): 500-700mg X 3 lần/ngày X 7 ngày❖ hoặc Valacyclovir (valtrex): 1g X 3 lln/ngày X 7 ngày
Giảm đau (Có thể sử dụng 1 trong nhiều nhóm sau)	<ul style="list-style-type: none">❖ acetaminophen (panadol, eñeralgan,...), liều lượng 500mg X 3-4 lln/ngày❖ hoặc Amitriptyline (apo-amitriptyline), liều 25mg X 3 lần/ngày
Kháng viêm steroids	<ul style="list-style-type: none">❖ Methylprednisolone (Medrol 4mg, 16mg)

- ❖ hoăc prednisolone (prednisone 5mg)
- ❖ Liều lượng 60mg/ngày X 4 ngày
- ❖ Giảm liều dần
- ❖ Thời gian điều trị 10 - 14 ngày.

Trong trường hợp những vết loét do mụn nước vỡ ra để lại có dấu hiệu nhiễm trùng, cổ thể sử dụng thêm kháng sinh

Kháng sinh (Có thể sử dụng 1 trong những nhóm sau)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Cephalosporin thế hệ 1 (cefadroxil, cefalexin,...), liều lượng 500mg X 3-4 lần/ngày ❖ Hoăc cephalosporin thế hệ 2 (cefaclor, zinnat,...), liều lượng 500mg X 2 lần/ngày ❖ hoăc quinolone (ciprobay, tavanic,...), liều lượng 500mg X 2 lần/ngày (nhóm ciproíloxacin), 500mg X 1 lần/ngày (nhóm levofloxacin)
--	--

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

Kháng viêm Steroids dạng tiêm únh mạch	<ul style="list-style-type: none"> ❖ methylprednisolone (Solumedrol 40mg), liều lượng 40-80mg/ngày ❖ Giảm liều dần sau đó ❖ chuyển sang dạng uống như trên.
Bảo vệ mắt	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Tetracyclin, tra vào mắt trước khi ngủ và kéo mắt nhắm kín lại
Châm cứu phổi hợp	

104/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ĐIỀU TRỊ NHQT ỐNG TAI (Bệnh tai ngoài nhiễm trùng)

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHỌT ỐNG TAI

(Bệnh tai ngoài nhiễm trùng)

ĐẠI CƯƠNG

- Là một tình trạng viêm cấp của tai ngoài
- Nhọt thường nằm ở vị trí sau trên và ở 1/3 ngoài ống tai
- Tuyến bã vùng da ống tai bị viêm tắc
- Tác nhân gây bệnh: s. aureus

TRIỆU CHỨNG

- Đau tai
- Chảy mủ tai
- Nghe kém (nếu nhọt làm bít ống tai)
- Nhọt nằm vùng cửa tai, ống tai phù nề, đỏ

ĐIỀU TRỊ

- Rạch dẫn lưu
- Thuốc

Kháng sinh (Có thể sử dụng 1 trong những nhóm sau)	<ul style="list-style-type: none">- Oxacilin (Bristopen), liều lượng 500mg X 3 lln/ngày- Hoặc cephalosporin thế hệ 1 (cefadroxil, cefalexin,...), liều lượng 500mg X 3-4 lần/ngày- Hoặc cephalosporin thế hệ 2 (cefaclor, zinnat,...), liều lượng 500mg X 2 lần/ngày
Giảm đau	<ul style="list-style-type: none">- acetaminophen (panadol, efferalgan,...)- liều lượng 500mg X 3-4 lln/ngày

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TỤ MÁU VÀNH TAI

ĐỊNH NGHĨA

- Là một tình trạng tích tụ máu vùng vành tai, sinh ra sau chấn thương đụng dập.
- Cơ chế chấn thương là do đứt mạch máu màng sụn làm máu chảy ra và tụ lại giữa lđp sụn và màng sụn làm tách lđp màng sụn ra khỏi sụn.
- Nếu tồn thương không được điều trị sớm, khối máu tụ sẽ chèn ép làm viêm hoại tử sụn vành tai -> biến chứng vành tai hình bông cải.

ĐIỀU TRỊ TỤ MÁU VÀNH TAI

1. Chọc hút lấy máu tụ bằng kim hoặc rạch lấy máu đông, chỉ định chọc hút khù
 - Khối máu tụ lớn, làm mất các gờ, rãnh vùng vành tai
 - Sờ có cảm giác pháp phèu
 - Không có chống chỉ định về bệnh lý nội khoa (huyết học, nội tiết,...)
 - Bệnh nhân đồng ý bằng ép, hợp tác trong điều trị và tái khám đúng hẹn
2. Phòng ngừa khôi máu tụ tái lập
 - Phương pháp không xâm lấn: Dùng những miếng bông gòn và gạc ép chặt vào vùng trên khối máu tụ, trước và sau tai; hoặc có thể dùng kẹp mũi của vận động viên bơi lội để kẹp sau khi chọc hút
 - Phương pháp xâm lấn: dùng chỉ khâu ép xuyên qua các lđp của loa tai có lót gạc đệm
3. Thuốc điều trị

Kháng sinh (Có thể sử dụng 1 trong những nhóm kháng sinh sau)	Nhóm Fluoroquinolones <ul style="list-style-type: none">- Ciprofloxacin (ciprobay, opecipro...), liều lượng 500mg X 2 lần/ngày- Hoặc Levofloxacin (levotab, tavanic...), liều lượng 500mg X 1 lần/ngàyNhóm amoxicillin + clavulanate (Augmentin 625mg, lg, Klamentin 625mg, lg,...)- Liều lượng 625mg X 3 lần/ngày, lg X 2 lần/ngày- Nhóm Cephalosporin thế hệ 2, 3- C2: Cefuroxim (Zinnat 500mg, liều lượng 500mg X 2 lần/ngày,...);
--	--

	+ hoặc cefaclor (ceclor CD,... liều lượng 375mg X 2 lần/ngày) - C3: Cefixim (unifix 200mg, effixent 200mg, cefixycin 100mg,...), liều lượng 200mg X 2 lần/ngày; + hoặc Cefdinir (aldinir 300mg, genoccef 300mg,...), liều lượng 200mg X 2 lần/ngày + hoặc Cefoperazone (selebact 200mg, sultamfetil 200mg), liều lượng 200mg X 2 lần/ngày
Chống viêm, chống phù nề: steroids	- Methylprednisolone (Medrol 4mg, 16mg) - hoặc prednisolone (prednisone 5mg) - Liều lượng 20 - 40 mg/ngày
Giảm đau	- Acetaminophene (Efferalgan 500mg, Hapacol 500mg, panadol 500mg,...) liều lượng 500mg X 3-4 lần/ngày

106/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ĐIỀU TRỊ VIÊM MŨI CẤP

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM MŨI CẤP

1. ĐỊNH NGHĨA

Là quá trình viêm cấp xảy ra tại mũi, làm niêm mạc mũi sung huyết.

2. TRIỆU CHỨNG

Cơ năng	Thực thể
-sốt nhẹ -ngứa mũi -hắt hơi -chảy mũi -nghẹt mũi - nhức đầu -người mệt mỏi	Niêm mạc mũi sung huyết, cuốn mũi cương tụ, xuất tiết.

3. CẬN LÂM SÀNG

- Công thức máu: bạch cầu có thể tăng.
- X-quang : các xoang sáng

4. XỬ TRÍ - ĐIỀU TRỊ

Toàn thân	Tại chỗ
<ul style="list-style-type: none"> - Chống viêm: Alphachymotrypsine (a 21pK) - Loại enzym hoặc lysozyme (như Noriux 90mg) 2v X 2 lần/ngày trong 5 ngày - Chống sung huyết và chảy mũi: Actifed - Kháng Histamin: Cetirizine (như Zyrtec, Cetrin), Loratadin (như Clarityne, Alertin), 10mg lv/ngày - Fexofenadine (Telfast, Alerast): 60mg lv X 2/ngày - Giảm đau: Paracetamol (như Panadol, Efferalgan) 0,5g lv X 2 ống 3ngày 	<ul style="list-style-type: none"> xông mũi: Dexacol và Melyptol trong 5 ngày. Xịt mũi vđi Stérimar hoặc Sinomarin Nếu nghẹt mũi nhiều: xịt mũi với Otrivin

Dùng kháng sinh: nếu BC tăng (> 10.000) hoặc bệnh > 5 ngày bằng: (một trong các loại thuốc)

- Amoxicillin (Clamoxyll) 0,5g X 2 lần/ngày
- Amox + A.Clavu (Augmentin, Curam, Moxiclav): 0,625g X 2-3 lln/ngày.
- Cefadroxil (Biodroxil): 0,5g 2v X 2 lần /ngày
- Cefuroxim (Zinnat, Zinmax...) 0,25g X 2,3 lần /ngày
- Cefaclor (Ceclor) 0,25g hoặc 0,375g lv X 2 lần/ngày

107/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ĐIỀU TRỊ VIÊM MŨI DỊ ỨNG

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM MŨI DỊ ỨNG

1. ĐỊNH NGHĨA

Là phản ứng toàn thân giữa kháng nguyên, kháng thể sinh ra hoá chất trung gian histamin và serotonin biểu hiện bằng quá trình viêm ở mũi.

2. TRIỆU CHỨNG VIÊM MŨI DỊ ỨNG

Cơ năng	Thực thể
-ngứa mũi	
-hắt hơi	
-sở mũi	
-nghẹt mũi	niêm mạc nhợt nhạt, xuất tiết nhày trong.

3. THÊ LÂM SÀNG VIÊM MŨI DỊ ỨNG

- VMDU quanh năm: xảy ra quanh năm
- VMDU theo mùa: xảy ra theo mùa rõ rệt

4. CẬN LÂM SÀNG VIÊM MŨI DỊ ỨNG

- Công thức máu: bình thường, IgE trong máu tăng.
- Dịch mũi có nhiều tế bào ái toan.
- Xquang: không có gì bất thường.

5. ĐIỀU TRỊ VIÊM MŨI DỊ ỨNG

Điều trị nội khoa là chủ yếu.

- Giải mãn cảm: làm phản ứng nội bị đỡ xác định kháng nguyên, sau đó chích giải mãn cảm.
- dùng một trong các thuốc Pheramin 4mg, Actifed, Polaramin hoặc Cetirizine 10mg (Zyrtec, Ceclor) 1v/ngày, Loratadine (Claritin, Alertin) hoặc Fexofenadine (Telfast, Alerfast) 60mg 1v X 2 lần/ngày
- Điều trị tại chỗ:
 - Xông mũi bằng corticoide.
 - Xịt mũi bằng corticoide: (Flixonase, Rhinocort, Pivalon)
- Kháng sinh khi có bội nhiễm
 - Amoxicillin (Clamoxyl) 0,5g: 2v X 2/ ngày
 - Amox + A.Clavu (Augmentin, Moxiclaxil) 0,625g: 1v X 2/ngày

- Cefadroxil (Biodroxil) 0,5g: 2v X 2 /ngày
 - Cefuroxim (Zinmax, Zinnat, Ceroxim..) 0,25g-0,5g/ngày
-

108/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ĐIỀU TRỊ VIÊM MŨI MÃN TÍNH

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM MŨI MÃN TÍNH

1. ĐỊNH NGHĨA

Là quá trình viêm xảy ra tại niêm mạc mũi kéo dài trên 2 tuần hoặc tái đi tái lại nhiều lần.

2. TRIỆU CHỨNG

- Cơ năng: nghẹt mũi, đôi khi có chảy mũi đặc vàng hoặc xanh, ho dai dẳng
- Khám: niêm mạc mũi đỏ sậm, xuất tiết nhày đục.

3. X- QUANG

Các xoang có phản ứng niêm mạc nhẹ.

4. THÊ LÂM SÀNG

4.1. Viêm mũi quá phát

Là quá trình viêm tại niêm mạc mũi kéo dài với những cơn sung huyết niêm mạc tái diễn.

- Triệu chứng: nghẹt mũi là chính, ho húng hăng
 - Khám: niêm mạc sung huyết đỏ, cuốn dưới phình to, xuất tiết nhày
 - Điều trị:
 - Tại chỗ: xông mũi Dexacol và melyptol.
 - Toàn thân:
- + Chóng sung huyết: Actiíed lvx2 trong 5 ngày.

Cản thận ở những người có bệnh lý tim mạch.

+ Chống viêm: Alphachymotrypsine (a choay 21pK) 2v X 2,3 lần/ngày, Noflux 90mg 2v X 2 trong 5 ngày.

Điều trị nội không hiệu quả: có chỉ định ngoại khoa như: cắt bán phần cuộn dưới, điện động lưỡng cực cao tần dưới niêm mạc (coblator cuộn dưới), hoặc cắt niêm mạc và dưới niêm mạc cuộn dưới bằng Microdebrider

4.2. Viêm mũi xuất tiết

- Là tình trạng viêm mũi tái diễn nhiều lần, làm các tuyến nhày phát triển quá mức.
- Triệu chứng: nghẹt mũi, sổ mũi, ho dai dẳng.
- Khám: niêm mạc đỏ xậm, có xuất tiết nhày.

- Điều trị

- Tại chỗ: nhỏ mũi bằng NaCl 9%, xông mũi với Dexacol và melyptol
- Toàn thân:

Toàn thân	Tại chỗ
<p>- Chống viêm loại enzym: Alphachymotrypsine (a 21[iK]), hoặc lysozyme (như Noflux 90mg) 2v X 2 lln/ngày trong 5 ngày</p> <p>- Chống sung huyết và chảy mũi: Actifed lv X 2-3 lần/ngày</p> <p>- Kháng Histamin: Cetirizine 10mg (Zyrtec, Cetrin) 1v/ngày hoặc Levocetirizin 10mg(Xyzal) Loratadine (Clarityne, Alertin) hoặc Fexofenadine (Telfast, Alerfast) 60mg lv X 2 lần/ngày</p> <p>- Giảm đau: Paracetamol (Panadol, Efferalgan) 0,5 g lv X 2 lần/ngày trong 3 ngày</p> <p>- Kháng sinh: Nếu dịch mũi màu xanh, phải cho thêm kháng sinh (dùng 1 trong các loại sau):</p> <p>+ Amoxicillin (Clamoxyl) 0,5g: 2v X 2 lln/ngày</p> <p>+ Amox+A.Clavu (Augmentin, Curam, Moxiclav) 0,625g: lv X 2-3 lln/ngày</p> <p>+ Cefadroxil (Biođroxil) 0.5g 2v X 2 /ngày</p> <p>+ Cefuroxim (Zinnat, Ceroxim...) 0,25g: lv X 2 lần/ngày</p> <p>+ Cefaclor (Ceclor) 0,25g hoặc 0,375g: lv X 2 lần/ngày</p>	xông mũi: corticoid và melyptol trong 5 ngày.

4.3. Viêm mũi teo

Là quá trình viêm tại niêm mạc mũi kéo dài và nặng ở 1 số cơ địa làm teo niêm mạc mũi

1. Triệu chứng:

- Giai đoạn đầu:

- Nghẹt mũi, xì mũi vàng xanh lẩn vẩy mũi.
- Khám: sàn mũi có mủ nhầy, cuốn dưới đở, đầu cuốn giữa khô có vẩy màu nâu.

- Giai đoạn hai:

- Mũi có mùi thối tanh, xì ra mũi lẩn vẩy vàng xanh. Bệnh nhân cảm thấy nghẹt mũi, mất khứu, đôi khi nhức đầu.
- Khám: lấy hết vẩy mũi thấy hốc mũi rộng, niêm mạc nhợt nhạt, teo dính vào xương.

2. Điều trị:

- Dùng kháng sinh: nếu BC tăng (> 10.000) hoặc bệnh > 5 ngày băng: (một trong các loại thuốc)

- Amoxicillin (Clamoxyl) 0,5g: 2v X 2 lần/ngày
- Amox+A.Clavu (Augmentin, Curam, Moxiclav) 0,625g: 1v X 2-3 lần/ngày
- Cefadroxil (Biodroxil) 0,5g: 2v X 2 /ngày
- Cefuroxime (Zinnat, Zinmax...) 0,25g: 1v x2-4 lln/ngày
- Cefaclor (Ceclor) 0,25 hoặc 0,375g: 1v X 2 lần/ngày
- Có thể phối hợp với Bactrim (TrimethoprimBP + sulfamethoxazoleBP) 0,96g: 1v X 2 lần/ngày
- Rửa mũi bằng NaCl 0,9%, hoặc xịt mũi bằng dung dịch muối ưu trương như Sinomarin 125ml hoặc Sterimar hypertonic
- Lấy vẩy mũi
- Điều trị ngoại khoa khi điều trị nội khoa thất bại: làm hẹp hốc mũi bằng độn dưới niêm mạc vách ngăn và sàn mũi bằng mảnh xương tự thân hoặc Silicon.

109/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ĐIỀU TRỊ VIÊM MŨI MÃN TÍNH

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM MŨI MÃN TÍNH

1. ĐỊNH NGHĨA

Là quá trình viêm xảy ra tại niêm mạc mũi kéo dài trên 2 tuần hoặc tái đi tái lại nhiều lần.

2. TRIỆU CHỨNG

- Cơ năng: nghẹt mũi, đôi khi có chảy mũi đặc vàng hoặc xanh, ho dai dẳng
- Khám: niêm mạc mũi đỏ sậm, xuất tiết nhày đục.

3. X- QUANG

Các xoang có phản ứng niêm mạc nhẹ.

4. THÊ LÂM SÀNG

4.1. Viêm mũi quá phát

Là quá trình viêm tại niêm mạc mũi kéo dài vđi những cơn sung huyết niêm mạc tái diễn.

- Triệu chứng: nghẹt mũi là chính, ho húng hắng
- Khám: niêm mạc sung huyết đỏ, cuốn dưới phình to, xuất tiết nhày
- Điều trị:
 - Tại chỗ : xông mũi Dexacol và melyptol.
 - Toàn thân:
 - + Chống sung huyết: Actived lvx2 trong 5 ngày.

Cần thận ở những người có bệnh lý tim mạch.

+ Chống viêm: Alphachymotrypsine (a choay 21pK) 2v X 2,3 lần/ngày, Noflux 90mg 2v X 2 trong 5 ngày.

- Điều trị nội không hiệu quả: có chỉ định ngoại khoa như cắt bán phần cuốn dưới.

4.2. Viêm mũi xuất tiết

- Là tình trạng viêm mũi tái diễn nhiều lần, làm các tuyến nhầy phát triển quá mức.
- Triệu chứng: nghẹt mũi, sổ mũi, ho dai dẳng.
- Khám: niêm mạc đỏ xám, có xuất tiết nhày.
- Điều trị
 - Tại chỗ: nhỏ mũi bằng NaCl 0.9%, xông mũi với Dexacol và melyptol
 - Toàn thân:

Toàn thân	Tại chỗ
<ul style="list-style-type: none">- Chống viêm loại enzym: Alphachymotrypsine (a 21pK), hoặc lysozyme (như Noílux 90mg) 2v X 2 lần/ngày Trong 5 ngày- Chống sung huyết và chảy mũi: Actifed lv X 2-3 lần/ngày- Kháng Histamin : Cetirizine 10mg (Zyrtec, Cetrin) lv/ngày hoặc Loratadine (Clarityne, Alertin) hoặc Fexofenadine (Telfast, Alerfast) 60mg lv X 2 lần/ngày- Giảm đau: Paracetamol (Panadol, Efferalgan) 0,5 g lv X 2 lần/ngày trong 3ngày- Kháng sinh: Nếu dịch mũi màu xanh, phải cho thêm kháng sinh (dùng 1 trong các loại sau):<ul style="list-style-type: none">+ Amoxicillin (Clamoxyl) 0,5 g: 2v X 2 lần/ngày+ Amox+A.Clavu (Augmentin, Curam, Moxiclav) 0,625g: lv X 2-3 lần/ngày + Cefadroxil (Biodroxil) 0,5g 2v X 2 /ngày + Cefuroxim (Zinnat, Ceroxim..) 0,25g: lv X 2 lần/ngày+ Cefaclor (Ceclor) 0,25g hoặc 0,375g: lv X 2 lần/ngày	Xông mũi: Dexacol và melyptol trong 5 ngày.

4.3. Viêm mũi teo

Là quá trình viêm tại niêm mạc mũi kéo dài và nặng ở 1 số cơ địa làm teo niêm mạc mũi

1. Triệu chứng:

- Giai đoạn đầu:

- Nghẹt mũi, xì mũi vàng xanh lẩn vẩy mũi.
- Khám: sàn mũi có mủ nhầy, cuốn dưới đỏ, đầu cuốn giữa khô có vẩy màu nâu.

- Giai đoạn hai:

- Mũi có mùi thối tanh, xì ra mũi lẩn vẩy vàng xanh. Bệnh nhân cảm thấy nghẹt mũi, mất khứu, đôi khi nhức đầu.
- Khám: lấy hết vẩy mũi thấy hốc mũi rộng, niêm mạc nhợt nhạt, teo dính vào xương.

2. Điều trị:

- Dùng kháng sinh: nếu BC tăng (> 10.000) hoặc bệnh > 5 ngày bằng: (một trong các loại thuốc)
 - Amoxicillin (Clamoxyl) 0,5g: 2v x2 lần/ngày
 - Amox+A.Clavu (Augmentin, Curam, Moxiclav) 0,625g: 1v X 2-3 lần/ngày
 - Cefadroxil (Biodroxil) 0,5g: 2v X 2 /ngày
 - Cefuroxime (Zinnat, Zinmax...) 0,25g: 1v X 2-4 lần/ngày
 - Cefaclor (Ceclor) 0,25 hoặc 0,375g: 1v X 2 lần/ngày
 - Có thể phối hợp với Bactrim (TrimethoprimBP + sulfamethoxazoleBP) 0,96g: 1v X 2 lần/ngày
- Rửa mũi bằng NaCl 0,9%, Stérimar hoặc Sinomarin
- Lấy vẩy mũi
- Điều trị ngoại khoa khi điều trị nội khoa thất bại: làm hẹp hốc mũi bằng độn dưới niêm mạc vách ngăn và sàn mũi bằng mảnh xương tự thân hoặc Silicon.

110/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ĐIỀU TRỊ VIÊM SỤN VÀNH TAI (Bệnh tai ngoài nhiễm trùng)

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM SỤN VÀNH TAI (Bệnh tai ngoài nhiễm trùng)

ĐỊNH NGHĨA

Là một tình trạng nhiễm trùng của sụn, màng sụn vành tai. Bệnh có thể xuất hiện sau quá trình điều trị không phù hợp những trường hợp như: viêm ống tai ngoài cấp, viêm mô tế bào tai ngoài, sau tai nạn có tổn thương loa tai, sau phẫu thuật hoặc sau xổ lỗ tai xuyên sụn.

TÁC NHÂN GÂY BỆNH

Thường gặp nhất là Pseudomonas

TRIỆU CHỨNG

- Sưng nề, đỏ vùng loa tai.
- Đau vành tai và đau sâu trong ống tai
- Có thể đỏ cả những vùng xung quanh loa tai.
- Ngứa

ĐIỀU TRỊ

Kháng sinh	<ul style="list-style-type: none">• Nhóm Huoroquinolones• Ciprofloxacin (ciprobay, opecipro...), liều lượng 500mg X 2 lần/ngày• Hoặc Levofloxacin (levotab, tavanic...), liều lượng 500mg X 1 lần/ngày
Chống viêm, chống phù nề: steroids	<ul style="list-style-type: none">• Methylprednisolone (Medrol 4mg, 16mg)• hoặc prednisolone (prednisone 5mg)• Liều lượng 20 - 40 mg/ngày
Giảm đau	<ul style="list-style-type: none">• Acetaminophene (Efferalgan 500mg, Hapacol 500mg, panadol 500mg,...) liều lượng 500mg X 3-4 lần/ngày

Trong trường hợp nặng, bệnh nhân đau nhiều, vành tai sưng, đỏ, đung vào rất đau, có khi đỏ lan ra cả vùng xung quanh tai -_y cần phải nhập viện truyền kháng sinh tĩnh mạch, chích tĩnh mạch steroid và chăm sóc tại chỗ

	<ul style="list-style-type: none"> Nhóm Fluoroquinolones CiproAoxacin (ciprobay 200mg/100ml truyền TM,...), 200mg/100ml X 2 lần/ngày
Kháng sinh	<ul style="list-style-type: none"> Phối hợp với nhóm amikacin (amikaye 250mg, tiêm bắp), liều lượng 250mg/2ml X 2-3 lần/ngày Nếu nghi ngờ nhiễm vi khuẩn kị khí, có thể phối hợp với metronidazole, liều lượng 15mg/kg/ngày (chai meⁿronidazole 300mg/100ml truyền TM)
Chống viêm, chống phù nề: steroids	<ul style="list-style-type: none"> Methylprednisolone (solumedrol 40mg), liều lượng 40-80mg/ngày
Giảm đau	<ul style="list-style-type: none"> Acetaminophene (Efferalgan 500mg, Hapacol 500mg, panadol 500mg,...) liều lượng 500mg X 3-4 lần/ngày

Viêm mạn tính cần phải can thiệp PT, cắt lọc mô hoại tử, bảo tồn da.

111/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ĐIỀU TRỊ VIÊM THANH QUẢN MÃN TÍNH

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM THANH QUẢN MÃN TÍNH

1. ĐỊNH NGHĨA

Triệu chứng chức năng chính: Khàn tiếng kéo dài, không có xu hướng tự khỏi và phụ thuộc vào quá trình viêm thông thường, không đặc hiệu.

Không kể các bệnh: lao thanh quản, giang mai thanh quản, nấm thanh quản.

2. TRIỆU CHỨNG

2.1. Cơ năng

- Khàn giọng kéo dài từng đợt.

- Tăng tiết nhày, nhất là buổi sáng.
- Cảm giác ngứa, khô rát.

2.2. Thực thể

- Tiết nhày đọng 1/3 trước và 1/3 giữa của dây thanh
- Tốn thương dây thanh
 - Nhẹ: Niêm mạc dây thanh, sung huyết đỏ.
 - Nặng: Quá sần dây thanh như sợi dây thừng, niêm mạc hồng, mất bóng.

3. THÊ LÂM SÀNG

- Viêm TQ mãn tính , xuất tiết thông thường
- Viêm TQ quá phát
- Bạch sản TQ
- Viêm TQ teo
- Viêm TQ nghề nghiệp
- Lộn thanh thất giả
- Viêm TQ mãn tính ở ứ em

4. ĐIỀU TRỊ

- Điều trị nguyên nhân:
 - Điều trị ố viêm nhiễm ở : Mũi, xoang, họng
 - Tránh: hơi hóa chất, bụi
 - Nói ít, nói nhỏ, ngưng ca hát.
- Điều trị tại chỗ: Khí dung họng.
- Điều trị toàn thân: Kháng sinh, kháng viêm nếu cần.
- Luyện giọng.

112/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ĐIỀU TRỊ VIÊM XOANG CẤP TÍNH

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM XOANG CẤP TÍNH

1. ĐỊNH NGHĨA

Là quá trình viêm cấp xảy ra tại niêm mạc các xoang.

2. BỆNH LÝ HỌC:

Nguyên nhân thường gặp nhất là do sự nhiễm trùng từ hốc mũi vào một hoặc nhiều xoang. Cảm thường là nguyên nhân phổ biến gây viêm niêm mạc xoang, nhưng thường không có triệu chứng. Ngoài ra dị ứng cũng là yếu tố ảnh hưởng đến viêm xoang cấp.

Sinh bệnh học: virút, pneumococci, hemophilus influenza, streptococci tan huyết, staphylococci, E. coli, và yếm khí ít gặp (thường do răng).

3. TRIỆU CHỨNG

Cơ năng	Khám	Nội soi
-Sốt - Nhức đầu, đau tức vùng mặt. - Sỗ mũi - Nghẹt mũi - Hắt hơi	Niêm mạc mũi sung huyết, có xuất tiết.	Các lỗ thông xoang phù nề, xuất tiết

3. CẬN LÂM SÀNG

- Xquang: niêm mạc xoang có phản ứng viêm như dày niêm mạc xoang hoặc mucus khích.
- Công thức máu: bạch cầu tăng nhẹ

4. THẾ LÂM SÀNG

4.1. Viêm xoang nguyên nhân từ mũi

Điều trị	Thuốc
Kháng sinh (dùng 1 trong các loại sau) Thường dùng trong 15 ngày	+Amoxicillin (Clamoxyl) 0,5g:2v x2 lần/ngày +Amox+A.Clavu (Augmentin, Curam, Moxiclav) 0,625g: lv x2-3 lần/ngày hay lg / viên: lv X 2 lần/ngày +Cefadroxil (Biodroxil) 0.5g:2v x2 /ngày +Cefuroxim (Zinnat, Zinmax, Ceroxim...) 0,25g-0,5g : lv X 2 lln / n g à y -Khi có nhiễm ký khí:
Kháng viêm	-Chống viêm loại enzym: Alphachymotrypsine (a 21pK), hoặc lysozyme (như Noílux 90mg) 2v X 2 lln/ngày ương 5 ngày
Chống sung huyết và chảy mũi	Actifed lv x2-3 lần/ngày
Kháng Histamine	Cetirizine 10mg (Zyrtec, Cetrin) lv/ngày Hoặc Loratadine 10mg(Clarityne, Alertin). Hoặc Fexofenadine (Telfast, Alerfast) 60mg lv X 2 lần/ngày hay Pheramine 4mg (Allerfar) lv X 2 lần/ngày
Giảm đau	Paracetamol (Panadol, Efferalgan) 0,5g lv X 2 lần/ngày trong 3 ngày
Rửa mũi	NaCL 0.9% hay ưu trương.

4.2. Viêm xoang hàm do răng (răng 5,6,7 hàm trên) - Điều trị: nhổ răng, chọc rửa xoang

Điều trị	Thuốc
Kháng sinh (dùng 1 trong các loại sau)	
Thường dùng ương 15 ngày	Giống như ương, nhưng kèm thêm Metronidazol như Flagyl 0,5g lv X 4 trong 10 ngày, hoặc Rodogyl lvx4 ương 10 ngày
Kháng viêm	-Chống viêm 1 oại enzym: Alphachymotrypsine (a 21[iK]), hoặc lysozyme (như Noflux 90mg) 2v X 2 lần/ngày ương 5 ngày
Giảm đau	Paracetamol (Panadol, Efferalgan) 0,5 g lvx2 lần/ngày ương 3 ngày
Rửa mũi	NaCL 0.9% hay ưu trương.

113/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ĐIỀU TRỊ VIÊM ỐNG TAI NGOÀI (Bệnh tai ngoài nhiễm trùng)

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM ỐNG TAI NGOÀI (Bệnh tai ngoài nhiễm trùng)

Định nghĩa

VOTN là một tình trạng nhiễm trùng của OTN do tổn thương da ống tai khi nhiệt độ và độ ẩm trong ống tai thay đổi.

PHÂN LOẠI

VOTN cấp: khi nhiệt độ và độ ẩm trong ống tai tăng lên làm tổn thương hàng rào bảo vệ là da ống tai -> vi khuẩn xâm nhập -> gây bệnh.

VOTN bán cấp và VOTN man: khi điều trị không đầy đủ, da ống tai ướt nên khô, tróc vảy giống trong bệnh eczema, có khi tăng sản da -> ống tai dày lên làm bít ống tai.

NHỮNG YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH

- Dùng dụng cụ móc tai, bông ngoáy tai
- Tiêu đường
- Xạ trị
- Suy giảm miễn dịch

TRIỆU CHỨNG

Chia làm 3 giai đoạn

Giai đoạn 1: Ngứa tai, thường xuất hiện sau khi BN dùng

- tampon ngoáy tai,
- hoặc dùng đồ móc tai.

Giai đoạn 2: viêm cấp

- Nhẹ: ngứa tai, đau tai nhẹ, da ống tai đỏ, phù nề nhẹ.

- Vừa: ngứa tai, đau tai nhiều hơn, da ống tai đỏ, phù nề nhiều, tiết dịch trong.
- Nặng: tai rất đau, đôi khi lan ra vùng quanh tai, lòng ống tai hép, chảy mủ tai, xuất hiện hạch cổ.

Giai đoạn 3: viêm mạn

- Đau tai ít, ngứa tai nhiều và kéo dài, da ống tai bắt đầu dày lên, tróc vảy.

ĐIỀU TRỊ

- 1 Làm sạch ống tai thường xuyên
- 2 Sử dụng kháng sinh phù hợp
- 3 Điều trị chống viêm và giảm đau
- 4 Phòng ngừa tái phát

Giai đoạn 1:

- Làm sạch ống tai
- Thuốc

Còn boric Lau tai ngày 2 lần

Thuốc lau, nhổ tai

Giai đoạn 2: Nhẹ:

- Làm sạch ống tai
- Thuốc
- neomycin + hydrocortisone (polydexa)
- hoặc ciprofloxacin (ciprofloxacin 0.3%)
- nhổ 2-3 lln/ngày

Thuốc nhổ tai

Vừa:

- Đặt miếng meche nhỏ vào ống tai, nhỏ thuốc kháng sinh polydexa hoặc ciprofloxacin lên miếng meche, rút sau 2 ngày nếu tình trạng phù nề không giảm có thể đặt lại miếng meche khác.

- Thuốc

acetaminophen (panadol, efferalgan,...) liều lượng 500mg X 3-4 lần/ngày

Thuốc giảm đau

Nặng:

- Đặt meche và nhỏ thuốc kháng sinh như trên
- Thuốc

cephalosporin thế hệ 1 (cefadroxil, ceíalexin,...), liều lượng 500mg X 3-4 lần/ngày

hoặc quinolone (ciprobay, tavanic,...), liều lượng 500mg X 2 lần/ngày (nhóm ciprofloxacin), 500mg X 1 lần/ngày (nhóm levoíloxacin)

Kháng sinh (Có thể sử dụng 1 trong những nhóm sau)

	<ul style="list-style-type: none"> - Thời gian điều trị liên tục 2 tuần.
Giảm đau	<ul style="list-style-type: none"> - acetaminophen (panadol, efferalgan,...) - hoặc paracodein - liều lượng 500mg X 3-4 lần/ngày
Kháng viêm steroids	<ul style="list-style-type: none"> - Methylprednisolone (Medrol 4mg, 16mg) - hoặc prednisolone (prednisone 5mg) - Liều lượng 10-20 mg/ngày

Giai đoạn 3:

Thuốc nhỏ tai	<ul style="list-style-type: none"> - neomycin + hydrocortisone (polydexa) - hoặc ciproíloxacin (ciproíloxacin 0.3%) - hoặc dexamethasone 0,1% (dexacol) - nhỏ 2-3 lần/ngày
---------------	--

Thuốc bôi tai	<ul style="list-style-type: none"> - Triamcinolone 0,25% dạng pomate, - thoa ống tai ngày 2 lần
---------------	---

Phòng ngừa

1. Tránh sử dụng những dụng cụ: đồ móc tai, tampon,...
 2. Dùng nút tai khi bơi, tắm (nếu nước đã lọt vào tai thì lắc nhẹ đầu, nghiêng đầu cho nước chảy ra, lau cửa tai, vành tai bằng khăn sạch)
 3. Nếu BN vẫn bị tái đi tái lại thì sử dụng thuốc nhỏ tai có tính acid, hoặc con
-

Phác Đồ Điều Trị Bệnh - Bệnh Viện Bình Dân

114/PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH - BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

115/CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ XẠ TRỊ UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT

❖ TẦM SOÁT UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT

Trước hết cần phải phân biệt tầm soát ung thư và phát hiện sớm ung thư. Tầm soát là thực hiện các xét nghiệm và khám ở cộng đồng người có nguy cơ nhưng không có triệu chứng. Trong đó, phát hiện sớm ung thư là thực hiện trên từng cá nhân đơn lẻ. Tuy cả hai đều có chung mục đích là phát hiện ung thư ở giai đoạn sớm và làm giảm tỉ lệ tử vong, nhưng tầm soát ung thư vì là thực hiện trên một quần thể đồng nên sự tốn kém rất nhiều là không thể tránh khỏi. Vì vậy, tùy điều kiện kinh tế của quốc gia mà một số các xét nghiệm có thể bỏ qua cho một số đối tượng nào đó, và chấp nhận có khả năng bỏ sót một số trường hợp nhất định.

1. Những bất lợi trong việc tầm soát ung thư tuyến tiền liệt:

Tuy có mục đích tốt nhưng việc tiến hành tầm soát ung thư tuyến tiền liệt cũng có những bất lợi rất lớn như:

1.1. Chẩn đoán quá mức: đối với bệnh nhân không có bệnh nhưng phải tiến hành quá nhiều xét nghiệm tầm soát và một số xét nghiệm lại có tính xâm hại.

1.2. Sai lệch về tần suất sống còn: trước khi thực hiện chương trình tầm soát, các trường hợp điều trị ung thư là các trường hợp có triệu chứng và tần suất sống còn là dựa trên các số liệu này. Khi tiến hành chương trình tầm soát chúng ta sẽ phát hiện những trường hợp rất sớm nên tần suất sống còn sẽ thay đổi nhất là trong trường hợp ung thư tuyến tiền liệt có đặc thù là có những trường hợp có diễn tiến rất tốt có thể tồn tại suốt cuộc đời bệnh nhân mà không gây triệu chứng, song song đó lại có những trường hợp diễn tiến tới tử vong nhanh chóng. Vì thế khi tiến hành tầm soát ung thư tuyến tiền liệt hàng loạt, chúng ta sẽ khám phá ra nhiều trường hợp ung thư thuộc loại chưa cần điều trị và sẽ có ảo tưởng là điều trị quá tiến bộ, tử suất của ung thư giảm nhiều so với trước.

1.3. Sự sai lệch của các xét nghiệm chẩn đoán: cho đến nay, trong tầm soát ung thư tuyến tiền liệt chưa có xét nghiệm nào chính xác 100% về độ chuyên biệt cũng như độ tin cậy, vì vậy phải thực hiện nhiều xét nghiệm một lúc. Nhưng dù có tiến hành như vậy thì sự chính xác của kết quả cũng có giới hạn nhất định.

1.4. Chi phí thực hiện chương trình tầm soát quá cao: không phải chỉ tốn phí tiến hành các xét nghiệm đơn thuần mà còn phải lưu ý đến nhiều phí khác như phí quảng cáo trong cộng đồng về ích lợi của chương trình, phí giáo dục người dân ý thức được việc bảo vệ sức khỏe của mình cũng như phí điều trị tai biến, biến chứng.

1.5. Tần suất ung thư tuyến tiền liệt thay đổi theo từng quốc gia: ở Việt Nam lúc trước chưa có chương trình tầm soát nên kết quả có thể phản ánh trung thực.

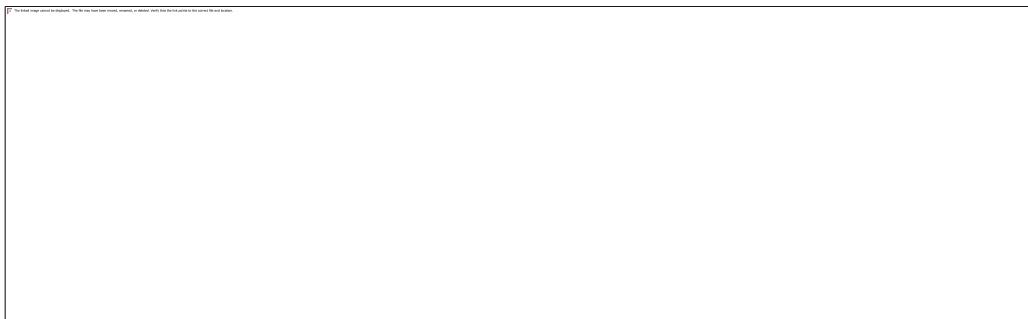
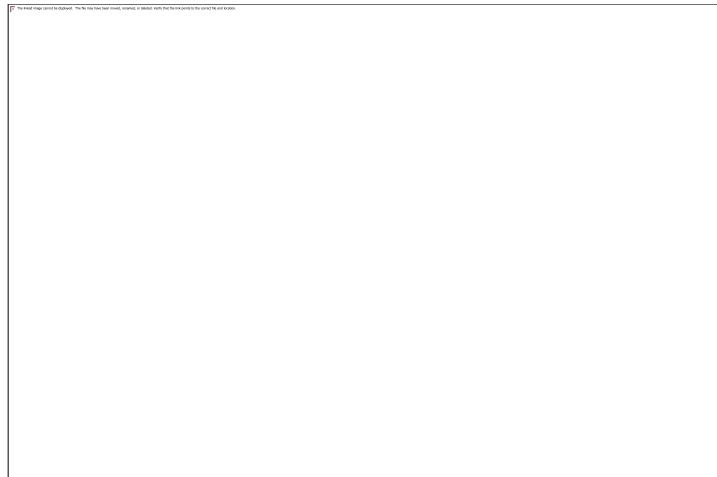
1.6. Ích lợi trong việc giảm tử suất chưa rõ ràng lắm: cần có thời gian theo dõi lâu dài để xác định lợi ích này. Tuy nhiên, kết quả ban đầu của một số chương trình nghiên cứu như Tyrol ở Áo cho thấy tử suất giảm 33%, các chương trình tầm soát ở Mỹ, Anh, Pháp cũng cho kết quả ban đầu đáng khích lệ.

2. Cách thức tầm soát ung thư tuyến tiền liệt:

Cho tới hiện nay, các biện pháp để tầm soát ung thư tuyến tiền liệt chủ yếu cũng dựa vào thăm khám trực tràng, đo nồng độ PSA và siêu âm qua ngã trực tràng.

2.1. Thăm khám trực tràng: thăm khám trực tràng có giá trị khi khối u ở vùng ngoại vi, thể tích khối u lớn hơn 0,2ml, giá trị tiên đoán chỉ khoảng 21-50% và các trường hợp chẩn đoán được thì đa số khối u đã xâm nhập ra khỏi vỏ bọc tuyến tiền liệt. Do đó, thăm khám trực tràng không thể sử dụng đơn độc trong tầm soát ung thư tuyến tiền liệt.

2.2. Đo nồng độ PSA: là một xét nghiệm có giá trị trong tầm soát và chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt, tuy nhiên PSA chỉ chuyên biệt cho cơ quan hơn là chuyên biệt cho bệnh lý ung thư tuyến tiền liệt. Ngoài ra, xét nghiệm PSA có nhược điểm rất lớn là không có ngưỡng xác định ung thư tuyến tiền liệt, có những trường hợp PSA rất cao nhưng không có ung thư và song song có những trường hợp ung thư được xác định với trị số PSA rất thấp. Do vậy, việc xác định với trị số nào của PSA thì bệnh nhân sẽ được tiến hành các xét nghiệm sâu hơn như sinh thiết tuyến tiền liệt là vấn đề tranh cãi tùy thuộc điều kiện của các quốc gia khác nhau.



2.3. Nhằm mục đích tăng độ nhạy và độ chuyên biệt của xét nghiệm PSA, một số các nhà nghiên cứu ngoại quốc đề nghị làm thêm các xét nghiệm chuyên sâu như đo vận tốc PSA, tỉ trọng PSA, tỉ lệ PSA tự do, PSA theo tuổi... Bước đầu các tác giả nhận được một số kết luận có ý nghĩa là tỉ lệ người mắc ung thư tuyến tiền liệt tăng theo tuổi, giữa hai nhóm dưới 50 tuổi và trên 50 tuổi có sự tăng vọt; ngoài ra tỉ lệ PSA tự do trên PSA toàn phần nếu dưới 20% thì nghi ngờ ung thư nhiều hơn.

2.4. Siêu âm tuyến tiền liệt qua ngã trực tràng và sinh thiết: hình ảnh khối u tuyến tiền liệt có thể là một khối echo kém hay khối echo dày, thậm chí không phân biệt được với mô tuyến xung quanh. Do đó, siêu âm không thể dùng như là một xét nghiệm chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt mà chỉ dùng để xác định có sang thương nghi ngờ ung thư tuyến tiền liệt, và để định vị sinh thiết chính xác hơn. Ngoài ra, vì có những sang thương có cấu trúc giống mô tuyến bình thường nên phải sinh thiết nhiều vị trí khác nhau.

2.5. Siêu âm qua ngã trực tràng kết hợp sinh thiết là một xét nghiệm có giá thành cao và là thủ thuật xâm nhập có thể có tai biến, biến chứng nên không thể là xét nghiệm thường qui. Các tác giả ngoại quốc đề nghị chỉ định của xét nghiệm này là: Khi khám phát hiện có nhân cứng, PSA có trị số lớn hơn 4 ng/ml là tiêu chuẩn kinh điển. Còn tại Canada, tiêu chuẩn là khi PSA lớn hơn 3 ng/ml đối với bệnh nhân trên 50 tuổi và trên 2,5 ng/ml nếu bệnh nhân nhỏ hơn 50 tuổi. Tại Áo, trị số PSA để chỉ định sinh thiết là từ 3,5 ng/ml trở lên còn tại Hà Lan vẫn áp dụng với trị số PSA từ 4 ng/ml trở lên.

3. Các chỉ định tầm soát ung thư tuyến tiền liệt tại Việt Nam:

Cần xác định các đặc thù tại Việt nam là:

* Việt Nam không phải là vùng nóng đối với ung thư tuyến tiền liệt trên bản đồ thế giới s Kinh tế nước ta còn kém so với các nước Châu Âu và Bắc Mỹ.

* Ý thức tầm soát ung thư, bảo vệ sức khỏe của nhân dân ta còn chưa bằng nhân dân ở các nước phát triển.

* Lợi ích của tầm soát chưa có kết luận chắc chắn với theo dõi lâu dài s Vì vậy, nên tiến hành tầm soát ở bệnh nhân hơn 50 tuổi, một độ tuổi có suất độ cao, xét nghiệm chủ yếu là thăm khám trực tràng và làm xét nghiệm PSA toàn phần. Chỉ định sinh thiết tuyến tiền liệt khi phát hiện có nhân cứng, còn khi PSA lớn hơn 4ng/ml thì giải thích ích lợi và nguy cơ khi làm xét nghiệm. Không làm tầm soát ung thư mà là chẩn đoán sớm ung thư, tức là chỉ thực hiện trên từng cá thể riêng biệt chứ không tiến hành hàng loạt. Các xét nghiệm PSA tự do cũng rất đắt tiền, nên trong chương trình tầm soát cũng không nên thực hiện.

❖ CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT

1. Tổng quan:

- Nguyên tắc: Cắt toàn bộ tuyến tiền liệt, túi tinh và bóng của ống dẫn tinh

- Các phương pháp phẫu thuật:

+ Mổ mở (open surgery): qua đường sau xương mu (RRP) hoặc qua ngã hội âm (PRP)

+ Mổ nội soi (laparoscopy): Nội soi ổ bụng (LRP) hoặc ROBOT (RoRP)

- Phẫu thuật mở hay nội soi có cùng chỉ định như nhau, việc quyết định phương pháp nào là tùy thuộc sự lựa chọn của bác sĩ điều trị.

- Đường mổ qua hội âm nên được khuyến khích cho ung thư giai đoạn khu trú, vì cho kết quả tốt và đảm bảo thẩm mỹ. Tuy nhiên, khi lựa chọn đường mổ này cần phải xác định rõ không có di căn hạch (PSA<10ng/ ml, Gleason <7, tốt nhất là sinh thiết hạch chậu âm tính).

2. Chỉ định mổ:

- Ung thư còn khu trú: T1-T2, Nx-N0, M0
- Thời gian kỳ vọng sống > 10 năm
- Không có bệnh đi kèm như tim mạch, tiểu đường...
- Chưa di căn hạch (thực tế khoảng 2-4% bệnh nhân đã có di căn hạch chậu vẫn có thể được cắt tuyến tiền liệt tận gốc).
- Điểm Gleason < 8
- PSA < 20 ng/ml (tại Việt Nam, nhiều bệnh nhân có trị số PSA cao hơn con số này vẫn có thể mổ được)
- Cho bệnh nhân biết khả năng sẽ phải điều trị đa mô thúc sau mổ

3. Chỉ định mổ theo từng giai đoạn của bệnh:

3.1. Giai đoạn T1a-T1b:

- T1a: ung thư < 5% mô tuyến tiền liệt
- T1b: ung thư > 5% mô tuyến tiền liệt hoặc biệt hóa kém
- Ung thư tuyến tiền liệt phát hiện sau cắt đốt nội soi có thể tiếp tục xạ trị ngoài (không áp dụng brachytherapy)
- Bảo tồn thần kinh cương

3.2. Giai đoạn T1c:

- Chưa có biểu hiện lâm sàng
- Chẩn đoán dựa vào PSA tăng cao và kết quả sinh thiết tuyến tiền liệt
- PIN cao: nên sinh thiết lại sau 3 đến 6 tháng
- Cắt tuyến tiền liệt tận gốc kèm bảo tồn thần kinh cương

3.3. Giai đoạn T2:

- T2a: có khả năng cắt tuyến tiền liệt tận gốc
- T2b: Ung thư chiếm hơn 1/2 thùy hoặc cả 2 thùy
- Bảo tồn thần kinh cương 1 bên

- Lựa chọn xạ trị cho bệnh nhân lớn tuổi có bệnh lý khác đi kèm như tim mạch, tiêu đường

3.4. Giai đoạn T3:

- T3a: xâm lấn vỏ bao tuyến tiền liệt
- T3b: xâm lấn túi tinh
- Giai đoạn T3 có nguy cơ tái phát cao, đã di căn hạch nên không được khuyến khích cắt tuyến tiền liệt tận gốc.
- Chỉ định chọn lọc cắt tuyến tiền liệt tận gốc với khối bướu nhỏ, không dính
- Lựa chọn tốt nhất: điều trị nội tiết kết hợp với xạ trị

4. Chỉ định nạo hạch chậu:

- PSA < 10 ng/ml và điểm Gleason < 7 có ít nguy cơ di căn hạch thì không cần nạo hạch chậu
- Chỉ định nạo hạch chậu cho bệnh nhân có nguy cơ tái phát cao (T3a, PSA > 20 ng/ml hoặc Gleason > 8)
- Phương pháp:
 - + Nạo hạch chậu giới hạn: chỉ lấy hạch chậu-bit (khoảng 8-10 hạch)
 - + Nạo mở rộng: lấy hạch vùng chậu-bit lên đến động mạch chậu chung (khoảng 20 hạch)
 - + Thông thường chỉ cần nạo giới hạn, không cần nạo mở rộng.

5. Biến chứng:

5.1. Cắt tuyến tiền liệt tận gốc:

- Rối loạn cương (liệt dương)
- Tiêu không kiểm soát
- Hẹp cổ bàng quang
- Rò nước tiêu

5.2. Nạo hạch chậu:

- Tụ dịch bạch huyết

- Phù bạch huyết
- Thuyên tắc tĩnh mạch sâu
- Thuyên tắc phổi

→ Cần phải giải thích đầy đủ về các biến chứng cho bệnh nhân trước khi quyết định phẫu thuật.

❖ ĐIỀU TRỊ NỘI TIẾT

Định nghĩa phương pháp điều trị nội tiết: là dùng những thuốc chống lại sự hoạt động của androgen và sự tăng sinh của tuyến tiền liệt, bao gồm nội tiết tố và những chất không phải nội tiết tố.

1. Các dạng điều trị nội tiết

1.1. Cắt tinh hoàn

Ngoại khoa: phẫu thuật cắt 2 tinh hoàn nhanh chóng làm giảm lượng testosterone trong máu xuống dưới 50 ng/dl. Chỉ trong vòng 24 giờ sau phẫu thuật, nồng độ testosterone còn lại xuống dưới 10% so với trước mổ. Về mặt kỹ thuật, có thể cắt trọn 2 tinh hoàn hoặc để lại vỏ bao (cắt tinh hoàn dưới bao) vì lý do thẩm mỹ hoặc tâm lý.

Nội khoa:

- Estrogen: thường dùng nhất là Diethylstilboestrol (DES), có tác dụng ức chế ngược trên trực nội tiết mạnh hơn testosterone. Liều tấn công là từ 5 mg trở lên mỗi ngày. Liều duy trì là 1 mg mỗi ngày. Tác dụng phụ trên hệ tim mạch giới hạn việc sử dụng.

- Đồng vận LHRH: tạo hiện tượng mất hoạt hóa thụ thể LHRH của tuyến yên. Trong một số ngày đầu, trong vòng 10 - 20 ngày, có thể gây nên hiện tượng bùng phát với sự gia tăng LH và testosterone trong máu. Các LHRH-a thường sử dụng là: Buserelin, Goserelin, Leuprorelin, Triptorelin.

- Đối vận LHRH: gắn kết và tranh chấp thụ thể với LHRH tuyến yên, có thể làm giảm trên 80% lượng LH trong 24 giờ đầu. Không gây nên hiện tượng bùng phát như LHRH-a. Abarelix là đối vận LHRH duy nhất được FDA Hoa Kỳ cấp phép, nhưng chỉ giới hạn cho những bệnh nhân bị ung thư di căn có triệu chứng mà không thể dùng được liệu pháp nào khác.

1.2. Kháng nội tiết tố nam (kháng androgen)

Steroid: Cyproterone acetate, Megesterone acetate, Medroxyprogesterone acetate. Cyproterone acetate thường được sử dụng nhất, liều 100 mg, 2-3 lần mỗi ngày. Kháng nội tiết nam steroid có tác dụng kép: ức chế thụ thể androgen tại tuyến tiền liệt và ức chế ngược trên trực nội tiết. Tác dụng phụ cần chú ý trên hệ tim mạch và chức năng gan.

Không steroid:

- Flutamide: 250 mg, 3 lần mỗi ngày
- Bicalutamide: kháng androgen không steroid mạnh nhất do khả năng gắn kết cao với thụ thể và có dung nạp tốt nhất. Liều: một lần trong ngày, 50 mg/ngày nếu là liệu pháp kết hợp và 150 mg/ngày nếu là đơn trị liệu.
- Nilutamide: liều: 1 lần trong ngày, 300 mg/ngày trong tháng đầu tiên và tiếp tục 150 mg/ngày trong những tháng sau.

về mặt lý thuyết, sử dụng kháng androgen không steroid trong đơn trị liệu giúp cải thiện chất lượng sống và tuân thủ điều trị hơn cắt tinh hoàn vì không làm giảm lượng testosterone trong máu. Được cho là bảo tồn được ước muốn tình dục (libido), năng lực thể chất chung và mật độ khoáng trong xương.

1.3. Úc chế tổng hợp nội tiết nam

- Aminoglutethimide: liều 1000mg/ngày. Úc chế tổng hợp testosterone qua úc chế chuyển hóa cholesterol thành pregnenolone. Vì aminoglutethimide cũng úc chế tổng hợp aldosterone và cortisol nên hệ quả được xem như cắt thượng thận nội khoa. Hiện chỉ được sử dụng trong ung thư giai đoạn kháng nội tiết.

- Ketoconazol: liều 300 mg, 3 lần mỗi ngày. Úc chế tổng hợp testosterone và cả steroid thượng thận. Tương tự như đối với aminoglutethimide, hiện chỉ được sử dụng trong ung thư giai đoạn kháng nội tiết.

2. Chỉ định điều trị nội tiết

Được xem là tiêu chuẩn vàng cho ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn tiến triển.

2.1. Chỉ định chung:

- Ung thư giai đoạn tiến triển tại chổ (T3, T4)

Chỉ định trên những bệnh nhân có triệu chứng, u lan rộng tại chổ, nồng độ PSA cao (trên 25 ng/ml).

Sự kết hợp nội tiết với xạ trị cho kết quả tốt hơn là xạ trị đơn độc.

- Ung thư di căn (N+, M+)

Điều trị nội tiết là liệu pháp chuẩn, đặc biệt là đối với bệnh nhân đã có triệu chứng.

2.2. Chỉ định cắt tinh hoàn:

- Tiến triển tại chỗ (T3,T4) có triệu chứng: cải thiện thời gian sống còn không ung thư (CFS: cancer-free survival)
- N+: kéo dài thời gian sống còn bệnh không tiến triển (PFS: progression-free survival), và ngay cả sống còn toàn bộ (OS: overall survival).
- M1 không triệu chứng: làm chậm diễn tiến bệnh sang giai đoạn có triệu chứng và ngăn ngừa các biến chứng do diễn tiến bệnh nặng.
- M1 có triệu chứng: thuyên giảm các triệu chứng và giảm nguy cơ dẫn đến các biến chứng nặng nề do bệnh tiến triển (chèn ép tủy, gãy xương bệnh lý, chèn ép niệu quản, di căn các cơ quan khác ngoài xương).

2.3. Chỉ định kháng androgen:

- Liệu trình ngắn hạn: giảm nguy cơ đợt bùng phát PSA ở các bệnh nhân có ung thư di căn được định điều trị bằng LHRH-A.
- Kháng androgen không steroid (bicalutamide): dùng đơn trị đầu tay thay cho cắt tinh hoàn ở bệnh nhân có ung thư tiến triển tại chỗ.

3. Chống chỉ định điều trị nội tiết

3.1. Cắt tinh hoàn ngoại khoa: khi tâm lý không sẵn sàng cho phẫu thuật cắt 2 tinh hoàn.

3.2. Estrogen: có bệnh tim mạch đi kèm.

3.3. Đóng vận LHRH: ung thư di căn có nguy cơ bùng phát PSA cao, ví dụ: di căn xương.

3.4. Kháng androgen: không được sử dụng như điều trị ban đầu cho ung thư khu trú và trên bệnh nhân có suy giảm chức năng gan.

4. Các biến táu trong điều trị nội tiết

4.1. Đơn trị liệu

Thường là điều trị nội tiết đầu tay, áp dụng một trong 2 cách: cắt tinh hoàn (nội hay ngoại khoa) hoặc kháng androgen.

4.2. Điều trị phối hợp

- Với cắt tuyến tiền liệt tận căn

+ Tân hổ trợ: điều trị nội tiết trước cắt tuyến tiền liệt tân căn không được khuyến khích, không làm tăng dự hậu sống còn (Witjes 1997, Gleave 2003), ngoài ra còn làm việc xét nghiệm giải phẫu bệnh sau mổ thêm khó khăn.

+ Hỗ trợ: sau cắt tuyến tiền liệt, khi có hiện tượng tái phát sinh học thì việc điều trị nội tiết sớm được khuyến khích vì có hiệu quả.

- Với xạ trị

Kết quả của nhiều công trình (Bolla 2002, D'Amico 2002, Lawton 2003, Cook 2004) cho thấy sự phối hợp giữa điều trị nội tiết và xạ trị cho nhiều kết quả khả quan trên tỷ lệ sống còn toàn bộ, sống còn không diễn tiến bệnh và tử vong do ung thư, đặc biệt đối với nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao.

4.3. Úc chế androgen toàn phần/ tối đa (CAB/MAB)

Quan điểm kết hợp cắt tinh hoàn (nội hoặc ngoại khoa) và kháng androgen dựa trên lý luận là phải úc chế cả nguồn sản xuất androgen từ thượng thận vì có thể chỉ một lượng nhỏ androgen từ thượng thận cũng đủ kích thích tế bào ung thư phát triển. Có những công trình chứng tỏ sự kết hợp này có hiệu quả (Crawford 1989, Dijkman 1997, Denis 1998, Miyamoto và Chang 2000). Ngược lại, cũng có công trình cho thấy sự kết hợp này không đem lại lợi ích (Eisenberger 1988, Prostate Cancer Trialist' Collaborative Group 2000).

4.4. Úc chế androgen ngắn quãng & úc chế androgen liên tục

Có một số tác giả (Akakura 1993, Sato 1996) chủ trương điều trị ngắn quãng sẽ làm chậm xuất hiện tình trạng kháng nội tiết. Thêm nữa, cách thức điều trị này sẽ bớt tổn kém và giảm tác dụng phụ của suy giảm nội tiết nam.

Thời gian điều trị: mỗi đợt điều trị kéo dài từ 6-9 tháng, khi nào PSA xuống đến trị số thấp nhất có thể được thì ngưng dùng thuốc. Trong chu kỳ đầu thì PSA có thể xuống đến mức gần triệt tiêu (nadir), càng về sau thì càng khó đạt trị số nadir như lúc đầu. Kinh nghiệm cho thấy nếu PSA hạ xuống nhanh thì sẽ tăng trở lại chậm khi ngưng thuốc và ngược lại. Khi PSA tăng lại, thông thường từ 5-10 ng/ml thì có thể khởi sự đợt điều trị tiếp theo.

5. Một số điểm cần chú ý

s Sự đáp ứng ban đầu với điều trị nội tiết, nhanh hay chậm, có thể là điều kiện để cho thấy trước thời gian hiệu quả của phương thức trị liệu này dài hay ngắn. s Việc áp dụng điều trị nội tiết ở những bệnh nhân có ung thư khu trú và nguy cơ thấp sẽ làm tăng tỷ lệ tử vong do tác dụng phụ (tử vong không do ung thư). s Không nên điều trị nội tiết tân hổ trợ trước phẫu thuật tân căn đối với ung thư khu trú trên lâm sàng.

+ Kết hợp điều trị nội tiết với xạ trị giúp kéo dài thời gian sống còn. Điều trị nội tiết tức thì sau phẫu thuật tân căn mà phát hiện có di căn hạch, sẽ giúp tăng tỷ lệ sống còn toàn bộ.

+ Điều trị nội tiết sớm tốt hơn điều trị trì hoãn ở bệnh nhân ung thư tiền triển, khi phát hiện tái phát sinh học hay di căn.

→ Luôn nhớ khi điều trị nội tiết liên tục: các tác dụng phụ sẽ cùng tăng theo nếu kéo dài thời gian điều trị.

Xạ trị là một cách điều trị ung thư tuyến tiền liệt khi bướu còn tại chỗ, chưa di căn hạch hoặc di căn xa. Có thể dùng xạ trị cho bệnh nhân ở mọi độ tuổi, cho những trường hợp có chống chỉ định phẫu thuật vì lý do bệnh lý hoặc cho những bệnh nhân không muốn phẫu thuật.

❖ CHỈ ĐỊNH XẠ TRỊ UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT

1. Những thông tin cần có trước khi điều trị bệnh nhân:

- Giai đoạn lâm sàng T, N, M
- Loại giải phẫu bệnh
- Độ ác tính (điểm Gleason)
- Nồng độ PSA/ huyết thanh
- Tuổi bệnh nhân và thời gian kỳ vọng sống thêm
- Các bệnh lý nội khoa đi kèm

+ Các yếu tố này giúp chúng ta quyết định chọn lựa phương pháp điều trị

2. Xếp nhóm nguy cơ (nguy cơ tái phát) cho bệnh nhân:

- Nguy cơ thấp: T1-T2a và Gleason < 6 và PSA < 10ng/ml
- Nguy cơ trung bình: T2b-T2c hoặc Gleason 7-8 hoặc PSA 10-20ng/ml
- Nguy cơ cao: T3a hoặc Gleason 9-10 hoặc PSA > 20ng/ml
- Nguy cơ rất cao: T3b-T4

3. Chỉ định xạ trị:

3.1. Xạ trị triệt để

- Xạ trị triệt để là một chọn lựa điều trị khi bướu còn tại chỗ gồm các giai đoạn bướu T1, T2, T3, và một số trường hợp T4 (nếu bướu chưa lan rộng vào các cơ quan vùng chậu), N0, M0.

- Xạ trị có thể dùng để bô túc vào nền bướu sau cắt tuyến tiền liệt, nếu diện cắt (+). (Lưu ý: nếu hạch chậu có di căn thì không xạ trị bô túc mà chuyển sang dùng úc chế nội tiết).

3.2. Xạ trị tạm bợ: dùng trong các tình huống sau đây:

- Xạ trị giảm đau ở di căn xương (có thể kiểm soát đau đến 80%)

- Xạ trị giải ép tủy khi cột sống bị di căn

Tổng liều xạ trị giảm đau thường dùng là 30 Gy/ 10 lần, phân liều 3 Gy/ lần.

3.3. Xạ trị cứu vớt (salvage radiotherapy):

Nếu sau phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc mà:

- PSA/ huyết thanh không âm tính hoàn toàn, hoặc

- Khi theo dõi định kỳ sau phẫu thuật, có hiện tượng tái phát sinh học, PSA tăng dần sau 2 lần xét nghiệm ($>0,2$ ng/ml trong khoảng 3-6 tháng), và

- Nếu kết quả sinh thiết lại vùng nền tuyến tiền liệt (+) mà không có bằng chứng của di căn hạch, di căn xa, thì có thể cân nhắc xạ trị cứu vớt + úc chế nội tiết.

4. Thể tích và liều xạ trị triệt để:

4.1. Kỹ thuật xạ trị ngoài:

- Tốt nhất là xạ trị bằng máy gia tốc thăng với mức năng lượng cao từ 15-25 MV.

- Máy Cobalt cũng có thể sử dụng được cho các bệnh nhân gầy ốm.

- Thường dùng 3-4 trường chiếu tập trung vào vùng bướu.

- Thể tích xạ gồm: bướu + tuyến tiền liệt, túi tinh ± xạ hạch chậu 2 bên

+ Nguy cơ thấp: tuyến tiền liệt ± túi tinh 70-75 Gy

+ Nguy cơ trung b.nh/ cao: tuyến tiền liệt ± túi tinh 75-80Gy ± thuốc úc chế nội tiết từ 6 tháng - 3 năm

+ Nguy cơ cao: xạ ph.ng ngừa thêm vào hạch chậu 45-50 Gy.

- Tổng liều xạ trị vào bướu: từ 70-80 Gy tùy vào nguy cơ, thời gian kỳ vọng sống thêm, thể trạng bệnh nhân, các bệnh nội khoa đi kèm. Phân liều xạ từ 1,8 Gy-2Gy/ lần. Nếu tổng liều xạ > 75 Gy, cần có những phương tiện kiểm tra chính xác mô đích để không chế biến chứng xạ trên bàng

quang và trực tràng, như kỹ thuật xạ sát hợp mô đích IMRT, kiểm tra vị trí tuyến tiền liệt hàng ngày bằng siêu âm...

- Đối với bệnh nhân nguy cơ cao và rất cao, nên kết hợp xạ trị + úc chế nội tiết.
- Ưu và nhược điểm của xạ trị ngoài Ưu điểm:
 - Bệnh nhân không bị những tai biến liên quan đến phẫu thuật
 - Bệnh nhân ở các độ tuổi đều có thể xạ trị
 - Tỷ lệ tiêu không kiểm soát thấp (1,3%)
 - 50%-65% bệnh nhân duy trì được khả năng hoạt động tình dục nếu trước điều trị khả năng này bình thường

Nhược điểm:

- Viêm bàng quang, tiêu máu (3%), xơ hẹp niệu đạo (4,4%)
- Viêm trực tràng, viêm hậu môn. (2%)
- Thời gian điều trị kéo dài 7- 8 tuần

4.2. Xạ trị trong

1. Phương pháp cắm lưu những hạt Iode 125 vào mô tuyến tiền liệt dành cho ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn sớm T1-T2a, nguy cơ thấp. Thủ thuật này được thực hiện một lần, dưới gây mê, với sự kết hợp chặt chẽ của các bác sĩ niệu khoa và bác sĩ xạ trị.

2. Phương pháp xạ trị trong với máy nạp nguồn sau suất liều cao, dùng để tăng cường liều vào bướu sau xạ trị ngoài. Nguồn đồng vị phóng xạ thường là Iridium 192.

(Hiện nay ở Việt Nam chưa thực hiện các kỹ thuật xạ trị trong này).

5. Xạ trị + úc chế nội tiết

- Đối với ung thư tuyến tiền liệt tiến triển tại chỗ (T3-T4), phương pháp kết hợp xạ trị + úc chế nội tiết cho kết quả tốt hơn xạ trị đơn thuần.
- Liệu pháp nội tiết gồm cắt 2 tinh hoàn hoặc dùng chất đồng vận-LHRH, thuốc kháng androgen, estrogen, progestogen...

6. Theo dõi sau xạ trị triệt để

- Đo PSA mỗi 6 tháng trong 5 năm đầu, sau đó mỗi năm một lần

- Thăm khám trực tràng mỗi năm một lần.

Nếu PSA tăng > 2ng/ml so với trị số PSA thấp nhất từ sau xạ trị +/- úc chế nội tiết hoặc thăm trực tràng thấy bướu phát triển, cần đánh giá lại để xét điều trị cứu vớt.

7. Xử trí khi bệnh tái phát tại chổ sau xạ trị

Cần đánh giá các yếu tố sau đây, để xét điều trị cứu vớt:

- Các điều kiện thuận lợi cho điều trị tại chổ:

- Giai đoạn bệnh ban đầu: T1-T2, Nx hoặc N0
- Khả năng sống thêm dự kiến > 10 năm
- PSA hiện tại < 10ng/ml

- Nếu thuận lợi, các bước tiến hành tiếp theo gồm:

- Sinh thiết lại bướu
- Làm xạ hình xương
- Chụp CT/ MRI vùng chậu

- Nếu kết quả sinh thiết (+), bệnh còn tại chổ, chưa di căn:

- Phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt cứu vớt
- Hoặc điều trị nội tiết
- Hoặc xạ trị trong

Lưu ý! Phẫu thuật cắt bướu tuyến tiền liệt tái phát sau xạ trị thường rất khó thực hiện do vùng tuyến tiền liệt đã bị xơ dính do tác dụng của bức xạ ion-hóa, nguy cơ biến chứng phẫu thuật rất cao.

- Nếu bệnh đã di căn hạch hoặc di căn xa, hoặc nếu bệnh nhân không đủ các điều kiện thuận lợi cho điều trị tại chổ, thì theo dõi hoặc điều trị nội tiết.

Kết luận:

Để việc xạ trị ung thư tuyến tiền liệt đạt hiệu quả tốt, cần đánh giá kỹ nguy cơ, thời gian kỳ vọng

sóng thêm, thể trạng và các bệnh lý đi kèm nhằm cân nhắc giữa lợi ích và biến chứng của việc điều trị. Ngoài mục tiêu kéo dài thêm thời gian sống còn, chất lượng sống của các bệnh nhân lớn tuổi rất đáng được quan tâm.

❖ ĐIỀU TRỊ HÓA CHẤT TRONG UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT

Điều trị hóa chất trong ung thư tuyến tiền liệt không bao giờ là biện pháp điều trị bước đầu được lựa chọn v. loại ung thư này thường rất nhạy với nội tiết. Tuy nhiên vì tính chất không đồng nhất trong khối u nên độ nhạy của ung thư ở từng cá thể là rất khác nhau và luôn dẫn đến tình trạng kháng nội tiết mà cơ chế còn chưa rõ hoàn toàn nhưng đều có thái độ xử trí chung là có thể phải tiếp tục điều trị với hóa chất.

1. Mục đích của điều trị hóa chất trong ung thư tuyến tiền liệt kháng nội tiết:

1.1. Kéo dài thời gian sống còn: Khi ung thư kháng nội tiết có di căn nhỏ thì thời gian sống còn là từ 14-16 tháng; còn nếu có di căn nhiều thì thời gian sống còn chỉ khoảng 9-12 tháng nếu không có điều trị bổ túc.

1.2. Trì hoãn diễn tiến bệnh: khi có kháng nội tiết nhưng chưa phát hiện di căn thì điều trị hóa chất sớm sẽ làm chậm diễn tiến đến di căn đại thể.

1.3. Cải thiện chất lượng cuộc sống do làm giảm đau nhức do ung thư di căn gây ra: đây có lẽ là mục tiêu chính của điều trị hóa chất với các trường hợp ung thư kháng nội tiết.

2. Chỉ định:

Điều trị hóa chất trên bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt thường có nhiều tác dụng phụ, đắt tiền và hiệu quả không cao hơn nữa bệnh nhân trong giai đoạn này thường kiệt quệ cả về sức khỏe lẫn tài chính nên chỉ định điều trị cần phải đúng đắn để bệnh nhân có thể hưởng lợi nhiều nhất. Các chỉ định cụ thể như sau:

2.1. Ung thư tuyến tiền liệt kháng nội tiết rõ, đã điều trị với các phương pháp khác như kháng androgen ngoại vi, bỏ nguồn nội tiết nhưng vẫn tiến triển.

2.2. PSA phải tăng sau 2 lần thử liên tiếp: đây là biện pháp bảo đảm tránh những sai sót khi thử và ngoài ra người ta nhận thấy khi điều trị hóa chất mặc dù có hiệu quả nhưng cho tới hiện nay vẫn chưa có bằng chứng là điều trị sớm ngay khi có dấu hiệu kháng nội tiết sẽ tốt hơn điều trị trễ nên không cần phải quá vội tiến hành điều trị ngay.

2.3. PSA phải lớn hơn 5 ng/ml: đây là tiêu chuẩn để ra để dễ theo dõi kết quả của hóa trị với hóa chất.

3. Đánh giá kết quả điều trị với hóa chất:

Trong các bướu phần mềm khác đa số người ta đánh giá hiệu quả điều trị bằng cách đo kích thước bướu trước và sau điều trị nhưng với ung thư tuyến tiền liệt thì phương pháp này không

khả thi, ngoài ra trong các trường hợp có di căn xương thì theo dõi tình trạng di căn xương trước và sau điều trị cũng không cho kết quả trung thực nên đánh giá theo các tiêu chuẩn sau được đa số các chuyên gia chấp nhận

3.1. Theo dõi PSA: vì lý do này mà trong chỉ định điều trị hóa chất có tiêu chuẩn PSA lớn hơn 5ng/ml. Theo các nghiên cứu của Kelly nếu PSA giảm hơn 50% sẽ cho kết quả sống còn cao hơn nhóm chứng (25 tháng so với 8,6 tháng) và Smith cũng nhận thấy nếu PSA giảm hơn 50% trong thời gian hơn 8 tháng sẽ cho kết quả tốt hơn nhóm chứng (91 tuần so với 38 tuần)

3.2. Đối với các trường hợp không có di căn xương thì có thể đánh giá theo tiêu chuẩn Recist bao gồm đo tổng chiều dài của các sang thương trước và sau điều trị bằng phương tiện hình ảnh học như CT, MRI.. nếu gọi là đáp ứng hoàn toàn khi các sang thương hoàn toàn biến mất, nếu giảm trên 30% là đáp ứng một phần, nếu tăng trên 20% là bệnh tiến triển.

3.3. Nếu trong trường hợp ung thư tiền xa có triệu chứng thì đánh giá dựa vào triệu chứng cũng là một tiêu chuẩn có giá trị vì mục đích chính của điều trị bằng hóa chất là cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

4. Điều trị với hóa chất:

Khi nghiên cứu các mẫu bệnh phẩm ung thư tuyến tiền liệt người ta nhận thấy có sự thể hiện gen bcl-2 nhiều và gen này chịu trách nhiệm trong việc bảo vệ sự toàn vẹn của các vi ống chống lại sự chết có lập trình của các tế bào bướu khi có sự hiện diện của các chất ức chế androgennen điều trị bằng các chất tác dụng vào hệ thống vi ống có thể có hiệu quả và trên thực nghiệm khi điều trị với các Taxane là các chất chống bướu dựa vào cơ chế tác động trên vi ống có hiệu quả tốt. Theo các nghiên cứu tên cứu pha 3 về hiệu quả của hóa chất điều trị ung thư tuyến tiền liệt người ta nhận thấy có 2 phác đồ có hiệu quả nhất là:

4.1. Docetaxel 75mg / m² da ngày 1 với Prednisone 10mg/ngày cho chu kỳ 21 ngày

4.2. Mitoxantron 12mg/m² da ngày 1 với Prednisone 10mg/ngày cho chu kỳ 21 ngày. Tuy nhiên, người ta nhận thấy phác đồ Docetaxel có vẻ có hiệu quả hơn, thể hiện qua tỉ lệ PSA giảm hơn 50% so với 27% và thời gian trung bình làm chậm tiến triển kéo dài hơn là 6,3 tháng so với 3,2 tháng. Song song có nhiều phác đồ cũng đang được nghiên cứu nhưng ít thông dụng hơn, như điều trị đơn chất với Doxorubicin, Cisplatin, 5FU, Methotrexate, Cyclophosphamide, Estramustine, Vinblastine, Paclitaxel hay sử dụng các phác đồ phối hợp như Paclitaxel + Estramustine; Doxorubicine + cyclophosphamide; Docetaxel + Vinorelbine; Docetaxel + Capecitabine; Paclitaxel + Estramustine + Carboplatin...

Ngoài ra, khi điều trị với hóa chất cần chú ý kết hợp đồng của thuốc với các chất khác như bisphosphonate, cũng như chú ý kết hợp điều trị đa mô thúc.

116/CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ GERD (TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN)

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 áp 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 thường 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 thường 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 áp 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 thường 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 Helicobacter pylori ở bệnh nhân GERD. Không cần điều trị H.pylori thường quy.

- Điều trị GERD

1. Khuyến cáo giảm cân ở bệnh nhân quá cân hoặc tăng cân giàn 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 thường quy từ bỏ hoàn toàn các thực phẩm có thể kích thích trào ngược (như chocolate, 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 có thể diễn ra sau 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 đầu 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 ngắn 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 thường 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 (scleroderma - 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. Nói vậy 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 thường (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.

117/ CHẨN ĐOÁN ĐIỀU TRỊ U TRUNG THẤT

U TRUNG THẤT

Trung thất giữ vị trí rất quan trọng. U trung thất cho biểu hiện lâm sàng tại chỗ cũng như toàn thân phức tạp:

- Tại chỗ gây chèn ép, khó thở và phù áo khoác...
- Toàn thân như các u tuyến nội tiết, miễn dịch và các bệnh hạch bạch huyết.

Khối u trung thất, có dạng đặc hay nang, có thể là lành hoặc ác tính. Muốn chẩn đoán được u trung thất phải biết được cấu trúc giải phẫu phân vùng (các khoang) của trung thất.

Trung thất được chia là 3 khoang: trung thất trước (trên, dưới), trung thất giữa và trung thất sau.

1. Suất độ u trung thất:

Suất độ của từng loại u trung thất (UTT) hoàn toàn khác nhau, tùy thuộc tính chất khối u, tuổi và theo vùng của trung thất.

- 1.1. Theo suất độ: u thần kinh (TK) chiếm nhiều nhất 23%, u tuyến hung (17%), u lympho (11%), u tế bào mầm (9%), u trung mô và u tuyến nội tiết (2-3%).
- 1.2. Theo hình thái: U nang chiếm tỷ lệ ít 10-25%, còn đa số là u đặc.
- 1.3. Theo tuổi:

- Ở người lớn: u TK (20%), u tuyến hung (19%), u tế bào mầm (10%), u tuyến nội tiết (6%), u trung mô (6%), carcinom nguyên phát (4%), các loại khác 2%.

- Ở trẻ em: u TK (33%), lymphoma (14%), u quái (10%), u tuyến hung (8,5%), nang phế quản (7,5%), nang ruột (7%), u máu (6,8%), khối hạch viêm (4,4 %). Xác suất u trung thất ác tính (tính đến 16 tuổi) là 50%.

1.4. Theo vị trí:

- U trung thất trước chiếm tỷ lệ cao nhất.

+ Thường gặp u tuyến hung, u tế bào mầm, lymphoma (dạng hogkin's và không Hogkin's), u nang (màng bao tim, phổi), bướu giáp thòng trong lòng ngực.

+ Ít gặp hơn là u trung mô (u mỡ, u sợi, u hạch bạch huyết, nang thanh dịch bạch huyết (hydroma), hoặc là các u ác tương ứng).

- U trung thất giữa chiếm 18-25%. Bao gồm u nang (màng tim, phế quản), nang ruột, lymphoma, u hạch do di căn thứ phát.

- U trung thất sau có tỷ lệ 23-27%, 75% là u TK. Các tổn thương khác ít gặp hơn.

1.5. Theo tần suất ác tính:

- U ác chiếm từ 25-42 % số u trung thất (đại đa số là lymphoma, K tuyến hung, K tế bào mầm, carcinoma nguyên phát và u thần kinh)

- U ác chiếm nhiều nhất ở vùng trung thất trước-trên (59%), trung thất giữa (25%), trung thất sau (16%).

- Độ tuổi của u ác tính trung thất thường ở lứa tuổi 20-40. Ở tuổi <10, u trung thất thường lành tính (73%).

- Tất cả các loại u nang (màng bao tim, khí quản, tuyến hung), u trung mô (mạch máu hoặc các cấu trúc khác) gần như là lành tính.

2. Biểu hiện lâm sàng của u trung thất:

2.1. Biểu hiện lâm sàng

Là hậu quả chèn ép hoặc xâm lấn tại chỗ của khối u trên các cấu trúc lân cận, thường mơ hồ không đặc hiệu như: khó thở, ho, thở ngáy, ho ra máu, đau ngực, sút cân...

- Hc chèn ép TM chủ trên (dẫn TM cỗ, phù áo khoác).

- Hc chèn ép tim (đánh trống ngực, mệt mỏi, suy nhược).

- Các Tc thần kinh: Hc chèn ép tuy, như u TK hình quả tạ (dumbbell). Hội chứng Horner. Liệt dây TK hồi quy (khàn tiếng, sặc).

- Chèn ép thực quản (khó nuốt).

- Khám LS có thể phát hiện: hạch ở cổ hoặc ở nách, giảm phản xạ ...

2.2. Các biểu hiện toàn thân:

Vài loại u nguyên phát trung thất sản sinh ra nội tiết tố hoặc kháng thể gây ra các biểu hiện toàn thân đặc biệt như:

a) Cơ ché miễn dịch trong bệnh nhược cơ và u tuyến hung, với TC bất sản hồng cầu, giảm gammaglobulin máu, đau nhức khớp.

b) Bướu carcinoid với Hc Cushing.

c) Tc cường giáp hoặc suy giáp trong u giáp thòng trong trung thất.

d) Hc tăng calci máu trong u tuyến cận giáp thòng trong trung thất và bệnh Hodgkin.

e) Chứng nữ hóa tuyến vú (gynecomastia) của ung thư tế bào mầm không phải tinh hoàn (nonseminomatous germ cell)

f) Cơn tăng HA ác tính, kịch phát gấp trong u sắc tố (pheochromocytoma). Cao HA gấp trong 1 số u TK ở trẻ em.

g) Hạ đường huyết bất thường gấp trong u trung mô to (như mesothelioma và fibrosarcoma) tiết ra chất giống như insulin hoặc chất insulin.

2.3. Chẩn đoán:

- Các xét nghiệm thường quy tiền phẫu.

- XQuang dùng để tầm soát.

- Vai trò của CT Scan rất quan trọng.

- Đo chức năng hô hấp.

- Một số xét nghiệm đặc biệt tùy thuộc TC:

+ MRI phát hiện xâm lấn cột sống.

+ Mạch đồ phát hiện xâm lấn mạch máu lớn.

- + Soi khí-phế quản trong chèn ép hoặc xâm lấn khí phế quản.
- + Soi và chụp X quang thực quản phát hiện chèn ép hoặc xâm lấn thực quản.
- + Siêu âm Doppler tim phát hiện xâm lấn màng tim.
- Chọc dò sinh thiết u trong trường hợp không thể phẫu thuật.

Chẩn đoán phân biệt:

- U phổi
- Phình ĐMC ngực + U thực quản

Chẩn đoán 1 u trung thất cân trả lời:

- 1) U nguyên phát hoặc di căn
- 2) TC toàn thân (để tránh các biến chứng chu phẫu).
- 3) Mức độ chèn ép của u (trên khí-phế quản, mạch máu, tim, cột sống): khả năng cắt lấy u.
- 4) Biết được các phương thức điều trị nội kết hợp (hóa trị, xạ trị, nội tiết).

3. Điều trị:

3.1. Phẫu thuật:

Phẫu thuật lấy toàn bộ u hay một phần khối u để tiến hành làm giải phẫu bệnh xác định bản chất khối u, vừa mang ý nghĩa điều trị vừa mang ý nghĩa chẩn đoán bệnh lý u trung thất.

- Phẫu thuật mở ngực qua ngã chẽ xương ức hoặc đường ngực bên.

- Phẫu thuật nội soi:

+ U đặc có kích thước $\leq 6\text{cm}$ + U nang

+ Kết hợp với mở ngực tối thiểu: u đặc có đường kính $> 6\text{cm}$ không có xâm lấn nhiều vào các cơ quan xung quanh.

+ Sinh thiết u để làm chẩn đoán GPB trong những trường hợp u xâm lấn không có khả năng cắt trọn u.

- Nội soi trung thất:

+ U xâm lấn, dưới carina, hạch quanh phế quản gốc.

*Chóng chỉ định phẫu thuật:

- + Bệnh nhân già yếu.
- + Có những bệnh lý nội khoa gây nguy cơ cao khi phẫu thuật.

Một số vấn đề cần lưu ý:

- Nên đặt bệnh nhân ở 1 tư thế mổ có thể hạn chế chèn ép TM chủ trên hoặc khí đạo. Khí đạo bị chèn ép trên 35% không nên mổ bệnh nhân ở tư thế nằm ngửa và nên thông khí tự nhiên.
- Với u trung thất quá to, nếu bắt buộc phải mổ, nên tiến hành các bước sau:
 - 1) Dẫn mê bệnh nhân trong tư thế nửa Fowler, để sau đó có thể đổi thành tư thế nằm nghiêng hoặc nằm ngửa.
 - 2) Nên dùng ống NKQ dài, đi qua đoạn chèn ép. Có khi phải dùng đến ống nội soi cứng để giữ sự thông thoáng khí đạo.
 - 3) Nếu được, tránh dùng thuốc dẫn cơ và nên thông khí tự nhiên.
 - 4) Tốt nhất là lập đường truyền ở chi dưới để tuần hoàn TM toàn thân đạt hiệu quả, trong trường hợp chèn ép TM chủ trên đột ngột xảy ra.
 - 5) Nên dự trù tuần hoàn ngoài cơ thể, bằng cách đi từ “đường đùi” 2 bên.

3.2. Các phương thức điều trị khác:

Tùy thuộc vào loại u trung thất mà có chỉ định phẫu, xạ, hóa trị hoặc kết hợp chặng hạn:

- Vì đa số K tuyến hung nhạy với xạ, do đó, với sang thương không thể cắt bỏ được xạ trị sẽ giúp khu trú thương tồn, ngăn ngừa lan rộng. Nên sử dụng hóa trị (Cisplatin) kết hợp, trước và sau khi cắt lấy u.
- Lymphoma không phải Hodgkin hoặc Hodgkin đều phải hóa trị.
- U ác tính bào mầm tinh hoàn (seminoma germ cell) rất nhạy với xạ, tuy nhiên nếu mổ cắt lấy trọn thì chỉ cần theo dõi. Nhưng nếu đã xâm lấn, mà không thể cắt bỏ thì phải xạ trị, hoặc nếu có di căn xa thì phải hóa trị hỗ trợ....

Nếu chọc dò sinh thiết không thể mang lại KQ tế bào học thỏa đáng hoặc chưa thể sinh thiết được, thì nên tiến hành xạ trị, corticoid liệu pháp và hóa trị kết hợp trước, dựa trên chẩn đoán ước định. Có đến 40% các trường hợp dù chỉ nghi là ác tính, vẫn phải điều trị như ác tính trong khi chưa có chẩn đoán mô học.

118/ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ DỊ VẬT ĐƯỜNG THỞ

DỊ VẬT ĐƯỜNG THỞ

1. Định nghĩa:

- Dị vật đường thở là những vật không phải là không khí rơi vào thanh khí phế quản gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm.

- Dị vật đường thở là một cấp cứu thường gặp, nếu chẩn đoán và xử trí không kịp dễ gây tử vong. Các loại dị vật thường gặp:

+ Hạt: đậu phộng, măng cầu, Sabochev...

+ Xương cá, vỏ ốc, vảy cá...

+ Nắp bút.

- Bệnh thường gặp ở trẻ em hơn người lớn.

- Bệnh có thể phòng ngừa được, cần chú ý khi cho trẻ ăn các loại trái cây có hột, thực phẩm có xương, không ngâm đồ vật trong khi làm việc.

2. Lâm sàng:

Điển hình của dị vật đường thở là hội chứng xâm nhập, đó là một phản xạ bảo vệ của cơ thể tìm cách tống dị vật ra ngoài (bệnh nhân khó thở, tím tái, ho sặc sụa).

2.1. Dị vật thanh quản:

- Khó thở thanh quản:

+ Khó thở chậm.

+ Khó thở hít vào.

+ Khó thở có tiếng rít.

- Khàn tiếng hay mất tiếng.

2.2. Dị vật khí quản:

- Khó thở cả 2 thù.
- Có thể tạo nên tiếng “lật phổi cò bay”

2.3. Dị vật phế quản:

- Tức ngực, đau ngực.
- Cảm giác khó thở một bên phổi

2.4. Dị vật bỏ quên:

- Triệu chứng giống viêm phế quản mãn tính hoặc lao phổi.

3. Chẩn đoán:

- Tùy theo tính chất của dị vật, vị trí dị vật, bệnh nhân đến sớm hay muộn mà có các triệu chứng khác nhau như đã nêu trên.

- X.Quang phổi thẳng,nghiêng.

- CT ngực.

4. Điều trị:

4.1. Soi thanh - khí - phế quản:

- Gây mê tĩnh mạch kèm sử dụng thuốc dẫn cơ.
- Soi bằng ống cứng nguồn sáng lạnh.
- Kèm gấp dị vật các cỡ.
- Ngay sau khi soi lấy được dị vật, cần phải soi lại ngay để kiểm tra.
- Chú ý dùng que bông tẩm Adrenalin để cầm máu và làm co niêm mạc khí- phế quản trước và sau khi gấp dị vật.

4.2. Điều trị và theo dõi toàn thân:

- Chảy máu trong lòng khí - phế quản: cần soi lại kiểm tra.
- Khó thở.
- Theo dõi biến chứng.

- Corticoide liều cao đường tĩnh mạch.
- Cephalosporin (thế hệ 3) 3g-6g /ngày TM.
- Giảm đau.

4.3. Vấn đề mở khí quản:

- Được chỉ định có khó thở thanh quản độ II, độ III.

❖ Kết luận:

119/ CẤP CỨU NGUNG HÔ HẤP TUẦN HOÀN NGƯỜI LỚN TRONG BỆNH VIỆN

CẤP CỨU NGUNG HÔ HẤP TUẦN HOÀN NGƯỜI LỚN TRONG BỆNH VIỆN

1. Định nghĩa

Ngưng hô hấp tuần hoàn là sự ngừng hô hấp và các nhát bóp tim có hiệu quả.

2. Nhận biết ngưng hô hấp tuần hoàn

- Mất ý thức đột ngột
- Thở ngáp cá hoặc ngưng thở
- Mất mạch bẹn hoặc mạch cảnh

❖ Ngay khi phát hiện ngưng hô hấp tuần hoàn:

- Gọi giúp đỡ
- Đặt miếng ván cứng dưới lưng BN
- Tiến hành ngay CABD:
 - Cấp cứu chỉ có 1 người: xoa bóp tim ngoài lòng ngực 30 lần/18 giây, thổi ngạt 2 lần.

- Nếu có 2 người: 1 xoa bóp tim, 1 thổi ngạt.
- Khi có mọi người đến: tiến hành sôc điện, lập đường truyền, hồi sinh tim phổi (HSTP) nâng cao, thuốc, tìm nguyên nhân.

3. Các bước tiến hành HSTP cơ bản: CABD

3.1. C: Compression → Circulation: Ép tim ngoài lồng ngực.

- Ép tim ngoài lồng ngực hiệu quả: 2 cánh tay thẳng, lồng ngực lún xuống 5cm/1 lần nhấp tim, tần số nhanh nhất 100 lần/phút.

3.2. A: Airway: Thông đường thở

- Mở miệng lấy dị vật (nếu có)
- Thao tác ngửa cổ, nâng cằm
- Thao tác nâng hàm, không ngửa đầu (chấn thương cột sống cổ)

3.3. B: Breathing: Giúp thở

- Miệng - miệng
- Miệng - mũi
- Miệng qua lỗ khai khí đạo
- Miệng qua Mask

3.4. Sôc điện:

- Vận hành máy
- Bôi gel vào Paddles
- Xem ECG là nhịp gì?
- Cài đặt mức sôc: 200, 300, 360J tuỳ đáp ứng của BN.

3.5. HSTP nâng cao: ABCD nâng cao

❖ A: Airway: Đặt NKQ

- Nên tối thiểu hóa thời gian ngừng xoa bóp tim để đặt NKQ

❖ B: Breathing:

- Đánh giá tình trạng thông khí sau đặt NKQ
 - Lắp ráp nối cần thiết
 - Giúp thở với tần số 10 - 12 lần/ phút
- ❖ Chích TM: Adrenaline 1 - 2 mg mỗi 3 - 5 phút, xen kẽ với sốc điện và xoa bóp tim ngoài lòng ngực đến khi có lại nhịp tim.
- Nếu trên ECG nhịp chậm: cho atropine 0,5mg tĩnh mạch mỗi 3 phút, tổng liều 3mg.
 - Nếu trên ECG nhịp nhanh thất: Lidocaine 1 - 1,5mg/kg tĩnh mạch chậm, nếu không cải thiện: Amiodarone 300mg tĩnh mạch chậm.
 - Lưu ý trong quá trình cấp cứu xen kẽ xoa bóp tim, thuốc, sốc điện liên tục cho đến khi có nhịp tim lại.

❖ D: Diagnosis: Tìm nguyên nhân đưa đến ngưng tim

- Mục đích: tìm NN có thể phục hồi, NN điều trị riêng biệt
- Đồng thời xem xét trên monitoring nhịp gì ? nhịp xoang, nhịp thất, rung thất, phân ly điện cơ, vô tâm thu,...
- Xem xét các NN góp phần, có thể phục hồi và xử trí:
 - 5H: Hypovolemie Hypokalemie Hyperkalemie Hypoxemie Hypoglycémie
 - 4T: Toxic Tamponade Tension pneumothorax Thrombosis

3.6. Đánh giá hồi sức ngưng hô hấp tuần hoàn có hiệu quả:

- Tim đập lại kéo dài > 20 phút
- Có nhịp thở tự nhiên
- Đồng tử co nhỏ lại, có phản xạ ánh sáng

4. Chăm sóc sau cấp cứu ngưng hô hấp tuần hoàn

- Tái lập tuần hoàn sau ngưng HHTH: khi tim đập lại, mạch bắt được kéo dài > 20 phút
- Tối ưu hóa chức năng tim phổi và sự tưới máu cơ quan sinh tồn

- Chuyển ngay BN đến khoa hồi sức tích cực
- Xác định NN ngừng tim
- Dùng các biện pháp để phòng ngừa ngừng tim tái phát
- Đánh giá sự phục hồi về thần kinh
- Đa số tử vong trong vòng 24 giờ đầu sau ngừng tim (tổn thương não và tim mạch không ổn định là yếu tố chính quyết định sự sống còn sau ngừng tim)

❖ Thực hành trong lâm sàng:

- Đáp ứng sau hồi sức:
 - Phục hồi hoàn toàn
 - Vẫn hôn mê và suy chức năng các cơ quan
- Theo dõi:
 - Monitoring theo dõi: M, HA, ECG, SpO2
 - Theo dõi lượng nước tiểu/ giờ, tri giác, nhiệt độ
 - Theo dõi chức năng các cơ quan bằng xét nghiệm máu
- Nằm đầu cao ít nhất 30 °
- Kiểm soát nhiệt độ cơ thể
- Duy trì oxy đủ
- Tránh tăng thông khí quá mức
- Tránh giảm HA: duy trì HA tâm thu > 90mmHg
 - Truyền dịch, máu
 - Thuốc vận mạch
 - Tìm NN để điều trị
- Đảm bảo chức năng sinh tồn:
 - Theo dõi tri giác theo thang điểm Glasgow, mức độ mê, có cải thiện dần? còn phản xạ mi mắt?

- Đề phòng ngừng tim trở lại:

- Trên monitoring nhịp chậm dần
- Rung thát
- HA thấp mặc dù đang dùng vận mạch, HA không đo được

5. Chỉ định ngưng hồi sức

5.1. Khi hồi sức > 60 phút mà không có kết quả

5.2. Đồng tử giãn to, mắt phản xạ ánh sang

5.3. Trên ECG: vô tâm thu

120/ HÓA TRI XÁ TRỊ UNG THƯ PHỔI

UNG THƯ PHỔI

1. Đại cương:

- Ung thư phổi là loại ung thư thường gặp trên thế giới và Việt Nam.

- Người bệnh đến viện còn muộn và việc phối hợp nhiều phương pháp điều trị cũng còn khó khăn.

- Nguyên nhân chủ yếu gây ung thư phổi là do người bệnh nghiện hút thuốc lá và do ô nhiễm môi trường không khí gây nên.

- Phần lớn ung thư phổi gặp ở người lớn tuổi và là loại ung thư phổi không phải tế bào nhở.

2. Triệu chứng và chẩn đoán:

2.1. Triệu chứng lâm sàng:

- Cơ năng:

• Đau ngực.

• Ho, có thể ho ra máu.

- Khó thở.
- Thực thể:
 - Trong giai đoạn sớm thường triều chứng rất nghèo nàn.
 - Ở các giai đoạn muộn có thể xuất hiện các triệu chứng do u chèn ép hay lan vào trung thất hoặc di căn xa gây nên như: nói khản, phù áo khoác, khối hạch thượng đòn.

2.2. Dấu hiệu cận lâm sàng:

- X quang phổi: có bóng mờ ở phế trường, đôi khi có hình ảnh xẹp 1 thùy hay 1 bên phổi. Khi u lan ra màng phổi có thể có tràn dịch màng phổi.
- CT Scan ngực: cho hình ảnh rất rõ ràng vị trí u, kích thước khối u, hạch trong trung thất hay tình trạng tràn dịch màng phổi, màng tim ...
- Nội soi phế quản sinh thiết: có thể thấy u sùi dễ chảy máu. Nhưng trong các trường hợp u nằm ở ngoại biên của phổi, ống soi không thể tiếp cận, cần phải chải rửa phế quản.
- Sinh thiết xuyên thành ngực trong 1 số trường hợp u ở ngoại biên.
- Soi trung thất đánh giá hạch trung thất.
- Nội soi lồng ngực sinh thiết các trường hợp u ở màng phổi.
- MRI, PET, Xạ hình xương khảo sát ăn lan cột sống, di căn hạch, di căn xương.
- Các dấu chỉ ung thư (Tumor marker):
 - CEA (Carcino-Embryonic-Antigen: kháng nguyên carcinoma phổi): bình thường từ 1,93-1,94ng/ml. Trong ung thư phổi chỉ số này tăng cao.
 - CYFRA 21-1 (Cytokeratin 19 Fragment 21-1: Mảnh cytokeratin 19): bình thường bằng 2,75-0,76 ng/ml.Khi tăng cao cho phép nghĩ tới ung thư phổi.
 - Các xét nghiệm này không tuyệt đối chính xác vì trong 1 số bệnh lý khác các chỉ số trên có thể tăng.

Tóm lại: 1 người trung niên hay lớn tuổi, hút thuốc lá nhiều, có các triệu chứng đau ngực, ho, ho ra máu hay khó thở cần phải chụp Xquang phổi thẳng, nếu có đám mờ trong phổi, cần chụp CT Scan ngực để xác định . Nội soi phế quản sinh thiết là bước tiếp theo để xác định loại tế bào ung thư.

3. Phân loại:

3.1. Theo tế bào ung thư: có 2 loại

- Ung thư phổi không phải tế bào nhỏ, hay gặp chiếm trên 80-85%.
- Ung thư tế bào nhỏ, ít gặp hơn.

3.2. Theo giai đoạn bệnh:

Giai đoạn	T	N	M
IA	T1	N0	M0
IB	T2	N0	M0
IIA	T1	N1	M0
IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
IIIA	T3	N1	M0
	T1-T3	N2	M0
IIIB	T4	Bất kể N	M0
	Bất kể T	N3	M0
IV	Bất kể T	Bất kể N	M1

- Trong đó: T: khối u; N: hạch; M: di căn xa.

Dựa vào bảng phân loại này để chỉ định điều trị phẫu thuật hay không.

4. Điều trị:

4.1. Điều trị bằng phẫu thuật:

- Phụ thuộc vào giải phẫu bệnh tế bào ung thư, tuổi tác, giai đoạn bệnh và các bệnh lý khác kèm theo...
- Phẫu thuật là phương pháp chọn lựa đầu tiên đối với ung thư không phải tế bào nhỏ. Phẫu thuật thường ở giai đoạn bệnh còn tương đối sớm: IA, IB, IIA, IIB, IIIA.
- Trong các trường hợp người bệnh già yếu, có bệnh lý kèm theo thì chỉ định phẫu thuật rất hạn chế.
- Nên phẫu thuật cho giai đoạn IIIB, IV nếu thể trạng bệnh nhân tốt và nốt di căn đơn độc có thể cắt bỏ được.

- Phẫu thuật nôii soi cho u giai đoạn I. Phẫu thuật nôii soi hỗ trợ cho u giai đoạn II.
- Nguyên tắc phẫu thuật là cắt thùy phổi có u (có khi cắt 2 thùy hoặc 1 lá phổi), lấy bỏ các hạch.

4.2. Hóa trị:

- Ung thư phổi loại tế bào nhỏ, u tiến triển nhanh có khuynh hướng lan tràn toàn thân. Hóa trị là phương pháp chủ yếu để cải thiện thời gian sống thêm và làm dịu các triệu chứng.
- Hóa trị hỗ trợ: sau phẫu thuật ung thư phổi không phải tế bào nhỏ nhằm giảm nguy cơ tái phát và di căn xa.
- Hóa trị triệu chứng: trong giai đoạn tiến xa, tái phát hoặc đã di căn.
- Hóa trị tân hỗ trợ: hóa trị trước phẫu thuật làm hạ thấp giai đoạn, cải thiện kết quả phẫu thuật.

Hiện nay xu hướng của thế giới là dùng các thuốc ung thư thế hệ mới (Gemzar, Taxol, Taxotere ...) phối hợp với Cysplastine, Carboplatine.

4.3. Xạ trị:

- Hiện nay xạ trị bằng máy gia tốc thăng bằng để điều trị ung thư phổi. Bước đầu xạ trị cho kết quả khả quan.
- Chỉ định cho trường hợp không thể cắt bỏ u được.
- Xạ trị trước mổ không được đánh giá cao.

121/ HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ SỎI TRONG GAN- NGOÀI GAN

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ SỎI TRONG GAN- NGOÀI GAN

Sỏi trong gan chiếm tỉ lệ cao (15-30%) trong sỏi đường mật ở nước ta. Bệnh sinh sỏi trong gan do nhiễm trùng và ký sinh trùng (ít gặp) đến từ đường tiêu hóa. Sỏi trong gan có triệu chứng thường kết hợp sỏi ngoài gan. Chẩn đoán STG không khó tuy nhiên đánh giá các thương tổn ở gan và đường mật đi kèm để có chiến lược điều trị hiệu quả là vấn đề phức tạp. Điều trị STG là một thách thức đối với BS phẫu thuật vì thường có đến 40-50% BN có tiền sử đã phẫu thuật đường mật một đến vài lần và STG có đặc thù là khó lấy hết sỏi cũng như sỏi thường tái phát. Do

đó để điều trị hiệu quả cần có chẩn đoán chính xác dựa trên lâm sàng và cận lâm sàng để có chiến lược điều trị cũng như điều trị phối hợp nhiều mô thức để đạt tỉ lệ sạch sỏi cao nhất cũng như giảm tỉ lệ sỏi tái phát và khi có sỏi tái phát thì xử lý cũng nhẹ nhàng.

1.Chẩn đoán:

1.1.Lâm sàng:

- BN thường có hội chứng nhiễm trùng với sốt, đau bụng trên (P) có khi vàng da. Tam chứng Charcot chiếm tỉ lệ không cao.
- STG không triệu chứng được phát hiện tình cờ bằng chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, chụp CT scan...
- Tiên sử 40-50% BN đã được phẫu thuật lấy sỏi mật hay thủ thuật can thiệp đường mật (ERCP, PTC).

1.2.Sinh hóa:

- Công thức máu: HC, BC, TC.
- Chức năng gan: TQ, Bilirubine, Alcaline phosphatase, ALT, AST.
- Chức năng thận: BUN, Creatine...

1.3. Hình ảnh học: có tính quyết định trong chẩn đoán.

- Siêu âm: cho thấy hình ảnh STG-NG với độ nhạy và độ đặc hiệu cao. Ngoài ra đưa hình ảnh đường mật dãn, vị trí sỏi (tương đối chính xác), tuy nhiên không xác định được hẹp đường mật, xơ gan, áp xe gan, ung thư đường mật.
- MRCP (chụp cộng hưởng từ mật-tụy): chẩn đoán chính xác cao STG-NG. Ngoài ra còn xác định thương tổn hẹp đường mật, xơ gan, có thể xác định áp xe và ung thư đường mật. Tuy nhiên MRCP trên thực tế được chỉ định cho trường hợp khó, đã phẫu thuật nhiều lần, cần khảo sát tổn thương đường mật đi kèm.

1.4. Xếp loại STG theo mức độ nặng:

- ❖ xếp loại theo mức độ nặng của Hội nghiên cứu STG của Nhật:
 - + Độ I: không có triệu chứng (20%).
 - + Độ II: có đau bụng (25%).
 - + Độ III: có vàng da thoảng qua hay NTDM.

+ Độ IV: vàng da liên tục, nhiễm trùng hay UTDM. (Độ 3 và 4: 55%).

❖ Xếp loại theo mức độ các tổn thương ĐM của Tsunoda:

+ Loại I: không có dãy rõ hay hẹp ĐM trong gan.

+ Loại II: dãy lớn ĐM trong gan nhưng không có hẹp ĐM.

+ Loại III: dãy dạng nang đơn độc hay lan rộng, kèm hẹp ĐM trong gan ở một bên gan.

+ Loại IV: như loại III ở 2 bên gan.

2. Điều trị:

2.1. Chỉ định:

STG có chỉ định ngoại khoa khi thuộc độ II-IV theo hội nghị cứu STG của Nhật hay độ II-IV theo Tsunoda.

2.2. Trong tình huống cấp cứu:

BN nhập viện trong tình trạng nhiễm trùng đường mật nặng. Tiến trình điều trị cấp cứu như sau:

- Hồi sức: sondé mũi mật, dịch truyền, kháng sinh mạnh.

- Điều chỉnh chức năng gan, thận.

- Khoảng 90% BN đáp ứng hồi sức ngoại khoa. Phẫu thuật lấy sỏi kết hợp đa mô thức như trong phần dưới đây.

- Khoảng 10% BN không đáp ứng hồi sức ngoại khoa (sốc nhiễm trùng đường mật) được giải áp đường mật cấp cứu:

+ PTBD (dãy lưu đường mật qua da): nếu dãy đường mật khu trú. ERCP đặt sondé mũi-mật thường không hiệu quả cho STG.

+ Phẫu thuật mở OMC thông đường mật và dãy lưu Kehr trên chỗ tắc nghẽn.

+ Hai trường hợp sau này sau khi giải áp đường mật cấp cứu ổn định. BN được phẫu thuật chương trình như dưới đây.

2.3. Trong phẫu thuật chương trình:

- Đa số BN STG được điều trị phẫu thuật chương trình. Sau khi điều trị tình trạng nhiễm trùng ổn định và điều chỉnh chức năng gan-thận.

- Các phương pháp phẫu thuật thường áp dụng:

1/PT mở OMC lấy sỏi, NSDM, dẫn lưu Kehr (NSDM: nội soi đường mật)

2/PT mở OMC lấy sỏi, NSDM, cắt gan* , dẫn lưu kehr (* khi có chỉ định)

3/PT mở OMC lấy sỏi, NSDM, nối thông mật ra da (nối OMC-hỗng tràng quai ruột dưới da, nối túi mật-OMC mở thông TM ra da, mở thông OMC bằng quai ruột biệt lập).

- Trong phẫu thuật có thể phối hợp đa mô thức trên cho một BN.

2.4. Điều trị sau phẫu thuật lấy sỏi:

- Sau mỗi 1 tuần siêu âm bụng và chụp đường mật qua ống Kehr: hết sỏi thì rút Kehr sau 3 tuần.

- Còn STG sót trên hình ảnh siêu âm hay chụp đường mật:

+ . NSDM lấy sỏi sót qua đường Kehr sau 3 tuần.

+ . NSDM lấy sỏi sót qua đường mở thông mật ra da.

122/ HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TIỂU KHÔNG KIỂM SOÁT

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TIỂU KHÔNG KIỂM SOÁT

1. Định nghĩa & phân loại:

1.1. Định nghĩa

Tiểu không kiểm soát (gọi tắt là són tiểu) là tình trạng thoát nước tiểu không tự chủ qua ngả niệu đạo.

1.2. Phân loại

Cần phải phân biệt rõ các loại tiểu không kiểm soát, vì cơ chế và phương pháp điều trị khác nhau.

- Són tiểu khi gắng sức (stress incontinence): Là sự thoát nước tiểu không tự chủ khi gắng sức (ho, hắt hơi, khiêng nặng, rặn) mà không có sự co bóp bàng quang.
 - Són tiểu khi gắng sức độ 1: suy yếu sàn chậu để nâng đỡ cổ bàng quang
 - Són tiểu khi gắng sức độ 2: suy yếu sàn chậu để nâng đỡ cổ bàng quang và niệu đạo
 - Són tiểu khi gắng sức độ 3: suy cơ thắt nội tại của niệu đạo
- Són tiểu gấp (urge incontinence): Là sự thoát nước tiểu không tự chủ kết hợp với tình trạng tiểu gấp.
- Són tiểu do tràn đầy (overflow incontinence): Là sự thoát nước tiểu không tự chủ do ú đọng nước tiểu mạn tính
- Són tiểu thường trực (permanent incontinence): Thoát nước tiểu thường xuyên cả ngày lẫn đêm mà không có sự đi tiểu (khác với són tiểu tràn đầy là không bị ú đọng nước tiểu trong bàng quang).

- Són tiểu chức năng (functional incontinence): chức năng của cơ quan tiết niệu bình thường, nhưng về vấn đề tâm thần bệnh nhân không quan tâm đến quy tắc xã hội về địa điểm và thời gian đi tiểu.

- Són tiểu hỗn hợp (mixed incontinence): thường gặp trên lâm sàng. Ví dụ: són tiểu khi gắng sức kết hợp với són tiểu gấp.

2. Đánh giá lâm sàng & cận lâm sàng:

2.1. Hỏi bệnh sử:

- Nhằm định hướng xác định loại tiểu không kiểm soát
- Nhằm xác định nguồn gốc, thời gian và mức độ trầm trọng của tiểu không kiểm soát.
- Hỏi tiền sử bệnh cũng giúp đánh giá cơ chế sinh bệnh, ví dụ phụ nữ mang thai và sinh nở nhiều lần, nam giới đã phẫu thuật trên tiền liệt tuyến, tiền căn chấn thương cột sống

2.2. Khám lâm sàng:

- Ở phụ nữ bao gồm đặt mỏ vịt, khám âm đạo và trực tràng, khám vùng chậu.
 - Khám xem có tăng động cổ bàng quang (gặp trong són tiểu khi gắng sức độ 1) hay tăng động niệu đạo (gặp trong són tiểu khi gắng sức độ 2) ?
 - Khám xem có sa bàng quang, sa tử cung hay trực tràng kèm theo hay không ? Nếu có thì đánh giá mức độ sa tạng chậu theo phân độ của ICS (2002):

Độ 1: sa tạng chậu nhẹ, cho tới khoảng giữa âm đạo

Độ 2: sa tạng chậu vừa, mấp mé trên dưới 1cm tiền đình âm hộ.

Độ 3: sa tạng chậu nặng, trên 1cm ra ngoài tiền đình âm hộ Độ 4: sa tạng chậu rất nặng, tạng sa ra hẳn ngoài tiền đình âm hộ

- Ở những phụ nữ bị són tiểu khi gắng sức, nên làm nghiệm pháp Marshall-Bonney: nếu dương tính thì dự đoán phẫu thuật nâng đỡ âm đạo có nhiều khả năng thành công.

- Ở nam giới nên khám trực tràng và tuyến tiền liệt.

2.3. Xét nghiệm tã lót (Pad test)

Đánh giá lượng tiểu thất thoát không tự chủ trong 24 giờ, bằng cách cân trọng lượng của số tã ướt đã dùng trong 24 giờ trừ đi trọng lượng của cùng số tã khô.

2.4. Đo lượng tiểu tồn lưu

Bằng cách đặt thông tiểu hay siêu âm bụng.

2.5. Xét nghiệm Q-tip (Q-tip test)

Dùng để đánh giá độ di động của niệu đạo nữ, bằng cách đặt 1 que gòn vào niệu đạo và đo góc di động của que gòn giữa lúc nghỉ và lúc rặn. Gọi là tăng di động niệu đạo nếu độ dịch chuyển que gòn $> 30^{\circ}$

2.6. Khảo sát niệu động học:

- Áp lực đồ bàng quang: giúp đánh giá chức năng của cơ chót bàng quang trong giai đoạn chửa đẻ (bình thường, kém co bóp, tăng co bóp hay bất ổn định)
- Áp lực bụng lúc són tiểu: giúp dự đoán mức độ suy yếu sàn chậu
- Niệu dòng đồ: giúp dự đoán mức độ bê tắc đường tiểu dưới.
- Điện cơ đồ tàng sinh môn: giúp đánh giá chức năng của cơ thắt vân niệu đạo và sự đồng vận với hoạt động của cơ chót bàng quang (vì thế thường đo chung với áp lực đồ bàng quang).
- Áp lực - niệu dòng: khảo sát chức năng của cơ chót bàng quang trong giai đoạn tổng xuất và hiệu quả của sự tổng xuất nước tiểu.
- Quay phim-niệu động học: hữu ích khi khó xác định sự mở cổ bàng quang có phải là hậu quả của sự co bóp cơ chót bàng quang không? Kỹ thuật này cho phép chẩn đoán chính xác tình trạng bất ổn định cơ chót, bất đồng vận cơ chót-cơ thắt, rối loạn chức năng trong niệu đạo.

2.7. Chụp bàng quang lúc rặn tiểu:

Bom thuốc cản quang đầy vào bàng quang và quan sát trên màn huỳnh quang lúc rặn tiểu ở tư thế đứng. Lúc chưa rặn tiểu, bình thường thuốc cản quang không xuống quá cổ bàng quang, nếu có xuống là có rối loạn chức năng nội tại của niệu đạo (intrinsic urethral dysfunction). Với bàng quang và niệu đạo tăng động, khi rặn tiểu sẽ thấy đáy bàng quang và niệu đạo di chuyển xuống dưới.

2.8. Nội soi bàng quang:

Có thể hữu ích cho cả hai phái nhằm phát hiện sỏi, bướu hay túi ngách bàng quang; hẹp cổ bàng quang hay niệu đạo.

3. Điều trị:

3.1. Nội khoa bảo tồn:

- Thay đổi lối sống: Quan trọng đối với những trường hợp són tiểu gấp và cả cho són tiểu chức năng. Tập uống nước chừng mực. Tập nhịn tiểu và đi tiểu theo giờ. Hạn chế các thức ăn và thức uống gây kích thích hoặc mất ngủ.

- Tập vật lý trị liệu:

Đối với són tiểu khi gắng sức, mục tiêu là làm tăng sức cơ đáy chậu. Có thể tập bằng phương pháp Kegel hay tập bằng máy với kích thích điện gây co bóp cơ đáy chậu.

Đối với són tiểu gấp, mục tiêu là tập bằng quang giảm bớt sự co bóp sớm, thường với máy đo niệu động học theo nguyên tắc phản ứng ngược sinh học (biofeedback).

- Dùng thuốc:

Đối với những trường hợp bắt ôn định cơ chót bàng quang: thuốc chủ trị là nhóm thuốc antimuscarinics (oxybutynin, tolterodin, solifenacin, darifenacin ...). Flavoxate cũng có tác động hạn chế co bóp bàng quang nhẹ.

Đối với những trường hợp bắt toàn cơ thắt trong niệu đạo, các thuốc có thể dùng là pseudoephedrine hydrochloride (sympathomimetic), Phenylpropanolamine hydrochloride (α-adrenergic agonist), estrogen dạng uống hay dạng bôi âm đạo (làm gia tăng chất lượng niêm mạc niệu đạo, tăng khả năng áp niêm mạc niệu đạo).

3.2. Ngoại khoa:

- Phẫu thuật Kelly (khâu thành trước âm đạo): Rạch dọc thành trước âm đạo, rồi bộc lộ cổ bàng quang - niệu đạo. Cân mu-cổ tử cung được khâu lại ở đường giữa nhằm tạo sự nâng đỡ cổ bàng quang. Tỉ lệ thành công của phẫu thuật này thấp ~ 65% và tỉ lệ tái phát cao. Nên hiện nay chỉ được dùng để điều trị són tiểu khi gắng sức nhẹ, đặc biệt là khi có kết hợp với sa bàng quang mức độ nhẹ.

- Phương pháp MarshaU-Marchetti-Krantz (MMK): Mở ngỏ ngả bụng, khâu đính thành âm đạo ở 2 bên cổ bàng quang và niệu đạo vào màng xương sau xương mu, nhằm nâng cao thành âm đạo để sửa chữa sa bàng quang và sa niệu đạo. Tỉ lệ hết són tiểu cao (~ 85%), nhưng nhược điểm lớn nhất là tỉ lệ bí tiểu cao và biến chứng viêm xương mu, nên hiện nay rất ít được sử dụng.

- Phương pháp Burch: là cải biến của phẫu thuật MMK: Mở ngỏ ngả bụng hay phẫu thuật nội soi, khâu đính thành âm đạo ở hai bên cổ bàng quang và niệu đạo vào dây chằng Cooper. Tỉ lệ thành công cao (~ 80%) và hạn chế được các biến chứng của phẫu thuật MMK, nên được xem là tiêu chuẩn vàng để điều trị són tiểu khi gắng sức ở thập niên 1980s - 1990s.

- Các loại phẫu thuật khâu treo âm đạo với xuyên thủng kim: Gồm các phẫu thuật Stamey và phẫu thuật Raz, Thực hiện chủ yếu ngả âm đạo với đường rạch nhỏ ở hạ vị trên xương mu để xuyên thủng kim và đính các mũi chỉ từ thành âm đạo hai bên cổ bàng quang lên cổ định vào cân cơ thẳng bụng, mục tiêu là nâng đỡ cổ bàng quang. Tỉ lệ thành công cao trong giai đoạn sớm ~

90% và là phẫu thuật ít xâm hại nên lúc đầu được ưa chuộng trong thập niên 1990s, nhưng về sau thì tỉ lệ tái phát cao nên hiện nay kém phổ biến.

- Các loại phẫu thuật dây treo: Có thể dùng vật liệu tự thân (vật cân cơ thắt bụng, vật thành âm đạo) hay mảnh ghép nhân tạo (dải Marlex, dải Prolene).
- Các phương pháp TTV (Tension-free Vaginal Tape) và TOT (Trans Obturator Tape), dùng dải prolene để nâng đỡ dưới niệu đạo. Hai phương pháp này đang là trào lưu hiện nay vì phương pháp thực hiện đơn giản, là phẫu thuật ít xâm hại vì sẹo nhỏ thẩm mỹ và thực hiện ngả âm đạo, có tỉ lệ thành công cao ~ 75 - 95% duy trì lâu dài và tỉ lệ biến chứng ít. Các biến chứng đáng lưu ý là biến chứng sóm bí tiểu sau mổ phải thông tiểu sạch cách quãng một thời gian và biến chứng muộn loét mòn làm hở mảnh ghép khiến phải mổ lại khâu che hoặc cắt bỏ mảnh ghép..
- Phương pháp treo cổ bàng quang bằng cân cơ thắt bụng phải mổ ngoặt bụng và ngả âm đạo và sẹo mổ dài nên ít được ưa chuộng hơn, nhưng vẫn có chỉ định trong trường hợp đã thất bại sau phẫu thuật khác để điều trị són tiểu hoặc bị phản ứng với mảnh ghép.
- Tiêm dưới niệu đạo hay cổ bàng quang: Chỉ định cho những trường hợp bất toàn cơ thắt trong niệu đạo. Chất liệu tiêm có thể là collagen, hat PTFE, mờ tự thân. Tiêm qua ngả nội soi ở nam giới hay dưới quan sát nội soi ở nữ giới. Tuy tỉ lệ thành công không cao ~ 25 - 50% và có thể phải tiêm lại sau 3 - 12 tháng do chất liệu tiêm bị hấp thu, nhưng do kỹ thuật đơn giản và nhẹ nhàng nên cũng có nhiều phẫu thuật viên ưa chuộng.
- Phong bế cơ bàng quang bằng Botulinum toxin: Chỉ định cho những trường hợp són tiểu gấp do bàng quang thần kinh co thắt hoặc bàng quang tăng hoạt năng mà kháng trị với anti-muscarinics. Thường tiêm vào cơ bàng quang qua ngả nội soi. Có thể phải tiêm lại sau 6 - 9 tháng do thuốc bị hấp thu. Hiệu quả điều trị ~ 60 - 70%.
- Cơ thắt nhân tạo: Thường gặp ở những trường hợp bị tổn thương nghiêm trọng cơ thắt vân niệu đạo gây ra són tiểu thường trực như sau phẫu thuật cắt tiền liệt tuyến tận gốc do ung thư hay cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt quá sâu khỏi giới hạn ụ núi. Hạn chế của thiết bị là rất đắt tiền, khoảng 1/3 số bệnh nhân đã được đặt cơ thắt nhân tạo sẽ cần phải xem lại thiết bị ở một thời điểm nào đó. Tuy nhiên tỉ lệ thành công chung rất cao ~ 95%.
- Phẫu thuật mở rộng bàng quang bằng ruột: là giải pháp được chọn trong những trường hợp tiểu không kiểm soát nặng do bàng quang thần kinh co thắt, bàng quang tăng hoạt hoặc bàng quang nhỏ do lao mà biện pháp điều trị nội khoa không đem lại hiệu quả. Phương pháp được chấp nhận hiện nay là mở rộng bàng quang bằng ruột với xé ống ruột. Kỹ thuật này giúp cải thiện dung tích bàng quang và làm giảm áp lực bàng quang, qua đó làm giảm són tiểu của hầu hết các bệnh nhân. Tuy nhiên, do bàng quang tân tạo bằng ruột kém co bóp sinh ra tổng xuất kém hiệu quả, nên nhiều bệnh nhân phải bổ sung phương pháp thông tiểu sạch cách quãng (sẽ trình bày ở phần sau).
- Phẫu thuật chuyển lưu nước tiểu trên bàng quang: được áp dụng khi những phương pháp điều trị són tiểu khác đã thất bại, mà đường tiểu dưới (bàng quang, niệu đạo) cũng bị tổn thương nặng khiến không thể áp dụng phẫu thuật mở rộng bàng quang bằng ruột. Có hai phương pháp chính:

Chuyển lưu qua ống hồi tràng (phẫu thuật Bricker): nước tiểu từ hai niệu quản sẽ qua đoạn hồi tràng này và thoát ra ngoài miệng hồi tràng mở ra da và. Bệnh nhân cần đeo một túi hứng nước tiểu từ miệng chuyển lưu này.

Chuyển lưu nước tiểu qua túi chứa với miệng chuyển lưu có kiểm soát (urinary pouch with continent stoma): Bệnh nhân sẽ tự đặt thông cách quãng qua miệng van để thoát lưu nước tiểu định kỳ trong ngày.

3.3.Sử dụng ống thông tiểu:

Nhiều bệnh nhân do tàn tật, do tuổi tác quá cao hay thể trạng quá yếu nên không thể áp dụng các phẫu thuật nêu trên, mà việc dung thuốc cũng không hiệu quả. Khi đó cần xem xét sử dụng các ống thông để giải quyết tình trạng són tiểu. Tuy nhiên ống thông dung thè dẫn lưu nước tiểu cũng có những vấn đề của nó.

- Thông tiểu lưu (bao gồm cả thông qua niệu đạo và thông bàng quang trên xương mu) có thể gây nguy hại đáng kể nếu sử dụng không đúng cách. Suất độ nhiễm khuẩn niệu gia tăng 3 - 10% mỗi ngày. Thông niệu đạo lâu ngày có thể gây viêm hoặc loét niệu đạo, áp-xe quanh niệu đạo trên cả nam lẫn nữ mà sau sinh ra di chứng hẹp niệu đạo, gây viêm mào tinh-tinh hoàn trên nam giới. Ống thông lưu lâu ngày là tác nhân gây ra sỏi bàng quang và ung thư bàng quang. Để hạn chế nhiễm trùng niệu, ống thông cần gắn vào một hệ thống kín để thoát lưu nước tiểu, là túi hứng nước tiểu với van một chiều, cố định ống thông cẩn thận thấp dưới mức bàng quang > 60cm, vệ sinh miệng niệu đạo quanh ống thông 2 lần/ngày, thay thông định kỳ mỗi 2 tuần. Ngoài ra không nên dùng ống thông qua niệu đạo quá lớn > 16F và nên khuyên bệnh nhân uống nhiều nước để gia tăng lưu lượng tiểu.
- Thông tiểu sạch cách quãng (TTSCQ). Được phát hiện và giới thiệu bởi Lapides năm 1972, hiện nay phương pháp này được phổ biến khắp thế giới. Nếu như kỹ thuật thông tiểu ở bệnh viện vẫn tuân theo nguyên tắc vô trùng thì những bệnh nhân phải sử dụng ống thông dài ngày ở nhà nên được tập phương pháp này. TTSCQ làm giảm đáng kể tỉ lệ nhiễm khuẩn niệu và những biến chứng lên đường tiết niệu so với lưu ống thông thường xuyên, và bệnh nhân không phải luôn đeo ống thông trên người rất vướng víu. Chóng chỉ định của TTSCQ là viêm niệu đạo cấp, tổn thương giải phẫu của niệu đạo, dung tích bàng quang quá nhỏ và áp lực bàng quang quá cao dễ gây trào ngược bàng quang - niệu quản. Những người tàn tật ở tay hoặc quá già yếu thì vẫn có thể nhờ người thân áp dụng phương pháp này.

3.4.Dụng cụ hứng nước tiểu:

Sử dụng khi khi chờ đợi áp dụng, hoặc không thể áp dụng, hoặc đã áp dụng các biện pháp nói trên mà không thành công và phải chấp nhận tình trạng són tiểu. Có nhiều loại dụng cụ hứng nước tiểu khác nhau, nhưng ở nước ta không có nhiều trên thị trường. Một số loại thường gặp bao gồm:

- Ống thông bao dương vật (Condom catheter). rất hiệu quả để giải quyết sự ướt át do són tiểu ở nam.

- Kẹp Cunningham: dùng để kẹp dương vật làm ép niệu đạo làm tránh són tiêu. Có thể gấp biến chứng hoai tử và loét niệu đạo, nên cần lưu ý mở kẹp định kỳ mỗi 4 giờ.
 - Vòng nâng âm đạo: hình vành khăn, đặt vào âm đạo để ép niệu đạo bên trên làm tránh són tiêu.
 - Băng gạc, tã lót: được chế tạo với chất liệu hút ẩm. Bệnh nhân mặc vào hay đeo vào để hạn chế sự ẩm ướt hôi hám do són tiêu. Tùy theo mức độ són tiêu mà thay một hay nhiều tã trong ngày để tránh bị hâm ngứa và nhiễm trùng lở loét da do nước tiểu.
-

123/ HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ UNG THỰC QUẢN

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ UNG THỰC QUẢN

1. Chẩn đoán:

1.1. Chẩn đoán xác định bệnh:

- Dấu hiệu gợi ý: nuốt nghẹn
- Nội soi thực quản: ghi nhận có tổn thương thực quản ^ sinh thiết.
- Giải phẫu bệnh: carcinom tế bào gai, carcinoma tế bào tuyến...

1.2. Chẩn đoán vị trí:

Dựa vào nội soi thực quản, X-Quang thực quản cản quang, CT-Scan ngực - bụng.

1.3. Chẩn đoán giai đoạn bệnh:

Dựa vào các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như CT-Scan ngực-bụng, MRI ngực bụng, PET, EUS, EMR

T (Tumor):

Tx Không thể xác định được khối U nguyên phát

To U nguyên phát không có triệu chứng

Tis Nghịch sản nặng

T1 U đã xâm nhiễm vào lớp dưới niêm mạc nhưng chưa vượt quá lớp này

T1a Xâm nhiễm lớp cơ niêm

T1b	Xâm nhiễm lớp dưới niêm.
T2	U xâm nhiễm vào lớp cơ
T3	U xâm nhiễm tới lớp bao ngoài thực quản
T4	U xâm nhiễm vào các cơ quan xung quanh
T4a	U xâm nhiễm màng phổi, màng ngoài tim hoặc cơ hoành có thể cắt được.
T4b	U xâm nhiễm động mạch chủ bụng, thận đốt sống, khí quản... không thể cắt được.
N	(Node)
Nx	Không thể xác định được hạch khu vực
No	Không di căn hạch khu vực
N1	1-2 hạch di căn khu vực
N2	3-6 hạch di căn khu vực
N3	Nhiều hơn 7 hạch di căn khu vực.
M	(Metastasis)
Mx	Không thể xác định được có di căn xa.
Mo	Chưa có di căn xa.
M1	Có di căn xa.

2. Điều trị:

Kết hợp các biện pháp điều trị: phẫu thuật, xạ trị, hóa trị và nâng đỡ cơ thể.

2.1. Chỉ định phương pháp điều trị:

Dựa vào các giai đoạn bệnh

- Giai đoạn I và II: phẫu thuật triệt để (mổ cắt đoạn thực quản có khối u), kết hợp với xạ trị, hóa trị, nâng đỡ tổng trạng tích cực.
- Giai đoạn III: phẫu thuật thường không cắt khối u triệt để được nên biện pháp chủ yếu là điều trị bằng xạ trị, hóa trị. Có thể kết hợp hóa xạ trị trước và sau phẫu thuật.
- Giai đoạn IV: thường chỉ mở thông dạ dày để nuôi dưỡng, không còn khả năng điều trị có hiệu quả nữa.

2.2. Các phẫu thuật điều trị ung thư thực quản:

- Các thủ thuật điều trị tạm thời: thường dùng khi bệnh đã tiến triển ở giai đoạn IV như: mở thông dạ dày, đặt stent thực quản.
- Các phẫu thuật cắt đoạn thực quản:

Tiến hành cắt đoạn thực quản có khối U sau đó tạo lại lưu thông óng tiêu hóa bằng óng dạ dày thực quản:

+ Phẫu thuật cắt thực quản mở ngực (Phẫu thuật Akiyama): mở ngực phải bóc tách thực quản kết hợp đường bụng cắt thực quản và tạo hình ống dạ dày tiếp đó mở đường mổ ở cổ bên trái nối ống dạ dày với đầu trên thực quản.

+ Phẫu thuật nội soi cắt thực quản: tương tự như phẫu thuật Akiyama nhưng thực hiện phẫu thuật nội soi ngực và bụng

+ Phẫu thuật cắt thực quản không mở ngực: mổ kết hợp đường bụng và đường cổ trái. Mở bụng dùng tay bóc tách đoạn dưới thực quản trong lồng ngực qua khe thực quản- cơ hoành. Mở cổ trái dùng tay bóc tách xuống đoạn thực quản trong ngực ở phần trên. Cắt và rút bỏ đoạn thực quản có khối U. Đưa ống dạ dày lên vùng cổ trái theo đường của đoạn thực quản bị cắt để nối với đầu trên thực quản.

124/ HƯỚNG DẪN NHIN ĂN UỐNG TRƯỚC GÂY MÊ VÀ KỸ THUẬT ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN NHANH

HƯỚNG DẪN NHIN ĂN UỐNG TRƯỚC GÂY MÊ VÀ KỸ THUẬT ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN NHANH

1. Khuyến cáo nhịn ăn uống trước gây mê

Độ tuổi	Nước trắng (giờ)	Sữa mẹ (giờ)	Sữa tươi, bữa ăn nhẹ (giờ)	Thức ăn dầu mỡ, bữa ăn chính (giờ)
Nhũ nhi	2	4	6	8
Trẻ em	2	4	6	8
Người lớn	2		6	8

2. Kỹ thuật đặt nội khí quản nhanh:

a) Chỉ định

Bệnh nhân có nguy cơ hít sặc bao gồm những người đã ăn no trước gây mê, phụ nữ mang thai, và ở những bệnh nhân tắc ruột, béo phì, hoặc bệnh lý trào ngược.

b) Kỹ thuật:

Chuẩn bị dụng cụ cần thiết bao gồm: máy hút; các lưỡi đèn soi thanh quản khác nhau (Macintosh và Miller); ống NKQ nhiều cỡ, trong đó có một ống kích thước nhỏ hơn so với bình thường. Một người phụ giúp có thể ép sụn nhẵn hiệu quả.

Bệnh nhân được cho thở oxy 100% lưu lượng cao trong 3 đến 5 phút (denitrogenation). Hoặc 4 nhịp thở gắng sức với oxy 100% cũng đạt được kết quả gần như tương tự nếu thời gian không cho phép. bệnh nhân ngửa cổ ở tư thế đặt NKQ. Sau khi tiêm tĩnh mạch thuốc khởi mê (ví dụ, thiopental, propofol, hoặc ketamine), lập tức tiêm ngay succinylcholine (1-1,5 mg/kg) hoặc rocuronium (1,2 mg/kg), người phụ giúp sẽ đè ép sụn nhẫn, tạo ra hiệu quả nén và làm tác thực quản (thủ thuật Sellick). Động tác này làm giảm nguy cơ trào ngược thụ động của dịch dạ dày vào họng và có thể giúp nhìn rõ dây thanh âm hơn. Tuy nhiên, khi xảy ra hiện tượng nôn, không nên sử dụng thủ thuật này, bởi vì áp lực cao có thể làm tổn thương thực quản.

Không nên nỗ lực thông khí cho bệnh nhân bằng mặt nạ. Đặt nội khí quản thường có thể được thực hiện trong vòng 30 đến 60 giây. Ép sụn nhẫn được duy trì cho đến khi đặt nội khí quản được xác định thành công.

Nếu cố gắng đặt nội khí quản không thành công, ép sụn nhẫn nên được duy trì liên tục trong suốt các lần đặt đặt nội khí quản tiếp theo và bệnh nhân sẽ được thông khí qua mặt nạ.

125/ HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRONG BỆNH LÝ TIẾT NIỆU

HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRONG BỆNH LÝ TIẾT NIỆU

1. Mở đầu

1.1. Một số khái niệm

a) Kháng sinh dự phòng

Kháng sinh dự phòng (antibiotic prophylaxis) là việc sử dụng kháng sinh trước khi xảy ra nhiễm khuẩn nhằm mục đích ngăn ngừa hiện tượng này.

Kháng sinh dự phòng trước phẫu thuật là dùng kháng sinh trước phẫu thuật nhằm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn tại vùng phẫu thuật và nhiễm khuẩn toàn thân. Sử dụng kháng sinh nhằm ngăn ngừa biến chứng nhiễm khuẩn.

Thời điểm tối ưu cho kháng sinh dự phòng là từ 1-2 giờ trước khi can thiệp. Thực tế, kháng sinh dự phòng bằng đường uống nên được dùng khoảng 1 giờ trước khi can thiệp. Kháng sinh dự phòng tiêm tĩnh mạch nên được dùng lúc bắt đầu gây mê. Những thời điểm này cho phép kháng sinh dự phòng đạt được một nồng độ đỉnh tại thời điểm nguy cơ cao nhất trong suốt quá trình can thiệp, và đạt nồng độ hiệu quả khoảng thời gian ngắn sau đó.

Trong đa số trường hợp, sử dụng kháng sinh dự phòng là một liều duy nhất hoặc ít nhất là ngưng trong vòng 24 giờ sau can thiệp.

b) Điều trị dự phòng

Điều trị dự phòng nhằm mục đích bảo vệ người bệnh khỏi một tác nhân gây bệnh trong trường hợp người bệnh có hoặc không có tiếp xúc với tác nhân gây bệnh đó.

1.2. Phân loại vết thương

c) vết thương sạch

Là vết thương được thực hiện với những điều kiện vô khuẩn trong phòng mổ, không thông với đường hô hấp, tiêu hóa, tiết niệu-sinh dục và xoang họng-thanh quản. Vết thương sạch được khâu lần đầu và không cần dẫn lưu.

d) Vết thương sạch-nhiễm

Là vết thương thông với đường hô hấp, tiêu hóa, niệu-dục và xoang họng-thanh quản được kiểm soát và không có nhiễm khuẩn bất thường.

e) Vết thương nhiễm

Là vết thương bị ô nhiễm nặng, vi khuẩn tăng sinh nhiều và xâm nhập vào mô. Những dấu hiệu viêm kinh điển (sưng, nóng, đỏ, đau) xuất hiện. Tiêu chuẩn của vết thương nhiễm là: thay đổi tại chỗ của vết thương (hoại tử hoặc mưng mủ, viêm tủy tế bào); nhiễm độc toàn thân biểu hiện bằng lượng bạch cầu cao và tăng thân nhiệt...

f) Vết thương bẩn

Là vết thương là vết thương hở do chấn thương sau hơn 6 đến 8 tiếng. Nếu vết thương bẩn được điều trị đúng mức bằng cắt lọc và rửa sạch thì có thể khâu ngay lần đầu hoặc khâu trì hoãn mà không sợ nhiễm khuẩn. Vì vậy, vết thương bẩn có thể được xem là “vết thương sạch chờ đợi”. Những vết thương phẫu thuật có thông thương với bất kỳ phần nào của xoang họng-thanh quản, đường hô hấp và đường tiêu hóa đều được xem là vết thương bẩn. Phẫu thuật cắt bỏ ruột thừa và các phẫu thuật ở vùng âm đạo nằm trong phân loại này.

2. Hướng dẫn sử dụng kháng sinh dự phòng trong tiết niệu

2.1. Thủ thuật can thiệp đường tiết niệu dưới

Phương pháp	Cơ quan	Chỉ định kháng sinh dự phòng	Lựa chọn kháng sinh dự phòng	Kháng sinh thay thế	Thời gian điều trị*

Rút dẫn lưu ngoài	Tiết niệu-sinh dục	Các yếu tố nguy cơ #, §	-Fluoroquinolone ¶ - TMP-SMX ¶	- Aminoglycoside (Aztreonam¥)± Ampicillin ¶ -1 st /2 nd gen. Cephalosporin ¶ -Amoxacillin/ Clavulanate	≤ 24 giờ¶
Chụp bàng quang có cản quang, niệu động học, nội soi bàng quang-niệu quản đơn giản	Tiết niệu-sinh dục	Các yếu tố nguy cơ §	-Fluoroquinolone - tmp-Smx	- Aminoglycoside (Aztreonam¥)± Ampicillin ¶ -1st/2nd gen. Cephalosporin ¶ -Amoxacillin/ Clavulanate ¶	≤ 24 giờ¶
Nội soi bàng quang-niệu quản có thao tác (manipulation)	Tiết niệu-sinh dục	Tất cả	-Fluoroquinolone - tmp-Smx	- Aminoglycoside (Aztreonam¥)± Ampicillin ¶ -1st/2nd gen. Cephalosporin ¶ -Amoxacillin/ Clavulanate ¶	
Brachytherapy hay Cryotherapy tuyến tiền liệt	Da	Chưa rõ	Cephalosporin thế hệ 1	-Clindamycin	≤ 24 giờ¶
Sinh thiết tuyến tiền liệt qua ngã niệu đạo	Đường tiêu hoá	Tất cả	-Fluoroquinolone - Cephalosporin thế hệ 1, thế hệ thứ 2	- Aminoglycoside (Aztreonam¥)+ Metronidazole or Clindamycin	

2.2. Thủ thuật can thiệp đường tiết niệu trên

Phương pháp	Cơ quan	Chỉ định kháng sinh dự phòng	Lựa chọn kháng sinh dự phòng	Kháng sinh được thay thế	Thời gian điều trị*
-------------	---------	------------------------------	------------------------------	--------------------------	---------------------

Tán sỏi ngoài cơ thể	Tiết niệu sinh dục	Tất cả	-Fluoroquinolone -TMX-SMX	- Aminoglycoside (Aztreonam¥)+Ampicillin -Cephalosporin thế hệ 1 hoặc 2 -Amoxacillin/Clavalanate	<24 giờ
Lấy sỏi thận qua da	Tiết niệu, sinh dục và da	Tất cả	-Cephalosporin thế hệ 1 hoặc 2 -Aminoglycoside (Aztreonam¥) + Metronidazole or Clindamycin	-Apicillin/ Sulbactam -Fluoroquinolone	<24 giờ
Nội soi niệu quản	Tiết niệu, sinh dục	Tất cả	-Fluoroquinolone -TMX-SMX	- Aminoglycoside (Aztreonam¥)+Ampicillin -Cephalosporin thế hệ 1 hoặc 2 -Amoxacillin/Clavalanate	<24 giờ

2.3. Phẫu thuật mổ hay phẫu thuật nội soi

Phương pháp	Cơ quan	Chỉ định kháng sinh dự phòng	Lựa chọn kháng sinh dự phòng	Kháng sinh được thay thế	Thời gian điều trị*
Phẫu thuật ở vùng âm đạo (bao gồm cả phẫu thuật treo niệu đạo)	Tiết niệu-sinh dục, da và Strep nhóm B	Tất cả	-Cephalosporin thế hệ 1 hoặc 2 -Aminoglycoside (Aztreonam¥) + Metronidazole or Clindamycin	-Ampicillin/ Sulbactam - Fluoroquinolone	<24 giờ
Không tiếp cận đường tiết niệu	Da	Khi có yếu tố nguy cơ	Cephalosporin thế hệ 1	-Clindacycin	1 liều duy nhất
Tiếp cận đường tiết niệu	Tiết niệu -sinh dục, da	Tất cả	-Cephalosporin thế hệ 1 hoặc 2 -Aminoglycoside (Aztreonam¥) +	-Ampicillin/Sulbactam - Fluoroquinolone	<24 giờ

			Metronidazole or Clindamycin		
Liên quan đến đường ruột §§	Tiết niệu, sinh dục, da, đường ruột	Tất cả	-Cephalosporin thế hệ 1 hoặc 2 -Aminoglycoside (Aztreonam) + Metronidazole or Clindamycin	-Apicillin/ Sulbactam - Ticarcillin/ Clavulanate - Pipercillin/ Tazobactam - Fluoroquinolone	<24 giờ
Liên quan đến các bộ phận giả	Tiết niệu, sinh dục, da	Tất cả	-Aminoglycoside (Aztreonam) + Cephalosporin thế hệ 1 hoặc 2 hay Vancomycin	-Apicillin/ Sulbactam - Ticarcillin/ Clavulanate - Pipercillin/ Tazobactam	<24 giờ

* Các liệu pháp kháng sinh có thể được đề nghị tại thời điểm loại bỏ các ống thông dẫn lưu đường tiết niệu.

‡ Các yếu tố liên quan đến bệnh nhân ảnh hưởng đến đáp ứng với nhiễm khuẩn phẫu thuật (tuổi, bất thường đường tiết niệu, dinh dưỡng kém, hút thuốc, sử dụng corticosteroid, suy giảm miễn dịch...)

¥ Aztreonam có thể được thay thế cho aminoglycoside ở bệnh nhân suy thận ^ Hoặc toàn bộ quá trình cây kháng sinh đồ (đó là điều trị, không điều trị dự phòng)

§ Nếu cây nước tiêu cho thấy không có nhiễm khuẩn, điều trị dự phòng kháng khuẩn là không cần thiết

†† Đường tiêu hóa: vi khuẩn đường ruột E. coli, Klebsiella sp., Enterobacter, Serratia sp., Proteus sp.,

Enterococcus, và Anaerobes.

** Clindamycin, hay aminoglycoside + metronidazole hay clindamycin được thay thế cho bệnh nhân dị ứng với penicillins và cephalosporins.

§§ Phẫu thuật liên quan đến đường ruột, chuẩn bị ruột với neomycin uống cộng với một trong hai erythromycin hoặc metronidazole.

2.4. Liều dùng của kháng sinh dự phòng

Fluoroquinolones	Levafloxacin: 500 mg PO liều dùng duy nhất Ciprofloxacin: 500 mg PO [q12h] Ofloxacin: 400 mg PO [q12h]
------------------	---

Aminoglycosides	Gentamicin: 5 mg/kg IV liều dùng duy nhất Tobramycin: 5 mg/kg IV liều dùng duy nhất Amikacin: 5 mg/kg IV liều dùng duy nhất
Cephalosporins thế hệ 1	Cephalexin: 500 mg PO [q6h] Cepharadine: 500 mg PO [q6h] Cefadroxil: 500 mg PO [q12h] Cefazolin: 1g IV [q8h]
Cephalosporins thế hệ 2	Cefaclor: 500 mg PO [q8h] Cefprozil: 500 mg PO [q12h] Cefuroxinme: 500 mg PO [q12h] Cefoxitin: 1-2 g IV [q8h]
Cephalosporins thế hệ 3 (không có thuốc trong danh sách)	Ceftizoxime: 1g IV [q8h] Ceftazidime: 1g IV [q12h] Ceftriaxone: 1-2 IV liều dùng duy nhất Cefotaxime: 1g IV [q8h]
Loại khác	Amoxicillin/davulanate: 875 mg PO [q12h] Ampicillin: 1-2 g IV [q6h] Ampicillin/sulbactam: 1,5-3 g IV [q6h] Aztreonam: 1-2 g IV [q8h] Clindamycin: 600 mg IV [q8h] Erythromycin (cho chuẩn bị ruột): 1-2 g PO [variable] Metronidazole: 1 g IV [q12h]; (cho chuẩn bị ruột) 1-2 g PO [variable] Neomycin (cho chuẩn bị ruột): 1 -2 g PO [variable] Piperillin/tazobactam: 3,375 g IV [q6h] Ticarcillin/davulanate: 3,1 g IV [q6h] Trimethoprim-sulfamethoxazole: 1double-strength tablet PO [q12h] Vancomycin: 1g IV [q12h]

3. Hướng dẫn điều trị nhiễm khuẩn trong bệnh lý sỏi tiết niệu

- Trong trường hợp có tắc nghẽn đường tiết niệu do sỏi, cần tiến hành lấy nước tiểu giữa dòng. Tuy nhiên cũng rất khó loại trừ NKĐTN. Chỉ có cây sỏi hay nước tiểu lấy từ bể thận mới tiên đoán được nguy cơ nhiễm khuẩn huyết sau điều trị.
- Tán sỏi qua da (PCNL) nên là điều trị đầu tiên để lấy sỏi bể thận có nhiễm khuẩn.
- Sự phân hủy sỏi nhiễm khuẩn có thể dùng dung dịch axit nhưng phải cẩn thận vì có nhiều phản ứng phụ.
- Triệt tiêu tất cả các sỏi hay mảnh sỏi là cần thiết để tránh nhiễm khuẩn dai dẳng và NKĐTN tái phát.

5. Kháng sinh trị liệu được khuyên dùng trong trường hợp sỏi nhiễm khuẩn trước và sau điều trị.
 6. Kháng sinh dự phòng trong trường hợp tán sỏi ngoài cơ thể và tán sỏi nội soi ngược dòng đối với sỏi không nhiễm khuẩn ở niệu quản đoạn xa trong trường hợp bệnh nhân có nguy cơ.
 7. Kháng sinh trước phẫu thuật nên làm thường quy trong tán sỏi nội soi ngược dòng ở vị trí niệu quản đoạn gần hay sỏi nhiễm khuẩn, trong tán sỏi qua da hay mổ mở lấy sỏi.
 8. Điều trị ức chế kháng sinh liều thấp kéo dài và axit hóa nước tiểu để phòng ngừa nhiễm khuẩn của các loại sỏi có thể được xem xét, nhưng hiệu quả chưa được chứng minh rõ.
 9. Có thể dùng citrate như là chất phòng ngừa sỏi nhiễm khuẩn.
 10. Men ức chế urease để hạn chế thay đổi độ pH nước tiểu gây ra bởi vi khuẩn sản xuất urease có thể được xem xét, nhưng tác dụng phụ nghiêm trọng có thể xảy ra.
4. Hướng dẫn điều trị nhiễm khuẩn trong bệnh lý tắc nghẽn đường tiết niệu
1. Không có bằng chứng rõ ràng về lượng nước tiểu tồn lưu nhiều (PVR) dẫn đến nhiễm khuẩn đường tiết niệu cho nên kháng sinh dự phòng không phải là chỉ định ở những bệnh nhân này.
 2. Ở nam giới có triệu chứng đường tiết niệu dưới (LUTs) do tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (BPH) nguy cơ NKDTN là rất thấp cho nên kháng sinh dự phòng không phải là chỉ định.
 3. NKDTN tái phát hay dai dẳng do tắc nghẽn dòng ra bàng quang (BOO) và tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có chỉ định can thiệp điều trị.
 4. Đối với bệnh nhân được điều trị cắt tuyến tiền liệt gốc thì NKDTN cần được điều trị theo kết quả cáy nước tiểu. Kháng sinh dự phòng là cần thiết kể cả trong trường hợp cáy nước tiểu âm tính.
 5. Túi thừa bàng quang không phải lúc nào cũng cần điều trị phẫu thuật, nhưng trong trường hợp NKDTN tái phát hay dai dẳng có tắc nghẽn dòng ra bàng quang (BOO) nên được điều trị.
 6. Túi thừa niệu đạo liên quan đến NKDTN cần được điều trị cắt túi thừa.
 7. Sỏi bàng quang là kết quả hay là nguyên nhân của NKDTN cần phải được điều trị. Sỏi bàng quang liên quan với tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt cần được điều trị tuyến tiền liệt và lấy sỏi.
 8. Hẹp niệu đạo ở nam giới làm tăng nguy cơ NKDTN nên được điều trị nong niệu đạo, xé lạnh niệu đạo hay tạo hình niệu đạo.
 9. Rò niệu đạo ra da thường cần mở bàng quang ra da và tạo hình niệu đạo.

10. Hẹp niệu đạo ở nữ rất hiếm và không có chứng cứ rõ ràng về điều trị nong niệu đạo trong trường hợp có triệu chứng đường tiết niệu dưới hay NKĐTN ở nữ giới.

11. Trẻ sơ sinh và trẻ em có tắc nghẽn đường tiết niệu trên, kháng sinh phòng ngừa NKĐTN được khuyến cáo. Nhưng vai trò kháng sinh dự phòng ở người trưởng thành vẫn chưa rõ.

12. Trong trường hợp tắc nghẽn đường tiết niệu trên có NKĐTN, kháng sinh điều trị phổ rộng kết hợp chuyển lưu nước tiểu (mở thận ra da hay đặt thông JJ niệu quản...) và phẫu thuật loại bỏ nguyên nhân gây tắc nghẽn để kiểm soát nhiễm khuẩn.

13. Dẫn đái thận (hay túi thừa đái thận) thường không cần điều trị, nhưng những trường hợp có liên quan với NKĐTN tái phát hoặc hình thành sỏi nên điều trị bằng lấy sỏi qua da, tán sỏi ngược dòng, nội soi sau phúc mạc hay phẫu thuật mở. Mục đích là lấy sỏi, giải quyết túi thừa hay chuyển lưu nước tiểu.

14. Hoại tử sinh hôi tại hệ thống đài bể thận hay chỉ tại chủ mô thận, và trong trường hợp khí lan xung quanh thận hay hố thận. Nếu không có yếu tố nguy cơ: giảm tiêu cầu, suy thận cấp chúc năng suy giảm, rối loạn tri giác, hoặc sốc) có thể điều trị bằng thuốc kháng sinh và mở thận ra da hoặc thông niệu quản thay vì cắt thận cấp cứu.

126/ HƯỚNG DẪN VÀ ĐIỀU TRỊ SỎI ĐƯỜNG MẬT NGOÀI GAN

HƯỚNG DẪN VÀ ĐIỀU TRỊ SỎI ĐƯỜNG MẬT NGOÀI GAN

Sỏi đường mật ngoài gan, ngoài túi mật là sỏi ống mật chủ.

Sỏi ống mật chủ (OMC) có thể là sỏi tiên phát, sinh ra tại đường mật do vi trùng trong dịch mật từ đường tiêu hóa; hoặc sỏi thứ phát có nguồn gốc từ túi mật.

Sỏi OMC thường gây bệnh cảnh nhiễm trùng đường mật cấp (NTĐM), nặng hơn là sốc nhiễm trùng có trường hợp kèm theo viêm tụy.

1.Lâm sàng:

- BN thường nhập viện cấp cứu vì nhiễm trùng đường mật cấp với tam chứng Charcot, hiện nay thường gặp hơn là đau ¹Á bụng trên (P) và sốt, vàng da gấp ít hơn và chậm hơn.

- Khoảng 10% Bệnh nhân (BN) nhập viện trong tình trạng sốc nhiễm trùng đường mật.

- Tiền sử: thường BN đã có mổ sỏi mật một vài lần hay đã làm ERCP lấy sỏi mật.

2. Sinh hóa:

- Bạch cầu, Bilirubin, Phosphatse kiềm, TP, đôi khi amylase tăng...
- Cấy máu # 25% (+) với vi trùng thường gặp là E.coli hay Klebsiella.

3. Hình ảnh học:

- Siêu âm: hình ảnh tắc mật, dẫn đường mật trong ngoài gan, OMC dẫn, khoảng 50-60% thấy sỏi OMC.
- ERCP (nội soi mật-tụy ngược dòng) là hình ảnh học tốt nhất để chẩn đoán đồng thời lấy sỏi OMC.
- MSCT (chụp điện toán cắt lớp), MRCP (chụp cộng hưởng từ mật-tụy) chỉ thực hiện khi lâm sàng và siêu âm không phù hợp chẩn đoán sỏi OMC.

4. Điều trị:

4.1. Sốc nhiễm trùng đường mật.

- Hồi sức, kháng sinh nhóm Carbapenem.
- ERCP giải áp đường mật cấp cứu (thành công cao).
- PTBD (dẫn lưu mật xuyên gan qua da) nếu tắc nghẽn cao (thành công cao).
- Nếu ERCP, PTBD thất bại thì phẫu thuật giải áp đường mật cấp cứu.
- Nếu ERCP, PTBD thành công, BN qua khỏi tình trạng NTDM thì giải quyết lấy sỏi chương trình sau bằng ERCP, nếu thất bại mới phẫu thuật nội soi (PTNS) hay phẫu thuật mở.

4.2. Nhiễm trùng đường mật cấp:

- Hồi sức, kháng sinh nhóm Carbapenem, Ticarcillin, Tazocin ...
- # 90% đáp ứng hồi sức.
- Giải quyết lấy sỏi mật chương trình.
- ERCP-ES lấy sỏi chương trình (thành công cao), ít xâm hại.
- PTNS lấy sỏi OMC (khi ERCP thất bại).

- Mổ mở lấy sỏi khi ERCP và PTNS không thực hiện được.

4.3. Sỏi OMC ổn định:

- Chẩn đoán dựa vào tiền căn, lâm sàng và siêu âm.

- Giải quyết sỏi mật:

- . ERCP -ES chẩn đoán và lấy sỏi mật (thành công cao), ít xâm hại.

- . PTNS lấy sỏi OMC.

- . Mổ mở lấy sỏi khi 2 phương pháp trên không thực hiện được.

127/ HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ SỎI NIÊU QUẢN

HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ SỎI NIÊU QUẢN

Sỏi niêu quản (NQ) sỏi được hình thành từ thận và di chuyển xuống NQ và dừng lại ở những vị trí hẹp tự nhiên của NQ. So với sỏi thận thì sỏi NQ chiếm tỷ lệ ít hơn và tương đối dễ định bệnh, dễ điều trị hơn nhưng sớm ảnh hưởng đến chức năng thận nếu bị bế tắc lâu ngày. Phần lớn sỏi có kích thước chiều ngang (so với NQ) nhỏ hơn 5 mm sẽ được tống xuất tự nhiên theo dòng nước tiểu.

Các phương pháp điều trị sỏi NQ được phân thành 5 nhóm:

Điều trị nội khoa (theo dõi và chờ đợi-dùng thuốc)

Tán sỏi ngoài cơ thể (SWL)

Nội soi tán sỏi ngược chiều (URS)

Tán sỏi qua da (PCNL)

Nội soi ổ bụng (trong hay ngoài phúc mạc); mổ mở lấy sỏi

1. Đặc điểm sỏi niêu quản

1.1. Nguyên nhân sỏi NQ

Có hai loại sỏi tiết niệu: sỏi cơ thể (sỏi nguyên phát) và sỏi cơ quan (sỏi thứ phát). Sự rối loạn sinh hóa trong cơ thể sẽ sinh ra sỏi nguyên phát, sỏi thứ phát bắt nguồn từ những nguyên nhân gây tắc nghẽn đường bài tiết dẫn đến ứ đọng nước tiểu.

Hầu hết sỏi NQ có nguồn gốc từ thận, di chuyển xuống và dừng lại ở một đoạn nào đó của NQ, đặc biệt tại các chỗ hẹp sinh lý.

1.2. Diễn tiến của sỏi NQ

Khả năng sỏi từ thận di chuyển xuống bàng quang phụ thuộc vào 2 yếu tố: kích thước và vị trí của sỏi. Sỏi NQ đoạn xa dễ di chuyển xuống bàng quang hơn sỏi NQ đoạn giữa và NQ đoạn gần. Chiều ngang của viên sỏi là chỉ số quan trọng nhất ảnh hưởng đến sự di chuyển của sỏi. Phần lớn sỏi niệu quản sẽ di chuyển xuống bàng quang trong vòng 4-6 tuần. Đối với sỏi 2-4 mm, 95% di chuyển xuống bàng quang trong vòng 31 đến 40 ngày. Tỉ lệ sỏi di chuyển tự nhiên phụ thuộc nhiều vào vị trí sỏi, lần lượt là 22%, 46%, 71% theo NQ đoạn gần, đoạn giữa và đoạn xa. Do đó, điều trị nội khoa chờ sỏi được tổng xuất tự nhiên sẽ áp dụng với sỏi kích thước < 5 mm, ngược lại cơ hội tổng xuất tự nhiên đối với sỏi trên 5 mm rất thấp và can thiệp lấy sỏi chủ động cần được xem xét. Các vị trí sỏi dễ bị kẹt là khúc nối bể thận-niệu quản (10%), chỗ NQ bắt chéo bó mạch chậu (20%), đoạn NQ nội thành bàng quang (70%). Trong khi di chuyển, sỏi NQ gây ra các tổn thương cho NQ. Sự phù nề của niệu mạc xung quanh hòn sỏi tạo điều kiện cho sỏi bám vào niệu mạc, không thể di chuyển.

1.3. Lâm sàng

❖ Triệu chứng cơ năng

Đau: sỏi NQ thường gây đau dưới nhiều dạng tùy thuộc nhiều yếu tố: tổn thương cơ thể bệnh lý, hỗn loạn sinh lý, vị trí của sỏi.

Cơn đau quặn thận: đây là cơn đau điển hình do sỏi di chuyển trong NQ, gây co thắt NQ. Cơn đau thường xuất hiện đột ngột, lúc bệnh nhân đang khỏe mạnh. Sỏi NQ thường gây ra cơn đau bao thận hơn sỏi thận vì: i) sỏi NQ hay di động do nhu động của NQ và do kích thước tương đối nhỏ của sỏi; ii) NQ có nhiều dây thần kinh hơn chủ mô thận, bể thận, đài thận nên sự cọ sát của sỏi vào niêm mạc thường gây phản ứng co thắt các đường tiêu trên. Theo Akram, triệu chứng đau quặn thận chiếm đa số (40,1%).

Đau do kích ứng: tiêu gắt, tiêu buốt do niêm mạc bàng quang bị kích thích, phóng tinh đau do túi tinh, ống dẫn tinh bị viêm có thể gợi ý đến sỏi NQ chậu, đoạn sát bàng quang.

Tiêu máu: có thể vi thể hoặc đại thể.

Tiêu đục: nước tiểu đục, có mủ là dấu hiệu của nhiễm trùng thận ngược chiều, nên lưu ý khi sốt kèm rét run. Trường hợp này đe dọa trầm trọng chức năng thận, có nguy cơ nhiễm trùng huyết và choáng nhiễm trùng.

Vô niệu: vô niệu do sỏi NQ là cấp tính, bắt nguồn từ sự tắc nghẽn đường tiêu, vô niệu do sỏi NQ xuất hiện đột ngột nhưng khi bê tắc đường tiêu được giải quyết, thận cũng sớm hồi phục. Triệu chứng suy thận man tính: sỏi NQ hai bên hay sỏi NQ một bên với sỏi thận bên còn lại, lâu ngày có thể đưa đến tình trạng suy thận mạn tính với các triệu chứng tiêu hóa như sinh bụng, đầy hơi, ói mửa, ăn không tiêu hay các biểu hiện thiếu máu, mất ngủ ...

Những triệu chứng không điển hình: đôi khi sỏi NQ diễn tiến mơ hồ trong một thời gian dài, vì sỏi không di động và không gây bê tắc đường tiêu cấp tính. Mỗi lurg là than phiền nhiều nhất, gia tăng khi làm việc nặng. Sỏi NQ bên phải mang tính chất đau của viêm túi mật, loét hành tá tràng, viêm dạ dày hay sỏi bên trái có triệu chứng đại tràng xuống, dễ chẩn đoán nhầm trên lâm sàng.

❖ Triệu chứng thực thể

- Thăm khám vùng bụng và hông lưng có thể phát hiện thận lớn với dấu hiệu chạm thận dương tính nếu thận bị ứ nước, đau vùng hông lưng nếu viêm quanh thận.
- Cảm giác đau được nhận biết khi thăm khám vùng hố chậu, cho phép gợi ý sỏi NQ đoạn giữa, đặc biệt khi có phản ứng viêm quanh NQ.
- Đau dưới sườn nhưng không co cứng thành bụng gấp trong sỏi NQ đoạn trên.

1.4. Cận lâm sàng

* Tổng phân tích và cây nước tiểu

- Hiện diện nhiều hồng cầu, có thể có bạch cầu và vi trùng. Nhiễm khuẩn đường tiết niệu có thể gây albumin trong nước tiểu.
- Các loại vi khuẩn được phân lập từ nước tiểu chủ yếu là gram âm, bao gồm E. coli (38,3%), Proteus spp. (13,6%), Staphylococcus spp. (8,2%), Kiebsieilia spp. và Pseudomonas aeruginosa (5,5%).

* Chụp X quang bộ niệu không chuẩn bị (KUB)

- Phim KUB giúp xác định vị trí, kích thước và hình dáng của sỏi, từ đó cho phép dự đoán khả năng đào thải tự nhiên của viên sỏi cũng như lựa chọn phác đồ điều trị. Tuy nhiên, độ nhạy và độ đặc hiệu của KUB tương đối thấp, lần lượt từ 44 - 77% và 80 - 87%. KUB không phát hiện các loại sỏi không cản quang. Phim KUB chỉ có thể dự đoán khoảng 39 - 40% thành phần sỏi nên không thể sử dụng để phân tích thành phần sỏi trên lâm sàng.

* Siêu âm bụng

- Là phương tiện cận lâm sàng không xâm lấn giúp phát hiện sỏi và tình trạng ứ nước ở thận. Siêu âm cũng cho phép quan sát phần nào sỏi NQ, đặc biệt sỏi kém cản quang. Mặc dù rất hữu

ích trong cấp cứu nhưng siêu âm mang tính định hướng nhiều hơn vì không mô tả được vị trí của sỏi và chức năng thận.

* Chụp X quang hệ niệu có cản quang (UIV)

- Là phương pháp rất giá trị trong các trường hợp sỏi niệu buộc can thiệp phẫu thuật. Phim UIV mô tả hai điểm cơ bản: hình thể đài bể thận và NQ, nhờ đó xác định vị trí của hòn sỏi trong đường tiết niệu cũng như mức độ giãn nở của đài bể thận. Ngoài ra, UIV phản ánh chức năng của thận có sỏi và thận bên đối diện.

- Trong trường hợp út nước nhiều, thận có thể không bài tiết trên UIV. Nên chụp phim muộn sau khi tiêm thuốc cản quang từ 2 - 4 - 8 giờ. Nếu chụp phim muộn vẫn không thấy thận bài tiết, nhiều khả năng thận bị hư hại trầm trọng, tiên lượng về sự phục hồi của thận sau khi lấy sỏi rất dè dặt. Nếu 2 thận đều có sỏi, UIV rất cần thiết để chọn thận ưu tiên phẫu thuật.

- Đối với sỏi NQ, UIV phản ánh mức độ giãn nở của NQ phía trên hòn sỏi. Trường hợp sỏi không cản quang, hình ảnh NQ giãn nở và thuốc cản quang bị dừng lại tại vị trí sỏi được thể hiện đặc trưng trên UIV. Để chẩn đoán phân biệt giữa sỏi NQ vùng hố chậu với những vết vôi hóa trong vùng này, trên phim chụp nghiêng vẫn thấy sỏi NQ nằm trên đường đi của NQ, trong khi các vết vôi hóa định vị bên ngoài.

* Chụp NQ—bể thận ngược dòng (UPR)

- Trong trường hợp các triệu chứng lâm sàng (LS) và cận lâm sàng (CLS) khác kể cả UIV chưa thể kết luận sỏi NQ, UPR trở nên cần thiết. Trước khi bơm chất cản quang, việc đưa ống thông lên chạm sỏi cũng là một yếu tố giúp chẩn đoán. Hình ảnh UPR cản quang cho thấy sỏi màu trắng nhạt giữa một màu trắng đậm, hoặc hình ảnh khuyết giữa NQ màu trắng đậm. Hình ảnh thuốc cản quang được bơm ngược theo ống thông NQ đến chỗ có sỏi sẽ bị dội xuống cho phép phát hiện vị trí sỏi NQ hoặc hẹp NQ.

- UPR chỉ nên áp dụng khi thật cần thiết vì thủ thuật này có tính xâm hại và có thể đưa vi khuẩn từ niệu đạo lên đường tiêu trên. Ngày nay, CTscan đã thay thế kỹ thuật này.

❖ Multislice CTScan (MSCT)

- CT scan có thể xác định sỏi và mức độ tắc nghẽn với độ nhạy 96% so với 87% của KUB. CT scan không tiêm cản quang cung cấp nhiều dữ liệu về mật độ cũng như thành phần sỏi. CT scan hiệu quả trong trường hợp sỏi NQ kém cản quang và chụp UIV không thấy hình ảnh của thận và vị trí NQ bị tắc nghẽn. Ngoài ra, CT scan cũng đánh giá được chức năng thận.

Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh trong chẩn đoán đau hông lưng cấp

Thứ tự ưu tiên	Phương tiện chẩn đoán	LE	GR
1	CT không tiêm cản quang	1	A
1	UIV	Xét nghiệm chuẩn	

2.Các phương pháp điều trị sỏi niệu quản

- Kích thước sỏi rất thay đổi, từ 2 mm đến >2 cm. Hầu hết sỏi < 5 mm đều có thể di chuyển tự nhiên ra ngoài. Kích thước sỏi là một yếu tố quan trọng cùng với mức độ đau trên lâm sàng, mức độ bế tắc, tình trạng nhiễm trùng niệu, chức năng thận sẽ quyết định phác đồ điều trị: theo dõi điều trị nội chờ sỏi tự ra ngoài hay cần can thiệp lấy sỏi chủ động.

2.1. Điều trị cấp cứu

- Trong những trường hợp sỏi niệu quản gây nhiễm khuẩn và sốc nhiễm khuẩn cần xử trí như sau: (1) Mở thận ra da (2) Hoặc đặt thông niệu quản và phối hợp với kháng sinh thích hợp. Điều trị sỏi niệu quản trong trường hợp này được dời lại đến khi nào tình trạng nhiễm khuẩn được giải quyết.

- Ngoài ra, chỉ định cấp cứu còn được thực hiện trong những trường hợp sỏi niệu quản hai bên hay sỏi niệu quản một bên trên thận độc nhất, gây tắc nghẽn với tổn thương thận cấp tính.

- Trong điều trị đau quặn thận, thuốc kháng viêm không steroids (NSAID) là thuốc được lựa chọn đầu tiên. NSAID có tác dụng giảm đau tốt hơn các thuốc opioid trong điều trị đau quặn thận. Diclofenac sodium, 100-150 mg/ngày, 3 - 10 ngày.

Các thuốc được sử dụng trong cơn đau quặn thận:

Thứ tự ưu tiên	Thuốc	LE	GR
1	Diclofenac sodium	1b	A
1	Indomethacin Ibuprofen	1b	A
2	Hydromorphone hydrochloride Methamizol Pentazocine Tramadol	4	C

2.2. Điều trị nội khoa

- Vì sỏi NQ gây bế tắc và nguy cơ phá hủy thận nặng, nhanh nên chỉ điều trị nội khoa khi sỏi còn nhỏ, đường kính < 5 mm, sỏi nhẵn, bờ rõ nét, chức năng thận và NQ bình thường, có khả năng theo dõi sát bệnh nhân. Phác đồ dựa trên nguyên tắc tạo điều kiện để sỏi di chuyển ra ngoài bằng cách giảm co thắt, giảm đau nếu BN trong cơn đau, uống nhiều nước hoặc truyền nhiều dịch mặn, ngọt đằng trướng. Sỏi > 6 mm, tỷ lệ tự đào thải chỉ khoảng 8%.

- Chất ức chế thụ thể adrenergic hay ức chế kênh Ca^{2+} được dùng trong điều trị sỏi NQ nhằm làm tăng sự di chuyển của sỏi thông qua việc làm giãn cơ trơn NQ. Sỏi được tống xuất tự nhiên trong

65% bệnh nhân dùng thuốc úc ché thụ thể adrenergic hay úc ché kênh Ca^{2+} nhiều hơn nhóm không dùng thuốc. Điều trị nội khoa không những làm tăng tỷ lệ sỏi di chuyển xuống bàng quang mà còn giảm bớt thời gian di chuyển của sỏi và những cơn đau quặn thận. Thuốc giãn NQ như úc ché thụ thể adrenergic hay úc ché kênh Ca^{2+} còn làm tăng áp suất thủy tĩnh phía trên sỏi nên giúp sỏi di chuyển dễ dàng. Tác dụng phụ thường gặp là hạ huyết áp thoáng qua và mạch chậm khoảng 3,5% trường hợp.

- Tamsulosin là chất úc ché thụ thể adrenergic được sử dụng phổ biến nhất. Tuy nhiên, terazosin và doxazosin cũng có hiệu quả tương đương.

2.3. Điều trị ngoại khoa

* Chỉ định can thiệp ngoại khoa

- Sỏi có khả năng di chuyển tự nhiên thấp ($> 5 \text{ mm}$).

- Sỏi NQ gây tắc nghẽn + nhiễm khuẩn đường tiết niệu

- Không đáp ứng với giảm đau.

- Không đáp ứng với điều trị nội khoa.

- Ảnh hưởng chức năng thận (suy thận, sỏi NQ/thận độc nhất, sỏi NQ hai bên).

❖ Sỏi NQ đoạn gần $< 1 \text{ cm}$

- Điều trị nội khoa đối với sỏi có đường kính chiều ngang $< 7 \text{ mm}$. Nếu điều trị nội khoa 1 tháng sỏi không di chuyển phải can thiệp lấy sỏi chủ động như tán sỏi ngoài cơ thể (TSNCT).

- Đối với sỏi có đường kính ngang $> 7 \text{ mm}$ đến $< 1 \text{ cm}$, TSNCT là lựa chọn đầu tiên. Nội soi tán sỏi ngược chiều (NSTSNC) cũng là lựa chọn đối với sỏi có kích thước $< 1 \text{ cm}$.

❖ Sỏi NQ đoạn gần $> 1 \text{ cm}$

- Tán sỏi ngoài cơ thể.

- Nội soi tán sỏi ngược chiều.

- Tán sỏi qua da.

- Nội soi sau phúc mạc lấy sỏi.

- Mổ mở lấy sỏi.

❖ Sỏi NQ đoạn xa

- TSNCT và NSTSNC là hai phương pháp được lựa chọn.

2.4. Những cân nhắc đặc biệt trong chỉ định lấy sỏi

	LE	GR
Điều trị kháng sinh nên thực hiện trước khi can thiệp ở bệnh nhân có cáy nước tiểu (+), TPTNT có nhiễm trùng	3	B
Salicylate nên ngưng 10 ngày trước khi can thiệp thủ thuật	3	B
TSNCT và lấy sỏi qua da chống chỉ định ở phụ nữ có thai	4	C
TSNCT có thể thực hiện ở bệnh nhân có máy tạo nhịp	4	C

2.5. Khuyến cáo về điều trị chuỗi sỏi (Steinstrasse)

Vị trí sỏi	Không tắc nghẽn	Tắc nghẽn/có triệu chứng	LE	GR
NQ đoạn gần	TSNCT NSTSNC	Stent NSTSNC TSNCT	4	C
NQ đoạn giữa	TSNCT NSTSNC	Stent NSTSNC TSNCT	4	C
NQ đoạn xa	TSNCT NSTSNC	Stent NSTSNC TSNCT	4	C

3. Phòng bệnh sỏi tái phát

Lượng nước nhập	Lượng nước nhập: 2,5 - 3,0 lít / ngày Uống mỗi 2 - 4 giờ Đi tiểu: 2,0 - 2,5 lít/ngày Thức uống có pH trung tính
Chế độ ăn	Ăn kiêng (tránh tiêu thụ lượng lớn vitamin). Ăn nhiều rau và chất xơ. Lượng calcium: 1000 - 1200 mg/ngày Hạn chế muối: 4 - 5g/ngày Hạn chế protein động vật 0,8 - 1,0g/kg/ngày.
Lối sống	BMI: 18 - 25 kg/m ² Hoạt động thể lực, cân bằng lượng nước mất

128/ HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ HOÀNH

HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ HOÀNH

1. Phân loại

Thoát vị khe hoành chia làm 4 loại

- Loại 1: thoát vị trực phần thực quản tâm vị vào trung thất, phần phình vị của dạ dày ở vị trí dưới cơ hoành
- Loại 2: còn gọi là thoát vị cạnh thực quản, do phần phình vị dạ dày thoát vị vào trung thất nhưng phần thực quản tâm vị vẫn ở vị trí bình thường.
- Loại 3: là thoát vị kết hợp giữa loại 1 và loại 2, phần thực quản tâm vị và phình vị dạ dày thoát vị vào trung thất.
- Loại 4: là thoát vị lớn ngoài dạ dày còn có thêm các cơ quan khác trong túi thoát vị như đại tràng, lách, ruột non, mạc nối lớn.

2. Chẩn đoán

- Thoát vị khe hoành có thể được chẩn đoán bằng các phương thức khác nhau. Tuy nhiên việc thăm khám các triệu chứng lâm sàng là rất cần thiết trong chẩn đoán bệnh.
 - Triệu chứng thường gặp nhất trong thoát vị hoành là triệu chứng trào ngược dạ dày thực quản như ợ chua, nóng rát sau xương ức, ngoài ra có thể gặp các triệu chứng như nuốt nghẹn, đau thượng vị, đau ngực, khó thở.
 - X quang ngực thẳng có thể xác định độ mờ đục mô mềm có hoặc không có một mức nước hơi trong ngực.
 - Chụp X quang có cản quang có thể cho ta thấy kích thước thoát vị, vị trí của thực quản tâm vị, cũng như có thể gợi ý tình trạng thực quản ngắn.
 - CT scan có thể giúp chẩn đoán thoát vị hoành, ngoài ra có thể giúp xác định bên thoát vị, các tạng trong túi thoát vị, xác định vị trí của thực quản tâm vị một cách rõ ràng.
 - Nội soi thực quản dạ dày giúp đánh giá tình trạng niêm mạc của thực quản như thực quản Barrett, có thể giúp đánh giá loại thoát vị.
 - Ngoài ra đo áp lực thực quản, đo pH cũng giúp chẩn đoán thoát vị hoành.

3. Chỉ định phẫu thuật

- Thoát vị hoành loại 1 không có các triệu chứng trào ngược thì không cần phẫu thuật
- Tất cả thoát vị hoành loại 2, 3, 4 có triệu chứng đều có chỉ định phẫu thuật.
- Thoát vị hoành loại 2, 3, 4 không có triệu chứng thì cần cân nhắc tuổi cũng như các bệnh lý kèm theo để quyết định có phẫu thuật hay không.
- Thoát vị hoành có biến chứng xoắn dạ dày cấp thì có chỉ định cắt bỏ một phần dạ dày.
- Trong khi thực hiện các phẫu thuật nối vị tràng kiểu Roux en Y, cắt bờ dạ dày, hoặc đặt vòng band trong điều trị béo phì, nếu phát hiện thoát vị hoành thì có chỉ định điều trị.

4. Kỹ thuật mổ

- Thoát vị hoành có thể được mổ mở theo đường tiếp cận từ bụng hoặc ngực, hoặc phẫu thuật nội soi. Tuy nhiên tỷ lệ mổ nội soi vẫn còn thấp hơn mổ mở đáng kể.
- Phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị hoành cho kết quả như mổ mở, và có ưu điểm như thời gian nằm viện ngắn, và hiện nay được đa số tác giả sử dụng để điều trị thoát vị hoành.
- Trong quá trình phẫu thuật lấy hết túi thoát vị là cần thiết.
- Sử dụng mảnh ghép trong điều trị các trường hợp thoát vị lớn cho kết quả tốt và tỷ lệ tái phát trong ngắn hạn là tốt.
- Chóng trào ngược trong điều trị thoát vị hoành là cần thiết, và được khuyến cáo thực hiện.
- Trong quá trình phẫu thuật cần đưa thực quản tâm vị về vị trí bình thường.
- Sau khi hoàn thành phẫu thuật thì phần thực quản bụng phải nằm dài ít nhất là 2 - 3 cm để làm giảm nguy cơ tái phát.
- Thủ thuật cố định dạ dày có thể sử dụng trong điều trị thoát vị hoành.
- Thủ thuật cố định dạ dày có thể được thực hiện đơn độc mà không cần phục hồi khe hoành trong điều trị thoát vị hoành ở những bệnh nhân có nguy cơ cao, tuy nhiên tỷ lệ tái phát cao.

5. Chăm sóc hậu phẫu

- Với triệu chứng khó nuốt sau phẫu thuật, cần chú ý cung cấp đủ calo và lượng dinh dưỡng.
- Đáng giá sự tương phản sau phẫu thuật ở những bệnh nhân không có triệu chứng là không cần thiết.

- Phẫu thuật lại có thể thực hiện bằng phương pháp nội soi một cách an toàn đối với những phẫu thuật viên có kinh nghiệm.
-

129/ HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ TĂNG SINH LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT

HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ TĂNG SINH LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT

1. Mở đầu

Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (TSLTTTL) là bệnh lý gặp ở nam giới lớn tuổi do tuyến tăng sinh. TSLTTTL tăng lên theo tuổi.

Ở nam giới trên 50 tuổi, khoảng 40,5% có triệu chứng đường tiết niệu dưới (LUTS), 26,9% có tuyến tiền liệt lớn lành tính (BPE) và khoảng 17,3% có tình trạng dòng tiểu kém nghi ngờ có tình trạng tắc nghẽn do tuyến tiền liệt lành tính (BPO). Từ tuổi 50 đến 80, thể tích tuyến tiền liệt có sự tăng lên đáng kể (24 lên 38ml) và tốc độ dòng tiểu giảm đi rõ (22,1 còn 13,7ml/s). Ở Việt nam hiện nay vẫn chưa có thống kê về tần suất mắc bệnh chung.

2. Chẩn đoán

2.1. Những công việc cần thực hiện

❖ Hỏi bệnh

- Hỏi tiền sử, bệnh sử liên quan như tiền sử chấn thương vùng chậu, phẫu thuật đặc biệt vùng chậu, tăng sinh mô, các loại thuốc đã uống...

- Xác định các triệu chứng cơ năng dựa trên những bảng câu hỏi của bảng điểm quốc tế triệu chứng tuyến tiền liệt (IPSS) và bảng điểm chất lượng cuộc sống (QoL). Chú ý tới hai hội chứng thường gặp: hội chứng kích thích bàng quang (tiểu lắt nhắt cả ngày lẫn đêm, són tiểu, tiểu khẩn.) và hội chứng tắc nghẽn đường tiểu dưới (đái khó: chờ tiểu, tia tiểu yếu, tiểu ngắt quãng, thời gian mỗi lần đi tiểu kéo dài.).

❖ Đánh giá điểm IPSS để đánh giá tình trạng tắc nghẽn:

- 0-7 điểm: nhẹ

- 8-19: trung bình

- 20 - 35: năng

❖ Đánh giá điểm QoL

- 1-2 điểm: sống tốt hoặc bình thường

- 3-4 điểm: Sống được hoặc tạm được

- 5-6: Không chịu được

❖ Nhật ký đi tiểu: hướng dẫn cho bệnh nhân đánh vào phiếu theo dõi tình trạng đi tiểu để đánh giá tổng thể tình trạng đi tiểu của bệnh nhân. Nhật ký đi tiểu nên được theo dõi tối thiểu là trong 2 ngày.

❖ Khám lâm sàng

- Khám hệ tiết niệu: khám thận, khám cầu bàng quang đặc biệt để xác định cầu bàng quang mạn, khám bộ phận sinh dục ngoài.

- Thăm trực tràng là bắt buộc để đánh giá các đặc điểm của tuyến tiền liệt như kích thước, bề mặt, mật độ, giới hạn của tuyến tiền liệt với các cơ quan xung quanh.

❖ Các xét nghiệm cận lâm sàng

- Phân tích nước tiểu: nhằm xác định sơ bộ tình trạng nhiễm khuẩn niệu (nitrite, bạch cầu niệu), hồng cầu niệu, đường niệu...

- Xét nghiệm máu:

Δ Đánh giá chức năng thận: định lượng creatinine, ure máu.

Δ Xét nghiệm định lượng PSA: theo khuyến cáo của Hội Tiết niệu Thận học Việt Nam, không thực hiện sàng lọc nhưng chỉ định cho bệnh nhân nhập viện nghi do tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt. i) PSA < 2.5 ng/l, xét nghiệm kiểm tra 2 năm/lần; ii) PSA 2.5 -4 ng/l, xét nghiệm kiểm tra mỗi năm/lần; iii) PSA 4-10 ng/l, thử tỉ lệ tự do/toàn phần. Nếu tỉ lệ < 20: sinh thiết tuyến tiền liệt qua trực tràng, nếu tỉ lệ >20: theo dõi năm/lần; iv) PSA >10 ng/l, chỉ định sinh thiết tuyến tiền liệt qua trực tràng, nếu kết quả bình thường, xét nghiệm kiểm tra PSA 1 năm/lần.

*Chú ý: PSA có thể tăng theo thể tích tổ chức tuyến tiền liệt, hoặc trong trường hợp viêm tuyến tiền liệt, đặt thông tiểu, bí tiểu cấp...

Siêu âm:

Δ Khảo sát tuyến tiền liệt qua đường trên xương mu hoặc qua đường trực tràng: khảo sát hình thái, tính chất, thể tích tuyến tiền liệt.

Δ Khảo sát toàn bộ hệ tiết niệu: đánh giá tình trạng thành bàng quang, giãn đường tiết niệu trên.

Δ Đo thể tích nước tiểu tồn lưu sau khi đi tiểu. Bình thường < 30ml. >100ml: có tình trạng tắc nghẽn có ý nghĩa.

Những xét nghiệm nên làm

Đo lưu lượng dòng tiểu (uroflowmetry): bằng máy hoặc phương pháp thủ công để đánh giá tốc độ dòng tiểu trung bình, tốc độ dòng tiểu cực đại (Qmax), lượng nước tiểu đi được, thời gian đi tiểu... Chỉ có giá trị chẩn đoán tắc nghẽn khi lượng nước tiểu mỗi lần tiểu > 150ml. Đánh giá tình trạng tắc nghẽn đường tiểu dưới:

Trung bình: Qmax 10-15ml/s.

Nặng: Qmax <10ml/s

Cấy nước tiểu: trong trường hợp xác định nhiễm khuẩn đường tiết niệu và định danh vi khuẩn, sự nhạy cảm của vi khuẩn với kháng sinh.

Chụp X quang hệ tiết niệu: khi nghi ngờ có sỏi bàng quang hoặc sỏi hệ tiết niệu kèm theo.

Soi bàng quang - niệu đạo: khi nghi ngờ có bệnh lý khác kèm theo ở bàng quang, niệu đạo như u bàng quang.

Đo áp lực bàng quang, niệu đạo: khi nghi ngờ có một số bệnh lý ở bàng quang kèm theo như bàng quang tăng hoạt.

3. Phác đồ xử trí

3.1. Theo dõi

- Chỉ định: cho bệnh nhân có triệu chứng đường tiểu dưới nhẹ và vừa, chưa có tình trạng tắc nghẽn nặng, bệnh nhân chưa có những phản ứng về các triệu chứng trên. Các thông số trên xét nghiệm cận lâm sàng còn ở mức độ bình thường hoặc rối loạn mức độ nhẹ.

- Các chỉ tiêu theo dõi: theo dõi định kỳ 6 - 12 tháng

- Thăm khám để biết mức độ phàn nàn của BN về các triệu chứng đường tiết niệu dưới
- Đánh giá chỉ số IPSS và QoL
- Siêu âm đo kích thước tuyến tiền liệt, khảo sát hình thái hệ tiết niệu, đo thể tích nước tiểu tồn lưu
- Xét nghiệm nước tiểu

- Đo lưu lượng dòng tiểu (nếu cần thiết). Nếu các chỉ số trên có biến đổi theo hướng nặng dần thì cần chọn phương pháp điều trị thích hợp.

3.2. Điều trị nội khoa

a) Các thuốc

- Các thuốc chẹn alpha

- Alfuzosin: liều 10mg x 1lần/ngày.
- Tamsulosin: Liều dùng 0,4mg/ngày, có thể tăng đến 0,8mg/ngày (1 lần) không cần điều chỉnh liều. Thuốc nên được uống 30 phút sau bữa ăn và cùng một thời điểm giữa các ngày, không được nghiền, nhai hay mở viên nang.
- Doxazosin: Liều dùng 1mg/ngày, có thể tăng đến 2-4mg và tối đa 8mg.
- Terazosin: Liều khởi đầu 1mg trước khi ngủ. Có thể tăng dần đến 5-10mg/ngày.

- Thuốc ức chế 5-alpha reductase (5 - ARI)

- Dutasteride: thuốc ức chế cả hai men 5-alpha reductase type I và II, men này biến đổi testosterone thành dihydrotestosterone (DHT). Liều dùng 0,5 mg/ngày.
- Finasteride: thuốc ức chế men 5 alpha reductase type II, men này biến đổi testosterone thành dihydrotestosterone (DHT). Liều dùng 5mg/ngày.

- Thuốc kháng muscarinic

- Các chất dẫn truyền thần kinh chiếm ưu thế của bàng quang là acetylcholine có thể kích thích thụ thể muscarinic (m-cholinoreceptors) trên bề mặt tế bào cơ trơn của cơ detrusor. Kháng thụ thể muscarinic sẽ làm giảm co thắt của bàng quang. Các loại thuốc được sử dụng hiện nay ở Việt Nam.

Δ Oxybutynin ER 2-3 lần x 5 mg

Δ Solifenacin 1 lần x 5-10 mg

- Thuốc đối kháng vassopressin - desmopressin

- Chỉ định cho bệnh nhân tiểu đêm do đa niệu ban đêm
- Thuốc chống lợi niệu hóc môn arginine vasopressin (AVP) có vai trò chủ đạo trong việc giữ nước trong cơ thể và kiểm soát sự sản sinh nước tiểu do gắn với thụ thể V2 trong ống görp của thận.

Δ Desmopressin 1 lần x 0,1-0,4mg/uống trước khi đi ngủ

- Thảo dược

- Một số các loại cây có tác dụng lên tuyến tiền liệt cũng đang được áp dụng trong điều trị ở nhiều nước, tuy nhiên cơ chế tác dụng cho đến nay vẫn chưa được rõ. Nguồn gốc dược thảo gồm: cây cọ lùn Nam Mỹ (serenoa repens), cây mận châu Phi (pygeum africanum), cỏ ngôi sao Nam Phi (hypoxis rooperi), cây thông, cây vân sam (pinus, picea), cây tần ma (urtica dioica et urens), phấn hoa (secale cereale), hạt bầu bí (cucurbita pepo), hoa cây xương rồng (opuntia), cây trinh nữ hoàng cung (crinum latifolium)...

b) Chỉ định điều trị

- Thuốc chẹn alpha: được sử dụng ưu tiên cho những trường hợp tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có triệu chứng đường tiết niệu dưới, mức độ tắc nghẽn trung bình. Thuốc tác dụng sớm.
- Thuốc 5ARI: thuốc được chỉ định cho những trường hợp có triệu chứng đường tiết niệu dưới, mức độ tắc nghẽn trung bình trở lên, tuyến tiền liệt lớn > 40ml. 5ARI có thể làm giảm nguy cơ bí tiểu cấp và phẫu thuật. Thuốc có công dụng làm giảm kích thước tuyến tiền liệt và đạt hiệu quả lâm sàng tối đa bắt đầu từ tháng thứ 3.
- Phác đồ phối hợp 5ARI với thuốc chẹn alpha được chỉ định điều trị ưu tiên trong những trường hợp có triệu chứng đường tiết niệu dưới, mức độ tắc nghẽn trung bình trở lên, tuyến tiền liệt lớn > 40ml, Qmax giảm. Phác đồ phối hợp cũng có hiệu quả trong những trường hợp điều trị bằng thuốc chẹn alpha đơn thuần kém hiệu quả.
- Thuốc kháng muscarinic được chỉ định cho bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có triệu chứng đường tiết niệu dưới, mức độ tắc nghẽn trung bình đồng thời có triệu chứng của bàng quang nổi trội. Cần thận trọng đối với bệnh nhân có tắc nghẽn đường tiết niệu dưới, chống chỉ định khi thể tích nước tiểu tồn lưu > 100ml.
- Phác đồ phối hợp thuốc kháng muscarinic với thuốc chẹn alpha có thể được sử dụng khi mỗi thuốc hiệu quả chưa cao.
- Thuốc đối kháng vasopressin - desmopressin được chỉ định cho bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có tiêu đêm do đa niệu ban đêm.
- Các thuốc hiện nay chưa có khuyến cáo chỉ định một cách rõ ràng.

3.3. Điều trị ngoại khoa

a) Chỉ định

- Chỉ định tuyệt đối
- Nhiễm khuẩn đường tiết niệu tái diễn

- Sỏi bàng quang
- Tiểu máu tái diễn
- Bí tiểu cáp tái diễn
- Giãn niệu quản nguyên nhân từ tắc nghẽn do tuyến tiền liệt lành tính
- Túi thừa bàng quang
- Suy thận nguyên nhân từ tắc nghẽn do tuyến tiền liệt lành tính
- Chỉ tương đối
- Điều trị nội khoa không hiệu quả

b) Cắt đốt nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt nội soi qua niệu đạo

- Phương pháp này được thực hiện đầu tiên vào năm 1935, đến nay vẫn được xem là tiêu chuẩn vàng trong điều trị phẫu thuật tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt.
- Phương tiện: Dụng cụ cắt đốt nội soi qua đường niệu đạo. Dao cắt đơn cực.
- Chỉ định: những trường hợp tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có thể tích tuyến < 80ml.

c) Các thay đổi kỹ thuật nội soi qua niệu đạo

- Xé rãnh tuyến tiền liệt nội soi qua niệu đạo
- Chỉ định: thể tích tuyến tiền liệt < 30ml và không có thùy giữa lớn. Nên chỉ định cho bệnh nhân < 60 tuổi.
- Phương pháp này ít biến chứng hơn so với cắt đốt nội soi qua niệu đạo.
- Cắt đốt tăng sinh tuyến tiền liệt nội soi qua niệu đạo bằng dao điện lưỡng cực
- Phương tiện: dụng cụ cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt. Dao cắt lưỡng cực
- Chỉ định: như đối với cắt đốt bằng dao đơn cực.
- Ưu điểm: so với cắt đốt bằng dao đơn cực thì hiệu quả tức thời tốt hơn. Có thể sử dụng nước muối sinh lý trong quá trình cắt đốt.
- Mô mở

- Phương pháp: sử dụng đường vào qua bàng quang hoặc đường sau xương mu bóc nhân tăng sinh tuyến tiền liệt.

- Chỉ định:

s Bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có triệu chứng đường tiểu dưới và có thể tích tuyến tiền liệt > 80ml. s Túi thừa bàng quang có chỉ định cắt bỏ. s Phẫu thuật nội soi thắt bại. s Sỏi bàng quang lớn.

- Điều trị bằng nhiệt vi sóng qua niệu đạo (Transrethral Microwave Therapy- TUMT)

- Điều trị bằng nhiệt vi sóng dựa trên nguyên lý sử dụng bức xạ vi sóng phát ra từ một thiết bị an-ten đặt trong niệu đạo nhằm làm tăng nhiệt độ ở tuyến tiền liệt. Mô sẽ bị phá hủy khi nhiệt độ tăng lên trên ngưỡng gây độc tế bào ($>45^{\circ}\text{C}$).

- Chỉ định: Giống chỉ định của TUNA.

- Hủy TTL bằng kim nhiệt qua niệu đạo (Transurethral Needle Ablation - TUNA)

- TUNA hoạt động trên nguyên tắc gây hoại tử bằng sự hoại tử đồng ở vùng chuyển tiếp của tuyến tiền liệt.

- Chỉ định cho bệnh nhân không muốn điều trị bằng cắt đốt nội soi tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt với ưu thế làm giảm tỉ lệ phong tinh ngược dòng.

❖ Chú ý: Cần cảnh báo cho bệnh nhân về tỉ lệ phải điều trị lại cao và ít cải thiện về triệu

chứng cũng như chất lượng cuộc sống. Phương pháp này không chỉ định cho bệnh nhân có kích thước tuyến tiền liệt lớn ($>75\text{ml}$).

- Bóc tuyến tiền liệt bằng laser Holmium:

- Sử dụng laser holmium: Yttrium-Aluminum-Garnet (Ho:YAG) với bước sóng 2140nm để bóc hoặc cắt tuyến tiền liệt. Đây là loại laser rắn.

- Cắt tuyến tiền liệt nên chỉ định đối với tuyến $<60\text{ml}$.

- Bóc tuyến tiền liệt có thể áp dụng đối với tuyến lớn hơn.

- Bóc hơi tuyến tiền liệt bằng laser ánh sáng xanh (532 nm ('Greenlight') laser

- Sự bốc hơi mô tuyến tiền liệt khi có sự tăng đột ngột nhiệt độ trong mô từ 50°C đến 100°C nhờ năng lượng của laser.

- Chỉ định: Bóc hoặc cắt tuyến tiền liệt bằng laser được chỉ định như cắt đốt nội soi qua niệu đạo.

- Nhược điểm: không có mẫu mô để làm giải phẫu bệnh lý.

3.4. Các biến chứng của phẫu thuật có thể gặp

- Chảy máu

- Tồn thương cơ quan lân cận

- Hội chứng cắt đốt nội soi

- Tiêu không tự chủ

- Bí tiểu và nhiễm trùng niệu

- Hẹp niệu đạo

- Xơ hẹp cổ bàng quang

- Phóng tinh ngược dòng

- Rối loạn cương

4. Xử trí một số tình huống lâm sàng

4.1. Bí tiểu cấp do tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt

a) Thông niệu đạo - bàng quang

- Tiến hành đặt và lưu thông niệu đạo- bàng quang: dùng thông Foley 16-18Fr.

- Thuốc:

• Kháng sinh: đường uống hoặc tiêm

• Thuốc chẹn alpha

- Nghiệm pháp rút thông thử: cho rút thông Foley, thời gian rút dưới 3 ngày kể từ ngày đặt thông. Nếu bệnh nhân tiểu được, tiếp tục đánh giá để có thái độ xử trí tiếp. Nếu bệnh nhân không tiểu được, chọn lựa phương pháp điều trị ngoại khoa thích hợp.

b) Thông niệu đạo-bàng quang thất bại

- Trường hợp đặt thông thất bại, tiến hành dẫn lưu bàng quang trên xương mu bằng trô-ca. Sau đó đánh giá lại bệnh nhân và chọn phương pháp điều trị thích hợp.

c) Suy thận do tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt

- Bệnh nhân có tình trạng giãn niệu quản 2 bên, cầu bàng quang mạn, ure và creatinin tăng cao. Tiến hành đặt thông niệu đạo-bàng quang cho bệnh nhân, sau 2-3 ngày thử lại các xét nghiệm đánh giá chức năng thận.

- Nếu cải thiện và trở về bình thường, tiến hành đánh giá và chọn lựa phương pháp điều trị thích hợp.
 - Nếu xét nghiệm chức năng thận có thay đổi theo chiều hướng tốt lên nhưng chưa về bình thường, tiến hành dẫn lưu bàng quang trên mu bàng trô ca. Theo dõi và đánh giá tiếp cho đến khi chức năng thận trở về bình thường, chọn lựa phương pháp điều trị thích hợp.
- d) Tắc nghẽn do tuyến tiền liệt lành tính có viêm mủ bàng quang, niệu đạo, viêm tinh hoàn mào tinh hoàn, các bệnh lý nội khoa nặng: Mở thông bàng quang trên xương mu.

PHÁC ĐỒ

130/ HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TẾ BÀO THẬN

HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TẾ BÀO THẬN

1. Dịch tễ học ung thư tế bào thận

1.1. Tỷ lệ mắc bệnh

- Trên toàn thế giới, ung thư tế bào thận (nam: 5,2/105, nữ: 2,8/105) chiếm thứ hạng 13 trong các bệnh lý ác tính đối với mọi lứa tuổi, đứng hạng thứ 9 trong ung thư trên người trưởng thành, và hạng 3 ung thư hệ Tiết niệu nhưng là ung thư có tỷ lệ tử vong cao nhất

- Tỷ lệ mắc bệnh thay đổi tùy địa phương: cao nhất tại các quốc gia bắc Mỹ

(nam: 15,5/105, nữ: 8,5/105) châu Âu (nam: 12,9/105, nữ: 5,9/105) và châu Úc (nam: 10,7/105, nữ: 5,8 /105), trung bình tại châu Đại Dương và nam Mỹ, thấp tại châu Á và châu Phi. Tại châu Á thì Đông Nam Á có tỷ lệ thấp nhất (nam: 2,4/105, nữ: 1,6/105), kế tiếp là Tây Á (nam: 3,3/105, nữ: 1,9/105), cao nhất là Đông Bắc Á (nam: 3,7/105, nữ: 1,9/105)

- Nhóm tuổi cao nhất bị bệnh là 60-70 tuổi và tỷ lệ nam/nữ là 1,5- 2/1.

- Tại các nước Đông Nam Á, ung thư tế bào thận đứng thứ 19 trong danh sách bệnh ung

thư đối với mọi lứa tuổi, sau ung thư tuyến tiền liệt và ung thư bàng quang.

1.2. Nguyên nhân

- Hút thuốc: có liên quan chặt chẽ đến ung thư tế bào thận. Thời gian hút thuốc càng lâu và số thuốc tiêu thụ càng nhiều thì nguy cơ càng tăng

- Béo phì: càng béo càng có nguy cơ, mỗi đơn vị BMI quá trung bình làm tăng nguy cơ 1,07 lần.

- Tăng huyết áp

- Hội chứng ung thư trong gia đình: khoảng 2-3% ung thư tế bào thận có tính gia đình và di truyền.

- Nếu có một người thân trực hệ bị ung thư tế bào thận thì nguy cơ bị bệnh sẽ tăng gấp đôi.

- Hội chứng Von Lippel Hindau: nhiễm sắc thể 3p25-26

- Ung thư tế bào thận dạng nhú di truyền: nhiễm sắc thể 7q31

- Bệnh u cơ trơn có tính gia đình: nhiễm sắc thể 1 q42.

- Một số yếu tố nguy cơ như đáy tháo đường, bệnh thận mạn tính, phụ nữ sinh đẻ nhiều, một số hóa chất (dầu hỏa, chất nhuộm vải, cadmium, asbestos, trichloroethylene . . .) và thuốc (paracetamol, aspirin, phenacetin...).

2. Quy trình chẩn đoán ung thư tế bào thận

- Ung thư tế bào thận được thể hiện bởi tam chứng cổ điển (11%): khối u hông lung, đau, tiểu máu. Đa số bệnh nhân đến khám là do tình cờ phát hiện khối u qua siêu âm.

- Triệu chứng khiến người bệnh đi khám thường là tiểu.

- Ung thư tế bào thận có liên quan đến di truyền, dự hậu của bệnh nhân bị ung thư tế bào thận thay đổi rất nhiều theo giai đoạn u cũng như một số yếu tố liên quan khác. Vì vậy qui trình chẩn đoán một khối u thận phải thực hiện đầy đủ để có kế hoạch điều trị đúng và có tiên lượng chính xác.

2.1. Thăm khám lâm sàng đầy đủ

- Đánh giá tình trạng khối u trên lâm sàng như kích thước, sự di động khối u

- Thăm khám toàn diện các cơ quan như tình trạng dẫn tĩnh mạch tinh, phù chi, các cơ quan khác để tìm các hội chứng có liên quan đến ung thư tế bào thận như hội chứng Von Hippel Lindau, Birt-Hogg-Dube.

2.2. Các xét nghiệm cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu toàn bộ: công thức máu, đông máu toàn bộ, chức năng gan, thận cũng như các xét nghiệm cẩn thiết cho một đại phẫu.

- CT bụng và chậu không cần quang và có cần quang là rất quan trọng giúp đánh giá tình trạng ung thư tế bào thận.

- Cộng hưởng từ vùng bụng để đánh giá tình trạng tĩnh mạch chủ dưới nếu nghi ngờ có khả năng có chồi u trong tĩnh mạch, ngoài ra cộng hưởng từ còn có thể dùng thay thế CT để chẩn đoán và đánh giá giai đoạn u khi không thể thực hiện CT như dị ứng thuốc, suy thận.

- Xạ hình xương không là chỉ định thường qui, chỉ thực hiện khi có triệu chứng lâm sàng như đau nhức xương, phosphatase alkaline trong máu tăng cao.

- Cộng hưởng từ não nếu lâm sàng nghi ngờ có bệnh lý.

- Xét nghiệm nước tiểu, soi bàng quang niệu quản nếu khối u ở giữa thận nghi ngờ là u niệu mạc.

- Giá trị của PET trong ung thư chủ mô thận chưa được xác định rõ. Hiện tại PET không có chỉ định trong chẩn đoán ung thư chủ mô thận, theo dõi tái phát sau cắt thận.
- Sinh thiết thận nếu lâm sàng có chỉ định. Đôi với u lớn hơn 3cm, hình ảnh học không nghi ngờ về chẩn đoán thì không cần sinh thiết (LE 2A), nếu sinh thiết có thể cho nhiều kết quả với hướng xử trí khác nhau thì nên sinh thiết, ngày nay với kim sinh thiết đặc biệt thì khả năng gieo rắc u rất hiếm.

2.3. Chẩn đoán giai đoạn:

- Chẩn đoán giai đoạn rất quan trọng, thông qua đó bác sĩ điều trị có thể đề ra chiến lược điều trị phù hợp cũng như cho biết dự hậu. Có nhiều hệ thống chẩn đoán giai đoạn. Dùng nhiều nhất là bảng phân loại TNM.

3. Phẫu thuật ung thư bao thận giai đoạn khu trú (Ti₁NoMo)

3.1. Phẫu thuật so với không phẫu thuật

Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm được phẫu thuật có tỷ lệ tử vong đặc hiệu do ung thư (cancer specific mortality) thấp hơn so với nhóm không phẫu thuật. Tuy nhiên, nghiên cứu này có khuyết điểm là nhóm không phẫu thuật bao gồm khá nhiều trường hợp bệnh nhân già yếu và có các bệnh nặng đi kèm. Hiện nay vẫn chưa có nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên (RCT) so sánh kết quả chất lượng sống giữa 2 nhóm trên.

3.2. Phẫu thuật bảo tồn nhu mô thận (nephron-sparing surgery) so với phẫu thuật cắt toàn bộ thận

- Phẫu thuật bảo tồn nhu mô thận, cụ thể là phẫu thuật cắt một phần thận (nội soi và mổ mở) được lựa chọn gần như thường quy cho những trường hợp ung thư tế bào thận cT1a và xem xét chỉ định trong những trường hợp T1b.
- Thời gian sống không ung thư ở nhóm mổ mở cắt một phần thận và mổ mở cắt thận tận gốc như nhau.
- Với ung thư tế bào thận có kích thước < 4cm, phẫu thuật cắt một phần thận (nội soi và mổ mở) và phẫu thuật cắt thận tận gốc (nội soi và mổ mở) cho thấy phẫu thuật cắt thận tận gốc đi kèm với tỷ lệ tử vong tăng cao hơn.
- Với các u có kích thước từ 4-7cm (cT1b), thời gian sống không ung thư sau 5 năm tương đương nhau ở phẫu thuật cắt một phần thận và phẫu thuật cắt thận tận gốc.
- Phẫu thuật cắt một phần thận ở giai đoạn TI b cần được cân nhắc dựa trên: i) kinh nghiệm PTV và điều kiện của trung tâm Tiết niệu; ii) ung thư tế bào thận 2 bên hoặc độc nhất hoặc suy thận.
- Về mặt chất lượng sống, kết quả cho thấy bệnh nhân được phẫu thuật cắt một phần thận có thang điểm chất lượng sống tốt hơn.

- Trong một số trường hợp, phẫu thuật cắt một phần chủ mỏ thận cho u tại chỗ không đạt hiệu quả cao do: i) ung thư thật sự trong giai đoạn xâm lấn; ii) vị trí khối u khó để cắt một phần thận; iii) tình trạng sức khỏe bệnh nhân kém. Trong các trường hợp trên, phẫu thuật cắt thận tận gốc là lựa chọn hợp lý trên những nhóm bệnh nhân này.

3.3. Một số điều trị kết hợp với phẫu thuật trong điều trị ung thư tể bào thận

a) Phẫu thuật cắt tuyến thượng thận

Khuyến cáo của Hội Tiết Niệu Châu Âu (2012) cũng khuyên rằng chỉ nên phẫu thuật cắt tuyến thượng thận khi có bằng chứng xâm lấn tuyến thượng thận trên chẩn đoán trước phẫu thuật hoặc trong phẫu thuật.

b) Phẫu thuật nạo hạch

- Nạo hạch chậu thường quy không giúp kéo dài thời gian sống còn sau phẫu thuật. Vì vậy, nếu nạo hạch để chẩn đoán giai đoạn thì chỉ nên thực hiện ở hạch vùng rốn thận.

- Chỉ nên nạo hạch trong những trường hợp chẩn đoán có hạch trước phẫu thuật (chẩn đoán hình ảnh) hoặc trong phẫu thuật.

c) Điều trị tắc mạch (embolization)

- Điều trị tắc mạch không có giá trị hỗ trợ trước phẫu thuật cắt thận tận gốc.

- Giúp điều trị giảm nhẹ triệu chứng như chảy máu, đau lưng ở những trường hợp không thể phẫu thuật được.

3.4. Một số khía cạnh liên quan đến phẫu thuật ung thư tể bào thận tại vùng

a) Phẫu thuật cắt thận tận gốc

Phẫu thuật nội soi cắt thận tận gốc và mở rộng cắt thận tận gốc cho kết quả ung thư học tương tự nhau sau 5 năm và 10 năm. Nhóm phẫu thuật nội soi có thời gian nằm viện ngắn hơn, thời gian phục hồi nhanh hơn. Tỷ lệ tai biến như nhau cả 2 nhóm.

* Đường vào trong phúc mạc và ngoài phúc mạc

+ Đường vào trong phúc mạc và ngoài phúc mạc đều có kết quả ung thư học và chất lượng sống tương đương nhau.

* Phẫu thuật nội soi hỗ trợ bằng tay so với phẫu thuật nội soi kinh điển

+ Thời gian sống còn toàn bộ, thời gian sống không ung thư và thời gian sống không tái phát tương tự nhau ở cả 2 nhóm.

+ Thời gian phẫu thuật ngắn hơn đáng kể trong nhóm phẫu thuật nội soi có hỗ trợ bằng tay, tuy nhiên nhóm này có thời gian nằm viện lại dài hơn.

* Phẫu thuật nội soi có hỗ trợ robot và phẫu thuật nội soi kinh điển

+ Tỷ lệ tai biến - biến chứng sau phẫu thuật và hiệu quả ung thư học tương tự nhau trong thời gian dưới 5 năm.

b) Phẫu thuật cắt thận một phần

+ Phẫu thuật nội soi cắt một phần thận và phẫu thuật mổ mở cắt một phần thận có thời gian sống còn toàn bộ tương đương nhau.

+ Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật ở cả 2 nhóm tương đương nhau.

+ Thời gian nằm viện ngắn hơn và lượng máu mất ít hơn trong nhóm phẫu thuật nội soi cắt một phần thận

c) Kỹ thuật điều trị xâm hại tối thiểu bằng nhiệt

4. Phẫu thuật ung thư tế bào thận trong giai đoạn tiến triển xa (TxN+M+)

Cắt khối u thận

- Cắt ung thư tế bào thận chỉ được xem là chữa khỏi bệnh nếu phẫu thuật có thể lấy hết tất cả các khối u hiện hữu.

- Cần có điều trị toàn thân bổ sung. Cắt thận được chỉ định cho những bệnh nhân tình trạng chung tốt. Hiệu quả của kết hợp cắt thận giảm tế bào với liệu pháp nhắm trúng đích giúp cải thiện thời gian sống còn và tổng trạng chung (LE 1a).

Cắt bỏ khối ung thư tiến triển xa

- Loại bỏ các tổn thương tiến triển xa có thể góp phần cải thiện tiên lượng lâm sàng. Cắt khối di căn nên thực hiện nếu có thể cắt bỏ hết và bệnh nhân có sức khỏe tốt.

- Trước một tình trạng ung thư tế bào thận có di căn, những câu hỏi được đặt ra là: i) có chỉ định cắt ung thư gốc không? Đúng đắn không?; ii) có chỉ định cắt ung thư di căn không? Đúng đắn không?; iii) thời điểm phẫu thuật hoặc liệu pháp toàn thân?

4.1. Cắt bớt tế bào ung thư thận

- Ích lợi lâm sàng: i) loại bỏ những vấn đề tại chỗ: xuất huyết, đau, bất lợi cơ học do khối u to choán chỗ; ii) phòng ngừa rời rót tế bào ung thư từ u gốc; iii) ích lợi tâm lý: bệnh nhân tin vào phẫu thuật.

- Lợi ích lý thuyết của CRN: i) một số trường hợp hiếm gặp: khối di căn giảm đi tạm thời hoặc biến mất (trừ di căn phổi); ii) tăng cường hiệu quả liệu pháp toàn thân: nguyên tắc giảm u của ung thư học; iii) tăng cường khả năng miễn dịch tự thân?

- Bất lợi của CRN: i) nguy cơ phẫu thuật nặng; ii) tử vong do phẫu thuật cao; iii) biến chứng phẫu thuật phức tạp; iv) cần thực hiện ngay liệu pháp toàn thân; v) kích thích ung thư tế bào thận phát triển.

4.2. Nạo hạch trong ung thư tế bào thận tiến triển xa

- T bất kỳ N+ M₀: hạch đơn độc là chỉ định duy nhất để nạo hạch di căn trong ung thư tế bào thận.

4.3. Ung thư tế bào thận tiến triển xa

- Các điểm di căn thường gặp trong ung thư tế bào thận là phổi, xương, não, gan, và thượng thận. Phổi là vị trí ung thư tế bào thận thường di căn nhất.

- Nguyên tắc là phải cắt hết mọi di căn có thể được.

- Tiên lượng tốt trong những trường hợp di căn đơn độc, cắt hoàn toàn, không có hạch trung thất và cách xa u gốc.

a) Di căn phổi

+ Phẫu thuật mở ngực một bên có di căn. Di căn 2 bên: mở ngực từng bên sau vài tuần hoặc chẻ xương ức. Nội soi ngực có thể thực hiện thêm nhiều lần.

b) Di căn xương

+ Tiên lượng tốt trong trường hợp di căn đơn độc, cắt rộng, đã được cắt thận trước đó và xương dẹp. Phẫu thuật cắt khối u di căn xương kết hợp cố định xương cho kết quả sống còn tốt hơn so với nhóm không làm.

c) Di căn gan

+ Tiên lượng thường kém nếu có di căn nhiều chỗ, di căn chỗ khác, thường khó lấy hết trên phương diện kỹ thuật.

d) Di căn não

+ Ung thư tế bào thận có tỷ lệ di căn não từ 4 đến 10%. Đa số bệnh nhân có di căn não có thêm di căn ngoài não. Bệnh nhân có di căn não không điều trị hiếm khi sống quá vài tháng vì xạ trị toàn não không hiệu quả và phẫu thuật mổ điều trị di căn não khó khăn.

5. Điều trị toàn thân ung thư tế bào thận giai đoạn tiến triển tại chỗ và tiến triển xa

5.1. Các thuốc điều trị toàn thân (ung thư tế bào sáng)

- Các cytokine: nhiều tác dụng phụ như Interferon alpha và interleukin.
- Các thuốc điều trị nhắm trúng đích: hiện được chấp thuận: sunitinib, sorafenib, pazopanib, axitinib, temsirolimus, everolimus và bevacizumab kết hợp với IFN.

a) Sunitinib

Là thuốc úc chế tyrosine kinase nhiều đích, độc tính chấp nhận được như: giảm bạch cầu, tiêu cầu, tăng amylase, tiêu chảy, hội chứng bàn tay-chân, tăng huyết áp, mệt mỏi... Do vậy sunitinib được khuyến cáo là chọn lựa điều trị bước một cho ung thư tế bào thận tiến xa nguy cơ thấp hoặc vừa (LE 1). Hiện sunitinib được khuyến cáo điều trị bước hai sau cytokine với mức độ chứng cứ 1 và sau các tyrosine kinase khác với mức độ chứng cứ 2A.

b) Bevacizumab

Là một thuốc kháng sinh mạnh. Phối hợp với IFN cũng được khuyến cáo là một chọn lựa điều trị bước một ung thư tế bào thận tiến xa (LE 1).

c) Pazopanip

Là thuốc úc chế sinh. Pazopanib cũng có hiệu quả tương tự sunitinib với khác biệt về tác dụng phụ (độc tính trên gan). Pazopanib hiện được khuyến cáo là một chọn lựa điều trị bước một ung thư tế bào thận tiến xa (LE 1).

d) Temsirolimus

Là thuốc úc chế mTOR - yếu tố có vai trò quan trọng trong dinh dưỡng, tăng trưởng, sinh mạch và chống chết tế bào. Đây là thuốc được chỉ định điều trị bước một ung thư tế bào thận tiến xa có tiên lượng xấu (LE 1).

e) Sorafenib

Là thuốc úc chế kinase nhiều đích. Sorafenib hiện được khuyến cáo điều trị bước một với mức độ chứng cứ LE 2A.

f) Everolimus

Là thuốc úc chế mTOR. Các tác dụng phụ thường ở mức độ vừa và nhẹ gồm: viêm miệng, nổi mẩn, mệt mỏi... Everolimus hiện là khuyến cáo mức độ chứng cứ LE 1 điều trị bước hai sau thất bại với úc chế tyrosin kinase (sunitinib, sorafenib, pazopanib...)

g) Axitinib

Là thuốc ức chế sinh mạch thứ hai. Tác dụng phụ của axitinib gồm: tăng huyết áp, mệt mỏi, suy giáp, rối loạn phát âm...

5.2. Điều trị ung thư tế bào thận tiến xa không phải tế bào sáng

- Hiện còn ít dữ kiện làm chứng cứ cho các khuyến cáo điều trị ung thư tế bào thận loại không phải tế bào sáng.
- Temsirolimus chứng tỏ có hiệu quả trên ung thư tế bào thận không phải tế bào sáng (LE 1) điều trị bệnh nhân có tiên lượng xấu.
- Các thuốc ức chế tyrosine kinase (TKI): sunitinib và sorafenib có hiệu lực trên ung thư tế bào thận không phải tế bào sáng tuy không cao bằng loại tế bào sáng và được khuyến cáo điều trị bước một với mức độ chứng cứ LE 2A.
- Erlotinib cho kết quả hứa hẹn trong điều trị ung thư tế bào thận tế bào dạng nhú với tác dụng phụ ít (LE 3).
- Thể loại dạng sacôm (sarcomatoid variant) có tiên lượng rất xấu trong các ung thư tế bào thận không phải tế bào sáng. Hóa trị với Gemcitabine phối hợp doxorubicin hoặc capecitabine có hiệu lực trong các ung thư tế bào thận có biến thể dạng sarcôm.

6. Liệu pháp giảm nhẹ trong điều trị ung thư thận giai đoạn tiến xa

- Điều trị giảm nhẹ triệu chứng đóng vai trò quan trọng trong điều trị ung thư tế bào thận.
- Nguyên tắc điều trị giảm nhẹ cho ung thư tế bào thận giai đoạn tiến xa là phối hợp đa mô thức gồm phẫu thuật giải phóng chèn ép, xạ trị giảm đau, xạ trị chống chèn ép, điều trị di căn, điều trị đau, chăm sóc tâm lý...

1.1. Điều trị đau

- Phẫu thuật
- Xạ phẫu bằng dao gamma
- Xạ trị từ ngoài (EBRT)
- Điều trị miễn dịch và điều trị nhắm trúng đích
- Điều trị bằng thuốc giảm đau

1.2. Chăm sóc tâm lý

1.3. Các điều trị nội khoa khác

1.4. Điều trị di căn não, di căn xương

131/ HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TỤY

HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TỤY

Ung thư tụy đa số có nguồn gốc từ thành phần ngoại tiết của tụy

Ung thư tụy đứng hàng thứ 5 gây tử vong trong các loại ung thư .bệnh nhân ung thư tụy 90% tử vong trong năm đầu sau chẩn đoán.Tùy theo loại ung thư mà phương pháp điều trị khác nhau:

1.Ung thư biểu mô tuyến quanh bóng Vater hay ung thư đầu tụy (Periampullary adenocarcinoma).

Trong chẩn đoán khó phân biệt ung thư đầu tụy với các loại ung thư khác như ung thư bóng vater, ung thư tá tràng và ung thư đoạn cuối ống mật chủ.Gần 85% những ung thư này là ung thư đầu tụy,10% là ung thư của bóng Vater,ung thư tá tràng và ung thư đoạn cuối ống mật chủ chỉ chiếm 5%

1.1 Triệu chứng lâm sàng:

1.1.1 Triệu chứng cơ năng:

- vàng da,sụt cân và đau bụng
- Vàng da xuất hiện sớm,tăng dần không gián đoạn
- Sụt cân 4-6kg trong 1 tháng
- Đau bụng vùng thượng vị hoặc ¹A trên phải của bụng

1.1.2 Triệu chứng thực thể:

- Vàng da
- Gan to do ú mật
- Túi mật căng to

1.2 Cận lâm sàng:

a) Xét nghiệm sinh hóa:

- Bilirubin tăng
- Phosphatax kiềm tăng
- Men gan tăng nhẹ
- Xét nghiệm chỉ điểm ung thư như CEA tăng, CA19.9 tăng, DU_PAN_2, AFP và POA có thể tăng

b) Chẩn đoán hình ảnh:

- Dạ dày có thuốc cản quang thấy khung tá tràng dãn rộng
- Siêu âm: thấy khối u tụy, ống tụy dãn, thấy dấu hiệu nghẹt mật
- Chụp CTScan: thấy được khối u nhỏ hơn 2cm khám phá di căn gan
- Chụp đường mật như PTHC (Percutaneous Transhepatic Cholangiography), ERCP, chụp động mạch thân tạng với thuốc cản quang.

c) Thám sát ổ bụng qua nội soi: để xác định giai đoạn

d) Sinh thiết tụy: sinh thiết trước mổ, sinh thiết trong lúc mổ

1.3 Điều trị:

a) Điều trị không mổ:

Khi ung thư đầu tụy đã di căn xa không thể cắt bỏ khối u và ở giai đoạn cuối làm bệnh nhân suy nhược và rất yếu

- Chẩn đoán mô học: sinh thiết hạch di căn xa, sinh thiết gan, sinh thiết khối u đầu tụy qua da dưới siêu âm
- Điều trị đau bằng thuốc giảm đau, phong bế thần kinh tạng nhờ CTScan hoặc siêu âm
- Giải áp mật không mổ bằng Catheter xuyên gan qua da hay mật tụy ngược dòng. Nội soi ERCP đặt Stent nhựa hay kim loại qua chỗ tắc của bướu
- Điều trị nghẹt tá tràng không mổ bằng cách đặt Stent kim loại

b) Điều trị phẫu thuật:

- Phẫu thuật cắt bướu bằng phẫu thuật Whipple hoặc phẫu thuật Whipple cài tiến

- Phẫu thuật tạm thời:khi không cần chỉ định cắt bướu như dính nhiều,có di căn hoặc bệnh nhân có bệnh kết hợp

+ Mổ nới túi mật-ruột non hoặc nới ống mật chủ ruột non

+ Giải quyết tắc tá tràng bằng nối vị tràng

Điều trị giảm đau bằng chích cồn 50% vào đám rối thần kinh tạng

- Điều trị hỗ trợ:

+ Điều trị hóa trị hoặc xạ trị đơn độc thường không kéo dài thời gian sống ở ung thư đầu tụy

+ Kết hợp xạ trị với hóa trị sau phẫu thuật cắt bướu có kéo dài thời gian sống

+ Xạ trị với chùm tia 40Gy kết hợp truyền 5FU

2. Ung thư của thân và đuôi tụy:

Ung thư biểu mô tuyến của thân và đuôi tụy chiếm 30%

2.1 Triệu chứng lâm sàng:

- Triệu chứng cơ năng: có 2 triệu chứng chính là sụt cân và đau bụng vùng thượng vị.Bệnh nhân mất 20% cân nặng

- Triệu chứng thực thể: sờ được khối u bụng vùng thượng vị,có thể có dấu hiệu của ung thư di căn như gan to,bán bụng,di căn đến hạch Virchow

2.2 Cận lâm sàng:

- CEA,CA19.9 tăng

- Chẩn đoán hình ảnh: siêu âm,CTScan: thấy bướu,thấy tình trạng xâm lấn và di căn

- ERCP: thấy hình bất thường của ống tụy,chụp động mạch thận tạng,động mạch lách,động mạch mạc treo tràng trên,giúp đánh giá khối u có xâm lấn vào mạch máu

2.3 Sinh thiết mô bướu:sinh thiết khói u bằng kim qua da

2.4 Điều trị:

Cắt bướu: cắt thân và đuôi tụy,cắt luôn lách thành 1 khối,kết hợp với hóa trị và xạ trị nếu không cắt được điều trị giảm đau bằng chích alcohol 50% vào đám rối thần kinh tạng.

3. Ung thư biểu mô tuyến nang của tụy(Cystadeno_Carcinoma)

Thường gặp ở nữ độ tuổi từ 40-60 tuổi, chiếm tỷ lệ 2% trong ung thư ngoại tiết của tụy, thường hiện diện một khối nang ở thân và đuôi tụy, giải phẫu bệnh: có một hàng tế bào thượng bì với sự xáo trộn cột tế bào, tiết chất nhầy có đặc trưng gai

- Triệu chứng lâm sàng: đau bụng thượng vị và đau lưng
- + CTScan: khối u dạng nang dễ nhầm với u nang giả tụy
- + CTScan có thuốc cản quang hay chụp động mạch đánh giá còn khả năng cắt được bướu
- Điều trị phẫu thuật cắt bướu thực hiện khi chưa di căn hoặc không có chống chỉ định mổ cắt bướu.
- Nếu u không dính và chưa di căn: cắt thân, đuôi tụy và lách chung một khối, nếu bướu ở đầu tụy áp dụng phẫu thuật Whipple

4. Ung thư tế bào tuyến túi của tụy (Acinar Cell Carcinoma):

- Là bệnh hiếm gặp thường phát hiện trễ, giải phẫu bệnh có tế bào thượng bì hình trụ ở kính hiển vi điện tử có hạt Zymogen trong tế bào
- Triệu chứng lâm sàng:
 - + Khối u bụng
 - + Sụt cân
 - + Đau bụng thượng vị
- Chẩn đoán và điều trị giống trong bệnh ung thư biểu mô tuyến óng tụy.

132/ HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ VIÊM TỤY MẠN

HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ VIÊM TỤY MẠN

Viêm tụy mạn là quá trình bệnh lý có tính liên tục kéo dài đưa đến phá hủy mô tụy và được thay bằng mô xơ, bệnh liên quan đến tiền sử nghiện rượu, sỏi mật, sỏi tụy.

❖ Triệu chứng lâm sàng:

- Triệu chứng cơ năng:

- + Đau bụng âm ỉ đến dữ dội vùng thượng vị xuyên lan ra sau lưng, bệnh nhân giảm đau bằng tư thế bó gối, đau sau bữa ăn nên bệnh nhân không dám ăn từ đó bệnh nhân sụt cân
- + Tiêu phân mỡ: phân có chất nhầy mỡ như chất nhầy mũi vì thiếu men tụy
- + Buồn nôn,nôn
- + Vàng mắt, vàng da: do sỏi lớn kẹt ở kênh chung
- + Đái tháo đường: khi tụy xơ hóa hơn 85%
- Tiêu chứng thực thể: thường khám không thấy gì, đôi khi thấy khối u thượng vị nếu có nang giả tụy
- ❖ Cận lâm sàng
- Xét nghiệm sinh hóa
 - + Amylase: trong giai đoạn viêm tụy cấp có tăng Amylase trong máu và trong nước tiểu, tuy nhiên nếu tụy xơ hóa nhiều thì Amylase không tăng
 - + Các xét nghiệm sinh hóa đánh giá chức năng ngoại tiết của tụy
 - * Secretin-Cholecystokin test
 - * Cholesteryl-(C 13) Octanoate breath test
 - * Faecal Elastase test, Faecal Chymotrypsin
 - + Nghiệm pháp Secretin chuẩn
 - + Đánh giá rối loạn khả năng hấp thu qua đo lượng bài tiết trong phân
 - + Xét nghiệm chẩn đoán đái tháo đường
 - + Xét nghiệm chẩn đoán nghẹt mật: Bilirubin,các men gan
- Các chẩn đoán hình ảnh:
 - + Xquang bụng không sửa soạn: 30-35% có hình ảnh vôi hóa ở tụy
 - + Siêu âm: thấy tụy vôi hóa, thấy sỏi tụy,sỏi mật, ống tụy dãn đặc biệt có thể siêu âm nội soi đến ống tụy
 - + CT Scan: thấy rõ hơn siêu âm

+ ERCP: thấy ống tụy dẫn hình chuỗi hạt, thấy sỏi tụy

+ Chụp MRI,MRCP

❖ Điều trị:

- Điều trị nội:

+ Điều trị đau bụng:

+ Viêm tụy mạn do rượu cần kiên uống rượu

+ Phương pháp điều trị chung: ăn kiêng chia nhiều bữa, mỗi bữa lượng ít, thức ăn ít mỡ, khẩu phần ăn nhiều men tụy, dùng thuốc Octreotide, dùng thuốc giảm đau

+ Điều trị thiểu năng nội tiết: Dùng insulin nếu bệnh nhân tiêu đường

+ Điều trị thiểu năng ngoại tiết: 4 giờ sau bữa ăn dùng 10.000 IU Trypsin, nên dùng thêm thuốc ức chế H₂ để giảm nồng độ acid trong dạ dày.

- Điều trị ngoại khoa:

Chỉ định điều trị ngoại khoa trong viêm tụy mạn khi bệnh nhân đau dữ dội điều trị nội thất bại, điều trị chỉ có mục đích điều trị triệu chứng đau, mổ ít cải thiện chức năng của tụy vì mô tụy đã bị xơ hóa, phẫu thuật giúp ngưng diễn biến của sự tạo sẹo xơ. Trên thực tế có vài trường hợp viêm tụy mạn có tiêu đường sau mổ đường huyết trở về bình thường. Có 4 phương pháp chính:

1. Phương pháp can thiệp ở bóng Vater gồm: mở rộng tái tạo bóng Vater áp dụng ở viêm tụy mạn do nghẹt khu trú ở cơ vòng Oddi

2. Phương pháp dẫn lưu ống tụy như phương pháp Duval, phương pháp Puestow và Gillesby (nối ống tụy ruột non bên-bên kiểu RouX en Y) thường áp dụng khi ống tụy dẫn

3. Phương pháp cắt tụy:

+ Cắt phần xa của tụy: viêm phần xa, chủ mô đầu tụy còn chức năng

+ Phẫu thuật cắt tụy tá tràng bảo tồn môn vị (Whipple cải tiến)

+ Phẫu thuật cắt đầu tụy bảo tồn tá tràng như phương pháp Beger, Frey

+ Phẫu thuật cắt tụy toàn phần

+ Phẫu thuật ghép tụy tự thân

4. Điều trị viêm tụy mạn bằng cắt đứt kinh tạng qua đường nội soi ngực để giảm đau.

133/ HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ VÀ THEO DÕI VỠ BÀNG QUANG

HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ VÀ THEO DÕI VỠ BÀNG QUANG

1. Đại cương

Vỡ bàng quang là bệnh lý cấp cứu niệu khoa, cần phải được chẩn đoán sớm và chính xác để điều trị kịp thời.

Các dấu hiệu lâm sàng của vỡ bàng quang tương đối ít nổi bật nên thường được chẩn đoán tương đối muộn, dưới bệnh cảnh là một tình trạng vỡ tạng rõ ràng.

Tuy bàng quang là một tạng rỗng nhưng không giống như óng tiêu hóa. Vỡ bàng quang có những đặc điểm bệnh học và lâm sàng riêng biệt. Việc điều trị cần phải tôn trọng các nguyên tắc của bệnh lý này.

Tổn thương bàng quang xảy ra thường nhất là do lực từ bên ngoài tác động vào và thường kết hợp với gãy xương chậu, rất phức tạp.

2. Nguyên Nhân:

Do vị trí giải phẫu của bàng quang được bảo vệ bởi xương chậu nên hiếm khi bị tổn thương. Tuy nhiên, bàng quang và niệu đạo thường hay bị tổn thương khi xương chậu bị vỡ hoặc chấn thương nặng vùng bụng dưới có thể gây vỡ bàng quang lúc bàng quang đang căng đầy nước tiểu. Có 4 trường hợp chấn thương kín gây vỡ bàng quang:

2.1. Chấn thương lúc bàng quang căng đầy

Đây là trường hợp thông thường nhất, thường gặp ở những bệnh nhân uống nhiều rượu bia rồi bị té ngã hay tai nạn lúc bàng quang căng đầy. Ngoài ra còn có những trường hợp do trâu bò húc hay tai nạn giao thông. Khi bàng quang căng đầy, thành bàng quang rất mỏng và sức ép bên trong bị tăng cao đột ngột khi có chấn thương, lúc này mặt sau bàng quang là điểm yếu nhất, các thương tổn thường tập trung ở đây.

2.2. Bàng quang phải chịu một sức căng quá độ do mất cảm giác

Sự mất cảm giác có thể xảy ra do tê, gây mê. Trường hợp này hay xảy ra trong soi bàng quang, soi niệu quản hoặc những phẫu thuật lớn, kéo dài mà không được đặt thông tiểu. Sự mất cảm giác có thể do thương tổn thần kinh như đứt tuỷ sống, bệnh nhân hôn mê.

2.3. Bàng quang bị xé rách hay đâm thủng

Trường hợp này xảy ra trong chấn thương gây gãy xương chậu hay toác rỗng khớp mu. Mảnh xương nhọn có thể đâm thủng bàng quang hoặc sự di lệch của vách mặt trước bàng quang qua các dây chằng chậu mu.

2.4. Bàng quang có điểm yếu từ trước

Bàng quang có túi ngách hay các cột hõm xảy ra trong trường hợp bàng quang chổng đồi lâu ngày, hoặc bàng quang có vết loét do viêm nhiễm hay ung thư.

Trong trường hợp này, một chấn thương nhẹ cũng có thể gây vỡ bàng quang mà người ta không tìm thấy được nguyên nhân nên được gọi là vỡ bàng quang tự nhiên.

Vỡ bàng quang có thể xảy ra trong phẫu thuật can thiệp. Trong phẫu thuật nội soi phụ khoa. Ngoài ra còn có thể xảy ra ở những phẫu thuật vùng chậu bên, sa sinh dục, phẫu thuật qua ngã niệu đạo.

3. Chẩn đoán

3.1. Lâm sàng:

a) Triệu chứng chung

- Choáng: Là triệu chứng xuất hiện đầu tiên, nhất là trong vòng nửa giờ đầu sau chấn thương kèm đa chấn thương, đặc biệt là khi có gãy xương chậu.
- Đau vùng hạ vị: Bệnh nhân thấy đau nhói vùng hạ vị và lan đến hai hố chậu. Thăm khám sẽ có dấu hiệu phản ứng thành bụng.
- Buồn tiêu nhưng không tiêu được, có trường hợp bệnh nhân tiêu được 20-40ml nước tiêu có lẫn máu.
- Đặt thông tiêu: Chỉ ra khoảng 20-40ml nước tiêu có lẫn máu. Bơm rửa bàng quang sẽ thấy nước tháo ra ít hơn nước bơm vào, trừ trường hợp ống thông chui qua lỗ thủng vào ở mao tủy hoặc vào phúc mạc.

b) Triệu chứng đặc hiệu

* Vỡ bàng quang trong phúc mạc: Tiếng kêu Douglas. Gõ đục hai bên hông. Đặt thông tiêu chỉ ra ít nước tiêu lẫn máu. Bơm nước vào bàng quang thấy nước tháo ra ít hơn nước bơm vào. Sau 24 giờ sẽ có dấu hiệu chướng bụng và phản ứng thành bụng lan khắp bụng.

* Vỡ bàng quang dưới phúc mạc: Các dấu hiệu của gãy cung trước xương chậu. Phản ứng thành bụng ở vùng hạ vị nhưng không lan đến thượng vị. Thông tiêu thấy ít nước tiêu lẫn máu đỏ hoặc toàn máu đỏ nếu đầu thông vào ở mao tủy. Sốt cao sau 24 giờ. Sau 72 giờ sẽ có dấu hiệu nhiễm

trùng, nhiễm độc toàn thân sốt cao mạch nhanh, lơ mơ, bạch cầu tăng cao trên 20.000, vùng hạ vị sẽ có hiện tượng phù nề lan đến lớp tế bào dưới da và có thể xuống bìu.

Sau một vết thương, bệnh nhân có tiêu máu dù bất kỳ mức độ nào cũng phải đánh giá cẩn thận: thận, niệu quản, bàng quang, niệu đạo. Tổn thương bàng quang được gợi ý bởi quỹ đạo của dao hoặc đan. Tất cả những bệnh nhân tiêu máu nghi từ bàng quang phải được chụp X quang bàng quang hoặc thám sát trong mổ.

Sau một chấn thương, đau lan bụng vùng hạ vị, phản ứng thành bụng, bầm tím, phải nghỉ đến tổn thương bàng quang. Tuy nhiên những dấu hiệu trên khó phân biệt với những triệu chứng của gãy xương chậu.

3.2.Cận lân sàng:

a) Siêu âm: Có thể thấy dịch ổ bụng, lòng bàng quang ít dịch.Ngoài ra có thể thấy những tổn thương đi kèm.

b) X.Quang:

❖ Bụng không chuẩn bị: Có thể thấy gãy xương chậu, nước giữa các quai ruột

❖ UCR:

- Vỡ bàng quang trong phúc mạc:Thấy thuốc cản quang lan toả vào giữa các quai ruột. Tháo hết thuốc cản quang chụp sẽ thấy:Thuốc ứ đọng ở hai hốc chậu.Hoặc thuốc đọng ở túi cùng Douglas.

- Vỡ bàng quang dưới phúc mạc: Bàng quang có hình giọt nước. Thuốc cản quang đọng lại ở hai hốc chậu ngoài bàng quang.Thuốc đọng lại ở khớp mu sau khi tháo thuốc ra.

- Bơm hơi vào bàng quang sẽ thấy lièm hơi dưới hoành ở những bệnh nhân vỡ bàng quang trong phúc mạc.

c) CT Scan: CT Scan cũng có vai trò nhất định đối với những trường hợp cần khảo sát những tổn thương kèm theo trong ổ bụng bằng CT Scan.

4. Điều trị

Phác đồ xử trí những bệnh nhân gãy xương chậu nghi vỡ bàng quang hoặc niệu đạo

Điều trị bao gồm:Hồi sức chống choáng, kháng sinh và phẫu thuật.

Tùy theo tổn thương của bàng quang và của các cơ quan khác đi kèm mà có cách giải quyết cụ thể riêng cho từng trường hợp.

4.1. Tổn thương đụng dập

Những tổn thương này không đòi hỏi điều trị đặc hiệu.

4.2. Vỡ bàng quang trong phúc mạc

Cần phải mở cấp cứu, thám sát ổ bụng tìm những tổn thương phổi hợp. Mở theo đường giữa dưới rốn vào khoang phúc mạc thấy nước tiểu có lẫn máu, khâu lỗ thủng bằng chỉ Chromic bằng các mũi rời. Mở bàng quang ra da, đặt ống dẫn lưu ở túi cùng Douglas. Ngày nay còn có thể phẫu thuật nội soi khâu lỗ vỡ bàng quang.

Một số tác giả không mở bàng quang ra da mà đặt thông tiêu. Tuy nhiên một phân tích của Volpe và cộng sự (1999) kết luận rằng mở bàng quang ra da và đặt thông tiêu kết quả tốt như nhau.

4.3. Vỡ bàng quang dưới phúc mạc

Rách da đường giữa dưới rốn vào khoang Retzius, hút sạch máu và nước tiểu. Khâu lại vết rách bằng chromic mở bàng quang ra da. Nếu khoang mô liên kết quanh bàng quang đã bị viêm tấy nặng cần phải dẫn lưu thật tốt theo phương pháp Fullerton hay Buyansky.

Vỡ bàng quang ngoài phúc mạc có thể được điều trị bảo tồn bằng đặt thông tiêu. Tuy nhiên chống chỉ định điều trị bảo tồn trong trường hợp mảnh xương gãy đâm vào bàng quang. Xương chậu gãy hở và rách trực tràng có nguy cơ nhiễm trùng cao nếu điều trị bảo tồn.

Mặc dù hầu hết các tác giả tán thành điều trị không phẫu thuật của vỡ bàng quang ngoài phúc mạc, tuy nhiên cũng có nhiều quan điểm bất đồng.

4.4. Vỡ bàng quang phổi hợp phúc tạp

- Khẩn trương hồi sức và chẩn đoán đầy đủ các thương tổn
- Tiến hành mở sớm khi tình trạng bệnh nhân cho phép.
- Chỉ thực hiện các phẫu thuật cần thiết nhưng hữu hiệu với mục tiêu là cứu sống bệnh nhân và tạo điều kiện thuận lợi cho các phẫu thuật tạo hình về sau, chủ yếu là tránh tình trạng nhiễm trùng trong chậu hông bé.
- Dẫn lưu máu tụ ở vị trí thấp nhất
- Làm hậu môn nhân tạo để chuyển lưu phân trong trường hợp có vết thương trực tràng.
- Khâu vết rách bàng quang và mở bàng quang ra da. Cố định xương chậu gãy và giải quyết các vết thương phần mềm.

134/ NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG TIẾT NIỆU ĐƠN THUẦN TRONG CỘNG ĐỒNG

NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG TIẾT NIỆU ĐƠN THUẦN TRONG CỘNG ĐỒNG

1. Nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở phụ nữ

1.1. Viêm bàng quang cấp ở phụ nữ

Vi khuẩn phân lập chủ yếu là E.coli (75-95%). Các thuốc hay được sử dụng nhất là nitrofurantoin, trimetoprim-sulfamethoxazol TMP-SMX), nhóm beta-lactamin, nhóm aminoglycoside, nhóm quinolone. Do tỷ lệ đề kháng của vi khuẩn với ampicillin và amoxicillin cao (có thể 40-80%), và số chủng vi khuẩn sản xuất ESBL(+) ngày càng tăng trong cộng đồng, hiện nay không khuyến cáo sử dụng theo kinh nghiệm các loại thuốc này đơn độc để điều trị viêm bàng quang cấp. Đối với các bệnh nhân có tình trạng chung tốt, có thể dùng phác đồ 3 ngày.

Bảng 1: Thuốc kháng sinh và liều sử dụng cho điều trị NKTN đơn thuần trong cộng đồng

Thuốc	Hàm lượng	Liều dùng	Thời gian điều trị
Trimethoprim-Sulfamethoxazol (TMP-sMx)	800/160 mg	1 viên x 2 lần/ngày	3 ngày
Ciprofloxacin	250-550 mg	1 viên x 2 lần/ngày	3 ngày
Oflaxacin	200 mg	1 viên x 2 lần/ngày	3 ngày
Períloxacin Monodose	400 mg	2 viên x 1 lần	1 liều
Perfloxacin	400 mg	1 viên x 2 lần/ngày	3 ngày
Norfloxacin	400 mg	1 viên x 2 lần/ngày	3 ngày
Levofloxacin	250 mg	1 viên/ngày	3 ngày
Gatifloxacin	400 mg	1 viên x 1 lần	1 liều
Cefixime	400 mg	1 viên/ngày	3 ngày
Cerfuroxim	125-250 mg	1 viên x 2 lần/ngày	3-7 ngày
Cepodoxim	100 mg	1 viên x 2 lần/ngày	3 ngày
Fostomycin	3gr	1 gói x 1 lần	1 liều
Amoxicillin - Acid Clavulanic	625 mg	1 viên x 2 lần/ngày	5-7 ngày
Ampicillin - Sulbactam	375 mg	1 viên x 2 lần/ngày	5-7 ngày
Nitrofurantoin	100 mg	1 viên x 2 lần/ngày	5-7 ngày

Nếu tỷ lệ kháng TMP-SMX trong khu vực là > 20%, hoặc nếu đã sử dụng TMP-SMX để điều trị viêm bàng quang cấp trong vòng 3 tháng trở lại thì fluoroquinolones nên là lựa chọn đầu tay. Phác đồ 3 ngày có hiệu quả điều trị tương đương phác đồ 7 ngày nhưng ít tác dụng phụ hơn. Tuy nhiên, tỷ lệ làm sạch vi khuẩn sau điều trị 4-6 tuần ở nhóm bệnh nhân dùng fluoroquinolones cao hơn rõ rệt so với nhóm bệnh nhân dùng TMP-SMX. Tỷ lệ E.coli kháng Ampicillin và Amoxicillin tùy theo từng khu vực có thể ở mức 40%-80%, vì vậy nên tránh dùng 2 loại kháng sinh này.

Nên để dành fluoroquinolones cho những trường hợp nhiễm khuẩn trầm trọng hơn là viêm bàng quang cấp và lưu ý rằng tỷ lệ kháng fluoroquinolones cũng có xu hướng tăng. Nếu bệnh nhân có chống chỉ định dùng TMP-SMX, fluoroquinolones, hoặc nitrofurantoin, có thể sử dụng các thuốc nhóm cephalosporin thay thế với thời gian điều trị trung bình 5-7 ngày. Tuy nhiên, tỷ lệ khỏi bệnh khi dùng cephalosporin thấp hơn rõ rệt so với dùng TMP-SMX hoặc fluoroquinolones.

Trong cộng đồng, việc chỉ định điều trị kháng sinh có thể dựa vào triệu chứng lâm sàng theo kinh nghiệm mà không bắt buộc phải có kết quả cấy nước tiểu, thậm chí không cần cả xét nghiệm nước tiểu trước điều trị. Tuy nhiên, để theo dõi đáp ứng điều trị một cách khách quan, kết quả xét nghiệm nước tiểu sau điều trị được cải thiện so với trước điều trị là bằng chứng rõ ràng chứng minh hiệu quả của phác đồ đã được sử dụng bên cạnh sự cải thiện triệu chứng lâm sàng. Khi triệu chứng lâm sàng của nhiễm khuẩn đường tiết niệu không điển hình, hoặc khi triệu chứng nhiễm khuẩn đường tiết niệu đi kèm với khí hư âm đạo hoặc ngứa, rát âm đạo; hoặc triệu chứng không cải thiện sau khi kết thúc liệu trình; hoặc triệu chứng tái phát trong vòng 2 tuần sau khi đã hết cần làm xét nghiệm nước tiểu và cấy nước tiểu trước khi bắt đầu lại một liệu trình kháng sinh khác với thuốc đã sử dụng đợt đầu.

1.2. Viêm bàng quang cấp ở phụ nữ lớn tuổi

Có thể dùng phác đồ điều trị kháng sinh 3 ngày và chọn 1 trong số các thuốc đã được liệt kê trong bảng 1. Phác đồ 3 ngày có hiệu quả tương đương với phác đồ 7 ngày tuy nhiên phác đồ 7 ngày gây tác dụng phụ hơn hẳn so với phác đồ 3 ngày. Thận trọng khi sử dụng fluoroquinolones cho người cao tuổi do tăng nguy cơ gây tăng đường huyết, loạn nhịp tim. Những bệnh nhân không cải thiện triệu chứng lâm sàng sau 3 ngày điều trị cần được cấy nước tiểu, đổi kháng sinh theo kinh nghiệm trong khi chờ đợi kết quả nuôi cấy và kháng sinh đồ. Không bắt buộc phải cấy nước tiểu kiểm tra sau điều trị cho những bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng hoàn toàn mất sau 3 ngày điều trị kháng sinh.

Những bệnh nhân có triệu chứng không cải thiện sau 7 ngày điều trị cần được xử trí như viêm bàng quang cấp có biến chứng.

1.3. Viêm bàng quang tái phát ở phụ nữ

Sau khi điều trị khỏi các đợt viêm cấp, cần cấy lại nước tiểu sau 1-2 tuần để chắc chắn là đã hết vi khuẩn niệu. Điều trị dự phòng chỉ được áp dụng khi nước tiểu đã sạch vi khuẩn sau điều trị 1-2 tuần. Để phòng ngừa tái phát, sau khi đã tư vấn kỹ và hướng dẫn thay đổi lối sống có thể xem xét chỉ định kháng sinh phòng ngừa. Bệnh nhân không đáp ứng với các biện pháp phòng ngừa

không dùng kháng sinh có thể uống kháng sinh phòng ngừa sau mỗi lần có quan hệ tình dục hoặc liên tục.

Bảng 2: Phác đồ dùng liên tục kéo dài trong cộng đồng

Phác đồ	Các đợt NKTN có thể xảy ra/1 năm
TMP-SMX 40/200mg 1 lần/ngày	0-0,2
TMP-sMx 40/200mg 3 lần/tuần	0,1
Trimetoprim 100mg 1 lần/ngày	0-1,5
Nitrofurantoin 50mg 1 lần/ngày	0-0,6
Nitrofurantoin 100mg 1 lần/ngày	0-0,7
Cefaclor 250mg 1 lần/ngày	0,0
Cephalexin 125mg 1 lần/ngày	0,1
Cephalexin 250mg 1 lần/ngày	0,2
Norfloxacin 200mg 1 lần/ngày	0,0
Ciprofloxacin 125mg 1 lần/ngày	0,0
Fosfomycin 3g 1 lần/10 ngày	0,14

1.4. Viêm bàng quang cấp ở phụ nữ mang thai

Cần điều trị ngay tình trạng viêm bàng quang cấp ở phụ nữ đang mang thai để phòng ngừa vi khuẩn đi ngược lên thận. E. coli vẫn là vi khuẩn thường gặp nhất. Tránh dùng TMP-SMX và fluoroquinolones. Thời gian dùng kháng sinh là 7 ngày.

Khi không có kết quả cấy nước tiểu và kháng sinh đồ cần điều trị theo kinh nghiệm dựa vào đặc điểm của các loại vi khuẩn gây nhiễm khuẩn đường tiết niệu và tình trạng nhạy cảm với kháng sinh tại khu vực. Nếu kết quả cấy nước tiểu là vi khuẩn kháng với kháng sinh đã lựa chọn theo kinh nghiệm, cần thay kháng sinh theo kết quả kháng sinh đồ. Nếu kết quả cấy lại nước tiểu âm tính, có thể dùng tiếp kháng sinh ban đầu. Nếu chỉ còn có khuẩn niệu không triệu chứng, cần đổi kháng sinh theo kết quả kháng sinh đồ.

Đối với phụ nữ mang thai, sau khi đã kết thúc liệu trình kháng sinh cần phải cấy nước tiểu để khẳng định việc đã sạch vi khuẩn và đã hết tình trạng nhiễm khuẩn.

2. Khuẩn niệu không triệu chứng (asymptomatic bacteriuria) ở người trưởng thành

Chỉ định điều trị khuẩn niệu không triệu chứng:

- Các bệnh nhân chuẩn bị có can thiệp đường tiết niệu-sinh dục;

- Các bệnh nhân sau ghép thận trong vòng 6 tháng đầu;
- Các bệnh nhân bị đái tháo đường nhưng kiểm soát đường huyết không tốt, có bệnh lý thần kinh tự
- động hoặc có suy thận;
- Tất cả phụ nữ đang mang thai

Có thể chọn 1 trong số các kháng sinh dùng cho viêm bàng quang cấp đơn thuần, nhưng với thời gian điều trị 7-14 ngày. Đối với phụ nữ mang thai xem phần hướng dẫn riêng.

2.1. Khuẩn niệu không triệu chứng ở phụ nữ mang thai

Cây nước tiểu chủ động để chẩn đoán khuẩn niệu không triệu chứng. Tình trạng này được xác định khi có từ 10^5 khuẩn lạc/ml nước tiểu nuôi cấy trơ lên và người bệnh không có triệu chứng lâm sàng. Việc lựa chọn kháng sinh dựa vào kết quả nuôi cấy vi khuẩn trong nước tiểu và kháng sinh đồ. Trong khi chờ đợi có thể bắt đầu bằng Amoxicillin-Acid Clavulanic hoặc Fosfomycin. Tránh dùng Nitrofurantoin cho những phụ nữ sắp sinh, và tránh dùng TMP-SMX trong 3 tháng đầu và 3 tháng cuối của thai kỳ. Thời gian điều trị được khuyến cáo là 7 ngày.

3. Nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở nam giới

3.1. Viêm bàng quang cấp ở nam giới trẻ tuổi

Nam giới không có bất thường về giải phẫu và chức năng đường tiết niệu hiếm khi bị viêm bàng quang cấp đơn thuần. Xác định chẩn đoán dựa vào kết quả xét nghiệm tế bào và nuôi cấy nước tiểu. Thời gian điều trị kháng sinh được khuyến cáo là 7 ngày. Tác nhân gây viêm bàng quang cấp đơn thuần ở nam giới và tình trạng nhạy kháng sinh cũng tương tự như ở nữ giới, do vậy có thể lựa chọn những loại kháng sinh như trong điều trị viêm bàng quang cấp đơn thuần ở phụ nữ. Fluoroquinolones là nhóm thuốc có phổ kháng khuẩn và khả năng thâm nhập vào nhu mô tuyến tiền liệt ở nam giới tốt nhất.

Nên hạn chế sử dụng nitrofurantoin và các thuốc nhóm beta-lactamin để điều trị nhiễm khuẩn tiết niệu ở nam giới do các thuốc này không đạt được nồng độ ổn định trong mô và ít hiệu quả hơn đối với viêm tuyến tiền liệt tiêm tàng. Nếu nghi vi khuẩn gây bệnh là Enterococcus, cần thêm Amoxicillin vào phác đồ điều trị.

3.2. Viêm tuyến tiền liệt cấp do vi khuẩn

Cần bắt đầu điều trị ngay theo kinh nghiệm khi có dấu hiệu viêm tuyến tiền liệt cấp do nhiễm khuẩn. Cần duy trì đủ dịch, nghỉ ngơi, có thể cần dùng thuốc giảm đau chống viêm (ví dụ: nhóm NSAIDS).

Kháng sinh lựa chọn bao gồm: TMP-SMX, fluoroquinolones (trong khi chờ đợi kết quả nước tiểu và kháng sinh đồ). Ưu tiên lựa chọn fluoroquinolones. Sau khi có kết quả nuôi cấy cần lựa chọn kháng sinh phù hợp theo kháng sinh đồ.

Thời gian điều trị tối thiểu là 2 tuần để tránh chuyển thành viêm tuyến tiền liệt mạn tính. Nếu triệu chứng không cải thiện sau 1 tuần điều trị, cần đổi kháng sinh và cấy dịch tuyến tiền liệt. Các bệnh nhân có triệu chứng nặng cần được nhập viện để điều trị và dùng kháng sinh đường tĩnh mạch. Có thể phối hợp kháng sinh nhóm Aminosides với nhóm Penicillin hoặc với nhóm fluoroquinolones.

Khi có biến chứng bí tiểu hay áp xe tuyến tiền liệt cần chuyển bệnh nhân sang Khoa Tiết niệu theo dõi và điều trị.

3.3. Viêm tuyến tiền liệt mạn tính

Lựa chọn đầu tay là các thuốc nhóm fluoroquinolones như:

- Ciprofloxacin 500mg x 2 lần/ngày trong 28 ngày hoặc
- Ofloxacin 200mg x 2 lần/ngày trong 28 ngày hoặc
- Norfloxacin 400mg x 2 lần/ngày trong 28 ngày hoặc
- Levofloxacin 500mg x 1 lần/ngày trong 28 ngày Trong trường hợp dị ứng với fluoroquinolones có thể chọn:
 - Doxycyclin 100mg x 2 lần/ngày trong 28 ngày hoặc
 - Minocyclin 100mg x 2 lần/ngày trong 28 ngày hoặc
 - Trimetoprim 200mg x 2 lần/ngày trong 28 ngày hoặc
 - TMP-SMX 160/800mg x 2 lần/ngày trong 28 ngày

Điều trị triệu chứng, hỗ trợ bằng ngâm nước ấm, thuốc chống viêm giảm đau, mát-xa tuyến tiền liệt có thể áp dụng khi cần thiết. Khi bệnh nhân không đáp ứng với kháng sinh liều đủ, có thể cho liều thấp với thời gian kéo dài hơn, ví dụ TMP-SMX 160/800mg 1 viên/ngày trong 4-6 tuần. Trong trường hợp điều trị thất bại cần xem xét chỉ định điều trị phẫu thuật.

4. Nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở trẻ em

Tần suất mới mắc phụ thuộc vào tuổi và giới. Thông thường, tần suất mới mắc ở trẻ em gái cao hơn trẻ em trai, trừ 3 tháng đầu sau sinh lại gấp ở trẻ trai nhiều hơn trẻ em gái. Đây là lý do thường gặp nhất của sốt không rõ nguyên nhân ở trẻ em trai dưới 3 tuổi. Biểu hiện lâm sàng có thể từ sốt cho đến các rối loạn tiêu hóa như nôn, tiêu chảy... và từ nhiễm khuẩn đường tiết niệu dưới cho đến nhiễm khuẩn đường tiết niệu trên.

Đối với trẻ em gái, sau 2 đợt bị nhiễm khuẩn đường tiết niệu và đối với trẻ em trai chỉ sau 1 đợt bị nhiễm khuẩn đường tiết niệu cần làm các thăm dò để phát hiện các yếu tố thuận lợi (tắc nghẽn đường tiết niệu, ngược dòng bàng quang - niệu quản, rối loạn đi tiểu), mà chủ yếu là do nguyên nhân thận kinh gây ra. nhiễm khuẩn đường tiết niệu phối hợp với ngược dòng bàng quang - niệu quản hoặc trong thận gây viêm thận bể thận mạn và tạo sẹo, đôi khi có thể trong giai đoạn bào thai nếu có tình trạng loạn sản thận. Điều này có thể gây các hậu quả trầm trọng như tăng huyết áp và suy thận mạn.

Tác nhân gây bệnh thường gặp nhất là vi khuẩn Gram âm, chủ yếu là E.coli. Ở trẻ sơ sinh thường đối thường gặp liên cầu khuẩn nhóm A và B. Ở trẻ em, thông thường nhiễm khuẩn đường tiết niệu có cơ chế ngược dòng. Dị dạng đường tiết niệu bẩm sinh, hẹp bao quy đầu... dẫn tới tắc nghẽn đường tiết niệu, các bệnh lý thận kinh gây rối loạn tiêu tiện, tạo thuận lợi cho nhiễm khuẩn.

Ở trẻ em có thể phân loại thành 2 nhóm theo biểu hiện lâm sàng, là nhiễm khuẩn trầm trọng và nhiễm khuẩn đơn giản.

Bảng 3: Phân loại lâm sàng nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở trẻ em

nhiễm khuẩn đường tiết niệu trầm trọng	nhiễm khuẩn đường tiết niệu đơn giản
Sốt cao >39°C	Sốt nhẹ, vừa
Nôn liên tục	Có thể uống được dễ dàng
Mát nước nặng	Mát nước nhẹ
Không tuân thủ điều trị được	Tuân thủ điều trị tốt

Cần thăm khám lâm sàng kỹ để phát hiện các dị tật đường tiết niệu-sinh dục ngoài, các dấu hiệu viêm thận-bể thận, viêm tinh hoàn-mào tinh, hay dấu hiệu của gai đôi cột sống.

Bảng 4: Tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở trẻ em dựa vào kết quả cây nước tiểu

Nước tiểu lấy bằng cách chọc trên xương mu	Nước tiểu lấy bằng cách đặt thông niệu đạo - bàng quang	Nước tiểu giữa dòng
>10 cfu/ml trở lên	>1000-50000 cfu/ml	>10* cfu/ml nếu có triệu chứng >10* cfu/ml nếu không triệu chứng

Có tế bào mủ trong nước tiểu tươi ($> 5\text{BC/vi trường}$), Nitrite và Esterase bạch cầu là dấu hiệu cũng có thêm cho chẩn đoán lâm sàng.

Điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở trẻ em nhằm 4 mục tiêu sau:

- Cải thiện triệu chứng và làm sạch vi khuẩn niệu trong đợt cấp
- Phòng ngừa tạo thành sẹo ở nhu mô thận
- Phòng ngừa nhiễm khuẩn đường tiết niệu tái phát
- Sửa chữa các thương tổn và bất thường đường tiết niệu đi kèm

Đối với nhiễm khuẩn đường tiết niệu trầm trọng cần cho truyền dịch và kháng sinh phù hợp, bắt đầu bằng Cephalosporin thế hệ 3. Khi nghi ngờ có nhiễm khuẩn Gram dương có thể cho Aminoside phối hợp Ampicillin hoặc Amoxicillin/Clavulanate. Sau khi có kết quả nuôi cấy nước tiểu cần điều chỉnh kháng sinh cho phù hợp với kháng sinh đồ. Nếu bệnh nhi dị ứng với Cephalosporin có thể lựa chọn Aztreonam hay Aminoside.

Ở trẻ em cần tránh dùng Chloramphenicol, Sulphamides, Tetracycline, Rifampicin, Amphotericin B. Tránh sử dụng Ceftriaxone do có nguy cơ gây vàng da.

Có thể bắt đầu điều trị bằng đường tiêm truyền trong bệnh viện, sau khi bệnh nhi hết sốt và uống được thì chuyển đường uống ngoại trú.

Đối với nhiễm khuẩn đường tiết niệu đơn giản thường điều trị theo kinh nghiệm bằng TMP/TMP-SMX, Cephalosporin hay Amoxicillin-Clavulanat đường uống. Trường hợp không đáp ứng điều trị hoặc xuất hiện biến chứng cần cho trẻ nhập viện để điều trị bằng đường tiêm truyền.

Bảng 5: Lựa chọn kháng sinh trong nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở trẻ em

Thuốc	Đường dùng	Độ tuổi	Liều	Số ngày dùng
Ampicillin	TM	3-12 tháng	100-300 mg/kg	3
Ampicillin	TM	1-12 tuổi	60-150 (-300)/kg	3
Amoxycillin	Uống	3 tháng-12 tuổi	50-100 mg/kg	2-3
Amoxycillin+A.Clavulanic	TM	3 tháng - 12 tuổi	60-100 mg/kg	3
Amoxycillin+A.Clavulanic	Uống	3 tháng - 12 tuổi	37,5 -75 mg/kg	2-3
Cephalexin	Uống	3 tháng - 12 tuổi	50-100 mg/kg	3
Cefixim	Uống	3 tháng - 12 tuổi	8-12 mg/kg	1
Ceftriaxone	TM	3 tháng - 12 tuổi	50-100 mg/kg	1
Aztreonam	TM	3 tháng - 12 tuổi	(50)-100 mg/kg	3

Gentamycin	TM	3-12 tháng	5-7,5 mg/kg	1-3
Gentamycin	TM	1-12 tuổi	5 mg/kg	1-3
Trimetoprim	Uống	1-12 tuổi	6 mg/kg	2
Nitrofurantoin	Uống	1-12 tuổi	3-5 mg/kg	2

Thời gian điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu đơn giản ở trẻ em thường phải kéo dài từ 5-7 ngày, còn đối với nhiễm khuẩn đường tiết niệu trầm trọng thường là 10-14 ngày

Khi có nguy cơ viêm thận-bể thận cần điều trị phòng ngừa nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở trẻ em bằng Nitrofurantoin, TMP, Cephalexin, hoặc Cefaclor.

5. Phòng ngừa nhiễm khuẩn đường tiết niệu

Các bước làm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn đường tiết niệu, đặc biệt là đối với phụ nữ:

- Uống nhiều nước mỗi ngày
- Không nhịn tiểu mỗi khi buồn tiểu
- Mỗi khi đi tiểu hay đại tiện cần lau từ trước ra sau để tránh sự lây lan vi khuẩn từ hậu môn lên âm đạo và niệu đạo
- Đi tiểu ngay sau khi có quan hệ tình dục
- Tránh kích thích niêm mạc đường sinh dục như dùng các loại sản phẩm xịt thơm, vòi xịt...

135/ PHÁC ĐỒ HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ CHẨN THƯƠNG VÀ VẾT THƯƠNG NIỆU ĐẠO

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ CHẨN THƯƠNG VÀ VẾT THƯƠNG NIỆU ĐẠO

1. Đại cương

1.1. Nguyên nhân:

❖ Niệu đạo trước:

- Chấn thương kín: tai nạn giao thông, té kiểng cưỡi ngựa, đập vật cứng vào tầng sinh môn.

- Quan hệ tình dục: gãy dương vật, dụng cụ kích dục vào lòng niệu đạo
- Vết thương: đạn bắn, bị đâm, chó cắn, cắt bỏ dương vật
- Dải co thắt niệu đạo trong điều trị tiểu không kiểm soát
- Tồn thương niệu đạo do điều trị (iatrogenic): dụng cụ nội soi, đặt thông niệu đạo, nong niệu đạo

❖ Niệu đạo sau:

- Vỡ khung chậu
- Do điều trị: dụng cụ nội soi, đặt thông niệu đạo, nong niệu đạo, cắt tuyến tiền liệt tận căn.

❖ Niệu đạo nữ:

- Đụng dập do quá trình chuyển dạ.
- Vỡ khung chậu nghiêm trọng kèm theo tồn thương cổ bàng quang và âm đạo.
- Do điều trị: đặt thông niệu đạo kéo dài, xạ trị vùng chậu, phẫu thuật cắt túi thừa niệu đạo, phẫu thuật điều trị tiểu không kiểm soát.

1.2. Phân loại:

Bảng 1: Phân loại chấn thương niệu đạo theo Hiệp hội phẫu thuật chấn thương Hoa Kỳ

Độ	Mô tả	Biểu hiện
I	Đụng dập	Chảy máu miệng niệu đạo Chụp niệu đạo bình thường
II	Kéo dãn	Niệu đạo bị kéo dãn nhưng không thoát thuốc cản quang ra ngoài khi chụp niệu đạo
III	Vỡ một phần	Thoát thuốc cản quang ra ngoài niệu đạo nhưng thuốc cản quang vẫn còn vào được bàng quang
IV	Vỡ hoàn toàn	Thoát thuốc cản quang ra ngoài tại vị trí tồn thương, thuốc cản quang không vào được bàng quang Chiều dài niệu đạo đứt xa < 2 cm
V	Vỡ hoàn toàn	Đứt niệu đạo hoàn toàn > 2cm, hoặc tồn thương kéo dài đến tuyến tiền liệt hoặc âm đạo

a) Chẩn đoán

❖ Lâm sàng

Có thể nghi ngờ bệnh nhân có chấn thương/vết thương niệu đạo khi căn cứ vào hoàn cảnh xảy ra chấn thương, kết hợp với những triệu chứng phối hợp của bệnh nhân như sau:

1. Chảy máu ở miệng niệu đạo
 2. Máu ở âm hộ (ở nữ)
 3. Tiêu máu
 4. Tiêu đau
 5. Tiêu khó hoặc bí tiêu
 6. Phù nề hoặc máu tụ tầng sinh môn
 7. Thăm trực tràng: tuyến tiền liệt di chuyển lên cao hoặc không sờ thấy (ở nam)
- ❖ Cận lâm sàng
1. Chụp niệu đạo ngược dòng (RUG): tiêu chuẩn vàng
 2. Siêu âm: giúp đánh giá các thương tổn phổi hợp chấn thương niệu đạo
 3. CT scan và MRI: không phải là một phần của đánh giá ban đầu
 4. Nội soi niệu đạo: dùng thay thế chụp niệu đạo ngược dòng ở nữ

Bảng 2: Phân loại Goldman chấn thương niệu đạo dựa trên RUG

Phân loại	Mô tả
Loại 1	Niệu đạo sau bị kéo dãn, nhưng còn nguyên vẹn
Loại 2	Rách niệu đạo tuyến tiền liệt - màng phía trên hoành niệu dục
Loại 3	Rách một phần hoặc toàn bộ niệu đạo trước và sau, với sự gián đoạn của hoành niệu dục
Loại 4	Chấn thương bàng quang kéo dài đến niệu đạo
Loại 4a	Chấn thương tại bàng quang gây thoát thuốc cản quang quanh niệu đạo tạo hình ảnh giống chấn thương niệu đạo sau
Loại 5	Chấn thương niệu đạo trước đơn thuần một phần hoặc hoàn toàn

b) Điều trị

- ❖ Nguyên tắc điều trị:
- Hồi sức chống sốc, chống nhiễm trùng

- Xác định vị trí chảy máu từ các cơ quan
- Xử trí thương tổn tại niệu đạo, tùy tình huống mà có thái độ xử trí khác nhau.

❖ Niệu đạo trước:

* Chấn thương kín:

- Xử trí cấp cứu: tạo hình niệu đạo cấp cứu hoặc sớm không có chỉ định, tốt nhất là chuyển lưu nước tiểu trên xương mu. Trường hợp rách niệu đạo một phần, có thể chuyển lưu trên xương mu hoặc đặt thông niệu đạo vô trùng nhẹ nhàng.

- Điều trị tiếp theo: Sau khi những thương tổn kết hợp phục hồi và tình trạng chấn thương niệu đạo ổn định, tiến hành chụp lại niệu đạo ít nhất sau 3 tháng để đánh giá:

- Đoạn hẹp ngắn và nhẹ: có thể nội soi cắt trong hoặc nong niệu đạo.

- Hẹp nặng, đoạn hẹp < 1cm: phẫu thuật tạo hình có thể nối tận - tận,

- Hẹp nặng, đoạn hẹp > 1cm: tạo hình bằng mảnh ghép hoặc vạt da có cuồng (nối tận - tận sẽ bị cong dương vật).

* Vết thương:

• Xử trí cấp cứu:

- Nam: vết thương niệu đạo thường phối hợp với thương tổn ở dương vật và tinh hoàn, do đó cần thiết phải phẫu thuật thám sát. Trong phẫu thuật, có thể thám sát và nối niệu đạo nếu cần thiết.

- Nữ: vết thương niệu đạo thường kết hợp rách âm đạo và bàng quang. Do đó được phẫu thuật kết hợp ngay thời điểm ban đầu.

- Bắt buộc sử dụng kháng sinh chu phẫu.

• Điều trị tiếp theo: Trong trường hợp đoạn vỡ lệch xa 1-1,5cm thì việc nối lại sớm không khả thi. Nên mở 2 đầu đoạn vỡ ra da để chuẩn bị cho tạo hình niệu đạo 2 thùy. Phẫu thuật lại sau ít nhất 3 tháng.

❖ Niệu đạo sau:

* Chấn thương:

• Xử trí cấp cứu:

- Vỡ niệu đạo một phần: mở bàng quang ra da hoặc đặt thông niệu đạo vô trùng nhẹ nhàng. Chụp niệu đạo lại sau 2 tuần khi vết thương lành.

- Vỡ niệu đạo hoàn toàn: việc đầu tiên là mở bàng quang ra. Việc điều trị tiếp theo còn phụ thuộc vào bệnh lý và tổn thương phổi hợp.

- Sau khi mở bàng quang ra da, có thể lựa chọn những phương pháp điều trị sau:

- Nội soi làm thằng hàng niệu đạo

- Mổ mở làm thằng hàng niệu đạo trong trường hợp có kèm thương tổn cỗ bàng quang và trực tràng

- Lưu ý: Tạo hình niệu đạo sóm không được chỉ định.

• Điều trị tiếp theo:

- Tạo hình niệu đạo trì hoãn sớm (trong vòng 2 tuần sau chấn thương: được chỉ định ở nữ, nhưng thiếu bằng chứng tính hiệu quả ở nam giới)

- Tạo hình niệu đạo trì hoãn là tiêu chuẩn vàng (ít nhất 3 tháng sau chấn thương)

- Nội soi cắt trong niệu đạo trì hoãn (ít nhất 3 tháng sau chấn thương)

* vết thương:

• Xử trí ban đầu: Nếu tình trạng bệnh nhân ổn định, mổ mở nối niệu đạo nên được thực hiện

• Điều trị trì hoãn: Trường hợp tình trạng bệnh nhân không ổn định hoặc có những thương tổn khác ngoài hệ niệu cần can thiệp cấp cứu thì chỉ mở bàng quang ra da, chỉnh sửa niệu đạo có thể được trì hoãn.

Bảng 3: Chấn thương niệu đạo và hướng xử trí theo Hội Tiết niệu châu Âu

Phân loại	Mô tả	Hướng xử trí
Loại 1	Tồn thương kéo dài. Niệu đạo bị kéo dài mà không thoát thuốc cản quang trên phim niệu đạo	Không cần điều trị
Loại 2	Đụng Dập. Chảy máu miệng niệu đạo nhưng không thoát thuốc cản quang trên phim niệu đạo	Có thể được điều trị thận trọng với mở bàng quang ra da hoặc đặt thông niệu đạo
Loại 3	Vỡ một phần của niệu đạo trước hoặc sau. Thoát thuốc cản quang ở vị trí tồn thương nhưng thuốc còn vào được bàng quang	Có thể được điều trị thận trọng với mở bàng quang ra da hoặc đặt thông niệu đạo
Loại 4	Vỡ hoàn toàn niệu đạo trước. Thoát thuốc cản quang ở vị trí tồn thương nhưng thuốc không vào niệu đạo sau và bàng quang	Sẽ cần điều trị mổ hoặc nội soi, sóm hoặc trì hoãn.

Loại 5	Vỡ hoàn toàn niệu đạo sau. Thoát thuốc cản quang ở vị trí tổn thương nhưng thuốc không vào bàng quang	Sẽ cần điều trị mổ mở hoặc nội soi, sờm hoặc trì hoãn.
Loại 6	Vỡ hoàn toàn hay một phần niệu đạo sau kết hợp với rách cổ bàng quang hay âm đạo	Yêu cầu phẫu thuật mở sờm

2.Các phác đồ xử trí:

Phác đồ xử trí chấn thương niệu đạo trước theo Hội Tiết niệu Châu Âu (2013):

phác đồ xử trí chấn thương niệu đạo sau theo Hội Tiết niệu Châu Âu (2013):

Phác đồ xử trí chấn thương niêm đạo do bv điều trị:

136/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ PHÌNH ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG

PHÌNH ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG

1. Đại cương:

Phình động mạch (ĐM) là khi đường kính ĐM > 1,5 đó. Phình động mạch chủ (ĐMC) bụng là đoạn ĐMC dưới cơ hoành (trong ổ bụng) bị phình. Phình ĐMC chia 2 loại theo vị trí là phình dưới ĐM thận và phình trên ĐM thận, 2 loại theo hình thái là phình hình thoi và phình hình túi.

2. Nguyên nhân và các yếu tố thuận lợi:

- Nguyên nhân: Lớp giữa thành mạch bị yếu do xơ vữa, bẩm sinh do rối loạn di truyền, nhiễm trùng (giang mai ...)
- Yếu tố thuận lợi: cao huyết áp, tăng lipid máu.

3. Chẩn đoán:

3.1. Lâm sàng:

- Không triệu chứng.
- Khối giữa bụng đập theo nhịp tim.
- Đau bụng hoặc thắt lưng. Đau chân. Ói hoặc tiêu ra máu ...

3.2. Cận lâm sàng:

- X quang bụng không sửa soạn: vô hoá thành khối phình.
- Siêu âm (Doppler) ĐMC bụng: xác định kích thước, vị trí, vô hoá khối phình, xơ vữa
- CT bụng có tiêm thuốc cản quang: xác định kích thước, hình thái, vị trí, tính chất thành mạch...
- MSCTA có cản quang dựng hình ĐM ổ bụng: xác định chính xác hơn phình ĐMC và các tổn thương mạch máu nhánh phối hợp.

3.3. Chẩn đoán xác định: CT ĐMC bụng

3.4. Chẩn đoán phân biệt: MSCTA ĐMC bụng.

4. Biến chứng:

- Doạ vỡ: đau bụng hoặc thắt lồng, đau ngay túi phình, có thể HA cao. Siêu âm, CT thấy vách túi phình không đều, có chỗ rất mỏng, bóc tách nội mạc.
- Vỡ: đau bụng hoặc thắt lồng nhiều, khói phình to nhanh không còn giới hạn rõ, sốc mất máu. Siêu âm có dịch quanh túi phình, CT thuốc cản quang thoát ra ngoài lòng mạch.
- Tắc mạch: tắc ĐM thận, ĐM mạc treo, Đm chậu, ĐM đùi, ĐM khoeo.
- Dò vào đường tiêu hóa: ói hoặc tiêu ra máu lượng nhiều.
- Nhiễm trùng khói phình: đau bụng, sốt, BC tăng. SÂ, CT có dịch bao quanh túi phình, giữa thành mạch.

5. Điều trị:

5.1. Nội khoa: khói phình nhỏ ($\text{đk} < 4,5\text{cm}$).

- Aspirin 80 - 100 mg/ngày + Doxicillin 100 mg/ngày.
- Điều trị cao HA, rối loạn chuyển hoá lipid nếu có.
- Theo dõi (SÂ) mỗi 6 tháng.

5.2. Ngoại khoa:

- Chỉ định:

+ Đường kính túi phình $> 4.5\text{cm}$.

+ Phình hình túi.

+ Phình có biến chứng.

- Chống chỉ định tương đối:

+ Tuổi > 80 .

+ Nhồi máu cơ tim < 6 tháng, suy tim nặng, đau thắt ngực nặng.

+ Suy thận nặng, suy hô hấp nặng (COPD nặng...).

+ Suy giảm trí tuệ nặng.

+ Triển vọng sống < 2 năm (ung thư...).

+ Nhiều bệnh phối hợp: tiểu đường, loạn nhịp tim, lao phổi, viêm gan, xơ gan ...

+ Quá yếu.

- Kỹ thuật:

+ Nguyên tắc: Loại bỏ khối phình, đảm bảo cấp máu các cơ quan dưới đoạn phình.

+ Chuẩn bị trước mổ: XN thường quy, VDRL (<50 tuổi, phình dạng túi). Siêu âm Doppler tim và mạch cảnh, MSCTA dựng hình ĐMC bụng và 2 chân. MSCTA dựng hình ĐM vành (Bệnh nhân >60 tuổi, có bệnh mạch vành nặng) ... Chuẩn bị ổ bụng như mổ tiêu hoá (vệ sinh, ăn nhẹ, an thần hôm trước, nhịn ăn, thụt tháo ngày mổ). Kháng sinh dự phòng.

+ Phương pháp mổ:

• Mổ mở: Đường mổ trước (qua ổ bụng: đường giữa trên dưới rốn) hoặc sau (sau phúc mạc: đường sườn - thắt lưng); Heparin trước kẹp ĐM (50 - 80UI/kg)

Phình hình thoi: Ghép mạch nhân tạo, cắm lại ĐM mạc treo tràng dưới nếu có thiếu máu ruột.

Phình hình túi: vá cõi túi phình hoặc ghép mạch nhân tạo.

• Mổ đặt mảnh ghép nội mạch: Đặt mảnh ghép vào trong lòng mạch theo đường động mạch đùi. Ít biến chứng hơn mổ mở, chi phí cao hơn nhiều so với mổ mở.

- Biến chứng sau mổ:

+ Chảy máu: mổ lại cầm máu.

+ Tắc mạch: mổ lại theo tổn thương (lấy huyết khối hoặc làm lại cầu nối).

+ Suy thận, tim, hô hấp: phối hợp nội khoa điều trị.

+ Nhiễm trùng mạch ghép: mổ lại lấy bỏ mạch ghép + cầu nối ngoài giải phẫu.

5.3. Điều trị và theo dõi sau mổ:

- Săn sóc như phẫu thuật ổ bụng: giảm đau,

- Thường xuất viện sau 7 ngày.

- Tiếp tục điều trị nội khoa.

- Tái khám sau ra viện 2 tuần, 1 tháng, 3 tháng và mỗi 6 tháng: khám lâm sàng mạch máu, siêu âm Doppler ống ghép + mạch chân, MSCTA sau mỗi 6 tháng.

6. Sơ đồ chẩn đoán điều trị phình ĐMC bụng:



PHÒNG NGỪA VÀ XỬ TRÍ NHIỄM KHUẨN TRONG THÔNG NIỆU ĐẠO - BÀNG QUANG

1. Tổng quan

Đặt thông niệu đạo-bàng quang, gọi tắt là đặt thông niệu đạo là dạng chỉ định thông thường trong chăm sóc bệnh nhân, thường do điều dưỡng thực hiện theo y lệnh của bác sĩ. Trong những trường hợp khó đặt thì do bác sĩ chuyên khoa thực hiện. 80% NKĐTN có nguyên nhân từ ống thông niệu đạo lưu và nguy cơ NKĐTN có liên quan đến ống thông (CA-UTI) tăng thêm 3 - 7% cho mỗi ngày lưu ống thông tại chỗ. Đặc biệt, nhiễm khuẩn bệnh viện thường gây ra bởi các dòng vi khuẩn đa kháng thuốc. Điều dưỡng có thể giúp phòng ngừa CA-UTI bằng cách dùng kỹ thuật đặt thông vô khuẩn.

Hiện có nhiều hướng dẫn kỹ thuật thực hành về phòng ngừa và xử trí nhiễm khuẩn trong thông niệu đạo-bàng quang. Sự khác biệt là không nhiều về kỹ thuật, tất cả đều nhằm hạn chế các nguyên nhân gây NKĐTN là chính.

2. Khuyến cáo về nguyên tắc đặt thông niệu đạo

- Thực hành đặt thông niệu đạo tốt phải theo nguyên tắc vô khuẩn của phẫu thuật.
- Kỹ thuật đặt thông niệu đạo tốt phải tôn trọng phác đồ thường quy.

3. Hướng dẫn phòng ngừa và xử trí nhiễm khuẩn trong thông niệu đạo-bàng quang (Phác đồ hướng dẫn phòng ngừa và xử trí nhiễm khuẩn trong thông niệu đạo Châu Âu và Châu Á)

3.1. Điều kiện chung

- Cần có phác đồ chăm sóc ống thông niệu đạo.
- Nhân viên y tế phải theo phác đồ vệ sinh bàn tay và phải dùng bao tay dùng 1 lần khi chăm sóc ống thông của bệnh nhân.

3.2. Đặt ống thông và chọn ống thông

- Phải đặt ống thông trong điều kiện vô khuẩn.
- Giảm chấn thương niệu đạo bằng cách dùng đủ chất bôi trơn và dùng ống thông càng nhỏ nếu có thể được.
- Ống thông tẩm nhuộm kháng sinh có thể làm giảm nhiễm khuẩn không triệu chứng trong vòng 1 tuần lễ. Nhưng không có chứng cứ với NKĐTN có triệu chứng, vì thế không khuyến cáo dùng thường quy.

- Ống thông có chứa hợp kim bạc có thể làm giảm tỉ lệ nhiễm khuẩn không triệu chứng, nhưng chỉ có ý nghĩa trong vòng dưới 1 tuần lễ. Có vài chứng cứ làm giảm nguy cơ NKDTN có triệu chứng. Vì vậy có thể dùng trong một vài tình huống.

3.3. Phòng ngừa

- Hệ thống ống thông phải luôn kín.
- Thời gian đặt ống thông phải tối thiểu.
- Chất sát khuẩn tại chỗ hoặc kháng sinh tại chỗ cho ống thông, niệu đạo hay miệng niệu đạo là không cần thiết.
- Lợi ích của kháng sinh phòng ngừa và chất sát khuẩn chưa bao giờ được xác minh, vì thế không có khuyến cáo.
- Đối với phẫu thuật không phải tiết niệu, nên rút bỏ thông niệu đạo trước 12 giờ đêm sau khi mổ.
- Khoảng thời gian thay thông niệu đạo lưu phải tuỳ theo sự đáp ứng của bệnh nhân, nhưng phải trước khi ống thông có biểu hiện bị tắc. Không có chứng cứ về khoảng thời gian phải thay ống thông.
- Không khuyến cáo dùng kháng sinh kéo dài để úc chế nhiễm khuẩn.
- Túi nước tiểu phải luôn luôn được giữ dưới bàng quang và ống nối.

3.4. Chẩn đoán

- Không khuyến cáo cấy vi khuẩn thường quy ở bệnh nhân có thông niệu đạo không triệu chứng.
- Trên bệnh nhân nhiễm khuẩn, phải lấy mẫu nước tiểu và máu đem cấy trước khi dùng kháng sinh.
- Sốt cơn xảy ra chỉ trong 10% các bệnh nhân đặt thông niệu đạo kéo dài, vì thế phải tìm các nguyên nhân khác gây sốt.

3.5. Điều trị

- 18. Không khuyến cáo điều trị kháng sinh một cách hệ thống trên bệnh nhân nhiễm niệu không triệu chứng có ống thông niệu đạo trong thời gian đặt tại chỗ, trừ một vài tình huống đặc biệt là trước khi phẫu thuật do chấn thương hệ niệu.
- 19. Không có chỉ định điều trị kháng nấm tại chỗ hay toàn thân trong trường hợp Candida niệu không triệu chứng, nhưng cần chỉ định rút hay thay ống thông.

- 20. Kháng sinh, kháng nấm chỉ khuyến cáo chỉ định khi nhiễm có triệu chứng.
- 21. Nếu thông niệu đạo đặt quá 7 ngày, trong trường hợp CA-UTI có triệu chứng, nên cân nhắc việc thay hay rút bỏ thông niệu đạo trước khi bắt đầu cho kháng sinh.
- 22. Dùng kháng sinh phổ rộng theo kinh nghiệm phải dựa vào tình trạng nhạy cảm tại địa phương của bệnh nhân.
- 23. Sau khi có kết quả lấy, điều chỉnh kháng sinh theo kháng sinh đồ.
- 24. Trường hợp candida niệu kết hợp với triệu chứng đường tiết niệu hoặc với nhiễm toàn thân, phải chỉ định điều trị kháng nấm toàn thân.
- 25. Phụ nữ lớn tuổi cần được điều trị nếu tình trạng khuẩn niệu không tự mất đi sau rút bỏ thông niệu đạo.

3.6. Các hệ thống dẫn lưu khác

- 26. Có ít chứng cứ rằng đặt thông ngắt quãng sau mổ làm giảm khuẩn niệu so với đặt thông niệu đạo lưu.
- 27. Ở một số bệnh nhân, chọn đặt thông trên xương mu, hệ thống thông condom hay đặt thông ngắt quãng thích hợp hơn là đặt thông niệu đạo lưu.
- 28. Có ít chứng cứ khi đề nghị kháng sinh phòng ngừa trong đặt thông ngắt quãng nên không có khuyến cáo.

3.7. Theo dõi lâu dài

- 29. Phải tầm soát ung thư bàng quang trong những trường hợp đặt thông niệu đạo từ 10 năm trở lên.

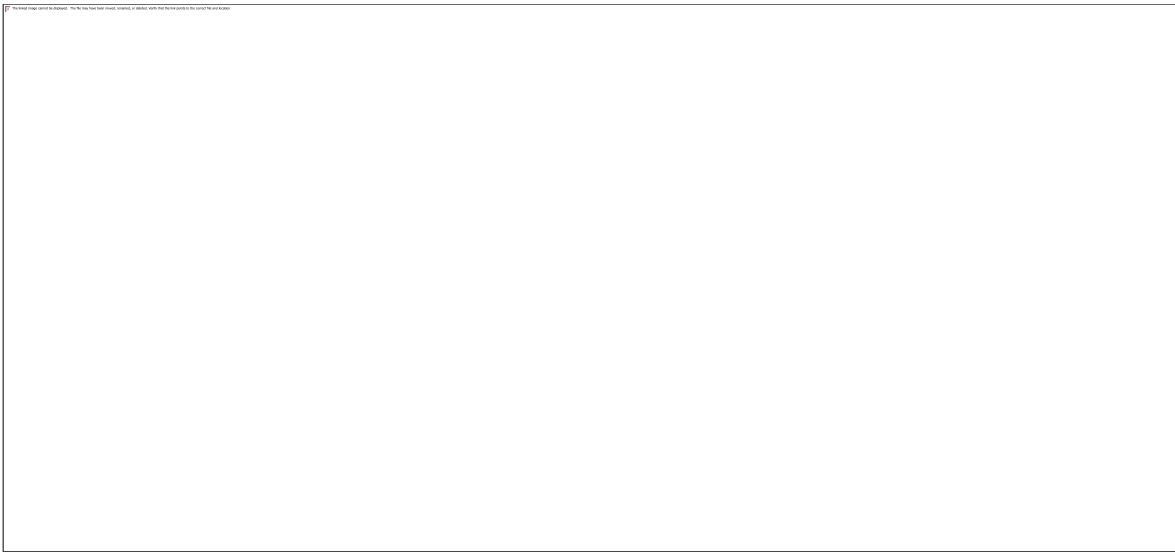
138/ ĐIỀU TRỊ BỆNH TÚI THÙA ĐẠI TRÀNG

BỆNH TÚI THÙA ĐẠI TRÀNG

I. Dịch tễ

Ở phương Tây, túi thừa ở ĐT xích ma và ĐT xuồng chiếm 90%, trong đó túi thừa ĐT xích ma chiếm 65%. Hầu hết là túi thừa giả. Gia tăng theo tuổi (5% trong độ tuổi 30-39T, 60% ở độ tuổi >80)

Ở châu Á, túi thừa ở ĐT phải chiếm 76-83% và đa số là túi thừa đơn độc (69%). Tỉ lệ mắc bệnh không tăng theo tuổi, tuổi mắc bệnh trung bình thấp hơn

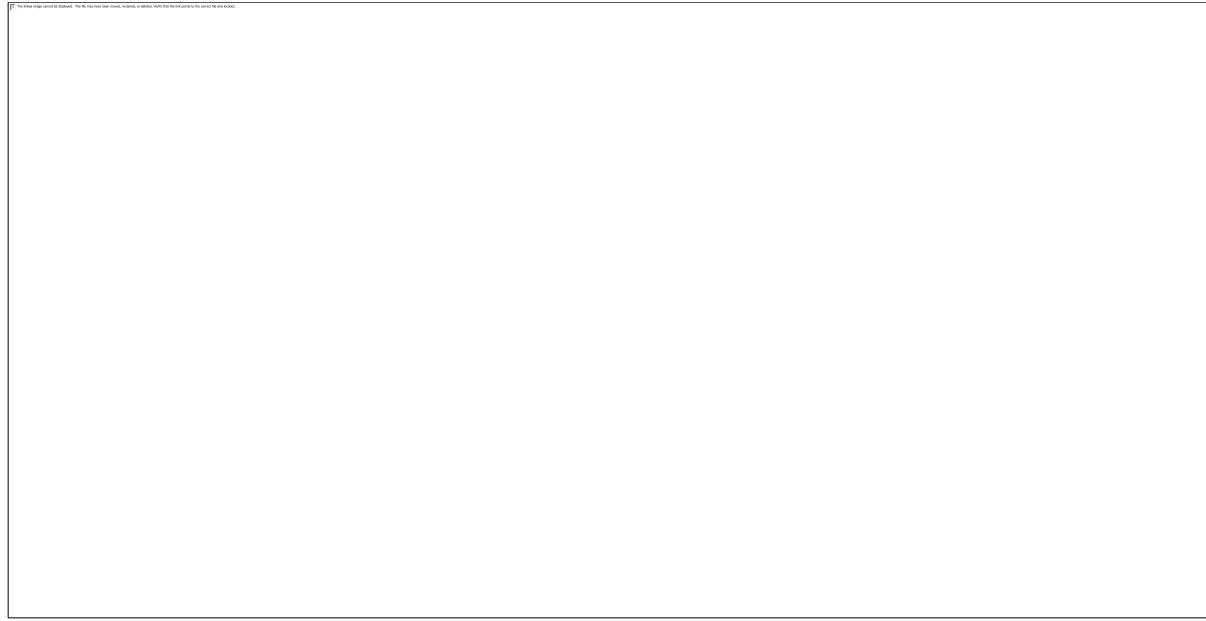


2. Túi thừa đại tràng không triệu chứng

70% bệnh nhân có túi thừa đại tràng nhưng không biểu hiện bất kì triệu chứng nào trong suốt cuộc đời. 10-25% bệnh nhân có túi thừa đại tràng sẽ tiến triển thành VTTĐT, và 5-10% bệnh nhân còn lại có biến chứng chảy máu túi thừa đại tràng

3. Viêm túi thừa đại tràng

VTTĐT gồm 2 thể lâm sàng là VTTĐT đơn giản (không biến chứng) và VTTĐT phức tạp (hay VTTĐT có biến chứng).



Diễn biến của viêm túi thừa đại tràng

4. Xuất huyết túi thừa đại tràng

Xuất huyết túi thừa đại tràng chiếm khoảng 5-10% bệnh nhân có túi thừa đại tràng. Xuất huyết túi thừa đại tràng chiếm tỉ lệ 40% trong các nguyên nhân gây xuất huyết tiêu hóa dưới và được xem là một nguyên nhân chính gây xuất huyết tiêu hóa dưới. Tăng huyết

áp, béo phì, thiếu máu cơ tim và sử dụng chất chống đông máu là yếu tố thuận lợi. Xuất huyết túi thừa thường xảy ra ở túi thừa đại tràng phải và 90% trường hợp sẽ tự cầm máu. Sau đó, 25-35% bệnh nhân sẽ có đợt xuất huyết tái phát. Chẩn đoán xác định xuất huyết túi thừa đại tràng cần vai trò của nội soi ĐT. Hầu hết các trường hợp không tự cầm máu đều có thể cầm máu thành công qua nội soi. Khoảng 38% trường hợp sẽ chảy máu lại sau khi cầm máu qua nội soi ĐT. Ngoài nội soi, các phương tiện cầm máu khác là can thiệp qua mạch máu và phẫu thuật. Nếu nội soi và can thiệp qua mạch máu không cầm máu thành công, hai phương tiện trên vẫn có vai trò quan trọng là xác định được vị trí chảy máu trước khi phẫu thuật. Phẫu thuật mù (không biết vị trí chảy máu) có thể dẫn đến cắt toàn bộ ĐT với tỉ lệ VPM là 57% và tử vong là 29%.

❖ VIÊM TÚI THỦA ĐẠI TRÀNG

a) Khám LS

- Cơ năng



- Thực thể

Đau vị trí 1/4 dưới trái của bụng với các mức độ khác nhau xảy ra ở 93%-100%. Bệnh nhân có thể đau bụng 1/4 dưới phải nếu túi thừa nằm ở ĐT phải hoặc ở ĐT xích ma nhưng nằm lấn qua phải đường giữa. Những triệu chứng của VPM toàn thể xuất hiện nếu túi thừa viêm bị vỡ và không được khu trú.

b) CLS

- CTM:

- + Bạch cầu thường chỉ tăng nhẹ. 45% bệnh nhân có bạch cầu bình thường
- + Chụp đại tràng cản quang: Chụp ĐT cho ít thông tin và không giúp ích nhiều trong việc định hướng điều trị khi túi thừa đang viêm. Tuy nhiên, sau giai đoạn viêm cấp khoảng 4-6 tuần, chụp ĐT đối quang kép bằng barium có giá trị trong việc đánh giá vị trí và sự phân bố của túi thừa
- Chụp cắt lớp điện toán: CT có độ nhạy và độ đặc hiệu cao (97% và 100%), tỉ lệ dương giả thấp. Theo Hội các phẫu thuật viên đại trực tràng Hoa Kỳ, CT bụng chậu là phương tiện thích hợp nhất để khảo sát những trường hợp nghi ngờ VTTĐT

- Siêu âm: Siêu âm trong VTTĐT có độ nhạy là 77-85% và độ đặc hiệu là 80-99%. Với VTTĐT đơn giản, độ nhạy của siêu âm lên đến 96%. Nhìn chung, độ nhạy và đặc hiệu của siêu âm không bằng CT

c) 3.Chụp cộng hưởng từ (MRI)

Chụp MRI đại tràng cũng là một phương tiện hình ảnh tốt để đánh giá bệnh VTTĐT. Phương tiện này hữu dụng trong chẩn đoán VTTĐT phải và là một lựa chọn an toàn thay thế cho CT trong chẩn đoán và đánh giá VTTĐT ở bệnh nhân trẻ tuổi hoặc mang thai.

d) 4.Phân độ

Phân độ VTTĐT của hội PTNS Châu Âu

Phân nhóm	Mô tả	Triệu chứng
I	VTTĐT không biến chứng (VTTĐT đơn giản)	Sốt, đau bụng âm ỉ, có bằng chứng viêm túi thừa trên CT
II	VTTĐT không biến chứng tái phát	Bệnh nhân thuộc nhóm I tái phát triệu chứng
II	VTTĐT có biến chứng (VTTĐT phức tạp)	Áp xe, mưng mủ, VPM, rò tiêu hóa, tắc ruột, chít hẹp lồng ruột

Phân độ Hinckley cải biên cho VTTĐT vỡ	
I	Áp xe nhỏ quanh đại tràng
IIa	Áp xe xa dễ dẫn lưu
IIb	Áp xe phức tạp có/không kèm rò
III	VPM toàn thể do mủ
IV	VPM toàn thể do phân

5.Điều trị bảo tồn

Kháng sinh điều trị VTTĐT

Kháng sinh đường uống (ngoại trú)

* Metronidazole kết hợp + Fluoroquinolon hoặc

+ Trimethoprim-sulfamethoxazole

* Amoxicillin-clavulanate

kháng sinh đường tĩnh mạch (năm viện)

* Nhóm điều trị kết hợp + Metronidazole hoặc + Clindamycin

Kết hợp với

+ Aminoglycosid + Fluoroquinolon + Cephalosporin thế hệ ba

* Cephalosprin thế hệ II

* Betalactam

+ Ức chế men betalactamase

- Điều trị bảo tồn ở những bệnh nhân VTTĐT lần đầu tiên và không có biến chứng (phân nhóm I theo Hội phẫu thuật nội soi châu Âu) có tỉ lệ thành công từ 70-100%. Những bệnh nhân không có sốt cao, không nôn ói nhiều, không có dấu hiệu của VPM và có điều kiện theo dõi có thể điều trị ngoại trú.

- Việc theo dõi sát những bệnh nhân ngoại trú rất quan trọng, triệu chứng sẽ cải thiện trong 2 - 3 ngày. Bệnh nhân tiếp tục sử dụng kháng sinh trong 7-10 ngày. Trong trường hợp triệu chứng không cải thiện hoặc có những diễn biến xấu khác, bệnh nhân cần được nhập viện.

Chỉ định nhập viện của VTTĐT

Phân nhóm I (theo hội PTNS châu Âu) và:

- + Không cải thiện/có triệu chứng xấu khác khi điều trị ngoại trú
- + Không thể uống, nôn ói nhiều
- + Có kèm suy giảm miễn dịch
- + Có triệu chứng nặng

Phân nhóm II

Phân nhóm III

Chế độ điều trị nội khoa cho bệnh nhân có chỉ định nhập viện bao gồm cho ruột nghỉ ngơi (ngưng ăn đường miệng), nuôi ăn và sử dụng kháng sinh qua đường tĩnh mạch. Bệnh nhân có thể sử dụng thuốc giảm đau, kể cả thuốc ngủ, nhưng không sử dụng nhóm morphin vì có thể làm tăng co thắt cơ vòng và giảm nhu động ruột. Thông thường, bệnh sẽ cải thiện sau 24-48 giờ, biểu hiện bởi bệnh nhân giảm đau bụng, giảm sốt, áp bụng ít đau và số lượng bạch cầu giảm. Khi đó, bệnh nhân được chuyển sang sử dụng kháng sinh đường uống tương đương và chế độ ăn bình thường được lập lại dần từ lỏng đến đặc.

Trong trường hợp triệu chứng vẫn tiếp tục không cải thiện hoặc có diễn tiến xấu hơn, chỉ định mới được đặt ra. Chụp CT cũng cần được thực hiện khi bệnh nhân nhập viện.

Những bệnh nhân sau khi điều trị thành công cần kiểm tra và đánh giá lại toàn bộ ĐT bằng chụp ĐT với thuốc cản quang và nội soi ĐT để xác định lại chẩn đoán và loại trừ các bệnh khác như ung thư đại trực tràng, viêm đại tràng. Thời gian thích hợp là 6 tuần sau khi điều trị nội khoa để quá trình viêm được cơ thể thu xếp.

Khoảng 1/3 bệnh nhân sau khi điều trị nội khoa thành công sẽ có đợt viêm túi thừa tái phát, thường xuất hiện trong năm đầu tiên. Chế độ ăn giàu chất xơ giúp 70% bệnh nhân tránh được tái phát trong 5 năm. Các nghiên cứu ở Ý chỉ ra rằng sử dụng mesalazine hoặc rifaximin làm giảm triệu chứng và giảm tỉ lệ tái phát.

Tỉ lệ bệnh nhân cần phẫu thuật ở nhóm bệnh nhân lần đầu nhập viện vì VTTĐT là 15-30%, đa số là thuộc nhóm bệnh nhân VTTĐT có biến chứng. Với nhóm VTTĐT đơn giản, cần chú ý những bệnh nhân có tình trạng suy giảm miễn dịch, nhóm bệnh nhân này có tỉ lệ điều trị nội khoa thất bại và tỉ lệ có biến chứng cao hơn.

Đối với những bệnh nhân có đợt viêm túi thừa lần hai, việc điều trị nội khoa còn nhiều tranh cãi. Quan điểm cũ cho rằng cần can thiệp ngoại khoa ở những bệnh nhân có đợt viêm túi thừa lần hai, lý do đưa ra là tỉ lệ biến chứng tăng lên 60% và tỉ lệ tử vong tăng gấp đôi (so với VTTĐT lần đầu) ở nhóm bệnh nhân này. Hội các phẫu thuật viên đại trực tràng Hoa Kỳ hiện nay khuyến cáo việc đưa ra chỉ định mổ cần xét theo từng trường hợp cụ thể.

Khoảng 15% bệnh nhân VTTĐT có biến chứng áp xe. Chẩn đoán áp xe được nghĩ đến trên lâm sàng (trong trường hợp chưa chụp CT) khi bệnh nhân cải thiện triệu chứng chậm chạp với điều trị nội khoa hoặc sờ bụng thấy được một khối mềm, đau. Những bệnh nhân VTTĐT có biến chứng áp xe này cần được nhập viện và sử dụng kháng sinh tĩnh mạch. Phương pháp điều trị dựa vào kích thước và độ phức tạp của ổ áp xe. Hầu hết ổ áp xe nhỏ (< 2cm) có thể giải quyết chỉ bằng điều trị nội khoa. Những ổ áp xe lớn hơn có chỉ định dẫn lưu qua da dưới hướng dẫn của CT. Ổ nhiễm trùng được giải quyết sẽ giúp cải thiện nhanh các triệu chứng trong vòng 72 giờ và giúp bệnh nhân tránh được một cuộc mổ cấp cứu. Ở những bệnh nhân có chống chỉ định mổ do các bệnh nặng đi kèm, dẫn lưu cũng có thể làm giảm bớt các triệu chứng và giúp chuẩn bị bệnh nhân tốt hơn cho một điều trị đầy đủ sau đó [1]. Nếu ống dẫn lưu (ODL) ra hơn 500ml dịch trong 24 giờ đầu, chẩn đoán rò tiêu hóa nên được nghĩ đến. Ống dẫn lưu được rút khi chỉ còn ít hơn 10ml dịch trong 24 giờ. Thời gian để đạt được mục tiêu như trên có thể mất 30 ngày. Chụp CT lại với thuốc bơm cản quang bơm qua ODL trước khi rút có thể giúp đánh giá kết quả điều trị và phát hiện đường thông nối với ống tiêu hóa. Vị trí dẫn lưu thường được lựa chọn là thành bụng trước. Với ổ áp xe nằm sâu vùng chậu, trong quá trình điều trị dẫn lưu, bệnh nhân có thể phải nằm sấp hoặc nghiêng để thoát mủ hoặc phải dẫn lưu qua ngã trực tràng hoặc âm đạo. Dẫn lưu chỉ được xem là 1 giai đoạn của quá trình điều trị. Giai đoạn kế tiếp được thực hiện 3-4 tuần sau khi dẫn lưu thành công, bệnh nhân được lên chương trình mổ với phương pháp cắt đoạn ĐT và nối một thòi. Với phương pháp điều trị như trên, bệnh nhân được rất nhiều lợi ích:

- Không phải mổ cấp cứu
- Không phải mang HMNT
- Chỉ phải trải qua một cuộc mổ (thay vì hai cuộc) nên giảm tỉ lệ biến chứng và tử vong.

- Giảm thời gian và chi phí điều trị.

Tỉ lệ thành công cho phương pháp dẫn lưu và mổ chương trình như trên là 74-80%. Khoảng 20-25% bệnh nhân có biến chứng áp xe phải điều trị phẫu thuật. Chỉ định phẫu thuật cho nhóm VTTĐT có biến chứng áp xe là áp xe nhiều ngăn hoặc nhiều ổ, không thể dẫn lưu, hoặc triệu chứng không cải thiện sau khi dẫn lưu. Phẫu thuật cắt đoạn ĐT và nối một thì cho nhóm bệnh nhân này được khuyến cáo, nhưng không phải lúc nào cũng thực hiện được.

6. Điều trị ngoại khoa

Chỉ định mổ trong VTTĐT	
Chỉ định mổ cấp cứu	Chỉ định mổ chương trình
Viêm túi thừa không biến chứng <ul style="list-style-type: none"> - Điều trị nội khoa thất bại Viêm túi thừa có biến chứng - VPM - Áp xe đa ổ, không thể hay dẫn lưu thất bại - Tắc ruột (điều trị bảo tồn thất bại) 	Viêm túi thừa kèm: <ul style="list-style-type: none"> - Suy giảm miễn dịch - Tái phát >2 lần Viêm túi thừa có biến chứng - Áp xe dẫn lưu thành công - Chít hẹp lồng ruột - Rò tiêu hóa Không loại trừ được carcinoma

Tỉ lệ chung VTTĐT cần can thiệp phẫu thuật khoảng 10 - 20%. Chỉ định mổ đa số thuộc phân nhóm II và III theo hội PTNS châu Âu và thuộc phân độ III và IV theo Hinchey. Chỉ một tỉ lệ nhỏ VTTĐT đơn giản cần phẫu thuật là những bệnh nhân không đáp ứng với điều trị nội (không cải thiện hoặc triệu chứng xấu hơn) sau 3 ngày điều trị.

Mục tiêu của phẫu thuật là giải quyết ổ nhiễm trùng (cắt túi thừa, cắt đoạn ĐT, dẫn lưu áp xe, rửa bụng ...), điều trị biến chứng liên quan như tắc ruột, rò tiêu hóa và phục hồi lưu thông của ruột với tỉ lệ biến chứng và tử vong thấp nhất.

Phương pháp mổ có thể thực hiện một thì hoặc hai thì với các biến thể khác nhau tùy vào mổ cấp cứu hay chương trình và độ nặng của bệnh. Đối với phẫu thuật Hartmann, bệnh nhân cũng cần được cảnh báo khả năng đóng HMNT chỉ đạt 60%.

Với phẫu thuật cấp cứu, mổ mở với đường mổ giữa là một lựa chọn thích hợp. Đánh giá những tiêu chí như tình trạng nhiễm trùng ổ bụng, mức độ và vị trí tắc ruột, lượng phân còn lại trong lồng ĐT trong lúc mổ giúp xác định khả năng thực hiện miếng nối ngay trong mổ (nối thì 1).

Bệnh nhân mổ cấp cứu có phân độ Hinchey I và II vẫn có thể làm miệng nối ngay thì đầu nếu ô áp xe có thể bóc được trọn vẹn cùng với đoạn ĐT tốn thương hoặc nếu ô áp xe nằm cách xa vị trí làm miệng nối, được khu trú tốt và có thể dẫn lưu được mà không dây bắn xung quanh. PTNS cấp cứu cũng có thể áp dụng cho bệnh nhân có phân độ Hinchey I, II.

Với bệnh nhân có VPM (phân độ III và IV), phẫu thuật Hartmann từng được xem là tiêu chuẩn vàng. Tuy nhiên, phẫu thuật Hartmann có nhiều khuyết điểm. Sau phẫu thuật Hartmann, cuộc mổ thì hai nối ĐT-trực tràng thực hiện rất khó khăn do hiện tượng viêm dính và khó tìm được mỗ trực tràng. Do đó tỉ lệ biến chứng và tử vong sẽ cao hơn và hơn 30% bệnh nhân sẽ phải mang HMNT suốt đời.

Hiện nay kỹ thuật được các phẫu thuật viên khuyến khích thực hiện là: cắt đoạn ĐT và làm miệng nối thì đầu, đồng thời mở hói tràng ra da để bảo vệ miệng nối. Một kỹ thuật kèm theo là rửa ruột trong mỗ cho phép tỉ lệ nối lại ở thì đầu cao hơn. Tuy nhiên, kỹ thuật này đòi hỏi phải chọn lựa bệnh nhân và phẫu thuật Hartmann vẫn được xem là lựa chọn tốt cho những trường hợp khoang bụng bị nhiễm bẩn nặng. Bằng chứng khuyến cáo cho việc thực hiện miệng nối thì đầu ở bệnh nhân có phân độ III, IV vẫn chưa cao do thiếu nghiên cứu nghiên cứu có đối chứng.

Đối với mổ chương trình, cắt đoạn ĐT và nối ngay thì đầu đa số có thể thực hiện vì tình trạng viêm nhiễm được khu trú và thu xếp tốt. Chóng chỉ định tương đối của làm miệng nối thì đầu là bệnh nhân dinh dưỡng kém, tưới máu không tốt và bệnh nhân suy giảm miễn dịch. Ở những bệnh nhân này nếu làm miệng nối thì đầu nên mở hói tràng ra da.

Xu hướng của thế giới hiện nay là PTNS. PTNS cũng có vai trò trong VTTĐT. Ưu điểm không tranh cãi của PTNS so với mổ mở là ít đau, giảm tỉ lệ nhiễm trùng vết mỗ, thời gian phục hồi nhanh hơn. Tỉ lệ tái phát, biến chứng và tử vong ngang bằng hoặc thấp hơn. PTNS cấp cứu phù hợp với phân độ Hinchey I và II. Trong mổ chương trình, PTNS có chỉ định rộng rãi hơn.

Biến chứng tắc ruột do VTTĐT có thể gây tình trạng trầm trọng và có thể cần phải phẫu thuật cấp cứu. Vị trí tắc ruột có thể là ở ruột non do viêm dính hoặc ở đại tràng do chít hẹp lồng. Tuy nhiên, đa số trường hợp là tắc ruột không hoàn toàn, có thể điều trị nội khoa ổn định và mổ chương trình sau đó. Trong tắc ĐT, đường kính manh tràng lớn hơn 10cm và có đè kháng ở 1/4 dưới phái của bụng là chỉ định mổ cấp cứu vì bệnh nhân có khả năng bị hoại tử và thủng man tràng. Những trường hợp chít hẹp ĐT sau khi điều trị nội khoa cần được nội soi hoặc chụp ĐT cản quang để loại trừ các bệnh tăng sinh như ung thư, polyp....

Biến chứng VPM do vỡ túi thừa viêm là một chỉ định mổ cấp cứu. Biến chứng này ít xảy ra nhưng lại có tỉ lệ tử vong rất cao: khoảng 6% cho phân độ III và 35% cho phân độ IV. Biến chứng thường xảy ra ở bệnh nhân bệnh nặng hoặc suy giảm miễn dịch. Phẫu thuật hai thì là lựa chọn hợp lý nếu tình trạng VPM nặng hoặc tổng trạng kém. Những bệnh nhân có tình trạng nhiễm bẩn ít vẫn có thể rửa bụng và nối thì một. PTNS không nên thực hiện vì khả năng thám sát không linh hoạt và khả năng rửa sạch ổ bụng hạn chế.

Biến chứng rò tiêu hóa thường được giải quyết bằng can thiệp phẫu thuật chương trình. Rò ĐT-bàng quang thường gấp nhất với tỉ lệ 65% và kế đến là rò ĐT-âm đạo với tỉ lệ 25%. Rò ĐT-bàng quang thường gấp ở nam hơn nữ vì ở nữ có tử cung nằm giữa ĐT và bàng quang. Đa số bệnh

nhân VTTDT có biến chứng rò tiêu hóa được mô thương trình và làm miếng nối ở thỉ đầu. Chỉ rất ít bệnh nhân có tình trạng viêm nặng cần phẫu thuật hai thi. PTNS hoặc mổ mở đều có cách tiếp cận giống nhau. Đối với rò ĐT- băng quang, sau khi xử lý xong tồn thương túi thừa, tiến hành cắt đường rò, khâu băng quang và đặt sonde tiêu lưu để băng quang nghỉ ngơi trong khoảng 7-10 ngày.

139/ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT NGOẠI KHOA UNG THƯ ĐẠI TRÀNG TRỰC TRÀNG

ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT NGOẠI KHOA UNG THƯ ĐẠI TRÀNG TRỰC TRÀNG

1. Định nghĩa

Ung thư đại-trực tràng là ung thư phổ biến thường gặp, tỷ lệ tử vong đứng hàng thứ ba, chiếm hàng đầu trong ung thư đường tiêu hóa tại các nước Mỹ và Pháp. Trong đó, trực tràng là vị trí thường gặp nhất trên khung đại tràng khoảng 43% Hầu hết ung thư đại trực tràng (93%) xuất phát từ một polyp tuyến của đại tràng. Yếu tố góp phần gây ung thư đại trực tràng: chế độ ăn uống ít chất bã, nhiều thịt, mỡ động vật và cholesterol, tuổi >40, Polyp tuyến đại tràng, Di truyền, Bệnh viêm loét đại tràng, Crohn.

Điều trị chủ yếu là phẫu thuật. Các phương pháp khác chỉ bổ túc.

Ung thư đại trực tràng là một trong số ít bệnh lý ác tính có khả năng chữa lành bệnh và có thể phòng ngừa được. Vì thế số lượng phát hiện bệnh ngày càng tăng hơn 1 triệu ca phát hiện do chủ động tầm soát các đối tượng có nguy cơ cao và điều trị triệt để polyp đại tràng bằng cắt qua nội soi đại tràng. Tỷ lệ tử vong do ung thư đại trực tràng hàng năm giảm dần.

2. Chẩn đoán

* Biểu hiện triệu chứng:

- Triệu chứng lâm sàng phụ thuộc vào vị trí khối U đại tràng U đại tràng P thường biểu hiện thiếu máu do xuất huyết rỉ rả và tiêu lỏng phân màu đen. U đại tràng T và U xích ma Trực tràng thường biểu hiện táo bón đi cầu phân nhầy máu và dạng U vòng nhẵn gây bệnh cảnh tắc ruột thấp.

- Thiếu máu nhược sắt.

- Bệnh nhân phát hiện khi đi cầu nhầy-máu (60%)

- Thay đổi thói quen đi cầu (43%). và có rối loạn tiêu hóa như táo bón, tiêu chảy hoặc xen kẽ táo bón và tiêu chảy. Đi cầu ra máu hoặc đàm nhót, đi cầu nhiều lần trong ngày hoặc phân dẹt nhỏ.
- Tiêu phân có máu dễ lầm với bệnh trĩ.

Các triệu chứng khác: Đau thốn hậu môn, Tiêu không tự chủ, Tiêu không hết phân, Tiêu gắt buốt, do khối u xâm lấn.

Lâm sàng có thể bao gồm:

- Bệnh sóm: phát hiện không đặc hiệu (mệt mỏi, giảm cân) hoặc không có gì cả
- Bệnh tiến triển: Muộn hơn U lớn gây biến chứng: đau bụng vùng chậu (5%) - tắc ruột (9%), có phản ứng phúc mạc thẳng bướu, chảy máu trực tràng lượng nhiều, khối u bụng sờ thấy, gan to, báng bụng.

Khám bụng phát hiện khối u dọc theo khung đại tràng

Khi Bác sĩ thăm khám trực tràng: phát hiện khối u trực tràng ở đoạn thấp.

Đánh giá tương đối mức độ U xâm lấn vào cơ quan lân cận

Đánh giá chức năng cơ thắt Đánh giá khả năng bảo tồn cơ thắt

- ❖ Cận lâm sàng: Xét nghiệm máu làm CEA, CA19.9 (carcinoembryonic antigen (CEA), cancer antigen (CA) 19-9); được làm Siêu âm bụng, XQ phổi, X-quang đại tràng với Barium, Nội soi đại trực tràng là tiêu chuẩn vàng để xác định chẩn đoán chính xác, sinh thiết xác định tính chất khối u.,
- ❖ Siêu âm: được chỉ định để phát hiện di căn gan. Hình ảnh di căn gan trên siêu âm là các khối echo dày rã rác trong nhu mô gan.
- ❖ X-quang đại tràng với Barium: Hình ảnh Khối nhô vào lòng đại tràng với đường bờ không đều, Lòng đại tràng bị hẹp lại
- ❖ Nội soi đại trực tràng kèm sinh thiết: Thấy trực tràng có U, sinh thiết làm Giải Phẫu Bệnh để biết lành tính hay ác tính. Chẩn đoán giải phẫu bệnh: đa số là ung thư biểu mô tuyến (Adenocarcinoma), các loại sarcom khác ít gặp: leiomyosarcoma, lympho-sarcoma...
- ❖ Cận lâm sàng được làm để đánh giá giai đoạn bệnh, U xâm lấn và đã di căn hay chưa:

MSCT (hoặc MRI): Đánh giá giai đoạn ung thư đại tràng, phát hiện ung thư tái phát hay di căn Siêu âm trực tràng qua ngã trực tràng: Hiện nay là phương pháp được chọn lựa để đánh giá mức độ xâm lấn qua thành trực tràng (độ chính xác 72-94%) và đánh giá di căn hạch vùng (độ chính xác 73-86%).

MRI: Có giá trị tương đương hay cao hơn siêu âm qua ngả trực tràng trong việc đánh giá mức độ xâm lấn qua thành trực tràng và đánh giá di căn hạch vùng.

PET Làm sau phẫu thuật, để có thể phân biệt ung thư tái phát, di căn xa, hay sẹo xơ tại vùng miệng nói.

2.1. Chẩn đoán sự xâm lấn và di căn

a) Xâm lấn tại chỗ

- Mất tính di động của khối u: chứng tỏ khối u xâm nhiễm mô chung quanh.
- Xâm lấn gây rò các tạng lân cận khối u.
- Các phương pháp cận lâm sàng để chẩn đoán sự xâm lấn của khối u: siêu âm bụng, siêu âm qua nội soi trực tràng, chụp cắt lớp vùng chậu, soi bàng quang, soi dạ dày...

b) Di căn

- Hạch: hạch bẹn, hạch thượng đòn (Troisier), hạch vùng đại trực tràng.
- Gan: to, lõn nhõn, cứng. Siêu âm bụng, chụp cắt lớp để xác định chẩn đoán.
- Phổi: X quang phổi cho hình ảnh di căn là những bóng mờ tròn như bong bóng bay ở 2 phế trường.
- Não: chụp cắt lớp sọ não phát hiện khối u ung thư di căn.
- Xương: hình ảnh hủy xương của di căn xương cột sống hoặc xương chậu thường gấp.

2.2. Chẩn đoán giai đoạn

Hiện nay có hai cách xếp hạng giai đoạn ung thư đại trực tràng được dùng nhiều nhất tùy theo sự xâm lấn của tế bào ung thư:

a) Theo Dukes

Xếp hạng được tác giả Dukes mô tả năm 1932, sau đó được cải biên bởi tác giả Astler, Coller và nhiều tác giả khác. Xếp hạng theo Dukes đã được sửa đổi:

- Giai đoạn A: ung thư khu trú thành trực tràng ở lớp niêm mạc và lớp dưới niêm
- Giai đoạn B: ung thư xâm lấn lớp cơ, lớp thanh mạc, chưa di căn hạch
- Giai đoạn C: di căn hạch vùng

- Giai đoạn D: di căn xa

b) Theo TNM

❖ T (Tumor)

T_x U nguyên phát không thể đánh giá được vì có mô tả về mức độ khối u, vì thông tin không đầy đủ

T_{is} U tại chỗ còn trong lớp biểu mô T_i U xâm lấn lớp dưới niêm mạc T₂ U xâm lấn lớp cơ

T₃ U xâm lấn lớp thanh mạc hoặc phúc mạc nhưng không dính bất kỳ cơ quan lân cận hoặc các mô

T₄ U xâm lấn phúc mạc tạng và các cơ quan hay cấu trúc khác

T4b Ung thư đã phát triển xuyên qua thanh mạc của đại tràng và xâm nhập các mô lân cận hoặc các bộ phận

❖ N (Nodule)

N_x Hạch không đánh giá được

N₀ Không có hạch di căn

N₁ Di căn vào 1-3 hạch mạc treo vùng

N1a - tế bào ung thư được tìm thấy trong 1 hạch bạch huyết gần đó N1b - tế bào ung thư được tìm thấy trong 2-3 hạch bạch huyết gần đó N₂ a Di căn 4 -6 hạch mạc treo vùng N₂ b Di căn hơn 7 hạch dọc theo đường đi của thân mạch máu

❖ M (Metastasis)

M_X Di căn xa không đánh giá được M₀ Không có di căn xa

M₁ a Ung thư đã lan rộng đến 1 cơ quan xa, hoặc thiết lập các hạch bạch huyết xa

M₁ b Ung thư đã lan rộng đến hơn 1 cơ quan xa xôi hoặc thiết lập các hạch bạch huyết xa hoặc đã lan tràn đến các phần xa của phúc mạc Giai đoạn theo TNM

Giai đoạn Thương tổn		T	N	M	Tương ứng giai đoạn theo Dukes
0	Nồng (in situ)	Tis	N0	M0	-
I	Khu trú	T1 hay T2	N0	M0	A

IIA	Xâm lấn	T3	N0	M0	B1
IIB		T4a	N0	M0	B2
IIC		T4B	N0	M0	B3
IIIA	Tới hạch vùng	T1-2	N1	M0	C1
IIIB		T3-4	N1	M0	C2
IIIC		T1-4	N2	M0	C3

3 . Điều trị ngoại khoa

Điều trị ung thư đại trực tràng chủ yếu là phẫu thuật kết hợp hóa trị.

3.1 về phẫu thuật

a) Đại tràng được chia 2 phần

- Đại tràng phải: từ manh tràng đến nứa phải đại tràng ngang.
- Đại tràng trái: từ nứa trái đại tràng ngang đến chỗ nối đại tràng chậu hông và trực tràng.

b) Trực tràng có 2 cách chia

- Chia 2 phần: trực tràng trong ổ bụng và trực tràng ngoài ổ bụng. Nếp phúc mạc chậu ngăn 2 phần ở cách bờ hậu môn 7-9cm.

c) Chia 3 phần:

- + 1/3 dưới: 0-5cm cách bờ hậu môn
- + 1/3 giữa: 6-10cm cách bờ hậu môn
- + 1/3 trên: 11-15cm cách bờ hậu môn

3.2. Động mạch và tĩnh mạch của đại trực tràng

a) Đại tràng phải

Được cung cấp máu bởi động mạch mạc treo tràng trên (các nhánh động mạch hồi-manh-trùng tràng, động mạch đại tràng phải, động mạch đại tràng giữa) và theo hệ tĩnh mạch mạc treo tràng trên về tĩnh mạch cửa.

b) Đại tràng trái

Được cung cấp máu bởi động mạch mạc treo tràng dưới (các nhánh động mạch đại tràng trái, động mạch đại tràng chậu hông) và theo hệ tĩnh mạch mạc treo tràng dưới về tĩnh mạch cửa

c) Trục tràng

- 1/3 trên: được cung cấp máu bởi động mạch trực tràng trên (trĩ trên), là nhánh cuối của động mạch mạc treo tràng dưới và dẫn máu theo tĩnh mạch trực tràng trên, tĩnh mạch mạc treo tràng dưới về tĩnh mạch cửa (Hình 1).
- 1/3 giữa: được cung cấp máu bởi động mạch trực tràng giữa (trĩ giữa) từ nhánh của động mạch hạ vị (hay chậu trong).
- 1/3 dưới: được cung cấp máu bởi động mạch trực tràng dưới (trĩ dưới) từ nhánh động mạch thận, một nhánh của động mạch hạ vị.
- 2/3 dưới của trực tràng máu được dẫn theo tĩnh mạch hạ vị về hệ tĩnh mạch chủ dưới.

3.3. Hệ bạch huyết

 (Image description: A blank rectangular box intended for a diagram or illustration related to the lymphatic system of the rectum.)

Hình 1. Động mạch nuôi dưỡng đại trực tràng

1. Động mạch mạc treo tràng trên,
2. ĐM mạc
treo tràng dưới,
3. ĐM đại tràng giữa,
4. ĐM đại tràng trái,
5. ĐM hối manh đại tràng,
6. ĐM đại tràng trái,
7,8,9. Các ĐM đại tràng chậu hông,
10. ĐM trực tràng trên,
11. ĐM hạ vị,

Hình 2. Hệ bạch huyết của đại tràng

1. Hạch thành đại tràng,
2. Hạch cạnh đại tràng
3. Hạch trung gian của đại tràng,
4. Hạch chính của đại tràng,
5. Hạch hạ vị,
6. Hạch bẹn

- | | |
|---|--|
| 12. ĐM trực tràng giữa,
13. ĐM trực tràng dưới | |
|---|--|

Các chuỗi hạch bạch huyết dọc theo các hệ mạch máu của đại trực tràng (Hình 2).

- Chuỗi hạch bạch huyết mạc treo tràng trên: dẫn lưu các hạch bạch huyết của đại tràng phải.
- Chuỗi hạch bạch huyết mạc treo tràng dưới: dẫn lưu các hạch bạch huyết của đại tràng trái và phần trên của trực tràng.
- Chuỗi hạch bạch huyết hạ vị: dẫn lưu các hạch bạch huyết của phần giữa trực tràng.
- Chuỗi hạch bạch huyết vùng bẹn: dẫn lưu các hạch bạch huyết của phần thấp trực tràng.

3.4 Mục đích và nguyên tắc điều trị ngoại khoa

a) Cắt rộng rãi đoạn ruột có khối u tôn trọng bờ an toàn trên dưới khối u, mạc treo đại trực tràng, hạch vùng và các tạng lân cận bị xâm lấn (nếu được).

- Đối với ung thư đại tràng: cắt trên và dưới khối u ít nhất là 5cm.

- Đối với ung thư trực tràng: cắt trên u ít nhất 5cm nhưng cắt dưới khối u ít nhất > 2cm (theo tác giả William 1984).

b) Tôn trọng kỹ thuật cắt cách ly không đụng u (No-touch isolation technic of resection)

Do Turnbull RB đề xuất năm 1967, cắt các nhánh động tĩnh mạch của đại tràng tại góc và 2 đầu ruột trước khi cắt mạc treo và khối u.

c) Chuẩn bị tốt đại tràng để nối ngay sau khi cắt, lập lại lưu thông tiêu hóa của ruột. Chuẩn bị đại tràng thật sạch để cho việc khâu nối đạt kết quả tốt tránh biến chứng bục xì miệng nối sau mổ. Thường áp dụng các biện pháp sau đây:

Làm sạch lòng đại tràng bằng

- Chế độ ăn lỏng dần trước mổ: trước mổ 3 ngày cho bệnh nhân ăn nhẹ; cháo, súp (trước mổ 3 ngày), sữa (trước mổ 2 ngày), nước đường (trước mổ 1 ngày).

- Kèm thụt tháo liên tiếp 3 ngày trước mổ, phải thụt tháo thật sạch đến nước trong.

- Hoặc chỉ dùng Fortrans (PEG 4000-Polyéthylène 4000), thuốc dạng bột pha với nước uống để làm sạch lòng đại tràng. Cho bệnh nhân uống 3 gói, mỗi gói pha với 1 lít nước, uống trong vòng 1 ngày trước mổ, mà không cần thụt tháo. Nhưng không được dùng cho các trường hợp có biến chứng dọa thủng đại tràng hoặc trường hợp tắc ruột .

- Rửa ruột có thể dùng PEG hay Fleet. Nhiều NC cho thấy dùng Fleet tốt hơn nhờ uống 1 lượng chất lỏng nhỏ (70ml) so với PEG (> 2lít).

Khử trùng đường ruột

Có thể dùng các loại kháng sinh đường ruột kết hợp với diệt vi trùng. Kháng sinh: uống thì erythromycin (1g) và neomycin (1g) 3 lần 1 ngày trước ngày mổ. Chích kháng sinh phòng ngừa 1 liều 30 phút trước mổ, 4 giờ sau chích liều thứ 2. kháng sinh là cephalo II hay III, kết hợp với metronidazol hay clindamycin để diệt vi trùng hiềm khí.....Tuy nhiên hiện nay chỉ cần chuẩn bị sạch đại tràng là đủ.

3.5 Chỉ định phẫu thuật

Chỉ định phẫu thuật triệt đẽ (hay triệt căn), tạm bợ, mở rộng và làm sạch tùy vào các yếu tố: o Giai đoạn của ung thư o Độ xâm lấn của ung thư o Mức độ di căn o Thể trạng của bệnh nhân a) Phẫu thuật triệt đẽ hay triệt căn

Đây là phẫu thuật cắt bỏ rộng rãi khối u theo nguyên tắc ung thư: cắt bỏ đoạn ruột mang khối u đảm bảo bờ an toàn của 2 đầu ruột cắt, nạo lấy hết các hạch mạc treo vùng và cắt tận gốc các mạch máu nuôi dưỡng. Phẫu thuật được chỉ định cho:

- Những bệnh nhân có thể trạng còn tốt.
- Ung thư ở giai đoạn chưa di căn xa (A, B, C theo xếp hạng của Dukes hoặc giai đoạn 0, I, II, III theo TNM).
- Ung thư còn khu trú ở thành ruột chưa xâm lấn các tạng chung quanh hoặc có xâm lấn nhưng còn khả năng cắt bỏ được.

b) Phẫu thuật mở rộng

Đây là phẫu thuật cắt bỏ rộng rãi triệt đẽ, kết hợp cắt bỏ các cơ quan lân cận bị xâm lấn và cắt bỏ một phần hay toàn bộ các cơ quan di căn.

- Thể trạng bệnh nhân cho phép một phẫu thuật lớn.
- Ung thư xâm lấn vào các tạng lân cận hoặc di căn mà còn có thể cắt bỏ được.

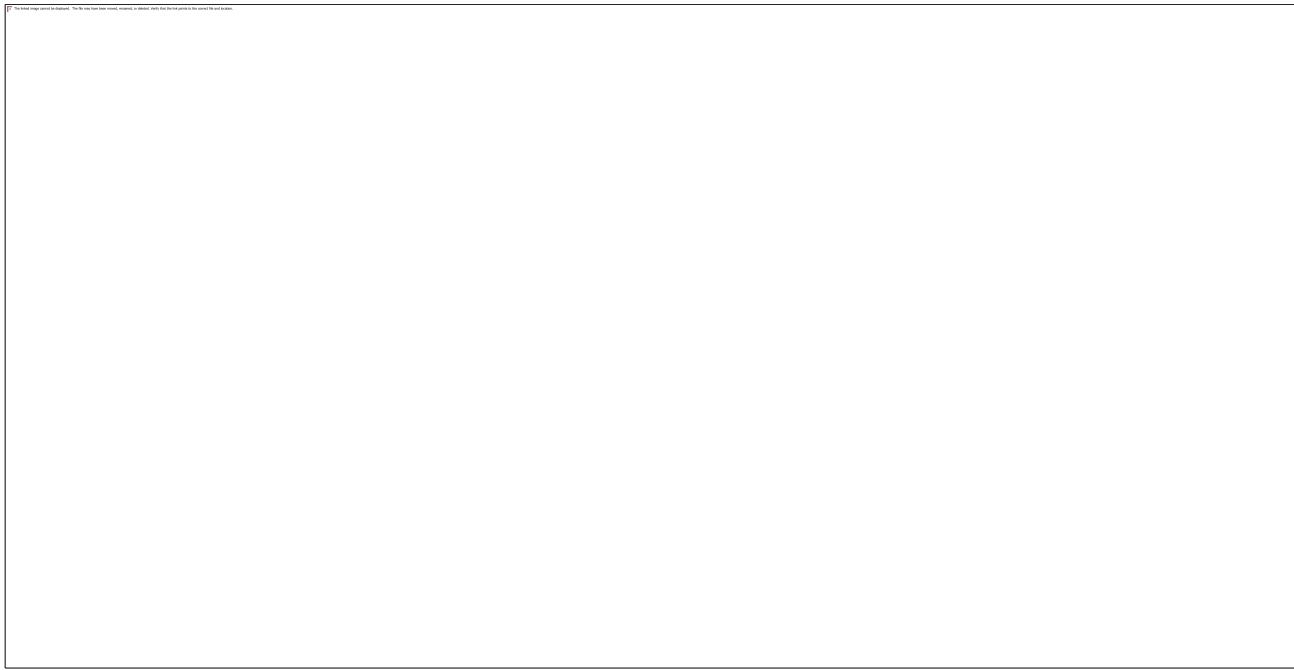
c) Phẫu thuật làm sạch

Phẫu thuật cắt đoạn đại tràng trực tràng có khối u với mục đích làm sạch để tránh các biến chứng nhiễm trùng, tắc ruột, vỡ khối u hoặc trong các trường hợp di căn mà không thể lấy được hết.

d) Phẫu thuật tạm bợ

Thường thực hiện các phương pháp sau:

- Nối tắt đoạn ruột trên với đoạn ruột dưới khối u.
- Hậu môn nhân tạo trên dòng: đưa ruột trước khối u ra ngoài ổ bụng làm hậu môn nhân tạo. Chỉ định cho các trường hợp:



Hình 3. Cắt đại tràng phải do ung thư đại tràng lên

Hình 4. Cắt đại tràng phải do ung thư đại tràng góc gan

Giai đoạn trễ của ung thư, không phẫu thuật triệt để được: giai đoạn D (Dukes) hay giai đoạn IV (theo TNM), thể trạng bệnh nhân quá kém không thể chịu đựng được cuộc mổ lớn.

3.6 Các phương pháp phẫu thuật điều trị ung thư đại tràng

a) Điều trị ung thư đại tràng chưa biến chứng Triệt để

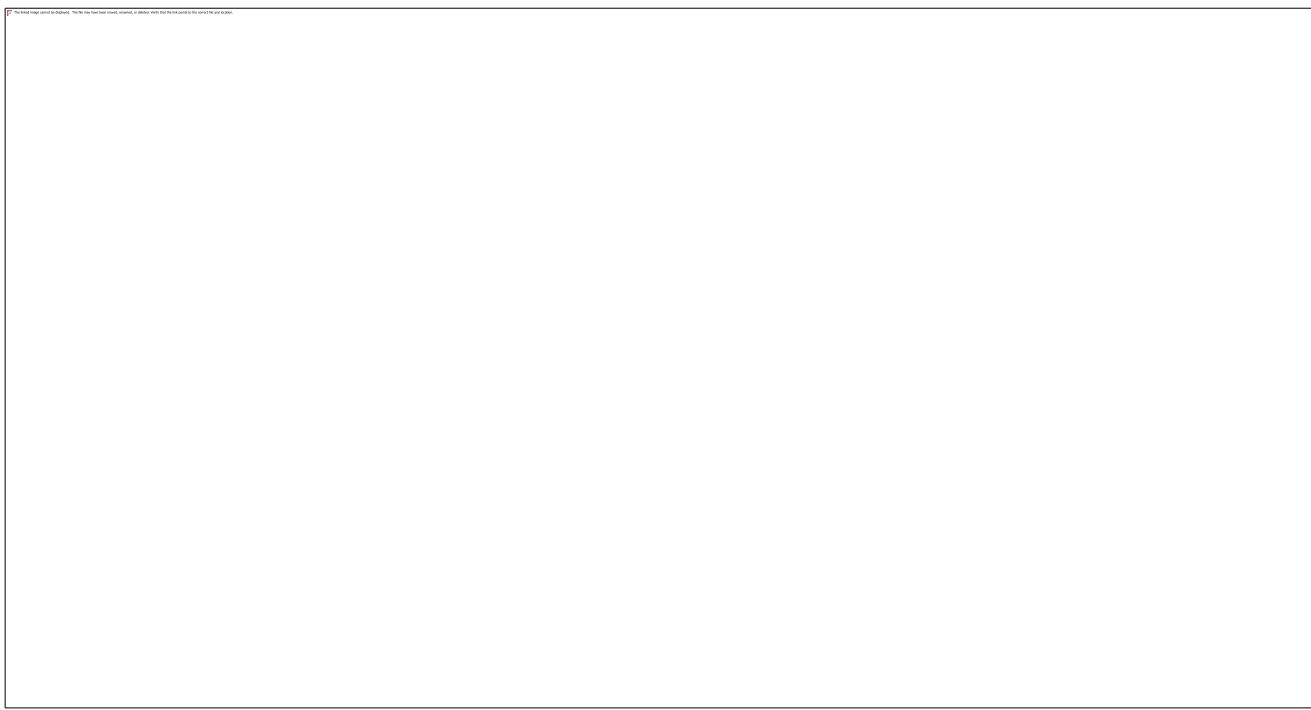
❖ Cắt đại tràng phải

Chỉ định

Các khối u ung thư ở đại tràng phải: manh tràng, đại tràng lên, góc gan, đoạn đại tràng ngang bên phải cách góc gan 0-5cm.

Kỹ thuật

- Cắt toàn bộ đại tràng phải thành một khối: gồm 20cm cuối của hòi tràng, manh tràng, đại tràng lên, góc gan và 1/3 hoặc 1/2 bên phải của đại tràng ngang tùy vị trí của khối u.
- Cắt mạc treo đại tràng phải với mạch máu và hạch mạc treo.



Hình 5. Cắt đại tràng trái do ung thư đại tràng xuống

Hình 6. Cắt đại tràng ngang do ung thư đại tràng ngang

- Lập lại lưu thông ruột: nối hòi tràng với đại tràng ngang (Hình 3 và 4).

Tai biến phẫu thuật

Trong phẫu thuật cắt đại tràng phải, khi bóc tách mạc Toldt dính vào sau với tá tràng, niệu quản phải và tĩnh mạch chủ dưới nhất là trường hợp khối u to và xâm lấn dễ gây tổn thương các cơ quan này:

- Rách tá tràng
- Tổn thương niệu quản phải: đứt niệu quản phải hoặc khâu thắt niệu quản phải
- Rách tĩnh mạch chủ dưới.

Biến chứng sau mổ

- Bục xì miệng nối gây viêm phúc mạc, rò phân.

- Viêm khoang tē bào sau phúc mạc.
- Tiêu lỏng: thật ra đây không phải là biến chứng mà là hậu quả sau cắt đại tràng phải do cắt bỏ phần hấp thu nước của đại tràng phải. Tiêu lỏng thường xảy ra trong vài tuần lễ đầu sau mổ.

❖ Cắt đại tràng trái

Chỉ định

Các khối u ung thư ở đại tràng trái: đại tràng ngang bên trái cách góc lách 0-5cm, đại tràng góc lách, đại tràng xuống, phần đầu của đại tràng chậu hông.

Kỹ thuật

- Cắt đại tràng trái thành một khối từ 1/2 đại tràng ngang bên trái, đại tràng góc lách, đại tràng xuống, phần đầu của đại tràng chậu hông.
- Cắt bỏ mạc treo đại tràng trái với mạch máu, hạch vùng.
- Lập lại lưu thông ruột, nối đại tràng ngang với đại tràng chậu hông (Hình 5).

Tai biến phẫu thuật

- Vỡ lách.
- Tồn thương niệu quản trái: đứt hoặc khâu thắt niệu quản trái.

Biến chứng sau mổ

- Bục xì miệng nối gây viêm phúc mạc, rò phân.
- Viêm khoang tē bào sau phúc mạc.

❖ Cắt đại tràng ngang

Chỉ định

Khối u ung thư ở đoạn giữa của đại tràng ngang.

Kỹ thuật

- Cắt đoạn đại tràng ngang.
- Cắt mạc treo đại tràng ngang, động tĩnh mạch đại tràng giữa và hạch mạc treo vùng.
- Lập lại lưu thông ruột: nối hai đầu đại tràng ngang phải và trái (Hình 6).

Tai biến phẫu thuật

Tổn thương tá tràng, tụy hiếm xảy ra.

Biến chứng sau mổ

Bục xì miệng nối gây viêm phúc mạc, rò phân.

❖ **Cắt đại tràng chậu hông**

Chỉ định

Khối u ung thư ở đoạn đại tràng chậu hông.

Kỹ thuật

- Cắt đoạn đại tràng chậu hông trên và dưới khối u ít nhất 5cm.
- Cắt mạc treo đại tràng chậu hông và lấy hạch mạc treo vùng.

Lập lại lưu thông ruột, nối hai đầu đại tràng xuống và trực tràng (Hình 7).

Tai biến phẫu thuật

Tổn thương niệu quản trái, động tĩnh mạch hạ vị.

Biến chứng sau mổ

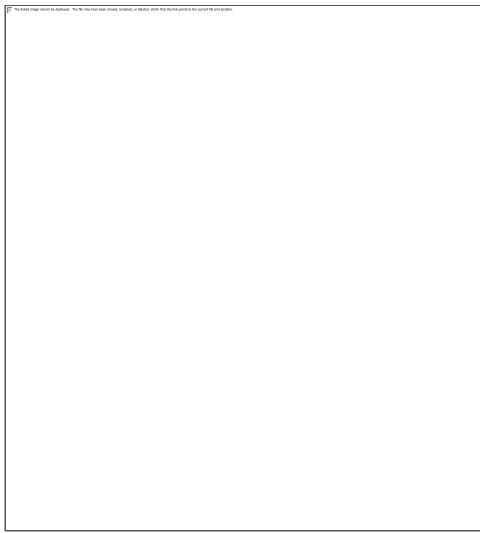
Bục xì miệng nối gây viêm phúc mạc, rò phân.

Tạm bợ

- Phẫu thuật làm sạch

Cắt bỏ đoạn đại tràng có khối u, chỉ càn trên và dưới khối u 5cm, mà không càn cắt rộng rãi.

- Nối tắt đoạn trên và dưới khối u



Hình 7. Cắt đoạn đại tràng chậu hông

Nối hồi tràng-đai tràng ngang bên-bên cho các ung thư ở đại tràng phải mà không cắt được; nối đại tràng ngang-đại tràng chậu hông bên-bên cho các ung thư ở đại tràng trái mà không cắt được.

- Hậu môn nhân tạo trên dòng Cắt đại tràng qua nội soi ổ bụng

Năm 1990, kỹ thuật cắt đại tràng qua nội soi ổ bụng được áp dụng ở một số nước. Tuy nhiên kỹ thuật này chưa phổ biến và còn hạn chế. Vài năm gần đây, một số bệnh viện trong nước đã bắt đầu áp dụng kỹ thuật này, chỉ định thực hiện ở các trường hợp ung thư đại tràng ở giai đoạn sớm và khu trú.

3.6.2. Điều trị ung thư đại tràng có biến chứng

Tắc ruột

Trong trường hợp tắc ruột do ung thư đại tràng, điều trị phải giải quyết: tắc ruột và bệnh lý ung thư. Do đó, nếu tình trạng bệnh nhân cho phép phẫu thuật triệt để cắt đại tràng, có nối ngay hay không tùy tình trạng của đại tràng.

- Trong tắc ruột do ung thư đại tràng phải, thường có thể nối ngay, nhưng tắc ruột do u ở đại tràng trái thì hạn chế nối ngay vì thường dễ bục, chỉ nối khi thực hiện phương pháp tưới rửa đại tràng thật tốt trong mổ.

- Khi không có điều kiện cắt đại tràng trong cấp cứu thì đưa đại tràng trước khỏi u làm hậu môn nhân tạo tạm và cắt bỏ đại tràng thì sau vài tuần lễ. Nhưng đa số trường hợp tắc ruột, ung thư ở giai đoạn muộn, nên hầu hết chỉ thực hiện phẫu thuật tạm bợ.

Viêm phúc mạc do vỡ khối u hay vỡ đại tràng trên khối u vào ổ bụng

- Cắt bỏ đoạn đại tràng có khối u vỡ và không được nối ngay mà làm hậu môn nhân tạo tạm sẽ phục hồi lại sau vài tháng.
- Hoặc đưa chỗ vỡ của đại tràng trước khối u ra làm hậu môn nhân tạo tạm và phẫu thuật triệt để ở thi 2 sau vài tuần nếu đoạn ung thư còn cho phép cắt được.

Áp xe thành bụng do khối u vỡ ra thành bụng

- Rạch tháo mủ tại chỗ áp xe.
- Phẫu thuật triệt để cắt đại tràng thi 2 nếu còn cắt được. Trường hợp không còn cắt bỏ được khối u triệt để thì nối tắt hay làm hậu môn nhân tạo vĩnh viễn trên dòng.



Hình 8. Cắt đoạn đại trực tràng và nối đại trực tràng bằng tay



Hình 9. A, B, C, D, E: Cắt đoạn đại trực tràng và nối
đại trực tràng bằng máy khâu

- Rò đại tràng-bàng quang: thực hiện hậu môn nhân tạo trên dòng, sau đó sẽ phẫu thuật mở rộng cắt đại tràng và bàng quang. Phẫu thuật ít thực hiện vì thường có di căn xa.
- Rò đại tràng-dạ dày : cắt đại tràng ngang và dạ dày nếu còn khả năng cắt được.
- Rò đại tràng-ruột non: cắt đại tràng và đoạn ruột non bị rò.

Xuất huyết tiêu hóa dưới nặng do u đại tràng

Cắt bỏ đại tràng có khối u trong cấp cứu để cầm máu.

3.7 Các phương pháp phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng

a) Điều trị ung thư trực tràng chưa biến chứng triệt để

❖ Cắt trực tràng giữ lại cơ vòng hậu môn

Phẫu thuật cắt đại tràng-trực tràng trước và nối ngay.

Chỉ định

Các khối u ở đoạn trên và giữa của trực tràng, cách bờ hậu môn trên 6cm.

Kỹ thuật

Cắt bỏ đoạn đại tràng chậu hông và trực tràng có khối u và nối đại tràng-trực tràng bằng tay (Hình 8) hay bằng máy (staplers). Nhờ những tiến bộ về máy khâu nối, các khối u ở thấp có thể được cắt bỏ và nối lại được mà khâu nối tay không thể thực hiện. Người ta dùng máy cắt TA để cắt trực tràng đoạn thấp và nối tận-tận bằng máy khâu nối EEA (Hình 9).

❖ Phẫu thuật Hartmann Phẫu thuật được Hartmann thực hiện năm 1921.

Chỉ định

Các khối u nằm ở đoạn trực tràng giữa mà không thể khâu nối được. Hiện phẫu thuật này ít áp dụng khi có máy khâu nối. Thường áp dụng trong cấp cứu và bệnh nhân thể trạng kém.

Kỹ thuật

Cắt đoạn đại tràng chậu hông và trực tràng. Đóng mõm trực tràng dưới lại và đưa đầu trên đại tràng chậu hông ra hố chậu trái làm hậu môn nhân tạo (Hình 10).



Hình 10. Phẫu thuật Hartmann

Ưu điểm

Phẫu thuật còn giữ lại cơ vòng hậu môn và không sợ biến chứng bục xì sau mổ, tỷ lệ tử vong ít. Khuyết điểm

Bệnh nhân phải mang hậu môn nhân tạo suốt đời mặc dù hậu môn thật còn giữ lại và trực tràng vẫn còn bài tiết ra chất nhày của đoạn trực tràng còn lại.

- ❖ Phẫu thuật kéo tuột (Pull-through) của Babcock Bacon và các kỹ thuật cải biên Phẫu thuật này được hai tác giả Babcock và Bacon thực hiện năm 1956 và được cải biên về sau.

Chỉ định

- Các khối u ở đoạn trực tràng thấp cách bờ hậu môn 3-6cm.
- Ung thư ở giai đoạn sớm (Dukes A, B) và kích thước khối u <2cm.
- Không xâm lấn cơ vòng hậu môn.

Kỹ thuật

Cắt bỏ toàn bộ trực tràng, kéo tuột đại tràng chậu hông qua lỗ hậu môn và nối đại tràng với hậu môn theo ngả tầng sinh môn (Hình 11).

Ưu điểm

Cắt bỏ khối u và tạo lập lưu thông tiêu hóa bảo đảm chức năng sinh lý của hậu môn.

Khuyết điểm

Phẫu thuật khó vì u ở thấp, biến chứng bức miệng nối và ung thư tái phát tại chỗ.

❖ Các loại phẫu thuật khác

- Phẫu thuật Kraske: cắt bỏ khối u nhỏ ở thành sau trực tràng qua ngả sau xuyên xương cùng.
- Phẫu thuật cắt u xuyên qua lỗ hậu môn: ít được dùng vì tỷ lệ tái phát cao.

❖ Cắt trực tràng lấy cả cơ vòng hậu môn

Phẫu thuật cắt cụt trực tràng theo 2 ngả bụng và tầng sinh môn (phẫu thuật Miles): phẫu thuật này được tác giả Miles thực hiện năm 1908.

Chỉ định

Các khối u ở đoạn thấp của trực tràng (1/3 dưới) cách bờ hậu môn < 6cm có xâm lấn cơ vòng hậu môn và các khối u to ở 1/3 giữa trực tràng khả năng cắt được mà không thực hiện phẫu thuật bảo tồn cơ vòng hậu môn được.

Kỹ thuật

Cắt bỏ phần dưới của đại tràng chậu hông và toàn bộ trực tràng, các cơ vòng hậu môn, cơ nâng hậu môn, lấy luôn hậu môn với 2 kíp mổ: ngả bụng và tầng sinh môn. Đưa đại tràng chậu hông trên ra ngoài ổ bụng ở hố chậu trái làm hậu môn nhân tạo vĩnh viễn (Hình 12).

Ưu điểm

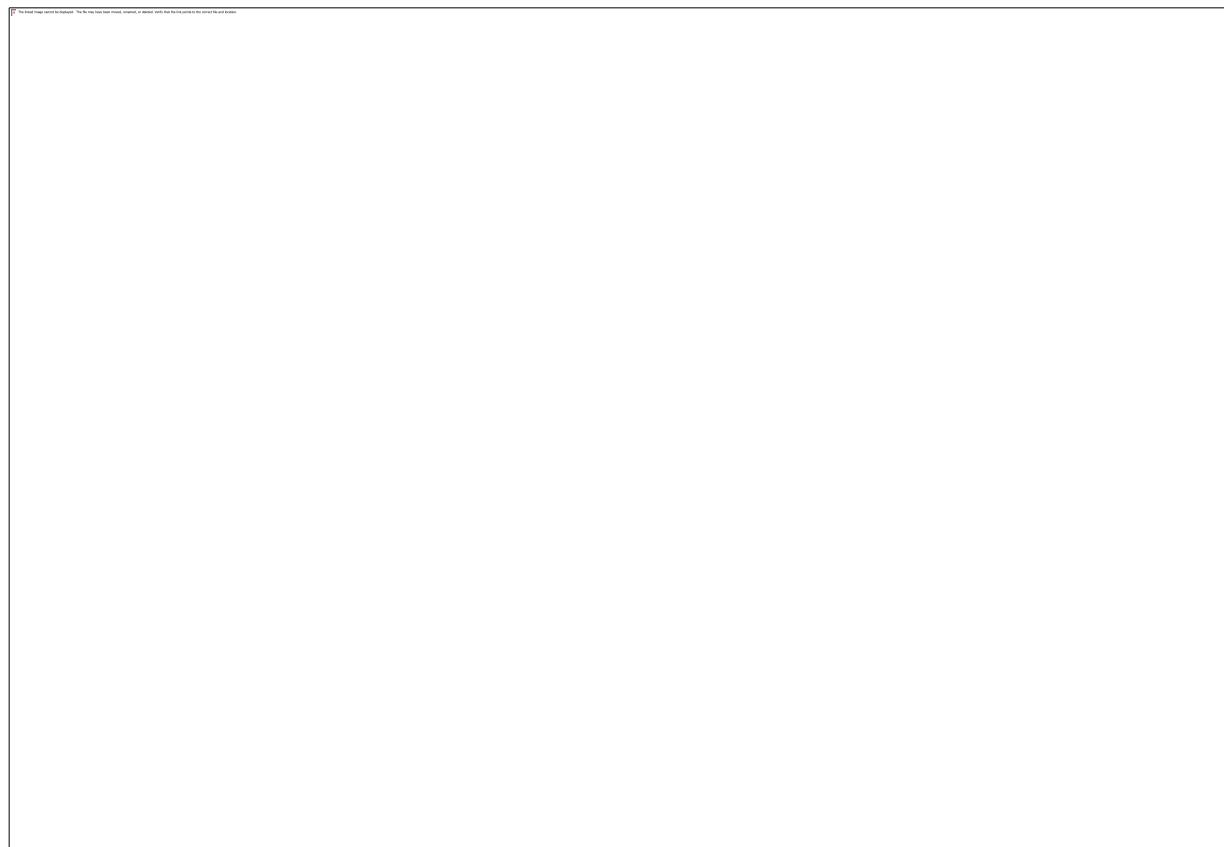
- Cắt bỏ rộng rãi triệt để lấy hết khối u ung thư và hạch vùng.
- Kết hợp cắt bỏ rộng rãi các cơ quan xâm lấn vùng chậu: tử cung và âm đạo hoặc bàng quang. Tuy nhiên các phẫu thuật mở rộng này thường rất nặng: đoạn chậu sau hay đoạn chậu toàn phần.

Khuyết điểm

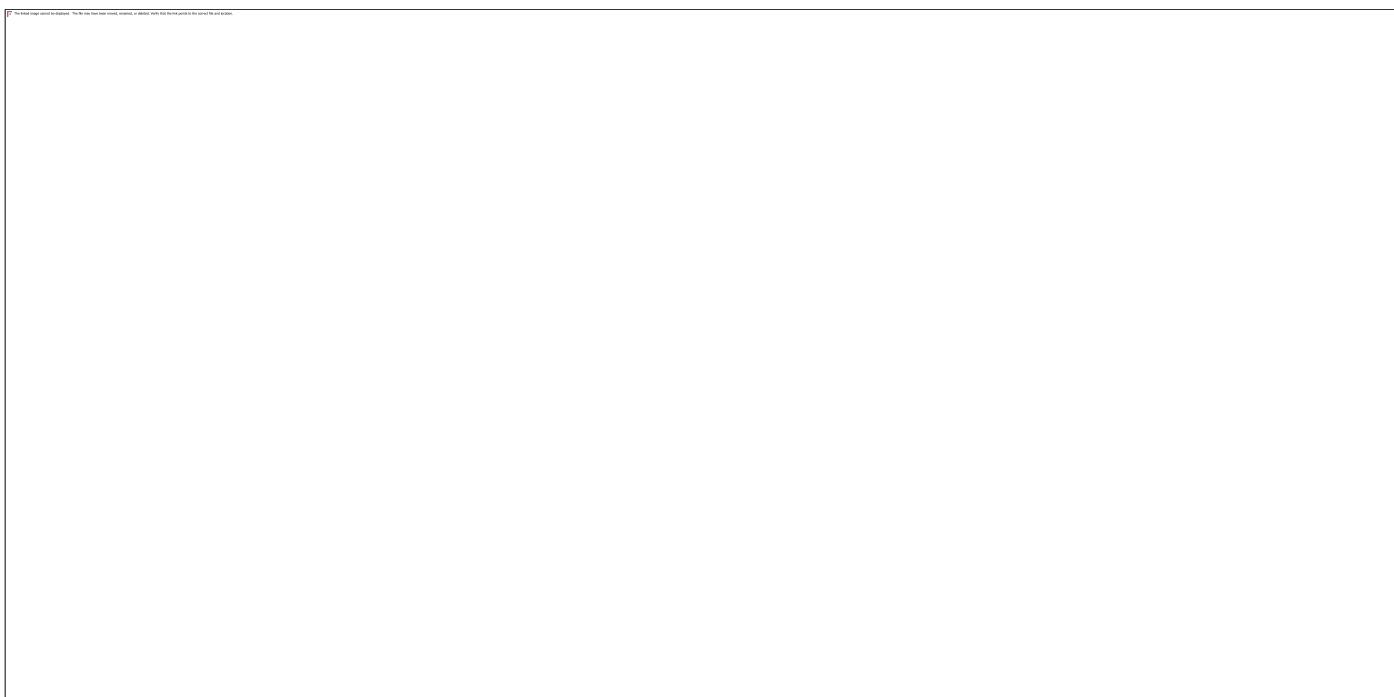
- Phẫu thuật nặng, nhiều tai biến trong mổ và biến chứng hậu phẫu.
- Tai biến chảy máu trước xương cùng hay gấp nhất và các tổn thương niệu quản, bàng quang và niệu đạo (nam) và âm đạo (nữ).
- Biến chứng nhiễm trùng vết mổ tầng sinh môn thường kéo dài.
- Bệnh nhân phải mang hậu môn nhân tạo vĩnh viễn.

Tạm bợ

Thường làm hậu môn nhân tạo ở đại tràng chậu hông hoặc đại tràng ngang tùy vào sự tiến triển và xâm lấn của ung thư.



Hình 11. Phẫu thuật Pull-Through



Hình 12. Phẫu thuật Miles

b) Điều trị ung thư trực tràng có biến chứng Tắc ruột

Thường bệnh nhân trong tình trạng nặng và vị trí khối u ở thấp nên phẫu thuật tốt nhất là đưa đại tràng chậu hông ở trên ra làm hậu môn nhân tạo để giải quyết tắc ruột. Đánh giá:

- Ung thư ở giai đoạn còn cắt bỏ được sẽ can thiệp phẫu thuật triệt để thì 2 sau vài tuần lẽ có chuẩn bị đại tràng và bệnh nhân được hồi sức tốt.
- Ung thư không còn khả năng phẫu thuật triệt để được sẽ để hậu môn nhân tạo này vĩnh viễn. Viêm phúc mạc

Chỗ vỡ là khối u ở đoạn trực tràng trong ổ bụng hoặc có trường hợp u ở đoạn trực tràng ngoài ổ bụng, nhưng gây vỡ trực tràng phía trên khối u trong ổ bụng. Nguyên tắc là đưa đại tràng chậu hông trên chỗ vỡ ra làm hậu môn nhân tạo và khâu lại chỗ thủng hoặc phải cắt bỏ khối u bị thủng theo phương pháp Hartmann. Thường biến chứng này rất nặng và tỷ lệ tử vong cao. Phẫu thuật triệt để sẽ can thiệp thì 2.

Rò vào cơ quan lân cận

Rò trực tràng-âm đạo ở nữ và rò trực tràng-bàng quang ở nam. Thường phẫu thuật 2 thì:

- Thị T. Làm hậu môn nhân tạo trên dòng ở đại tràng chậu hông.
- Thị 2: Phẫu thuật triệt để cắt rộng cả trực tràng và cơ quan bị rò (tử cung, phần phụ và âm đạo hoặc bàng quang).

4. Theo dõi sau mổ và tiên lượng

Sau mổ ung thư đại trực tràng cần phải theo dõi các biến chứng sớm của phẫu thuật và theo dõi lâu dài: sự tái phát và di căn.

4.1. Theo dõi các biến chứng sau mổ

- Chảy máu sau mổ.
- Bục xì miệng nối.
- Nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng tầng sinh môn (trong phẫu thuật Miles).
- Các biến chứng của hậu môn nhân tạo.
- Các biến chứng đường tiết niệu.
- Các biến chứng tim mạch, hô hấp nhất là ở các bệnh nhân lớn tuổi.

4.2. Tái phát

Mặc dù mổ triệt để cắt rộng, nhưng vẫn có một số trường hợp ung thư tái phát tại chỗ hoặc di căn.

- Thường tái phát ở miệng nối gây hẹp miệng nối.
- Tái phát ở mõm trực tràng còn lại sau phẫu thuật Hartmann.
- Tái phát ở tầng sinh môn và vùng chậu sau phẫu thuật Miles.
- Tái phát ở lỗ hậu môn nhân tạo.
- Tái phát ở vết mổ bụng.

Hiện nay, người ta theo dõi sự gia tăng của kháng nguyên ung thư phôi CEA (Carcino-embryonic Antigen) sau mổ để phát hiện sớm sự tái phát của ung thư đại trực tràng trước khi có các dấu hiệu lâm sàng. Nhờ đó, có thể can thiệp phẫu thuật lại sớm.

4.3. Di căn

Thường di căn gan và di căn ổ bụng hay phúc mạc là nhiều nhất, kế đến là phổi, ít khi gặp di căn não và xương.

5. Điều trị ung thư tái phát và di căn

5.1. Tái phát

Ung thư đại trực tràng tái phát nếu còn khả năng cắt bỏ lại được vẫn có chỉ định can thiệp phẫu thuật, nhưng thường số bệnh nhân được phẫu thuật lại hiếm. Đa số điều trị bổ túc bằng hóa trị kết hợp thuốc miễn dịch (hoặc xạ trị cho trường hợp ung thư trực tràng). Ngày nay một số tác giả dùng xạ trị trước mổ, trong mổ và sau mổ cho các ung thư trực tràng được mổ lần đầu và xạ trị cho các trường hợp ung thư trực tràng tái phát.

5.2. Di căn

Khi ung thư đã di căn thường thể trạng bệnh nhân rất yếu kém, đa số tác giả không can thiệp phẫu thuật, chỉ điều trị bổ túc với hóa chất hoặc kết hợp với miễn dịch. Một số tác giả đã điều trị cắt bỏ một phần gan hoặc phổi bị ung thư di căn nếu ung thư nguyên phát tại chỗ ở đại trực tràng không tái phát, nhưng kết quả chưa khả quan nhiều và chỉ định còn cân nhắc. Hóa trị bổ trợ ở Giai đoạn I không ích lợi gì, ở Giai đoạn II, ích lợi chưa rõ, ở Giai đoạn III, ích lợi rõ, tăng tỷ lệ sống từ 50% lên 65% với 6 chu kỳ hóa trị SFU+ Acide folinique Leucovorin.

Hóa chất thường được dùng là 5FU (5-Fluoro Uracil) kết hợp với các thuốc Acide folinique... để điều trị bổ túc.

+ Kết hợp 5FU với Acide Folinique

Theo Machover 1986, dùng liều lượng lớn trong thời gian ngắn.

- 5FU: truyền tĩnh mạch trong 4 giờ $400\text{mg}/\text{m}^2$ da cơ thể/ngày x 5 ngày.

- Acide Folinique: truyền tĩnh mạch trong 1-2 giờ $200\text{mg}/\text{m}^2$ da cơ thể/ngày x 5 ngày Một tháng sau nhắc lại liều trên và dùng trong 6 tháng, cách 1 tháng 1 đợt.

Sử dụng hóa trị cần chú ý đến các tác dụng phụ và phải có chỉ định cụ thể. Chỉ hóa trị cho ung thư ở giai đoạn C và D hay giai đoạn III và IV .

6.Kết quả và tiên lượng

6.1. Kết quả

Tỷ lệ tử vong sau mổ:

- Ung thư đại tràng: 3-5% khi chưa có biến chứng và 20-30% khi có biến chứng.

- Ung thư trực tràng: 1-13% tùy theo tác giả.

6.2. Tiên lượng

Đánh giá kết quả điều trị ung thư đại trực tràng phải theo dõi thời gian sống thêm sau điều trị 5 năm. Tiên lượng của ung thư đại trực tràng thường tốt hơn các ung thư khác ở đường tiêu hóa.

- Ung thư đại trực tràng: tỷ lệ sống thêm sau 5 năm là 40-55% và tùy theo các giai đoạn:

A 70-85%

B 50-60%

C 25-45%

D 0-6%

- Ung thư trực tràng: tỷ lệ sống thêm sau 5 năm là 50-60% và tùy theo các giai đoạn:

A 80%

B 55-65%

C 25-45%

D 0-5%

(Theo Francois Yves, 1991).

Có 4 giai đoạn: giai đoạn I thì có T1 và T2, chưa có hạch di căn, phẫu thuật đúng, 90% BN sống qua 5 năm; giai đoạn II thì chia IIa (T3) và IIb (T4), chưa di căn hạch, phẫu thuật đúng, 75% BN sống qua 5 năm; giai đoạn III, đã có di căn hạch, chia ra IIIa (T1-T2, N1-M0), IIIb (T3-T4, N1,M0) và IIIc (T bất kỳ, N2, M0), phẫu thuật đúng, 50% BN sống qua 5 năm; IV: đa số phẫu thuật tam bợ để chữa các biến chứng. Chỉ có < 5% BN sống qua 5 năm. Để đánh giá phẫu thuật cần phải xem mặt cắt: mặt cắt không còn búrou là R0, còn sót búrou trên vi thể là R1, còn búrou trên đại thể là R2.

140/ ĐIỀU TRỊ SUY TUYẾN SINH DỤC KHỞI PHÁT MUỘN

SUY TUYẾN SINH DỤC KHỞI PHÁT MUỘN

1. Định nghĩa

Suy tuyến sinh dục khởi phát muộn có triệu chứng là một hội chứng lâm sàng và sinh hóa thường có liên quan đến tuổi. Đặc trưng với sự suy giảm nồng độ androgen trong máu, có hoặc không có sự thay đổi tính nhạy cảm của các receptor androgen. Nó có thể ảnh hưởng đến nhiều hệ cơ quan gây ảnh hưởng rõ rệt đến chất lượng cuộc sống.

Suy chức năng tuyến sinh dục là một phần của tiến trình lão hóa bình thường. Ở nam, suy tuyến sinh dục khởi phát muộn không xảy ra với mỗi người và có biểu hiện lâm sàng rất kín đáo. Hơn nữa, giữa các cá nhân có sự khác nhau rõ rệt về tuổi khởi phát, mức độ và tốc độ suy giảm adrogen theo tuổi.

Biểu hiện lâm sàng của suy tuyến sinh dục khởi phát muộn rất đa dạng. Trong đó, với testosterone thay thế, người bệnh được những lợi ích như sau:

Hệ thống/chức năng	Tiến trình lão hóa	Đáp ứng với testosteron
Chức năng cương	Giảm	Cải thiện
Ham muốn tình dục	Giảm	Cải thiện
Tâm trạng/nhận thức	Không thay đổi/Giảm	Chưa được chứng minh
Mệt mỏi/mất động lực	Giảm	Cải thiện
Rối loạn giấc ngủ	Không thay đổi/Tăng	Không thay đổi
Nhận thức không gian	Giảm	Chưa được chứng minh
Vận mạch (đỏ bừng)	Tăng	Giảm/Xấu đi
Chất lượng cuộc sống	Giảm	Cải thiện
Hematocrit	Giảm	Tăng
Sản xuất leptin	Tăng	Giảm/Xấu đi
LDL và HDL cholesterol	Không thay đổi	Giảm/Xấu đi
Khối lượng mỡ	Tăng	Giảm/Xấu đi
Khối lượng cơ	Giảm	Tăng
Trọng lượng xương	Giảm	Tăng
Thay đổi lông, tóc	Giảm	Không thay đổi

2. Điều trị suy tuyến sinh dục khởi phát muộn có triệu chứng

Biểu hiện lâm sàng của suy tuyến sinh dục khởi phát muộn thường không đặc hiệu, một vài biểu hiện có thể đáp ứng với các phương pháp điều trị thông thường hơn là dùng hormone sinh dục thay thế như:

+ Thay đổi lối sống (ngừng thuốc lá, cai rượu...): nên khuyến cáo ở tất cả bệnh nhân. Tuy nhiên, thay đổi lối sống đôi khi chỉ làm giảm triệu chứng từng đợt.

+ Chế độ ăn thích hợp và luyện tập thể dục: giúp giảm béo phì, tăng sức bền cơ bắp và mang lại tinh thần sảng khoái.

+ Biphosphonate: giúp giảm loãng xương, chống trầm cảm, nên sử dụng ở những bệnh nhân lo lắng, bồn chồn.

Trong hầu hết trường hợp, khi đã xác định suy tuyến sinh dục khởi phát muộn, dùng testosterone thay thế giúp cải thiện đáng kể các triệu chứng. Kết quả sẽ tốt hơn nếu kết hợp thay đổi lối sống.

Theo một nghiên cứu hồi cứu (Tomlinson, 2001) cho thấy: tỷ lệ tử vong (đã chuẩn hóa) ở người suy tuyến sinh dục không điều trị cao hơn so với nhóm được điều trị với hormone sinh dục và chăm sóc sức khỏe tốt.

Các lựa chọn điều trị testosterone

Các chế phẩm testosterone thường dùng:

Đường dùng	Hoạt chất	Liều lượng	Ghi chú
Tiêm	Testosterone cypionate	200-400 mg mỗi 3-4 tuần	Trên mức sinh lý, gây hiệu ứng Roller -Coaster
	Testosterone enanthate	200-400 mg mỗi 4 tuần	Trên mức sinh lý, gây hiệu ứng Roller -Coaster
	Testosterone propionate 30 mg + Testosterone phenylpropionate 60 mg + Testosterone isocaproate 60 mg + Testosterone decanoate 100 mg	250 mg mỗi 3 tuần	
	Testosterone undecanoate	1000 mg mỗi 12-14 tuần	Nồng độ ổn định
Uống	Viên ngậm	30mg mỗi 2 ngày	Bất tiện
	Methyltestosterone	10 - 30mg mỗi ngày	Độc cho gan
	Testosterone undecanoate	120-160 mg mỗi ngày	
Ngoài da	Testosterone patch	5 mg mỗi ngày	Kích ứng da
	Testosterone gel	5-10g/ngày	Dung nạp tốt

Ngoài ra, còn có những chế phẩm testosterone khác, sử dụng theo khuyến cáo của nhà sản xuất.
Tiêm bắp

Tiêm bắp testosterone có tác động kéo dài và đạt đến nồng độ đỉnh khoảng 72 giờ. Lượng dihydrotestosterone thường bình thường nhưng nồng độ estradiol cao ở một số trường hợp.

Trong vài ngày đầu sau khi tiêm thuốc, nồng độ testosterone có thể dưới mức sinh lý. Thường tiêm mỗi 10 - 21 ngày sẽ đạt được nồng độ testosterone bình thường.

Dạng uống

Một số chế phẩm dạng uống có tác dụng giống như androgen nhưng có thể thay đổi nồng độ các lipid và nguy cơ độc cho gan. Khi dùng testosterone undecanoate, nồng độ dihydrotestosterone có thể dưới mức sinh lý. Nên dùng trong bữa ăn và chia 2 lần trong ngày. Dạng ngâm

Đặt miếng thuốc dính vào niêm mạc hàm trên. Để làm giảm kích ứng tại chỗ (khoảng 9% các trường hợp) vùng đặt thuốc nên được thay đổi.

Dạng ngoài da

Testosterone thấm qua da có dạng miếng dán hoặc gel. Cả hai dạng có thể dẫn đến nồng độ testosterone trong huyết thanh bình thường và lượng estradiol và dihydrotestosterone bình thường. Miếng dán bất tiện do chúng nhìn thấy được và gây kích ứng da. Testosterone dạng gel dễ dung nạp hơn vì kích ứng da ít nhất.

Ảnh hưởng của Testosteron

Thay thế testosterone sẽ dẫn các tác động tích cực khác nhau, bao gồm:

Thành phần cơ thể và sức bền

Các nghiên cứu hiện nay cho thấy thành phần cơ thể thay đổi khi điều trị với testosterone. Khối mỡ ở nam giới cao tuổi thay đổi giống như bệnh nhân nam suy tuyến sinh dục trẻ tuổi, nhưng khối cơ và sức bền thì thay đổi ít hơn.

Xương

Testosterone làm giảm tỷ lệ thoái biến xương và làm tăng tỷ trọng xương, đặc biệt là xương sống.

Tim mạch

Testosterone làm giảm nguy cơ bệnh tim mạch ở nam giới: ảnh hưởng các lipoprotein (giảm cholesterol và LDL), trương lực mạch máu, các trị số tiểu cầu, hồng cầu và tiến trình xơ vữa. Chức năng tình dục: ham muốn tình dục và rối loạn cương + Ham muốn tình dục

Nam giới suy tuyến sinh dục thường giảm ham muốn tình dục. Tuy nhiên, nồng độ androgen huyết thanh đủ để ham muốn tình dục khác nhau giữa các cá nhân và phụ thuộc vào yếu tố tâm

lý và môi trường. Giảm ham muốn tình dục và lượng testosterone thấp là chỉ định rõ ràng cho điều trị.

+ Rối loạn cương

Cần lượng testosteron phù hợp cho cơ chế đáp ứng cương của dương vật: sản xuất nitric oxide synthase, phóng thích nitric oxide, và sự tăng tổng hợp chu kỳ guanine monophosphate dẫn đến giãn các tiểu động mạch và cơ trơn. Khi lượng adrogen giảm thấp, tiến trình này sẽ không hoàn chỉnh. Mức androgen cần thiết để duy trì tiến trình này vẫn chưa được xác định cụ thể, tuy nhiên chắc chắn khác nhau giữa người này với người khác.

Tác dụng phụ của việc điều trị testosterone

Chống chỉ định tuyệt đối trong điều trị testosterone: người có ung thư tuyến tiền liệt hoặc ung thư vú.

Sử dụng testosterone có thể gây một số tác dụng phụ đặc biệt ở người cao tuổi như:

Giữ nước: hiếm xảy ra. Trên những người nhạy cảm hoặc bệnh mạn tính, tình trạng giữ nước có thể xảy ra.

Độc gan: không còn là vấn đề với các chế phẩm testosterone ngày nay.

Ngưng thở khi ngủ: đã được báo cáo trầm trọng hơn khi dùng testosterone. Tuy nhiên, một nghiên cứu 36 tháng trên nam giới cao tuổi cho thấy không ảnh hưởng đến tình trạng khó thở (Liu, 2003).

Nữ hóa tuyến vú: Hiếm xảy ra vì hiếm khi làm tăng lượng estradiol. Tác dụng phụ này thường hết sau khi giảm liều testosterone.

Tuyến tiền liệt: Tăng sản lành tính tuyến tiền liệt và ung thư tuyến tiền liệt thường gấp ở đàn ông lớn tuổi, cả hai đều tiến triển với androgen. Những liệu pháp làm giảm androgen được sử dụng để điều trị cả hai bệnh này. Tuy nhiên, dù liệu pháp testosterone cho nam giới cao tuổi làm gia tăng nguy cơ trên các bệnh tuyến tiền liệt trên lâm sàng, nhưng ảnh hưởng trên cận lâm sàng vẫn chưa được biết rõ.

Đa hồng cầu: liệu pháp testosterone ở nam giới lớn tuổi thường dẫn đến tăng khối lượng hồng cầu và mức hemoglobin. Khi có tình trạng này, có thể ngưng liệu pháp testosterone, giảm liều hoặc thay đổi dạng testosterone khác.

TỔN THƯƠNG MẠCH MÁU NGOẠI BIÊN

1. Đại cương:

- Tổn thương mạch máu ngoại biên (tổn thương mạch máu ngoại biên) là 1 cấp cứu ngoại khoa.
- tổn thương mạch máu ngoại biên là loại tổn thương nặng cần được sơ cứu tốt, phẫu thuật kịp thời, đúng kỹ thuật mới có khả năng cứu sống và phục hồi lại sức lao động cho nạn nhân.
- Tác nhân gây tổn thương: Trong thời chiến chủ yếu là mảnh hóa khí, trong thời bình chủ yếu là vật sắc nhọn và chấn thương kín.

2. Triệu chứng và chẩn đoán:

2.1. Triệu chứng lâm sàng:

- Tùy theo thương tổn động mạch hay tĩnh mạch, tổn thương mạch máu có thông ra ngoài da hay không mà triệu chứng lâm sàng có những biểu hiện khác nhau:
 - Có vết thương trên đường đi của mạch máu.
 - Máu chảy nhiều qua vết thương.
 - Có khói máu tụ (có thể đậm theo nhịp mạch).
 - Biểu hiện thiếu máu cấp tính phần chi ở xa:
 - * Đầu chi lạnh, tái.
 - * Mắt vận động.
 - * Rối loạn hay mất cảm giác.
 - Khi đến chậm có thể biểu hiện hoại tử chi rõ: Đầu chi tím đen hay nổi bong (có chỗ trắng bợt xen lẫn tím bầm).
 - Biểu hiện mất máu toàn thân: niêm nhạt, mạch nhanh, huyết áp tụt...

2.2. Triệu chứng cận lâm sàng:

- Xét nghiệm về huyết học có tình trạng mát máu (hồng cầu, huyết sắc tố giảm.)
- Siêu âm Doppler mạch máu: thấy chỗ mạch máu tổn thương, khói máu tụ, giảm hoặc mất tuần hoàn đoạn xa.

- Chụp mạch máu có cản quang.
- Với siêu âm Doppler kết quả chẩn đoán đúng chỉ khoảng 70-80%.
- Chụp động mạch với máy DSA cho kết quả tốt. Nó giúp đánh giá đúng vị trí, giúp cho cuộc mổ thuận lợi hơn.
- Nếu không có DSA, có thể chụp ngay trong lúc mổ với máy XQuang di động thông thường.
- Chụp MSCTA dựng hình là phương tiện chẩn đoán không xâm nhập, cho chẩn đoán rất tốt, xác định đúng vị trí và loại tổn thương.
- Trong 1 số trường hợp nghi ngờ có tổn thương mạch máu ngoại biên mà không có điều kiện chụp mạch thì phải mổ thăm dò kiểm tra sự toàn vẹn của mạch máu.

3. Điều trị các tổn thương mạch máu ngoại biên:

3.1. Sơ cứu kỳ đầu: với 2 mục đích:

- Cầm máu tạm thời:

- Gập chi tối đa (trong các trường hợp tổn thương mạch máu ở gần khoeo chân hay khuỷu tay).
- Dùng tay chèn lên trên đường đi của mạch máu ở đầu gân.
- Băng ép có trọng điểm: là loại băng ép có độn thêm 1 cục gạc hay 1 cuộn băng lên đúng vị trí chảy máu để tăng hiệu quả cầm máu.

Đối với vết thương mạch máu vùng cổ khi băng ép có trọng điểm cần có 1 nẹp gỗ ở phía đối diện để có hiệu quả cầm máu đồng thời không làm ngạt thở nạn nhân.

• Garo: dùng 1 băng băng cao su quấn phía trên và sát vết thương sau đó siết chặt. Đây là biện pháp cầm máu tạm thời tốt nhưng có thể gây hoại tử chi nếu để muộn không mổ kịp thời. Chỉ nên garo trong 1 số trường hợp đặc biệt sau:

- * Chi đã cắt cụt tự nhiên sau khi bị thương.
- * Chi bị dập nát không thể bảo tồn.
- * Garo trước để chuẩn bị cho phẫu thuật tránh chảy máu trong mổ.

- Chóng sốc:

- Truyền máu và các dịch thay thế máu.
- Nẹp chi nếu có gãy xương.

- Làm thông đường khí đạo, thở oxy và các biện pháp chống sốc khác ...

3.2. Điều trị phẫu thuật các tổn thương mạch máu ngoại biên:

- Chọn phương pháp vô cảm tủy trường hợp cụ thể mà gây mê, tê tại chỗ hoặc tê vùng.
- Chọn đường mổ: Thuận lợi cho phẫu thuật viên và người gây mê
- Chọn loại phẫu thuật: Mục đích của phẫu thuật là cầm máu cứu sống bệnh nhân và phục hồi lại chức năng của cơ thể:
 - Cột thắt các mạch máu: chỉ dùng trong các trường hợp khi cột các mạch máu này nguy cơ hoại tử chi ít hoặc không đáng kể. Cần theo dõi kỹ để tránh dẫn tới cắt cụt chi.
 - Phục hồi lưu thông dòng máu: có gắng thực hiện nếu có điều kiện.
- * Khâu bên.
- * Nối mạch.
- * Ghép mạch (tĩnh mạch tự thân hoặc mảnh ghép nhân tạo)
- Nối chi: Trong 1 số trường hợp đến sớm, phần chi thể đứt rời còn tốt và được đặt trong túi ướp đá lạnh.
- Cắt cụt chi: được chỉ định trong trường hợp:
 - * Chi dập nát nhiều không thể bảo tồn.
 - * Chi bị hoại tử do garo lâu.
 - * Khi phẫu thuật không hiệu quả khiến chi bị hoại tử.

3.3. Biến chứng sau mổ:

- Nhiễm trùng và chảy máu thứ phát (2-4%), thường thì vào ngày thứ 3 đến ngày thứ 7 sau mổ. Phải mổ lại cột 2 đầu mạch máu tổn thương.
 - Suy thận cấp: thường biểu hiện ở các trường hợp đến muộn chi đã hoại tử cần lọc máu ngoài thận, cắt cụt chi, hay cắt lọc sớm các mô hoại tử.
 - Hoại tử chi sau phẫu thuật cột mạch, phục hồi lưu thông hay nối chi: cần phải theo dõi và cắt cụt sớm.
-

142/ ĐIỀU TRỊ U PHẾ QUẢN

U PHẾ QUẢN

1. Lâm sàng:

- Ho ra máu.
- Đau ngực.
- Khó thở.
- Sụt cân, ăn kém ngon.
- Viêm phổi tái đi tái lại.
- Hội chứng tĩnh mạch chủ trên: phù mặt, cổ, 2 tay kèm tím tái, tuần hoàn bàng hạch ở ngực, lưng.
- Liệt thần kinh hoành, thần kinh quặt ngược, hội chứng Hornet.

2. Cận lâm sàng:

2.1. Các xét nghiệm giúp chẩn đoán xác định:

- Xquang phổi: có khối mờ nghi ngờ u.
- CT Scan ngực.
- Nội soi phế quản.
- FNA qua da: chọc hút xuyên thành ngực bằng kim nhỏ mù hoặc dưới hướng dẫn của siêu âm hoặc CT Scan ngực đối với những khối u lớn nằm sát thành ngực.

2.2. Các xét nghiệm đánh giá giai đoạn bệnh:

- CT Scan ngực: đánh giá mức độ xâm lấn trung thất, màng phổi.
- Siêu âm bụng hoặc chụp CT Scan bụng: đánh giá di căn gan, thượng thận.
- Chọc dò màng phổi, sinh thiết màng phổi (nếu có tràn dịch màng phổi) xét nghiệm sinh hóa, tế bào lợ (cell block).
- X quang xương: đánh giá có hủy xương nếu đau nhức xương.

- Xạ hình xương: nếu đau nhức xương hoặc có tăng alkaline phosphatase máu.
- CT Scan não khi bệnh nhân có biểu hiện bất thường hệ thần kinh trung ương.
- MRI: ít có vai trò trong chẩn đoán, ngoại trừ đánh giá xâm lấn tuy sống, di căn đốt sống.
- PET: độ chính xác cao trong chẩn đoán và đánh giá giai đoạn ung thư phổi. Không nên chỉ định thường qui đối với u phổi giai đoạn sớm vì phẫu thuật giúp đánh giá giai đoạn chính xác nhất.
- Soi trung thất: đánh giá di căn hạch giai đoạn N2 hay N3 để giúp quyết định phẫu thuật, đặc biệt đối với các trường hợp không xác định được qua chụp CT Scan ngực hoặc PET.
- Soi màng phổi: trong trường hợp tồn thương dày màng phổi hoặc tràn dịch màng phổi nghi ngờ ác tính mà sinh thiết màng phổi mù không xác định được.
- Mổ lồng ngực: cho các trường hợp không đánh giá được trước mổ.

2.3. Các xét nghiệm khác:

Tumor marker: CEA, TPA. Có độ nhạy cảm và đặc hiệu thấp nên không dùng để truy tầm ung thư và không có ý nghĩa chẩn đoán sớm mà chỉ để theo dõi diễn tiến của K phế quản.

3. Phân chia giai đoạn bệnh: theo TNM

3.1. Phân chia giai đoạn ung thư phổi không phải tế bào nhỏ:

T(khối u)	N(hạch)	M(di căn)	Giai đoạn
T1: u < 3cm	N0: chưa di căn hạch	M0: chưa di căn xa	IA
			IB
T2: u > 3cm, u PQ gốc cách carina > 2cm, xâm lấn màng phổi tạng, rốn phổi, xẹp phổi 1 phần			
T1	N1: hạch rốn phổi cùng	M0	IIA
T2	bên		IIB
T3: u phế quản gốc cách carina < 2cm, xâm lấn màng phổi thành, cơ hoành, màng tim, màng phổi trung thất, xẹp phổi toàn bộ	N0		IIB
T3	N1	M0	IIIA
T1	N2: hạch trung thất cùng		
T2	bên, hạch dưới carina		
T3			

T4: u xâm lấn trung thất, tim, mạch máu lớn, khí quản, thực quản, cột sống, carina, tràn dịch màng phổi ác tính.	N0	M0	IIIB
	N1		
quản, cột sống, carina, tràn dịch màng phổi ác tính.	N2		
Bất kì T	N3: Hạch trung thất đối bên, hạch rốn phổi đối bên, hạch thượng đòn		
Bất kì T	Bất kì N	M1: có di căn xa	IV

3.2. Phân chia giai đoạn đối với ung thư phổi tế bào nhỏ:

- a) Giai đoạn còn khu trú: khối u khu trú ở 1 bên lồng ngực, trong 1 trường hợp xạ trị.
- b) Giai đoạn lan tỏa: Khối u đã có di căn xa hay có tràn dịch màng phổi do ung thư.

4. Điều trị:

4.1. Điều trị ung thư phổi không phải tế bào nhỏ:

Giai đoạn	Điều trị
I	Phẫu thuật cắt thùy phổi
II	
IIIA chưa lan rộng	Phẫu thuật + xạ trị sau mổ
IIIA lan rộng (N2)	Hóa trị 2-3 chu kỳ trước mổ + phẫu thuật
IIIB, IV	Hóa trị hoặc điều trị nâng đỡ

4.2. Điều trị ung thư phổi tế bào nhỏ:

Giai đoạn	Điều trị
Khu trú	Đa hóa trị (6 đợt) + xạ trị lồng ngực + xạ trị dự phòng não (trường hợp đáp ứng hoàn toàn)
Lan tỏa	Đa hóa trị

5. Kế hoạch theo dõi:

- Bệnh nhân u phổi giai đoạn sớm sau mổ cần theo dõi chụp Xquang phổi định kỳ mỗi 3 tháng để phát hiện tái phát.

- Bệnh nhân đang điều trị hóa chất, được theo dõi công thức máu sau hóa trị vào ngày 10 và ngày 15, kiểm tra chức năng gan, thận, công thức máu trước mỗi đợt hóa trị, và theo dõi triệu chứng sốt.

- Hoãn hóa trị lại 1 tuần nếu Neutrophil <1500 hay tiểu cầu <100000

6. Chiến lược phòng bệnh:

- Khuyên mọi người không hút thuốc lá vì thuốc lá được xem là yếu tố quan trọng nhất gây ra ung thư phổi.

- Cải thiện môi trường sống.

143/ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ U BUỚU BÀNG QUANG

BUỚU BÀNG QUANG

Phân loại TNM (2009)

T - Bướu nguyên phát

TX không đánh giá được T0 không bướu

Ta carcinom khu trú ở niêm mạc Tis (CIS) Carcinoma in situ: carcinom phẳng T1 chân bướu đến lớp dưới niêm T2 xâm lấn cơ

T2a xâm lấn lớp cơ nông (lớp trong)

T2b xâm lấn lớp cơ sâu (lớp ngoài)

T3 ra ngoài lớp cơ, ngoài bàng quang T3a vi thể

T3b đại thể (khối u ngoài bàng quang)

T4 xâm lấn tuyến tiền liệt, tử cung, âm đạo, thành chậu

T4a xâm lấn tuyến tiền liệt, tử cung, âm đạo

T4b xâm lấn thành chậu

N - hạch bạch huyết

NX không đánh giá được

N0 chưa di căn hạch

N1 di căn 1 hạch tại vùng chậu (hạ vị, bìt, trước thiêng, chậu ngoài)

N2 di căn nhiều hạch tại vùng chậu (hạ vị, bìt, trước thiêng, chậu ngoài)

N3 di căn hạch quá vùng chậu

M - di căn cơ quan

MX không đánh giá được

M0 chưa di căn cơ quan khác

M1 có di căn cơ quan khác

Phân loại bướu chưa và đã xâm lấn cơ

Bướu chưa xâm lấn cơ (bướu nồng): Ta, T1, CIS

Bướu đã xâm lấn cơ (bướu sâu): T2, T3, T4

Phân loại mô học WHO (1973 và 2004)

WHO 1973

Bướu dạng gai niệu mạc

Grade 1: biệt hóa tốt

Grade 2: biệt hóa vừa

Grade 3: biệt hóa kém WHO 2004 Sang thương phẳng

Tăng sản

Phản ứng không điển hình Dị sản niệu mạc

Bướu phang: CIS (carcinom phang)

Bướu dạng gai Lành tính

Bướu dạng gai tiềm năng hóa ác thấp (PUNLMP, Papillary urothelial neoplasms of low malignant potential)

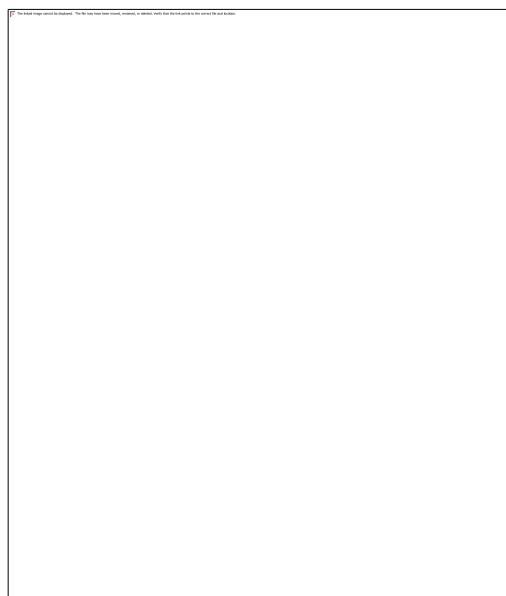
Carcinom niệu mạc dạng gai grade thấp Carcinom niệu mạc dạng gai grade cao



BUỚU CHUA XÂM LÂN CƠ (BUỚU NÔNG)

Chẩn đoán

1. Bệnh sử: chú ý đến thói quen (hút thuốc) và nghề nghiệp. Khai thác tất cả các triệu chứng của đường tiết niệu dưới, chú ý đến triệu chứng tiêu máu.
2. Siêu âm thận và bàng quang, CT scan, Xquang có cản quang (UIV) chỉ nên thực hiện trong một số trường hợp chọn lọc (ví dụ: bướu ở vung tam giác bàng quang)
3. Soi bàng quang thực hiện trong tất cả các trường hợp nếu có nghi ngờ đến bướu bàng quang
4. Khi soi bàng quang phải mô tả tất cả các bất thường thấy được. Nếu có bướu đại thể, cần ghi nhận vị trí, kích thước, số lượng, hình dạng. Nên vẽ lại so đồ: chú ý đến các vị trí như đỉnh, các mặt thành trước, thành sau, 2 thành bên, vùng tam giác, 2 lỗ niệu quản, cổ bàng quang, niệu đạo sau, tuyến tiền liệt.



Hình ảnh sơ đồ các vị trí cần ghi nhận

Cắt đốt nội soi (TURBT)

1. Là phương pháp điều trị cơ bản đối với búrú chưa xâm lấn cơ
2. Trước khi đặt máy: khi bệnh nhân đã được gây mê, phải thăm khám kỹ bằng ấn chấn 2 tay sau khi đã lấy hết nước tiểu ra khỏi bàng quang.
3. Trước khi cắt đốt: quan sát từ niệu đạo vào đến trong bàng quang, tất cả các vị trí nghi ngờ, ghi nhận lại sơ đồ. Sinh thiết những vị trí nghi ngờ.
4. Đối với búrú có kích thước < 1 cm, cắt đốt lấy búrú nguyên khối, có lớp cơ trong mẫu bệnh phẩm
5. Đối với búrú có kích thước > 1 cm, có thể cắt đốt từng phần búrú, cần có lớp cơ trong mẫu bệnh phẩm
6. Khi có búrú tại vùng tam giác và cổ bàng quang thì cần phải sinh thiết thêm tại niệu đạo sau
7. Nên có máy soi huỳnh quang (fluorescence-guided-PDD) kiểm tra lại và hướng dẫn sinh thiết nếu thấy hoặc nghi ngờ có hiện diện của CIS
8. Các mẫu bệnh phẩm phải để riêng biệt, đánh dấu các vị trí trên sơ đồ trước khi gửi thử GPB
9. Cắt đốt lập lại trong vòng 2 - 6 tuần trong các trường hợp sau:
 - + Không có lớp cơ trong bệnh phẩm
 - + CIS, T1, biệt hóa kém (G3)

Phân nhóm nguy cơ

1. Nguy cơ thấp

Tiên phát, một búrú, Ta, G1 (low grade), < 3 cm, không có hiện diện CIS

2. Nguy cơ trung bình

Không thể xắp vào (ở giữa) 2 nhóm kia

3. Nguy cơ cao

• T1

• G3

• CIS

• Nhiều búrú và tái phát

- Ta G1G2 kích thước > 3 cm

4. Nguy cơ rất cao

- T1G3 kết hợp CIS, có nhiều búrú hay kích thước lớn > 3cm, búrú tái phát, ở vị trí niệu đạo sau
- Tái phát sau điều trị hỗ trợ bằng BCG

Điều trị hỗ trợ sau cắt đốt búrú

1. Điều trị hỗ trợ phải dựa trên kết quả phân loại nhóm nguy cơ
2. Hóa trị tại chỗ (thuốc bơm vào bàng quang) chu phẫu : nhóm nguy cơ thấp và trung bình. Chống chỉ định nếu thủng bàng quang hoặc không cầm màu tốt
3. Nhóm nguy cơ thấp : chỉ cần 1 lần duy nhất (chu phẫu)
4. Nhóm nguy cơ trung bình : cần tiếp tục hóa trị tại chỗ trong tối đa 1 năm bằng hóa chất hay BCG. Nếu sử dụng BCG thì phải thực hiện tối thiểu 2 tuần sau cắt đốt và khi chắc chắn tồn thương tại bàng quang đã lành hẳn
5. Nhóm nguy cơ cao : cần tiếp tục điều trị miễn nhiễm tại chỗ trong 1-3 năm bằng BCG
6. Chống chỉ định BCG : đang bị, đang điều trị lao hệ tiết niệu hay lao tại các cơ quan khác. Đang nhiễm trùng hệ tiết niệu. Tiêu máu đại thể. Thể trạng kém.
7. Chưa có phác đồ thật chuẩn (về số lần và thời gian giữa 2 lần bơm) cho hóa trị tại chỗ. Hiện có thể sử dụng Doxorubicin, Epirubicin hay Mitomycin C với liều 40 - 50 mg cho mỗi lần bơm thuốc. Có thể sử dụng nước cát hay NaCl 0,9% để pha thuốc. Chú ý đến nồng độ và pH dung dịch khi pha . Thời gian giữ thuốc trong báng quang từ 1-3 giờ.

Cắt bàng quang tận gốc : nhóm nguy cơ rất cao

BƯỚU XÂM LÂN CƠ (BƯỚU SÂU)

Cắt bàng quang tận gốc : là phương pháp điều trị cơ bản

Tùy thể trạng bệnh nhân, tuổi, tình trạng chức năng thận, đã từng mổ hay có bệnh lý trên hệ tiêu hóa không, và ý muốn chủ quan của bệnh nhân, thì sau cắt bàng quang có thể chọn lựa một trong các phương thức chuyển lưu nước tiểu sau :

Chuyển lưu không kiểm soát :

+ Đem 2 niệu quản ra da

+ Ông hồi tràng hay óng đai tràng

Chuyển lưu có kiểm soát :

+ Túi hồi tràng, hồi-manh tràng, đai tràng

+ Bàng quang trực vị

144/ ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG THẦU NGỰC

VẾT THƯƠNG THẦU NGỰC

1. Định nghĩa:

vết thương gọi là thầu ngực khi có thủng lá màng phổi thành. Tác nhân gây thương tích có thể là hoả khí hay bạch khí. Tùy mức độ xuyên thấu, kích thước, vận tốc di chuyển của vật gây thương tích mà tổn thương một hay nhiều cơ quan và ở những mức độ khác nhau.

2. vết thương phổi-màng phổi:

Hay gặp nhất trong vết thương ngực. Chia làm 3 loại: Tràn khí màng phổi kín, hở và có van.

2.1 Tràn khí màng phổi kín:

+ Khi vết thương được bít kín ngay bằng tổ chức xung quanh, khoang ngực không bị thông thương với bên ngoài.

+ Lâm sàng có nhiều mức độ: đau ngực, khó thở, suy hô hấp, sốc ...

+ X-Quang: xác định lượng khí ít hay nhiều, tụ máu trong nhu mô phổi ...

2.2. Tràn khí màng phổi mở:

+ Khi vết thương làm hở thành ngực, khoang ngực thông thương tự do với bên ngoài.

+ vết thương hở nhỏ: dấu phì phò, khó thở.

+ vết thương hở rộng: khi lớn hơn 3cm, hở trên 2/3 đường kính khí quản, sẽ gây hô hấp đảo chiều và lắc lư trung thất., nhanh chóng suy hô hấp và rối loạn tuần hoàn.

+ X-Quang: có thể kèm tràn máu màng phổi.

2.3. Tràn khí màng phổi van:

+ vết thương thành ngực hoạt động như 1 cái van, không khí từ ngoài vào mà không ra được, chỉ theo 1 chiều, làm áp lực tăng nhanh chóng gây chèn ép tim và các cuống mạch, phổi.

+ Khó thở nặng, vật vã, tím tái, sôc.

+ Bên tràn khí âm phế bào giảm, gõ vang, tĩnh mạch cỗ nổi, tràn khí dưới da

+ X-quang: Tràn khí màng phổi có thể kèm tràn máu, khí quản bị đẩy lệch, có thể có tràn khí trung thất.

2.4. Tràn máu màng phổi:

+ Hội chứng thường gặp nhất trong vết thương thấu ngực. Nguyên nhân có thể là từ thành ngực hoặc do những cơ quan bên trong.

+ Lâm sàng tùy thuộc vào mức độ mất máu.

+ Đau ngực, khó thở, sôc, ho ra máu khi có tổn thương thông vào đường thở.

+ Hội chứng ba giảm bên có tràn máu, có thể kèm tràn khí màng phổi.

+ Tĩnh mạch cỗ nổi khi có chèn ép trung thất, chèn ép tim.

+ Cận lâm sàng: Xquang ngực xác định lượng dịch trong khoang màng phổi, chọc dò xác định máu trong khoang màng phổi. Tùy tổn thương phổi hợp mà có chỉ định làm CT Scan, MRI...

3. Vết thương tim: Cấp cứu khẩn cấp

-Khai thác bệnh sử, tư thế bệnh nhân và đặc điểm của vật gây thương tích cũng giúp cho hướng chẩn đoán.

-Vị trí vết thương trên thành ngực là một yếu tố nghi ngờ có tổn thương ở tim: trong tam giác Kocher hoặc tứ diện giải phẫu của tim. Vết thương sau lưng tới, thượng vị, hoặc bên phải ...

-Lâm sàng: hội chứng mất máu cấp hoặc hội chứng chèn ép tim cấp (Tam chứng Beck). -Cận lâm sàng:

- Chụp Xquang ngực thẳng: bóng tim hình giọt nước.

- Siêu âm tim có vai trò quan trọng trong chẩn đoán nhưng chỉ có thể làm khi huyết động còn ổn định.

- Điện tim: cho thấy giảm điện thế của QRS khi tim bị chèn ép...

4. vết thương các mạch máu lớn trong lòng ngực:

- Là vết thương của các mạch máu thuộc cuống tim, cuống phổi và các nhánh chính của chúng. Cần cấp cứu khẩn cấp như một vết thương tim.

+ Vết thương ngực, khó thở, đau, máu chảy ra ngoài hoặc vào trong lòng ngực.

+ Sốc mất máu.

+ Đôi khi có chèn ép tim cấp do máu chảy vào khoang màng tim.

+ Cận lâm sàng:

- Chụp Xquang ngực thẳng cho thấy trung thất trên giãn rộng trên 8cm hoặc tỉ lệ tim/ngực lớn hơn 0,28.

- Nếu huyết động ổn định: dùng siêu âm chẩn đoán, chụp động mạch, CT Scan, MRI là những phương tiện chẩn đoán chính xác nơi tổn thương.

5. vết thương khí quản ngực và phế quản: Không bao gồm khí quản cỗ

- Tràn khí trung thất, tràn khí màng phổi và tràn khí dưới da.

- Khó thở nặng, ho và có thể ho ra máu.

- Đặc biệt dẫn lưu khí được hút dưới áp lực và trong nhiều giờ mà phổi không nở.

- Cận lâm sàng: Chụp XQuang ngực cho thấy tràn khí, tràn máu màng phổi và xẹp phổi, CT Scan đa lớp cắt có dựng hình có thể phát hiện được vị trí thủng khí -phế quản, nội soi mềm là phương tiện chẩn đoán xác định.

6. vết thương thực quản ngực:

Là loại tổn thương ít gặp do vị trí cơ quan nằm sâu trong trung thất sau.

- Lúc đầu triệu chứng mờ nhạt nhưng khi vào giai đoạn viêm tấy sẽ có đau ngực nhiều, khó thở, không dám nuốt, mạch nhanh, nhiễm trùng tiến triển có thể có nhiễm trùng huyết.

- Nếu lỗ thủng ở vùng 1/3 dưới: đau ở đầu dưới xương ức, thương vị.

- Nếu thực quản và khí quản bị tổn thương cùng lúc gây rò khí-thực quản: khi ăn hoặc uống là ho sặc sụa, khạc ra thức ăn đồ uống. Nếu lỗ rò nhỏ sẽ không có triệu chứng này.

- Cận lâm sàng: XQuang ngực: thường có tràn khí trung thất ở ngay trên cơ hoành,có thể có tràn khí màng phổi,tràn dịch màng phổi.

- Chẩn đoán xác định bằng chụp thực quản có cản quang hoặc soi thực quản.

7. vết thương ngực-bụng:

Là loại vết thương có thủng cơ hoành.

- Vị trí vết thương và tìm hiểu hướng đi của vật gây thương tích giúp chẩn đoán.

- Sốc là thường gặp, đau ngực, khó thở, ho khạc ra máu, tràn khí hoặc máu màng phổi.

- Triệu chứng của vết thương bụng: Đau bụng, xuất huyết trong ổ bụng, viêm phúc mạc...

- Thoát vị các tạng ở bụng lên ngực gây rối loạn hô hấp và tuần hoàn nặng, nhanh chóng.

- Cận lâm sàng: XQuang ngực, Xquang bụng không hoặc có chất cản quang, siêu âm và CT Scan là những phương tiện chẩn đoán hiệu quả.

- Nội soi ổ bụng.

8. Nguyên tắc điều trị:

Nguyên tắc điều trị nói chung không khác trong điều trị cấp cứu ngoại khoa chấn thương ngực kín.

8.1.vết thương ngực hở rộng:

- Ở tuyến sơ cứu dùng băng, gạc tẩm Vaseline đắp kín lỗ hổng rồi băng lại và bên ngoài dán băng kéo kín không để không khí lọt qua và chuyển ngay về tuyến điều trị chuyên khoa.

- Nguyên tắc là phải khâu kín thành ngực, nếu khẩn cấp chỉ cần khâu da trước.

- Kỹ thuật mổ: có thể dùng kỹ thuật chuyển vạt cơ, khâu treo cơ hoành hoặc dùng mảnh ghép nhân tạo. Phối hợp kiểm tra những cơ quan trong khoang ngực khi mở ngực do vết thương ngực hở rộng.

8.2. Mở ngực cấp cứu:

- Khi chẩn đoán có vết thương tim, vết thương mạch máu lớn trong lồng ngực, vết thương ngực hở rộng, vết thương ngực gây tràn khí có van.

- Rách khí-phế quản: tốt nhất là được xử trí trong vòng 24 giờ đầu sau khi bị thương.

- Vết thương thủng cơ hoành nếu chưa có chỉ định mở ngực thì thông thường mở bụng để kiểm tra tổn thương trong khoang bụng và khâu cơ hoành qua đường mở bụng.

8.3. vết thương thủng thực quản đến muộn:

- Đã nhiễm trùng rõ, viêm tủy, tụ mủ. Mục đích lúc này không phải là khâu trực tiếp mà mở ngực loại bỏ mô hoại tử, ô nhiễm trùng, rửa liên tục bằng nước sinh lí có pha Betadine.

- Nuôi ăn bằng đường tĩnh mạch và qua sonde dạ dày, đặt sonde mũi thực quản để tránh không cho nước bọt chảy qua chỗ vết thương và yêu cầu bệnh nhân khác ra không nuốt nước bọt.

- Khi hết nhiễm trùng trung thất, bệnh nhân ổn định mổ tạo hình thực quản.

145/ PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TẾ BÀO GAN

PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TẾ BÀO GAN

Ung thư gan (UTG) đứng hàng thứ 5 UT thế giới và hàng 1-2 UT ở Việt Nam.

UTG có dự hậu xấu, khoảng 70-80% BN UTG bị xơ gan hay viêm gan mạn do siêu vi viêm gan B hay C.

Chẩn đoán sớm khó khăn do triệu chứng lâm sàng mơ hồ. Do đó hình ảnh học có tính quyết định là CT-scan. Giai đoạn muộn BN nhập viện với tình trạng suy gan, suy kiệt, vàng da...

Điều trị tùy thuộc tình trạng BN, chức năng gan và kích thước khối u. Trong đó cắt gan là điều trị triệt để.

1. Tầm soát UTG:

Siêu âm và đo AFP mỗi 3-6 tháng cho BN có nguy cơ cao: xơ gan, viêm gan do SVB hay SVC.

2. Chẩn đoán:

2.1. Lâm sàng:

- BN có đau $\frac{1}{4}$ bụng trên (P), có thể có gan to, sụt cân.
- TS nhiễm SVB hay C.
- Giai đoạn muộn có tình trạng suy kiệt, suy gan, vàng da, báng bụng...

2.2.Sinh hóa:

- Công thức máu, chức năng đông máu, chức năng gan (ALT, AST, Bilirubin, Albumin, Creatinin/ máu.)
- xếp loại giai đoạn UTG theo BCLC (bệnh viện UTG Barcelona)

Giai đoạn	PS	Tình trạng khối u	Chức năng gan (Child-Pugh)
0 (Rất sớm)	0	1 u < 2cm	A
A (sớm)	0	1 u < 5cm hay < 3u và u < 3cm	A - B
B (trung gian)	0	U lớn, nhiều u	A - B
C (tiến triển)	1-2	U mọi kích thước, huyết khối TMC hay di căn ngoài gan	A - B
D (cuối)	3-4	Bất kỳ	C

Đánh giá chức năng gan theo Child-Pugh

Thông số	1 điểm	2 điểm	3 điểm
Bilirubin huyết thanh (mg%)	< 2	2 - 3	>3
Albumin huyết thanh (g%)	< 3,5	2,8 - 3,5	< 2,8
INR	< 1,7	1,71 - 2,2	>2,2
Báng bụng	không	Kiểm soát được bằng thuốc	Khó kiểm soát
Bệnh lý não gan	không	Kiểm soát được bằng thuốc	Khó kiểm soát

Từ 5-6 điểm: Child-Pugh A (xơ gan còn bù). 7-9 điểm: Child-Pugh B (xơ gan mất bù) 10-15 điểm: Child pugh c (xơ gan mất bù).

- AFP thường tăng cao trong 70-80% TH

2.3.Hình ảnh học: tính chất quyết định chẩn đoán.

- CT-scan: hình ảnh khối u tăng quang thì động mạch và thoát quang thì TM cửa. MRI chỉ cần thiết khi UTG nhỏ khó xác định, cần phân biệt u gan khác.

2.4: Chẩn đoán xác định:

- AFP tăng > 400 ng/ml
- CT scan: hình ảnh điện hình trên.
- Sinh thiết kim trong TH không có tiêu chuẩn chẩn đoán trên CT scan.

3. Phác đồ điều trị: (theo hướng dẫn của Bộ Y tế)

3.1. Điều trị triệt để:

- Phẫu thuật cắt gan: cắt bỏ phần gan có khối u theo giải phẫu. Tránh suy gan sau mổ bằng cách để lại thể tích gan ≥ 50%. Áp dụng cho Giai đoạn 0, A, B.
- Phẫu thuật ghép gan: theo tiêu chuẩn Milan: 1 u < 5cm hay < 3 u, < 3cm.
- Hủy u bằng sóng cao tần hay chích cồn tuyệt đối: cho giai đoạn A,B .

3.2. Tác mạch hóa trị (TACE): cho ung thư giai đoạn trung gian.

3.3. Hóa trị nhắm đích:

- VỚI Sorafenib (250mg) 4 viên/ ngày, áp dụng cho giai đoạn C, tiến xa.
- Điều trị triệu chứng: giảm đau, nâng đỡ tổng trạng, áp dụng cho giai đoạn cuối

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Llovet JM. J. National Cancer Inst. (2008). 100: 698-711
2. Makuuchi M. World J Gastroenterology (2006) 12: 828-829.
3. Maingot's Abdominal Operation, edition 11th (2011) The liver . Chapter 7..
4. Sabiston textbook of surgery edition 19th (2012), The liver. Chapter 54.
5. Schwartz Principal of surgery, edition 9th (2010) Liver . Chapter 31.

PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ NANG GIÁP LƯỠI

Là một tật bẩm sinh, thường được phát hiện sớm trong thời niên thiếu. Nhưng bệnh cũng gặp ở người lớn, với bệnh cảnh tái phát của những đường dò, nang vùng cổ sau mổ. Phẫu thuật các bệnh này thường khó và kết quả không chắc chắn (dễ tái phát).

1. Sơ lược về phôi học và giải phẫu học:

Là một đường ống và nang bẩm sinh có vị trí ở đường giữa cổ, nguồn gốc từ sự tồn tại của ống giáp lưỡi. Từ cuối tuần thứ 3 của phôi, nơi khoảng giữa của vùng đáy lưỡi xuất hiện lỗ tịt chứa những tế bào nội mạc, là mầm của tuyến giáp. Các tế bào mầm này di chuyển dần xuống phía dưới vùng cổ bằng cách lõm dần từ giữa lỗ tịt, hình thành một đường ống. Ông này chạy dần xuống theo đường giữa cổ, ngang qua sau xương móng và trước các sụn thanh quản. Đến tuần thứ 7, đầu ống cùng các tế bào mầm tuyến giáp dừng lại ở trước khí quản cổ và phát triển thành tuyến giáp. Nếu tiến trình di chuyển xuống dưới của các tế bào mầm này không xảy ra hoặc dừng lại bất cứ đâu trên đường đi sẽ hình thành các tuyến giáp lạc chỗ. Các tuyến giáp lạc chỗ này có thể tồn tại cùng với tuyến giáp chính hay không. Bình thường, đường ống này tự thoái triển sau khi tuyến giáp hình thành. Sự tồn tại của đường ống và sự phát triển đây đó trên đường ống của các tế bào biểu mô tiết nhày hay tế bào giáp là nguồn gốc của đường ống, nang và dò giáp lưỡi.

Có thể có nhiều nang hình thành trên đường dò. Vị trí hay gặp nhất là ngay dưới xương móng, có thể nằm hơi lệch sang 1 bên. Kích thước thường từ 2-4cm đường kính và tăng dần theo thời gian có thể đến 7-8cm. Nang thường lớn lên đột ngột sau một đợt viêm nhiễm cấp tính đường hô hấp trên, đây cũng chính là thời điểm phát hiện nang.

Xác định quan hệ vị trí giữa thân xương móng và đường ống là vấn đề có nhiều bàn cãi, đường ống có thể chạy sau xương móng (30%) hoặc trước thân xương móng hoặc ra sau rồi uốn lượn theo bờ dưới thân xương móng để lên đáy lưỡi qua mặt trước thân xương móng hoặc xuyên thân xương móng.

Đây là nhóm nang và dò giữa cổ. Cần phân biệt với nhóm nang và dò khe mang có vị trí cạnh cổ. Cũng là một tật bẩm sinh không phải hiếm gặp. Tỉ lệ 2% đến 7% tùy theo tác giả.

2. Dấu hiệu và triệu chứng:

Dấu hiệu lâm sàng điển hình:

- Nang và dò ở đường giữa cổ.

- Nang căng, nẩy, phía trên nang là đường óng sờ thấy được dưới da, óng này dãn lên trên và tiếp xúc với xương móng.
- Nang và đường óng di động cùng với thanh quản khi bệnh nhân nuốt hay thè lưỡi ra.
- Chứa dịch trong suốt, vàng, rất quánh.
- Nếu bị dò ra da, lỗ dò cũng ở đường giữa cổ. Khi đã có dò thì thường không còn nang. Lỗ dò thường mở ra trên vùng sẹo cũ. Ngoài đợt nhiễm trùng, dịch từ đường dò có tính chất như dịch trong nang.

Dấu hiệu cận lâm sàng:

- Siêu âm: dạng nang ít cản âm, giúp phân biệt với các tuyến giáp lạc chỗ (dạng đặc)
- CT Scan, MRI: giúp phát hiện những nang nằm trong khối cơ lưỡi, còn gọi là nang giáp lưỡi trong. Dạng này có thể gây khó thở trên trẻ sơ sinh.
- Phóng xạ đồ tuyến giáp và vùng quanh giáp: định vị tuyến giáp chính.

3. Điều trị:

Phẫu thuật Sistrunk:

- Lấy bỏ toàn bộ thành một khối gồm nang, đường óng dưới xương móng, thân xương móng, đường óng trên xương móng, cắt hình ellipse quanh lỗ tịt.
- Đường óng trên thân xương móng được bóc tách nguyên khối trong một dải cơ đáy lưỡi cho đến càng gần lỗ tịt càng tốt.
- Cắt thân xương móng, không may khép hai đầu xương còn lại.

Nguy cơ và biến chứng:

- Tái phát. Do còn sót những tế bào thượng mô tiết nhày của đường óng.
 - > Không cắt thân xương móng: tỉ lệ tái phát trên 33%.
 - > Mổ lần hai trở đi: tỉ lệ tái phát là 30%.
 - > Mổ lúc còn viêm cấp: tỉ lệ tái phát là 24%.
 - > Đã có lỗ dò ra da.
 - > Phẫu thuật khi bệnh nhân còn nhỏ tuổi.

> Nang bị bẽ lúc bóc tách.

Mỗi đúng theo phương pháp của Sistrunk, tỉ lệ tái phát 4%- 7%.

Dấu hiệu của sự tái phát có thể xuất hiện ngay khi bệnh nhân còn nằm viện hoặc sau nhiều năm, trung bình là 4 tháng: khối mô viêm, nang giả, dò dịch nhày quanh từ vết mổ.

- Tồn thương dây thần kinh thanh quản trên và XII: hiếm, thường xảy ra trong khi mổ những trường hợp tái phát.
- Bít tắc đường thở do sưng, phù nề, tụ máu vùng đáy lưỡi và ngăn giáp - móng - thanh thiết. Có khi cần mở khí quản.
- Nhiễm trùng.
- Dò nước bọt ra da: hiếm.

Chăm sóc hậu phẫu:

- Làm chẩn đoán mô học bệnh phẩm, chú ý phát hiện các tế bào ác tính tiêm ẩn thường là ung thư tuyến giáp dạng nhú, nhất là trên những bệnh nhân đã được xạ trị ở vùng cổ.
- Dẫn lưu tốt hố mổ.
- Nuôi ăn đường tĩnh mạch trong 48h nếu hạ họng bị mở trong khi mổ.
- Kiểm soát kỹ đường thở, phát hiện máu tụ trong hố mổ kịp thời.
- Kiểm tra giọng nói của bệnh nhân.
- Kháng sinh trị liệu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- 1) Mai Thé Trạch - Nguyễn Thy Khuê (2003). “Tuyến giáp”, nội tiết học đại cương, Nhà xuất bản y học, trang 131-196
- 2) Chester Rigway E. (1992), “ClinicalEvaluation of solitary ThyroidNodule”. Werner and Ingbar’s The Thyroid; (83), pp:966-972
- 3) Maryjo walker, Diane orlov, (2003) “ ThyroidNodule” American Thyroidphysician vol 67 (3); pp: 59-566
- 4) Francis S.greenspan. (2003), “The thyroid gland”. Basic and clinal endocrinology; 3. Pp: 193-241

147/ PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ POLYP TRỰC TRÀNG

PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ POLYP TRỰC TRÀNG

1. Định nghĩa: Polyp đại trực tràng là một thuật ngữ mà diễn tả bất kỳ tổn thương nhô ra từ niêm mạc của đại trực tràng

2. Phân loại;

2.1. Về đại thể: polyp có cuống và không cuống

2.2. Về mô học- thuật ngữ

- Neoplastic polyp (adenomas) có nguy cơ tìm tàng ác tính polyp tuyến ống, polyp tuyến ống nhánh và polyp tuyến nhánh.

- Non Neoplastic; không có nguy cơ ác tính, bao gồm: polyp tăng sản, mô thưa, lymphoid polyp, Inflammation polyp (polyp hình thành do viêm đại tràng).

- ❖ Hầu hết ung thư đại tràng phát triển từ neoplastic adenomatous polyp.
- ❖ Adenoma đơn thuần < 1 cm ít có nguy cơ tiến triển ác tính
- ❖ Adenomas nguy cơ cao: mô bệnh học là polyp tuyến nhánh; loạn sản mức độ cao; lớn hơn 1cm; hoặc có 3 polyp trở lên.
- ❖ Adenomas nguy cơ thấp: 1-2 polyp tuyến ống kích thước < 1cm
- ❖ Adenomas tiến triển nếu có 1 trong các yếu tố: kích thước $\geq 1\text{cm}$, tuyến nhánh, dị sản cao.

3. Chẩn đoán và điều trị ban đầu:

- Hầu hết các polyp không triệu chứng, được phát hiện qua tầm soát hay thực hiện chẩn đoán hình ảnh bởi một lý do nào đó. Một số polyp có thể gây chảy máu, hiếm hơn có thể gây bón tắc ruột.

- Polyp đại tràng có thể chẩn đoán dựa vào:

❖ **Nội soi đại tràng**: là phương tiện thích hợp nhất để phát hiện polyp các kích thước. Nó cho phép sinh thiết hay cắt polyp trong lúc nội soi. Hầu hết polyp có thể cắt ngay trong lúc thực hiện nội soi

Bệnh nhân có polyp đại tràng được phát hiện qua nội soi trực tràng hay chụp đối quan kép nên thực hiện soi toàn bộ đại tràng để tìm kiếm và cắt bỏ những polyp có thể đồng tồn tại ở các vị trí khác.

Quyết định có thực hiện nội soi toàn bộ đại tràng cho những bệnh nhân có polyp < 1cm tùy thuộc vào từng bệnh nhân, dựa vào các yếu tố:

- Tuổi

- Các bệnh lý cùng tồn tại ở bệnh nhân

- Tiền sử y khoa và gia đình về các bệnh lý ung thư

Những bệnh nhân không thể nội soi toàn bộ để tầm soát polyp có thể thực hiện **nội soi đại tràng kết hợp với chụp đối quang kép khung đại tràng** để phát hiện polyp.

❖ **Nội soi đại tràng ảo** (CT colonography): có giá trị trong trường hợp bệnh nhân không thể soi đại tràng

Nội soi đại tràng có thể thực hiện lại sau 3 - 6 tháng sau khi cắt polyp, nếu:

- +polyp nhánh lớn

- +nếu bác sĩ nội soi không tin chắc là đã phát hiện hết hay cắt hoàn toàn polyp

4. Các trường hợp cụ thể:

4.1 Polyp: hầu hết các polyp đều có thể cắt thành công qua nội soi tiêu hóa

a) **Polyp nhỏ** Nội soi cắt polyp

Khi soi trực tràng thấy nhiều polyp thì phải sinh thiết và soi toàn bộ khung đại tràng

Polyp tăng sản phát hiện khi soi trực tràng, bản thân nó không là chỉ định để soi toàn bộ đại tràng

b) **Polyp lớn , không cuống**:

- Các polyp không cuống adenomas lớn > 2cm, nội soi cắt polyp. Nội soi lại sau 3 -6 tháng sau cắt để xác định xem có cắt hoàn toàn hay chưa.

- + Nếu polyp còn sót lại, thì nên được cắt hoàn toàn và phải kiểm tra lại sau 3 - 6 tháng. Nếu polyp không được cắt hết hoàn toàn sau 2 lần, bệnh nhân nên được chỉ định điều trị phẫu thuật. Nội soi đánh dấu bằng mực vị trí polyp được cắt trước khi phẫu thuật.

c) Polyp lớn, có cuống

Nội soi cắt polyp lớn có cuống. Chỉ nội soi lại sau 3 - 6 tháng nếu bác sĩ nội soi hoặc giải phẫu bệnh không xác định được có cắt hết polyp hoàn toàn hay không.

=> Nếu polyp còn sót lại, sẽ được cắt hết hoàn toàn.

4.2 Polyp ác tính: polyp mà các tế bào ung thư xâm lấn đến lớp cơ niêm (muscularis mucosa)

- Polyp có cuống phân loại Haggitt từ 1 đến 3 cắt polyp bằng nội soi
- Polyp có cuống phân loại Haggitt 4 điều trị giống không cuống. cắt polyp với bờ ít nhất 2cm.
- Các polyp không cuống có nguy cơ di căn hạch cao: xâm lấn đến 1/3 dưới của lớp dưới niêm, xâm lấn mạch máu hạch lympho, tế bào biệt hóa kém và những tổn thương ở 1/3 dưới của trực tràng, tổn thương có bờ cắt < 2cm=> cắt theo nguyên tắc ung thư
- Các trường hợp sau khi nội soi cắt polyp không cần phải điều trị gì thêm:
 - Polyp được xác định cắt hết hoàn toàn qua sự xác định của mô bệnh học
 - Tế bào không phải là loại biệt hóa kém
 - Không xâm lấn mạch máu hay hạch bạch huyết liên quan
 - Bờ mặt cắt không tế bào ung thư,

5. Theo dõi sau cắt polyp:

- Sau khi cắt hết hoàn toàn polyp, theo dõi tổn thương polyp ban đầu. Tùy vào tổn thương ban đầu mà thực hiện nội soi đại tràng để theo dõi tại thời điểm
 - 3 năm; adenomas có nguy cơ cao
 - 5 năm: adenomas có nguy cơ thấp
- Sau lần theo dõi thứ nhất, nếu kết quả ghi nhận không có sự tái phát. Có thể kéo dài thời gian nội soi kiểm tra lên 5 năm ở tất cả các nhóm

- Bệnh nhân được cắt đại tràng hay trực tràng nên được nội soi đại tràng kiểm tra sau 1 năm. Sau đó nếu kết quả không gì bất thường sẽ theo dõi sau 3 năm rồi 5 năm.



Lược đồ: xử trí và theo dõi polyp đại trực tràng

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bruce G. Wolff, et al. *The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery. Chapter 25: Polyps.* 2007. p.362

2. David a. Lieberman et al. *Guidelines for Colonoscopy Surveillance After Screening and Polypectomy: A Consensus Update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer*. *Gastroenterology* 2012;143:844-857

3. John H. Bond. *Polyp Guideline: Diagnosis, Treatment, and Surveillance for Patients With Colorectal Polyps*. *The American Journal Of Gastroenterology* Vol. 95, No. 11, 2000.p.3053

148/ PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN CƯỜNG DƯƠNG

PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN CƯỜNG DƯƠNG

1. Định nghĩa

Rối loạn cường dương là tình trạng mất khả năng đạt được và duy trì sự cương dương hữu hiệu để thực hiện một cuộc giao hợp thỏa mãn.

Rối loạn cường dương là một rối loạn lành tính nhưng ảnh hưởng lên sức khoẻ, tâm lý, và chất lượng cuộc sống của bản thân và bạn tình

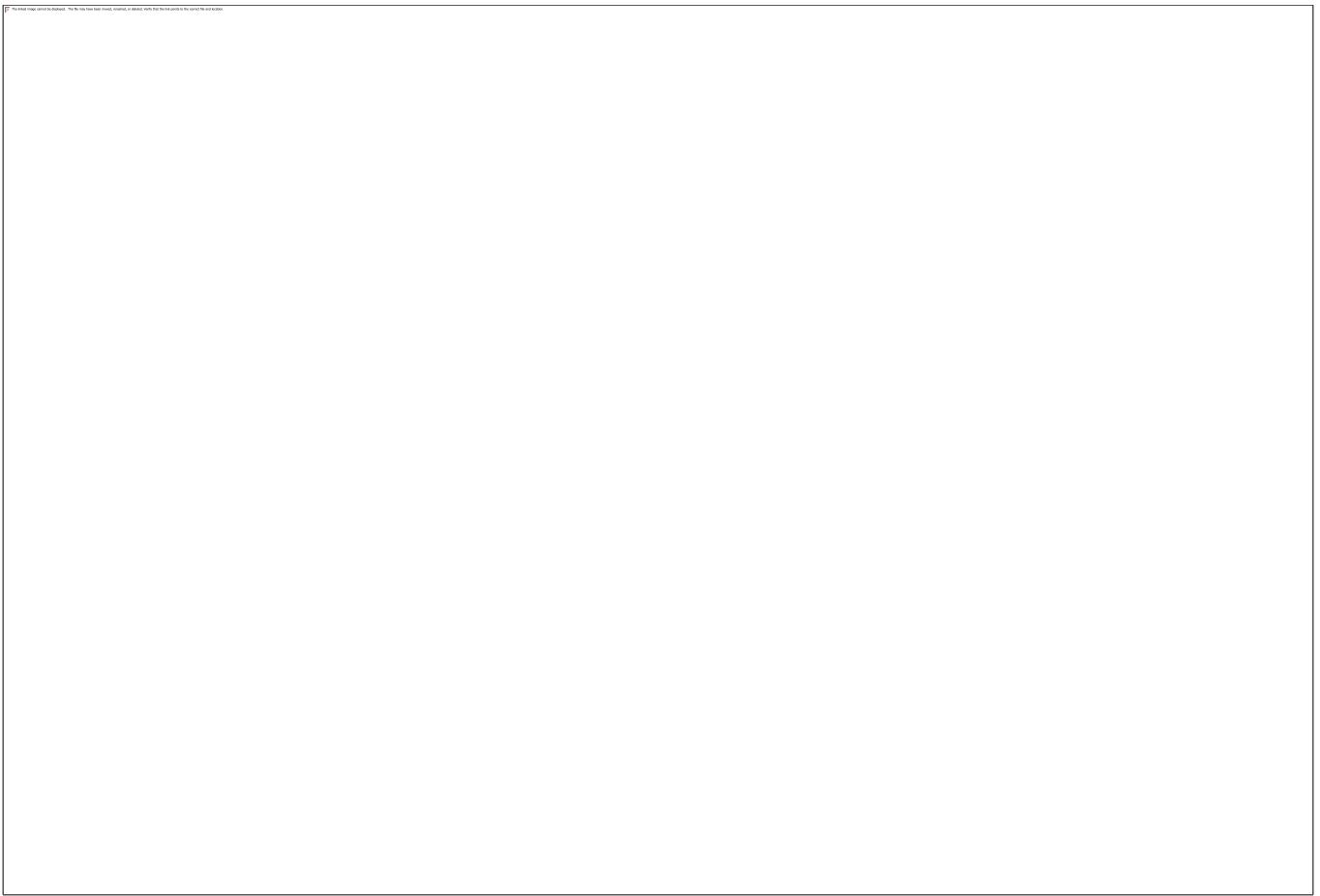
Rối loạn cường dương không chỉ là chỉ số đánh giá chất lượng sống mà còn là biểu hiện sớm của bệnh mạch vành và bệnh lý mạch máu ngoại biên

2. Dịch tễ học

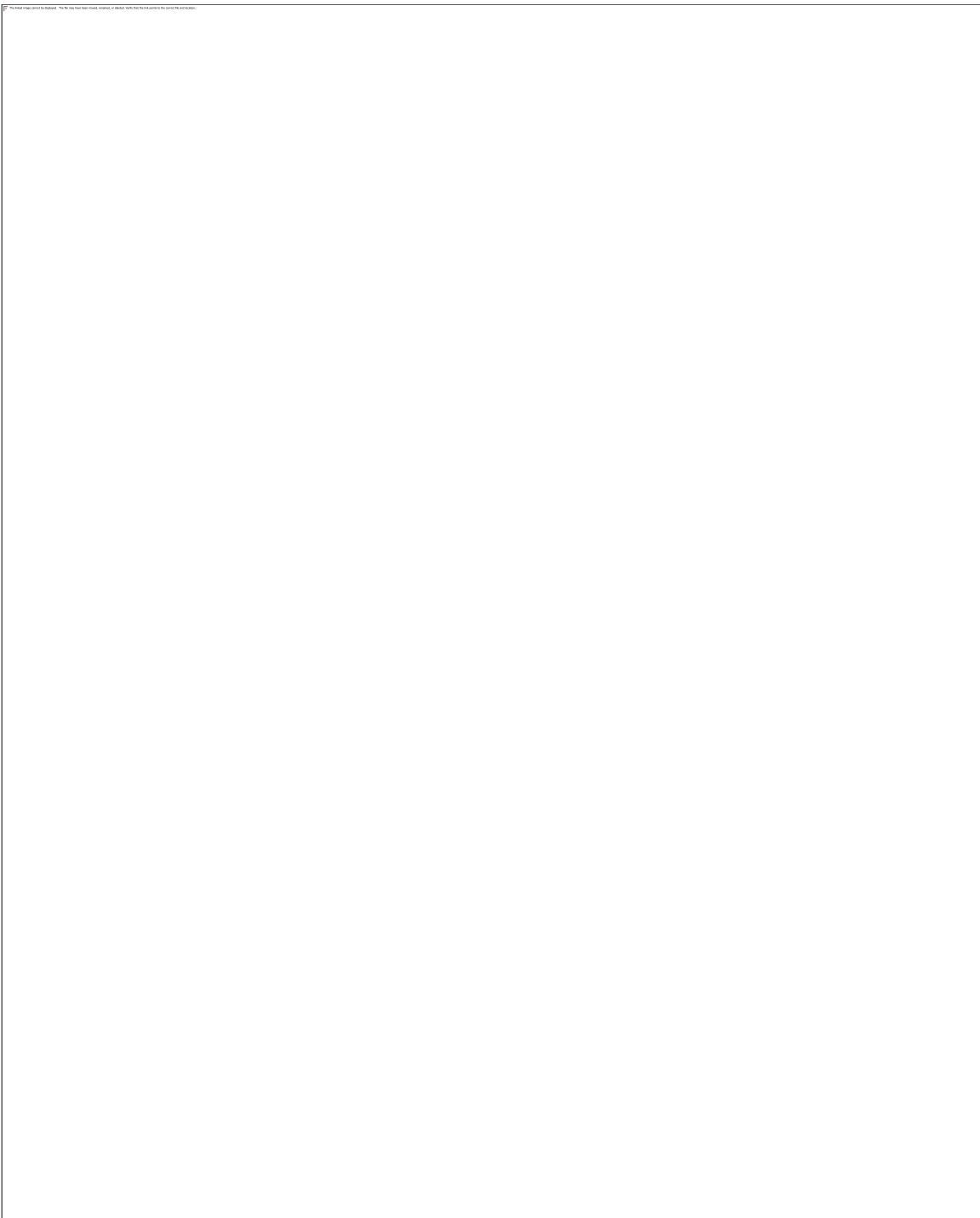
Trong nghiên cứu của MMAS (Massachusetts Male Aging Study), trong độ tuổi từ 40 đến 70, tỉ lệ rối loạn cường dương hoàn toàn tăng 5.1% lên 15%, rối loạn cường dương trung bình tăng từ 17% lên 34%, và rối loạn cường dương nhẹ vẫn giữ khoảng 17%.

Những yếu tố nguy cơ rối loạn cường dương gồm: tổng trạng, đái tháo đường, bệnh tim mạch, các bệnh niệu-dục, các rối loạn tâm thần và tâm lý, các bệnh mạn tính, và tình trạng kinh tế xã hội. Các yếu tố nguy cơ liên quan khác như thuốc lá, dược phẩm, và các rối loạn nội tiết.

3. Nguyên nhân rối loạn cường dương



4.Sơ đồ chẩn đoán



5. Điều trị rối loạn cương dương

Mục tiêu điều trị rối loạn cương dương: xác định nguyên nhân và điều trị các nguyên nhân có thể điều trị. Rối loạn cương dương luôn kèm theo các yếu tố nguy cơ, lối sống, các thuốc đang sử dụng của bệnh nhân và các bệnh lý toàn thân. Điều trị rối loạn cương dương theo các bước sau:

A - Thay đổi lối sống của bệnh nhân và loại bỏ các yếu tố nguy cơ của bệnh nhân.

B - Điều trị với thuốc hoặc phẫu thuật Bước số 1:

Thuốc ức chế men PDE5

Thuốc tác động qua cơ chế ức chế cGMP trong tế bào và giãn cơ trơn thể hang. Thuốc thường dung nạp tốt và có hiệu quả. Tác dụng phụ nhẹ là nhức đầu, khó tiêu, rối loạn nhẹ màu sắc.

Các nhóm thuốc ức chế PDE5: Sildenafil, Tadalafil, Vardenafil . Cần lưu ý phối hợp thuốc ức chế PDE5 với các thuốc sau:

- Nitrate

Các nhóm thuốc nitrate (nitroglycerine, isosorbide mononitrate, isosorbite dinitrate) được sử dụng trong điều trị đau thắt ngực, nếu sử dụng đồng thời nhóm thuốc ức chế PDE5 sẽ gây tác dụng tụt huyết áp nghiêm trọng có thể gây tử vong.

- Úc chế alpha

Hầu hết các thuốc ức chế PDE5 đều có tương tác với nhóm thuốc úc chế thụ thể alpha và gây hạ huyết áp tư thế.

- Sildenafil: cần trọng khi dùng với nhóm thuốc úc chế thụ thể alpha (đặc biệt daazosin), hạ huyết áp được ghi nhận xảy ra trong vòng 4 giờ sau khi điều trị với thuốc ức chế thụ thể alpha.

- Vardenafil: sử dụng sau khi bệnh nhân đã ổn định huyết áp khi điều trị thuốc ức chế thụ thể alpha.

- Tadalafil: không nên sử dụng khi bệnh nhân sử dụng doxazocin nhưng có thể kết hợp với tamsulosin 0.4mg

• Điều chỉnh liều: với các thuốc chuyển hóa qua CYP34A (ketoconazole, itraconazole, erythromycin, clarithromycin, ritonavir, saquinavir) có thể úc chế chuyển hóa của thuốc ức chế men PDE5. Sử dụng đồng thời sẽ làm tăng nồng độ thuốc ức chế PDE5 trong máu, khuyến cáo nên sử dụng liều thấp.

Dụng cụ ống hút chân không

Đây là một trong 3 cách điều trị chính rối loạn cương dương của Hội Niệu Khoa Hoa Kỳ (AUA). Đây là một phương pháp không xâm lấn.

Bộ dụng cụ gồm một ống hình trụ và một bộ phận hút mà bệnh nhân trùm lên dương vật tạo áp lực âm để gây cương dương. Duy trì cương dương nhờ vòng dây đàn hồi ở gốc dương vật

Thuận lợi của phương pháp này là dễ sử dụng, giá thành thấp, khá an toàn và khởi đầu tức thì việc điều trị. Bệnh nhân mắc bệnh mạch máu ngoại vi và đái tháo đường không nên dùng phương pháp này.

Lưu ý: hoại tử da dương vật ghi nhận ở những bệnh nhân sử dụng vòng dây đàn hồi trên 30 phút, bệnh nhân không xuất tinh, ghi nhận hiện tượng xuất huyết.

Bước 2: thuốc tiêm thể hang hay đặt niệu đạo Thuốc tiêm thể hang

Aprostadol (Prostaglandine E1): là thuốc suy nhất được chấp nhận tiêm vào thể hang để điều trị rối loạn cương dương .

Chú ý không dùng cho bệnh nhân đang sử dụng thuốc MAO, bệnh nhân nhạy cảm với thuốc, bệnh nhân dễ bị cương dương đau dương vật (Bệnh hồng cầu hình liềm, leukemia, đa u tủy). Có thể chỉ định trong một số bệnh như đái tháo đường, xơ vữa động mạch và một số bệnh thần kinh tuỷ sống.

Cơ chế tác dụng của Aprostadol là làm dãn mạch ngoại vi đồng thời làm dãn các cơ trơn do ức chế bài tiết noradrenalin và triệt tiêu sự bài tiết angiotensin.

Alprostadol đơn thuần hay phối hợp với papaverin hoặc phentolamine tiêm vào thể hang. Nhiều nghiên cứu cho thấy phối hợp 3 thuốc có hiệu quả hơn dùng đơn thuần. Liều thấp có thể dùng cho bệnh nhân chấn thương tủy sống, bệnh nhân tiểu đường cần liều cao hơn. Sau khi tiêm 10 phút dương vật sẽ bắt đầu cương dương lên, duy trì trong 30 phút đến 6 giờ.

Biến chứng của tiêm thể hang đã được liệt kê ở trên gồm: máu tụ tại chỗ, đau tại chỗ tiêm, cương dương đau dương vật, xơ cứng dương vật. Trong đó, cương dương đau dương vật là biến chứng nguy hiểm có thể gây xơ hóa thể hang vĩnh viễn. Xơ cứng thể hang là biến chứng xa thường gặp nhất **Thuốc đặt niệu đạo**

Alprostadol qua ngả niệu đạo: thuốc được đưa vào niệu đạo bằng một bơm nhỏ. Thuốc ngấm qua thể xốp vào thể hang để khởi phát hiện tượng huyết động học gây cương dương. Tuy nhiên số bệnh nhân đạt độ cứng để giao hợp chỉ đạt 30 -65,9%. Thuận lợi của phương pháp này là dễ sử dụng so với tiêm thể hang. Đau dương vật, bỏng rát niệu đạo trong quá trình thuốc thẩm là những bất lợi của phương pháp này. Tỷ lệ cương dương dương vật kéo dài < 1%. Nhiễm trùng niệu khoảng 0,2%

Bước 3: Phẫu thuật đặt thể hang nhân tạo

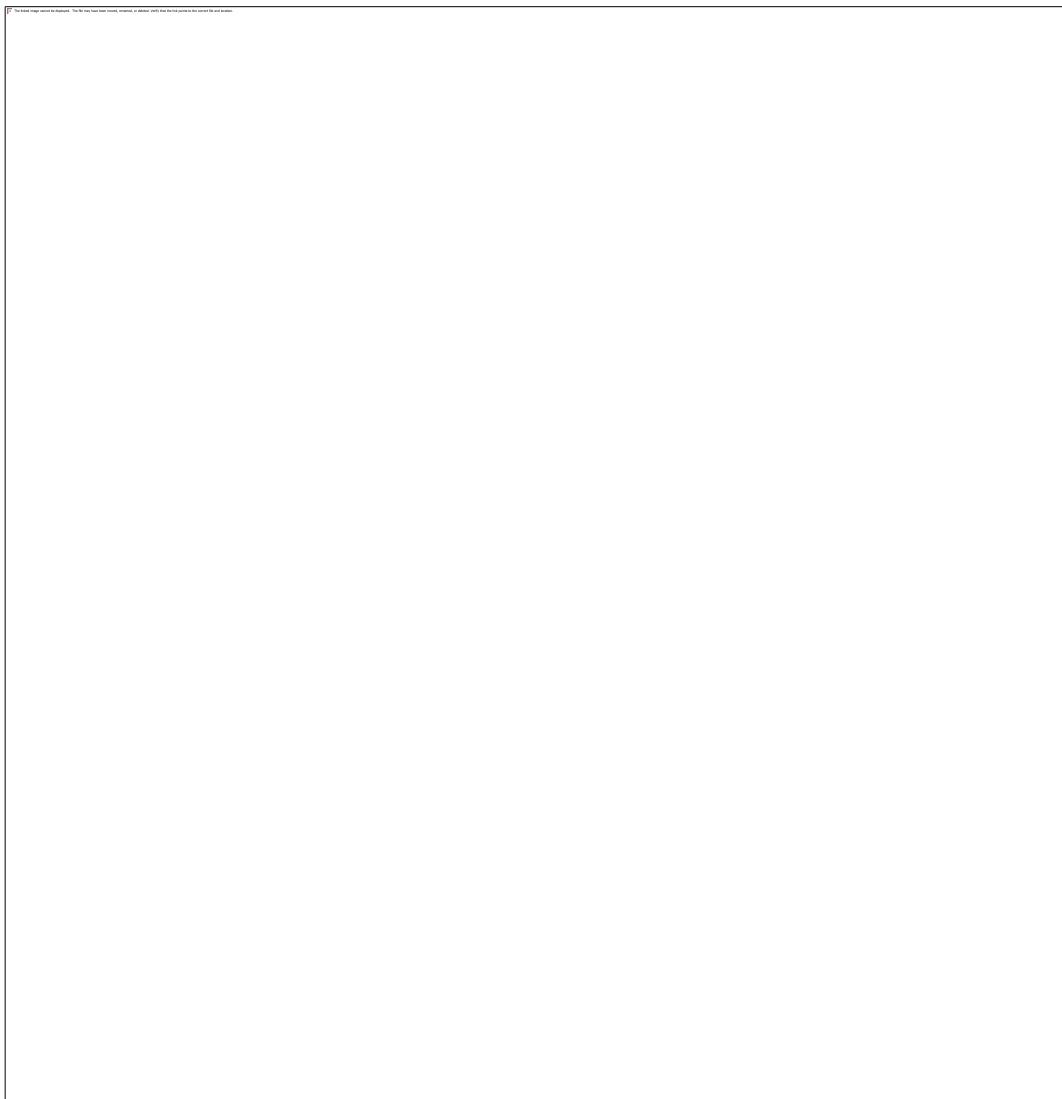
Là phẫu thuật đặt vào 2 bên hang một ống chất dẻo cứng bằng silicone, có chiều dài phù hợp với từng người làm cho dương vật luôn luôn cương dương cứng có thể giao hợp bất cứ lúc nào. Có 2 loại thể hang không bơm phồng được và loại thể hang bơm phồng được.

+ Thể hang giả không bơm phồng được: không thẩm mỹ như loại bơm phồng được.

+ Thể hang giả bơm phồng được: có thẩm mỹ và chức năng tốt. Do thỏa mãn các yếu tố: tính kín đáo và khả năng giao hợp tốt.

Các biến chứng bao gồm: Tỷ lệ nhiễm trùng từ 0.6-8.9%, thường xảy ra trong 3 tháng đầu và dụng cụ không hoạt động .

Điều trị rối loạn cương dương



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ghanem HM, Salonia A, Martin-Morales A. SOP: Physical Examination and Laboratory Testing for Men with Erectile Dysfunction. J Sex Med. 2012 Apr 23.
2. Goldstein I, Lue TF, Padma-Nathan H, et al; Sildenafil Study Group. Oral sildenafil in the treatment of erectile dysfunction. 1998. J Urol 2002 Feb;167(2 Pt 2):1197-203.
3. Gupta BP, Murad MH, Clifton MM, et al. The effect of lifestyle modification and cardiovascular risk factor reduction on erectile dysfunction: a systematic review and meta-analysis. Arch Intern Med. 2011 Nov 14;171(20):1797-803.

4. Hatzichristou D, Rosen RC, Broderick G, et al. Clinical evaluation and management strategy for sexual dysfunction in men and women. *J Sex Med* 2004 Jul; 1(1):49-57.
 5. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999 Feb; 281(6):537-44.
 6. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. The epidemiology of erectile dysfunction: results from the National Health and Social Life Survey. *Int J Impot Res* 1999 Sep; 11(Suppl 1):S60-4.
 7. Lue TF, Giuliano F, Montorsi F, et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in men. *J Sex Med* 2004 Jul; 1(1):6-23.
 8. Lue TF, Tanagho EA. Physiology of erection and pharmacological management of impotence. *J Urol* 1987 May; 137(5):829-36.
 9. Wespes E, Amar E, Hatzichristou D, et al. Guidelines on Erectile Dysfunction. *Eur Urol* 2002 Jan 41(1):1-5.
-

149/ PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ SỎI THẬN

PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ SỎI THẬN

1. Dịch tễ học sỏi niệu:

Ở Mỹ, hằng năm có hơn 400 000 bệnh nhân nhập viện vì sỏi niệu. Đa số bệnh nhân có tuổi từ 30 - 50. Nam có tỉ lệ mắc bệnh gấp 3 lần nữ. Người da trắng nhiều hơn gấp 4-5 lần so với người da đen. Một người có tiền căn tiêu ra sỏi, 15% có khả năng tiêu ra sỏi sau 3 năm, còn sau 15 năm thì tỉ lệ này là 30%. Bệnh sỏi niệu là bệnh có thể xảy ra trong suốt đời người bệnh, thời gian cách khoảng giữa 2 lần mắc bệnh là 2 năm.

2. Sỏi thận:

a) Biểu hiện lâm sàng

Sỏi thận thường không gây ra triệu chứng gì cho đến khi sỏi kẹt ở niệu quản, lúc đó sẽ gây ra tiểu máu hoặc các triệu chứng của bế tắc như đau, nhiễm trùng, buồn nôn, ói mửa. Cơn đau có thể lan xuống bẹn, bìu hoặc dương vật tùy theo mức độ bế tắc. Khoảng 25% bệnh nhân có tiền sử gia

định có người bị sỏi niệu. Lúc đau thường kèm theo tiêu máu đại thê hay vi thê. Nếu quan sát kỹ cẩn lắng trong nước tiểu có thể cho ta đoán được bản chất sỏi là loại nào.

b) Chẩn đoán lâm sàng

Trước tiên phải làm tổng phân tích nước tiểu, lấy nước tiểu và chụp phim KUB. Khoảng 2/3 trường hợp là sỏi cản quang có thể thấy trên KUB. Sau đó là làm siêu âm thận. Siêu âm giúp phát hiện sỏi thận và đánh giá mức độ ứ nước.

Chụp MSCT scan có thể xác định sỏi và mức độ ứ nước.

Trong phim UIV, đôi khi cần chụp các phim muộn (sau 24 giờ), nhất là trường hợp sỏi không cản quang như sỏi acid uric, hoặc khi sỏi nằm chòng lên các xương cột sống. Chụp phim nghiêng giúp ta phân biệt sỏi niệu với các vôi hóa tĩnh mạch. Chụp phim tư thế nằm sấp giúp phát hiện các trường hợp có bế tắc nhiều. Mặc dù vẫn còn hữu dụng trong một vài trường hợp nhưng dần dần phim UIV được thay thế bằng phim MSCT scan. Chụp MSCT scan thì nhanh, không cần rửa ruột và không dùng thuốc cản quang. Nó giúp xác định chính xác sỏi bể thận và niệu quản.

c) Điều trị:

Việc điều trị cơn đau quặn thận cấp phụ thuộc vào kích thước sỏi, vị trí, mức độ bế tắc và tổng trạng bệnh nhân.

❖ Chỉ định các phương pháp điều trị.

Nếu bệnh nhân có nhiễm trùng hoặc bế tắc nhiều cần phải can thiệp ngay. Hoặc bằng cách đặt thông niệu quản lưu, hoặc mổ thận ra da bằng cách chọc dò qua da.

Nếu có sỏi nhỏ có thể điều trị bằng cách cho uống nước nhiều và dùng thuốc giảm đau. Sỏi niệu quản có kích thước nhỏ hơn 4mm thì 90% sẽ tự tiêu ra, nếu sỏi lớn hơn 6mm thì khả năng tiêu ra sỏi chỉ khoảng 20%.

Sỏi niệu quản thường hay kẹt tại 3 chỗ: (1) khúc nối bến thận niệu quản, (2) niệu quản bắt chéo động mạch chậu, (3) và chỗ hẹp nhất là khúc nối niệu quản bằng quang. Sỏi nằm ở đoạn trên ít có khả năng được tiêu ra hơn soi với sỏi niệu quản nằm ở đoạn thấp.

♦♦♦ Điều trị nội khoa.

Thường được áp dụng đối với sỏi không gây bế tắc, không gây triệu chứng, không có nhiễm trùng, kích thước sỏi nhỏ hơn 4mm và nằm ở đoạn thấp của niệu quản.

Bệnh nhân được khuyên uống nhiều nước và rặn mạnh khi đi tiểu, và phải hưng lấy sỏi để phân tích nếu tiểu ra sỏi. Cần chụp phim KUB mỗi tuần để biết độ di chuyển của sỏi. Thường sẽ tiểu ra sỏi sau 4-6 tuần.

♦♦♦ Gắp sỏi qua nội soi.

Thường dùng đối với sỏi nằm thấp mà điều trị nội thất bại (5). Ngày nay người ta thường dùng máy soi niệu quản cứng hoặc mềm để thay thế cho gấp sỏi mù hoặc gấp dưới hướng dẫn của X quang. Ít khi phải nong rộng niệu quản khi ta dùng máy soi có đường kính 7F. Khi đã soi thấy sỏi ta có thể lôi bằng gấp 3 chấu hoặc dùng rọ để gấp sỏi ra. Nếu sỏi lớn ta cần tán sỏi bằng siêu âm, bằng thủy điện lực, bằng khí hoặc bằng Lazer trước khi gấp sỏi ra. Tỉ lệ thành công 95%.

♦♦♦ **Tán sỏi ngoài cơ thể.**

Trước kia người ta dùng tán sỏi ngoài cơ thể cho các trường hợp sỏi thận (1), ngày nay phương pháp này cũng có thể áp dụng với sỏi niệu quản, nhất là khi sỏi nhỏ hơn 8mm. Trước khi tán sỏi ngoài cơ thể ta có thể đặt hoặc không đặt thông niệu quản lưu. Đối với sỏi nằm ở đoạn thấp của niệu quản, ta đặt bệnh nhân nằm sấp, để dễ xác định sỏi và tránh sự che lấp sỏi bởi xương chậu.

♦♦♦ **Phẫu thuật nội soi lấy sỏi**

Ứng dụng trong các trường hợp sỏi niệu quản trên, sỏi bồn thận đơn giản (2).

♦♦♦ **Lấy sỏi thận qua da**

Phương pháp này sử dụng cho những trường hợp sỏi trong thận, sỏi nằm bồn thận (4).

♦♦♦ **Mổ hở lấy sỏi niệu quản.**

Vì các phương pháp tán sỏi ngoài cơ thể, gấp sỏi qua nội soi niệu quản đạt kết quả cao, nên ngày nay người ta ít khi mổ mở lấy sỏi niệu quản.

3.Theo dõi sau điều trị.

- Nên **uống nhiều nước**, ít nhất là 2 lít mỗi ngày.
- **Ăn lạc, ít muối.** Ăn ít thịt động vật, nên dùng cá thay thịt.
- Nên ăn nhiều rau tươi.
- Nên uống nhiều nước chanh, cam tươi, bưởi tươi.

- Hạn chế thức ăn dễ tạo sỏi:

1. Bệnh nhân sỏi thận dạng PHOSPHAT cần hạn chế dùng:

- a. Ca cao, bơ.
- b. Gan, đậu nành.
- c. Cá sardine.

d. Cá mồi hộp.

2. Bệnh nhân sỏi thận dạng URATE cần hạn chế dùng:

a. Cật heo, óc.

b. Cá chày.

c. Cá đồi.

d. Thịt bê, gan.

3. Bệnh nhân sỏi thận dạng OXALATE cần hạn chế dùng:

a. Củ cải đỏ.

b. Dưa chuột.

c. Hành tây, dâu tây.

d. Trà, hạt tiêu.

4. Bệnh nhân sỏi thận dạng CALCIUM cần hạn chế dùng:

a. Đậu nành, ca cao, sữa, trứng, hạt dẻ.

b. Tôm hùm, sò hến, cua, chocola, quả vải.

c. Rau diếp, phomat, đậu hòa lan, hạnh nhân.

d. Đậu haricot, quả olive.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Andreassen *et al.*, 1997. Andreassen KH, Dahl C, Andersen JT, *et al*: Extracorporeal shock wave lithotripsy as first line monotherapy of solitary calyceal calculi. *Scand J Urol Nephrol* 1997; 31:245-248.

2. Deger *et al.*, 2004. Deger S, Tuellmann M, Schoenberger B, *et al*: Laparoscopic anatrophic nephrolithotomy. *Scand J Urol Nephrol* 2004; 38:263-265.

3. Gaur *et al.*, 2002. Gaur DD, Trivedi S, Prabhudesai MR, *et al*: Laparoscopic ureterolithotomy: Technical considerations and long-term follow-up. *BJU Int* 2002; 89:339-343.

4. Kavoussi *et al.*, 1992. Kavoussi LR, Albala DM, Basler JW, *et al*: Percutaneous management of urolithiasis during pregnancy. *J Urol* 1992; 148(pt 2):1069-1071.

5. Harmon et al., 1997. Harmon WJ, Sershon PD, Blute ML, et al: Ureteroscopy: Current practice and long-term complications. J Urol 1997; 157:28-32.

150/ PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI

PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI

1. Định nghĩa:

- Tràn dịch màng phổi (TDMP) là 1 sự tích tụ dịch bất thường trong khoang màng phổi do lượng dịch được sản xuất ra nhiều hơn lượng dịch được hấp thu.
- Có 3 mức độ:
 - Lượng ít: < 1/3 phế trường.
 - Lượng trung bình: > 1/3 đến 2/3 phế trường.
 - Lượng nhiều: 2/3 phế trường.

2. Chẩn đoán:

2.1. Triệu chứng lâm sàng:

- Khó thở.
- Đau ngực (đau nhói, tăng khi hít sâu).
- Hội chứng 3 giảm (Âm phế bào giảm, rung thanh giảm, gõ đục).

2.2. Chẩn đoán hình ảnh:

- X Quang phổi qui ước: Mờ góc sườn hoành.
- Siêu âm màng phổi: Phân biệt giữa tràn dịch và dây đính, xác định được tràn dịch khu trú.

- CT Ngực: Phát hiện được những TDMP lượng ít, giúp chẩn đoán nguyên nhân và phân biệt với abcess phổi.

2.3. Chọc dò dịch màng phổi:

- Cân thận trên những bệnh nhân bị rối loạn đông máu.
- Không nên rút >1000 ml dịch để tránh phù phổi cấp.
- Quan sát màu của dịch màng phổi, xét nghiệm sinh hóa (pH, protein, lysozyme, LDH), PCR, vi sinh, tế bào (cell block).
- Xét nghiệm Protide, lysozyme và LDH huyết thanh cùng lúc với chọc dò.
→ Phân biệt dịch thâm và dịch tiết.

Xác định dịch tiết: Khi có bất cứ 1 trong những tiêu chuẩn sau:

- Protein DMP/ protein huyết thanh > 0,5
- LDH DMP/ LDH huyết thanh > 0,6 hay LDH DMP > 2/3 trị số LDH huyết thanh bình thường (200 IU/L)

2.4. Sinh thiết màng phổi

Chỉ định trong trường hợp là dịch tiết có ưu thế lympho.

2.5. Nội soi màng phổi:

Chỉ định khi chẩn đoán nguyên nhân chưa rõ sau tất cả các xét nghiệm trên.

3. Nguyên nhân:

3.1. Dựa trên tính chất dịch:

Dịch tiết	Dịch thâm	Dịch thâm hay tiết
Bệnh lí nhiễm trùng	Suy tim úr huyết	Thuyên tắc phổi
Bệnh lí cơ quan ổ bụng:	Xơ gan	Thiểu năng giáp
• Tiêu hóa	Hội chứng thận hư	Bệnh lí màng tim
• Sản phụ khoa	Thâm phân phúc mạc	Xẹp phổi
Bệnh lí tự miễn Bệnh lí ung thư Bệnh lí khác:	Tắc nghẽn TM chủ trên	Suy tim điều trị với lợi tiểu

- Phẫu thuật tim
- Chấn thương
- Thuốc

3.2. Dựa trên các chỉ số dịch màng phổi:

	Trị số bình thường	Trị số bất thường	Chẩn đoán
pH	7,6	<6,0	Rách thực quản
		6,0-7,0	Thấp khớp TDMP cận viêm Tràn mủ màng phổi
		<7,30	Ung thư Lao
Protein	1-2g/dL	7-8g/dL	Đa u tuy
LDH	<50% LDH huyết thanh	1000 UI/L	Tràn mủ màng phổi Thấp khớp Sán lá
Glucose	# glucose huyết thanh	<60 mg/dL hay DMP/HT <0,5	Lao Ung thư Lupus
		<10 mg/dL	Tràn mủ màng phổi Thấp khớp
Amylase		Amylase DMP/HT >1	Viêm tụy cấp U nang giả tụy Ung thư di căn
Bổ thể		Bổ thể	Lupus
		DMP/HT< 0,4	
Lysozyme		15 mg/dl	Lao
		Lysozyme DMP>1,1	Tràn mủ màng phổi
ANA	45 U/L	>60U/L	Lao
			Thấp khớp
Tế bào		Lympho tăng 85 %	Thấp khớp Lao
			Ung thư TD dường tráp Lymphoma
			Ký sinh trùng
			Tràn máu màng phổi
		Eosinophile tăng	Nấm
			Nhồi máu phổi Thuốc
		Tế bào trung biểu mô	Loại trừ lao

4. ĐIỀU TRỊ:

Tùy theo nguyên nhân, theo từng phác đồ riêng, sơ lược như sau:

4.1. Bệnh lí nhiễm trùng:

- Vi trùng:

- ❖ Kháng sinh.
- ❖ Dẫn lưu MP khi pH <7,20, glucose <40 mg/dl, LDH > 1000 IU/L
- Nấm: Amphotericin B, Flucytosin, Ketoconazol, Griceofulvin.
- Kí sinh trùng: Albendazol, Mebendazol, Triclabendazol, Praziquantel, Pyrentel.
- Mycobacterium tuberculosis: Kháng lao (Rifadine + INH +PZA).

4.2. Bệnh tự miễn:

- Lupus ban đỏ: Corticoides liều cao + Úc ché miễn dịch.
- Thấp khớp: Kháng viêm không steroid.

4.3. Bệnh lí tiêu hóa:

- Rách thực quản: Vá lỗ rách, dẫn lưu MP và trung thát.
- Viêm tụy cấp: theo phác đồ điều trị viêm tụy cấp.

4.4. Bệnh lí tim mạch:

- Suy tim ứ huyết: thuốc trợ tim + lợi tiểu.

- Sau phẫu thuật tim mạch:

- * TDMP lượng ít, xảy ra sớm, không tiến triển: theo dõi.
- * TDMP lượng nhiều, 1 tuần sau phẫu thuật, tiến triển: kháng viêm (Aspirin 650 mg mỗi 6 giờ + corticoid)

4.5. Bệnh lí ung thư:

- Thường do di căn từ phổi, vú, bao tử, buồng trứng.

- Điều trị triệu chứng: Chọc dò MP định kỳ.
- Hóa trị (ung thư vú, K phổi tế bào nhỏ, Lymphoma)
- Tạo dính màng phổi qua nội soi khoang màng phổi:
 - Xơ hóa màng phổi bằng bột TALC hay Bleomycine.
 - Chà nhám màng phổi.
- Shunt màng phổi-màng bụng.

4.6. Bệnh lí khác:

- Do thuốc: ngưng thuốc.
- Hội chứng buồng trứng quá kích: chọc hút dịch MP nhiều lần.

4.7. Dẫn lưu màng phổi:

- **Chỉ định:** khi tràn dịch lượng vừa hoặc nhiều, có khó thở nhiều, chọc hút tái lập nhanh.
- **Nguyên tắc:** là ống dẫn lưu đủ lớn, hệ thống dẫn lưu phải kín, hút theo một chiều và liên tục.
Áp lực thường 20-25 cm nước, không quá 60cm nước để tránh làm rách phổi.
- **Vị trí dẫn lưu:** ở khoang liên sườn 5 hoặc 6 đường nách giữa hoặc sau.
- **Duy trì:** thường 24-48 giờ, tùy lượng dịch ra mỗi ngày để quyết định rút ống (< 200 ml).

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- 1) Bordow, Ries et al: Manual of clinical problem in pulmonary medicine 2001, 72-74
- 2) Fraser and Pore 's Diagnosis of diseases of the chest 1999 Vol 1 382-385.
- 3) Jacque Wallach Interpretation of diagnostic test 128- 142

PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VIÊM TUY CẤP

Bệnh viêm tụy cấp thường nhẹ, đa số bệnh viêm tụy cấp thể nhẹ không có biến chứng và được điều trị nội khoa. Tuy nhiên nếu bệnh trở nặng và có biến chứng nặng cần can thiệp ngoại khoa.

1. Triệu chứng lâm sàng:

1.1. Triệu chứng cơ nǎng:

- Đau bụng: đau sau bữa ăn thịnh soạn hay sau tiệc rượu. Đau thường vị lan ra sau lưng.
- Nôn: sau đau bụng, nôn nhiều lần.

1.2. Triệu chứng thực thể:

- Bụng chướng do liệt ruột
- Có cảm ứng phúc mạc và phản ứng thành bụng
- Có dấu Turner (đổi màu da vùng hông lưng trái do xuất huyết)
- Có dấu Cullen (đổi màu da vùng quanh rốn do xuất huyết). Dấu Turner và Cullen chứng tỏ viêm tụy cấp hoại tử xuất huyết nên là bệnh đã rất nặng.
- Hồng ban ở da
- Có điểm đau Mayo-Robson: đau ở điểm giao nhau của xương sườn 12 và bờ ngoài khói cơ lưng bên trái khi ấn vào điểm này.
- Mất hoặc giảm tiếng nhu động ruột
- Vàng mắt vàng da: nếu viêm tụy cấp do sỏi mật
- Dấu co rút ngón tay: nếu calci máu giảm.

1.3. Triệu chứng toàn thân:

- Sốt: thường sốt nhẹ, mạch nhanh và huyết áp thấp hoặc có hội chứng sốc trong viêm tụy cấp nặng. Trong viêm tụy cấp nặng còn có triệu chứng thần kinh như bứt rứt luôn thay đổi thể nǎm, có thể lú lẫn, kích động nói nhảm.

2. Cận lâm sàng:

2.1. Sinh hóa:

- Amylase máu tăng từ 2 - 12 giờ đau và trở lại bình thường sau 3 - 4 ngày
- Amylase nước tiêu tăng và tồn tại đến ngày thứ 10 Tỷ lệ thanh thải amylase creatinine
- Bình thường tỷ lệ này là 1-4% nếu >6% là viêm tuy cấp

2.2 Chẩn đoán hình ảnh:

- Siêu âm: kích thước tuy to do phù nề và ranh giới của tuy mờ, ống tuy dẫn có sỏi tuy, dịch quanh tuy; dịch trong ổ bụng, áp xe tuy, nang tuy, sỏi đường mật.
- CT Scan: thấy rõ các dấu hiệu hơn siêu âm, có thể thấy hoại tử, CT Scan giúp theo dõi diễn tiến

3. Chẩn đoán phân biệt:

Cần chẩn đoán phân biệt

- Thủng dạ dày tá tràng
- Sỏi mật
- Tắc ruột
- Tắc mạch mạc treo

4. Dự hậu:

- Viêm tuy cấp 90% là thể nhẹ, 10-15% ở thể nặng cần phải nằm viện theo dõi và điều trị tích cực
- Về tiên lượng dựa vào dấu hiệu tiên lượng của Ranson - Xếp loại Apache II hoặc xếp nhóm Atlanta

5. Điều trị:

5.1: Điều trị viêm tuy cấp thể nhẹ và vừa

- Đặt thông mũi dạ dày - Bồi hoàn nước điện giải - Điều trị giảm đau

- Dùng các thuốc ngăn chặn tiết ra các men ngoại tiết của tuy như: thuốc ức chế H2 Somatostatin, Octreotide

5.2 Điều trị biến chứng sớm của viêm tuy cấp:

- Trong truy tim mạch bởi viêm phúc mạc do viêm tụy: cần có đường truyền tĩnh mạch trung tâm, theo dõi sát mạch, huyết áp, lượng nước tiểu
- Biến chứng ở phổi có thể là xẹp phổi, hội chứng suy hô hấp cấp cần làm thông tốt đường hô hấp qua hút đàm giải, cho thở oxy, nếu nặng giúp thở máy
- Biến chứng suy thận: điều trị lợi tiểu nếu thắt bại cần chạy thận nhân tạo

- Biến chứng xuất huyết tiêu hóa: Dùng thuốc ức chế H2, thuốc ức chế bom Proton, nếu có biến chứng xuất huyết nặng cần làm thuyên tắc mạch hoặc phẫu thuật cầm máu

- Viêm tụy cấp do sỏi mật:

* Nội soi mật tụy ngược dòng nếu có sỏi ở đoạn cuối ống mật chủ, tuy nhiên biến chứng khá cao khi lấy sỏi qua nội soi mật tụy trong viêm tụy cấp

* Viêm tụy cấp do sỏi túi mật: bệnh nhân có tiền căn viêm túi mật, có con đau quặn mật thì có chỉ định cắt túi mật trong viêm tụy cấp.

5.3 Điều trị viêm tụy cấp có biến chứng muộn:

- Điều trị tụ dịch vô trùng hay nhiễm trùng quanh tụy:

* Tụ dịch quanh tụy không nhiễm trùng thường tự khỏi không cần điều trị

* Tụ dịch nhiễm trùng tạo mủ cần được mở hở hay nội soi lấy mủ và mô hoại tử dẫn lưu kết hợp dùng kháng sinh

- Điều trị mô hoại tử:

* Nếu mô hoại tử không nhiễm trùng: đa số các trường hợp không cần mở

* Mô hoại tử nhiễm trùng trong viêm tụy cấp thường xảy ra sau 3-4 tuần, phẫu thuật lấy mô hoại tử nhiễm trùng, dẫn lưu kết hợp đưa hồng tràng ra da nuôi ăn, điều trị kháng sinh

- Điều trị nang giả tụy: đa số nang tự khỏi, điều trị khi nang lớn hay có biến chứng:

- Nang ở đuôi tụy thì cắt đuôi tụy, nang lớn có triệu chứng đau, có biến chứng chèn ép điều trị bằng phẫu thuật: nới nang với dạ dày, dẫn lưu nang qua nhú tá lớn, nới nang với hồng tràng kiểu Roux en Y

- Điều trị áp xe tụy: mở lấy hết mủ, mô hoại tử và dẫn lưu

- Điều trị dịch tụy ổ bụng và dò dịch tụy lên màng phổi.

- Dò dịch tụy trong ổ bụng thường điều trị nội theo dõi; nếu điều trị nội không khỏi thì điều trị bằng nội soi hay phẫu thuật
- Điều trị dò dịch tụy lên màng phổi hiếm và điều trị như dịch tụy trong ổ bụng
- Điều trị viêm tụy cấp gây túi phình giả động mạch bằng phương pháp làm thuyên tắc mạch (Angiographic embolization) đặc biệt túi phình giả ở đầu tụy. Túi phình giả động mạch ở đuôi tụy thì mổ cắt bỏ đuôi tụy
- Điều trị viêm tụy cấp gây thuyên tắc tĩnh mạch lách: Thuyên tắc tĩnh mạch lách có 10% gây xuất huyết vào ổ bụng do tĩnh mạch trướng vì tăng áp lực và vỡ, điều trị cắt lách cầm máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Cường: Bệnh lý Ngoại khoa của tụy. Bài Giảng bệnh học ngoại khoa. Nhà xuất bản Y học 2004, trang 37-80.
 2. Steer M.L.: Pancreatitis. Sabiston Textbook of Surgery. 17th Edition V2. Elsevier Saunders, 2004, P.1648-1660.
 3. Yeo C.J., Cameron J.L., The Pancreas Sabiston Textbook of Surgery. V.1, 1997, P.1152-1184.
-

152/ PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VÔ SINH NAM

PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VÔ SINH NAM

1. Định nghĩa:

Theo định nghĩa của tổ chức y tế thế giới (WHO), một cặp vợ chồng sau khi lập gia đình một năm, không áp dụng bất kỳ biện pháp kế hoạch hóa gia đình mà không có con được xếp vào nhóm vô sinh.

2. Tần suất và nguyên nhân gây bệnh

Tần suất vô sinh chung trong cộng đồng là 15% đối với các cặp vợ chồng sau khi kết hôn vẫn không có thai tự nhiên.

Theo thống kê của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), cứ 100 cặp vợ chồng vô sinh thì nguyên nhân do vợ là 40%, do chồng là 30%, do cả hai người đều có bệnh là 20% và 10% không rõ nguyên nhân.

Các nhóm nguyên nhân vô sinh nam

Nguyên nhân	Tỷ lệ %
Giãn tĩnh mạch tinh	28
Tinh hoàn ẩn	3
Kháng thể kháng tinh trùng	2
Vô sinh bẩm tật.	13
Suy tinh hoàn	3
Suy tuyến sinh dục	4
Rối loạn di truyền do gen	0,5
Rối loạn xuất tinh / rối loạn cương	2
Bệnh lý toàn thân	0,2
Bệnh lý ác tính	0,4
Bất thường dương vật - niệu đạo	0,5
Không rõ nguyên nhân	23

3. Chẩn đoán

3.1. Bệnh sử:

- Hoạt động tình dục
- Các biện pháp tránh thai đã từng áp dụng
- Quá trình dậy thì
- Các phẫu thuật: tinh hoàn ẩn, phẫu thuật vùng chậu, niệu đạo
- Các thuốc đã và đang sử dụng có thể ảnh hưởng đến quá trình sản xuất tinh trùng, rối loạn xuất tinh.
- Nghề nghiệp: tiếp xúc nhiệt độ cao, hóa chất, tiếp xúc tia xạ
- Bệnh lý của người vợ

3.2. Khám lâm sàng:

- Khám tổng quát

- Khám cơ quan sinh dục:

- o Quan sát hình dạng và phân bố lông mu
- o Thể tích tinh hoàn ghi nhận bằng thước đo tinh hoàn Praeder
- o Ống dẫn tinh
- o Mào tinh
- o Giãn tĩnh mạch tinh
- o Các bệnh lý vùng bìu bẹn: thoát vị bẹn, tràn dịch tinh mạc, khối u tinh hoàn ..

3.3. Các xét nghiệm:

- Tinh dịch đồ: theo tiêu chuẩn của WHO. Nếu tinh dịch đồ bất thường nên cho bệnh nhân thực hiện hai lần, mỗi lần cách nhau từ 3- 4 tuần.

Các cụm từ trong tinh dịch đồ:

- o Thiếu tinh (Oligozoospermia): mật độ tinh trùng dưới 15 triệu tinh trùng / ml.
- o Nhược tinh (Asthenozoospermia): di động của tinh trùng dưới 32%
- o Quái tinh (Teratozoospermia): hình dạng bình thường dưới 4%
- o Thiếu - nhược - quái tinh (OAT: Oligozoospermia + Asthenozoospermia + Teratozoospermia).

- Xét nghiệm nội tiết: FSH - LH - Prolactine - Testosterone

- Xét nghiệm di truyền: bộ nhiễm sắc thể, SRY, vi mát đoạn AZF_{abcq}, khảo sát phân mảnh AND của tinh trùng...

- Siêu âm Doppler bìu bẹn

- Siêu âm qua ngã trực tràng.

- Chụp ống dẫn tinh

4. Điều trị

4.1. Thay đổi lối sống:

Không sử dụng các chất gây nghiện, thuốc lá, rượu, thay đổi môi trường làm việc nếu làm trong các xí nghiệp tiếp xúc nhiệt độ cao, tia X, hóa chất độc hại.

4.2. Điều trị nội khoa

- Điều trị nội khoa dành cho các trường hợp tinh trùng yếu mà không rõ lý do. Biện pháp nội khoa thường dùng là các thuốc chống ôxy hóa như vitamin E, vitamin C. Clomiphene citrate liều thấp cũng là thuốc hay được sử dụng trong điều trị vô sinh nam, thời gian điều trị trong khoảng 3-6 tháng và lưu ý các tác dụng phụ như giảm ham muốn, nổi mụn, vú to..

- Suy tuyến sinh dục: HCG 2000UI (3 lần/tuần x 2 tháng) + HCG + HMG (3x 75 to 3 x 150 UI /tuần) trong 6 -12 tháng: hiệu quả nhưng chi phí cao.

- Tăng prolactine/máu (BN u tuyến yên): bromocriptin

- Cường tuyến thượng thận bẩm sinh: corticosteroids (0,5 or 0,75 mg dexamethasone/ngày)

4.3. Điều trị các bất thường cơ quan sinh dục

4.4. Điều trị các rối loạn xuất tinh

4.5. Điều trị các bệnh lý toàn thân

4.6. Điều trị ngoại khoa



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Abdel-Meguid TA. Predictors of sperm recovery and azoospermia relapse in men with nonobstructive azoospermia after varicocele repair. *J Urol* 2012 Jan;187(1):222-6.

2. Amer M, Haggard SE, Moustafa T, et al. Testicular sperm extraction: impact to testicular histology on outcome, Number of biopsies to be performed and optional time for repetition. *Hum Reprod* 1999 Dec;14(12):3030-4.
3. Colpi GM, Piediferro G, Nerva F, et al. Sperm retrieval for intra-cytoplasmic sperm injection in nonobstructive azoospermia. *Minerva UrolNefrol* 2005 Jun;57(2):99-107.
4. Matthews GJ, Schlegel PN, Goldstein M. Patency following microsurgical vasoepididymostomy and vasovasostomy: temporal consideration. *J Urol* 1995 c;154(6):2070-3.
5. Nieschlag E, Behre HM and Nieschlag S (eds). *Male reproductive health and dysfunction*. 3rd edn. Berlin: Springer Verlag, 2010, Chapter 5, pp. 83-7.
6. Schroeder-Printzen I, Ludwig M, Kohn F, et al. Surgical therapy in infertile men with ejaculatory duct obstruction: technique and outcome of a standardized surgical approach. *Hum Reprod* 2000 Jun;15(6):1364-8
7. World Health Organization. *WHO Laboratory Manual for the Examination and Processing of Human Semen*. 5th edn. WHO, 2010.
8. World Health Organization. *WHO Manual for the Standardized Investigation and Diagnosis of the Infertile Couple*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.
9. Argawal A, Deepinder F, Cocuzza M, et al. Efficacy of varicocelectomy in improving semen parameters: new meta-analytical approach. *Urology* 2007 Sep;70(3):532-8.
10. Goldstein M, Gilbert BR, Dicker AP, et al. Microsurgical inguinal varicocelectomy with delivery of the testis: an artery and lymphatic sparing technique. *J Urol* 1992 Dec;148(6):1808-11.

153/ **PHÁC ĐỒ HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DA DÀY**

PHÁC ĐỒ HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DA DÀY

Mô tả tình trạng bướu (T/N/M và giai đoạn) trong hướng dẫn điều trị này dựa theo phân loại hợp nhất của 3 tổ chức UICC (the Union Internationale Contre le Cancer), AJCC (the American Joint Committee on Cancer), JGCA (Japanese Gastric Cancer Association) được áp dụng 2010.

1 . Các loại điều trị

Điều trị ung thư dạ dày dựa trên hướng dẫn của JGCA Các loại điều trị bao gồm:

- Cắt niêm mạc dạ dày qua nội soi

- Cắt dạ dày nội soi

- Cắt bướu tại chỗ

- Hóa trị tân hô trợ

- Hóa trị hô trợ

- Phẫu thuật cắt giảm khối u

2. Phẫu thuật

2.1 Định nghĩa các loại phẫu thuật

a) Phẫu thuật tiệt căn

- Cắt dạ dày tiêu chuẩn: Là loại phẫu thuật chính nhằm mục đích cắt bỏ tiệt căn, với cắt bỏ ít nhất 2/3 dạ dày kèm nạo hạch D2.

- Cắt dạ dày không tiêu chuẩn: Là loại phẫu thuật cắt dạ dày mở rộng có hoặc không có kèm nạo hạch tùy theo đặc tính của bệnh.

- **Cắt dạ dày biến đổi:** Cắt dạ dày rộng có/không có nạo hạch ít hơn so với cắt dạ dày tiêu chuẩn.
- **Cắt dạ dày mở rộng**

(1) Cắt dạ dày kèm cắt cơ quan kế cận di căn. (2) Cắt dạ dày kèm nạo hạch mở rộng ($>D2$).

b) Cắt dạ dày không tiệt căn

- Phẫu thuật giảm nhẹ

Thực hiện trong cấp cứu trong trường hợp ung thư tiến triển di căn gây xuất huyết, hẹp môn vị. Phẫu thuật giảm nhẹ nhằm làm thuyên giảm triệu chứng, được đề nghị cho ung thư dạ dày giai đoạn IV. Phẫu thuật cắt giảm hoặc nối vị tràng được lựa chọn tùy thuộc khả năng cắt được ung thư nguyên phát và/hoặc những yếu tố nguy cơ của phẫu thuật.

- Phẫu thuật cắt giảm

Vai trò của cắt dạ dày chưa rõ ràng ở những bệnh nhân ung thư dạ dày tiến triển có di căn mà không cắt được nhưng chưa có triệu chứng cấp cứu như chảy máu, hẹp môn vị. Cắt giảm nhằm kéo dài sự sống hoặc trì hoãn xuất hiện triệu chứng trong quá trình diễn tiến của bệnh.

2.2 Mở rộng cắt dạ dày

a) Các loại cắt dạ dày

- Cắt toàn bộ dạ dày
- Cắt bán phần xa dạ dày
- Cắt bán phần trên dạ dày (cắt cực trên)
- Cắt đoạn dạ dày
- Cắt tại chỗ
- Không cắt (nối tắc, mở dạ dày, mở hổng tràng)

b) Quyết định loại cắt dạ dày - Bờ cắt

Phải đảm bảo bờ cắt hiệu quả khi quyết định đường cắt dạ dày khi cắt ý định phẫu thuật tiệt căn. Thường bờ cắt trên dạ dày ít nhất là 5cm. Tốt nhất nên có cắt sinh thiết lạnh. Với những u xâm lấn thực quản, bờ cắt trên 5cm là không cần thiết nhưng nên có sinh thiết lạnh để đảm bảo bờ cắt sạch.

Những sang thương T1, bờ cắt trên chỉ cần 2cm. Khi bờ cắt trên không rõ ràng thì nên đánh dấu trước mổ qua nội soi bằng clip.

- Chọn lựa loại phẫu thuật

Cắt dạ dày tiêu chuẩn, toàn phần hoặc bán phần dưới, khi chẩn đoán trước mổ xác định có hạch di căn (cN+) hoặc u từ T2-T4a. Cắt bán phần xa khi bờ cắt trên được đảm bảo sạch. Xâm lấn tuy đồi hỏi phải cắt lách kèm cắt dạ dày toàn bộ. Cắt dạ dày toàn bộ kèm cắt lách được xem xét cho những u dọc bờ cong lớn hoặc di căn dọc theo hạch 4sb. Với những ung thư ở cực trên chỗ nối thực quản dạ dày nên xem xét cắt thực quản.

Với những ung thư giai đoạn sớm cT1cN0, cắt dạ dày biến đổi có thể thực hiện như sau tùy theo vị trí u:

- Cắt dạ dày bảo tồn môn vị (PPG: pylorus-preserving gastrectomy) thực hiện cho những u ở 1/3 giữa dạ dày với bờ xa của u còn cách môn vị ít nhất 4cm.

- Cắt bán phần trên dạ dày: cho những u ở phần trên, ít nhất còn hơn 1/2 phần xa dạ dày được bảo tồn.

Cắt đoạn và cắt tại chỗ vẫn còn trong giai đoạn xem xét.

2.3 Nạo hạch

a) Mở rộng nạo hạch

Mở rộng nạo hạch được định nghĩa theo loại phẫu thuật cắt dạ dày được chỉ định. Khi thực hiện nạo hạch không theo tiêu chuẩn mức độ D (hoặc hạch nằm ngoài mức độ nạo theo tiêu chuẩn D hoặc khi hạch không được nạo vét đủ theo tiêu chuẩn D), thì cần phải ghi nhận đặc biệt, thí dụ như: D1 (+N0.8a), D2 (-N0.10).

- Cắt toàn bộ dạ dày

D0: nạo hạch \leq D1

D1: Nos. 1-7

D1+: D1 + Nos. 8a, 9, 11p

D2: D1 + Nos. 8a, 9, 11p, 11d, 12a, 10

- Với những u xâm lấn thực quản:

D1+ bao gồm No. 110

D2 bao gồm Nos. 19, 20, 110, và 111

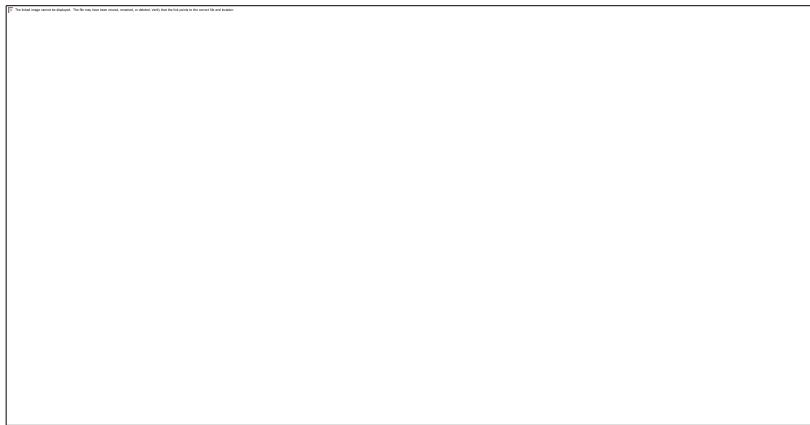
- Cắt bán phần dưới dạ dày

D0: nạo hạch $\leq D1$

D1: Nos. 1, 3, 4sb, 4d, 5, 6, 7

D1+: D1 + Nos. 8a, 9

D2: D1 + Nos. 8a, 9, 11p, 12a



- **Cắt dọc dày bảo tồn môn vị**

D0: nạo hạch $\leq D1$

D1: Nos. 1, 3, 4sb, 4d, 6, 7

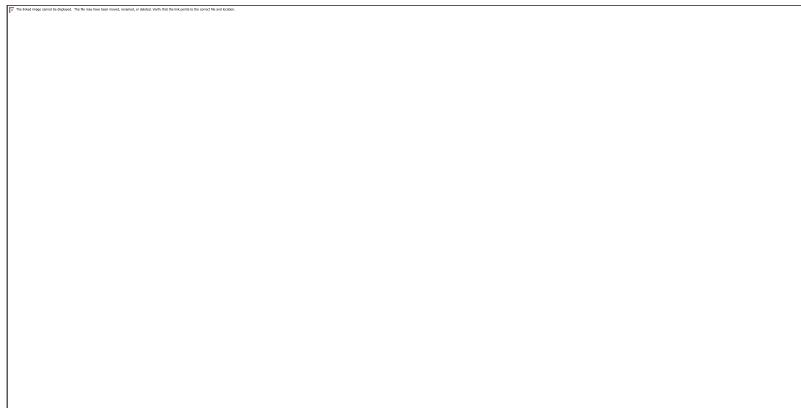
D1+: D1 + Nos. 8a, 9

- **Cắt bán phần trên dày**

D0: nạo hạch $\leq D1$

D1: Nos. 1, 2, 3a, 4sa, 4sb, 7

D1+: D1 + Nos. 8a, 9, 11p



b) Chỉ định nạo hạch

Về nguyên tắc, nạo hạch D1 hoặc D1+ được chỉ định cho cT1N0, và D2 được chỉ định cho cN+ hoặc cT2-T4. Bởi vì chẩn đoán hạch di căn trước và trong mô vẫn chưa rõ ràng, nạo hạch D2 nên được thực hiện bất kỳ khi nào hạch kiên quan có nghi ngờ di căn.

- Nạo hạch D1

Được chỉ định cho bướu T1a không phù hợp với chỉ định cắt niêm mạc qua nội soi (EMR) hoặc cắt dưới niêm qua nội soi (ESD), và cho những bướu cT1bN0 có mô học là loại biệt hóa và $d < 1,5\text{cm}$.

- Nạo hạch D1+

Được chỉ định cho những sang thương $> cT1N0$.

- Nạo hạch D2

Được chỉ định cho bướu T2-T4, cũng như là cT1N+. Vai trò của cắt lách để lấy đi hoàn toàn N0.10 và 11 thì vẫn còn tranh cãi và chờ kết quả cuối cùng của nghiên cứu lâm sàng có đối chứng (JCOG0110). Trong thời gian này, làm sạch hoàn toàn N0.10 nên xem xét cho những bướu T2-T4 nằm ở phần trên bờ cong lớn.

- Nạo hạch D2+

Được xem là cắt dạ không tiêu chuẩn, được thảo luận:

- Nạo hạch quanh động mạch chủ vẫn còn tranh luận, nghiên cứu.

- Nạo hạch 14v chỉ có lợi khi N0.6 di căn rõ ràng.

- Nạo hạch 13 có thể là một lựa chọn khi bướu cảm lán tá tràng.

- 2.4. Vấn đề khác

a) Bảo tồn thần kinh X

Bảo tồn nhánh gan của thần kinh X trước và hoặc nhánh tạng của thần kinh X sau góp phần cải thiện chất lượng sống sau cắt dạ dày như làm giảm hình thành sỏi mật, tiêu chảy, và/hoặc sụt cân. Trong cắt dạ dày bảo tồn môn vị, nhánh gan nên được bảo tồn để duy trì chức năng môn vị.

b) Cắt mạc nối lớn

Được quy định cho cắt dạ dày tiêu chuẩn với $u > T3$. Với những búi T1/T2. Mạc nối lớn có thể được bảo tồn $> 3\text{cm}$ từ cung vị mạc nối.

c) Cắt túi mạc nối

Có thể thực hiện cho những búi xâm lấn thanh mạc nằm ở mặt sau dạ dày nhằm lấy hết những búi vi thể rái xuống mạc nối bé. Tuy nhiên, chưa có bằng chứng nào chứng minh cắt túi mạc nối làm giảm tái phát phúc mạc hoặc tái phát tại chỗ.

d) Cắt cơ quan kế cận bị xâm lấn

Nên được cắt đi nếu có thể để đảm bảo cắt tiệt căn R0.

e) Phẫu thuật nội soi

Được chỉ định cho những sang thương sớm. Những sang thương ở giai đoạn tiến triển vẫn còn đang nghiên cứu đổi chứng.

3.Giai đoạn

Kể từ 2010, cả 3 tổ chức UICC (the Union Internationale Contre le Cancer), AJCC (the American Joint Committee on Cancer), JGCA (Japanese Gastric Cancer Association) đã thống nhất áp dụng phân loại giai đoạn ung thư dạ dày.

3.1. Theo chiều sâu

/TX: không đánh giá được u nguyên phát

/T0: không có dấu kiện của u nguyên phát

/Tis: K biểu mô tại chỗ, chưa xâm lấn màng dày

/T1: u lấn lớp mô đệm, cơ niêm, hoặc dưới nm

o T1a: u xâm lấn lớp mô đệm hoặc cơ niêm (M)

o T1b: u xâm lấn lớp dưới niêm (SM)

/T2: u xâm lấn lớp cơ riêng *

/T3: u lấn vào lớp mô liên kết dưới thanh mạc mà không xâm lấn phúc mạc tạng hoặc cấu trúc kế cận **,***

/T4: u lấn thanh mạc (PM tạng) or cấu trúc kế cận**,***

o T4a: u xâm lấn thanh mạc (phúc mạc tạng) (SE)

o T4b: u xâm lấn cấu trúc lân cận (SI)



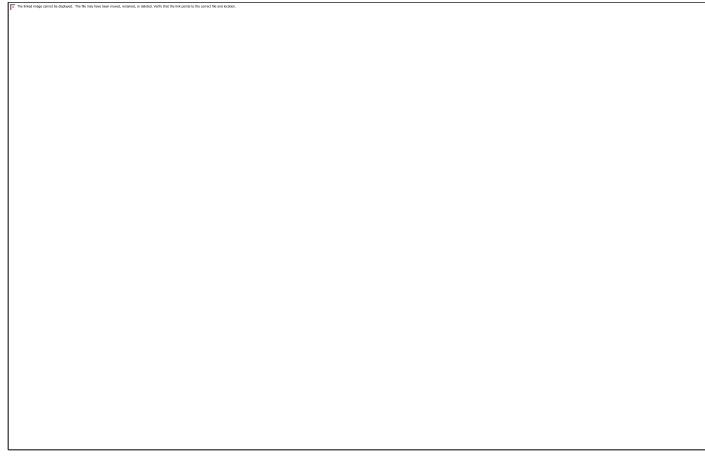
Hình 3: Xâm lấn của u theo chiều sâu từ T1-4

SM được chia thành:

- SM1 hoặc T1b1 (buớu xâm lấn 0,5mm vào cơ niêm)

- SM2 hoặc T1b2 (buớu xâm lấn >0,5m vào trong lớp cơ niêm)

* u xâm lấn lớp cơ riêng (T2) nhưng lan qua DC vị gan hoặc vị kết, hoặc vào mạc nối lớn, bé mà không ăn qua PM tạng che phủ các cấu trúc này → T3. Nếu ăn xuyên qua PM tạng che các DC DD hoặc mạc nối → T4



Hình 4:Hình thức chuyển giai đoạn theo mức độ xâm lấn

**cấu trúc kê cận DD: lách, ĐT ngang, gan, cơ hoành, tuy, thành bụng, tuyến TT, thận, RN, và sau PM. Xâm lấn thanh mạc nhưng không dính đến mạc nối lớn, bé → T4a. Xâm lấn mạc treo đại tràng ngang không phải là T4b trừ khi ăn lan đến mm đại tràng hoặc ăn lan ra phía sau mạc treo đại tràng ngang

***ăn trong vào lòng túi tá tràng hoặc TQ được xếp loại theo chiều sâu của u ăn lan to nhất trong bất kỳ vị trí nào của TT, TQ, và DD



Hình 5: Hình ăn lan theo chiều sâu vào trong lòng ống tiêu hóa

3.2. Hạch vùng

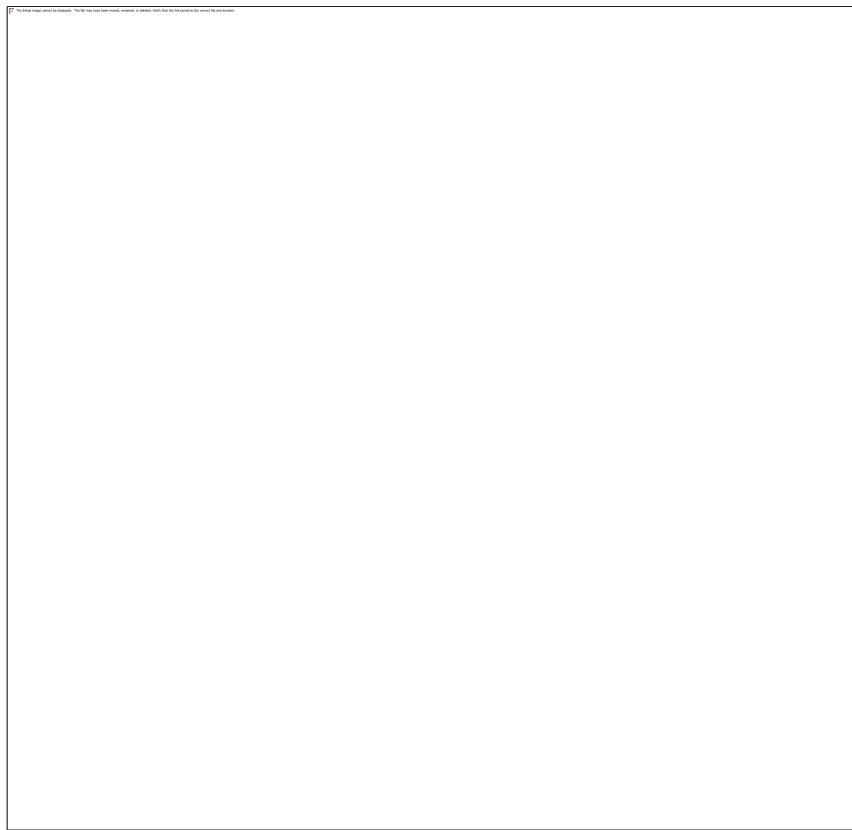
Dựa vào số hạch bị di căn trên vi thể

- NX: không đánh giá được
- N0: không có di căn hạch vùng*
- N1: di căn 1 - 2 hạch vùng
- N2: di căn 3 - 6 hạch vùng

°N3: > 7 hạch vùng

° N3a: 7-15 hạch vùng o N3b: > 16 hạch vùng

* $pN0$ nên được dùng nếu tất cả hạch vùng được kiểm tra âm tính, bát cháp tổng số được lấy đi và xét nghiệm



Hình 6: Các vùng hạch của dạ dày



Hình 7: Di căn theo hạch vùng

3.3. Di căn xa

◦ M0: không có di căn xa

◦ M1: có di căn xa

Bảng 2: Phân chia giai đoạn và chỉ định phẫu thuật cắt dạ dày nội soi của ung thư dạ dày



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ajcc *Cancer Staging Atlas* (2012). *Stomach* (2ed). 147-157.
2. David W. McFadden, Patrick Mammal (2013). *Adenocarcinoma of the stomach, duodenum, and small intestine*. In *Shackelford's Surgery of the Alimentary tract*. 7^hed.
3. Marc S. Levine (2010). *Upper gastrointestinal series in the diagnosis of gastric cancer*. In *Gastric Cancer*. 62-82.
4. DavidM. Mahvi and Seth B. Krantz (2012). *Stomach. Gastric Cancer*. In *Sabiston textbook of surgery*. Chap 49, 19th ed, 1204-1222.

5. Japanese Gastric Cancer Association (2011). Japanese Gastric Cancer Treatment Guidelines 2010 (ver. 3). *Gastric Cancer*. 14: 113-123.

154/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHẨN THƯƠNG CƠ QUAN SINH DỤC NAM

CHẨN THƯƠNG CƠ QUAN SINH DỤC NAM

Chấn thương cơ quan sinh dục được ghi nhận ở cả hai giới và trong tất cả các nhóm tuổi. Thống kê các chấn thương hệ sinh dục-tiết niệu, 1/3 đến 2/3 trường hợp liên quan đến cơ quan sinh dục bên ngoài. Chấn thương bộ phận sinh dục là phổ biến hơn ở nam giới (đặc biệt là từ 15 đến 40 tuổi) hơn ở phụ nữ. Sự khác biệt về giải phẫu học, nguyên nhân: tai nạn giao thông, tham gia hoạt động thể dục thể thao, tội phạm bạo lực và chiến tranh.

Chấn thương cơ quan sinh dục được chia làm hai nhóm: Chấn thương bộ phận sinh dục thường do vết thương không xuyên thấu (80% trường hợp) và chấn thương sinh dục-tiết niệu với vết thương xuyên thấu chiếm 20%

1. Vết thương do đạn bắn

Ở những bệnh nhân với vết thương do đạn bắn vào bộ phận sinh dục một số thông tin bổ sung sẽ có ích - đặc biệt là phạm vi đạn bắn, loại vũ khí. Đạn bắn với tốc độ cao sẽ tạo ra một năng lượng rất lớn tạo nên chấn thương do sự phá hủy cấu trúc.

2. Vết thương do cắn cắn

2.1. Động vật

Mặc dù bị động vật cắn là phổ biến, nhưng vết thương do động vật cắn cơ quan sinh dục ngoài là rất hiếm. Vết thương thường nhẹ, nhưng có nguy cơ nhiễm trùng vết thương. Tác nhân vi khuẩn phổ biến nhất của chó cắn là *Pasteurella Multicida*, chiếm đến 50% các trường hợp. Ngoài ra *Escherichia coli*, *Streptococcus viridans*, *Staphylococcus aureus*, *Eikenella corrodens*, *Capnocytophaga canimorsus* *Veillonella parvula*, *Bacteroides* và *Fusobacterium spp.*

Kháng sinh lựa chọn đầu tiên là penicillin - amoxiclavulanic tiếp theo doxycycline, Cephalosporine hoặc Erythromycine trong 10-14 ngày. Sau khi bắt kỳ vết cắn động vật, người ta

phải xem xét khả năng của bệnh dai. Trong trường hợp bệnh dai có mặt tại địa phương, tiêm chủng phải được đưa ra để ngăn chặn đe dọa tính mạng.

2.2. Vết thương cắn do con người

Con người cắn ít gấp hơn nhưng cần được xem xét đặc biệt là trong nhóm có nguy cơ cao. Các bệnh do virus có thể xảy ra như viêm gan siêu vi B, HIV.

3. Chấn thương dương vật

3.1. Chấn thương dương vật

Chấn thương đụng dập dương vật thường không gây rách bao trăng thể hang. Trong những trường hợp này, chỉ thấy tụ máu dưới da với nguyên vẹn bao trăng thể hang.

3.2. Gãy dương vật

Đây là kết quả chấn thương dương vật khi cương cứng trong quá trình quan hệ tình dục, thủ dâm, lăn xuống giường (hiếm khi). Gãy dương vật là do vỡ bao trăng thể hang và có hiện tượng tụ máu dưới da và tổn thương của thể xôp, niệu đạo 10-22 % trường hợp.

Độ dày của bao trăng thể hang trong tình trạng thâp bình thường khoảng 2 mm và khi cương cứng chỉ còn 0,25 - 0,5mm, và do đó dễ bị tổn thương do chấn thương. Bệnh nhân gãy dương vật có nghe được tiếng âm thanh đột ngột và sau đó dương vật xùi. Sung nề dương vật tại chỗ hoàn toàn bộ dương vật do tụ máu. Chảy máu có thể lan tỏa khắp các lớp cân bao phủ toàn bộ dương vật và lan đến bụng hay bìu nếu cân Buck cũng bị vỡ.

Khám lâm sàng: dương vật sung nề tụ máu, có thể sờ thấy điểm không liên tục bao trăng.

Cận lâm sàng: siêu âm Doppler, MRI có thể xác định vị trí vết rách của bao trăng thể hang. Nếu có nghi ngờ đồng thời chấn thương niệu đạo, chụp niệu đạo ngược dòng có thể được thực hiện.

Điều trị

Tụ máu dưới da, mà không rách bao trăng thể hang thì không chỉ định can thiệp phẫu thuật. Trong trường hợp này, thuốc giảm đau không steroid được khuyến cáo sử dụng.

Trong gãy dương vật, can thiệp phẫu thuật với khâu bao trăng thể hang bằng cách sử dụng chỉ khâu tự tiêu. Theo dõi hậu phẫu, ghi nhận các biến chứng: nhiễm trùng vết mổ là 9 %, rối loạn cương là 1,3%

Điều trị bảo tồn gãy dương vật: không nên thực hiện. Điều trị bảo tồn sẽ làm tăng các biến chứng như áp xe dương vật, bỏ qua giai đoạn thâm niệu đạo nếu có tổn thương, cong dương vật, và tụ máu diễn tiến trầm trọng Biến chứng muộn sau khi điều trị bảo tồn là xơ hóa và biến dạng dương vật 35% và rối loạn cương lên đến 62 %.

3.3. Vết thương xuyên thủng dương vật

Vết thương xuyên thủng dương vật hiếm khi được nhìn thấy trong thời bình. Hầu hết các trường hợp có liên quan đến nhiều người bị thương. Các nguyên nhân của chấn thương dương vật do là súng / dao chấn thương, động vật hay con người cắn, tự gây ra cắt hoặc bị cắt dương vật.

- Nếu vết thương nông, diện tích nhỏ và không tổn thương bao trăng thể hang: không can thiệp phẫu thuật, chăm sóc tại chỗ vết thương.
- Các tổn thương nặng hơn nhưng vẫn chưa gây tổn thương bao trăng thể hang: xoay vật da hoặc ghép da mỏng.
- Tổn thương nặng có tổn mất một phần bao trăng thể hang: có thể sử dụng mảnh ghép tự thân (từ tĩnh mạch hiền tự thân hoặc da đã khử bì), và dùng vật da che phủ dương vật. Nếu chấn thương niệu đạo đồng thời bị nghi ngờ, cần thực hiện chụp niệu đạo ngược dòng là cần thiết.

3.4. Mất đoạn dương vật:

Cần tiến hành nối ghép dương vật nếu thời gian từ khi bị tổn thương đến khi phẫu thuật trong vòng 24 giờ.

Xử trí phần dương vật bị cắt: dương vật bị cắt đứt nên được rửa sạch bằng nước muối sinh lý vô trùng, được bọc trong gạc ngâm nước muối sinh lý, đồng thời đặt trong một túi vô trùng và ngâm trong nước nước đá. Dương vật không phải tiếp xúc trực tiếp với nước đá.

Xử trí cấp cứu: băng áp lực hoặc garô nên được đặt tại gốc dương vật để ngăn ngừa mất máu quá nhiều.

Phẫu thuật nối ghép dương vật: nối thể hang và thể hang, nội niệu đạo tận tận và nối động mạch - tĩnh mạch - thần kinh lưng dương vật dưới kính hiển vi.

Nếu không nối được đoạn dương vật bị cắt, chúng ta có thể xử lý như đóng móm cột dương vật và tiến hành tạo hình dương vật sau khi hậu phẫu ổn định.

4. Chấn thương bìu

4.1. Chấn thương bìu với vết thương không xuyên thấu

Chấn thương vào bìu với vết thương không xuyên thấu có thể tổn thương đụng dập tại tinh hoàn, tụ máu tại tinh hoàn, vỡ tinh hoàn hoặc tụ máu bìu.

Tu máu tinh hoàn:

Tụ máu tụ tinh hoàn nhỏ: khi thể tích tinh hoàn bị chấn thương có thể tích nhỏ hơn 3 lần thể tích tinh hoàn không bị chấn thương. Điều trị: kháng viêm, giảm đau, không có chỉ định phẫu thuật.

Tụ máu tinh hoàn với kích thước lớn: chỉ định phẫu thuật trì hoãn (sau 3 ngày từ khi có chấn thương). Nếu can thiệp phẫu thuật sớm: tỷ lệ cắt tinh hoàn trên 90% trường hợp.

Vỡ tinh hoàn

Vỡ tinh hoàn được ghi nhận khoảng 50% các trường hợp chấn thương bìu trực tiếp với vết thương không xuyên thấu.

Vỡ tinh hoàn xảy ra khi có chấn thương với áp lực cao, tinh hoàn bị ép giữa lực tác động với xương mu, và bao trăng tinh hoàn bị vỡ.

- **Triệu chứng:** có thể gặp khi vỡ tinh hoàn: đau, buồn nôn, nôn, và đôi khi ngất xỉu. Bìu sưng nề, bầm tím. Tinh hoàn bị chấn thương có thể khó sờ nắm .
- **Cận lâm sàng:** siêu âm với độ phân giải cao được thực hiện để xác định tổn thương khu trú trong tinh hoàn, tụ máu hoặc vỡ
- **Chỉ định phẫu thuật đối với các trường hợp vỡ tinh hoàn:** lấy máu tụ, khâu bao trăng tinh hoàn. Tuy nhiên với những trường hợp chấn thương tinh hoàn vỡ dập nát toàn bộ tinh hoàn hay tổn thương cuồng mạch máu tinh hoàn thì chỉ định cắt tinh hoàn là cần thiết.

4.2. Chấn thương bìu với vết thương xuyên thấu

- Chấn thương bìu với vết thương xuyên thấu thì bắt buộc phải phẫu thuật thăm dò và xử trí.
- Nếu vết thương tồn thương thông tinh và ống dẫn tinh, phẫu thuật nối ống dẫn tinh tận tận vi phẫu nên thực hiện
- Nếu có tổn thương bao trăng tinh hoàn: khâu bao trăng tinh hoàn, nếu mất bao trăng diện tích lớn thì có thể sử dụng bao tinh mạc để phục hồi tinh hoàn.
- Nếu bệnh nhân bị tổn thương nặng tinh hoàn thì chỉ định cắt tinh hoàn là cần thiết.
- Kháng sinh dự phòng được khuyến cáo và dự phòng uốn ván là bắt buộc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bertini JE Jr, Corriere JN Jr. The etiology and management of genital injuries. *J Trauma* 1988 Aug;28(8):1278-81.
2. Lewis KT, Stiles M. Management of cat and dog bites. *Am Fam Physician* 1995 Aug;52(2):479-85,489- 90.
3. McAninch JW, Kahn RI, Jeffrey RB, et al. Major traumatic and septic genital injuries. *J Trauma* 1984 Apr;24(4):291-8.

4. Monga M, Hellstrom WJ. Testicular Trauma. *Adolesc Med* 1996 Feb;7(1):141-148.
 5. Mulhall JP, Gabram SG, Jacobs LM. Emergency management of blunt testicular trauma. *Acad Emerg Med* 1995 Jul;2(7):639-43.
 6. Nicolaisen GS, Melamud A, Williams RD, et al. Rupture of the corpus cavernosum: surgical management. *J Urol* 1983 Nov;130(5):917-
-

155/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CƯỜNG GIÁP

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CƯỜNG GIÁP

1. Định nghĩa:

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

2. Chẩn đoán:

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

2.1. Lâm sàng:

Thể lâm sàng đầy đủ sẽ biểu hiện tất cả các dấu hiệu tổn thương ở các mô, các rối loạn chuyển hóa.

Bệnh Graves là nguyên nhân của hầu hết các trường hợp cường giáp, đặc biệt là ở người trẻ, bướu giáp đa nhân hóa độc là nguyên nhân cường giáp hay gặp ở người già.

a) **Sự cân nhanh.**

b) **Da, tóc và điều nhiệt**

Cảm giác nóng bức, sợ nóng, tăng thân nhiệt nhẹ 37,5-38 độ C. Da nóng, ẩm mồ hôi, có thể có phù trước xương chày. Tóc mảnh, dễ gãy, có thể rụng tóc. Móng tay thường mềm, dễ gãy. Khát nước thường xuyên. Có thể có tiểu nhiều.

c) **Mắt**

Ánh mắt sắc, dấu hiệu mắt lag. Hoặc bệnh nhân than phiền về cảm giác khó chịu về mắt, lồi mắt một bên hay 2 bên.

d) Hệ thống tim mạch

Nhip tim nhanh hâu như thường xuyên, hiện diện ngay cả khi ngủ, tần số có thể >90 lần/phút, tăng nhiều khi xúc động. Huyết áp tâm thu tăng, hiệu số huyết áp rộng. Rối loạn vận mạch với biểu hiện đỏ mặt từng lúc, toát mồ hôi.

e) Thần kinh, tâm thần

Dễ xúc động, bồn chồn, bứt rứt, dễ cáu gắt. Có thể có rối loạn tâm thần. Run đùu ngón tay với biên độ nhỏ, tần số nhanh, đều.

f) Tiêu hóa

Tăng nhu động ruột, có thể có tiêu chảy không kèm theo đau quặn.

g) Cơ

Yếu cơ có thể phát hiện bằng dấu hiệu ghê đ骇, có thể có teo cơ nhát là ở vùng vòng quanh vai.

2.2. Cận lâm sàng:

- PBI (*Iod huyết thanh*) tăng lên $>7 \text{ pg}/100ml$ (*bình thường 4-7 pg/100ml*), ít dùng.
- Định lượng hormon giáp lưu hành: T_4 , FT_4 , T_3 , FT_3 tăng.
- Định lượng TSH giảm, là test để xác định chẩn đoán và dựa vào đó để điều trị.
- Định lượng TRH hữu ích trong 1 số trường hợp nghi ngờ có u tuyến yên.
- Biểu đồ tập trung iod phóng xạ tại tuyến giáp: Thường độ tập trung xảy ra sớm, cao trong thời điểm 2h, 6h sau đó giảm nhanh tạo ra góc thoát. Một số trường hợp độ tập trung tăng và giữ hình cao nguyên.
- Chẩn đoán hình ảnh: siêu âm tuyến giáp hoặc xạ hình tuyến giáp hữu ích trong chẩn đoán cường giáp những trường hợp u giáp nhân.

2.3. Các thể lâm sàng:

- Thể theo triệu chứng lâm sàng:
 - ❖ Thể tim.
 - ❖ Thể tăng thể trọng nghịch thường: hay gặp ở phụ nữ trẻ, mắt kinh.

- ❖ *Thể suy mòn: chỉ có triệu chứng duy nhất là gầy nijeu.*
- ❖ *Thể tiêu hóa: tiêu chảy và gầy sụt cân biểu hiện là chủ yếu.*
- ❖ *Thể thận kinh: giả liệt chu kỳ có liên quan tới giảm kali máu, hay gặp ở người Châu Á.*

Thể tâm thần: kích động hay hoang tưởng, lú lẫn.

- *Thể theo triệu chứng sinh hóa:*

- ❖ *Thể chỉ tăng T3, nhưng T4 bình thường và thể chỉ tăng T4, nhưng T3 bình thường.*
- ❖ *Thể T3, T4 bình thường, TSH giảm, không có dấu hiệu cường giáp trên lâm sàng (cường giáp dưới lâm sàng).*

- *Thể theo cơ địa:*

- ❖ *Mẹ bị cường giáp nên khi sinh con em bé có thể bị cường giáp thoáng qua trong vài tuần.*
- ❖ *Thể trẻ em: hiếm xảy ra trước tuổi dậy thì.*
- ❖ *Thể phụ nữ có thai: cường giáp nặng lên ở thời kì đầu và sau khi sinh.*
- ❖ *Người già: triệu chứng không điển hình, biểu hiện như thể tiêu hóa, thể vô cảm...*

2.4. Chẩn đoán phân biệt:

- *Phình giáp lan tỏa.*
- *Viêm tuyến giáp.*

3. Điều trị:

3.1. Điều trị nội khoa:

- *Điều trị sớm và đầy đủ, diễn tiến tốt. Một số ít có thể bị tái phát. Điều trị muộn, hoặc không đầy đủ, cường giáp nặng lên, nhiều biến chứng, có thể bị cơn cường giáp cấp.*
- *Sử dụng phối hợp thuốc kháng giáp tổng hợp, thuốc chống cường giao cảm, an thần. Tùy từng trường hợp cụ thể mà có sự lựa chọn thuốc phối hợp thích hợp.*
- *Thuốc kháng giáp tổng hợp:*

Nhóm thiouracil (3 lần/ngày)

MTU (methythiouracil)

PTU(propylthiouracil)

BTU (benzylthiouracil)

Nhóm imidazol (1 lần/ngày)

CARBIMAZOLE (Neomercazole)

METHIMAZOLE (Tapazole, Thyrozol)

• Thời gian điều trị từ 18 đến 24 tháng. Liều dùng sẽ tăng hay giảm dần mỗi 1-2 tháng tùy theo diễn tiến bệnh.

• Tai biến do thuốc:

Mất bạch cầu hạt: thường gặp, cần theo dõi số lượng bạch cầu và công thức bạch cầu ở bệnh nhân sau khi điều trị có sốt cao, viêm họng. Xử trí bằng cách giảm liều thuốc, cần ngưng thuốc khi số lượng bạch cầu < 4000, bạch cầu đa nhân trung tính < 45 % hoặc đổi qua nhóm thuốc khác.

Viêm gan do thuốc: cần ngưng thuốc, chuyển điều trị bằng iod (dung dịch Lugol) tạm thời hoặc lâu dài.

Sốt, mẩn đỏ ngoài da, đau khớp: trường hợp này không cần ngưng điều trị.

• Theo dõi điều trị bằng định lượng T_3 , FT_4 , TSH.

• Diễn tiến tốt: Khôi phục tuyến giáp nhỏ đi, liều duy trì nhỏ (*thiouracil* < 50 mg, *imidazole* < 5 mg).

- Thuốc chống cường giao cảm:

* Úc chế p giao cảm: *Propanolol (Inderal, Avlocardyl)*. Liều thông dụng 40 - 120 mg/ngày, chia 4-6 lần... Chống chỉ định: Hen, loét dạ dày, bloc nhĩ thất, suy tim nặng.

* Thuốc úc chế giao cảm khác: sử dụng khi có chống chỉ định các thuốc úc chế p giao cảm. *Reserpine*: liều 1- 1,5 mg/ngày; *Guanethidine*: liều 50 - 100 mg/ngày.

- An thần: chỉ định khi có các triệu chứng mất ngủ, lo âu, căng thẳng nhiều.

- Điều trị cường giáp ở phụ nữ có thai: nên dùng PTU liều nhỏ nhất có thể để duy trì FT_4 gần giới hạn của mức bình thường, liều thường giảm ở giai đoạn sau của thai kì. Atenolol cho uống 25- 50 mg/ngày để giảm các triệu chứng, trong khi chờ tác dụng của PTU. Trẻ sơ sinh của các bà mẹ này nên được theo dõi cẩn thận về cường giáp.

3.2. Điều trị phẫu thuật:

- **Chỉ định:** Các trường hợp điều trị nội khoa thất bại hay tái phát, búrú giáp quá lớn, búrú giáp nhân độc, basedow có biểu hiện lồi mắt ác tính.
- Các bước chuẩn bị: Điều trị nội khoa với thuốc cho đến khi bình giáp, thường khoảng 3 tháng. Trước phẫu thuật 2-3 tuần cho thêm Lugol để giảm xuất huyết khi phẫu thuật nếu cần. Trước phẫu thuật 7-10 ngày: ngưng Propanolol nếu đang sử dụng.
- **Phẫu thuật:** thường cắt gần toàn bộ tuyến giáp, chỉ để lại 2-3 gam ở mỗi thùy.

- Theo dõi sau phẫu thuật: đánh giá triệu chứng lâm sàng và FT₄, TSH sau phẫu thuật 4-6 tuần, 3 tháng, 6 tháng, 1 năm. Nếu xuất hiện suy giáp (tỷ lệ 30-50%) thì điều trị với T₄. Nếu cường giáp không giảm hoặc tái phát (3-7%), điều trị nội khoa trở lại.

- Tai biến sau phẫu thuật:

Tổn thương dây thần kinh quặt ngược gây khản tiếng, mất tiếng: luyện giọng

Tổn thương dây thần kinh thanh quản trên gây đổi giọng.

Suy cận giáp (3%): dùng canxi, Mg, B6...

Con cường giáp cấp sau phẫu thuật: hiếm gặp.

3.3. Điều trị xạ trị:

- **Chỉ định:** tất cả các trường hợp cường giáp 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.
- **Chóng chỉ định:** Phụ nữ có thai, trẻ em. Cần nhắc khi chỉ định cho người <40 tuổi.
- **Liều dùng:** thông thường từ 80 - 120 pCi/g tuyến giáp.

Một số trường hợp đặc biệt như có bệnh tim kèm theo, cường giáp nặng, hoặc tuyến giáp quá lớn (>100g) thì nên điều trị bằng thuốc kháng giáp ổn định rồi ngưng thuốc 5-7 ngày, đo độ tập trung tại tuyến giáp để tính liều, sau đó mới điều trị bằng iod phóng xạ. Thường cần phải sử dụng liều 120-150 pCi/g tuyến giáp.

Diễn tiến bệnh: kết quả điều trị xạ trị chỉ thấy rõ sau 2 tuần hoặc lâu hơn có thể là 2-3 tháng. Nếu không khả quan, phải điều trị bổ sung lần thứ 2 hoặc lần thứ 3 với liều nhỏ hơn lần đầu.

Biến chứng lớn nhất sau điều trị xạ là suy giáp. Chẩn đoán sớm suy giáp bằng định lượng FT₄, TSH. Khoảng 25% trường hợp suy giáp xảy ra sớm, có tính chất tạm thời. Nếu suy giáp xảy ra sau khi xạ trị nhiều năm thì ít có khả năng hồi phục. Khi có suy giáp tạm thời, điều trị với Thyroxin liều 100-200 pg/ngày trong 6-12 tháng. Nếu suy giáp không hồi phục thì phải điều trị

thay thế suốt đời. Biến chứng khác có thể gặp sau xạ trị là cường giáp hoặc triệu chứng mất nồng độ, điều trị thích hợp trong thời gian ngắn sẽ ổn định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- 1) Mai Thé Trạch. Cường giáp. Phần 3. Nội tiết học đại cương. NXB Y học .2003.
- 2) Terry F. Davies and P. Reed Larsen. Thyrotoxicosis. Section three. Volume 1, Williams Textbook of Endocrinology. Saunders. 2003. 374-422
- 3) Fauci, Braunwald and al. Thyrotoxicosis. Diseases of the thyroid. Harrison's Principles of Internal Medicine. Mc Graw- Hill- International editions. 14th edition . 1998. 928-935.
- 4) William E.Clutter. Hyperthyroidism. Endocrine Diseases. The Washington Manual of Medical Therapeutics. Washington University in St. Louis- School of Medicine. Lippincott Williams & Wilkins. 31st Edition. 2004. 492- 496

156/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN NĂNG VÀ SỐC NHIỄM KHUẨN

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN NĂNG VÀ SỐC NHIỄM KHUẨN

Theo hội Hồi Sức Cấp Cứu và Chống Độc Việt Nam, cập nhật những phác đồ của thế giới, dựa trên các dữ liệu về y học chứng cứ. Mức độ tin cậy được đánh giá từ A(cao) đến B,C,D(thấp nhất) và mức độ khuyến cáo mạnh (1) hoặc yếu (2).

1. Tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm khuẩn nặng

- Nhiễm khuẩn gây tụt HA
- Tăng lactate máu
- Thiếu niệu ($\text{nước tiêu} < 0,5 \text{ ml/kg/giờ}$)
- Tồn thương phổi cấp $\text{PaO}_2 / \text{FiO}_2 < 250$ nếu không có viêm phổi
- Tồn thương phổi cấp $\text{PaO}_2 / \text{FiO}_2 < 200$ nếu có viêm phổi kèm theo

- Creatinine $> 2 \text{ mg/dL}$ (hoặc $176,8 \text{ g/mol/L}$)

- Bilirubine $> 2 \text{ mg/dL}$ ($34,2 \text{ g/mol/L}$)

- Tiêu cầu $< 100.000 \text{ g/L}$

- Rối loạn đông máu (INR $> 1,5$)

2. Hồi sức ban đầu và kiểm soát nhiễm khuẩn

2.1. Hồi sức ban đầu

1. *Bắt đầu hồi sức ngay khi BN có dấu hiệu giảm tưới máu mô gây ra bởi nhiễm khuẩn nặng: HA tâm thu $< 90 \text{ mmHg}$ hoặc giảm $> 40 \text{ mmHg}$ so với trước hoặc tăng lactate máu $> 4 \text{ mmol/L}$. Không chậm trễ việc điều trị trong lúc chờ chuyển đến khoa Hồi sức tích cực.*

Mục tiêu hồi sức trong 6 giờ đầu (1C):

- Áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP) $8 - 12 \text{ mmHg}$

- HA động mạch trung bình $> 65 \text{ mmHg}$

- Lượng nước tiêu $> 0,5 \text{ ml/kg/giờ}$

- Độ bão hòa oxy tĩnh mạch trung tâm (tĩnh mạch chủ trên) $> 70\%$ hoặc tĩnh mạch trộn $> 65\%$ (1C)

2. *Ở BN có tăng lactate máu, mục tiêu là đưa lactate máu về giá trị bình thường (2C).*

2.2. Tầm soát nhiễm khuẩn và cải thiện kết quả điều trị

Tầm soát nguy cơ nguy khuẩn nặng để phát hiện và điều trị sớm (1C).

2.3. Chẩn đoán

1. *Cấy máu trước khi sử dụng kháng sinh nhưng không làm chậm trễ ($> 45 \text{ phút}$) việc sử dụng kháng sinh (1C)*

. Cấy ít nhất 2 mẫu máu (cả hiếu khí lẫn kỵ khí)

. Cấy máu mỗi lần lấy mẫu từ 2 vị trí: lấy qua đường tĩnh mạch và mẫu máu lấy từ catheter nội mạc nếu đã đặt $> 48 \text{ giờ}$ (1C)

2. *Tiến hành các kỹ thuật về chẩn đoán hình ảnh để xác định ổ nhiễm khuẩn và lấy mẫu bệnh phẩm từ ổ nhiễm khuẩn để cấy nếu an toàn (1C)*

2.4. Liệu pháp kháng sinh

1. Dùng kháng sinh đường tĩnh mạch trong giờ đầu chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn (1B) và nhiễm khuẩn nặng (1C)

2. Kháng sinh phô rộng: một hoặc nhiều kháng sinh theo kinh nghiệm diệt tác nhân vi khuẩn/nấm và có khả năng xâm nhập tốt vào ổ nhiễm khuẩn (1B)

Đánh giá liệu pháp kháng sinh mỗi ngày để xem xét khả năng xuống thang (1B)

3. XN nồng độ procalcitonine và các biomarker tương tự để quyết định ngưng kháng sinh ở những BN không còn bằng chứng nhiễm trùng (2C).

4. Phối hợp kháng sinh ở những BN giảm BC hạt có nhiễm khuẩn huyết (2B) và những BN đáp ứng kém với điều trị, hoặc nhiễm tác nhân đa kháng thuốc như *Acinetobacter* và *pseudomonas spp* (2B).

Ở những BN nhiễm khuẩn nặng kèm suy hô hấp và sốc nhiễm khuẩn, phối hợp bao gồm betalactam phô rộng kết hợp với hoặc aminoglycoside hoặc fluoroquinolone trong trường hợp do *Pseudomonas aeruginosa* (2B).

Đối với nhiễm khuẩn nặng và sốc nhiễm khuẩn do *Streptococcus pneumoniae* nên phối hợp betalactam và macrolide (2B)

Liệu pháp kháng sinh kết hợp theo kinh nghiệm không nên kéo dài quá 3 - 5 ngày. Nên xuống thang kháng sinh đơn trị liệu thích hợp khi có thể dựa trên kết quả cấy (2B).

5. Thời gian điều trị kháng sinh trung bình từ 7 - 10 ngày; thời gian điều trị cần dài hơn trong trường hợp: đáp ứng lâm sàng chậm, hoặc không dẫn lưu được ổ nhiễm khuẩn, nhiễm khuẩn huyết do *S. aureus*, nhiễm nấm và virus, suy giảm miễn dịch, giảm BC hạt (2C).

6. Ở BN nhiễm khuẩn huyết nặng hoặc sốc nhiễm khuẩn gây ra do virus, điều trị kháng virus cần khởi đầu càng sớm càng tốt (2C).

2.5. Kiểm soát ổ nhiễm khuẩn

1. Ở nhiễm khuẩn cần được chẩn đoán xác định hoặc loại trừ nhanh nhất có thể và can thiệp trong vòng 12 giờ đầu (1C).

2. Khi can thiệp vào ổ nhiễm khuẩn nên lựa chọn phương pháp ít xâm lấn nhất.

3. Nếu nguồn gốc nhiễm khuẩn có khả năng là catheter nội mạch nên rút bỏ ngay sau khi đặt lại bằng catheter mới.

F. Phòng ngừa nhiễm khuẩn

1. Sát khuẩn miệng và sát khuẩn chọn lọc đường tiêu hoá để giảm tần suất viêm phổi liên quan đến thở máy (2B).

2. Sát trùng họng bằng chlorhexidine gluconate để giảm nguy cơ viêm phổi thở máy (2B).

2.6. Truyền dịch

1. Dịch tinh thể được chọn lựa đầu tiên trong hồi sức BN nhiễm khuẩn nặng và sốc nhiễm khuẩn (1B).

2. Không nên sử dụng hydroxyethyl starches trong bù dịch cho BN nhiễm khuẩn nặng và sốc nhiễm khuẩn (1B).

3. Albumine được sử dụng để bù dịch cho BN nhiễm khuẩn nặng và sốc nhiễm khuẩn khi BN cần truyền một lượng quá lớn dịch tinh thể (2C).

4. Test dịch ở BN giảm dưới mao mạch và nghi ngờ giảm thể tích cần tối thiểu là 30 ml/kg dịch tinh thể (hoặc dịch albumin tương đương). Một số BN cần truyền dịch nhanh hơn và nhiều hơn (1C).

2.7. Thuốc vận mạch

1. Mục tiêu sử dụng thuốc vận mạch để nâng HA trung bình > 65 mmHg (1C).

2. Norepinephrine (Noradrenaline) được lựa chọn đầu tiên (1B).

3. Dùng thêm Epinephrine (Adrenaline) khi HA không duy trì được chỉ với norepinephrine (2B).

4. Không sử dụng Dopamine liều thấp nhằm mục tiêu bảo vệ thận (1A).

3. Thuốc tăng co bóp cơ tim

1. Sử dụng dobutamine truyền tĩnh mạch có thể lên tới 20 microgram/kg/ phút kết hợp với thuốc vận mạch trong trường hợp: rối loạn chức năng cơ tim gây tăng áp lực đồ đầy và giảm cung lượng tim, vẫn còn dấu hiệu của giảm dưới mao mạch dù đã truyền đủ dịch và đạt được mục tiêu HA trung bình (1C).

2. Không sử dụng dobutamine để tăng cung lượng tim vượt quá mức bình thường (1B).

J. Corticosteroids

1. Không sử dụng hydrocortisone đường tĩnh mạch để điều trị BN người lớn sốc nhiễm khuẩn nếu bù dịch và vận mạch có thể ổn định huyết động. Nếu huyết động không ổn định có thể sử dụng hydrocortisone đường tĩnh mạch 200mg/ ngày (2C).

2. Không sử dụng test kích thích ACTH để xác định BN nào cần sử dụng hydrocortisone (2B).

3. Giảm dần liều hydrocortisone khi đã ngưng thuốc vận mạch (2D).
4. Corticosteroids không được dùng để điều trị nhiễm khuẩn nếu không có sốc (1D).
5. Khi sử dụng hydrocortisone, nên truyền liên tục (2D).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn điều trị nhiễm khuẩn huyết nặng và sốc nhiễm khuẩn 2012. Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam.
 2. Tiếp cận phác đồ HSCC “The Washington Manual of Critical Care 2ed” do PGS.TS. Nguyễn Đạt Anh và PGS. TS. Đặng Quốc Tuấn dịch tiếng Việt, ấn bản lần hai - 2012.
-

157/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TRÀN MÀNG TIM CẤP

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TRÀN MÀNG DỊCH MÀNG TIM CẤP

1. Nguyên nhân:

- Do bệnh lý nhiễm trùng: viêm mủ màng ngoài tim, lao màng ngoài tim.
- Do chấn thương gây tràn máu màng ngoài tim.
- Ngoài ra còn do 1 số nguyên nhân khác: ung thư di căn, hội chứng ure huyết cao.

2. Triệu chứng:

❖ Lâm sàng:

❖ Mệt.

❖ Khó thở.

❖ Nặng ngực.

❖ Tĩnh mạch cổ nổi.

- ❖ Khám có: mạch nghịch, điện đục tim rộng, tiếng tim xa xăm.
- ❖ Cận lâm sàng:
- ❖ X Quang: bóng tim to hình bầu rượu, mất các cung tim.
- ❖ ECG: điện thế giảm.
- ❖ Siêu âm Doppler tim: có dịch màng tim, có thể xác định mức độ chèn ép tim hay tính chất của dịch.
- ❖ CT Scan: thấy hình ảnh tràn dịch, thấy được một số bệnh lý nguyên nhân.
- ❖ Chọc dò: Xác định tính chất dịch và để giảm chèn ép tim.

3. Xử trí:

- Chọc hút để giảm mức độ chèn ép.
- Mở cửa sổ màng ngoài tim trong trường hợp nặng không thể mở lớn.
- Mổ cắt màng ngoài tim.
- Mổ cắt màng ngoài tim qua nội soi lồng ngực

Chú ý phối hợp điều trị nội khoa để tránh tình trạng suy tim cấp sau mổ.

❖ Phẫu thuật dẫn lưu màng ngoài tim:

- ❖ Để điều trị các trường hợp viêm màng ngoài tim. Thoát lưu các dịch máu, mủ trong khoang màng tim ra ngoài, làm tim đập lại dễ dàng.
- ❖ Phẫu thuật tương đối đơn giản, tuy nhiên dùng trong các trường hợp bệnh nhân nặng không thể mổ triệt để được.
- ❖ Đây là phẫu thuật có tính chất tạm thời. Khi bệnh nhân khỏe có thể phải mổ lần hai cắt màng ngoài tim.

Biến chứng:

- Chảy máu: mổ lại.
- Suy tuần hoàn hô hấp: do tình trạng nặng của bệnh lý từ trước cuộc mổ tiến triển thêm.

Tỷ lệ tử vong: 10-20%

❖ **Phẫu thuật cắt bỏ màng ngoài tim:**

Dùng trong các trường hợp:

❖ Viêm màng ngoài tim có dịch (máu, mủ)

❖ Viêm màng ngoài tim co thắt.

Đây là loại phẫu thuật nặng có thể xảy ra nhiều biến chứng.

Biến chứng:

- Chảy máu sau mổ: cần mổ lại.

- Suy tim cấp: cần điều trị thuốc tích cực.

Tỷ lệ tử vong: khoảng 10 %

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Poulain H. (1991), "Plaies du cœur", Pathologie chirurgicale, Tome II, Edition Masson, pp. 485 - 493.

2. Robert M. Bojar (1992), "Cardiac and Great Vessel Trauma, Adult Cardiac Surgery", Blackwell Scientific Publication, USA, pp. 373 - 403.

3. Vernon J. Henderson, Stephen Smith R., William R. Fry and al. (1994), "Cardiac injuries, Analysis of an unselected series of 251 cases", Journal of Trauma, Vol. 36, No 3, pp. 341 - 348.

4. Lê Ngọc Thành, Đặng Hanh Sơn (1999), "Thông báo lâm sàng vết thương tim tại Bệnh viện Việt Đức (1990 - 1996)", Ngoại khoa, 1, 34, tr. 1 - 7.

5. Moore E.E., Malangoni M.A., Cogbill T.H., et al. (1994), "Organ Injury Scaling IV, Thoracic, Vascular, Lung, Cardiac and Diaphragm", Journal Trauma, Vol. 36, pp. 229 - 300.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI TỰ PHÁT

1. Định nghĩa:

Tràn khí màng phổi tự phát (TKMPTP) là tình trạng khí thoát vào trong khoang màng phổi, không có nguồn gốc chấn thương. Đại đa số là do vỡ kén khí.

TKMPTP chia làm 2 loại:

- TKMPTP nguyên phát: chiếm 85% số TKMPTP, không có nguyên nhân rõ ràng, xuất hiện trên các bệnh nhân không có bệnh lý của phổi (LS và X quang) trước đó. Một số trường hợp TKMPTP nguyên phát xác định được nguyên nhân là do vỡ tự nhiên kén khí quanh tiêu thùy. Thường xảy ra trên người trẻ (20-40 tuổi), cao, gầy, hút thuốc nhiều, 10% có tính gia đình.
- TKMPTP thứ phát: chiếm 15% số TKMPTP là hậu quả của 1 quá trình bệnh lý phổi sẵn có. Thường gặp ở bệnh nhân có tuổi già hơn (45-75 tuổi). Đại đa số do vỡ kén khí (trung tâm tiêu thùy và toàn tiêu thùy), nhưng cũng có thể do lao, ung thư phổi (nguyên phát hoặc di căn), xoắn phổi dạng nang (cystic fibrosis), nang sán chó (pneumocystic carini). TKMPTP thứ phát dễ gây ra suy hô hấp vì bệnh nhân thường lớn tuổi và chức năng hô hấp thường đã tồi tệ, như bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD).

Ngoài ra còn có:

TKMPTP theo chu kỳ kinh: xảy ra lúc hành kinh ở phụ nữ >30 tuổi và thường ở bên phải.

TKMPTP ở trẻ sơ sinh.

2. Chẩn đoán tkmptp:

2.1. Lâm sàng:

18% các trường hợp không có triệu chứng.

TC cơ năng và LS tùy thuộc vào nguyên nhân, mức độ xẹp phổi và bệnh phổi trước đó.

- Đau ngực đột ngột bên tồn thương (kiểu đau màng phổi). Đau tăng lên khi hít sâu hoặc chuyển động thân người.

- Khó thở. Ít khi khó thở kiểu ngoài thở. Nhưng nếu gặp trường hợp TKMPTP áp lực, bệnh nhân khó thở dữ dội.

- Ho khan hoặc ho ra máu.

- TC thực thể điển hình của TKMP: HC 2 giảm, 1 tăng (rung thanh giảm, rì rào phế nang giảm và gõ vang) nếu $>25\%$ diện tích ở 1 bên phổi bị xẹp.

2.2. Ba mức độ của TKMP

Để thống nhất và có điều trị cụ thể, dựa trên X quang ngực thẳng, người ta chia làm:

- TKMP lượng ít: nếu lượng khí mất vào trong khoang màng phổi $<20\%$ dung tích của 1 bên phổi.

- TKMP lượng vừa: nếu lượng khí mất vào trong khoang màng phổi từ 20-40% dung tích của 1 bên phổi.

- TKMP lượng nhiều: nếu lượng khí mất vào trong khoang màng phổi $>40\%$. Và tình trạng nặng nhất là phổi bên đó bị ép hoàn toàn về phía rốn phổi.

- TKMP áp lực: ngực căng phồng, TM cổ nổi, tím người và thường kèm theo trụy mạch. Trên X quang: có khoảng sáng tách biệt rõ giữa lá thành với lá tang màng phổi. Xquang sẽ bị hạn chế nếu bệnh nhân chụp ở tư thế nằm ngửa hoặc nửa ngồi. Hình ảnh sẽ rõ hơn nếu chụp ở cuối thì thở ra, bởi vì khi dung tích phổi thu nhỏ lại và tăng mật độ, phân biệt sẽ rõ với lượng khí tụ lại trong khoang màng phổi. Mặc dù kén khí vẫn là nguyên nhân chính của TKMPTP, nhưng chỉ có 15% thấy được kén khí trên phim Xquang.

CT Scan rất cần thiết, để giúp phân biệt với các kén khí to, cũng như giúp xác định được đầu ống dẫn lưu trong lồng ngực (nếu có).

2.3. Chẩn đoán phân biệt:

Bệnh cảnh của TKMP tương đối điển hình cho nên phân biệt dễ dàng với các bệnh cảnh khác trên LS, nhất là vai trò phổi biến rõ ràng rõi của X Quang.

3. Điều trị tkmp:

Chỉ định điều trị đầu tiên TKMPTP tùy thuộc TC của bệnh nhân và mức độ TKMP. Với TKMP lượng nhỏ và không có TC, khí thường được hấp thu trong vòng vài ngày.

3.1. Điều trị nội khoa bảo tồn:

Tràn khí màng phổi lượng ít, bệnh nhân không khó thở, huyết động ổn định, kích thước TKMP không tăng lên sau 6-8 giờ, có thể điều trị bảo tồn nội khoa và theo dõi nội viện, chụp kiểm tra X quang ngực thẳng mỗi ngày. Với 1 TKMP không biến chứng thì mỗi ngày màng phổi hấp thu được 1% thể tích khí ấy. Có thể chọc hút khí bằng kim để giảm nhanh lượng khí trong khoang màng phổi.

Với bệnh nhân không có TC hoặc TKMP lượng ít, vài ý kiến chủ trương đặt DLMP nối vào van Heimlich cho ra viện và theo dõi.

3.2. Phẫu thuật dẫn lưu màng phổi (DLMP):

- Chỉ định:

- > TKMP lượng ít tiến triển (X quang, TC lâm sàng).
- > TKMP lượng trung bình của 1 bên phổi.
- > TKMP 2 bên.
- > TKMP trên bệnh nhân có phổi đã bị cắt.
- > TKMP mà cần phải giúp thở (thở máy).
- > TKMPTP trên nền bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD): suy hô hấp cấp thường xảy ra, bắt buộc phải đặt DLMP khẩn cấp, cho dù lượng ít.

- Kỹ thuật: đặt DLMP ở liên sườn IV đến VI, đường nách giữa hoặc nách trước và đầu ống đưa lên trên. Không nên dẫn lưu TKMP ở liên sườn II, đường trung đòn. Hút hệ thống DLMP liên tục (áp lực từ 20-25cm nước) là điều cần thiết, nhưng nếu DL đơn thuần cũng chấp nhận ở các nơi không đủ điều kiện.

- Theo dõi: khi phổi nở lại, 2 lá màng phổi áp sát lại nhau, bệnh nhân sẽ kêu đau. Nếu hút để cho phổi nở ngay sau đặt DLMP, bệnh nhân sẽ đau chói, khó chịu... rồi sau đó mới giảm dần. Vì vậy, nên hút từ áp lực hút nhỏ và tăng dần. X quang nhiều lần sau DLMP và theo dõi bọt khí thoát đều dần ra bình dẫn lưu của chu kì hít thở. Khi phổi đã nở hoàn toàn, nên lưu giữ ống dẫn lưu thêm 24 giờ tiếp.

Chú ý, nếu cho phổi nở quá nhanh, nhất là các TKMP lượng nhiều có thể gây ra phù phổi. Tỷ suất là 20% mà nguyên nhân chưa được rõ.

Nếu bọt khí ngưng ra trong 24h và ho hoặc làm nghiệm pháp Valsalva cũng âm tính, tức lỗ rách đã lành.

- Biến chứng:

- > DLMP quá lâu gây viêm mủ màng phổi.
- > 20% gây tràn dịch màng phổi.
- > Tràn máu màng phổi, gần 3% các trường hợp. Máu thường chảy từ chỗ vỡ-rách các dây dính trên màng phổi thành hoặc do rách mạch máu nuôi bóng khí. Hiếm hơn nữa là chảy máu thành ngực, kéo rách TM chủ, nếu có phải mở ngực cấp cứu

3.3. Phẫu thuật xơ dính màng phổi bằng hóa chất: (như bột talc hoặc chất tạo xơ khác)

Chỉ định trong trường hợp TKMPTP tái phát mà nguy cơ phổi bị thuỷ thám sát khoang màng phổi cao. Phương pháp này giúp giảm tỷ lệ tái phát còn phân nửa.

3.4. Phẫu thuật thám sát khoang màng phổi:

- *Chỉ định: mở ngực hoặc mổ nội soi.*
- *Lỗ dò phế quản-màng phổi quá to. Phổi không thể nở được dù đặt 2 ống DL có hút liên tục. Thường nghe được âm thổi vò trên lâm sàng, >48 h với các TKMPTP nguyên phát hoặc >96h với các TKMPTP thứ phát.*
- *vẫn còn dò khí sau 5-10 ngày.*
- *TKMP cùng lúc cả 2 bên.*
- *TKMP tái phát. Tỷ lệ tái phát của TKMPTP nguyên phát sau lần đầu tiên (lần 2) là 20-50% trong đó 90% là tái phát cùng bên. Tỷ lệ tái phát lần 3 tăng lên từ 60-80%. Tỷ lệ tái phát lần 4 >85%. Nguy cơ TKMPTP bên đối diện sau TKMPTP lần đầu là 10%. Do đó nên chỉ định thám sát khoang màng phổi khi tái phát lần 2.*
- *TKMP trên bệnh nhân đã mổ cắt phổi.*
- *TKMP ở bệnh nhân đã có tiền căn TKMP ở bên đối diện.*
- *TKMP lần đầu đối với bệnh nhân có 1 số nghề đặc biệt như phi công, thợ lặn, vận động viên nhảy dù.*

- Kỹ thuật: Vì đại đa số kén khí vỡ thuộc đỉnh của thùy trên phổi, nên mổ đường xuyên nách 3-5cm là thuận lợi và ít biến chứng nhất.

Nội soi lồng ngực mang lại kết quả tương đương với PT kinh điển, nhưng nhẹ nhàng hơn gấp nhiều lần, ngày nay dần thay thế cho phẫu thuật mở.

Mục tiêu mổ là đóng kín lại chỗ dò khí từ phổi, dùng kim chỉ may thông thường, nhưng tốt hơn là dùng stapler vì nhanh và hiệu quả hơn.

Lưu ý trong điều trị TKMPTP áp lực:

TKMP áp lực chỉ xuất hiện từ 2-3% các trường hợp. Với bệnh nhân TKMP áp lực (tension pneumothorax), khó thở tăng nhanh, nhịp tim nhanh, diễn tiến nguy kịch, phải chọc hút khẩn cấp (khi chọc dò sẽ thấy khí đầy ngược piston). Sau đó DLMP khẩn, vì chờ đợi X quang bệnh nhân có thể chết do trụy tim mạch. Trên Xquang, nếu có, sẽ thấy trung thất và khí quản bị đẩy lệch về phía bên đối diện. Nếu đã DLMP mà có TC TKMP áp lực, thì phải mở băng ra quan sát kỹ, kiểm tra ống xem có bị gấp góc hoặc tắc nghẽn không, bởi vì chờ chẩn đoán xác định thì bệnh nhân tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- 1) Bordow R.A and Moser K.M (1996): “Chronic Obstructive Pulmonary Diseases: Management”. *Manual of Clinical Problems in Pulmonary Medicine*; 4th. Ed: Ed. By R.A .Bordow and K.M. Moser: A little Brown & Co. USA: 221-27
- 2) Clausen J.L. 1996: “Pneumothorax”. *Manual of Clinical Problems in Pulmonary Medicine*; 4th Ed: Ed. By R.A .Bordow and K.M. Moser: A little Brown & Co. USA: 60-64
- 3) Cohen R.G., DeMeester T.R and Lafontaine E. (1995): “Pneumothorax- The Pleura” *Surg. Of the chest*, Sabiston - Spencer, 6ED. W.B. Saunder Co. Philadelphia: 523-535
- 4) Lukanich J.M, Grondin S.C. Sugarbaker D.J. (2001): “Pneumothorax- chest Wall and Pleura” *T. of surg.* 16 Ed. Bauchamp Evers Mattox. W.B. Saunder Co. Philadelphia: 1180-1182
- 5) Mault J.R. (1997): “Surgical Management of Pulmonary Emphysema”. *T. of Surg.* 15 Ed. David Sabiston, W.B. Saunder Co. Philadelphia 1838-1844.

159/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VÀ THEO DÕI CHẨN THƯƠNG THẬN

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VÀ THEO DÕI CHẨN THƯƠNG THẬN

1. Cơ chế:

Thận nằm cao ở vùng sau phúc mạc, thận được che chở tương đối an toàn bởi xương sườn, xương sống và cơ lưng. Tuy nhiên, chấn thương làm gãy xương sườn hoặc xương sống có thể gây tổn thương thận. Chấn thương thận xảy ra khoảng 50% trong tất cả chấn thương niệu dục và thường xảy ra ở lứa tuổi dưới 30 (trên 50%). Tỉ lệ nam nữ là 4:1.

1.1. Chấn thương thận kín

Bụng, hông hay lưng gây ra trên 80% tất cả tổn thương thận. Nguyên nhân gặp nhiều nhất là tai nạn giao thông, té, tai nạn thể thao và bị tấn công hành hung. Tai nạn giao thông hoặc té cao có thể làm rách động mạch thận hoặc đứt hoàn toàn. Nếu sau chấn thương thận, có triệu chứng tiêu máu nhiều, và sốc, nguy cơ tổn thương mạch máu lớn của thận rất cao (khoảng 20%).

1.2. Chấn thương thận hở

Phần lớn là do dao đâm và đạn. Khoảng 85% vết thương hở thường kèm theo tổn thương kết hợp ở những bộ phận khác trong bụng. Trẻ em dễ bị chấn thương thận hơn người lớn vì cơ lưng và xương sườn chưa phát triển đầy đủ và thận to hơn lúc trưởng thành. Ngoài ra thận trẻ em không được che chở tốt bởi mỡ quanh thận và cân Gerota là lớp đệm chống lại rất hữu hiệu trong chấn thương. Thận trưởng nồng hoắc bướu thận làm cho thận dễ bị vỡ sau chấn thương.

2. Phân loại tổn thương.

2.1. Độ 1.

Còn gọi là dập thận, chỗ mô thận bị dập chưa vỡ. Thận còn nguyên vẹn, kèm theo máu tụ dưới vỏ bao và quanh thận. Tổn thương trên gấp nhiều nhất trong chấn thương thận.

2.2. Độ 2.

Gồm vỏ bao và chủ mô thận dưới 1cm. Tổn thương không ảnh hưởng tới đài, bể thận và phần túy thận. Độ 1 và 2 được gọi là tổn thương nhỏ, nhẹ xảy ra trong 85% tất cả tổn thương thận.

2.3. Độ 3.

Vỡ chủ mô thận trên 1cm.

2.4. Độ 4.

Vết vỡ lớn ăn tới đài, bể thận gây ra dò nước tiểu. Tổn thương những mạch máu nhỏ được phân loại độ 4.

2.5. Độ 5.

Gồm vỡ thận nhiều mảnh và tổn thương mạch máu thận lớn.

+ Độ 3,4,5 được gọi là tổn thương lớn nặng. Vỡ thận thường gặp trong 15% trường hợp chấn thương thận kín và 30% trong vết thương thận. Tổn thương động mạch thận bao gồm tắc hoặc rách động mạch thận hoặc một trong những nhánh phụ. Thường xảy ra dưới 1% trong chấn thương thận kín và 10% trong vết thương thận. Thận không thể phục hồi sau 1 giờ mất nguồn máu cung cấp hoàn toàn và việc định bệnh tổn thương mạch máu thận rất khó.

3. Định bệnh.

3.1. Bệnh nhân với mạch và huyết áp không ổn định

Phải được mở thám dò ngay. Bác sĩ niệu thường được gọi vô phòng mổ để tham vấn sau khi bệnh nhân đã được mở thám sát bởi bác sĩ tổng quát. Bác sĩ niệu phải đánh giá chức năng 2 thận. Điều này có thể thực hiện bằng chụp ngay trên bàn mở 1 phim UIV hoặc MSCT scan (1).

Nếu không thấy tổn thương thận không cần thám sát thận. Tổn thương lớn phải được mổ thám sát. Nếu thấy tổn thương nhỏ trên UIV hoặc MSCT scan kèm theo chảy máu sau phúc mạc thận phải được mổ thám sát và khâu lại.

3.2. Bệnh nhân có mạch và huyết áp ổn.

MSCT cần sử dụng như là xét nghiệm X quang ban đầu.

4. Điều trị.

Tùy thuộc vào nguyên nhân và tình trạng nặng nhẹ của tổn thương (3).

4.1. Chấn thương kín.

Khả năng chấn thương kín với mạch và huyết áp ổn, không tiêu máu xảy ra rất ít (2). Bệnh nhân với tiêu máu vi thể, mạch và huyết áp ổn ít có nguy cơ tổn thương thận, phải được theo dõi.

Bệnh nhân với mạch và huyết áp không ổn hoặc tiêu máu có nhiều nguy cơ tổn thương thận và phải được chụp X quang. Bệnh nhân trên được theo dõi về triệu chứng chảy máu như thay đổi dấu hiệu sinh tồn và thể hiện hồng cầu thấp và sự lan rộng của khối máu tụ ở trong.

Bệnh nhân có thận vỡ hoặc tổn thương mạch máu thận cần được mổ khâu thận ngay và cắt thận cấp cứu. Điều trị dò nước tiểu trong chấn thương thận kín còn được bàn cãi: một số tác giả điều trị bảo tồn, một số khác thích mổ sớm. Kháng sinh thường được dùng đặc biệt nếu nước tiểu bị nhiễm trùng trong lúc tổn thương. Siêu âm cần được sử dụng để theo dõi sự thay đổi khối máu tụ. Nếu thấy có triệu chứng áp xe hoặc nhiễm trùng nang giáp niệu bệnh nhân cần được dẫn lưu bằng mổ mở hoặc mở ra da. Cái lợi của thám sát sớm trên bệnh nhân dò nước tiểu là nắn viện ngắn và giảm triệu chứng nang giáp niệu nhiễm trùng, tuy nhiên tỉ lệ mổ cắt thận rất cao trong lúc mổ thám sát.

4.2. Vết thương thận.

Tất cả các vết thương thận do đạn hay do dao đâm cầm được mổ thám sát. Những bệnh nhân bị đau hay dao đâm và không tiêu máu, có UIV và MSCT bình thường có thể điều trị nội khoa.

Trong vết thương thận, bụng phải được thám sát để tìm những tổn thương kết hợp. Phương pháp điều trị vết thương thận gồm: kiểm soát cuộn thận, cầm máu, cắt lọc, khâu đai bể thận và dẫn lưu hữu hiệu. Trong trường hợp nặng không thể điều trị như trên, cắt thận là giải pháp duy nhất, thường gấp khoảng 10% bệnh nhân bị đâm và 40% bệnh nhân bị bắn.

5. Theo dõi sau chấn thương:

Các biến chứng của tổn thương thận bao gồm chảy máu trễ, huyết áp cao, dò động tĩnh mạch, thận trương nước và mất chủ mô thận. Chảy máu trễ thường xảy ra 1 tháng sau tổn thương (4). Tiêu máu kéo dài có thể là triệu chứng của dò động tĩnh mạch hậu chấn thương, bệnh nhân cần

được chụp động mạch thận. Trong 6 tháng đầu cần được theo dõi huyết áp. Sau 6 tháng cần làm Siêu âm, hoặc chụp MSCT để theo dõi thương tổn ở thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bretan Jr PN, McAninch JW, Federle MP, Jeffrey Jr RB: Computerized tomographic staging of renal trauma: 85 consecutive cases. *J Urol* 1986; 136:561-565.
2. Chandhoke PS, McAninch JW: Detection and significance of microscopic hematuria in patients with blunt renal trauma. *J Urol* 1988; 140:16-18.
3. Coburn M: Damage control surgery for urologic trauma: An evolving management strategy. *J Urol* 2002; 160:13.
4. Santucci RA, McAninch JW: Diagnosis and management of renal trauma: Past, present and future. *J Am Coll Surg* 2000; 191:443-451.

160/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ, PHẪU THUẬT SA TRỰC TRÀNG

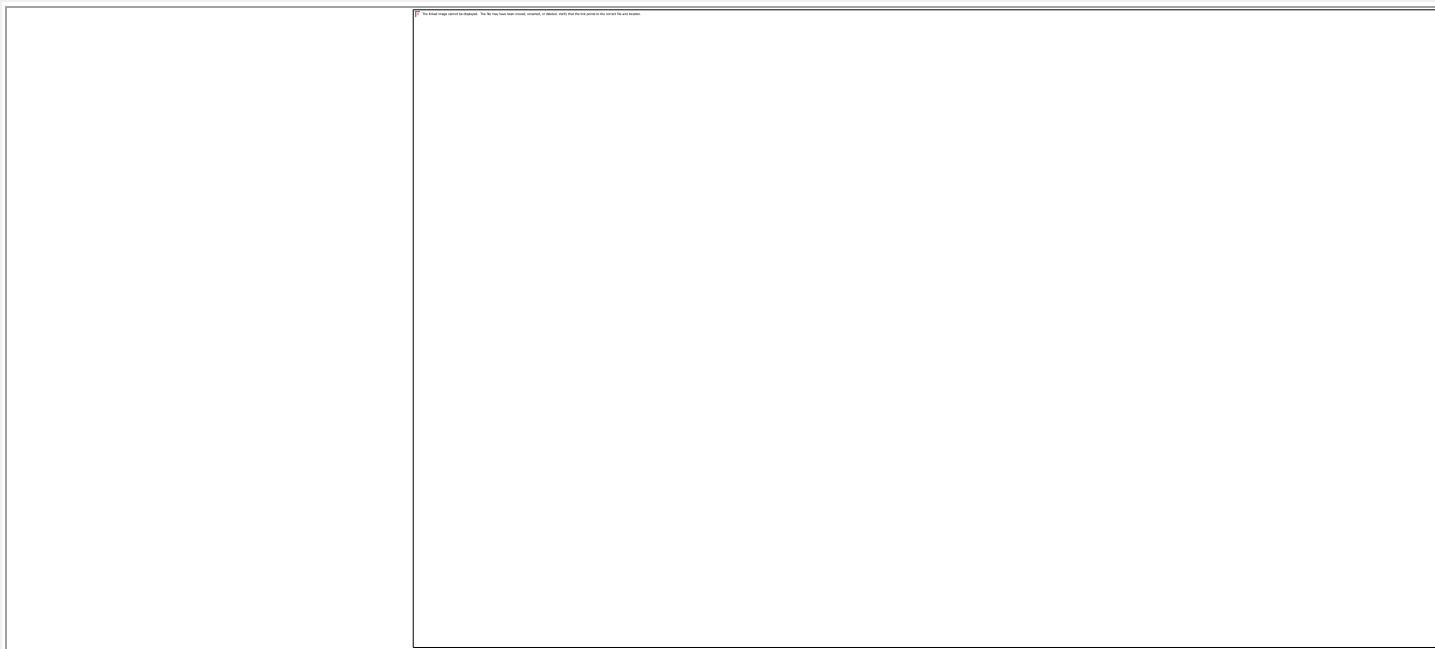
PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ, PHẪU THUẬT SA TRỰC TRÀNG

1. Định nghĩa:

- Sa toàn bộ thành trực tràng: toàn bộ thành trực tràng sa ra bên ngoài hậu môn
 - Sa niêm mạc trực tràng: chỉ có niêm mạc sa ra ngoài, các lớp cơ thành trực tràng vẫn đúng vị trí
2. Các yếu tố nguy cơ: lớn tuổi, phụ nữ, sử dụng các thuốc an thần, đã cắt tử cung, chấn thương cột sống.
3. Các yếu tố bệnh học có liên quan: sự lỏng lẻo của cơ nâng hậu môn hoặc mạc nội chậu, đại tràng sigma dài, sự bất thường của túi cùng Douglas, rối loạn chức năng cơ thắt hậu môn.
4. Chẩn đoán: chủ yếu dựa vào bệnh sử và thăm khám lâm sàng

4.1. Triệu chứng: đau hậu môn, chảy máu, tiết nhầy nhớt ở hậu môn, táo bón hoặc đi tiêu không tự chủ.

Thăm khám: Khám hậu môn thấy một khối trực tràng sa ra ngoài hậu môn. Chú ý phân biệt với trĩ nội sa. Trong sa trực tràng, các nếp niêm mạc của khối sa ra ngoài là những vòng tròn đồng tâm trong khi các nếp niêm mạc của búi trĩ sa tạo thành những đường huyệt tâm.



Nếu bệnh sử nghi ngờ, mà thăm khám không thấy khối sa, xác định bằng cách cho bệnh nhân rặn và ở tư thế ngã lùi bệnh nhân đi tiêu sẽ thấy khối sa ra ngoài.

4.2. Chẩn đoán hình ảnh:

Nội soi đại tràng hoặc chụp đại tràng cản quang để loại trừ bệnh lý ác tính đi kèm Defecography không cần thiế tràng, nhưng là phương tiện tốt để phát hiện và đánh giá những trường hợp khối sa không ra ngoài hậu môn (intussusception), các bệnh lý khác rectocele, enterocele, cystocele.

Colonic transit time: phát hiện chứng đờ đại tràng (chronic colonic inertia) đồng thời ở những bệnh nhân sa trực tràng.

5. Điều trị:

Phẫu thuật là phương thức điều trị chính cho bệnh nhân sa trực tràng

Có 2 cách tiếp cận phẫu thuật chính: phẫu thuật qua ngã bụng và qua ngã chậu. Phụ thuộc vào các yếu tố: tuổi, giới tính, tình trạng sức khỏe, nhu cầu sinh sản, kinh nghiệm của phẫu thuật viên.

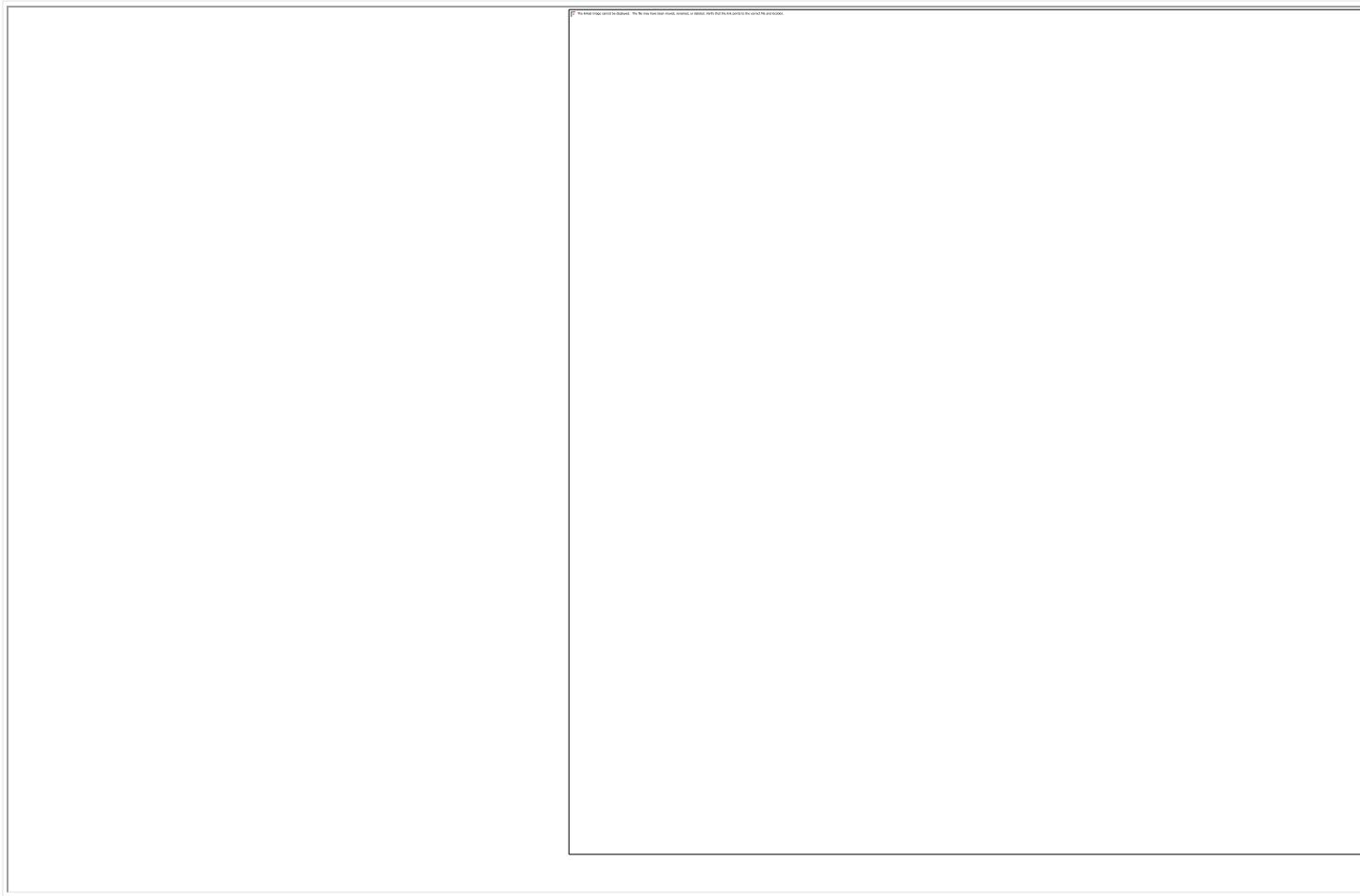
5.1. Phẫu thuật tiếp cận qua ngã bụng: cho những bệnh nhân ít có nguy cơ phẫu thuật

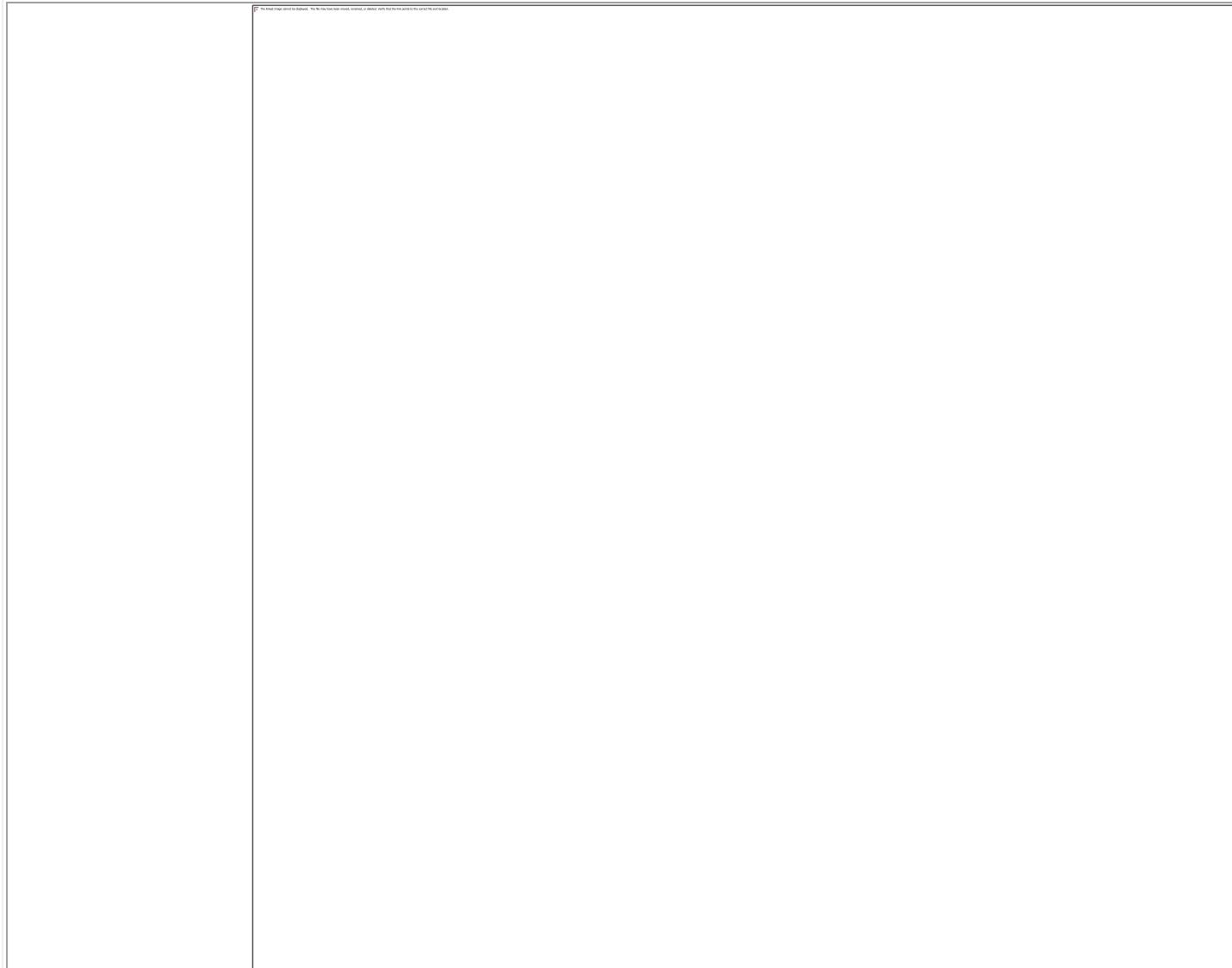
- o Phẫu thuật cố định trực tràng: những bệnh nhân không có triệu chứng táo bón.
- o Phẫu thuật cố định trực tràng kết hợp với cắt đại tràng sigma: những bệnh nhân có triệu chứng táo bón đi kèm với đại tràng sigma thì cải thiện triệu chứng táo bón ở những bệnh nhân táo bón trước phẫu thuật, tuy nhiên không cải thiện triệu chứng đại tràng sigma. Phẫu thuật nội soi cho kết quả biến chứng và tái phát tương đương mổ mở, tuy nhiên có lợi là ít đau sau mổ, thời gian phục hồi nhanh.

5.2. Phẫu thuật tiếp cận qua ngã tần sinh môn: cho những bệnh nhân có nguy cơ phẫu thuật cao. Tỉ lệ biến chứng (10-15%) hơn so với phẫu thuật qua ngã bụng

o Phẫu thuật Delorm: sa niêm mạc trực tràng hay sa toàn bộ thành trực tràng nhưng khôi sa ít. Phẫu thuật cắt nẹp sa.

o Cắt trực tràng trực tràng đại tràng sigma qua ngã hậu môn (phẫu thuật Altemeier): bệnh nhân sa toàn bộ thành trực tràng.





Phác Đồ Điều Trị Bệnh Da Liễu

161/PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH DA LIỄU

162/CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ

163/CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ BÓNG NUỚC DẠNG PEMPHIGUS (BP)

BÓNG NUỚC DẠNG PEMPHIGUS (BULLOUS PEMPHIGOID)

1. ĐẠI CƯƠNG

Bóng nước dạng Pemphigus (BP) lần đầu tiên được phân loại vào năm 1953 do Walter Lever, với những dấu hiệu đặc trưng của bệnh.

Pemphigus được tách riêng từ Pemphigus bởi vì nó có tiên lượng tốt hơn, tỉ lệ tử vong thấp hơn Pemphigus vulgaris và có những đặc điểm miễn dịch học đặc trưng trong khoảng 12 năm sau đó. Bệnh không phân biệt chủng tộc hoặc giới tính.

2. NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH

Bệnh do tự kháng thể kháng với kháng nguyên BP230 là thành phần của bào tương, và kháng nguyên BP180 là hemidesmosomes của tế bào thượng bì. Các tự kháng thể này bám vào vùng lamina lucida của màng đáy thượng bì, làm cho màng đáy dễ bị phá hủy, dẫn đến sự rò rỉ nước và tạo ra các bọng nước dưới da.

3. YẾU TỐ NGUY CƠ

Trong một số báo cáo, bóng nước dạng pemphigus thường như được kích hoạt bởi tia cực tím (UV), hoặc UVB. Các yếu tố di truyền cũng liên quan với sự phát triển của bệnh như penicillamine, efalizumab, etanercept và furosemide.

4. CHẨN ĐOÁN BÓNG NUỚC DẠNG PEMPHIGUS

4.1. Dịch tễ học

- Bệnh thường xảy ra ở những bệnh nhân trên 60 tuổi.
- Có thể gặp ở người trẻ và trẻ em nhưng rất hiếm.

4.2. Lâm sàng

- Ngứa từ trung bình tới nhiều và có thể kéo dài vài tháng trước khi được chẩn đoán.
- Bóng nước trong miệng thường nhẹ và thoáng qua (khoảng 10%), gần như luôn giới hạn ở niêm mạc miệng.
- Mụn nước, bóng nước căng mọc rời rạc hoặc thành chùm trên nền da lành, hồng ban. Nikolsky (-).
- Vị trí: Phát ban thường đối xứng, khởi đầu mặt trong đùi, lan xuống chân, cánh tay, phần bụng dưới, bẹn, mặt
- Bóng nước xuất huyết, vỡ nhanh, để lại vết trót. Các vết trót này có khả năng tái biểu mô hóa tốt, không lan rộng điều trị sớm, thương tổn lành không để lại sẹo, đôi khi xuất hiện hạt kê trên bề mặt sang thương mới lành.

4.3. Cận lâm sàng

- Giải phẫu bệnh: Bóng nước dưới thương bì, thâm nhiễm nhiều tế bào ái toan xung quanh mạch máu trong lớp
- Miễn dịch huỳnh quang trực tiếp: Hiện diện IgG và C3 xếp thành đường tại vùng màng đáy thương bì.
- Miễn dịch huỳnh quang gián tiếp: Khoảng 70% đến 80% bệnh nhân BP có IgG lưu hành trong máu, chúng gần thường, ví dụ như thương bì người hay thực quản khỉ. Hầu hết bệnh nhân có IgG chống màng đáy trong hệ tuần hoàn.

5. ĐIỀU TRỊ BÓNG NUỚC DẠNG PEMPHIGUS

- Điều trị BP phụ thuộc nhiều vào mức độ của bệnh.
- Dạng khu trú: Steroids hoặc tacrolimus thoa tại chỗ.

5.1. Kháng sinh

- Tetracycline 2g/ngày hoặc minocycline 200mg/ngày phối hợp với Niacinamide 1,5 - 2,5 mg/ngày, là lựa chọn
- Duy trì liều Tetracycline 2g/ngày trong vòng 1-2 tháng, sau đó giảm mỗi 500mg mỗi tháng cho đến khi ngưng

5.2. Dapsone

- Liều 100mg/ngày.
- Khi đạt hiệu quả cao nhất nên giảm liều dần dần.
- Chống chỉ định: dị ứng, thiếu máu, thiếu men G6PD, suy gan, suy thận.
- Tác dụng phụ: Thiếu máu tán huyết, viêm gan, buồn nôn, nôn, nhức đầu, choáng váng, phát ban da, hội chứng gan, tăng bạch cầu ái toan).

- Theo dõi điều trị:

- + Công thức máu mỗi tuần trong 4 tuần đầu, sau đó mỗi 2 tuần cho đến tuần thứ 12, sau đó mỗi 3-4 tháng.
- + Chức năng gan, thận mỗi 3-4 tháng.
- + Xét nghiệm MetHb khi cần thiết.

5.3. Prednisone

- Liều khởi đầu: 0.75-1 mg/kg/ngày.
- Giảm dần liều khi kiểm soát được bệnh.
- Biến chứng liên quan đến tác dụng phụ của corticoid và có thể rất nặng ở đối tượng bệnh nhân lớn tuổi: nhiễm đường, rối loạn tâm thần.
- Có thể phối hợp các thuốc ức chế miễn dịch để là giảm các tác dụng phụ của steroid khi điều trị lâu dài.

5.4. Azathioprine

- Chỉ định: bệnh nhân lớn tuổi, bệnh nặng, không đáp ứng Dapsone hoặc kháng sinh và không dung nạp Prednisone.
- Không dùng cho bệnh nhân trẻ vì làm tăng nguy cơ ác tính.
- Thường dùng phối hợp Prednisone, giảm dần liều Prednisone khi kiểm soát được bệnh.
- Liều: 1-2mg/kg/ngày.
- Tác dụng phụ: Quái thai, sốc phản vệ, hội chứng quá mẫn, ức chế tuy xương, giảm tiêu cầu, nhiễm trùng cơ hội, rối loạn tiêu hóa, rối loạn chức năng gan, nhiễm độc gan...
- Theo dõi điều trị: công thức máu, tiểu cầu, chức năng gan mỗi 2-4 tuần/lần trong 2-3 tháng đầu, sau đó mỗi 2-3 tháng.
- Theo dõi sau điều trị: bệnh bạch huyết, ung thư da không phải melanoma như ung thư tế bào gai.

5.5. Methotrexate

- Là 1 trị liệu thay thế Steroid rất hiệu quả ở những bệnh nhân BP toàn thân.
- Chỉ định: BP toàn thân, người già, không đáp ứng Steroid.
- Liều dùng: Khởi đầu 5mg/tuần, tăng dần 2.5mg mỗi 2-4 tuần (thường khoảng 10 - 15mg/tuần).

- Bệnh kiểm soát tốt: điều trị thêm 1-2 tháng.

- Giảm liều 2.5mg/mỗi 1-2 tuần đến liều thấp nhất có hiệu quả.

- Theo dõi điều trị:

+ Công thức máu: mỗi 2-4 tuần trong vài tháng đầu, tăng lên mỗi 1-3 tháng nếu bệnh nhân ổn. Kiểm tra mỗi 5-6

+ Chức năng gan: mỗi tháng trong 6 tháng đầu, sau đó mỗi 1-3 tháng.

+ Chức năng thận: mỗi 2-3 tháng.

- Tác dụng phụ:

+ Dạ dày-ruột: buồn nôn, nôn. Bổ sung 1-5mg/ngày Folate giúp giảm triệu chứng mà không giảm tác dụng MTX.

+ Gan: Độc gan, tăng men gan, xơ gan

+ Máu: Úc chẽ tuy cấp tính (giảm bạch cầu hạt, giảm tiểu cầu, thiếu máu). Ngưng điều trị khi BC<3500 tế bào/mm³. niêm: Loét miệng, loét da, viêm dạ dày.

+ Khác: nguy cơ sinh ung, nguy cơ đột biến và sinh quái thai, Viêm phổi cấp và xơ phổi, nhiễm trùng cơ hội, sốt

5.6. Điều trị khác

Clorambucil, Mycophenolate mofetil, lọc huyết tương, Immunoglobulin tĩnh mạch dùng khi bệnh tiến triển nặng

1. Methyl Prednisolone
2. Prednisone + Azathi
3. Mycophenolate Mof
4. MTX
5. Lọc huyết tương
6. Immunoglobulin tĩnh
7. Clorambucil

5.7. Tiêu chuẩn xuất viện

Sau khi kiểm soát được bệnh, không nỗi thêm bóng nước mới, giảm liều corticoid khoảng 1-2 tuần nếu vẫn ổn định.

6. DIỄN TIẾN VÀ TIỀN LUỢNG

- Tổng trạng thường ít bị ảnh hưởng.
- Bệnh có diễn tiến thay đổi. Nếu không điều trị bệnh có thể khu trú và thoái triển tự phát hoặc có thể lan tỏa toàn cơ thể.
- Bệnh lành tính hơn Pemphigus. Tuy nhiên, bệnh nhân này thường lớn tuổi, có nguy cơ nhiễm trùng da, tiết niệu.
- Tỉ lệ tử vong là từ 6%-40%. Các yếu tố tiên lượng tử vong:
 - + Tuổi
 - + Tổng trạng
 - + Số lượng và mức độ lan rộng của bóng nước + Thời gian bệnh
 - + Hiện diện tự kháng thể trong máu: Tồn tại tự kháng thể kháng BP180 trong máu sẽ làm tăng đáng kể tỷ lệ tử vong so với tự kháng thể kháng BP230 (60% so với 25%).
 - + Liều Corticoid.

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Culton DA, Liu Z, Diaz LA (2012). Bullous Pemphigoid. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 8th edition, E
- Callen JP, Kulp-Shorten CL (2013). Methotrexate. Comprehensive Dermatologic Drug Therapy, 3rd edition, E
- Badalamenti SS, Kerdell FA (2013). Azathioprine. Comprehensive Dermatologic Drug Therapy, 3rd edition, E

164/ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ BẠCH BIẾN (VITILIGO)

BẠCH BIẾN (VITILIGO)

1. ĐẠI CƯƠNG

- Bạch biến là một bệnh mất sắc tố măc phải.
- Tỉ lệ măc bệnh: 1-2% dân số, cao hơn ở các nước nhiệt đới và da màu.
- Gặp ở mọi lứa tuổi, khởi đầu ở người trẻ: 50% < 10 tuổi
- Nam: 32,5%, nữ: 67,5%
- Có tính gia đình: 35%
- Có thể kết hợp nhiều bệnh: đái tháo đường, xơ cứng bì, lichen phẳng, vảy nến, candida niêm mạc, hội chứng Dung thư dạ dày.

2. SINH LÝ BỆNH BẠCH BIẾN:

Chưa rõ, có 3 giả thuyết được nhiều tác giả thừa nhận :

2.1 Thuyết thần kinh: cơ chế gây bệnh là các yếu tố thần kinh thể dịch. Acetylcholine gây mất sắc tố và úc chế ứng Tyrosin-Tyrosinase trong quá trình tạo melanin hoặc gây chết hắc bào

2.2 Thuyết miễn dịch:

- Tỷ lệ bạch biến ở các bệnh nhân bị bệnh tự miễn là 10-15% so với tỷ lệ bạch biến trong dân số là 1%.
- Các bệnh nhân này có sự tăng kháng thể đặc hiệu chống lại một số cơ quan: tuyến thượng thận, tuyến giáp...

2.3 Thuyết tự hủy:

- Tiếp xúc với chất hóa học ngoại sinh: Thiols, hợp chất Phenol, Catechol và dẫn xuất, Mercaptoamines và nhiều Tyrosinase và tác dụng độc trực tiếp trên hắc bào.
- Sự tích tụ quá nhiều các gốc tự do, những chất trung gian, những chất chuyển hóa trong quá trình tổng hợp me

3. CHẨN ĐOÁN BẠCH BIẾN:

3.1 Lâm sàng:

- Thương tổn là những dát mát sắc tố rõ, tròn hay bầu dục, giới hạn rất rõ, thường bao quanh bởi viền tăng sắc tố phát triển ra ngoại vi, liên kết nhau thành từng vùng rộng giới hạn không đồng đều. Thương tổn thường nhạy cảm với ánh nắng mặt trời.

- Vị trí thường gặp: bắt đầu ở bàn tay, chân lan theo mặt duỗi, khuỷu tay, đầu gối và lênh mặt, phần trên ngực, nách, bộ phận sinh dục. Đặc biệt 80% thương tổn đầu tiên xuất hiện ở vùng hở. Lông, tóc vùng thương tổn thường bạc

- Phân bố thường đối xứng.

- Lòng bàn tay, bàn chân, niêm mạc thường không bị.

- Các thể lâm sàng: khu trú, toàn thân, quanh Nevii (của Sutton)

3.2 Giải phẫu bệnh:

- Thương tổn mới: thấy phản ứng viêm kín đáo.

- Về sau: mát sắc tố trong vùng thương tổn, tập trung sắc tố ở rìa.

- Phản ứng DOPA: giúp phân biệt 2 loại bạch biến:

+ Bạch biến không có hắc bào: DOPA (-).

+ Bạch biến còn một số hắc bào: DOPA (+)

3.3 Chẩn đoán phân biệt:

- Xơ cứng bì khu trú (Morphea): thường có màu vàng ngà, bóng da, dính chắc với bên dưới, không véo được.

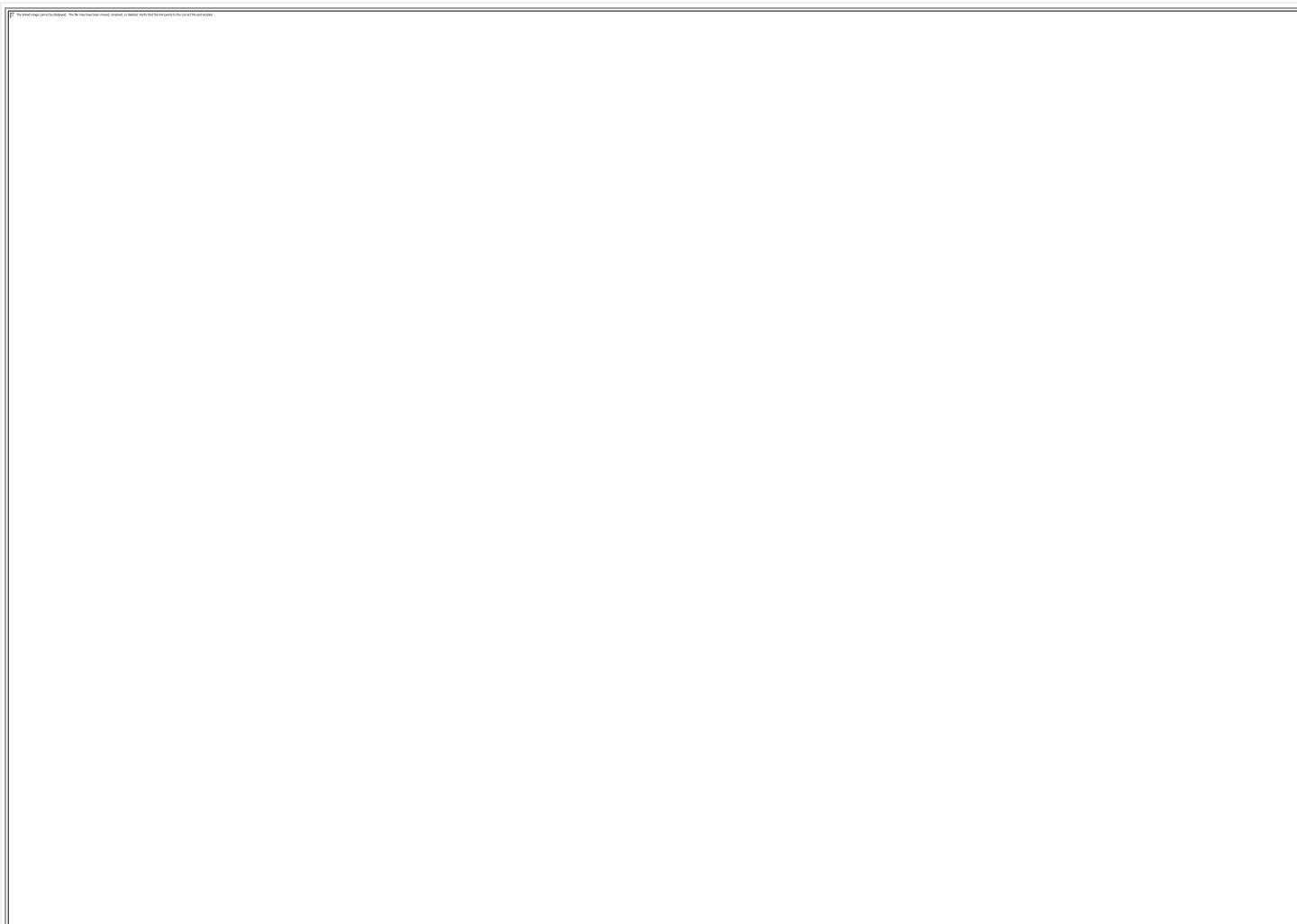
- Lang ben: cạo bằng nạo cùn sẽ thấy vảy mịn như phấn, xét nghiệm thấy nấm.

- Hội chứng Vogt- Koyannagi: viêm màng bồ đào 2 bên, rụng tóc, bạc tóc, bạch biến và điếc.

Một số chứng giảm sắc tố nghề nghiệp, sau chấn thương, nhiễm khuẩn (Zona, phong, giang mai) cũng cần được

4. ĐIỀU TRỊ BẠCH BIÉN

4.1 Tại chỗ:



Hình 1: Phác đồ điều trị bạch biến.

	Bôi tại chỗ	Vật lý
Bước 1	Corticosteroids	
	Calcineurin inhibitor	Untraviolet B(narrowband) Systemic psoralen Ultraviolet A light (PUVA)
Bước 2	calcipotriol	Topical PUVA Excimer laser

Các bước điều trị bạch biến.

- Corticoid loại mạnh: 2 lần/ngày cũng có kết quả cho những thương tổn nhỏ, không bôi liên tục kéo dài > 3 tuần/ngày/tháng X 6 tháng.

- Bôi dung dịch Meladinine Faible, sau một giờ phơi nắng hoặc chiếu tia cực tím 2 lần/tuần.

- Mỡ Tacrolimus 0,1% (người lớn); 0,03% (trẻ em): 2 lần/ngày Ưu điểm: không bị teo da, dẫn mạch máu nhỏ nhanh.

4.2 Toàn thân: Thuốc được dùng nhiều nhất là Psoralens và acid Para aminobenzoic .

- Các Psoralens : PUVA uống thường được dùng hơn PUVA tại chỗ vì ít có nguy cơ bị ngộ độc ánh sáng hơn. Dùng 3 viên 10mg (0,5 mg/kg) với liều UVA 1-2 J/cm², chiếu 2-3 lần /tuần. Hai giờ sau chiếu đèn cực tím (UVA) hoăc tăng dần từng ngày, kéo dài 6-12 tháng.

- Nếu sự phục hồi sắc tố không rõ ràng trong 3 tháng điều trị thì nên ngưng thuốc

- Chú ý đeo kính râm khi ra đường.

- Chóng chỉ định: Nhạy cảm ánh sáng, porphyria, bệnh gan, lupus đỏ, trẻ em < 10 tuổi.

- Acid Para-aminobenzoic (paraminian 0,5g) 2 viên/ngày/người lớn, 0,5g-0,75g /ngày/ trẻ em .

+ điều trị hàng năm.

+ thuốc dung nạp với mọi lứa tuổi, không gây phản ứng ánh sáng.

- Một số phương pháp điều trị khác :

+ dùng đa sinh tố: acid folic, vit B12, vit C.

+ chiếu tia cực tím UVB 311 nm (thận trọng vì dễ gây phỏng nặng cấp tính)

- Phẫu thuật ghép da: dùng cho những thương tổn bạch biến có diện tích nhỏ, đã ngưng tiến triển. Kết quả tốt đối với:

5. DIỄN TIẾN

- Diễn tiến tự nhiên khó nói trước, có thể ổn định, lan rộng nhanh, hoặc thoái triển .

- 20% trường hợp có sự phục hồi tự nhiên. Đa số kéo dài nhiều năm có thể suốt đời.

- Bạch biến thê đứt đoạn có tiên lượng tốt hơn thê lan tỏa, đối xứng.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Stanca A.Birlea, Richard A.Spritz, David A.Norris (2012). "Vitiligo". In Fitzpatrick's Dermatology in general medicine. New York: McGraw-Hill Companies (pp. 792-804)

165/ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ BỆNH APHTE (ÁP-TO)

BỆNH APHTE (ÁP-TO)

1. ĐẠI CƯƠNG BỆNH APHTE (ÁP-TO)

- Bệnh aphte được đặc trưng bởi các vết loét ở niêm mạc miệng giới hạn rõ, đau nhiều và dễ tái phát.
- Tiến triển của bệnh có thể khởi tự nhiên và cho đến nay chưa có biện pháp điều trị đặc hiệu nào đối với bệnh. Hiện nay chỉ có cách giảm tình trạng tái phát.
- Dịch tễ học: Tỷ lệ: 15-20% dân số. Khởi bệnh ở tuổi 20. Nữ mắc bệnh nhiều hơn nam.

2. NGUYÊN NHÂN BỆNH APHTE (ÁP-TO)

Nguyên nhân của bệnh chưa được biết rõ. Nhiều tác giả cho rằng đây là một rối loạn qua trung gian tế bào T và sinh bệnh

3. YẾU TỐ NGUY CƠ BỆNH APHTE (ÁP-TO)

- Chấn thương, stress, thiếu các yếu tố như sắt, vitamin B12, folate, rối loạn nội tiết, nhiễm trùng, dị ứng thức ăn.

4. CHẨN ĐOÁN BỆNH APHTE (ÁP-TO)

4.1. Lâm sàng: có 4 dạng

4.1.1. Thê thông thường: thường gấp nhất

- Thương tổn cơ bản lúc đầu là dát đỏ sau đó loét hình tròn hoặc hình e- líp, nồng, đáy màu vàng, bề mặt có lớp xung quanh là quầng đỏ. Kích thước thường <5mm. Tổn thương rất đau. Bệnh thường lành không để lại sẹo trên da.
- Vị trí thường gấp: niêm mạc môi, má, mặt dưới lưỡi, sàn miệng, khẩu cái mềm.

4.1.2. Thê khổng lồ:

- Thương tổn là những vết loét lớn kích thước từ 1-3 cm, sâu, có thể diễn tiến đến 6 tuần và khi lành có thể để lại

4.1.3. Aphte dạng herpes: hiếm gặp

- Thương tổn gồm nhiều vết loét nhỏ, đau tương tự như nhiễm Herpes. Số lượng thương tổn có thể lên đến 100.

4.1.4. Aphte trong bệnh lý toàn thân

Behcet, Crohn, thiếu vitamin (B12, folate, sắt), HIV, bệnh gián bạch cầu đa nhân

- Bệnh nhân có sự hiện diện gần như liên tục > 3 thương tổn ở niêm mạc miệng hoặc miệng và bộ phận sinh dục

4.2. Cận lâm sàng

- Giải phẫu bệnh: tám nhận bạch cầu đa nhân trung tính quanh mạch máu dưới lớp sừng, phản ứng viêm cấp tính

- Công thức máu

- HIV

- Nội soi đường tiêu hóa

5. ĐIỀU TRỊ BỆNH APHTE (ÁP-TƠ)

5.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị phù hợp với từng dạng lâm sàng

- Điều trị các bệnh lý toàn thân (nếu có)

- Điều trị triệu chứng

- Giảm tái phát

5.2. Điều trị cụ thể

5.2.1. Tại chỗ

	Thuốc	Cách sử dụng
Lựa chọn thứ nhất	Corticoid thoa: loại mạnh + Triamcinolone 0,1%	Thoa 3-4 lần

	+ Fluocinolone 0,05% + Clobetasol 0,05% + Betamethasone 0,05%	
Lựa chọn thứ hai	Triamcinolone tiêm trong sang thương Corticoid dạng xịt (fluticasone hoặc budesonide) Thuốc tê tại chỗ: lidocaine Nước súc miệng có chlorhexidine	1-5 mg/cm ² lần/ngày
Lựa chọn thứ ba	Tacrolimus solution 5mg/ml Cyclosporine 100mg/ml	Ngâm 5ml t

không ăn uống gì 30 phút sau đó.

5.2.2. Điều trị toàn thân: sử dụng trong dạng lâm sàng Aphte nặng trong bệnh lý toàn thân.

	Thuốc
Lựa chọn thứ nhất	+ Colchicine: 0,6mg x 1-2 lần/ngày x 4-6 tuần + Dapsone: khởi đầu là 25 mg, có thể tăng lên 75-100 mg/ngày + Phối hợp colchicine và Dapsone + Prednisone 0,5-1mg/kg x 7-10 ngày
Lựa chọn thứ hai	+ Azathioprine 50-100mg/ngày + Pentoxifyline: 400mg ngày x 3 lần/ngày hoặc 800 mg x 2 lần/ngày.

- Tùy từng dạng lâm sàng, bệnh có thể diễn tiến từ vài ngày đến vài tuần, vài tháng. Bệnh thường hay tái phát. 2/3 bệnh nhân sẽ hết bệnh trong vòng 15 năm, 1/3 còn lại bệnh có thể diễn tiến đến 40 năm.

7. PHÒNG NGỪA BỆNH APHTE (ÁP-TÔ)

- Tránh chấn thương vùng miệng
- Vệ sinh răng miệng sạch sẽ
- Điều trị các ổ nhiễm khuẩn vùng răng miệng
- Tránh ăn các thức ăn cứng, cay nóng
- Tránh các stress về tâm lý
- Tránh sử dụng các loại kem đánh răng có chứa sodium laudryl sulfate.
- Điều trị tích cực các bệnh kèm theo

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Carl M.Allen, Charles Camisa (2012). Oral disease. Dermatology, vol 1, 3rd edition, Elsevier Saunders, pp.114
- Jenifer Nam Choi (2007). Aphthous stomatitis. In Manual of Dermatologic therapeutics, 7th edition, Lippincott
- Sook Bin Woo (2012). Biology and Pathology of Oral Cavity. In Fitzpatrick's Dermatology in general medicine

166/ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ BỆNH LANG BEN (TINEA VERSICOLOR)

BỆNH LANG BEN (TINEA VERSICOLOR)

1. ĐẠI CƯƠNG:

Là bệnh nấm da thường gặp, gây ra bởi vi nấm Pityrosporum orbiculare (Malassezia furfur), là một thành phần của vi sinh vật tự nhiên trên da. Bệnh dễ lây, nhất là với người có da nhờn. Khí hậu nóng và ẩm làm da dễ nhiễm bệnh.

2. YẾU TỐ NGUY CƠ

Bệnh thường gặp ở độ tuổi tuyển bã nhờn hoạt động mạnh (thanh thiếu niên), giảm hoặc biến mất khi lớn tuổi.

Bệnh đặc biệt hay gặp ở vùng khí hậu nhiệt đới và bán nhiệt đới.

Có thể gây ngứa nhất là khi ra nhiều mồ hôi, nhưng thường không có triệu chứng.

3. CHẨN ĐOÁN BỆNH LANG BEN

3.1 Lâm sàng:

Nhiều sẩn vảy trắng, tròn, nhỏ ở nửa trên thân mình. Có thể lan đến phần trên cánh tay, cổ, và bụng.

Tổn thương ở mặt thường gặp ở trẻ em và người da đen.

Vảy bột có thể không thấy rõ lúc khám nhưng sẽ dễ thấy khi cạo nhẹ bằng lưỡi dao mổ số 15.

Tổn thương gây giảm sắc tố ở người da nâu và có màu hồng hoặc nâu vàng ở người có màu da khác. Màu sang khác nhau giữa các trường hợp bệnh.

Tổn thương có thể kín đáo ở người da sáng màu trong mùa lạnh.

3.2 Cận lâm sàng:

Soi trực tiếp vảy da với dung dịch KOH thấy nhiều sợi nấm có xu hướng vỡ thành các mảnh hình que ngắn trộn lẫn gọi là “thịt trong mỳ” (spaghetti and meatballs).

Soi đèn Wood thấy các vùng giảm sắc tố do nhiễm nấm và phát huỳnh quang màu xanh lá cây nhạt.

4. ĐIỀU TRỊ BỆNH LANG BEN

4.1 Tại chỗ:

Được chỉ định để giới hạn bệnh:

- + BSI thoa ngày 2 lần trong 2 tuần.
- + Selenium sulfide lotion 2,5% toàn bộ bề mặt da từ gáy xuống đùi, để 20 phút rồi tắm sạch. Mỗi ngày đắp.
- + Dầu gội có thành phần Ketoconazole 2% thoa lên da ướt, để bọt trong 5 phút rồi rửa sạch.
- + Xà bông Zinc pyrithione (ZNP bar) dùng để tắm, để bọt trong 5 phút rồi rửa sạch.
- + Các loại kem Miconazole, Clotrimazole, Econazole hoặc Ketoconazole thoa trong 2-4 tuần.

4.2 Toàn thân: áp dụng cho các bệnh nhân có vùng tổn thương rộng, không đáp ứng với thuốc bôi hoặc tái p

Itraconazole 200mg/ngày x 5 ngày.

Ketoconazole 200mg/ngày x 5 ngày. Cần chú ý kiểm tra chức năng gan trước khi điều trị. Thận trọng cân nhắc g đường uống, nhất là bệnh nhân có tiền sử bệnh gan.

Fluconazole 150 mg (2 viên nang/ tuần x 2 tuần).

Terbinaíne uống không có tác dụng đối với Pityrosporum orbiculare.

5. DIỄN BIẾN VÀ TIÊN LUỢNG

Các loại thuốc bôi và uống sẽ loại trừ vi nấm, nhưng sự giảm bệnh thường chỉ tạm thời và thường dễ tái phát (4

Giảm sắc tố sẽ tồn tại trong nhiều tuần sau khi diệt hết nấm cùng với sự giảm vảy.

Phơi nắng giúp phục hồi sắc tố sau điều trị.

6. PHÒNG NGỪA BỆNH LANG BEN

- Nên mặc áo quần thoáng, tắm rửa và thay áo quần mỗi ngày nhất là vào mùa nóng.
- Không dùng chung các đồ dùng cá nhân như khăn lau, quần áo...

167/ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ CHÀM BÀN TAY (HAND DERMATITIS)

CHÀM BÀN TAY (HAND DERMATITIS)

1. ĐẠI CƯƠNG

- Chàm bàn tay hay còn gọi là viêm da bàn tay là bệnh thường gặp, tỉ lệ hiện mắc khoảng 4% dân số người lớn.
- Nguyên nhân bệnh sinh rất đa dạng, các tác nhân kích ứng (xà bông, các chất tẩy rửa, hóa chất...) là nguyên nhân chính.
- Đây là bệnh lý liên quan đến các nghề nghiệp: thợ hồ, thợ làm tóc, người giúp việc nhà, nhân viên vệ sinh, công nhân...
- Lâm sàng rất đa dạng: Hồng ban, phù, mụn nước, tróc vảy, nứt da, tăng sừng, loét.
- Điều trị rất khó lành, bệnh thường diễn tiến mạn tính và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

2. NGUYÊN NHÂN BỆNH CHÀM BÀN TAY

2.1. Viêm da tiếp xúc kích ứng:

Tiếp xúc với các chất kích ứng lặp đi lặp lại nhiều lần (xà bông, các chất tẩy rửa, hóa chất...). Chưa có xét nghiệm chất dị ứng bằng patch test.

2.2. Do viêm da cơ địa:

Bệnh nhân thường có bệnh cảnh của Viêm da cơ địa. Chẩn đoán dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán viêm da cơ địa của AADAC.

2.3. Viêm da tiếp xúc dị ứng:

Do phản ứng type IV của miễn dịch qua trung gian tế bào. Các nguyên nhân thường gặp như protein từ thức ăn, phức hợp chất tạo mùi (Fragrance mix), vàng, quatemium-15, formaldehyde, bacitracin, và cobalt chloride. Chẩn đoán dựa vào kết quả patch test.

2.4. Chàm bàn tay do nhiều nguyên nhân:

Kết hợp giữa viêm da cơ địa, viêm da tiếp xúc kích ứng và viêm da tiếp xúc dị ứng.

2.5. Chàm bàn tay không rõ nguyên nhân

3. CHẨN ĐOÁN BỆNH CHÀM BÀN TAY

3.1. Lâm sàng

- Tổ đĩa: Mụn nước ở lòng bàn tay, lòng bàn chân, mặt bên các ngón tay.
- Chàm dày sừng bàn tay: Mảng dày sừng lòng bàn tay, tróc vảy, có đường nứt đau, không có mụn nước.
- Viêm da các ngón tay mạn tính: Viêm da các ngón tay tróc vảy, có đường nứt, đôi khi có mụn nước từng đợt.
- Chàm đồng tiền ở bàn tay: Mảng hồng ban hình đồng tiền trên mu bàn tay.

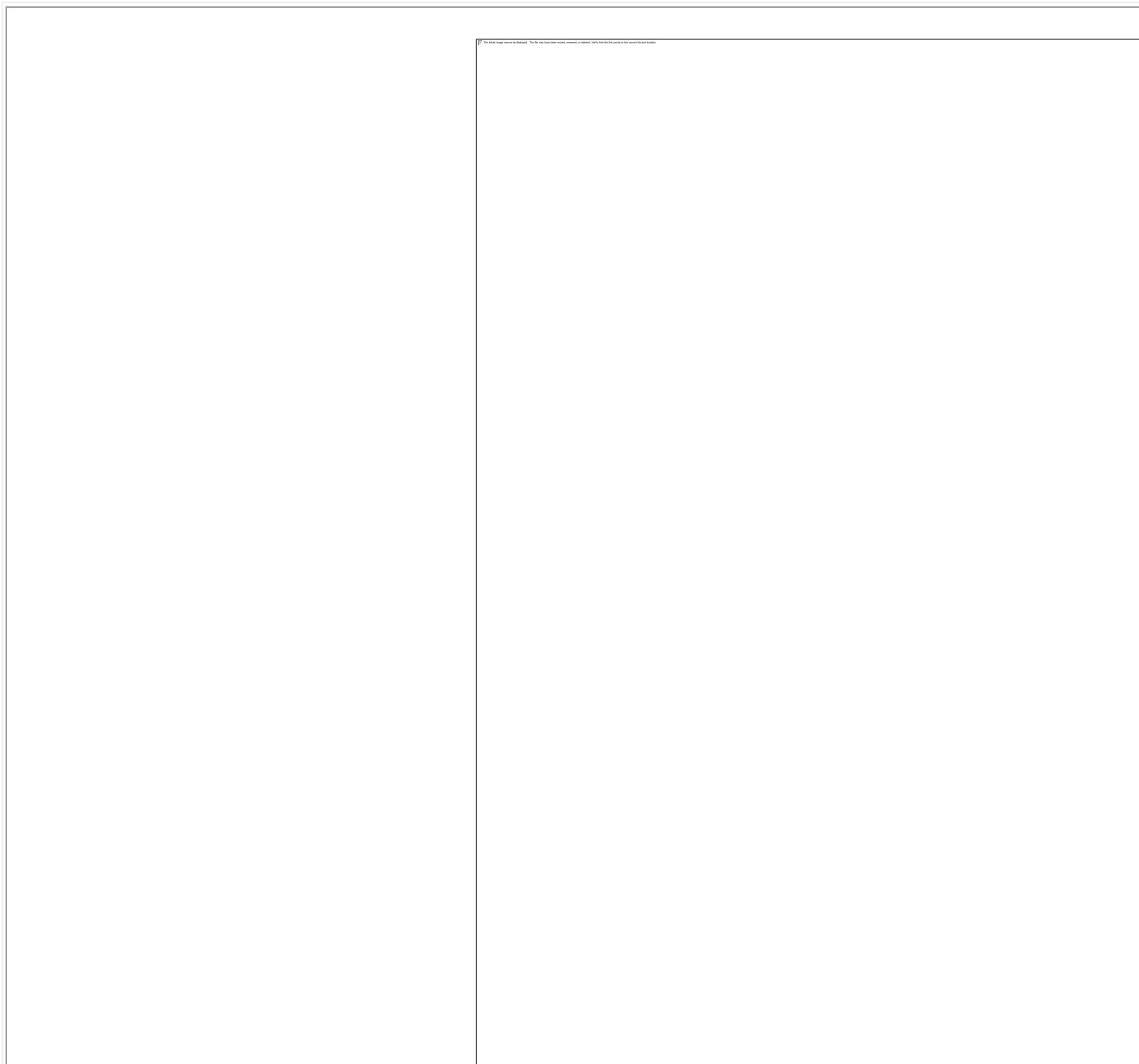
3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Vảy nến
- Nấm bàn tay
- Lichen phẳng
- Ghे
- U hạt vòng

4. ĐIỀU TRỊ BỆNH CHÀM BÀN TAY

ĐIỀU TRỊ BUỐC 1

ĐIỀU TRỊ BUỐC 2



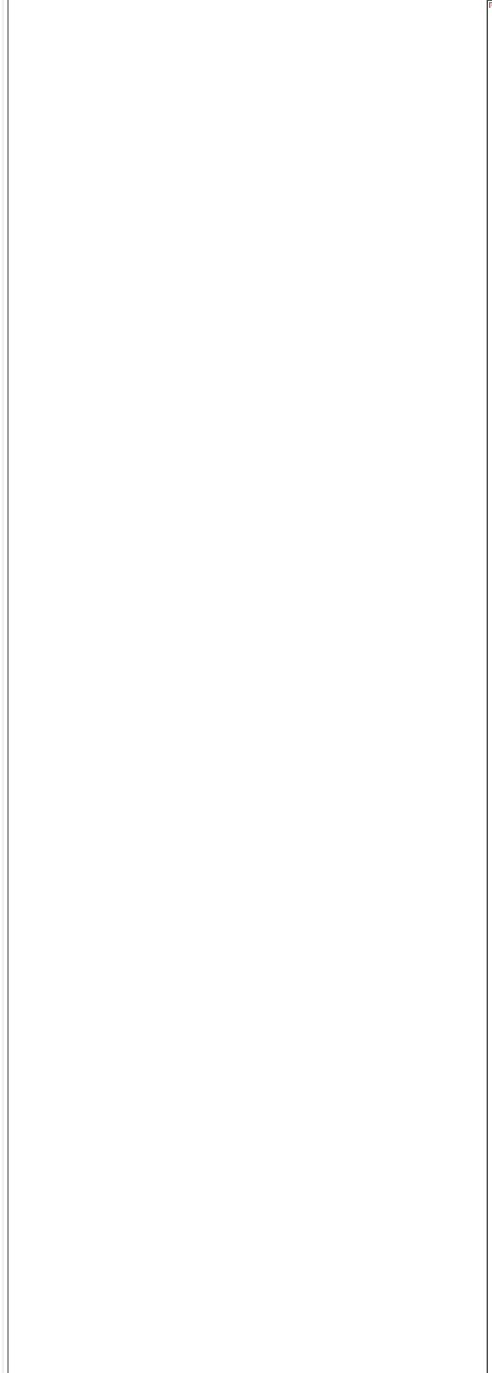
Ghi chú:

- Thoa corticoids là lựa chọn đầu tay trong điều trị chàm bàn tay. Thoa corticoids tấn công trong từ 4 - 8 tuần, d
- Chưa có nghiên cứu nào chứng minh Tacrolimus hiệu quả hơn corticoids trong điều trị chàm bàn tay.

- UVB và PUVA (tại chỗ) được xem là lựa chọn hàng thứ 1 trong điều trị chàm bàn tay mà không đáp ứng với tia tử ngoại.
- Acitretin và Alitretinoïn được Châu Âu và Canada công nhận trong điều trị chàm bàn tay nặng, có tăng sừng, lỗ Liều 10 - 30 mg/ngày, liên tục từ 3 đến 6 tháng, hiệu quả khoảng 40 - 50 %.
- Các thuốc ức chế miễn dịch đường uống chưa được công nhận trong điều trị chàm bàn tay. Hiệu quả còn hạn chế.

168/ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ CHÀM THỂ TẠNG (VIÊM DA CƠ ĐỊA) ATOPIC ECZEMA)

CHÀM THỂ TẠNG (VIÊM DA CƠ ĐỊA)
(ATOPIC DERMATITIS, ATOPIC ECZEMA)



(2) DUỒNG DA, GIỮ ÂM

• Tắm:

+ Ngâm hoặc tắm nước ấm 15 phút / ngày.

- + Tránh chất tẩy rửa.
- + Dùng xà phòng tắm pH trung tính, không chất tạo mùi.
- Thoa chất giữ ẩm
- + Dùng chất giữ ẩm đều đặn, liên tục
- + Thoa ngay khi bệnh nhân tắm xong và thoa nhiều lần trong ngày cách nhau 4 giờ.
- + Khối lượng: người lớn khoảng 600 g/tuần, trẻ em khoảng 250g / tuần.

(3) THAM VẤN, GIÁO DỤC SỨC KHỎE

- Cho bệnh nhân và người nhà bệnh nhân
- Hiểu rõ về bệnh và khả năng đáp ứng với điều trị
- Thời gian điều trị
- Khả năng tái phát
- Tránh cào gãi
- Giúp cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân

(4) BÔI CORTICOSTEROIDS

- Là thuốc được lựa chọn đầu tiên trong điều trị viêm da cơ địa.
- Tùy theo tuổi, vị trí, tính chất thương tổn, đáp ứng của bệnh nhân... mà chọn loại mạnh yếu khác nhau.
- Loại mạnh, dùng khoảng 2 - 4 tuần, để giảm triệu chứng nhanh. Sau đó nên chuyển sang loại nhẹ hơn, dùng 2 - 4 tuần.
- Liều: không quá 45g/tuần loại mạnh, 100g/tuần loại trung bình hoặc yếu [1 Fingertip Unit (FTU) = 0,5 g thuốc].
- Thời gian duy trì : Từ 2 đến 16 tuần.

(5) BÔI Ủ C CHẾ CALCINEURIN

- Là chọn lựa thứ hai cho điều trị viêm da cơ địa.
- Không dùng cho trẻ em dưới 2 tuổi.
- Không dùng cho bệnh nhân suy giảm miễn dịch.

- Dùng lượng thuốc nhỏ cần thiết để kiểm soát bệnh.
- Thoa 2 lần / ngày tối đa 3 tuần giảm còn 1 lần / ngày.
- Thời gian: khi không còn tổn thương thì ngưng (có thể kéo dài 3 năm)
- Chú ý tác dụng phụ: đỏ da, nóng, ngứa, viêm nang lông, nhiễm siêu vi, nhạy cảm với nóng và lạnh, không dung

(6) KHÁNG HISTAMINE

- Là điều trị hỗ trợ trong viêm da cơ địa.
- Có tác dụng giảm ngứa, cải thiện giấc ngủ, cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.
- Nên dùng nhóm có tác dụng an thần.

(7) TRÁNH CÁC YẾU TỐ THÚC ĐẨY

- Thói quen cào gãi
- Stress
- Nhiễm trùng da
- Các chất tiếp xúc kích thích
- Các dị nguyên từ thức ăn
- Các dị nguyên từ không khí
- Vải len
- Môi trường nóng, tăng tiết mồ hôi

(8) TÂM LÝ LIỆU PHÁP

- Cải thiện mối quan hệ trong gia đình và xã hội
- Giảm tỷ lệ bỏ học, bỏ việc
- Giảm mặc cảm với bệnh tật
- Giảm cào gãi theo thói quen
- Đôi khi phải kết hợp với Bác sĩ tâm thần

(9) BÔI CÁC DUNG DỊCH SÁT KHUẨN

- Khi thương tổn giai đoạn cấp tính, chảy dịch nhiều.
- Kết hợp với tắm hoặc đắp thuốc tím pha loãng 1/10.000

(10) ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ NĂNG :

Theo thang điểm SCORAD

- SCORAD < 25 : Nhẹ
- SCORAD từ 25 - 50 : Trung bình
- SCORAD > 50 : Nặng

(11) NHẬP VIỆN

- Khi thương tổn lan tỏa
- Không đáp ứng hoặc đáp ứng kém với điều trị
- Biến chứng đỏ da toàn thân
- Dùng các thuốc ức chế miễn dịch cần theo dõi tác dụng phụ của thuốc.

169/ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ HỒNG BAN ĐA DẠNG

HỒNG BAN ĐA DẠNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Phản ứng quá mẫn với tác nhân nhiễm trùng hay thuốc. Một số nguyên nhân khác có thể gặp như yếu tố vật lý, tiaUV, hóa chất,...

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

2.1.1. Triệu chứng cơ nǎng:

Có thể mệt mỏi, sốt, hay ngứa, nóng rát vùng da phát ban.

2.1.2. Thương tổn da

Xuất hiện dát sần hình tròn, màu đỏ thẫm. Trong vòng 24 - 48 giờ, dát sần này sẽ diễn tiến ly tâm, ở giữa trở nên kính từ 1 - 3 cm. Thương tổn có hai phần riêng biệt: phía trong là hiện tượng tổn thương thường bì với hình ảnh C có thể phù nhẹ ở vùng trung tâm. Đây là thương tổn hình bia, một biểu hiện đặc trưng trong bệnh lý HBDD và Tuy nhiên, sẽ có hiện tượng tăng hay giảm sắc tố kèm theo.

Vị trí: Thương tổn thường đối xứng hai bên ở bàn tay và bàn chân, cẳng tay và cẳng chân. Trường hợp nặng, bệ biếu hiện ở da, niêm mạc chiếm tới 70% các trường hợp. Vị trí thường gặp nhất là ở môi và niêm mạc miệng, mũi, âm hộ, dương vật, hậu môn, mắt

2.2. Phân loại

Dang nhẹ: Ít hoặc không ảnh hưởng đến niêm mạc, chỉ hiện diện mụn nước mà không có bóng nước hay triệu chứng chi, mặt với thương tổn hình bia điện hình. HBDD dạng nhẹ tái phát thường do cơn bộc phát herpes simplex tr

Dang nặng: Thường biểu hiện như một đợt phản ứng thuốc, luôn kèm tổn thương niêm mạc, nặng, lan rộng, có thể gây tử vong: sốt, mệt l้า. Viêm môi, viêm dạ dày, viêm âm hộ, viêm quy đầu, viêm kết mạc có thể dẫn đến loét giác mạc

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Mục tiêu điều trị: giảm sốt, giảm thời gian phát ban và nằm viện.
- Dạng nhẹ thường tự giới hạn trong vòng 4 tuần, không cần điều trị đặc hiệu.
- Ngăn ngừa nguyên nhân nếu có:

S Herpes simplex (tuýp 1 hoặc 2): Acyclovir, valacyclovir hoặc famcidovir s Mycoplasmapneumonia: Macrolid

S Chú ý các loại thuốc sử dụng trong vòng hai tháng gần đây như kháng viêm không steroids, chống động kinh, gây bệnh: Sulfonamides, phenytoin, barbiturates, phenylbutazone, penicillin, allopurinol.

- Điều trị chung:

* Nâng đỡ tổng trạng S Kháng histamine, giảm đau S Điều trị chuyên khoa: mắt.

- Điều trị tại chỗ:

* Thuốc thoa corticosteroids.

* Dung dịch màu, kháng sinh thoa, chlorhexidine 0,05% ngừa bội nhiễm S Dung dịch nước súc miệng: nước muối

3.2. Điều trị cụ thể Dạng nhẹ: Không cần điều trị.

Dạng nặng:

- Prednisone: Liều 0.5-1 mg/kg/ngày hay 40 - 80 mg/ngày cho đến khi đạt được đáp ứng lâm sàng, sau đó giảm thường đáp ứng tốt sau 1 - 3 tuần được chỉ định prednisolone.

- Khó trị: Xem xét sử dụng

* Azathioprine 100-150 mg/ngày s Mycophenolate mofetil

- Acyclovir:

* Cần dùng thuốc trong giai đoạn sớm nếu nghi ngờ HBDD do HSV S Điều trị phòng ngừa:

+ Acyclovir 400mg x 2 lần/ngày (10 mg/kg/ngày) trong 6 - 12 tháng.

+ Trường hợp không đáp ứng hay không dung nạp với acyclovir:

• Valacyclovir 500-1000 mg/ngày.

• Famciclovir 250 mg x 2 lần/ngày

3.2.1. Theo dõi điều trị

- Hội chẩn các chuyên khoa khi cần: Khoa phỏng, mắt, tiết niệu, tiêu hoá, hô hấp

- Tái phát hơn 5 lần/năm: Cần điều trị phòng ngừa HSV.

3.2.2. Tiêu chuẩn nhập viện — xuất viện

- Dạng nặng có tổn thương nghiêm trọng

4. DIỄN TIẾN VÀ TIÊN LUỢNG

- Lành tính và hay tái phát.

- Có thể ngăn ngừa bệnh tái phát bằng biện pháp điều trị dự phòng với acyclovir kéo dài.

5. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Jean-Claude Roujeau (2012): Erythema Multiforme. Fitzpatrick's Dermatology in GeneralMedicine. 8th edition

- Lars E French and Christa Prins (2012); Erythema Multiforme, Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis.

- Thomas P. Habif (2010): Erythema Multiforme. Clinical Dermatology. 5th edition.

170/ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG STEVENS - JOHNSON

HỘI CHỨNG STEVENS - JOHNSON

1. ĐẠI CƯƠNG

- Hội chứng Stevens-Johnson (SJS) là phản ứng da nghiêm trọng đe dọa mạng sống đặc trưng bởi hoại tử lan rộng và sâu
- Hội chứng Stevens-Johnson - “dạng nhẹ của TEN”, bóc tách nhỏ hơn 10% diện tích bề mặt cơ thể (Body Surface Area)
- Hội chứng Stevens-Johnson/hoại tử thượng bì nhiễm độc chồng lấp, bóc tách 10-30% BSA
- Hoại tử thượng bì nhiễm độc, bóc tách lớn hơn 30% BSA
- Dịch tễ học
 - Tỷ lệ mới mắc khoảng 1 đến 6 ca trên triệu người-năm
 - Khắp nơi trên thế giới ở tất cả các chủng tộc

2. NGUYÊN NHÂN HỘI CHỨNG STEVENS - JOHNSON

Có 4 nhóm nguyên nhân gây bệnh:

- Thuốc
- Bệnh lý nhiễm trùng
- Các bệnh ác tính
- Vô căn

Thuốc là nguyên nhân phổ biến nhất. Thuốc và bệnh ác tính thường gặp ở người lớn

và người già. Nhiễm trùng thường gặp ở trẻ em. Vô căn chiếm 25-50% số ca..

3. CHẨN ĐOÁN HỘI CHỨNG STEVENS - JOHNSON

3.1. Lâm sàng

- Da: dát tiến triển thành sẩn, mụn nước, bóng nước, bóng nước vỡ, mảng mè đay, hay hồng ban kết hợp. Trung thương điển hình dạng bia (phân biệt với sang thương điển hình hình bia của hồng ban đa dạng) chỉ có 2 vùng mủ tử được bao quanh bởi hồng ban dát (phân biệt với hồng ban sẩn của hồng ban đa dạng).
- Niêm mạc: hồng ban, phù, vảy tróc, bóng nước, loét, và hoại tử
- Khác: sốt, đứng thẳng, nhịp tim chậm, hạ huyết áp, thay đổi ý thức, chảy máu mũi, viêm kết mạc, loét giác mạc đầu, co giật, hôn mê.

3.2. Cận lâm sàng

Không có xét nghiệm nào ngoài sinh thiết có thể thành lập chẩn đoán xác định hội chứng Stevens-Johnson.

- Huyết thanh học: TNF-a, thụ thể IL 2 hòa tan, IL 6, CRP tăng

- Huyết học: bạch cầu bình thường hay tăng không đặc hiệu. Bạch cầu tăng cao cho biết khả năng bội nhiễm. Các vấn đề liên quan

- Cây da và cây máu được ủng hộ. Ngoài ra, cây nước tiểu và các vết thương khi nghi ngờ lâm sàng nhiễm trùng

- Nội soi phế quản, thực quản dạ dày tá tràng, đại tràng có thể được chỉ định. X quang ngực khi nghi ngờ lâm sàng

- Mô học: thâm nhiễm tế bào viêm bì tối thiểu và hoại tử toàn bộ thượng bì là hình ảnh mô học điển hình của hội chứng Stevens-Johnson. Thâm nhiễm bì nồng và chủ yếu quanh mạch máu

4. ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG STEVENS - JOHNSON

4.1. Nguyên tắc điều trị

Không có điều trị đặc hiệu cho hội chứng Stevens-Johnson; do đó, hầu hết bệnh nhân được điều trị triệu chứng. Hội chứng Stevens-Johnson giống với điều trị bệnh nhân bổng rộng. Chú ý đặc biệt ổn định đường thở và huyết động. Thời điểm ngưng liên quan với hậu quả. Nhận diện và điều trị bệnh bên dưới và nhiễm trùng thứ phát.

4.2. Điều trị nâng đỡ

- Bù dịch, điện giải: đại phân tử và muối sinh lý trong 24 giờ đầu. Muối phosphate nếu giảm phosphate máu. Lượng điện tích.

Sau ngày thứ 2 nhập viện, bù dịch qua ống mũi dạ dày để giảm dần và ngưng đường tĩnh mạch, thường trong vòng

- Bù đạm: sóm nếu có thể, cũng để làm lành nhanh sang thương da. Insulin tĩnh mạch có thể cần thiết
 - Nhiệt độ môi trường: 30-32°C làm giảm mất năng lượng qua da. Giường hơi hóa lỏng nếu da lưng bị tổn thương làm giảm mất nhiệt
 - Kháng đông heparin trong thời gian nằm viện được khuyến cáo. Antacid làm giảm xuất huyết dạ dày
 - Chăm sóc phổi bao gồm khí dung, hút phế quản, và vật lý trị liệu. An thần đến mức giới hạn bởi tình trạng hô hấp

4.3. Kiểm soát nhiễm trùng

- Qui trình vô trùng và các kỹ thuật cách ly ngược làm giảm nguy cơ nhiễm trùng bệnh viện. Cây máu, catheter,
 - Sát trùng: nitrate bạc 0.5%, hay chlorhexidine 0.05% thoa tẩm, tránh sử dụng sulfadiazine bạc
 - Kháng sinh: kháng sinh hệ thống dự phòng không được khuyến cáo. Kháng sinh được chỉ định khi nhiễm trùng trên vi khuẩn có mặt ở da. Liều cao và theo dõi nồng độ huyết thanh. Các dấu hiệu đầu tiên của nhiễm trùng là tổng trạng bệnh nhân xấu đi nhanh.

4.4. Chăm sóc da niêm

Đắp gạc nước muối sinh lý hay dung dịch Burow vùng da bị bóc tách. Súc rửa miệng và giảm đau tại chỗ. Cắt lô dịch, mát nhiệt, và nhiễm trùng. Các loại màng sinh học bao gồm:

- Màng ghép dì chủng da lợn
 - Màng ghép dì thẻ da người bảo quản lạnh
 - Màng thay thế da từ màng ối
 - Màng thay thế da từ collagen

Mắt: bôi trơn tích cực, kháng sinh, steroid tại chỗ, và bóc tách dính mi sorm

4.5. Miễn dịch liệu pháp

- Steroids hệ thống: sóm, tĩnh mạch liều cao ngắn ngày (4-7 ngày). Liều từ 1-1,5mg/kg. Nếu sử dụng liều >2mg
 - Cyclosporine, azathioprine, hay cyclophosphamide ít thông dụng bởi vì mất hàng tuần mới bắt đầu ảnh hưởng thực sự cho thấy kết quả khích lệ
 - Globulin miễn dịch tĩnh mạch: sóm, liều cao ngắn ngày. Tuy nhiên, chưa có sự nhất trí về liều và thời gian

- Lọc huyết tương, lọc máu

4.6. Hội chẩn và theo dõi

- Hội chẩn chuyên khoa b้อง, phẫu thuật tạo hình, nội khoa tiêu hóa, hô hấp, thận, nhi khoa, nhãn khoa.
- Bệnh nhân SJS phải được nhập viện và theo dõi

5. DIỄN TIẾN VÀ TIỀN LUỢNG

- Thường bệnh ngưng đột ngột trong vài ngày và bắt đầu tái tạo biểu mô ít ngày sau đó. Hầu hết bệnh nhân hồi phục hoàn toàn.

- Tỷ lệ tử vong 5-12%. Nhiễm trùng, nhiễm trùng huyết đóng vai trò quan trọng làm tăng tỷ lệ tử vong. Tuổi cao, thương da lớn hơn có tương quan với tiên lượng xấu. Thang điểm SCORTEN tính toán nguy cơ tử vong cho cả

6. PHÒNG NGỪA HỘI CHỨNG STEVENS - JOHNSON

- “Thẻ dị ứng” thuốc cá nhân
- Theo dõi mắt lâu dài

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Guégan S et al: Performance of the SCORTEN during the first five days of hospitalisation to predict the prognosis of severe cutaneous adverse reactions. Br J Dermatol 155:103, 2006
- Roujeau JC et al: Medication use and the risk of Stevens-Johnson syndrome or toxic epidermal necrolysis. N Engl J Med 345:855, 2001
- Auquier-Dunant A et al: Correlation between clinical patterns and causes of erythema multiforme major, Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis. Arch Dermatol 138:1019, 2002
- Mockenhaupt M et al: Risk of Stevens-Johnson and toxic epidermal necrolysis in new users of antiepileptics. Neurology 61:1863, 2003
- Mockenhaupt M et al: The risk of Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis associated with medications: a multinational perspective. JRheumatol 30:2234, 2003
- Nassif A et al: Drug specific cytotoxic T-cells in the skin lesions of a patient with toxic epidermal necrolysis. J Clin Immunol 23:333, 2003
- Chung WH et al: Medical genetics: A marker for Stevens-Johnson syndrome. Nature 428:486, 2004
- Chave TA et al: Toxic epidermal necrolysis: Current evidence, practical management and future directions. Br J Dermatol 148:101, 2003
- Palmieri T et al: A multicenter review of toxic epidermal necrolysis treated in U.S. burn centers at the end of the millennium. J Burn Care Res 23:21, 2002

- Nishida K et al: Corneal reconstruction with tissue engineered cell sheets composed of autologous oral epithelial cells. *Transplantation* 2007; 84(10): 1332-1337.

171/ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ MÀY ĐAY MẠN TÍNH (CHRONIC URTICARIA)

MÀY ĐAY MẠN TÍNH (CHRONIC URTICARIA)

Xử trí mày đay mạn tính gồm 2 bước:

- Bước 1: Xác định và loại trừ các nguyên nhân tiềm ẩn/các yếu tố khởi phát mày đay
- Bước 2: Điều trị dùng thuốc theo sơ đồ
 - 1. Bước 1: Xác định và loại trừ các nguyên nhân tiềm ẩn/các yếu tố khởi phát mày đay
 - 1.1. Thuốc
 - Thuốc thường gây mày đay cấp tính, nhưng cũng có thể liên quan đến mày đay mạn tính.
 - Khi có 1 loại thuốc nghi ngờ, nên ngưng hoặc thay thế bằng loại khác nếu việc sử dụng thuốc là cần thiết.
 - Những thuốc gây phản ứng giả dị ứng (pseudoallergic reactions) (vd. aspirin), không chỉ khởi phát mà còn làm mòn niêm mạc.
 - Khuyến cáo tránh aspirin và các kháng viêm non-steroid bởi vì những thuốc này làm mày đay mạn tính nặng hơn.
 - Các thuốc úc ché men chuyển (ACEIs) thường liên quan đến phù mạch nhưng hiếm khi gây mày đay mạn tính trên bệnh nhân mày đay mạn tính có phù mạch hay không.
 - Những loại thuốc khác cũng được đề cập đến là alcohol, thuốc gây nghiện (codeine, morphine) và viên thuốc nén.
 - 1.2. Yếu tố vật lý
 - Để tránh các yếu tố kích thích vật lý trong điều trị mày đay, cần có những thông tin chi tiết về đặc tính của những yếu tố này.
 - Tránh tạo áp lực hoặc cọ xát trên da trong trường hợp mày đay áp lực và mày đay da vỡ nổi.
 - Tránh tiếp xúc với gió lạnh trong trường hợp mày đay do lạnh.
 - Sử dụng kem chống nắng cho trường hợp mày đay do ánh nắng mặt trời.

1.3. Nhiễm trùng và ký sinh trùng

- Nhiễm virus thường khởi phát hay làm nặng lên tình trạng mày đay.
- Nhiễm trùng như sâu răng, viêm xoang, nhiễm trùng mũi họng, nhiễm trùng tiêu, bàng quang, nhiễm Helicobacter pylori.
- Nhiễm ký sinh trùng như giun lươn, giardiasis và ameb thường gặp ở những nước đang phát triển hay nước ngập úng, nhất là giun sán, làm tăng bạch cầu eosin, tuy nhiên dù không tăng eosin cũng không loại trừ nhiễm ký sinh trùng.

1.4. Quá trình viêm

- Ngoài các bệnh lý nhiễm trùng, quá trình viêm mạn tính được xác định là nguyên nhân của mày đay trong viêm thực quản trào ngược, hay viêm đường mật.

1.5. Các tự kháng thể chức năng (functional autoantibodies)

- Điều trị giảm các tự kháng thể chức năng được chỉ định trong những trường hợp mày đay mạn tính có tự kháng thể khác.
- Những phương pháp điều trị làm giảm các tự kháng thể chức năng là: lọc huyết tương, cyclosporin, truyền tĩnh mạch azathioprine, mycophenolate mofetil, cyclophosphamide, anti-IgE (Omalizumab), và tacrolimus.

1.6. Các bệnh hệ thống

- Mày đay mạn tính có thể là 1 đặc điểm liên quan đến cường giáp hoặc nhược giáp (viêm giáp Hashimoto). Một số tự kháng thể, điều trị bằng thyroxine làm giảm triệu chứng mày đay.

1.7. Chế độ ăn

- Tránh những thức ăn nghi ngờ.

1.8. Các yếu tố khác

- Phấn hoa, nấm mốc, bào tử, lông thú vật, mạt bụi nhà, và khói thuốc lá có thể khởi phát mày đay.
- Mày đay có thể nặng hơn trong suốt thai kỳ và trước kỳ kinh.
- Mày đay cũng xảy ra ở những người gắn đinh kim loại trong xương đùi, răng giả kim loại và trám răng.
- Trám cảm cũng có thể gây ra và làm nặng hơn mày đay mạn tính.

2. Bước 2: Điều trị dùng thuốc theo sơ đồ

Ghi chú: AH (antihistamine H1): kháng histamine H1; nsAH (non-sedating H1 antihistamine): kháng histamine

Điễn giải:

2.1. Điều trị hàng thứ nhất

- Histamine là chất trung gian chính của mày đay và thuốc kháng histamine H1 không an thần (non-sedating H1) chính yếu cho tất cả các thể mày đay. Loại thuốc này có hiệu quả trên nhiều bệnh nhân.
- Các nsAH thé hệ mới có ít hoạt tính đối giao cảm hơn thé hệ cũ nên là lựa chọn đầu tiên trong điều trị mày đay.
- Để đạt kết quả ổn định, nên sử dụng thuốc kháng histamine đều đặn kể cả khi không có triệu chứng. Sử dụng thuốc và đáp ứng của từng người.
- Tóm lại, nhờ vào tính an toàn cao, thuốc kháng histamine thé hệ thứ 2 được xem như chọn lựa hàng đầu trong

2.2. Điều trị hàng thứ hai

- Nếu triệu chứng vẫn còn sau 2 tuần, nên điều chỉnh phác đồ điều trị và có thể tăng liều nsAH lên 2 - 4 lần so v

2.3. Điều trị hàng thứ ba

- Nếu triệu chứng vẫn còn sau 1 - 4 tuần, phác đồ tăng liều nsAH nên chuyển sang kết hợp với 1 kháng histamin khác hoặc thêm 1 thuốc đối kháng leukotriene.
- Nếu triệu chứng bùng phát mạnh, nên sử dụng corticosteroid toàn thân trong 3 - 7 ngày.
- Việc sử dụng corticosteroid toàn thân trong điều trị mày đay vẫn còn là vấn đề bàn cãi. Dùng corticosteroid toàn thân cho dân châu Á (10 - 30 mg prednisolone) trong những trường hợp mày đay mạn tính kháng trị không đáp ứng với mức độ quá cao nhưng không nên điều trị trong thời gian dài vì có những tác dụng phụ như tiêu đường, tăng huyết áp, loãng xương.
- Các thuốc đối kháng thụ thể leukotriene như zafirlukast (20 mg x2 lần/ngày) và montelukast (10 mg/lần/ngày) là thuốc tốt nhất là những trường hợp mày đay có liên quan đến thuốc kháng viêm non-steroid và chất phụ gia trong thực phẩm.

2.4. Điều trị hàng thứ tư

- Nếu triệu chứng vẫn còn sau 1 - 4 tuần, tiếp tục liều nsAH và kết hợp thêm ddosporin, hoặc kháng histamine H2.
- Nếu triệu chứng bùng phát mạnh, nên sử dụng corticosteroid toàn thân trong 3 - 7 ngày.

- Có thể thử liệu pháp miễn dịch (immunotherapy) trên bệnh nhân mày đay tự miễn nặng kháng trị. Ciclosporin có thể được sử dụng trong trường hợp mày đay nặng đáp ứng kém với điều trị thông thường bằng kháng histamine.
- Truyền tĩnh mạch Immunoglobulin liều cao, lọc huyết tương trong một số bệnh nhân mày đay mạn tính nặng có thể được sử dụng.
- Theo một số báo cáo, tacrolimus uống, methotrexate liều thấp, hydroxychloroquine, sulfasalazine, và dapsone có thể được sử dụng trong điều trị mày đay mạn tính.
- Nói chung không nên điều trị mày đay mạn tính bằng corticosteroids kéo dài; tuy nhiên có thể sử dụng corticosteroid loại thuốc này với colchicine hay dapsone.
- Ciclosporin liều đến 5 mg/kg/ngày được chứng minh có hiệu quả trên bệnh nhân mày đay mạn tính nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Rook's Textbook of Dermatology, 8th edition
2. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 7th Edition
3. EAACI/GA2LEN/EDF/WAO guideline: management of urticaria. Allergy 2009; 64: 1427-1443
4. Urticaria: Evaluation and Treatment. Am Fam Physician. 2011;83(9): 1078-1084
5. Management of chronic urticaria in Asia: 2010 AADV consensus guidelines.

172/ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ NẤM MÓNG (ONYCHOMYCOSIS)

NẤM MÓNG (ONYCHOMYCOSIS)

1. ĐẠI CƯƠNG:

Nấm móng là nhiễm nấm ở phần bản móng của ngón tay, ngón chân được gây bởi nhiều loài vi nấm khác nhau.

Khi đã nhiễm nấm, bệnh có xu hướng diễn biến mạn tính và âm thầm.

2. NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH NẤM MÓNG:

Nhóm Dermatophyte là nguyên nhân chủ yếu gây tổn thương móng trong đó Trichophyton rubrum chiếm 71%.

Aspergillus, Cephalosporium, Fusarium và Scopulariopsi chiếm 4% được coi là tạp nhiễm hoặc không gây bệnh móng.

Nấm men, đại diện là Candida albicans, chiếm 5%

Nhiều tác nhân vi nấm có thể cùng hiện diện trên cùng một móng.

3. YẾU TỐ NGUY CƠ

Chấn thương, đặc biệt do mang giày chật làm tăng việc nhiễm nấm. Làm việc trong môi trường ẩm ướt

4. CHẨN ĐOÁN BỆNH NẤM MÓNG

4.1. Dịch tễ học:

Tần suất gia tăng theo tuổi.

Bệnh chiếm tỷ lệ 15-20% ở lứa tuổi từ 40 đến 60.

Bệnh kéo dài mà không có thời gian tự thuyên giảm.

4.2. Lâm sàng:

Nấm móng có bốn dạng lâm sàng chính, các dạng này không đơn độc mà có thể cùng xảy ra hoặc ở bản móng kèm theo.

Nấm móng có thể đồng thời với nấm da tay hoặc chân hoặc chỉ đơn độc.

Bản móng dày thành khói với các mảnh vỡ bên dưới gây khó chịu lúc mang giày vớ.

• Nấm móng dưới móng xa (ngoại vi): thường gặp nhất. Nấm xâm nhập phần xa của giường móng. Bản móng xâm nhập sâu vào móng và làm móng dày lên và tách khỏi giường móng bên dưới.

• Nấm móng bì ngoài trắng: gây ra do sự xâm nhập bì mặt của bản móng. Bì mặt móng mềm, khô, giống bột pi, chặt vào giường móng.

• Nấm móng dưới móng gần: vi nấm đi vào phần sau khu vực biểu bì của nếp móng và xâm nhập bản móng từ bên trong. Các mảnh sừng vỡ làm tách móng.

• Nấm móng Candida: có thể tồn thương tất cả các móng tay. Bản móng trở nên dày và chuyển màu vàng hoặc nâu.

4.3. Chẩn đoán:

Xét nghiệm để loại trừ tất cả các bệnh khác có biểu hiện giống với nấm móng.

Để chẩn đoán nấm móng nên dựa vào xét nghiệm soi tìm nấm trực tiếp với dung dịch KOH.

Nếu chưa chắc chắn, việc chẩn đoán cần xác định bằng cách tìm nấm hoặc gửi mẫu cắt bản móng đi nhuộm màu theo công thức Periodic acid-schiff.

4.3 Cận lâm sàng

- Xét nghiệm với dung dịch KOH mảnh cắt của phần dưới móng hoặc bản móng để phát hiện nấm.
- Cấy để xác định loài nấm và kháng nấm đồ.
- Nên thử công thức máu toàn phần và chức năng gan trước điều trị và trong thời gian điều trị.

5. ĐIỀU TRỊ NẤM MÓNG:

5.1 Tại chỗ:

- Các kháng nấm bôi tại chỗ chỉ có tác dụng ở vùng rìa. Sử dụng kéo dài kháng nấm bôi sau khi đã đáp ứng với ngăn ngừa sự tái nhiễm nấm.

5.2 Toàn thân:

- Thuốc:

Terbinaíne 250 mg/ngày x 6 tuần đối với nấm móng tay và 12 tuần đối với nấm móng chân. .Itraconazole 200 mg/ngày x 2-4 tuần đối với nấm móng chân. Có thể điều trị theo liều nhíp: mỗi nhíp gồm Itraconazole 200 mg x 2 lần/ ngày x 7 ngày, mỗi nhíp 100 mg. Trong 2-3 nhíp, nấm móng chân dùng trong 3-4 nhíp)

.Fluconazole 300mg mỗi tuần 1 lần trong 6-9 tháng cho đến khi móng hồi phục bình thường. -Theo dõi bệnh nhân hàng ngày.

-Nếu có thể nên mở ổ móng ở mỗi lần đến thăm khám:

- + Cắt móng bằng kìm để lấy đi phần lớn các mảnh vỡ dày và cứng.
- + Dùng dụng cụ lách dưới móng để tách phần móng bị bệnh và giường móng ở mức tối đa có thể.
- + Việc loại bỏ phần bản móng bị bệnh giúp tỷ lệ lành cao hơn và chậm tái phát hơn.

-Chú ý: Trong hầu hết trường hợp sự hồi phục sẽ chưa thấy rõ sau 12 tuần và cần dặn bệnh nhân nên bôi giữ thuốc tiêu diệt vi nấm.

6. THEO DÕI BỆNH NẤM MÓNG:

Tiêu chuẩn khỏi bệnh căn cứ trên tình trạng lâm sàng, xét nghiệm tìm nấm, và quan trọng nhất là theo dõi sự tái phát.

7. DIỄN BIẾN VÀ TIÊN LUỢNG

Điều trị đƣờng toàn thân cho tỷ lệ hiệu quả từ 50% đến hơn 80%, với tỷ lệ tái phát khoảng 15-20% trong một nă

173/ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ SẸO LỒI, SẸO PHÌ ĐẠI

SẸO LỒI, SẸO PHÌ ĐẠI (KELOIDS, HYPERTROPHIC SCARS)

1. ĐẠI CƯƠNG

- Sẹo lồi, sẹo phì đại là sự bất thường trong quá trình lành vết thương.
- Sẹo lồi, sẹo phì đại thường xảy ra sau một tổn thương da như: vết rách da, xăm, b榜, chích ngừa, sau phẫu thuật, trung viêm như mụn trứng cá, nhiễm trùng da, côn trùng cắn.
- Sẹo lồi, sẹo phì đại thường xảy ở người da đen nhiều hơn người da trắng và thường có yếu tố di truyền.
- Sẹo lồi, sẹo phì đại thường xảy ra ở những vùng da chịu áp lực cao như: vai, vùng xương úc, cầm dưới, cánh tay.
- Cả hai đều được đặc trưng bởi sự tăng sinh tại chỗ nguyên bào sợi và sản xuất collagen quá mức trong quá trình lành.
- Biểu hiện lâm sàng thường là những nốt hay mảng giới hạn rõ, bề mặt trơn láng, thường có màu hồng hay tím.

2. PHÂN BIỆT SẸO LỒI VÀ SẸO PHÌ ĐẠI

Đặc điểm	Sẹo lồi	Sẹo phì đại
Tuổi	Thường ở độ tuổi 10-30	Bất cứ tuổi nào
Khởi phát sau chấn thương	Khởi phát trễ	Khởi phát ngay
Sự phát triển	Thường phát triển vượt ra ngoài giới hạn của thương tổn ban đầu	Thường nằm trong
Khả năng tự khỏi	Rất ít	Đôi khi tự khỏi
Tái phát	Thường hay tái phát	Rất hiếm khi tái phát
Hình dạng bất thường	Hay có hình dạng bất thường	Hiếm khi có hình dạng
Mô học	Tăng sản xuất collagen	Tăng sinh nguyên
Đáp ứng điều trị	Đáp ứng kém	Đáp ứng tốt

3. ĐIỀU TRỊ SẸO LỒI, SẸO PHÌ ĐẠI

3.1. Sẹo phì đại

- Sẹo phì đại có thể không cần điều trị vì có thể tự khỏi sau 6 đến 12 tháng.

- Nếu cần điều trị thì có thể lựa chọn:

+Tiêm corticosteroid trong thương tổn.

+Sử dụng laser xung màu với bước sóng 585 nm đến 595 nm.

+Phẫu thuật.

+Kết hợp giữa tiêm corticosteroid trong thương tổn và laser xung màu.

3.2. Sẹo lồi

- Điều trị thường khó khăn vì không có một phương pháp điều trị nào có kết quả ưu việt và có khả năng tái phát cao.

- Có thể lựa chọn những cách điều trị sau:

+Tiêm corticosteroid (triamcinolone acetonide) trong thương tổn. Tùy theo vị trí có thể sử dụng nồng độ 10, 25, 50 mg/ml. Tối đa 4-5 lần, nếu không có hiệu quả nên chuyển phương pháp khác. Theo dõi tác dụng phụ của corticosteroid.

+Áp lạnh bằng nitơ lỏng: thường có hiệu quả đối với những thương tổn nhỏ với khoảng cách 1-4 tuần /1 lần (tùy). Những tai biến có thể xảy ra như: sưng phù, giảm cảm giác, giảm sắc tố, đau.

+Dán hay bôi gel Silicone khoảng 12 giờ/ngày, thời gian điều trị ít nhất từ 4 đến 6 tháng.

+Phẫu thuật kết hợp với tiêm corticosteroid trong thương tổn cho kết quả tốt giúp giảm tỷ lệ tái phát và làm nhô đơn thuần thì tỷ lệ tái phát rất cao 50 đến 100%. Ngoài ra còn có thể bôi imiquimod sau phẫu thuật, bôi mỗi ngày.

+Bôi retinoic acid 0,05% 2 lần/ngày trong 3 tháng cũng cho kết quả tốt trong một số trường hợp.

4. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Ko CJ (2012). Chapter 66: Dermal Hypertrophies and Benign Fibroblastic/Myofibroblastic Tumors. Fitzpatrick's 8th edition, Mc Graw Hill, pp. 707-717.

- Romanelli M, Dini V, Miteva M, Romanelli P (2012). Dermal Hypertrophies. Dermatology, 3rd edition, Elsevier.

- Wang SQ, Moinfar M (2007). Keloids and Hypertrophic Scars. Manual of Dermatologic Therapeutics, 7th edition, Wilkins, pp.139-147.

174/ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ TRÚNG CÁ ĐỎ (ROSACEA)

TRÚNG CÁ ĐỎ (ROSACEA)

1. ĐẠI CƯƠNG

Trứng cá đỏ là bệnh da mẩn tính do rối loạn đơn vị nang lông tuyến bã ở mặt đặc trưng bởi đỏ bừng mặt (flushing) của mặt (trán, mũi, má, cằm). Các triệu chứng đi kèm gồm sần, mụn mủ, có thể có cảm giác châm chích, rát bỏng.

2. NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH

Nguyên nhân sinh bệnh chưa rõ. Có tác giả cho rằng khởi đầu là tổn thương mô liên kết ở lớp bì chủ yếu do bức máu vùng mặt dẫn đến tổn thương nội mô mạch máu, tăng tính thấm, phù và viêm. Nhiều giả thuyết về nguyên

- Dẫn mạch vùng mặt
- Các yếu tố thần kinh
- Rối loạn chức năng lớp thượng bì
- Rối loạn các thành phần hay cấu trúc mô liên kết ở bì, các phần của chất nền, cấu trúc nang lông tuyến bã.
- Vai trò của Demodex folliculorum và Demodex brevis, Helicobacter pylori
- Tia cực tím

3. YẾU TỐ KHỞI PHÁT

- Nhiệt độ nóng hoặc lạnh
- Ánh nắng mặt trời
- Gió
- Thức uống nóng, rượu
- Thức ăn có nhiều gia vị
- Stress
- Các thuốc dẫn mạch

- Mỹ phẩm hay thuốc bôi tại chỗ

- Mẫn kinh

4. CHẨN ĐOÁN

4.1 Dịch tễ học:

Bệnh gặp ở nữ nhiều hơn nam (3:1), tuy nhiên biến chứng phì đại tuyến bã thường gặp ở nam. Bệnh thường khởi thanh thiếu niên và người trẻ.

4.2 Lâm sàng:

Triệu chứng đầu tiên thường gặp là tình trạng đỏ bừng mặt, hồng ban, cảm giác bỏng rát và châm chích, dãn mao mạch không có cồi mụn. Các triệu chứng thường tập trung ở vùng giữa mặt (trán, mũi, cằm, má). Khi bệnh tiến triển xơ hóa dẫn đến tình trạng biến dạng của mũi, trán, mi mắt, tai, cằm.

4.2.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán: Có ít nhất 1 triệu chứng tiên phát và 1 triệu chứng thứ phát:

- Triệu chứng tiên phát:

+ Hồng ban/đỏ bừng mặt thoáng qua hay dai dẳng o Sắn, mụn mủ o Dãn mạch ở mặt

- Triệu chứng thứ phát:

+ Bỏng rát, châm chích

+ Mảng đỏ hơi gồ cao có hay không có tróc vảy o Da khô/tróc vảy o Phù mặt dai dẳng

4.2.2. Các giai đoạn của bệnh

- Giai đoạn sớm:

+ Đỏ bừng mặt từng phần

+ Dãn mạch nhẹ

+ Phù thoáng qua

- Giai đoạn tiến triển

+ Sắn

+ Mụn mủ

- + Phù dai dǎng
- + Dᾶn mạch nhiều
- Giai đoạn muộn: xuất hiện phì đại tuyến bã, xơ hóa (nang lông dᾶn, da dày tăng sinh mô mềm)
- + Mũi sú tử (rhinophyma): thường gấp nhất
- + Cǎm (gnathophyma): sưng phù vùng cǎm
- + Trán (metophyma): sưng phù giống như độn nệm ở trán
- + Tai(otophyma); sưng phù dạng bông cải ở tai
- + Mi mǎt(blepharophyma): sưng phù mi mǎt

4.2.3. Các dạng lâm sàng

- Dạng hồng ban dᾶn mạch (erythematotelangiectatic)
- Hồng ban giữa mặt dai dǎng
- Đỏ bừng mặt
- Dᾶn mạch
- Da nhạy cảm
- Dạng sǎn mụn mủ (papulopustular)
- Hồng ban vùng giữa mặt
- Sǎn
- Mụn mủ
- Có thể chồng lăp với các dạng khác
- Dạng tăng sinh tuyéń bã
- Da dày, nổi nốt cục
- Lỗ chân lông to
- Có thể ảnh hưởng đến mũi, cǎm, trán, tai, mi mǎt

- Sờ mềm, giống như cao su

- Dạng tổn thương mắt: ngứa/rát, sung huyết kết mạc, viêm mi mắt, chàp, tổn thương giác mạc có thể gặp trong không liên quan đến độ nặng ở da

4.3. Cận lâm sàng

4.3.1 Cấy vi trùng

- Đề loại trừ nhiễm *S. aureus*

- Cạo vẩy da tìm sự hiện diện của *Demodex folliculorum*

4.3.2 Giải phẫu bệnh

Không đặc hiệu, viêm quanh nang lông, viêm quanh mao mạch tạo thành các nang dạng lao. Sau đó sẽ có tăng số hạt dạng biểu mô

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Nguyên tắc điều trị:

- Chăm sóc da đúng phương pháp

- Hạn chế hoặc loại bỏ các yếu tố thúc đẩy

- Điều trị tại chỗ

- Điều trị toàn thân

- Laser hay phẫu thuật

5.2. Điều trị cụ thể: Tiêu chuẩn chẩn đoán

* Hướng dẫn chăm sóc da:

- Rửa mặt bằng nước ấm bằng chất tẩy rửa dịu nhẹ không chứa xà phòng có độ pH cân bằng, massage nhẹ nhàng
- Dùng kem chống nắng chống tia UVA xà phòng có độ pH cân bằng, massage nhẹ nhàng
- Dùng kem chống nắng chống tia UVA và UVB với SPF > 15

- Dùng chất giữ ẩm
- Tránh dùng chất làm se lỗ chân lông, toner, chất tẩy tế bào chết
- Tránh dùng mỹ phẩm chứa cồn, bạc hà, cam thảo hoặc có mùi thơm
- Tránh dùng mỹ phẩm khó tan trong nước, khó tẩy rửa
- Tránh lột da bằng hóa chất hay các tiến trình siêu mài mòn

6. DIỄN TIẾN VÀ TIỀN LUỢNG:

Bệnh mạn tính có thể gây phì đại các tuyến, tăng sản mô làm da dày, nổi nốt cục biểu hiện bằng các tăng sinh tuỷ. Có báo cáo cho rằng rhinophyma diễn tiến thành carcinoma tế bào đáy nhưng chưa có đủ bằng chứng.

7. GIÁO DỤC SỨC KHỎE

- Giải thích về bệnh và diễn tiến mạn tính, lành tính
- Hạn chế các yếu tố khởi phát và thúc đẩy
- Tầm quan trọng của việc tránh nắng và dùng kem chống nắng
- Tầm quan trọng của việc tuân thủ điều trị

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Frank C.Powel, Síona Ní Raghallaigh (2012). "Rosacea and related disorders", Dermatology, vol 1, 3rd edition
- Michele T.Pelle (2012). "Rosacea". In Fitzpatrick's Dermatology in general medicine, 8th edition, MacGraw-Hill
- Peter C.Schalock (2007). "Rosacea and perioral (Periorificial) Dermatitis". In Manual of Dermatologic therapy and Wilkins, pp.174-179.
- J. Berch Jones (2010). "Rosacea, Perioral Dermatitis and Similar Dermatoses, Flushing and Flushing Syndromes". In 8th edition, Wiley - Blackwell, chapter 43.1-9

U HẠT VÒNG (GRANULOMA ANNULARE)

1. ĐẠI CƯƠNG

- U hạt vòng là một bệnh da lành tính, mạn tính, thường không triệu chứng cơ năng, tổn thương ở lớp bì.
- Dạng điển hình: thương tổn cơ bản là sẩn, xếp thành chuỗi hình tròn hoặc vòng cung, thường ở mu bàn tay, bàn toàn thân, dưới da, dạng loét và dạng mảng.
- Tỷ lệ nữ: nam = 2:1.
- Bệnh thường xuất hiện lẻ tẻ, rời rạc, không liên quan với chủng tộc và vùng địa lý.

Thỉnh thoảng yếu tố gia đình đã được ghi nhận: xuất hiện ở những đứa trẻ sinh đôi, anh chị em ruột.

- Dạng khu trú và dưới da thường xảy ra ở trẻ em và người lớn trẻ tuổi. Dạng toàn thân thường xảy ra ở người lớn.
- Hầu hết các trường hợp u hạt vòng khu trú tự lành trong vòng 2 năm.

2. NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH Chưa rõ

3. YẾU TỐ NGUY CƠ GÂY BỆNH U HẠT VÒNG

- Nhiễm trùng và sự hình thành miễn dịch: U hạt vòng có thể xuất hiện trên vết sẹo Zona, sau khi bị thủy đậu, sau chích ngừa uốn ván. Đặc biệt u hạt vòng dạng toàn thân có liên quan với nhiễm HBV, HCV, HIV
- Ánh nắng mặt trời: U hạt vòng xuất hiện ở những vùng phơi nắng và tái phát theo mùa.
- Thuốc: Phản ứng thuốc giống u hạt vòng ở những người được điều trị với Allopurinol, Amlodipine, thuốc ức chế men gan.
- Tiêu đường và bệnh lý tuyến giáp: Mối liên quan giữa u hạt vòng và tiêu đường đang còn bàn cãi. U hạt vòng giáp, giảm năng tuyến giáp, u tuyến giáp.
- Ung thư: U hạt vòng có mối liên quan với u lympho Hodgkin và non-Hodgkin, bao gồm bệnh tế bào B (B-cell lymphoma).

4. CHẨN ĐOÁN BỆNH U HẠT VÒNG

4.1. Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng: Thường không triệu chứng hoặc ngứa nhẹ, không đau

- Triệu chứng thực thể: Thương tổn cơ bản là sẩn, thỉnh thoảng có dạng nốt, sắp xếp thành hình tròn hay vòng c

4.2. Dạng lâm sàng

4.2.1. U hạt vòng khu trú + Thường gấp nhất.

+ Sẩn sắp xếp thành hình tròn hay vòng cung, đường kính từ 1-5 cm.

+ Màu da hoặc hồng đỏ, hơi tím, bề mặt nhẵn bóng.

+ Bờ sang thương chắc, có thể sờ thấy được.

4.2.2. U hạt vòng toàn thân

+ Chiếm 8-15% các trường hợp.

+ Thường gấp ở người lớn.

+ Thương tổn lan rộng thành những mảng lớn, có bờ hình vòng cung và ngoằn ngoèo.

4.2.3. U hạt vòng dưới da + Thường gấp ở trẻ em.

+ Thương tổn: nốt chắc, cứng, đường kính từ 6 mm tới 3,5 cm, nằm sâu ở bì và mô dưới da, nhiều khi tới lớp cơ tận màng xương.

4.2.4. U hạt vòng dạng loét + Hiếm gặp.

+ Sẩn có rốn lõm ở trung tâm, loét, rỉ dịch, đóng mài. Khi lành để lại sẹo teo hoặc tăng sắc tố.

+ Có thể kèm ngứa và đau.

+ Thường kết hợp với tiêu đường.

4.3. Giải phẫu bệnh

- U hạt vòng là viêm da u hạt đặc trưng bởi thoái hóa trung tâm của sợi tạo keo (collagen) và sợi đàn hồi (elastic) mô bào ở quanh mạch và mô kẽ. Tổn thương ở lớp bì trên và bì giữa.

- Hình ảnh mô học đặc trưng của u hạt vòng là sự hiện diện của mô bào với một trong 3 kiểu sau:

+ Kiểu 1: hay gấp nhất (chiếm khoảng 70%): thâm nhiễm ở mô kẽ: mô bào phân bố rải rác ở giữa những sợi tạo đọng mucin giữa những bó collagen lại là đặc điểm nổi bật.

+ Kiểu 2 (chiếm 25%): rõ ràng hơn và dễ chẩn đoán. Gồm mô bào và lympho bào bao xung quanh lớp u hạt và hoa. Mucin lắng đọng nhiều hơn. Hiện diện cả tế bào bạch cầu đa nhân

+ Kiểu 3: hiém gấp. Gồm những hạt mô bào dạng biêu mô

5. ĐIỀU TRỊ BỆNH U HẠT VÒNG

5.1. Điều trị tại chỗ:

Thường sử dụng trong u hạt vòng khu trú.

5.1.1. Thuốc bôi:

- Corticosteroid có hoặc không có băng ép
- Tacrolimus 0,1% ointment
- Pimecrolimus cream
- Imiquimod 5% cream

5.1.2. Chích trong thương tổn:

Triamcinolone 2,5 - 3 mg/mL

5.2. Điều trị toàn thân

Sử dụng thuốc uống cho dạng u hạt vòng toàn thân. Chọn một trong các thuốc sau:

Thuốc	Liều dùng Thời gian dùng	Theo dõi
Dapson	100 mg/ ngày đến khi sang thương lành, tối đa 15 tháng	Công thức máu, hồng cầu
Doxycycline	100 mg/ ngày x 12 tuần	
Rifamycin,	600 mg/ ngày	
Ofloxacin, Minocycline	400 mg/ngày 100 mg/ngày uống 3- 5 tháng	
Chloroquin Hoặc Hydroxychloroquin	3mg/ kg/ ngày 6 mg/ kg/ ngày x 4 tháng	Soi đáy mắt
Isotretinoin	0,5- 1mg/ kg/ ngày, tối khi liều tích lũy đạt được 120 -150 mg/kg	Lipid máu, Chức năng gan
Cyclosporine	4 mg/ kg/ ngày x 4 tuần, sau đó giảm 0,5 mg/ kg/ ngày mỗi 2 tuần	Huyết áp, Công thức máu, Chức nă
Methotrexate	15 mg/ tuần x 6 tuần	Công thức máu Chức nă

Allopurinol

| 300 mg x 2 lần/ ngày x 2- 6 tháng

| Phản ứng dị ứng thuốc

5.3. Điều trị khác

- Quang liệu pháp.
- Đốt điện, đốt laser CO₂.
- Thương tổn có thể tự lành sau khi cắt sinh thiết da.
- Phẫu thuật.

6. DIỄN TIẾN VÀ TIỀN LUỢNG BỆNH U HẠT VÒNG

- U hạt vòng dạng khu trú thường tự lành không để lại di chứng.
- Thương tổn lành trong vài tuần hoặc tồn tại dai dẳng nhưng thường biến mất trong vòng 2 năm.
- 40% các trường hợp tái phát ngay tại vị trí ban đầu, nhưng 80% trong số đó lại tự lành.
- U hạt vòng dạng loét có thể để lại sẹo.

176/ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ U MỀM LÂY

U MỀM LÂY

1. NGUYÊN NHÂN BỆNH U MỀM LÂY

Nhiễm trùng da nồng do siêu vi Molluscum contagiosum (poxvirus).

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Thương tổn

Dạng sẩn tròn, chắc, màu trắng, hồng hay có màu da, kích thước 2 - 5mm, lõm ở giữa, bên trong có chứa chất trơ có thể phù, viêm đỏ. Bệnh nhân HIV/AIDS hay đang dùng thuốc điều hoà miễn dịch chống thải ghép có thể xuất hiện 15mm), số lượng nhiều và xuất hiện nhiều nơi trên cơ thể.

2.2. Phân bố

Bất kỳ nơi đâu, đặc biệt vùng nách, khuỷu, các nếp. Trẻ em có thể xuất hiện thương tổn ở mặt, thân, tứ chi. Ngu thương tổn tập trung ở hạ vị, vùng sinh dục, bẹn, đùi. Hiếm khi ở lòng bàn tay, lòng bàn chân. Trên bệnh nhân H thường lan rộng và khó trị..

3. ĐIỀU TRỊ BỆNH U MỀM LÂY

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Trẻ nhỏ, số lượng sang thương ít:

Y Theo dõi mỗi tháng, nếu số lượng nhiều lên cần xử trí.

Y Tắm rửa, vệ sinh cơ thể sạch sẽ: xối nước, dùng xà phòng, chà xát da, xả nước, lau khô.

- Ngăn yếu tố thuận lợi: vệ sinh kém, sống chật chội, nóng ẩm.

Y Khám và điều trị cho bạn tình (lây nhiễm qua đường tình dục)

- Ngừa lây nhiễm cho người khác:

Y Dùng khăn tắm, quần áo, vật dụng riêng.

Y Tránh cào gãi, cẩn thận khi cạo râu.

Y Tránh tiếp xúc trực tiếp.

Y Phá huỷ thương tổn.

3.2. Điều trị cụ thể

- Tùy trường hợp cụ thể, có thể lựa chọn các phương pháp sau:

+ S KOH 10%: Bệnh nhi, không hợp tác

+ S Gây tê bề mặt bằng lidocaine/prilocaine 30 phút trước.

+ Loại bỏ thương tổn:

+ Nạo bỏ thương tổn.

+ Đốt bằng laser CO2.

- Phương pháp khác (có thể điều trị tại nhà):

+ Áp lạnh bằng Ni tơ lỏng.

- + Trichloracetic acid 50%
 - + Dung dịch salicylic acid 10%
 - + Podophylotoxin 0.5% cream
 - + Imiquimod 5% (> 12 tuổi)
 - + Tretinoin s Cantharidin
- Tăng cường miễn dịch: HIV/AIDS, ung thư, ghép cơ quan...

4. DIỄN TIẾN VÀ TIỀN LUỢNG BỆNH U MỀM LÂY

- Lành tính, tự giới hạn.
- Thương tổn thường tự biến mất trong vòng 6 - 12 tháng, nhưng cũng có thể lên đến 4 năm.
- Bệnh nhân HIV/AIDS nếu đáp ứng tốt với liệu pháp kháng vi rút hoạt tính cao thì u mềm lây cũng tự khỏi sau khi liệu pháp kháng vi rút HIV thất bại

177/ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VIÊM DA DẠNG HERPES (DERMATITIS HERPETIFORMIS)

VIÊM DA DẠNG HERPES (DERMATITIS HERPETIFORMIS)

1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm da dạng herpes (Bệnh Duhring-DH) là bệnh da bóng nước tự miễn hiếm gặp, tiến triển mạn tính. Bệnh biểu hiện bằng các nốt ban, mẩn đỏ, mủ, mẩn nước trên da kèm ngứa nhiều, bệnh ruột nhạy cảm gluten và lắng đọng kháng thể IgA ở lớp bì nông.

2. NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH

Yếu tố di truyền

Cả viêm da dạng herpes và bệnh ruột nhạy cảm gluten đều cho thấy có sự kết hợp với một số HLA chuyên biệt DQw2. Chế độ ăn gluten

90% bệnh nhân DH có biểu hiện bệnh ruột nhạy cảm gluten trên mẫu sinh thiết ruột non. Gliadin, một thành phần kháng nguyên trong cơ chế bệnh sinh DH.

Nội tiết tố

Leuprolide acetate, một chất tương tự như nội tiết tố gây phóng thích nội tiết tố sinh dục có khả năng gây ra DH.

Androgens có tác động ức chế hoạt động miễn dịch. Trong một số trường hợp, tình trạng suy giảm androgen có DH. Tình trạng DH nặng thêm khi sử dụng thuốc ngừa thai cũng đã được báo cáo.

3. CHẨN ĐOÁN VIÊM DA DẠNG HERPES

3.1. Dịch tễ học

Bệnh hiếm gặp ở người da đen và Châu Á.

Tuổi khởi phát bệnh trung bình là 41,8 (thường ở độ tuổi 20-50). Tuy nhiên bệnh có thể khởi phát ở mọi độ tuổi.

3.2. Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng: nóng rát, châm chích, ngứa ít hoặc ngứa dữ dội. Ngứa thường xuất hiện vài giờ (8-12 giờ).
- Biểu hiện da

Giai đoạn sớm: biểu hiện bằng hồng ban, sẩn, mảng mề đay

Khởi bệnh: biểu hiện ban đầu bởi những mẩn đỏ, mụn nước kèm ngứa.

Theo thời gian, bệnh tiến triển lan rộng dần với những biểu hiện lâm sàng đặc

trung hơn như sẩn, mụn nước hoặc hiềm gặp hơn là bóng nước mọc thành chùm giống như trong bệnh zona hay hơn. Vị trí sang thương: thường gặp nhất ở mặt dưới của cùi chỏ, đầu gối, gáy, vai, mông, vùng xương thiêng, mạc miệng.

• Biểu hiện tiêu hóa

Bệnh ruột nhạy cảm với gluten: đa số bệnh nhân thường không có biểu hiện triệu chứng đường tiêu hóa trên lâm sàng. Tuy nhiên, có biểu hiện của bệnh ruột nhạy cảm gluten. Ở trẻ nhỏ, có thể gây sụt cân, ảnh hưởng đến tăng trưởng và phát triển. Khi bị bệnh, trẻ thường hấp thu D xylose, thiếu máu thứ phát do thiếu sắt và axit folic.

Các bệnh lý đi kèm khác: ngoài các bệnh lý của đường ruột, viêm teo niêm mạc dạ dày và thiếu máu ác tính, bệnh nhân có thể có các bệnh lý tự miễn khác như bệnh lý tuyến giáp (vd: viêm giáp Hashimoto), tiểu đường phụ thuộc insulin, lúy

3.3. Cận lâm sàng

3.3.1 Sinh thiết da:

Sang thương da mới, chưa có bóng nước (giai đoạn hồng ban): hình ảnh phù nhú bì, vi áp xe tại đỉnh nhú bì (chùm bào). Sang thương bóng nước: Hình ảnh bóng nước dưới thượng bì, dịch bóng nước chứa chủ yếu bạch cầu đa n

3.3.2 Miễn dịch huỳnh quang:

Miễn dịch huỳnh quang trực tiếp

Trên 90% bệnh nhân DH có biểu hiện lăng đọng Ig A dạng hạt hoặc dạng dải ở đỉnh nhú bì trên vùng da lâm

Dương tính giả khi mẫu sinh thiết được lấy ở vùng da nổi bóng nước, ở vùng da chưa có tổn thương da trước đó.

Miễn dịch huỳnh quang gián tiếp

Tìm được kháng thể kháng nội mạc cơ (IgA-EmA) (trong 70% bệnh nhân DH và hầu như 100% bệnh nhân bệnh kháng transglutaminase của mô (IgA anti-tTG) trong máu bệnh nhân.

Chuẩn độ của IgA-EmA và Transglutaminase tương quan với mức độ tổn thương niêm mạc.

3.3.3 Xét nghiệm di truyền (\pm)

Các bệnh nhân Durhing có tỉ lệ cao kết hợp với các HLA chuyên biệt như HLA-A1, HLA-B8, HLA-DR3, và H

4. ĐIỀU TRỊ VIÊM DA DẠNG HERPES

4.1. Nguyên tắc điều trị

Điều trị đặc hiệu: Chế độ ăn không gluten, Dapsone.

Điều trị triệu chứng

Điều trị nhiễm trùng phối hợp (nếu có): kháng sinh Nâng đỡ thẻ trạng

4.2. Điều trị cụ thể:

- Tại chỗ

Tắm bằng các dung dịch có tính sát khuẩn (thuốc tím pha loãng 1/10 000, clohexidine)

Thoa dung dịch màu (Eosin 2%, Castellani, Milian) ở những vùng da trót, rỉ dịch Thoa kem hoặc mỡ kháng sinh

- Toàn thân

Lựa chọn 1 (mức độ chứng cứ B)

Chế độ ăn không gluten

Diaminodiphenyl sulfone (Dapsone)

Trẻ em: 1- 2mg/ kg/ ngày, thường khởi đầu bằng 0,5 mg/kg/ ngày Người lớn: 100-150mg/ngày, trung bình là 100mg/ ngày Cản đến 300-400mg/ ngày để cải thiện triệu chứng.

Đáp ứng thường rất nhanh. Ngứa giảm trong vòng vài giờ đến vài ngày sau khi dùng thuốc. Sang thương mới ngứa

Khi bệnh ổn định, giảm dần liều lượng thuốc và duy trì liều thấp nhất có hiệu quả. Chống chỉ định: dị ứng thành phần G6PD.

Lựa chọn 2 (mức độ chứng cứ E)

Sulfapyridine: trong những trường hợp không dung nạp với dapsone, bệnh nhân lớn tuổi hoặc có bệnh lý tim phổi

Liều: 0,5g x 3 lần/ ngày, có thể tăng dần liều đến tối đa là 1,5 g x 3 lần/ ngày.

Lựa chọn 3 (mức độ chứng cứ E)

Tetracycline + nicotinamid

Heparin

Ciclosporin

Colchicine

Corticoid toàn thân

Chế độ ăn chứa nhiều nguyên tố

Lưu ý: thuốc kháng viêm không steroid thường làm nặng thêm tình trạng bệnh DH, kể cả khi bệnh nhân đang điều trị

4.3 Theo dõi điều trị

Lâm sàng:

Đáp ứng điều trị: Sự cải thiện của thương tổn bóng nước cũ, xuất hiện bóng nước mới, cải thiện triệu chứng ngứa

Tình trạng nhiễm trùng đi kèm (nếu có)

Các tác phụ của Dapsone

Cận lâm sàng

Khởi đầu điều trị: công thức máu, men gan (SGOT, SGPT), BUN, Creatinin, tổng phân tích nước tiểu, men G6PD

Theo dõi:

Công thức máu: mỗi tuần trong 4 tuần, mỗi 2 tuần trong 8 tuần tiếp theo và sau đó mỗi 3 đến 4 tháng.

Chức năng gan, chức năng thận: mỗi 3- 4 tháng

Methemoglobin và đếm hồng cầu lười: khi lâm sàng có dấu hiệu nghi ngờ

methemoglobin trong máu hoặc tình trạng tán huyết do Dapsone

5. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN, XUẤT VIỆN

- Nhập viện

Sang thương bóng nước số lượng nhiều, lan tỏa Có tình trạng nhiễm trùng thứ phát nặng Nghi ngờ xảy ra các tái thương bóng nước cũ lành hết, không xuất hiện sang thương mới. Tình trạng bệnh ổn định trong thời gian 1-2 tu

6. DIỄN TIẾN VÀ TIỀN LUỢNG

Bệnh diễn tiến mãn tính. Chế độ ăn không gluten có thể giúp lui bệnh trong thời gian dài.

7. GIÁO DỤC SỨC KHỎE

Chế độ ăn không gluten. Hướng dẫn bệnh nhân các dấu hiệu nghi ngờ tác dụng phụ của thuốc, các biểu hiện nă

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Arash Ronaghy, Stephen I.Katz, Russell P.Hall (2012). "Dermatitis Herpetiformis". In Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 8th edition, pp. 642-648.

Christopher M.Hull, John J.Zone (2012). "Dermatitis Herpetiformis and Linear IgA Bullous Dermatoses", Dermatology in General Medicine, 8th edition, pp.491-500.

M Caproni (2009). "Guidelines for the diagnosis and treatment of dermatitis herpetiformis". Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 23 (6), pp. 633-638.

1. ĐẠI CƯƠNG

- Viêm da tiếp xúc là phản ứng của cơ thể đối với tác nhân bên ngoài, do hoạt tính của chất gây kích ứng không tế bào T, hoặc dị nguyên liên quan đến đáp ứng miễn dịch qua trung gian tế bào.

- Viêm da tiếp xúc có thể phân thành những loại sau:

Khó chịu chủ quan: cảm giác châm chích và đau nhức, xảy ra nhanh trong vòng vài phút sau khi tiếp xúc, thường gặp ở mỹ phẩm hay kem chống nắng.

Viêm da tiếp xúc kích ứng cấp tính: thường hậu quả của một lần tiếp xúc quá nhiều hoặc một vài lần tiếp xúc mòn.

Viêm da tiếp xúc kích ứng mạn tính: xảy ra sau tiếp xúc lặp lại với chất kích ứng yếu hơn. Chất kích ứng yếu có cơ, xà phòng, axit yếu và chất kiềm, hoặc “khô” như không khí có độ ẩm thấp, nhiệt, bột và bụi.

Viêm da tiếp xúc dị ứng. liên quan đến độ nhạy cảm của hệ thống miễn dịch với dị nguyên đặc hiệu hoặc dị nguyên viêm da trước đó.

Viêm da tiếp xúc nặng lên do ánh sáng, dị ứng ánh sáng và do ngộ độc ánh sáng: Một vài dị nguyên là dị nguyên phản ứng ngộ độc ánh sáng với dị ứng ánh sáng.

Viêm da tiếp xúc toàn thân: gặp sau khi toàn thân tiếp xúc với chất đó, thường là thuốc mà chất này đã có quá mòn.

2. NGUYÊN NHÂN BỆNH VIÊM DA TIẾP XÚC

Nguyên nhân của viêm da tiếp xúc (VDTX) do các chất trong môi trường. Các chất này đóng vai trò là chất kích ứng, tồn tại đồng thời các yếu tố nội sinh, kích ứng và dị nguyên, đặc biệt trong chàm bàn tay và bàn chân. Quá mòn hay dị ứng

Khác nhau giữa viêm da tiếp xúc kích ứng và viêm da tiếp xúc dị ứng

Kích ứng		
Nguy cơ	Mọi người	Thiên về di truyền
Cơ chế đáp ứng	Không liên quan miễn dịch; yếu tố vật lý và hóa học làm thay đổi lớp thượng bì.	Phản ứng quá mòn
Số lần tiếp xúc	Ít đến nhiều; tùy thuộc vào khả năng của hàng rào bảo vệ da	Một hoặc nhiều lần
Bản chất của các chất	Dung môi hữu cơ, xà phòng	Hapten trọng lượng oxy)
Nồng độ gây ra	Thường cao	Có thể rất thấp
Cách thức khởi phát	Thường từ từ, khi hàng rào bảo vệ da bị tổn thương	Một khi đã cảm thấy
Cách thức điều tra	Thử tránh tiếp xúc	Thử tránh tiếp xúc
Kiểm soát	Bảo vệ và giảm tần suất tiếp xúc	Tránh hoàn toàn

3. YẾU TỐ NGUY CƠ BỆNH VIÊM DA TIẾP XÚC

- Yếu tố thúc đẩy của viêm da tiếp xúc kích ứng:

- Người có bệnh sử viêm da cơ địa có nguy cơ cao nhất.
- Nghề có nguy cơ như thợ làm tóc, nhân viên y tế, nha sĩ, người cắm hoa, kỹ sư cơ khí, người bảo dưỡng xe hơi...
- Khác: da trắng, khí hậu nhiệt độ thấp, độ ẩm thấp, kích ứng cơ học
- VDTX kích ứng do xi măng bùng phát vào mùa hè hoặc khí hậu nóng ẩm.
- Viêm da tiếp xúc kích ứng là yếu tố nguy cơ của VDTX dị ứng

4. CHẨN ĐOÁN BỆNH VIÊM DA TIẾP XÚC

4.1. Dịch tễ học

- Bất cứ người nào, bất kỳ chủng tộc nào và cả hai giới, trong suốt cuộc đời có thể bị VDTX dị ứng. Giữa hai giới khác nhau, dị ứng với nickel thường ở nữ nhiều hơn vì họ tiếp xúc với nữ trang nhiều hơn.
- Nghề nghiệp và giải trí đóng vai trò quan trọng trong dịch tễ của VDTX dị ứng. Dị nguyên cũng khác nhau giữa các nghề.
- Viêm da tiếp xúc kích ứng chiếm đa số trong viêm da tiếp xúc.
- Viêm da tiếp xúc kích ứng là dạng bệnh da nghề nghiệp phổ biến nhất, chiếm khoảng 70 -80% của những rối loạn da.
- Khi bị VDTX kích ứng ở bàn tay, tầm soát có ít nhất 1/3 người này bị VDTX dị ứng.

4.2. Lâm sàng

- Chẩn đoán viêm da tiếp xúc dựa bệnh sử, lâm sàng (thương tổn, vị trí, cách phân bố..) Mô học có thể giúp ích. Trong chẩn đoán phân biệt VDTX kích ứng với VDTX dị ứng.
- VDTX kích ứng: cấp tính thương tổn da thay đổi từ hồng ban đến tạo mụn nước, ăn mòn da, phồng với hoại tử với nơi tiếp xúc chất kích ứng. Mạn tính thương tổn da là khô da, nứt nẻ, tăng sừng và tróc vảy, lan rộng, chồi rộp lan đến một vùng hoặc toàn thân tùy vào đặc tính của tác nhân.
- VDTX dị ứng: Thương tổn da phụ thuộc vào độ nặng, vị trí và thời gian. Cấp tính thương tổn là mụn nước trên trường hợp nặng bong nước, chọt xuất tiết và tạo mày. Mạn tính thương tổn là khô da, tróc vảy, sần nhão, tròn cứng hoặc sần đầu dẹt, vết trầy sướt, hồng ban và tăng sắc tố. Xác chồi rộp lan đến một vùng, toàn thân hoặc ngẫu nhiên hoặc vùng phơi bày.

* Khác nhau giữa VDTX kích ứng và VDTX dị ứng

		Viem da tiếp xúc kích ứng	Viem da tiếp xúc dị ứng
Triệu chứng	Cấp	Châm chích, đau → ngứa	Ngứa → đau
	Mạn	→ Ngứa/ đau	→ Ngứa/ đau
Thương tổn	Cấp	Hồng ban → mụn nước → vết → chot → đóng mày → vảy	Hồng ban → sẩn →
	Mạn	Sẩn, mảng, rãnh nứt, vảy, mày	→ Sẩn, mảng, vảy, rãnh nứt
Bờ thương tổn,	Cấp	Bờ rõ, thương tổn tiếp giáp hoàn toàn với nơi tiếp xúc	Bờ rõ, thương tổn tiếp giáp hoàn toàn với nơi tiếp xúc
	Mạn	Giới hạn rõ	Giới hạn rõ; ngoại biên; thường có lan rộng
Tiến triển	Cấp	Nhanh (vài giờ sau khi tiếp xúc)	Không quá nhanh (1-2 ngày)
	Mạn	Tiếp xúc lặp lại sau nhiều tháng đến nhiều năm	Nhiều tháng hoặc lâu
Nguyên nhân		Phụ thuộc vào nồng độ của tác nhân và tình trạng của hàng rào bảo vệ da; chỉ xảy ra khi trên ngưỡng	Phụ thuộc tương đối vào nồng độ của tác nhân; nhưng phụ thuộc vào tình trạng hàng rào bảo vệ da
Tần suất		Xảy ra trên tất cả mọi người	Chỉ xảy ra trên người

4.3. Cận lâm sàng

		Viem da tiếp xúc kích ứng	Viem da tiếp xúc dị ứng
Mô học	Cấp	Hoại tử tế bào thương bì, tế bào neutrophil, tạo mụn nước và hoại tử.	Viêm với phù gian bào trong thương bì (spongiosis) và tăng sinh tế bào mới
	Mạn	Tăng gai, tăng sừng, thâm nhiễm tế bào lympho	Phù llop Malpighi kèm với tăng gai, mào thương sừng; thâm nhiễm lympho
Patch test		Âm tính Trừ khi có viêm da tiếp xúc dị ứng đi kèm	Sự quá mẫn trong viêm da tiếp xúc dị ứng có thể xảy ra bất kỳ vùng da nào. Dương tính: hồng ban và sẩn, mụn nước tại nơi thử

4.4. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm da tiếp xúc phân biệt với Asteotic dermatitis; chàm thể tặng; chàm dạng đồng tiền; Mycosis fungoides; Vẩy nến; Viêm da tiết bã.

- VDTX dị ứng phân biệt với VDTX kích ứng

5. ĐIỀU TRỊ BỆNH VIÊM DA TIẾP XÚC

	Viêm da tiếp xúc kích ứng	Viêm da tiếp xúc dị ứng
Nguyên	+ Bảo vệ da tránh những chất	+ Phát hiện và tránh các dị nguyên (thực
tác điều	kích ứng: tránh; bảo vệ; dùng	hiện khó).
trị	các chất thay thế không kích ứng.	+ Thăm nơi làm việc giúp xác định nguồn dị nguyên tiếp xúc và cách thức để tránh. + Hàng rào bảo vệ kem + Corticosteroids tại chỗ, xà phòng thay thế, chất
Điều trị	+ Bảo vệ da bằng phương pháp	+ Ngăn ngừa tiếp xúc với dị nguyên
thứ nhất	cơ học.	+ Corticosteroids tại chỗ
	+ Giữ ẩm	+ Giữ ẩm
	+ Hàng rào bảo vệ kem	+ Hàng rào bảo vệ kem
	+ Corticosteroids tại chỗ	+ Úc ché calcineurin tại chỗ
	+ Úc ché calcineurin tại chỗ	+ Prednisolone + Kháng sinh tại chỗ và toàn thân Dị ứng ánh sáng/ Viêm da tiếp xúc dị ứng - tác nhân cơ học + Tacrolimus
Điều trị	+ Ciclosporin	+ Azathioprine
thứ hai	+ UVB liệu pháp	+ Ciclosporin
	+ PUVA liệu pháp	+ PUVA/UVB

A. Viêm da tiếp xúc kích ứng

- Tránh tiếp xúc với các chất gây kích ứng hoặc các hóa chất bằng các phương tiện bảo vệ, như găng tay, kính, t
- Chất làm ẩm dùng rộng rãi và thường xuyên tăng giữ nước cho da, thành phần lipid của chất làm ẩm cải thiện ẩm giàu lipid vừa phòng ngừa và điều trị VDTX kích ứng.
- Cấp tính: xác định và lấy đi tác nhân gây VDTX kích ứng + Đắp mát được dùng trong viêm cấp để úc ché tạo + Glucocorticoid tại chỗ loại I. Trong trường hợp nặng Glucocorticoid toàn thân có thể được chỉ định. Prednisolone giảm dần mỗi 10mg mỗi lần.

• Bán cấp và mạn: xác định và lấy đi tác nhân gây VDTX kích ứng

+ Glucocorticoid tại chỗ nhóm mạnh betamethasone dipropionate hoặc clobetasol propionate và bôi chất giữ ẩm

+ Khi lành tiếp tục bôi kem/ thuốc mỡ để giữ ẩm.

+ Ngay cả khi da nhìn thấy bình thường, khoảng 4 tháng hoặc hơn thì chức năng hàng rào bảo vệ da mới bình thường.

- Pimecrolimus, tacrolimus tại chỗ có hiệu quả B. Viêm da tiếp xúc dị ứng

- Xác định và lấy đi tác nhân gây viêm da tiếp xúc

- Đắp ướt/ nhúng vùng bị ảnh hưởng với dung dịch Burow (aluminum acetate), thuốc tím pha loãng 1/10.000.

- Glucocorticoid tại chỗ loại I đến III hiệu quả trong giai đoạn sớm.

- Ngoại trừ VDTX dị ứng theo đường không khí có thể cần điều trị toàn thân.

- Pimecrolimus, tacrolimus tại chỗ có hiệu quả

- Glucocorticoid toàn thân dùng trong trường hợp nặng (bệnh nhân không thể thực hiện chức năng hàng ngày như dịch).

6. DIỄN TIẾN VÀ TIỀN LƯỢNG BỆNH VIÊM DA TIẾP XÚC

Viêm da tiếp xúc kích ứng	Viêm da tiếp xúc dị ứng
<ul style="list-style-type: none">Cấp tính: tiên lượng tốt. Thường lành bệnh trong vòng 2 tuần khi tác nhân kích ứng bị loại bỏ.Mạn tính: 6 tuần hoặc lâu hơnTặng dị ứng, chẩn đoán và điều trị trễ thì tiên lượng kém hơn.1/3 VDTX kích ứng do nghề nghiệp lành bệnh và phải chuyển sang nghề khác.	<ul style="list-style-type: none">Khó đánh giá tiên lượng thật sự của VDTX dựa trên tiền lượng giá.Nhiều bài báo gần đây cho thấy can thiệp sớm vào bệnh không có di chứng lâu dài.Tiêu lượng tốt liên quan đến xác định dị nguyên và tăng hiệu quả phòng ngừa và giáo dục bệnh.

7. PHÒNG NGỪA BỆNH VIÊM DA TIẾP XÚC

- Tránh tiếp xúc với các chất gây kích ứng hoặc các hóa chất bằng các phương tiện bảo vệ, như găng tay, kính, tay áo.

- Nếu tiếp xúc với các chất dị ứng, rửa vùng tiếp xúc với nước hoặc dung dịch trung hòa yếu.

- VDTX kích ứng do nghề nghiệp, thay đổi nghề có thể cần thiết.

- Nên mang găng tay bảo vệ tay khi làm bất cứ việc gì ẩm.
- Dùng các chất ít bị kích ứng như chất thay thế xà bông khi tắm rửa, chất làm ẩm.
- Sau khi lành tiếp tục chăm sóc da thêm nhiều tháng để tránh tái phát.
- VDTX kích ứng là yếu tố nguy cơ của VDTX dị ứng do đó phòng ngừa VDTX kích ứng cũng đồng thời phòng ngừa VDTX.
- Bệnh nhân chú ý không chỉ những dị nguyên mà họ dị ứng mà còn chú ý đến những dị nguyên do phản ứng chéo với các chất khác có thể bị dị ứng chéo như thuốc gây tê ester (procaine), thuốc (sulfonamides), thuốc nhuộm và aminobenzoic acid), ...

179/ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VIÊM DA TIẾT BÃ (SEBORRHEIC DERMATITIS)

VIÊM DA TIẾT BÃ (SEBORRHEIC DERMATITIS)

1. ĐẠI CƯƠNG (ĐỊNH NGHĨA)

Viêm da tiết bã là bệnh da sần vảy mạn tính. Bệnh xảy ra ở trẻ thơ và người lớn tại vùng có nhiều tuyến bã như thân mình, và vùng nếp đồi khi cũng bị. Bệnh đặc trưng bởi hồng ban và vảy bã. Viêm da tiết bã là một trong những bệnh lý thường gặp nhất ở người HIV hoặc AIDS.

2. NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH VIÊM DA TIẾT BÃ

Nguyên nhân của viêm da tiết bã vẫn chưa biết nhưng có thể liên quan đến tăng tiết bã nhòn, bất thường về thàn

3. YẾU TỐ NGUY CƠ

Viêm da tiết bã (VDTB) thường thấy ở bệnh nhân Parkinson, một số thuốc an thần, methyldopa, cimetidine. Str

4. CHẨN ĐOÁN BỆNH VIÊM DA TIẾT BÃ

4.1. Dịch tễ học

Viêm da tiết bã có hai đỉnh: thứ nhất ở trẻ 3 tháng đầu đời và thứ hai là xung quanh tuổi 40 -70 tuổi. Ở Mỹ, thường bị nhiều hơn nữ. Khoảng 85% bệnh nhân nhiễm HIV và AIDS có viêm da tiết bã.

4.2. Lâm sàng

Bệnh khởi phát từ từ. Ngứa thay đổi tùy trường hợp.

Thương tổn điển hình là mảng hồng ban hơi vàng, được bao phủ bởi vảy bã và vảy này được tách ra dễ dàng. Trong đó vảy vàng bã và hồng ban. Ở mặt, bệnh ảnh hưởng chân mày, điểm giữa trên gốc mũi, nếp má mũi, xoăn tai nặng từ mảng đỏ đến tróc tróc vảy mịn rời rạc.

Ở nam, thương tổn có thể có ở râu, râu quai nón, tóc. Trên ngực và phần giữa ngực của nam hay gặp nhất với mảng đỏ sậm hơn ở ngoài rìa.

Bệnh nhân nhiễm HIV thương tổn lan rộng và nổi bật là tình trạng viêm và rỉ dịch.

Các dạng lâm sàng

A. Người lớn

Pityriasis capitis (gàu): Viêm da tiết bã nhẹ ở da đầu với tróc vảy là hình ảnh nổi bật.

Viêm mi mắt: Hồng ban tróc vảy ở bờ mi mắt, có thể kèm viêm kết mạc.

Viêm da tiết bã dạng vảy phấn: dạng hiếm, gặp ở thân và chi, với phát ban đỏ da toàn thân tróc vảy.

Viêm da tiết bã tại nếp gấp: liên quan đến nếp cơ thể đặc biệt nếp sau tai ngoài, nếp trong đùi, vùng sinh dục và

Viêm nang lông do malassezia: Sẩn đỏ nang lông, ngứa, đôi khi có mủ, đặc biệt nơi nhiều tuyến bã; có thể là biến chứng của viêm da tiết bã.

Đỏ da toàn thân tróc vảy: toàn thân da đỏ, tróc vảy; biến chứng cực kỳ hiếm của VDTB do điều trị không đúng như tim nhanh và rối loạn điều hòa thân nhiệt hay gặp.

B. Trẻ nhỏ

Thương tổn là mảng hồng ban hơi vàng với vảy bã, có thể rất dày và dính. Các mảng rải rác hoặc riêng rẽ trên mặt và vùng tã lót.

Viêm da tiết bã ở da đầu: mảng vàng đỏ được bao phủ bởi vảy trên da đầu của nhũ nhi; gặp ở trẻ sau vài tuần tu

Pityriasis amiantacea: vảy giống như amiăng dày dính tạo túm tóc ở da đầu; có thể đi kèm với viêm da cơ địa, v

C. Viêm da tiết bã liên quan HIV

Viêm da tiết bã bùng phát, lan tỏa và viêm nhiều hơn so với người khỏe mạnh.

4.3. Cận lâm sàng

Mô bệnh học: tâm điểm là hiện tượng á sừng với một ít neutrophil, tăng lớp tế bào gai vừa phải và xốp bào, viền trung nhất là các neutrophil tại đỉnh của lỗ của nang lông giãn biểu hiện của mày hay vảy,

Soi nấm trực tiếp giúp loại trừ dermatophyte hoặc nấm men.

4.4. Chẩn đoán phân biệt

Vảy nến, nấm, viêm da cơ địa, viêm da tiếp xúc, trứng cá đỏ, erythrasma.

5. ĐIỀU TRỊ BỆNH VIÊM DA TIẾT BÃ

5.1. Nguyên tắc điều trị

Đây là bệnh mạn tính, đòi hỏi điều trị ban đầu, tiếp theo là điều trị duy trì.

Gàu được điều trị thường xuyên với dầu gội dầu có chất chống nấm Malassezia như selenium sulphide, kẽm pyrithione và dầu gội dầu có chứa hắc ín. Dung dịch terbinafine 1% cũng có hiệu quả.

Trường hợp gàu nhiều tróc vảy liên tục hoặc đóng mày thì thuốc mỡ 5% salicyclic acid có hiệu quả.

Giai đoạn cấp có thể dùng thuốc tại chỗ steroid loại nhẹ hay ketoconazole; hoặc kết hợp thuốc chống nấm (imidazole).

Tacrolimus, pimecrolimus hiệu quả trong điều trị, đặc biệt đối với viêm da tiết bã.

Những trường hợp không đáp ứng có thể điều trị UVB; uống itraconazole

(100mg/ngày uống đến 21 ngày) hoặc terbinafine. Những trường hợp kháng trị isotretinoin (1mg/kg) toàn thân có hiệu quả.

Nếu có nghi ngờ hoặc bội nhiễm vi khuẩn uống kháng sinh (erythromycin hoặc flucloxacilline).

5.2. Điều trị cụ thể:

Thuốc	Thành phần	Cách dùng	
Kháng nấm			
Ketoconazole	2% dầu gội, gel, kem	<ul style="list-style-type: none">Da đầu 2 lần/tuần đến khi sạch thương tổn Duy trì 1 lần/tuần hoặc 1 lần/ 2tuầnNơi khác 2 lần/ngày đến khi sạch thương tổn Duy trì 2 lần/tuần - > 1 lần/ 2 tuần	Viêm da bóng rỗ

Ciclopirox olamine (ciclopirox)	1% hoặc 1,5% dầu gội, kem	<ul style="list-style-type: none"> Da đầu <p>2 - 3 lần/tuần đến khi sạch thương tổn Duy trì 1 lần/tuần hoặc 1 lần/ 2tuần</p> <ul style="list-style-type: none"> Nơi khác <p>2 lần/ngày đến khi sạch thương tổn Duy trì 1 lần/ngày</p>	Viêm da bóng r
---------------------------------------	------------------------------	---	-------------------

Corticosteroids

Hydrocortisone	Kem 1%	Nơi khác hơn da đầu: 1-2 lần/ngày	Teo da
Betamethasone dipropionate	Lotion 0.05%	Nơi khác và da đầu: 1-2 lần/ngày	Teo da
Clobetasol 17-butyrate	Kem 0.05%	Nơi khác hơn da đầu: 1-2 lần/ngày	Teo da
Desonide	Lotion 0.05%	Nơi khác và da đầu: 1-2 lần/ngày	Teo da

Ức chế Calcineurin

Pimecrolimus	Kem 1%	Nơi khác hơn da đầu: 2 lần/ngày	Phản ứng
Tacrolimus	Thuốc mỡ 0,03%, 0,1%	Nơi khác hơn da đầu: 2 lần/ngày	

Thuốc khác

Selenium sulfide	Dầu gội 2,5%	Da đầu: 2 lần/tuần	Phản ứng
Zinc pyrithione	Dầu gội 1%	Da đầu: 2 lần/tuần	Phản ứng 3%

6. DIỄN TIẾN VÀ TIỀN LƯỢNG BỆNH VIÊM DA TIẾT BÃ

Bệnh thường kéo dài từ nhiều ngày đến nhiều tháng. Bệnh trở nên trầm trọng hiếm, đỏ da toàn thân tróc vảy có Tiên lượng tốt.

Trẻ bị viêm da tiết bã không có nghĩa khi trưởng thành bị viêm da bã nhờn.

7. PHÒNG NGỪA (GIÁO DỤC SỨC KHỎE)

Khi bắt đầu điều trị, nhấn mạnh với bệnh nhân là viêm da tiết bã có thể điều trị nhưng không có chữa lành vĩnh

Bệnh có thể cần điều trị đều trong nhiều năm.

Đầu bị gàu tránh những chế phẩm có chứa cồn, hair tonic.

180/ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VIÊM MẠCH

VIÊM MẠCH

I. ĐẠI CƯƠNG VIÊM MẠCH

- Viêm mạch là tình trạng viêm và hoại tử của mạch máu, có thể động mạch, tĩnh mạch hoặc cả hai.
- Viêm mạch có thể khu trú hoặc hệ thống, có thể nguyên phát hoặc thứ phát.
- Viêm mạch có thể bị ở mạch máu nhỏ (mao mạch, tiểu động mạch, tiểu tĩnh mạch), mạch máu trung bình (máy gan), mạch máu lớn (động mạch cảnh và các mạch máu chi)

II. PHÂN LOẠI: Theo kích thước mạch máu bị tổn thương

Kích thước mạch máu	Bệnh lý viêm mạch		
Viêm mạch máu lớn	Viêm động mạch thái dương Viêm động mạch Takayashu.		
Viêm mạch máu trung bình	Viêm nút quanh động mạch (PAN). Bệnh Kawasaki. Bệnh Buerger		
	Do kháng thể kháng bào tương của bạch cầu đa nhân trung tính (ANCA)	Viêm đa mạch vi thể. U hạt Wegener's. Hội chứng Churg-Strauss. Viêm mạch do t	
Viêm mạch máu nhỏ	Do pharcy hợp miễn dịch	Ban xuất huyết Henoch Schonlein. Viêm mạch cryoglobulins. Lupus đỏ Viêm mạch dạng thấp. Hội chứng Sjogren. Bệnh Behcet.	

		Hội chứng Goodpasture.
		Bệnh huyết thanh.
		Viêm mạch do thuốc.
		Viêm mạch do nhiễm trùng.

III. LÂM SÀNG:

Biểu hiện bằng các triệu chứng của viêm, thiếu máu, xuất huyết của các cơ quan có mạch máu bị tổn thương.

1. Triệu chứng toàn thân

- Sốt không rõ nguyên nhân: Sốt cao, dao động
- Sụt cân: Liên quan đến sốt kéo dài
- Mệt mỏi, yếu dần

2. Triệu chứng của các cơ quan bị viêm mạch máu lớn và trung bình

- Động mạch cảnh: Chóng mặt, nhức đầu, ngất
- Động mạch mắt: Bị mù
- Động mạch thận: THA, suy thận
- Động mạch vành: Đau ngực, thiếu máu cơ tim, nhồi máu cơ tim
- Động mạch phúc mạc: Viêm ruột do thiếu máu
- Động mạch phổi: Ho ra máu, nhồi máu phổi, khó thở 3. Triệu chứng của các cơ quan bị viêm mạch máu nhỏ
- Da: Mảng tím xanh viêm, ban xuất huyết, loét da, hoại tử các đầu ngón tay, ngón chân.
- Cơ: Đau cơ
- Khớp: Đau khớp
- Thận: Viêm cầu thận hoại tử

- Tiêu hóa: xuất huyết tiêu hóa, loét.
- Tim: Viêm cơ tim, rối loạn nhịp
- Phổi: Xuất huyết tiêu thùy
- Thanh mạc: Viêm màng ngoài tim, viêm màng phổi
- Mắt: Xuất huyết võng mạc

IV. Tiếp cận chẩn đoán

Ghi chú:

- APO-ANCA: Myeloperoxidase - antineutrophil cytoplasmic antibodies
- PR3 - ANCA: Proteinase 3 - antineutrophil cytoplasmic antibodies
- IgA: Immunoglobulin A
- IC: Immune complex
- RF: Rheumatoid factor
- PAN: Periarteritis nodosa
- TA: Temporal arteritis
- MPA: Microscopic polyangiitis
- AGA: Allergic granulomatous angiitis
- WG: Wegener's granulomatosis
- HSP: Henoch - Schonlein purpura
- MRA: Malignant rheumatoid arthritis (Rheumatoid vasculitis)

V. Hướng dẫn điều trị một số bệnh viêm mạch thường gặp

VIÊM NÚT QUANH ĐỘNG MẠCH (PAN)

Bệnh thường gặp ở tuổi trung niên, nguyên nhân chưa rõ, nhưng có liên quan đến CLASH

- Cryoglobulinemia (tăng cryoglobulin máu).
- Leukemia (ung thư máu).
- Arthritis (viêm khớp).
- Sjogren's syndrome
- Hepatitis (viêm gan siêu vi B).

1.1 Tiêu chuẩn chẩn đoán theo ACR (American College of Rheumatology-1990) ≥ 3/10 tiêu chuẩn: nhạy 82.2%

- Sụt cân > 4kg trong vòng 6 tháng
- Mạng tím xanh hình lưới ở da.
- Đau hoặc nhạy đau tinh hoàn.
- Đau cơ, yếu cơ.
- Bệnh thần kinh.
- Tăng huyết áp tâm trương >90 mmHg.
- Suy thận (BUN, creatinin tăng).
- Viêm gan siêu vi B (+).
- Động mạch đồ bất thường.
- Sinh thiết sang thương da có đặc điểm của PAN

1.2 Điều trị viêm mạch

Điều trị duy trì

- Corticosteroid liều cao ban đầu nên duy trì ít nhất 1 tháng
- Không nên giảm còn < 15mg/ngày trong vòng 3 tháng đầu

- Nên duy trì < 10mg/ngày

- Thời gian điều trị duy trì của corticosteroid không nên kéo dài quá 2 năm.

- Thời gian điều trị của cyclophosphamide từ 3 đến 6 tháng sau đó chuyển sang azathioprine từ 6 đến 12 tháng.

1.3 Tiên lượng

- Chẩn đoán sớm và điều trị đúng trong vòng 3 tháng đầu sau khi khởi phát bệnh thì tỉ lệ sống sau 5 năm là 80%

- Tỉ lệ tái phát sau khi ngưng điều trị là 40%

1.4 Nguyên nhân tử vong

- Xuất huyết não

- Xuất huyết tiêu hóa

- Suy thận

- Nhồi máu cơ tim

- Suy tim

- Nhiễm trùng

VIÊM MẠCH MÁU NHỎ DA Ở DA (Cutaneous small vessel vasculitis)

Viêm mạch máu nhỏ ở da là bệnh lý viêm mạch thường gặp nhất trong chuyên ngành Da liễu, thương tổn ở các

Bệnh gặp cả trẻ em và người lớn, thường gặp ở nữ nhiều hơn nam.

2.1 Nguyên nhân:

- Không rõ nguyên nhân (50%)

- Liên quan đến nhiễm trùng (15 - 20%): Tụ cầu, liên cầu, virus, nấm, ký sinh trùng...

- Liên quan đến các bệnh viêm khác (15 - 20%): Lupus đờ hệ thống, viêm đa khớp dạng thấp, hội chứng Sjogren... nguyên phát...

- Do thuốc (10 - 15%): Insulin, penicillin, streptomycin, sulfonamides, quinin, thiazides, vaccines, thuốc ngừa thai...

- Các bệnh lý ác tính (5%): Hodgkin, mycosis fungoides, lymphosarcoma, u đĩa tủy, ung thư phổi, ung thư đại tràng...

2.2 Chẩn đoán:

- Lâm sàng:

+ Da: Thường tồn đắc trung là các ban xuất huyết, giai đoạn đầu có thể là dát xuất huyết sau đó tiến triển thành thứ phát là loét, hoại tử và tăng sắc tố sau viêm. Bệnh nhân có thể có các triệu chứng như phù, mảng tím xanh v

gấp không bao giờ bị.

+ Toàn thân: Sốt, đau khớp, đau cơ

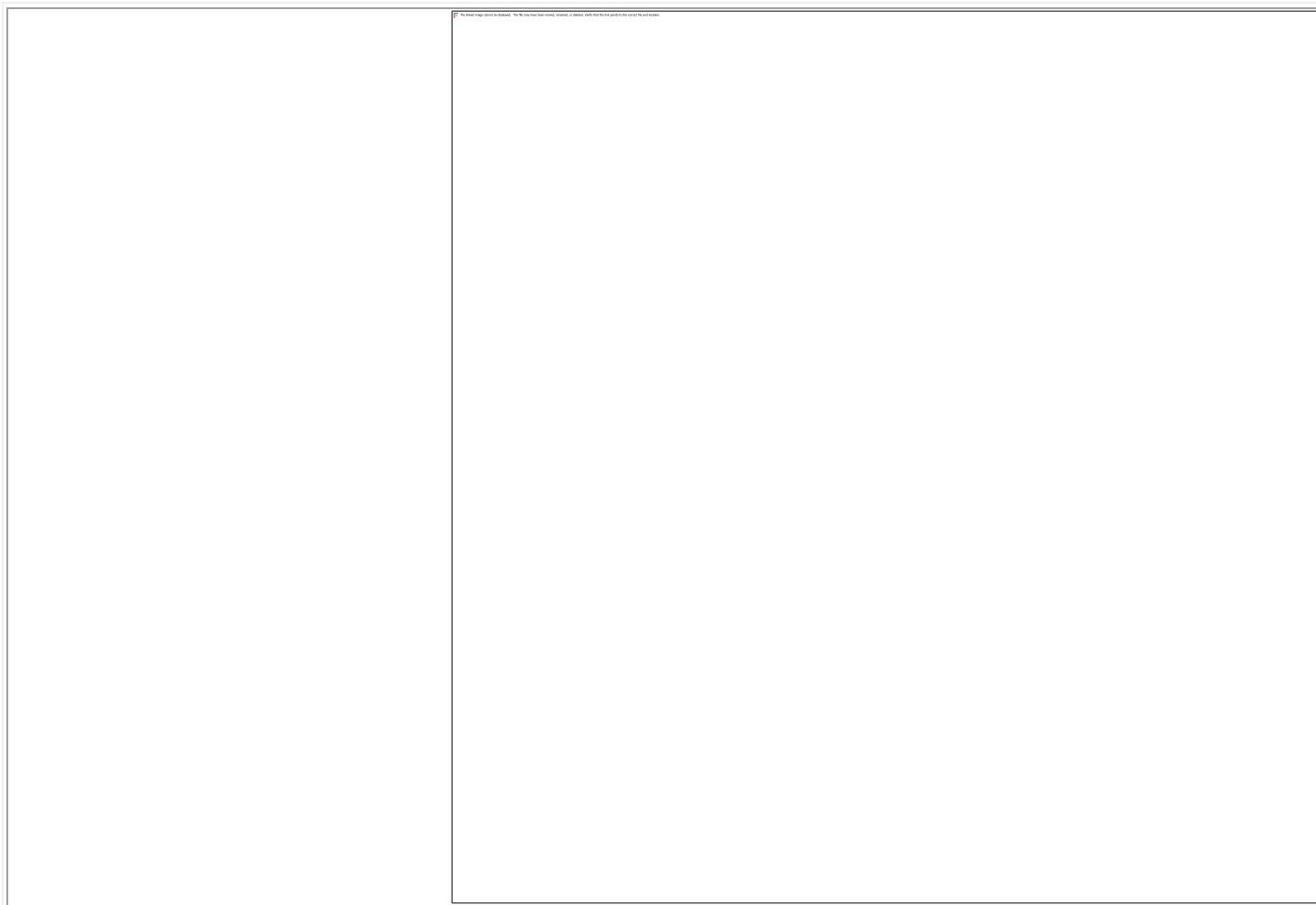
- Cận lâm sàng: Giải phẫu bệnh là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán.

Phù nội mạch, hoại tử dạng fibrin thành mạch, hồng cầu thoát mạch, thâm nhiễm bạch cầu đa nhân trung tính. C

thể C3 xung quanh các mạch máu ở bì nông.

Tiếp cận bệnh nhân bị Viêm mạch máu nhỏ ở da

Chẩn đoán xác định = Lâm sàng + GPB



2.3 Điều trị:

- Tìm và loại bỏ nguyên nhân một số trường hợp thương tổn da tự động biến mất không cần điều trị.
- Cho đến nay chưa có nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng nào chứng minh thuốc có hiệu quả trong điều trị viêm mề đay hoặc báo cáo loạt ca.
- Các thuốc điều trị:

Điều trị triệu chứng:	Thương tổn da không loét	Thương tổn da có loét
- Nâng đỡ tổng trạng (3)	- Colchicine (2)	- Prednisolone (2)
- Antihistamines (3)	- Dapsone (2)	- Methotrexate (3)
- NSAID (2)		- Cyclophosphamide (2)

		<ul style="list-style-type: none"> - Azathioprine (2) - Cyclosporine (3) - Iníliximab (3) - Rituximab (3)
--	--	---

Ghi chú: (1) = Thử nghiệm lâm sàng mù đõi, (2) = Báo cáo loạt ca, (3) = Báo cáo ca

- Colchicine: 0,6mg x 2lần/ngày
- Dapsone: 50 - 200 mg/ngày
- Corticosteroides: 60 - 80 mg/ ngày, giảm liều dần sau 2 - 3 tuần
- Methotrexate: 10 - 25mg/ tuần
- Azathioprine: 50 - 200mg/ngày
- Cyclophosphamide: 2mg/kg/ngày
- Cyclosporine: 3 - 5mg/kg/ngày

Thời gian điều trị đến khi nào hết thương tổn da.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nicholas A.Soter (2012). "Cutaneous Necrotizing Arteritis". In Fitzpatrick's Dermatology in general medicine
2. Robert Kelly, Christopher Baker (2012). "Other vascular disorders", Dermatology, vol 1, 3rd edition, Elsevier
3. JCS (2008), "Guideline for Management of Vasculitis Syndrome", Official Journal of the Japanese Circulation Society
4. Berden, A., Goceroglu, A., Jayne, D., et al. (2012), "Diagnosis and management of ANCA associated vasculitis"
5. Hamour, S., Salama, A. D., Pusey, C. D. (2010), "Management of ANCA-associated vasculitis: Current trends and clinical risk Management", 6, pp. 253-264.
6. Hellmich, B. (2010), "Update on the management of systemic vasculitis: what did we learn in 2009?". Clinical Rheumatology, 29(1), pp. 98-103.

7. Villa-Forte, A. (2010), "European League Against Rheumatism/European Vasculitis Study Group recommends treatment of cutaneous vasculitis in adults. Current opinion in rheumatology, 22(1), pp. 49-53.

181/ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VIÊM NANG LÔNG

VIÊM NANG LÔNG

1. ĐẠI CƯƠNG (ĐỊNH NGHĨA)

Viêm nang lông là tình trạng viêm của đơn vị nang lông gây ra do nhiễm trùng, dị ứng hóa chất hay chấn thương nồng hay sâu ở đơn vị nang lông.

2. NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH VIÊM NANG LÔNG

S. aureus là nguyên nhân thường gặp nhất của viêm nang lông. Thỉnh thoảng, viêm nang lông do vi khuẩn Gr(-) điều trị lâu ngày với kháng sinh. Ngoài ra, một số trường hợp viêm nang lông do vi nấm.

3. YẾU TỐ NGUY CƠ

- Sự tắc nghẽn, ẩm ướt và tăng tiết mồ hôi của da.
- Tẩy lông bằng dao cạo hay waxing, sử dụng corticoid thoa.
- Thời tiết nóng và ẩm.
- Chàm thê tạng
- Tiêu đường.

4. CHẨN ĐOÁN VIÊM NANG LÔNG

4.1. Dịch tễ học

Gặp ở nam nhiều hơn nữ.

Mọi chủng tộc, thường gặp hơn ở người Mỹ-Phi.

4.2. Lâm sàng

Viêm nang lông do vi khuẩn Staphylococcus là dạng thường gặp của viêm nang lông nhiễm trùng.

Các dạng lâm sàng:

- Viêm nang lông nông (chốc Bockhart): mụn mủ nhỏ, 1-4mm hay những mảng đóng mài trên nền hồng ban, thường ở da đầu của trẻ em và vùng râu, nách, chi và mông ở người lớn. Các tổn thương thường tụ lại và lành k

- Viêm nang lông sâu: viêm nang râu: là những sẩn hồng ban to, căng, trung tâm có mụn mủ, thỉnh thoảng hợp lại, thường có thể ngứa và nhạy cảm. Nếu không điều trị, tổn thương trở nên sâu hơn và mãn tính. Trong trường hợp này, những nốt hạt có mủ và thường không đau.

4.3. Cận lâm sàng

Nhuộm Gram và cây vi khuẩn có thể giúp ích để xác định tác nhân gây bệnh, đặc biệt trong những trường hợp này.

5. ĐIỀU TRỊ VIÊM NANG LÔNG

5.1. Nguyên tắc điều trị

Làm giảm số lượng vi khuẩn trên da.

Chăm sóc da tay và thân mình với nước và xà bông diệt khuẩn là cần thiết.

Điều trị kháng sinh

5.2. Điều trị cụ thể:

- Tại chỗ: với những tổn thương nông, khu trú sử dụng các thuốc kháng sinh thoa như mupirocin 2% hay Clindamycin.

5.3. Các chọn lựa điều trị: kháng sinh nhóm P-lactam, macrolide và lincosamides (clindamycin)

Amoxicillin + clavulanic acid	25mg/kg 3 lần/ngày
Dicloxacilline	25-50mg/kg/ngày
Cephalexin	250-500mg 4 lần/ngày
Azithromycin	500mg ngày đầu, 250mg trong 4 ngày tiếp theo
Clindamycin	15mg/kg/ngày chia làm 3 lần
Erythromycin	250-500mg 4 lần/ngày

Mặc dù viêm nang lông có liên quan đến Pseudomonas thường tự giới hạn,

ciprofloxacin có thể được lựa chọn trong các trường hợp nặng.

6. DIỄN TIẾN VÀ TIỀN LUỢNG

Vấn đề cần lưu ý là sự lan rộng của vi khuẩn ra mô xung quanh và sự tái phát.

7. PHÒNG NGỪA (GIÁO DỤC SỨC KHỎE)

- Loại bỏ yếu tố thuận lợi (đồ mồ hôi, chấn thương, cọ xát...)
- Điều trị bệnh phối hợp (tiểu đường, giảm miễn dịch.)
- Thực hiện vệ sinh đúng cách vùng da bệnh, dụng cụ cá nhân
- Cắt ngắn râu bằng kéo, thay dao cạo, triệt lông vĩnh viễn nếu tái phát nhiều lần hay thất bại với trị liệu thông thường
- Với những bệnh nhân bị viêm nang lông do staphylococcus tái phát và những người tiếp xúc gần, thoa mupirocin có thể giúp loại trừ S. aureus .

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Noah Craft (2012). Dermatology in general medicine. Fitzpatrick's. The McGraw-Hill Companies, Inc, volume 1, chapter 74.
2. Christian R Millett, Analisa V Halpern, Annette C Reboland Warren R Heymann (2012). Dermatology, Bolognesi chapter 74.

182/ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VIÊM QUÀNG VÀ VIÊM MÔ TẾ BÀO (ERYSIPelas AND CELLULITIS)

VIÊM QUÀNG VÀ VIÊM MÔ TẾ BÀO (ERYSIPelas AND CELLULITIS)

1. ĐẠI CƯƠNG (ĐỊNH NGHĨA)

Viêm quàng là nhiễm trùng của lớp bì nông và mạch bạch huyết nông

Viêm mô tế bào là tình trạng nhiễm trùng ở lớp bì sâu và mô dưới da hầu hết do Str. Pyogenes hay S. aureus

2. NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH

Viêm quàng thường do streptococcus nhóm A tan huyết p (rất hiếm gặp nhóm C và nhóm G) và ít khi có liên quan

Viêm mô tế bào: streptococcus nhóm A tan huyết p và S. aureus là những tác nhân thường gặp. Nhiễm trùng ở cơ thể có thể là Gr(+) và Gr(-), bao gồm cả Clostridia. Ở những cơ địa suy giảm miễn dịch, có thể gặp những tác nhân

3. YẾU TỐ NGUY CƠ

- Lạm dụng thuốc và rượu, ung thư và đang hóa trị liệu ung thư, bệnh lý bạch huyết mãn tính, xơ gan tiêu đường bạch cầu, suy dinh dưỡng, suy thận, xơ cứng động mạch hệ thống.

4. CHẨN ĐOÁN

4.1. Dịch tễ học Mọi lứa tuổi.

Viêm mô tế bào thường gặp ở tuổi trung niên và người già, viêm quầng thường gặp ở trẻ em và người già.

4.2. Lâm sàng

- Viêm quầng: thường bị trên mặt hay ở chi dưới, có dấu hiệu đau báo trước, hồng ban trên bì mặt, mảng phù có màu đỏ tươi. Những đặc điểm này được mô tả là hình ảnh vỏ cam. Nếu có phù trước hay những bất thường v

Sốt có thể báo trước các dấu hiệu tại chỗ, và thỉnh thoảng, trước khi xuất hiện tổn thương ở phần xa của chi dưới này. Viêm hạch và abcess rất hiếm. Thỉnh thoảng, khi tổn thương lan nhanh có thể hình thành bóng nước.

- Viêm mô tế bào: mặc dù cũng có những đặc điểm của viêm quarella nhưng bờ giữa vùng da bệnh và da bình thường một số trường hợp, lớp thượng bì có thể hình thành bóng nước hay bị hoại tử. Có thể có triệu chứng toàn thân (\pm).

4.3. Cận lâm sàng

Chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng,

Nhuộm Gram và cây vi khuẩn

Cây máu trong những trường hợp nghi ngờ nhiễm trùng huyết.

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Nguyên tắc điều trị

Điều trị trong hầu hết trường hợp là tiêu diệt Streptococci và S. aureus. Những trường hợp nhẹ, điều trị 10 ngày

5.2. Điều trị cụ thể:

- Tại chỗ: bất động và nâng cao chi bị bệnh, cũng như đắp ướt có thể thực hiện.

5.3. Các chọn lựa điều trị:

- Viêm quarella: trường hợp đơn giản, bệnh nhân ngoại trú Penicillin V 500mg/6 giờ
Dicloxacillin 500mg 4 lần/ngày

Amoxicillin + clavulanic acid 25mg/kg 3 lần/ngày

Nếu dị ứng penicillin, thay bằng macrolide hay clindamycin Clindamycin 15mg/kg/ngày chia làm 3 lần
Erythromycin 250-500mg 4 lần/ngày

- Viêm mô tế bào

- Với các trường hợp nhẹ, bệnh nhân ngoại trú

Cephalexin 250-500mg 4 lần/ngày

Dicloxacillin 500mg 4 lần/ngày

Lựa chọn thay thế

Clindamycin 15mg/kg/ngày chia làm 3 lần

Azithromycin 500mg ngày đầu, 250mg trong 4 ngày tiếp theo

- Các trường hợp nặng, bệnh nhân nội trú

Ampicillin/sulbactam (Sulbactam) 25-50mg/kg/ngày chia làm 2 lần Ticarcillin/clavulanate (Timentin) 3,1g tĩnh

Imipenem/cilastatin (Primaxin) 500mg tĩnh mạch mỗi 6-8 giờ

Meropenem 500mg tĩnh mạch mỗi 8 giờ

Cephalazolin tĩnh mạch 1g mỗi 8 giờ

- Các trường hợp kháng trị, nghi nhiễm tụ cầu kháng methicillin (MRSA) Vancomycin 1g tĩnh mạch 2 lần/ngày

Linezolid 600mg 2 lần/ngày

5.4. Tiêu chuẩn nhập viện

Nhập viện xem xét ở những trường hợp nặng hay những bệnh nhân cần sử dụng kháng sinh đường tĩnh mạch.

6. DIỄN TIẾN VÀ TIÊN LUỢNG

Viêm mô tế bào, có hay không có hình thành abscess, có khuynh hướng lan vào mạch bạch huyết và máu và làm triệt. Ở những bệnh nhân phù mẫn tính, tiến trình bệnh có thể lan nhanh và hồi phục chậm, mặc dù có dẫn lưu và

Viêm quang không biên chứng tự giới hạn ở hạch bạch huyết và mô dưới da. Ngay cả trước khi điều trị, bệnh cũ

Cả viêm quầng và viêm mô tế bào có khuynh hướng tái phát lại cùng vị trí, có thể là do hậu quả của tình trạng tăng

7. PHÒNG NGỪA (GIÁO DỤC SỨC KHỎE)

Với những bệnh nhân đã có những đợt viêm mô tế bào trước đó (đặc biệt là ở vị trí phù mạch bạch huyết mân tít phòng ngừa (penicillin G, dicloxacillin, hay erythromycin 500mg/ngày).

183/ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VẨY PHẦN HỒNG (PITYRIASIS ROSA)

VÂY PHÂN HỒNG (PITYRIASIROSEA)

1. ĐẠI CƯƠNG:

Vẩy phấn hồng là một bệnh vẩy lành tính, tự giới hạn thường gặp được mô tả đầu tiên bởi Camille Melchior Gil

2. DỊCH TẾ HỌC:

- Tần suất mắc bệnh: 2%. Bệnh xảy ra vào mùa thu và mùa xuân ở vùng khí hậu ôn đới. Tuy nhiên, bệnh cũng có thể xảy ra vào mùa khô, nóng ở Úc, Ấn Độ và Malaysia.
 - Chủng tộc: không có sự khác biệt.

3. NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH VẨY PHẤN HỒNG:

Chưa được biết rõ nhưng có nhiều yếu tố thuận lợi.

3.1 Nhiễm trùng:

- Vẩy phấn hồng được xem như là một phát ban do virus. Vẩy phấn hồng có liên quan đến nhiễm trùng hô hấp đường hô hấp trên và dưới, đặc biệt là ở trẻ em. Có nhiều virus được xem có liên quan đến bệnh như picornavirus, parvovirus B 19, herpes virus, influenza virus, adenovirus, rhinovirus, coronavirus, và các virus khác.
 - Ngoài ra vẩy phấn hồng cũng có liên quan với vi trùng Staphylococcus albus, Streptococcus tán huyết p nhóm A, Neisseria gonorrhoeae, và các vi khuẩn khác.

3.2 Thuốc

Một số thuốc gây phát ban giống vẩy phấn hồng: captopril, arsenic, bismuth, tripelennamine HCL, methoxyprromazine, muối vàng, p - bloquants, ketotifen, Penicillamine, isotretinoin, omeprazole, salvarsan, levamisole, terbinafine, loperamide.

3.3 Yếu tố khác:

Thể tạng, thường gặp ở người bị viêm da tiết bã, mụn trứng cá, mặc áo quần mới.

4. LÂM SÀNG BỆNH VẨY PHÂN HỒNG:

4.1 Dạng điển hình:

4.1.1 Tiền triệu:

Không hăng định, với biểu hiện mệt mỏi, buồn nôn, chán ăn, sốt, đau khớp, nhức đầu.

4.1.2 Sang thương khởi đầu:

Mảng “báo trước” (herald patch, primary medallion, mother patch) gặp 80% trường hợp: mảng hình tròn hoặc bát giác.

4.1.3 Phát ban thứ phát:

Phát ban toàn thân xuất hiện sau “mảng báo trước” 1-12 tuần, có thể xảy ra từ vài giờ đến 3 tháng. Có 2 loại sẩn trung theo đường cong của da tạo hình ảnh đặc trưng: hình cây thông và dát hoặc sần hồng ban, không có vẩy, không xứng, thường ở thân, bụng, lưng, gốc chi và hiếm ở mặt.

4.1.4 Triệu chứng cơ năng:

Ngứa xảy ra ở 75% bệnh nhân trong đó 25% ngứa nhiều.

4.2 . Dạng không điển hình:

Xảy ra ở 20% bệnh nhân. Các dạng này có thể là những thay đổi về hình thái sang thương hay thay đổi vị trí sẩn trung.

4.2.1 Theo vị trí:

- Vị trí không điển hình như mặt, da đầu, lòng bàn tay, mặt lưng bàn chân, bộ phận sinh dục.
- Sang thương xuất hiện trên một sẩn chấn ngoài da: nơi thử IDR, vết thương, vết cắn côn trùng.
- Phát ban thứ phát toàn thân, lan tỏa hay khu trú chỉ ở một vùng da như đầu - cổ (da đầu, đai vai), bụng, bẹn, nách.
- Phân bố một bên cơ thể, không vượt quá đường giữa.
- Dạng phát ban ngược: vị trí sang thương ở mặt, phân xa của chi. Dạng này thường gặp ở trẻ em hơn người lớn của bệnh.

- Tồn thương ở niêm mạc miệng với biểu hiện châm xuất huyết, sẩn mụn nước, bóng nước, loét da dạng aphthous.

4.2.2 Theo hình thái sang thương:

- Sang thương đôi khi là sẩn nang lông, mụn mủ, mụn nước (thường gặp ở trẻ em), mề đay (vài ngày đầu biểu hiện ban xuất huyết (thường ở trẻ em và xuất hiện sau dạng điển hình), mảng giống hồng ban đa dạng).
- Dạng khồng lồ: với kích thước lớn và nhiều đôi khi hợp lại tạo thành dạng khồng lồ được gọi là pityriasis circinata et marginal de vidal.
- Dạng rối loạn sắc tố: tăng hoặc giảm sắc tố sau khi lành bệnh. Tăng sắc tố thường ở vùng phoi bày ánh sáng hoặc phần hồng do thuốc.

5. CẬN LÂM SÀNG:

- Công thức máu bình thường.
- Một số trường hợp tăng nhẹ lymphocyte, neutrophil hoặc eosinophil, tốc độ lắng máu; protein máu tăng nhẹ có thể tăng.
- Giải phẫu bệnh: viêm da quanh mạch máu và nồng. Thượng bì có hình ảnh á sừng đốm hoặc lan tỏa, lớp hạt mỏng, vi mụn nước. Lớp bì phù nề, hồng cầu thoát mạch và có hiện tượng thâm nhiễm tế bào lympho, histiocyte, đặc biệt là hồng cầu.

6. CHẨN ĐOÁN BỆNH VÂY PHÂN HỒNG:

6.1 Chẩn đoán xác định:

Chủ yếu dựa vào lâm sàng.

6.2 Chẩn đoán phân biệt:

- Phát ban dạng cây thông: với lichen phẳng, pityriasis lichenoides.
- Phát ban hình vòng: với vảy phấn trắng, chàm đồng tiền, viêm da tiết bã, nấm Dermatophyte, lang ben, hồng ban.
- Phát ban sẩn: với dị ứng thuốc, hồng ban đa dạng, vảy nến giọt, giang mai kỳ II.

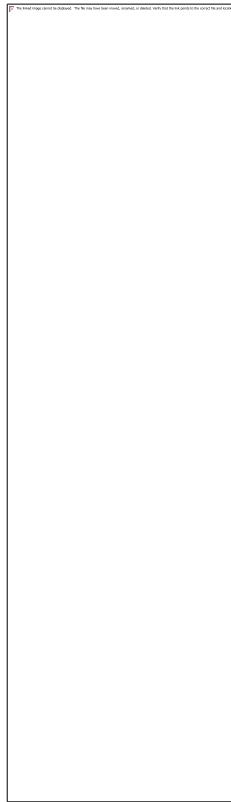
7. ĐIỀU TRỊ BỆNH VÂY PHÂN HỒNG:

7.1 Nguyên tắc điều trị:

- Chủ yếu điều trị triệu chứng.

- Giảm ngứa: corticoid tại chỗ, kháng histamin, lotion methol-phenol. Corticoid toàn thân không được khuyến cáo thời gian bệnh và có thể làm bệnh kéo dài hoặc nặng thêm.
- UVB liệu pháp: bắt đầu với liều bằng 80% liều đỏ da tối thiểu có thể làm giảm ngứa nhanh chóng ở những trường hợp liều khoảng 20% cho đến khi triệu chứng giảm.

7.2 Phác đồ điều trị cụ thể:



8. THEO DÕI: bệnh lành tính có thể để lại dát tăng hoặc giảm sắc tố sau viêm

9. DIỄN TIẾN VÀ TIÊN LUỢNG:

- Thường tự khỏi trong 12 tuần. Đa số trường hợp không tái phát, nhưng một số bệnh nhân có thể bị nhiều lần. Một số trường hợp thường được xem như là vảy phấn dạng lichen mạn tính (pityriasis lichenoides chronic).
- Tiên lượng bệnh rất tốt. Bệnh nhân vẫn làm việc hoặc đi học bình thường do bệnh không lây.

VÂY PHÂN ĐÓ NANG LÔNG

1. CHẨN ĐOÁN:

1.1 Lâm sàng:

Thương tổn là những mảng vảy màu đỏ cam, tăng sừng lòng bàn tay, lòng bàn chân, sần sừng nang lông. Bệnh có những vùng không bị ảnh hưởng tạo thành hình ảnh những đảo da lành. Bệnh có thể khởi phát âm thầm hoặc nh

1.2 Phân loại:

Tuýp I (Dạng cổ điển ở người lớn): Chiếm tỉ lệ khoảng > 50%. Sang thương bắt đầu ở đầu và cổ, sau đó lan rộng toàn thân nhưng vẫn có những đảo da lành. Dày sừng nang lông, dày sừng lòng bàn tay, lòng bàn chân lan toả. Tuýp tỉ lệ khoảng 5%. Bệnh lan toả, biểu hiện dạng vảy cá ở chân và dày sừng nang lông, ít ở da đầu.

Tuýp III (Dạng cổ điển ở trẻ em): Chiếm tỉ lệ khoảng 10%. Thương tổn tương tự như tuýp I, lan toả, xuất hiện đ

Tuýp IV (Dạng vòng ở trẻ em): Chiếm tỉ lệ khoảng 25%. Bệnh khu trú, xuất hiện trước tuổi dậy thì với thương tổn giới hạn rõ ở khuỷu tay, gối.

Tuýp V (Dạng không điển hình ở trẻ em): Chiếm tỉ lệ khoảng 5%. Bệnh lan toả, mang tính gia đình, xuất hiện dày sừng nang lông, dạng xơ cứng bì ở tay, chân.

Tuýp VI (Liên quan HIV): Tỉ lệ mắc bệnh không rõ. Bệnh biểu hiện giống tuýp I, diễn tiến lan toả, liên quan đến tuyến mồ hôi mưng mủ (hidradenitis suppurativa) và liken nang lông (lichen spinolusus).

1.3 Phân bố: Tuýp I, II, III, V, VI: Lan toả, theo mô tả kinh điển khởi phát từ đầu và cổ, sau đó lan xuống dưới.

Đầu và tóc: Thương tổn tập trung thành mảng giống như vảy nến. Tóc thường không ảnh hưởng, ngoại trừ tuýp III.

Niêm mạc: Hiếm.

Móng: Thường gấp, nhưng không có ý nghĩa chẩn đoán. Móng có màu vàng nâu ở đầu xa, giùm móng dày, tái xanh.

1.4 Biểu hiện có liên quan: Sang thương dạng vảy cá ở chân (tuýp II), biểu hiện giống xơ cứng bì ở tay, chân (tuýp III), mưng mủ, liken nang lông (tuýp VI).

2. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ:

- Bệnh khu trú: chủ yếu điều trị tại chỗ

+ Giữ ấm

+ Tiêu sừng

- Bệnh lan rộng (đỏ da toàn thân): nên điều trị tại chỗ phối hợp đường toàn thân

3. ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ:

Lựa chọn hàng đầu:

Điều trị tại chỗ:

Giữ ẩm

Tiêu sừng (salicylic acid, urea, lactic acid)

Vitamin D3 (calcipotriol)

Phương pháp vật lý:

Quang hoá trị liệu (tại chỗ hay PUVA)

Điều trị hệ thống: Đỏ da toàn thân

Retinoids: Thường cải thiện sau 4 tuần, cần điều trị trong khoảng 6 tháng. Acitretin 0.5-0.75 mg/kg/ngày Isotretinoin 0.05-0.1 mg/kg/ngày

Methotrexate (10-25 mg/tuần): Có thể cải thiện sau 3 - 4 tháng.

Điều trị HIV Lựa chọn thay thế:

Điều trị tai chỗ:

Glucocorticoids (vừa - mạnh)

Dẫn xuất vitamin A (tazarotene)

Phương pháp vật lý:

UVA

UVB

UVB dài hẹp Điều trị hệ thống:

Azathioprine (100-150 mg/day)

Cyclosporine A (5 mg/kg/day)

Yếu tố kháng TNF-a như remicade

4. DIỄN TIẾN VÀ TIỀN LUỢNG:

- Bệnh gây ảnh hưởng xấu về tâm lý và xã hội.
- Tuýp I có thể hết sau 3 năm, tuy nhiên, tỉ lệ tái phát khoảng 20% bệnh nhân.
- Tuýp II kéo dài trên 20 năm.
- Tuýp III thường ổn định sau 1 - 2 năm.
- Tuýp IV có thể cải thiện sau tuổi vị thành niên.
- Tuýp V có thể đáp ứng với retinoids, nhưng thường bùng phát trở lại khi ngưng thuốc.
- Tuýp VI đáp ứng tốt với liệu pháp kháng vi rút hoạt tính cao (HAART).

5. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN:

Nhập viện khi có biến chứng đở da toàn thân.

185/ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ XƠ CỨNG BÌ (SCLERODERMA)

XƠ CỨNG BÌ (SCLERODERMA)

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

- Xơ cứng bì: bệnh da mạn tính, chưa rõ nguyên nhân, ảnh hưởng vi mạch máu và mô liên kết lỏng lẻo, gây ra sẹo, tiêu hóa, thận và tim.

1.2. Phân loại

1.2.1. Xơ cứng bì khu trú: Hiện tượng Raynaud (-), xơ cứng đầu chi (-), tổn thương cơ quan nội tạng (-)

1.2.2. Xơ cứng bì hệ thống (SSc): tổn thương da, cơ quan nội tạng và mạch máu.

2. NGUYÊN NHÂN XƠ CỨNG BÌ

- Không rõ, nhiều khả năng do tổn thương nguyên phát các tế bào nội mô mạch máu, sau đó phù các mô đích và
- Mao mạch của da bị giảm số lượng, dẫn ra và tăng sinh
- Sự xơ cứng do sự sản xuất quá nhiều collagen từ các nguyên bào sợi

3. YẾU TỐ NGUY CƠ

3.1. Di truyền

Những nghiên cứu gần đây cho thấy có liên quan giữa nhiều gen với bệnh xơ cứng bì.

3.2. Yếu tố môi trường

HÓA CHẤT	Vinyl chloride Benzen Toluene Trichloroethylene
THUỐC	Bleomycin Pentazocine L-tryptophan

4. CHẨN ĐOÁN XƠ CỨNG BÌ

4.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán

- Dựa vào lâm sàng là chính, ± cận lâm sàng
- Tiêu chuẩn của ARA :
 - + Tiêu chuẩn chính: xơ cứng da ở vùng gần (trung tâm)
 - + Tiêu chuẩn phụ: 1/Xơ cứng ngón, 2/ Loét hay sẹo lõm đầu ngón tay, 3/ Xơ hóa 2 đáy phổi
- Chẩn đoán xơ cứng bì khi có 1 tiêu chuẩn chính và 2 tiêu chuẩn phụ

5. ĐIỀU TRỊ XƠ CỨNG BÌ

5.1. Xơ cứng bì khu trú

- + Nguyên tắc chung
- Giáo dục bệnh nhân

- Chất làm mềm da, kem chống nắng

- Vật lý trị liệu (đặc biệt ở trẻ em bị quanh khớp)

- Theo dõi đều đặn

+ Điều trị đặc hiệu: đôi khi không cần thiết vì bệnh có thể tự giới hạn và giảm dần, chỉ 1 số trường hợp yêu cầu

- Tại chỗ

+ Corticosteroids mạnh (mỡ hoặc kem thoa) giúp làm giảm phản ứng viêm và ngăn bệnh tiến triển. Dùng 1 lần/

+ Corticoids tiêm vùng rìa sang thương hoặc dùng kèm với băng bịt. o Một số thuốc cũng có tác dụng: Calcipotri

- Thẩm mỹ

+ Trang điểm

+ Phẫu thuật thẩm mỹ, ghép da tự thân o Laser cho trường hợp dãn mạch hay rối loạn sắc tố

- Toàn thân: chỉ trong trường hợp nặng và tiến triển

+ Kháng sốt rét tổng hợp: hydroxychloroquine, chloroquine

+ Colchicine; D-penicillamine; Phenytoin o PUVA trong điều trị dạng lan tỏa.

+ Corticosteroids, Cyclosporine, Methotrexate: trong những trường hợp nặng (hiếm)

5.2. Xơ cứng bì hệ thống

5.2.1. Nguyên tắc chung

Điều trị càng sớm càng ngăn ngừa được biến chứng nội tạng và cải thiện tiên lượng.

5.2.2. Điều trị cụ thể

5.2.2.I. Hiện tượng Raynaud

- Liệu pháp giãn mạch: khuyến cáo cho tất cả bệnh nhân.
- Điều trị ưu tiên: Chẹn canxi nhóm dihydropyridine phỏng thích chật (nifedipine, amlodipin)
- Nếu không đủ hiệu quả hoặc bệnh nhân đang bị loét đầu ngón hoạt động: thuốc giãn mạch thứ 02 được thêm vào:
 - + Nitroglycerin tại chỗ (0,25-0,5 mg/ngày)
 - + Úc chế phosphodiesterase (sildenafil 50mg x 2 lần/ngày, tadalafil 20mg mỗi 2-3 ngày)
 - + Prostacycline intermittent infusion.

- Nếu loét ngón tái phát: dùng thuốc úc ché thụ thể endothelin (bosentan 37,5mg-125mg x 2 lần/ngày), úc ché 3A reductase.

- Kháng tiêu cầu và kháng oxy hóa (N-acetylcysteine) có thể dùng nhưng bằng chứng mạnh mẽ hiện chưa có.

- Kháng đông: không được khuyến cáo nếu thiếu bằng chứng tăng đông.

5.2.2.2. Da

- Không có 1 liệu pháp nào thật sự hiệu quả đối với tổn thương da trong xơ cứng bì.

- Tổn thương da giới hạn ở mặt và ngón: không dùng liệu pháp toàn thân.

- Trong trường hợp tổn thương giai đoạn sớm, giai đoạn hoạt động viêm: úc ché miễn dịch

- Giai đoạn xơ hóa: không đáp ứng úc ché miễn dịch

- Bệnh nhân có tổn thương da lan tỏa mà không có tổn thương nội tạng: 3 phương cách tiếp cận

+ Theo dõi sát: đánh giá tiến triển bệnh

+ Liệu pháp chống chuyển hóa/úc ché miễn dịch: Methotrexate (MTX), mycophenolate, cyclophosphamide

+ Điều trị sinh học

- BN có tổn thương da ít: theo dõi ít nhất 3-6 tháng đánh giá tiến triển, đa số dễ dẫn đến biểu hiện hệ thống.

- Úc ché miễn dịch liều thấp: có hiệu quả.

+ MTX: hiệu quả nhất đối với cơ và khớp, còn với da thì không hiệu quả nếu dùng đơn độc, ngoại trừ có kết hợp mofetil (MMF) được cho là lựa chọn hàng đầu trong điều trị tổn thương da trong xơ cứng bì. Đánh giá được coi là mới, thường sau 9-12 tuần dùng MMF liều 3g.

+ Nếu bệnh tiến triển nặng, không hiệu quả: Gammaglobulin +/- MMF hoặc thêm cyclophosphamide liều thấp (ví dụ 1g/m²)

- Corticoids: hiệu quả còn chưa biết rõ nhưng có nhiều tác dụng phụ. Chỉ dùng liều thấp < 15mg/ngày cho những ví dụ như hệ cơ xương.

- Nếu có kèm bệnh lí cơ: có thể kèm theo gammaglobulin IV

5.2.2.3. Cơ xương

- Bệnh lí tổn thương hệ cơ xương khi: yếu cơ, tăng men CK huyết thanh, bất thường điện cơ, +/- bất thường trên

- Điều trị: tăng chất lượng cuộc sống

+ NSAIDs

+ Corticoids liều thấp < 10mg/ngày

+ Kiểm soát đau

- Điều trị chọn lựa ưu tiên: MTX hàng tuần

- Nếu có kèm bệnh lí cơ: có thể kèm theo gammaglobulin IV

5.2.2.4. Tiêu hóa

- Là nguyên nhân chính gây giảm chất lượng cuộc sống.

- Chế độ ăn: chia nhỏ nhiều bữa, tránh ăn uống trước ngủ 2 giờ, nâng cao đầu và thân trên khi ngủ, hạn chế nhữn

- Điều trị:

+ Ức chế bơm proton (omeprazole 20mg x 2 lần/ngày, esomeprazole).

Nếu không đáp ứng hoặc có dấu hiệu xuất huyết^ nội soi o Cảm giác ợ ạch khó tiêu dạ dày: thuốc điều hòa hoocmôn (hormone) hoặc erythromycin) nếu vẫn còn cảm giác trào ngược, khó nuốt dù đã có ức chế tiết acid hoặc Domperidone (Métronidazole) trước khi ngủ. o Một số BN có giãn mạch dạ dày gây chảy máu không triệu chứng: liệu pháp đông cầm máu đứt mạch

+ Giả tắc ruột: do rối loạn vận động 1 vùng ruột non hay ruột già. Tiêu chảy nặng thường thứ phát sau nhiễm trùng

+ Chế độ điều trị: chế độ ăn nhiều xơ, dùng các chất làm mềm phân, polyetylen glycol chu kì, kháng sinh.

5.2.2.5. Khi có các tổn thương nội tạng khác như: thận, phổi, tim nên mòi hội chẩn và chuyển điều trị chuyên khoa

5.2.2.6. Những điều trị khác

- Tâm lý

- Thẩm mĩ: laser/dẫn mạch, phẫu thuật/nốt canxi

- RL sinh lý: nam RL xuất tinh có thể dùng ức chế phosphodiesterase 5, nữ thì khám CK phụ khoa.

5.3. Theo dõi điều trị

- Đo chức năng phổi và siêu âm tim: hàng năm

- CT ngực nếu có khó thở xuất hiện

- Đánh giá thang điểm Rodman skin score qua từng lần thăm khám

- Theo dõi huyết áp tại nhà
- Định lượng kháng thể huyết thanh
- XN tổng quát: CTM, chúc năng thận
- Tầm soát ung thư theo lứa tuổi
- Khám tâm sinh lí mỗi 6 tháng

6. DIỄN TIẾN - TIỀN LUỢNG

- Tỉ lệ sống 1, 6, & 12 năm:
 - + dSSc là 80%, 30%, & 15%
 - + ISSc là 90%, 80%, & 50%
- Nguyên nhân chính gây tử vong:
 - + dSSc: xơ hóa phổi & cơn tăng huyết áp do thận
 - + ISSc là tăng áp động mạch phổi

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Ami A. Shah, Fredrick M. Wigley (2013). "My approach to the treatment of scleroderma". Mayo clin Proceedings.

Christopher P. Denton, Carol M. Black (2012). "Scleroderma". In Fitzpatrick's Dermatology in general medicine. New York: McGraw-Hill Companies, pp.1942-1956.

M Kari Connolly (2012). "Systemic Sclerosis (Scleroderma) and Related Disorders", Dermatology, vol 1, 3rd ed

186/ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ Á VÂY NÉN (PARAPSORIASIS)

Á VÂY NÉN (PARAPSORIASIS)

1. ĐẠI CƯƠNG

- Á vảy nén là nhóm bệnh da mạn tính gồm 2 thể là á vảy nén mảng nhỏ (small plaque parapsoriasis) và á vảy nén mảng lớn (large plaque parapsoriasis).
- Bệnh xảy ra ở mọi chủng tộc và vùng địa lý, gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi trung niên và người cao tuổi.

2. NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH Á VÂY NÉN

- Nguyên nhân gây bệnh chưa rõ ràng.
- Cả 2 thể bệnh đặc trưng bởi sự thâm nhiễm dạng lympho nồng ở da, chủ yếu là tế bào T CD4+.

3. CHẨN ĐOÁN BỆNH Á VÂY NÉN

3.1. Lâm sàng

Mặc dù có tên gọi là “mảng” nhưng thương tổn của cả 2 thể á vảy nén đều chủ yếu là các dát. Bệnh tiến triển慢性病程. Thương tổn có thể lan rộng ở thân và chi hoặc khu trú ở những vùng không tiếp xúc ánh nắng mặt trời.

- Á vảy nén mảng nhỏ: thương tổn đặc trưng là những dát hình tròn hoặc oval, đường kính dưới 5 cm. Hồng ban sàm quan trọng của á vảy nén mảng nhỏ là “bệnh da hình ngón tay” (digitate dermatosis) với những dát kéo dài cung sườn. Trong trường hợp này, trực徑 của thương tổn có thể > 10 cm. Tổng trạng bệnh nhân không bị ảnh hưởng đến sức khỏe.
- Á vảy nén mảng lớn: thương tổn là những dát hồng ban hình tròn hoặc không đều, đường kính trên 5 cm. Kích thước tăng dần dần. Vị trí chủ yếu ở thân mình và vùng nếp gấp. Thương tổn có màu nâu đỏ hay hồng, phủ bởi lớp vảy giống như “giấy gói điếu thuốc lá”. Có thể kèm hoặc không kèm theo tam chứng: teo da, giãn mạch và tăng/giảm nhiệt. Á vảy nén dạng lưới (retiform parapsoriasis) là 1 thể hiếm gặp của á vảy nén mảng lớn, biểu hiện là các dát, sẩn.

3.2. Mô bệnh học

- Á vảy nén mảng nhỏ: Viêm da xốp bào nhẹ với những vùng tăng sừng, á sừng, đóng vảy và thoát bào. Ở lớp biểu피질 lympho và có hiện tượng phù lớp bì. Không thay đổi tính chất mô học theo thời gian. Xét nghiệm hóa mô miễn dịch ưu thế cùng với những đặc điểm không đặc hiệu giống như viêm da dạng chàm.

- Á vảy nén mảng lớn: Ở giai đoạn sớm, thương bì tăng gai, tăng sừng nhẹ với á sừng khu trú. Thâm nhiễm tế bào lympho và có sự tám nhuận vùng ranh giới hướng về thương bì. Những tế bào lympho xâm lấn này có thể xốp bào nhẹ. Xét nghiệm hóa mô miễn dịch cho thấy một số đặc điểm chung giữa á vảy nén mảng lớn và mycosis chiết ưu thế, thiếu kháng nguyên CD7, và hiện diện HLA Class II (HLA-DR) lan rộng ở thương bì.

3.3 Chẩn đoán xác định: dựa vào lâm sàng và hình ảnh mô học phù hợp.

4. ĐIỀU TRỊ BỆNH Á VÂY NÉN

4.1. Nguyên tắc điều trị

- Á vảy nén mảng nhỏ: trường hợp nhẹ có thể theo dõi mà không cần điều trị gì.

- Á vảy nén mảng lớn: cần điều trị tích cực để ngăn tiến triển thành mycosis fungoides.

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Chọn lựa đầu tiên:

- Chất làm mềm da.
- Corticosteroids bôi.
- Các sản phẩm từ hắc ín.
- Tắm nắng.
- Chiếu UVB phổ rộng.
- Chiếu UVB phổ hẹp.

4.2.2. Chọn lựa thứ 2:

(Chủ yếu dành cho những trường hợp á vảy nén mảng lớn được xem là giai đoạn sớm của mycosis fungoides).

- Bexarotene bôi.
- Imiquimod bôi.
- PUVA liệu pháp.
- Mechlorethamine bôi.
- Carmustine bôi.
- Laser Excimer (308 nm)

4.3. Theo dõi điều trị

- Á vảy nén mảng nhỏ: khám mỗi 3-6 tháng và sau đó là mỗi năm để đảm bảo bệnh ổn định.
- Á vảy nén mảng lớn: khám kỹ mỗi 3 tháng và sau đó mỗi 6 tháng - 1 năm để đánh giá diễn tiến bệnh. Nên sinh

5. DIỄN TIẾN VÀ TIỀN LUỢNG BỆNH Á VÁY NÉN

- Á vảy nén có thể tồn tại nhiều năm mà không thay đổi về lâm sàng và mô học.

- Khoảng 10 - 30% trường hợp á vẩy nến mảng lớn tiến triển thành mycosis fungoides. Ngược lại, á vẩy nến mảng

187/ NGUYÊN NHÂN, ĐIỀU TRỊ BỆNH NÂM CANDIDA (CUTANEOUS CANDIDIASIS)

BỆNH NÂM CANDIDA (CUTANEOUS CANDIDIASIS)

1. ĐẠI CƯƠNG:

Là nhóm bệnh gây ra do Candida albicans hoặc các thành viên khác trong nhóm Candida. Các chủng vi nấm này kiện thuận lợi sẽ làm làm tổn thương da, móng, niêm mạc và đường tiêu hóa hoặc cũng có thể gây bệnh toàn thân và vệ sinh kém.

2. NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH NÂM CANDIDA:

- Candida albicans chiếm 70-80%, là nguyên nhân phổ biến nhất của nhiễm Candida nông và toàn thân.
- Các chủng như C.tropicalis, C.parapsilosis, C.guilliermondii, C.krusei, C.pseudotropicalis, C.lusitaniae, C. gla

3. YẾU TỐ NGUY CO:

- Yếu tố cơ học: chân thương, ẩm ướt, béo phì
- Yếu tố dinh dưỡng: thiếu vitamine, thiếu sắt, suy dinh dưỡng
- Thay đổi sinh lý: tuổi già, có thai
- Bệnh toàn thân: tiểu đường, suy giảm miễn dịch, bệnh ác tính, dùng thuốc như glucocorticoid, úc chế miễn dịch

4. CHẨN ĐOÁN BỆNH NÂM CANDIDA

4.1. Dịch tễ học

- Khoảng 20% người lớn khỏe mạnh có mang vi nấm ở vùng mũi-họng, tỷ lệ này tăng cao ở bệnh nhân nằm viện
- 10% phụ nữ có Candida thường trú ở âm đạo.
- Candida albicans có thể hiện diện thoáng qua ở da nhưng không cư trú thường xuyên và hiếm khi tìm thấy trên
- Khi gây viêm quy đầu Candida có thể lây truyền qua bạn tình.

- Tỷ lệ nhiễm không khác nhau giữa người già và trẻ.
- Bệnh thường gặp ở những người làm việc trong môi trường ẩm ướt kéo dài.

4.2 Lâm sàng

Các dạng biểu hiện lâm sàng chủ yếu:

- Hăm kẽ do Candida: ngứa, nhạy cảm, đau. Mụn mủ trên nền hồng ban gây các vết trầy sướt có ranh giới khá rõ bao quanh bên cạnh.
- Nấm Candida kẽ ngón: các mụn mủ bị xói mòn, loét nứt ở bì mặt thường ở kẽ ngón tay 3-4, kẽ các ngón chân Candida.
- Viêm da tã lót: đỏ, phù với các sẩn, mụn mủ; trẹt da, tróc vảy tạo hình ảnh như cỗ áo lông ở bờ sang thương. È nước tiểu hoặc phân, khi thay tã. Thường gặp ở da vùng sinh dục và quanh hậu môn, mặt trong của đùi và mông.
- Nấm da Candida: ở vùng quần áo ẩm ướt, vùng lưng bệnh nhân phải nằm dài ngày.
- Viêm nang lông Candida: các mụn mủ nhỏ rời rạc ở lỗ nang lông. Thường ở da vùng kín.

4.3 Cận lâm sàng

- Tìm nấm trực tiếp: soi trực tiếp với dung dịch KOH, thấy hình ảnh tế bào hạt men và sợi tơ nấm giả.
- Nuôi cấy: nhận dạng các loài Candida; tuy nhiên việc cấy ra Candida không xác định chẩn đoán nấm Candida hợp tái phát. Cần phát hiện bội nhiễm vi khuẩn để xử lý.

5. ĐIỀU TRỊ BỆNH NẤM CANDIDA

5.1 Tại chỗ:

- + Các loại kem bôi Castelanie, Nystatin, Clotrimazole, Miconazole, Ketoconazole, econazole, Sertaconazole, Ox...
- + Không nên dùng các dạng kem bôi có thành phần phổi hợp kháng nấm/corticosteroid dù chúng cho đáp ứng nồng hơn .

5.2 Toàn thân:

- + Nystatin (dịch treo, viên nén, viên nang) để diệt Candida đường ruột. Thuốc có thể tác dụng với sự tái phát ở vị, uống 4 lần/ngày
- + Itraconazole dạng nang 100 mg, 100mg uống mỗi ngày hoặc hai lần / ngày trong 2 tuần + Fluconazole dạng v...
- + Ketoconazole dạng viên nén 200 mg. 200mg uống mỗi ngày hoặc hai lần /ngày trong - 2 tuần

+ Amphotericine B đối với trường hợp bệnh nghiêm trọng.

6. DIỄN BIẾN VÀ TIỀN LƯỢNG

Bệnh dễ tái phát nếu chưa khắc phục một cách hiệu quả các yếu tố thuận lợi: tiểu đường, béo phì, tăng tiết mồ hôi...

7. PHÒNG NGỪA BỆNH NÂM CANDIDA

Giữ khô vùng kín, rửa bằng benzoyl peroxide bar và dùng bột imidazole.

188/ PHÒNG VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH NÂM DA DERMATOPHYTE

BỆNH NÂM DA DERMATOPHYTE

1. ĐẠI CƯƠNG:

Ở cơ thể người các loài vi nấm này chỉ có thể nhiễm, sống và gây bệnh ở lớp sừng của da, lông và móng (không nơi thiếu lớp sừng).

2. NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH:

Nấm da do Dermatophytes thường do các giống nấm:

Microsporum (1 loài)

Trichophyton (23 loài)

Epidermophyton (18 loài)

Nguồn gốc: người, súc vật, đất.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Dịch tễ học

Sự lây nhiễm bệnh do tiếp xúc với các vảy da có mang bào tử nấm từ người bệnh, đặc biệt trong môi trường sống

3.2 Lâm sàng:

Nấm da Dermatophyte có thể biểu hiện ở các dạng bệnh chủ yếu sau:

3.2.1 Nấm da vùng thân (Tinea corporis)

- Có hai dạng lâm sàng:

+ Dạng mảng tròn cổ điển: sang thương phẳng với mụn nước tróc vảy, bờ nốt gồ lan dần theo hướng ly tâm, dần Vùng trung tâm chuyển màu nâu hoặc giảm sắc tố và ít vảy. Tổn thương có thể lan rộng, ngứa ít hoặc không tri

+ Dạng tồn thương viêm sâu: tồn thương hình tròn, bọc phát dữ dội với bề mặt gồ lên và có mụn mủ, lây, đỏ. Cứu của nấm vào sâu. Thường có bội nhiễm vi khuẩn, thường do tụ cầu vàng. Khi lành có tăng sắc tố màu nâu hoặc

3.2.2 Nấm ben (Tinea cruris)

- Tôn thương thường đối xứng, bắt đầu ở nếp ben, là mảng có hình bán nguyệt với rìa tương đối ngoằn ngoèo trước nước ở rìa tiền triển ly tâm từ nếp ben hướng ra đùi. Da bên trong vùng tôn thương chuyển màu đỏ nâu, ít vẩy, v

3.2.3 Nấm da bàn tay (Tinea manuum)

Bệnh âm thầm và tiến triển chậm trong nhiều tuần, tháng, năm.

- Ngứa vừa phải, ngứa nhẹ hoặc không ngứa.
 - Nấm da mu bàn tay điển hình có rìa nhô cao, đỏ và có vảy, có thể có sẩn và mụn nước ở rìa và trung tâm.
 - Nấm da lòng bàn tay có cùng biểu hiện khô da, tăng sừng lan tỏa như nấm da lòng bàn chân và thường đi kèm thương ở một bàn tay kèm hai bàn chân hoặc hai bàn tay kèm một bàn chân.
 - Bệnh dễ bị bỏ qua do nhầm tưởng triệu chứng da khô, dày, tróc vảy là do lao động nặng.

Nấm móng có thể đi kèm cùng nấm da bàn tay.

3.2.4 Nấm da bàn chân (*Tinea pedis*)

- Thường gặp ở tuổi thanh niên và trung niên, nam hay gặp hơn nữ, hiếm thấy trước tuổi dậy thì.
 - Việc mang giày bít kín thuận lợi cho nấm phát triển. Sàn phòng thay đồ, phòng tắm công cộng là những nơi tạ
 - Nấm da bàn chân thể hiện ở ba dạng cổ điển:
 - + Nấm kẽ ngón: Thường gặp ở kẽ ngón chân 4-5. Da kẽ ngón bị khô, tróc vảy, nứt nẻ hoặc tráng bợt, ẩm ướt và
 - + Dạng nấm da tróc vảy mạn tính ở bàn chân:

Lòng bàn chân dày sừng và bao phủ vảy mịn màu trắng bạc; da đỏ hồng, nhạy đau và có thể có kèm ngứa.

Có thể nhiễm nấm cả ở bàn tay đồng thời.

Thường gặp tổn thương nấm da ở một bàn tay kèm hai bàn chân hoặc hai bàn tay kèm một bàn chân.

+ Nấm da bàn chân cấp tính có mụn nước:

Các mụn nước tiến triển nhanh ở lòng bàn chân và mu chân, có khi tập hợp thành bóng nước không vỡ do nấm

Thường có bội nhiễm vi khuẩn.

Có thể có nấm móng chân phối hợp.

Tìm nấm trực tiếp với dung dịch KOH từ vùng da ẩm ướt ở kẽ ngón là khó. Vì vậy cây tìm nấm rất hữu ích trong

3.2.5 Nấm vùng da đầu (Tinea capitis)

Bệnh thường gặp nhất ở trẻ em, do tiếp xúc密切 với người bệnh, thường ở chung nhà.

Bào tử nấm phát tán vào không khí, lưu lại lâu dài ở lược chải tóc, bàn chải, mèn, điện thoại bàn. Nhiễm Micros

Có 4 dạng lâm sàng :

- Nấm da đầu dạng viêm da tiết bã (thường gặp nhất): có vảy dính chặt ở da đầu lan toả hoặc loang lổ, mịn, trắn
- Nấm da đầu dạng viêm (Kerion): một hoặc vài vùng da rụng tóc có mủ với viêm lây, nhạy đau, khi lành có thể bạch cầu.
- Nấm da đầu dạng “chấm đen”: có những vùng rụng tóc rộng với da không viêm. Da đầu tróc vảy ít hoặc trung đối làm yếu và gãy tóc sát da đầu làm xuất hiện các chấm đen.
- Nấm da đầu dạng có mủ: có những vùng có mủ hoặc vảy ở bề mặt.

3.3 Cận lâm sàng

- Cạo da tìm nấm trực tiếp với dung dịch KOH
- Cấy tìm nấm nếu việc xét nghiệm trực tiếp không xác định được.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1 Nguyên tắc điều trị

- Chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời, tránh lây lan.
- Điều trị đúng phác đồ, đủ liệu trình, đủ liều và liên tục.

- Áp dụng các biện pháp khử mầm bệnh trong áo quần và đồ dùng vào cuối đợt điều trị; điều trị đồng loạt nếu tr

4.2 Điều trị cụ thể:

- Khuyến cáo không dùng các dạng kem bôi có thành phần phôi hợp kháng nấm/corticosteroid do tác dụng trị li
- Giữ khô da các vùng có nếp kẽ có tác dụng hạn chế tái phát.

4.2.1. Kháng nấm dùng tại chỗ: nên bôi hai lần mỗi ngày trong tối thiểu hai tuần. Tiếp tục dùng thêm một tuần s

- Imidazoles (clotrimazole, miconazole, ketoconazole, econazole, oxiconazole, sulconazole, sertaconazole).
- Allylamines (naftifine, terbinafine).
- Naphthionates (tolnaftate).
- Substituted pyridine (ciclopirox olamine)

4.2.2. Kháng nấm dùng đường toàn thân:

Nấm ben:

- Itraconazole 200mg/ ngày x 1-2 tuần
- Terbinafine 250mg/ngày x 2 tuần
- Fluconazole 150mg tuần 1 viên x 2-4 tuần Nấm da vùng thân và măt:
- Griseofulvin 5-7mg/kg/ngày trong 2-6 tuần.
- Itraconazole 200mg/ ngày x 2 tuần
- Terbinafine 250mg/ ngày x 2 tuần
- Fluconazole 150 mg 1 lần mỗi tuần trong 3 đến 4 tuần Điều trị bằng kháng sinh đường uống khi có bội nhiễm

Khi có tổn thương viêm nặng có thể cho uống Prednisone liệu trình ngắn ngày để hạn chế sẹo.

Nấm da bàn tay-bàn chân:

Kết hợp kháng nấm dạng uống và kháng nấm dạng bôi 2 lần mỗi ngày đối với trường hợp bệnh cấp tính và lan r

- Người lớn: Griseofulvin 250mg 1-2 viên x 2 lần/ngày x 3-6 tuần.

Thuốc thay thế:

- Itraconazole 100 mg 2 viên x 1-2 lần/ngày x 1-2 tuần Hoặc :

- Terbinafine 250mg/ngày x 2-4 tuần Hoặc :

- Fluconazole 150mg tuần 1 lần trong 2-4 tuần.

Điều trị nhiễm nấm móng đi kèm đòi hỏi thời gian dài hơn.

Bội nhiễm vi khuẩn nên điều trị bằng kháng sinh uống, nếu cần nên cấy.

Nấm vùng da đầu:

Cần điều trị đồng thời bằng cả đường uống và bôi tại chỗ:

- Griseofulvin 20-25 mg/kg/ngày (dung dịch tinh thể nhỏ) hoặc 15-20 mg/kg/ngày (viên nang tinh thể siêu nhỏ) kèm thức ăn có chất béo như sữa toàn phần để tăng hấp thu.

Griseofulvin vốn luôn là lựa chọn hàng đầu, nhưng nhiều trẻ không dung nạp với liều cao và một số khác lại kh

Điều trị thêm 2 tuần sau khi tìm nấm trực tiếp hoặc cấy nấm âm tính.

- Terbinafine trong 4-6 tuần có thể là điều trị hiệu quả nhất:

<25 kg : 125 mg/ngày

25-35 kg : 187,5 mg/ngày > 35 kg : 250 mg/ngày

- Itraconazole 25-100 mg/ngày (2,5-5 mg/kg/ngày) x 6-8 tuần.

- Fluconazole 6-8mg/kg/ngày x 6-8 tuần. Liều đơn 150 mg mỗi tuần trong 4 tuần được áp dụng cho trẻ lớn hơn.

- Có thể úc chế phản ứng viêm của kerion bằng steroids bôi, uống hoặc trong tủy thương.

- Prednisone 1-2 mg/kg/ngày có thể đẩy nhanh sự phục hồi và ngăn việc tạo sẹo.

- Gội bằng các dầu gội làm giảm nguy cơ phỏng thích bào tử và có tác dụng bảo vệ những người sống chung nh 1% hoặc ketoconazole 2% trong mỗi ngày ở 2 tuần đầu, rồi 2 lần mỗi tuần trong suốt thời gian còn lại của liệu t

- Các thành viên khác của gia đình cũng nên sử dụng dầu gội 2-3 lần/tuần.

Chú ý: Các kháng nấm dùng đường toàn thân không được chỉ định cho trẻ dưới 6 tuổi, riêng

Griseofulvin và Terbinafine vẫn được chỉ định cho trẻ trên 4 tuổi.

4.3 Theo dõi trước, trong và sau điều trị

Tiêu chuẩn khỏi bệnh căn cứ trên tình trạng lâm sàng, xét nghiệm tìm nấm, và quan trọng nhất là theo dõi sự tái phát để đánh giá.

5. PHÒNG NGỪA

Các biện pháp phòng ngừa nhằm giúp thời gian lành bệnh kéo dài, tránh tái phát và tái nhiễm:

- Áp dụng các biện pháp khử mầm bệnh trong áo quần và đồ dùng cá nhân (áo quần, giày vớ, khăn lau mặt và khăn nhiệt, bàng bột hay dung dịch kháng nấm).
- Không dùng chung chậu giặt, áo quần, khăn lau...
- Điều trị nguồn lây từ người bệnh và cả súc vật (thỏ, mèo .)
- Chống ẩm ướt, mặc đồ thoáng, không mang giày bít kín, giữ khô da các vùng nếp kẽ.

Phác Đồ Điều Trị Bệnh - Bệnh Viện Phạm Ngọc Thạch

189/PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH - BỆNH VIỆN PHẠM NGỌC THẠCH

190/BÓP BÓNG AMBU

BÓP BÓNG AMBU

MỤC ĐÍCH:

- Đưa một lượng khí qua bóng Ambu vào phổi người bệnh bằng cách áp mặt nạ của bóng vào miệng và mũi người

CHỈ ĐỊNH:

- Ngừng thở, ngừng tim đột ngột do: điện giật, ngạt nước, ngộ độc thuốc ngủ, thuốc phiện, ...
- Sơ sinh bị ngạt do đẻ khó, ngạt thở do nước ối.
- Suy hô hấp nguy kịch.
- Liệt hô hấp do các nguyên nhân khác nhau.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Không có.

CHUẨN BỊ:

- Cán bộ chuyên khoa: bác sĩ, điều dưỡng, nhân viên cấp cứu đã được đào tạo.
- Phương tiện:

Bóng Ambu và mặt nạ cho người lớn.

Bóng Ambu và mặt nạ cho trẻ em.

Bình Oxy (nếu có).

- Người bệnh: nằm ngửa uốn cổ, gối kê vai nếu có.
- Nơi thực hiện: tại nơi xảy ra tai nạn.

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

- Nhanh chóng để nạn nhân nằm nghiêng sang một bên.
- Móc họng lấy dị vật.
- Lau sạch miệng hay mũi nạn nhân, để người bệnh ở tư thế nằm ngửa, uốn cổ, lấy tay đẩy hàm dưới xuống. Nốt nhất là để Oxy 100%.
- Thay thuốc áp sát mặt nạ vào miệng, mũi người bệnh và bóp bóng:
 - 12 - 14 lần/ phút ở người lớn.
 - 25 - 30 lần/ phút ở trẻ em.
- Phối hợp bóp bóng Ambu với xoa bóp tim ngoài lồng ngực nếu có ngừng tuần hoàn.

THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN:

Theo dõi:

- Đóng tử, mạch bẹn, nhịp thở.

Xử lý:

- Gãy xương sườn do ấn tay qua bên cạnh xương ức, gãy sụn sườn ở người già do ấn quá mạnh: băng cố định bả
- Tràn khí màng phổi: dẫn lưu khí màng phổi.

Tham khảo:

BV. Chợ Rẫy: Cẩm nang điều trị HSCC, 1999.

191/ CAI MÁY THỞ - RÚT NỘI KHÍ QUẢN

CAI MÁY THỞ - RÚT NỘI KHÍ QUẢN

I. CÁC PHƯƠNG PHÁP CAI MÁY THỞ:

Gồm 4 phương pháp chính:

1. Thủ nghiệm cho BN tự thở
2. Thông khí hỗ trợ áp lực
3. SIMV

Bất kể dùng phương pháp cai máy nào, nguyên tắc chung được đưa ra là “không được để BN cai máy đến mức hạ thấp hại khả năng thông khí của BN”.

Ở BN cần cai máy trong nhiều ngày, cần điều chỉnh hỗ trợ hô hấp vào ban đêm để cơ hô hấp được nghỉ ngơi, và

Đánh giá sự sẵn sàng để cai máy:

+ $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \geq 200\text{mmHg}$

+ PEEP $\leq 5\text{ cmH}_2\text{O}$

- + Phản xạ đường thở không bị tổn thương
- + Không còn truyền thuốc vận mạch hoặc thuốc tăng co bóp cơ tim.

I.1. Thủ nghiệm thở tự nhiên:

- Qua ống T hoặc CPAP (continuous positive airway pressure)

- Có 2 trường hợp khi sử dụng thử nghiệm tự thở:

1. Để đánh giá BN đã sẵn sàng để rút ống nội khí quản (NKQ), BN dung nạp với thở tự nhiên trong 30-120 phút
2. Thực hiện cai thở máy bằng cách tăng dần thời gian tự thở xen kẽ với giai đoạn được máy thở hỗ trợ.

Thời gian thử nghiệm tăng dần nếu dung nạp của BN cải thiện. Những BN mở khí quản có thể phải kéo dài thử máy hoàn toàn. Với CPAP có ưu điểm: duy trì FiO₂ chính xác, sử dụng chức năng máy thở để theo dõi các thông số cho BN BPTNMT (do có auto-PEEP).

1.2. Hỗ trợ áp lực (PSV: positive support ventilation):

- Giảm từ từ PS, duy trì tần số thở và Vt theo đích mong muốn;

- Bắt đầu bằng mức PS, bảo đảm được Vt và tần số thở dự kiến khi quyết định ngưng thở máy, mức phù hợp nh. Sau đó giảm PS trong từng khoảng thời gian đều đặn (nhiều giờ hay ngày) tới mức tối thiểu: 5-8 cmH₂O. Khi B có thể ngưng thở máy.

- Phương pháp này thích hợp cho BN cai máy trong giai đoạn ngắn, có thể không thích hợp với BN cần cai máy

1.3. SIMV (Synchronized intermittent mandatory ventilation):

Giảm dần tần số SIMV

- Có thể gây tăng công cơ hô hấp một cách đáng kể cả trong nhịp thở tự nhiên và nhịp thở bắt buộc;
- SIMV thường kết hợp với PSV để giảm tải cho các nhịp thở tự nhiên.

II. QUI TRÌNH CAI MÁY THỞ:

- Có nhiều qui trình cai máy thở, tuy nhiên phương pháp thường xuyên nhất là thử cho BN tự thở, thông qua sàn máy chưa. Nếu BN thực hiện thành công thử nghiệm tự thở 30-120 phút sẽ được xem xét rút NKQ. Nếu thất bại:
 - Tiêu chuẩn xác định thử nghiệm tự thở thất bại:
 - + Tần số thở > 35l/p

- + SpO₂ < 90%
- + Nhịp tim > 140l/p
- + HAmax > 180mmHg, HA min >90mmHg
- + BN kích thích, vật vã
- + Vã mồ hôi

III. RÚT ỐNG NỘI KHÍ QUẢN:

- Rút ống NKQ là qui trình tách biệt với qui trình cai máy thở.
- **Chỉ định rút NKQ:** BN có khả năng bảo vệ đường thở, ho khạc được, không có tình trạng tắc nghẽn đường thở.
- Hầu hết BN thở máy, việc ngưng thở máy và rút NKQ tiến hành gần như đồng thời. Tuy nhiên, một số BN cần hấp, dù họ đã có thể tự thở.

THAM KHẢO:

1. Những vấn đề cơ bản trong thông khí nhân tạo, Nhà xuất bản Y học, 2009.

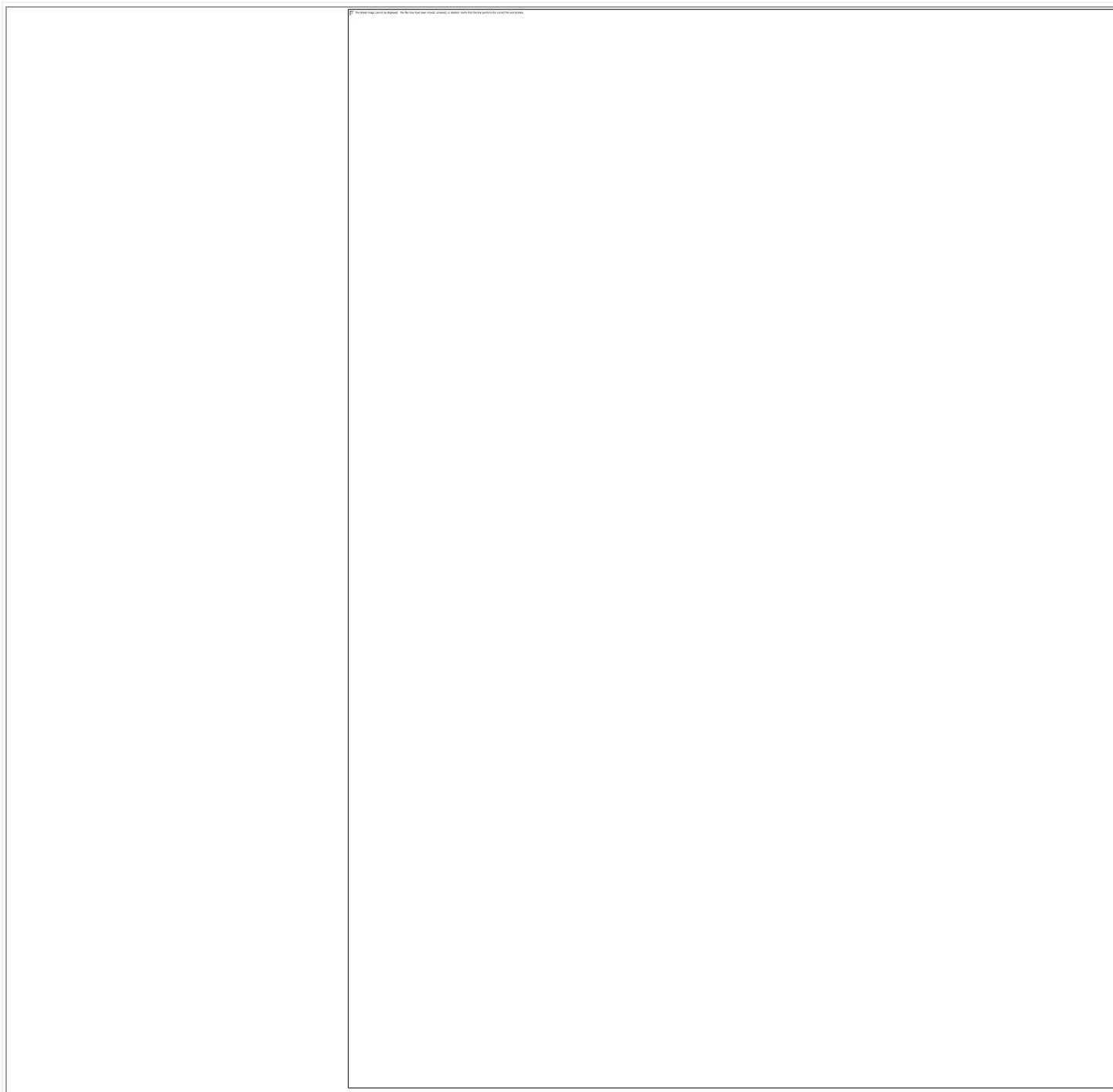
192/ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ HEN TẠI PHÒNG KHÁM

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ HEN TẠI PHÒNG KHÁM

I. Định nghĩa:

Hen là một rối loạn viêm man tính của đường dẫn khí trong đó nhiều tế bào và thanh phèn tế bào có vai trò. Viêm 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 được kết hợp với sự tắc nghẽn luồng khí trong phổi lan tỏa và thay đổi, thường hồi phục tự nhiên hoặc do điều trị.

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; “viêm họng”, “viêm phế quản” của bệnh nhân.

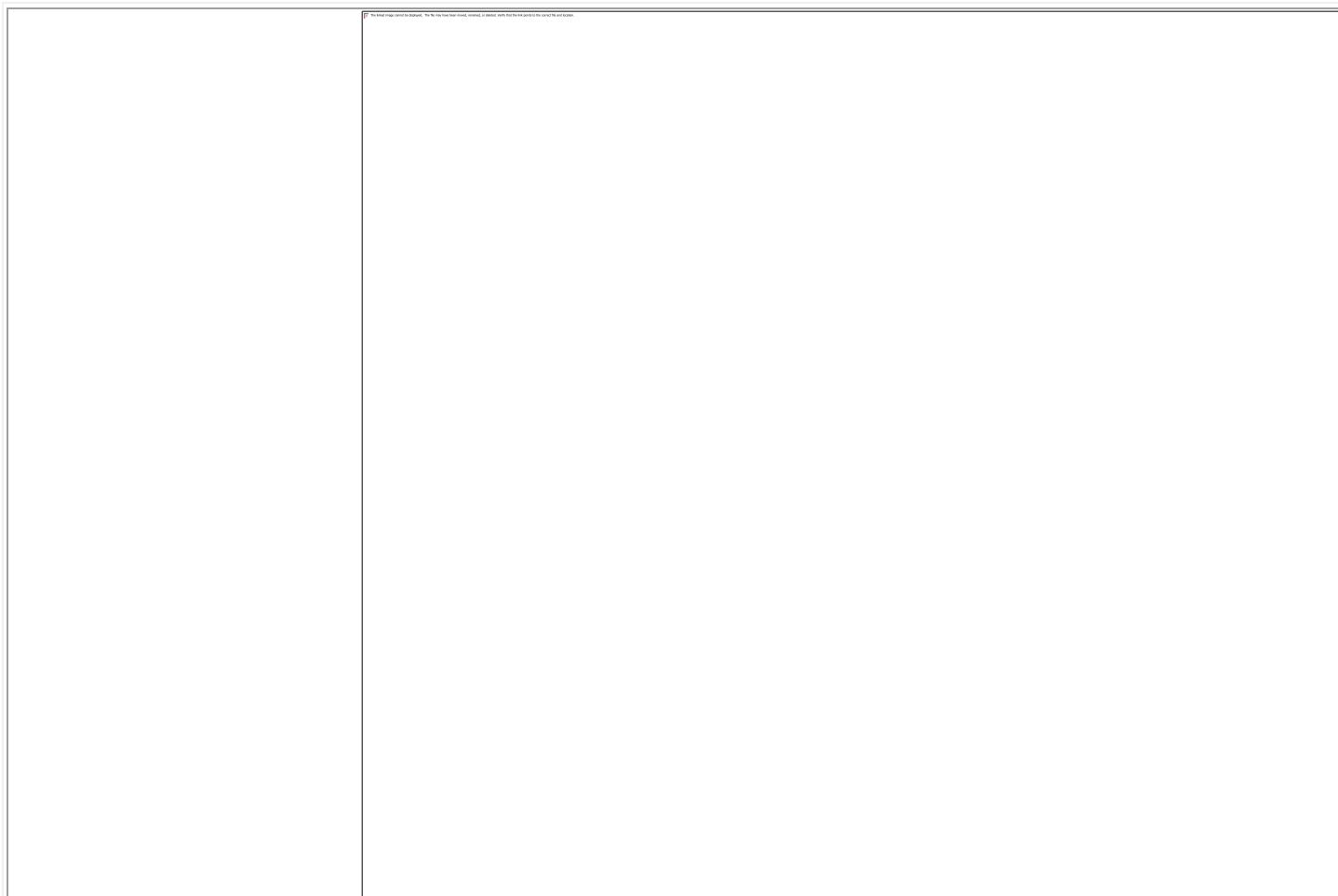
2. Đo chức năng phổi: PHÊ DUNG KÝ, điều kiện cần để khẳng định chẩn đoán. Nên thực hiện ngay từ lần khai ra gắng sức.
3. Hít 400 mcg Salbutamol hoặc 160 mcg ipratropium qua bình xịt định liều + buồng hít. Đo lại FEV₁ sau khi hít ipratropium 30-45 phút.
4. FEV₁ tăng thêm ít nhất 12% và 200 ml so với trị 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 tính.
6. Nghiệm pháp kích thích phế quản không đặc hiệu. Dương tính khi có FEV₁ giảm từ 20% ở người kích thích.
8. Test da: Sẽ triển khai năm 2013.

III. BILAN BAN ĐẦU:

- X-quang phổi thẳng
- Phé dung ký với trắc nghiệm giãn phế quản
- 2AFB (TT) + cây 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 phụ)

1 Nhũng đặc điểm kết hợp với tăng nguy cơ xảy ra tác dụng phụ trong tương lai gồm: kiểm soát lâm sàng kém, nhập sán cóc tích cực vì hen, FEV1 thấp, phoi 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 tái phát.
2. Phương pháp là điều trị theo từng bước, tăng lên hoặc giảm xuống sao cho đạt mục tiêu kiểm soát hen hoàn toàn.

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 mcg). GOAL (2004), phối hợp fluticasone-salmeterol theo nên sử dụng theo nguyên tắc từ liều thấp đến cao dần, đánh 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 mạn tính. 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 giảm kích 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, 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:

- 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
- 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 để 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)
Cường p ₂ tác dụng nhanh và ngắn (SABA)			
Fenoterol	100-200 (MDI)	1	0,05% (xirô)

Salbutamol	100, 200 (MDI)	0,5%	2, 4 (viên) 60/150ml xirô
Terbutalin	400- 500 (DPI)	2,5; 5	2,5; 5 (viên)
Cường p ₂ tác dụng chậm và kéo dài (LABA)			
Formoterol	4,5 -12 (MDI, DPI)		
Salmeterol	25 - 50 (MDI, DPI)		
Kháng phó giao cảm tác dụng nhanh			
Ipratropium bromid	20, 40 (MDI)	0,25 -0,5	
Kháng phó giao cảm tác dụng kéo dài			
Tiotropium	18 (DPI)		
Kết hợp Cường p ₂ với kháng phó giao cảm dạng hít			
Fenoterol/ Ipratropium	50/20 (MDI)	0,5/0,25	
Salbutamol/ Ipratropium	100/20 (MDI)	2,5 / 0,5	
Methyìxanthin			
Aminophylin			200 - 300 (viên)
Theophylin (phóng thích chật)			100 - 600 (viên)
Glucocorticosteroids dạng hít (ICS)			
Beclomethason	100, 250, 400 (MDI)		
Budesonid		0,5	
Fluticasone	50, 500 (MDI)		
Triamcinolon		40	
Kết hợp Cường β ₂ tác dụng kéo dài với corticosteroid dạng hít			

(LABA+ICS)				
Formoterol/ Budesonid	4,5/ 80, 160 (DPI)			
Salmeterol/ Fluticasone	50/100,25 0,500 (DPI) 25/50,125, 250 (MDI)			
Corticosteroid toàn thân				
Prednisolon			5-20	
Methyl- prednisolon			(viên)	
			4, 8, 16 (viên)	

Chú thích: SABA - Short Acting p₂ Agonist - Cường @₂ tác dụng nhanh và ngắn; LABA - Long Acting @₂ Agonist - Inhaled Glucocorticosteroids - corticosteroid dạng hít; MDI (metered-dose inhaler - óng hít định liều; DPI - dry powder - Sirop - thuốc dạng xi-rô.

PHỤ LỤC 2. LIỀU TƯƠNG ĐƯƠNG CÁC THUỐC CÓ ICS

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

Thuốc	Liều thấp Hàng ngày (Hg)		Liều trung bình Hàng ngày (μg)	
	Người lớn	Trẻ em	Người lớn	Trẻ em
Beclometason dipropionat	200 -500	100- 200	500-1000	200-400
Budesonid	200-400	100-200	400-800	200-400
Ciclesonid	80-160	80-160	160-320	160-320
Flunisolide	500-1000	500-750	1000-2000	750-1250
Fluticasone	100-250	100-200	250-500	200-500
Mometasonfuroat	200-400	100-200	400-800	200-400

Triamcinolon acetonid

400-1000

400-800

1000-2000

800-1200

Ghi chú: các thuốc ciclesonide, flunisolide, mometasone và triamcenolone hiện không lưu hành chính thức trên thị trường.

193/ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ LAO KHÁNG ĐA THUỐC

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ LAO KHÁNG ĐA THUỐC

I. TÀM SOÁT BỆNH LAO KHÁNG ĐA THUỐC

Các nhóm bệnh nhân nghi ngờ lao kháng đa thuốc cần được tầm soát để chẩn đoán bao gồm:

- Bệnh nhân tái phát phác đồ I và phác đồ II
- Bệnh nhân thất bại phác đồ I và phác đồ II
- Bệnh nhân đang điều trị phác đồ II có xét nghiệm đờm dương tính sau 3 tháng điều trị
- Bệnh nhân điều trị lại sau bỏ trị
- Bệnh nhân dương tính khác (thất bại từ khu vực y tế tư, tiền sử điều trị dưới 1 tháng...)
- Bệnh nhân lao/ HIV (bệnh nhân lao phổi dương tính và âm tính)
- Người bệnh mắc lao có tiền căn tiếp xúc với người bệnh lao kháng đa thuốc

II. CHẨN ĐOÁN LAO KHÁNG ĐA THUỐC:

- Chẩn đoán bệnh lao kháng đa thuốc dựa vào kháng sinh đồ cổ điển hoặc kháng sinh đồ nhanh (Hain test, Gene)
- Kết quả kháng sinh đồ có kháng với R và H, hoặc chỉ kháng với R

III. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ LAO KHÁNG ĐA THUỐC

3.1. Công thức chuẩn (IV a): Z-E-Km- Lfx- Pt- Cs / Z-E-Lfx-Pt-Cs.

Đối tượng áp dụng công thức chuẩn:

- Bệnh nhân MDR có kết quả kháng sinh đồ không kháng với thuốc lao hàng hai.

- Bệnh nhân chờ kết quả kháng sinh đồ cỏ điền nhưng không có tiền sử điều trị thuốc lao hàng hai trước đó.
- PAS thay thế khi bệnh nhân không dung nạp với Cs.

3.2. Công thức bổ sung (IV b): Z-E-Cm- Lfx-Pt-Cs-PAS / Z-E-Lfx-Pt-Cs-PAS.

Đối tượng áp dụng:

- Bệnh nhân MDR có kháng sinh đồ kháng với Km
- Bệnh nhân chờ kết quả kháng sinh đồ hàng hai nhưng có tiền sử đã dùng thuốc lao hàng hai. Công thức điều trị sẽ được điều chỉnh sau khi có kết quả kháng sinh đồ hàng hai.

IV THỜI GIAN ĐIỀU TRỊ LAO KHÁNG ĐA THUỐC

4.1. Tổng liệu trình điều trị: Từ 19-24 tháng tùy thuộc thời điểm âm hóa đờm của bệnh nhân

Bảng Thời gian điều trị của bệnh lao kháng đa thuốc

	Thời gian điều trị tấn công	Thời gian điều trị duy trì (tháng)	Tổng liệu trình (tháng)
Chuyển đậm âm sau 1 tháng	6	13	19
Chuyển đậm âm sau 2 tháng	6	14	20
Chuyển đậm âm sau 3 tháng	7	14	21
Chuyển đậm âm sau 4 tháng	8	14	22
Chuyển đậm âm sau 5 tháng	9	14	23
Chuyển đậm âm sau 6 tháng	10	14	24

4.2. Liều lượng thuốc lao theo cân nặng trong điều trị lao kháng thuốc

Thuốc	Hạng cân			
	<33 kg	33-50 kg	51-70 kg	>70 kg
NHÓM 1. THUỐC UỐNG CHỐNG LAO HÀNG 1				
Isoniazid (H)	4-6mg /kg/ngày hoặc 8-10 mg 3lần/tuần	200-300 mg/ngày hoặc 450-600 mg 3lần/ tuần	300mg/ngày hoặc 600mg 3lần/ tuần	300mg/ngày 600mg 3lần
Rifampicin (R)	10-20mg/kg/ngày	450-600mg	600mg	600mg
Ethambutol (E)	25 mg/kg/ngày	800-1200 mg	12001600 mg	12001600

Pyrazynamide (Z)	30-40mg/kg/ngày	1000-1750 mg	1750-2000mg	2000-2500
------------------	-----------------	--------------	-------------	-----------

NHÓM 2: THUỐC CHỐNG LAO DẠNG TIÊM

Kanamycin (Km)	15 -20mg/kg/ngày	500-750 mg	1000 mg	1000 m
Amikacin (Am)	15 -20mg/kg/ngày	500-750 mg	1000 mg	1000 m
Capreomycin(Cm)	15 -20mg/kg/ngày	500-750 mg	1000 mg	1000 m

NHÓM 3: FLUOROQUINOLONES

Oflloxacin (Ofx)	800 mg	800 mg	800 mg	800-1000 m
Levofloxacin (Lfx)	750 mg	750 mg	750 mg	750-1000 m
Moxifloxacin (Mfx)	400 mg	400 mg	400 mg	400 mg
Gatifloxacin (Gfx)	400 mg	400 mg	400 mg	400 mg

NHÓM 4. THUỐC UỐNG CHỐNG LAO HÀNG 2 KIÈM KHUẨN

Ethionamide (Eto)	15-20mg /kg/ngày	500 mg	750 mg	750-1000
Protonamide (Pto)	15-20mg/ kg/ngày	500 mg	750 mg	750-1000
Cycloserine (Cs)	15 -20mg/ kg/ngày	500 mg	750 mg	750-1000
Para- aminosalicylic acid (PAS)	150 mg/ kg/ ngày	8 g	8 g	8 g

4.3. Bảng xét nghiệm theo dõi điều trị .

Tháng	XQ	Soi	Cáy	KS	HIV	CT	Ion	Thính	Kha
		đàm	đàm	Đồ		máu	đồ	lực	mắt
0	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1		X	X				X		
2		X	X				X		
3		X	X	+			X		
4		X	X				X		
5		X	X				X		
6	X	X	X	+			X		
7		X	X				+		
8		X	X				+		
9		X	X	+			+		
10		X	X				+		
11		X	X						
12	X	X	X				X		

13		X	X						
14		X	X						
15		X	X					X	
16		X	X						
17		X	X						
18	X	X	X				X		
19		X	X						
20		X	X						
21		X	X					X	
22		X	X						
23		X	X						
24	X	X	X				X		X

Ghi chú: Trong quá trình điều trị , thời gian điều trị tấn công và cũng có thể kéo dài. Do vậy, Bác sĩ điều trị cần theo trường hợp cụ thể.

V. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ

5.1. Điều trị khỏi bệnh

Bệnh nhân hoàn tất thời gian điều trị và có ít nhất 5 mẫu đàm cáy âm tính liên tiếp, từ các mẫu đàm thu thập được trong quá trình điều trị. Nếu có 01 mẫu cáy dương tính trong thời gian này và triệu chứng lâm sàng không xấu hơn vẫn sau mẫu cáy dương tính này phải có ít nhất 3 mẫu cáy liên tiếp âm tính.

5.2. Hoàn thành điều trị

Bệnh nhân hoàn tất thời gian điều trị nhưng không đủ tiêu chuẩn được đánh giá là khỏi bệnh vì thiếu kết quả xét nghiệm cáy đàm trong 12 tháng điều trị cuối.

5.3. Thất bại điều trị

Được đánh giá là thất bại điều trị nếu có trên 2 mẫu cáy (trong số 5 mẫu cáy trong 12 tháng cuối của quá trình điều trị).

5.4. Tử vong

Bệnh nhân chết do bất kỳ nguyên nhân nào trong quá trình điều trị lao kháng đỡ thuốc.

5.5. Bỏ trị

Bệnh nhân bỏ trị từ 2 tháng liên tục trở lên do bất kỳ lý do gì.

5.6. Chuyển đi

Bệnh nhân đang điều trị phác đồ IV được chuyển đến Đơn vị điều trị mới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quản lý bệnh lao kháng đa thuốc, Bộ y tế , Nhà xuất bản Y học 2009.
2. Hướng dẫn kỹ thuật trong chẩn đoán và điều trị bệnh lao kháng đa thuốc, CTCL Quốc gia, 2010.
3. Một số lưu ý trong qui trình quản lý bệnh lao kháng đa thuốc, CV số 344/BVPTW-DAPCL tháng 4/2011.
4. WHO, Treatment strategies for MDR-TB, Guidelines for the programmatic management of drug resistant tuberculosis, Geneva, 2009.
5. WHO, Guidelines for the management of drug resistant tuberculosis, Geneva, 2010.

194/ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ LAO, LAO KHÁNG THUỐC, NH

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ LAO

1. ĐỊNH NGHĨA CA BỆNH

1.1. Nghi Lao: người có triệu chứng hoặc dấu hiệu gợi ý của Lao. Triệu chứng thường gặp nhất của Lao phổi là triệu chứng hô hấp khác (khó thở, đau ngực, ho ra máu) và /hoặc các triệu chứng toàn thân (chán ăn, sụt cân, đổ mồ hôi).

1.2. Ca Lao: là một ca Lao xác định hoặc một ca được BS chuyên khoa chẩn đoán là Lao và quyết định điều trị.

1.3. Ca Lao xác định: bệnh nhân có M. tuberculosis phân lập được từ một bệnh phẩm lâm sàng bằng cáy hoặc b

2. NHỮNG YẾU TỐ PHÂN LOẠI CA LAO

Một ca Lao được phân loại theo 4 yếu tố:

-Vị trí giải phẫu của bệnh

-Kết quả vi trùng học (kể cả tình trạng kháng thuốc)

-Tiền sử điều trị -Tình trạng HIV

2.1. VỊ TRÍ GIẢI PHẪU CỦA BỆNH LAO

Quan trọng cho thống kê báo cáo và xác định nguồn lây là những người có Lao phổi

2.1.1. Lao phổi (LP): là ca Lao ở nhu mô phổi.

-Lao kê được xếp loại là Lao phổi

-Lao hạch bạch huyết trong lồng ngực (trung thất, rốn phổi), tràn dịch màng phổi do Lao, nếu không có tồn trú ngoài phổi

-Bệnh nhân có cả Lao phổi và Lao ngoài phổi được xếp loại là Lao phổi

2.1.2. Lao ngoài phổi (LNP): ca Lao xảy ra ở các cơ quan khác hơn phổi, thí dụ: màng phổi, hạch bạch huyết, bùn màng não.

-Nếu có nhiều vị trí ngoài phổi cùng bị, định nghĩa tùy vào vị trí biểu thị hình thức nặng nhất.

-Trừ khi xác định bằng cây, một ca LNP không thể đáp ứng định nghĩa ca Lao xác định nêu trên.

2.2.KẾT QUẢ VI TRÙNG HỌC

Vi trùng học bao hàm kết quả soi đàm của các ca phổi và sự phân lập được M. tuberculosis bằng cây hoặc các p

Mọi bệnh nhân nghi có Lao phổi phải có ít nhất 2 mẫu đàm soi trực tiếp ở la bô được đàm bảo chất lượng. Nếu có kết quả sớm.(Tiêu chuẩn của ISTC)

Mọi bệnh nhân có x-quang lồng ngực gợi ý Lao cần được thử đàm. (Tiêu chuẩn của ISTC)

Ca soi dương có tính lây nhiễm nhất cho người chung quanh, là tâm điểm cho các biện pháp kiểm soát nhiễm trùng. Quá điều trị bằng vi trùng học là thực tiễn và khả thi nhất.

Cần xác định những ca soi đàm âm, đặc biệt ở người sống với HIV có tỷ lệ tử vong cao hơn các ca Lao phổi soi dương.

2.2.1. Lao phổi soi đàm dương: nếu vào lúc bắt đầu điều trị có ít nhất 1 mẫu đàm soi AFB dương.

2.2.2. Lao phổi soi đàm âm:

-Đàm soi âm nhưng cây dương với M. tuberculosis:

*Một ca Lao phổi được xem như soi âm nếu có ít nhất 2 mẫu đàm soi AFB âm lúc bắt đầu điều trị

*Nếu sống trong vùng có tỷ lệ nhiễm HIV ở thai phụ > 1% hoặc > 5% ở bệnh nhân Lao, cần cây đàm cho người

-Hoặc đáp ứng các tiêu chuẩn sau:

*BS chuyên khoa quyết định điều trị Lao đủ thời gian và

*Bất thường trên x-quang phù hợp Lao phổi hoạt động và

-có nhiễm HIV (xác định bằng xét nghiệm hoặc bằng chứng lâm sàng mạnh)

-hoặc nếu HIV âm (hoặc không biết nhưng sống trong vùng có tỷ lệ nhiễm HIV thấp) thì không có đáp ứng cải thiện (không gồm thuốc kháng Lao và các loại fluoroquinolones và aminoglycosides)

Những ca Lao phổi không có kết quả soi đàm được đăng ký là “không soi đàm”.

2.3.TIỀN SỬ ĐIỀU TRỊ LAO

Cần xác định những bệnh nhân đã được điều trị trước đó vì có nguy cơ kháng thuốc tăng. Vào lúc bắt đầu điều trị tất cả những bệnh nhân đã được điều trị trước đó.

2.3.1. Bệnh mới: chưa bao giờ điều trị Lao, hoặc có dùng thuốc kháng Lao dưới 1 tháng. Bệnh nhân mới có thể ở bất kỳ vị trí giải phẫu nào.

2.3.2. Bệnh nhân đã có điều trị trước đây: quá khứ đã dùng thuốc kháng Lao từ 1 tháng hoặc hơn, có thể dương tính cơ thể nào. Những bệnh nhân này còn được phân loại sâu hơn theo kết quả của lần điều trị gần nhất.

Bệnh nhân có soi đàm dương lúc kết thúc (hoặc quay trở lại từ) lần điều trị thứ hai hoặc sau nữa không còn được phân loại theo kết quả của lần tái điều trị gần nhất: tái phát, bỏ trị hoặc thất bại

Nhóm đăng ký	Vi trùng	Kết quả lần điều trị gần nhất
Mới	+ hoặc -	-
Đã điều trị trước đó	Tái phát	Khỏi bệnh Hoàn thành
	Thất bại	Thất bại
	Bỏ trị trị lại	Bỏ trị
Chuyển đến	+ hoặc -	Còn đang điều trị
Khác	+ hoặc -	Những ca không thỏa tiêu chí trên: -Không biết có trị chưa? -Có trị nhưng không biết kết quả và/hoặc -Trị lại với Lao học âm tính

2.4.TÌNH TRẠNG HIV

Quyết định điều trị co-trimoxazole và bắt đầu điều trị kháng vi rút (ART)

3.CÁC CÔNG THỨC ĐIỀU TRỊ TIÊU CHUẨN

3.1. Mục tiêu điều trị :

-Chữa khỏi bệnh nhân và phục hồi chất lượng cuộc sống và khả năng sản xuất

-Ngăn ngừa tử vong do lao hoạt động hoặc do các tác động muộn

-Ngừa Lao tái phát

-Giảm lây truyền Lao cho người khác

-Ngừa hình thành và lây truyền kháng thuốc

3.2. Các thuốc kháng Lao thiết yếu

Liều lượng hàng ngày được tiêu chuẩn hóa thành 3 hoặc 4 hạng thể trọng: 30-39 kg, 40-54 kg, 55-70 kg, và trên

Thuốc	Liều khuyến cáo			
	Dùng hàng ngày		Dùng tuần 3 lần	
	Liều và khoảng (mg/kg thể trọng)	Tối đa (mg)	Liều và khoảng (mg/kg thể trọng)	Tối đa (mg)
Isoniazid	5 (4-6)	300	10 (8-12)	900
Rifampicin	10 (8-12)	600	10 (8-12)	600
Pyrazinamide	25 (20-30)	-	35 (30-40)	-
Ethambutol	15 (15-20)	-	30 (25-35)	-
Streptomycin*	15 (12-18)		15 (12-18)	1000

*Bệnh nhân trên 60 tuổi có thể không dung nạp nhiều hơn 500-750 mg mỗi ngày, nên liều được giảm đi còn 10% này. Bệnh nhân dưới 50 kg có thể không dung nạp liều trên 500-750 mg.

Nên sử dụng các thuốc kháng lao phối hợp với liều cố định (fixed-dose combinations, FDCs): nhằm hạn chế kháng thuốc rời, kê toa ít nhầm lẫn, điều chỉnh liều dễ hơn, số viên ít hơn giúp bệnh nhân dễ tuân thủ điều trị.

3.3. Bệnh nhân mới:

Phác đồ của CTCLQG: 2SRHZ/6HE hay 2RHEZ/4RH, thuốc uống mỗi ngày

Nếu nghi ngờ (hoặc biết rõ) có kháng isoniazid, dùng RHE trong thời gian duy trì: 2RHEZ/4RHE. Công thức này

3.3. Bệnh nhân đã điều trị trước đó :

Điều trị Lao trước là yếu tố quyết định mạnh cho tình trạng kháng thuốc, quan trọng nhất là MDR.

3.3.1. Tầm soát MDR cho những bệnh nhân sau:

-Bệnh nhân tái phát

-Bệnh nhân điều trị lại sau bỏ trị -Bệnh nhân thất bại công thức 1

-Bệnh nhân đang điều trị công thức 2 có xét nghiệm đàm dương tính sau 3 tháng điều trị

-Bệnh nhân thất bại công thức 2 (bệnh nhân vẫn có xét nghiệm đàm dương tính sau 5-7 tháng điều trị công thức thất bại công thức 2 nay quay lại khám và điều trị)

-Bệnh nhân dương tính khác (thất bại từ khu vực y tế tư, tiền sử điều trị dưới 1 tháng ...)

-Bệnh nhân Lao/HIV (bệnh nhân Lao phổi dương tính và âm tính)

-Người tiếp xúc với bệnh nhân MDR được chẩn đoán mắc Lao (bệnh nhân Lao phổi dương tính và âm tính)

3.3.2. Lấy 2 mẫu đàm, thực hiện Hain test nếu đàm soi trực tiếp (+) , hay GeneXpert.

Đối với những bệnh nhân có kết quả mẫu đàm soi trực tiếp âm tính cần làm KSD (KSD thông thường) trên mẫu

Bệnh nhân MDR cần làm KSD thuốc kháng lao hàng 2 để phát hiện và loại trừ XDR

3.3.3. Công thức chuẩn cho bệnh nhân có điều trị trước đó:

Nếu không có bằng chứng kháng đa thuốc (kháng R và H , hay kháng R), điều trị phác đồ :

2 SRHEZ /RHEZ/5 R3H3E3 5

4.THEO DÕI ĐIỀU TRỊ

Bệnh nhân cần được theo dõi: sự tồn tại hoặc tái xuất hiện các triệu chứng của Lao (kể cả sụt cân), triệu chứng do theo dõi cân nặng mỗi tháng và điều chỉnh liều thuốc cho phù hợp.

Với bệnh nhân Lao phổi soi dương điều trị với thuốc kháng Lao hàng 1, thực hiện soi đàm vào cuối giai đoạn tái phát mới hoặc cuối tháng thứ 3 đối với bệnh nhân tái trị dùng phác đồ 8 tháng thuốc hàng 1.

Đàm cần gởi đến xét nghiệm sớm nhất có thể được, nếu không được thì cần giữ lạnh.

Bệnh nhân Lao phổi mới:

Nếu soi đàm dương vào cuối giai đoạn tấn công (tháng 2): cần soi đàm lại vào cuối tháng thứ 3

Nếu cuối tháng thứ 3 vẫn dương: làm Hain test (hay GeneXpert) và làm KSĐ để phát hiện kháng thuốc mà không trị. Điều trị xem như thất bại nếu phát hiện bệnh nhân bị MDR vào bất kỳ thời điểm nào trong thời gian điều trị, tục theo dõi đàm vào tháng thứ 5 và tháng cuối cùng. Nếu một trong hai dương, điều trị xem như thất bại

Theo dõi đàm ở bệnh nhân Lao phổi mới: phác đồ 2SRHZ/6HE

Tháng điều trị					
1	2	3	4	5	6
[=====] X	[=====] X	[-----] X	-----	----- X	-----
	Nếu soi (+X soi đàm vào cuối tháng thứ 3	Nếu soi (+), làm Hain test (hay GeneXpert), cấy và KSĐ		Nếu soi (+), làm Hain test (hay GeneXpert) ,cấy và KSĐ	

[=====]: giai đoạn tấn công (SRHZ)

[-----]: giai đoạn duy trì (HE)

Soi hoặc cấy (+) ở tháng thứ 5 hoặc trễ hơn (hoặc phát hiện MDR ở thời điểm bất kỳ) là định nghĩa của thất bại điều trị.

Theo dõi đàm ở bệnh nhân Lao phổi mới: phác đồ 2RHEZ/4RH

Tháng điều trị					
1	2	3	4	5	6
[=====]	[=====] X	[-----] X	-----	----- X	-----
	Nếu soi	Nếu soi (+), làm			Nếu soi

	(+)	Hain test (hay GeneXpert) cấy và làm KSĐ		(+), làm H... test (hay GeneXpert) cấy và làm KSĐ
--	-----	--	--	---

[=====]: giai đoạn tấn công (RHEZ)

[-----]: giai đoạn duy trì (RH, RHE)

Theo dõi đàm bệnh nhân Lao phổi tái trị phác đồ 8 tháng thuốc kháng Lao hàng 1:

Tháng điều trị

1	2	3	4	5	6
[=====	=====	=====]	[----- ---	----- X	----- --

Nếu soi (+), Hain test (hay Gene Xpert) cấy và làm kSđ

Nếu soi (+), Hain test (hay Gene Xpert) cấy và làm KSĐ

[=====]: giai đoạn tấn công 2 tháng SHRZE tiếp theo 1 tháng RHEZ

[-----]: giai đoạn duy trì 5 tháng R3H3E3

Soi hoặc cấy (+) ở tháng thứ 5 hoặc trễ hơn (hoặc phát hiện MDR ở thời điểm bất kỳ) là định nghĩa của thất bại điều trị

5. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ

1. KHỎI: bệnh nhân lúc bắt đầu điều trị có đàm soi dương hoặc cấy dương, có đàm soi âm hoặc cấy âm vào tháng thứ 5
2. HOÀN THÀNH: hoàn tất điều trị, nhưng không có soi đàm âm hoặc kết quả cấy đàm vào tháng cuối và vào tháng sau không có kết quả)
3. THẤT BẠI: có soi đàm hoặc cấy đàm dương vào tháng thứ 5 hoặc muộn hơn. Cũng trong nhóm này nếu bệnh nhân không có kết quả cấy đàm hay âm.
4. TỬ VONG: chết vì bất kể lý do gì trong quá trình điều trị

5. BỎ TRỊ : điều trị bị gián đoạn từ 2 tháng liên tiếp trở lên

6. CHUYỂN ĐI: bệnh nhân được chuyển đi tới một đơn vị đăng ký và báo cáo khác và kết quả điều trị không rõ

7. THÀNH CÔNG: kết hợp cả khỏi và hoàn thành.

Xử trí các trường hợp gián đoạn điều trị:

Cần tiếp xúc với bệnh nhân trong vòng 1 ngày nếu trong giai đoạn tấn công và trong vòng 1 tuần nếu trong giai

Nếu bệnh nhân quay lại sau khi bỏ trị hoặc gián đoạn điều trị, cần làm cấy và KSD

6. PHÒNG NGỪA CÁC TÁC DỤNG CÓ HẠI CỦA THUỐC (xem phần xử trí tác dụng có hại)

7. TRƯỞNG HỢP ĐỒNG NHIỄM HIV

Tử vong ở bệnh nhân Lao nhiễm HIV cao hơn không nhiễm HIV. Bệnh nhân HIV có Lao phổi soi đậm âm và dương. Tử vong giảm đi ở bệnh nhân điều trị đồng thời ART.

Bệnh nhân Lao có HIV thì ưu tiên hàng đầu là điều trị Lao, tiếp theo bằng điều trị co-trimoxazole và ART.

Công thức điều trị Lao mới và tái trị cho bệnh nhân nhiễm HIV giống như bệnh nhân không nhiễm HIV. Thời gian không nhiễm HIV.

Co-trimoxazole cho sớm nhất có thể và kéo dài suốt thời gian điều trị Lao

Điều trị ART: chỉ định cho mọi bệnh nhân nhiễm HIV có Lao hoạt động, bất kể số lượng CD4. Điều trị Lao trong vòng 8 tuần lễ sau khi bắt đầu trị Lao.

Công thức điều trị: 2NRTIs + 1 NNRTI, các thuốc ức chế proteases dùng cho công thức hàng 2. NRTI: zidovudine (TDF), phối hợp với:

Lamivudine (3TC), emtricitabine (FTC)

NNRTI: efavirenz (EFV), nevirapine (NVP)

Công thức thường dùng: AZT + 3TC + EFV (NVP)

TDF + 3TC (hoặc FTC) + EFV (NVP)

Hoặc 3 NRTIs: AZT + 3TC + TDF (hoặc ABC)

Tài liệu tham khảo:

- Treatment of tuberculosis: guidelines for national programmes, 4th ed. Geneva, WHO, 2010 (accessed 29 october 2010)

- International standards for tuberculosis care, The Hague, Tuberculosis Coalition for Technical Assistance, 2008
- Improving the diagnosis and treatment of smear-negative pulmonary and extrapulmonary tuberculosis among HIV-prevalent and resource-constrained settings, WHO, 2007.
- Hướng dẫn thực hiện chương trình chống lao quốc gia, Bộ Y tế, Hà nội, 2011.

195/ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ NHIỄM HIV/AIDS TRÊN BỆNH NHÂN LAO

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ NHIỄM HIV/AIDS TRÊN BỆNH NHÂN LAO

I . CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN LOẠI GIAI ĐOẠN NHIỄM HIV Ở NGƯỜI LỚN

1. Chẩn đoán nhiễm HIV :

Nhiễm HIV ở người lớn được chẩn đoán trên cơ sở xét nghiệm kháng thể HIV. Một người được xác định là nhiễm HIV khi có kết quả xét nghiệm kháng thể HIV bằng ba loại sinh phẩm khác nhau với nguyên lý phản ứng và phương pháp chẩn đoán (theo quy định của Bộ Y tế)

2. Phân loại giai đoạn nhiễm HIV :

2.1 Lâm sàng :

- Nhiễm HIV được chia làm 4 giai đoạn, phụ thuộc vào các bệnh lý liên quan đến HIV như tình trạng sút cân , cung cấp dinh dưỡng , suy giảm miễn dịch , suy giảm chức năng thận , suy giảm chức năng gan , suy giảm chức năng tim , suy giảm chức năng phổi , suy giảm chức năng não . Người nhiễm HIV có các bệnh lý lâm sàng giai đoạn IV được coi là AIDS .

Bảng 1: Phân giai đoạn Lâm sàng HIV/AIDS ở người lớn

Giai đoạn lâm sàng 1: Không triệu chứng

- Không có triệu chứng
- Hạch to toàn thân dai dẳng

Giai đoạn lâm sàng 2: Triệu chứng nhẹ

- Sút cân mức độ vừa không rõ nguyên nhân (< 10% trọng lượng cơ thể)

- Nhiễm trùng hô hấp tái diễn (viêm xoang, viêm amidan, viêm tai giữa, viêm họng)
- Zona (Herpes zoster)
- Viêm khoé miệng
- Loét miệng tái diễn
- Phát ban dát sần, ngứa.
- Viêm da bã nhòn
- Nhiễm nấm móng

Giai đoạn lâm sàng 3: Triệu chứng tiến triển

- Sút cân nặng không rõ nguyên nhân ($> 10\%$ trọng lượng cơ thể)
- Tiêu chảy không rõ nguyên nhân kéo dài hơn 1 tháng.
- Sốt không rõ nguyên nhân từng đợt hoặc liên tục kéo dài hơn 1 tháng.
- Nhiễm nấm Candida miệng tái diễn.
- Bạch sản dạng lông ở miệng.
- Lao phổi.
- Nhiễm trùng nặng do vi khuẩn (viêm phổi, viêm mủ màng phổi, viêm đa cơ mủ, nhiễm trùng xương khớp, viêm
- Viêm loét miệng hoại tử cấp, viêm lợi hoặc viêm quanh răng.
- Thiếu máu ($Hb < 80g/L$), giảm bạch cầu trung tính ($< 0.5 \times 10^9/L$), và/hoặc giảm tiểu cầu mạn tính ($< 50 \times 10^9/L$)

Giai đoạn lâm sàng 4: Triệu chứng nặng

- Hội chứng suy mòn do HIV (sút cân $> 10\%$ trọng lượng cơ thể, kèm theo sốt kéo dài trên 1 tháng hoặc tiêu ch
- Viêm phổi do Pneumocystis jiroveci (PCP).
- Nhiễm Herpes simplex mạn tính (ở môi miệng, cơ quan sinh dục, quanh hậu môn, kéo dài hơn 1 tháng, hoặc b
- Nhiễm Candida thực quản (hoặc nhiễm candida ở khí quản, phế quản hoặc phổi).

- Lao ngoài phổi.
- Sarcoma Kaposi.
- Bệnh do Cytomegalovirus (CMV) ở võng mạc hoặc ở các cơ quan khác.
- Bệnh do Toxoplasma ở hệ thần kinh trung ương.
- Bệnh lý não do HIV.
- Bệnh do Cryptococcus ngoài phổi bao gồm viêm màng não.
- Bệnh do Mycobacteria avium complex (MAC) lan toả.
- Bệnh lý não chất trắng đa ổ tiến triển (Progressive multifocal leukoencephalopathy -PML).
- Tiêu chảy mạn tính do Cryptosporidia.
- Tiêu chảy mạn tính do Isospora
- Bệnh do nấm lan toả (bệnh nấm Penicillium, bệnh nấm Histoplasma ngoài phổi,).
- Nhiễm trùng huyết tái diễn (bao gồm nhiễm Salmonella không phải thương hàn).
- U lympho ở não hoặc u lympho non-Hodgkin tế bào B.
- Ung thư cổ tử cung xâm nhập (ung thư biểu mô).
- Bệnh do Leishmania lan toả không điển hình.
- Bệnh lý thận do HIV.
- Viêm cơ tim do HIV.

2.2 Giai đoạn miễn dịch :

Tình trạng miễn dịch của người lớn nhiễm HIV được đánh giá thông qua chỉ số tế bào CD4

Mức độ	Số tế bào CD4/ ml
Bình thường hoặc suy giảm không đáng kể	> 500
Suy giảm nhẹ	350 - 499
Suy giảm tiến triển	200 - 349
Suy giảm nặng	<200

2.3 Tiêu chuẩn chẩn đoán HIV tiến triển (bao gồm AIDS) :

- Có bệnh lý thuộc giai đoạn lâm sàng 3 hoặc 4 và hoặc
- Số lượng CD4 < 350 TB / mm³

AIDS được xác định khi người nhiễm HIV có bất kỳ bệnh lý nào thuộc giai đoạn 4 hoặc số lượng CD4 < 200 T

II. ĐIỀU TRỊ THUỐC KHÁNG HIV (ĐIỀU TRỊ ARV)

1. Mục đích của điều trị ARV :

- Úc chế sự nhân lên của virus và kìm hãm lượng virus trong máu ở mức thấp nhất .
- Phục hồi chức năng miễn dịch, giảm nguy cơ mắc các bệnh nhiễm trùng cơ hội .
- Cải thiện chất lượng sống và tăng khả năng sống sót cho người bệnh .

2. Nguyên tắc điều trị ARV :

- Điều trị ARV là một phần trong tổng thể các dịch vụ chăm sóc và hỗ trợ về y tế, tâm lý và xã hội cho người nhiễm HIV.
- Điều trị ARV chủ yếu là điều trị ngoại trú và được chỉ định khi người bệnh có đủ tiêu chuẩn lâm sàng , và hoặc
- Bất cứ phác đồ điều trị nào cũng phải có ít nhất 3 loại thuốc . Điều trị ARV là điều trị suốt đời ; người bệnh phải tuân thủ và tránh kháng thuốc.
- Người nhiễm HIV được điều trị ARV vẫn phải áp dụng các biện pháp dự phòng lây nhiễm virus cho người khác.
- Người nhiễm HIV được điều trị ARV khi tình trạng miễn dịch chưa phục hồi cần tiếp tục điều trị dự phòng các bệnh.

3. Các nhóm thuốc ARV được sử dụng tại Việt Nam :

- Nhóm úc chế men sao chép ngược nucleoside và nucleotide(NRTI)
- Nhóm úc chế men sao chép ngược không phải là nucleoside(NNRTI).
- Nhóm úc chế men protease (PI).

4. Tiêu chuẩn bắt đầu điều trị ARV :

- Người nhiễm HIV có số lượng tế bào TCD4 < hoặc = 350 tế bào / mm³ không phụ thuộc giai đoạn lâm sàng hoặc
- Người nhiễm HIV ở giai đoạn lâm sàng 3, 4, không phụ thuộc số lượng tế bào TCD4

III . ĐIỀU TRỊ ARV CHO NGƯỜI BỆNH LAO / HIV :

- Người bệnh lao / HIV luôn có nguy cơ tử vong cao hơn những người nhiễm HIV không bị lao, do vậy cần điều

- Cần tư vấn về việc uống nhiều viên thuốc, lưu ý vấn đề tương tác giữa các thuốc ARV với các thuốc chống lao điều trị ARV trên người bệnh mắc lao đồng nhiễm HIV * Tiêu chuẩn điều trị

a/ Người bệnh chưa điều trị ARV và có kết quả CD4 :

- Bắt đầu điều trị ARV ở người bệnh lao có xét nghiệm CD4

CD4	Xử trí
CD4 > 350 TB / mm3	Điều trị lao trước. Đánh giá chỉ định điều trị ARV sau giai đoạn tấn công hoặc sau khi hoàn thành điều trị lao sau khi người bệnh đã dung nạp các thuốc lao (trong vòng 2-8 tuần)
CD4 250 - 350 TB / mm3	Điều trị lao trước Bắt đầu điều trị ARV sau khi hoàn thành điều trị lao tấn công . Nếu người bệnh có giai đoạn lâm sàng 4 bắt đầu điều trị ARV ngay sau khi người bệnh đã dung nạp các thuốc lao (trong vòng 2-8 tuần)
CD4 < 250 TB / mm3	Bắt đầu điều trị ARV càng sớm càng tốt , ngay sau khi người bệnh đã dung nạp các thuốc lao (trong vòng 2-8 tuần)

b/ Người bệnh chưa điều trị ARV và chưa có xét nghiệm CD4 :

- Bắt đầu điều trị ARV ở người bệnh lao không có xét nghiệm CD4

Tình trạng lâm sàng	
Chỉ có lao phổi (không có dấu hiệu lâm sàng giai đoạn 3 khác hoặc 4)	Hoàn thành điều trị lao tấn công, sau đó bắt đầu điều trị ARV
Lao phổi và người bệnh có hoặc đã có các bệnh lý khác thuộc lâm sàng giai đoạn 3	- Điều trị lao trước - Bắt đầu điều trị ARV sau khi hoàn thành điều trị lao
Lao phổi và người bệnh có hoặc đã có các bệnh lý khác thuộc lâm sàng giai đoạn 4 Lao ngoài phổi	- Điều trị lao trước - Bắt đầu điều trị ARV càng sớm càng tốt, sau khi hoàn thành điều trị lao (trong vòng 2 đến 8 tuần)

c/ Các phác đồ bậc 1 cho người bệnh lao / HIV bắt đầu điều trị ARV_

Người bệnh đang điều trị lao phác đồ có Rifampicin và bắt đầu điều trị ARV :

Phác đồ chính : AZT hoặc d4T + 3 TC + EFV Phác đồ thay thế :

- Khi không có EFV, hoặc phụ nữ có thai trong 3 tháng đầu và CD4 < 250 TB / mm³ ,

AZT hoặc d4T + 3TC + NVP

- Phụ nữ có thai 3 tháng đầu và CD4 > 250 TB / mm³ :

AZT + 3 TC + NVP và theo dõi chặt chẽ tác dụng phụ NVP hoặc

AZT + 3 TC + ABC hoặc

AZT + 3TC + LVP 400' mg / RTV 400 mg

- Người bệnh không sử dụng được NVP và EFV :

AZT + 3 TC + TdF

Lưu ý : Tránh sử dụng phác đồ này cho phụ nữ có thai, nếu có thể. Liều lượng và cách dùng giống như người nh

100 mg lên 400 mg.

Người bệnh đang điều trị lao giai đoạn không có Rifampicin : Lựa chọn phác đồ bậc 1 giống như người nhiễm H

2/ Người bệnh đang điều trị ARV mắc lao :

- Người bệnh đang điều trị ARV mắc lao có do hội chứng viêm phục hồi miễn dịch (trong 6 tháng đầu điều trị)

* Người bệnh đang điều trị ARV mắc lao

- Điều trị lao theo hướng dẫn điều trị lao quốc gia . Điều chỉnh các thuốc trong phác đồ điều trị ARV nếu cần

a/ Điều trị ARV cho người bệnh đang điều trị lao có Rifamycin

Phác đồ điều trị ARV

hiện tại

Phác đồ điều trị ARV khi người bệnh mắc lao điều trị phác đồ có Rifampicin

Phác đồ điều trị ARV bậc 1

D4T hoặc AZT + 3
TC + EFV

Tiếp tục phác đồ có EFV

D4T hoặc AZT +
3TC + NVP

- Thay NVP bằng EFV
- Nếu không có EFV , hoặc người bệnh có thai

		, hoặc không dung nạp EFV, tiếp tục điều trị với phác đồ cũ có NVP liều thông thường n chẽ định kỳ 2 tuần /1 lần, hoặc - Thay sang phác đồ: AZT+ 3TC + TDF
Phác đồ điều trị ARV bậc 2		
2 NRTI + LPV/r		Chuyển sang hoặc tiếp tục (nếu đang sử dụng) phác đồ bậc 2 có LVP 400mg/ RTV 400
- Nếu tình trạng của người bệnh nặng và không thể tiếp tục các thuốc ARV, ngừng tạm thời điều trị ARV để điều điều trị lại ARV bằng phác đồ đang dùng trước đó, lưu ý tương tác thuốc.		
- Sau khi kết thúc điều trị Rifampicin, có thể cân nhắc sử dụng lại NVP và dùng ngay liều NVP 200mg x 2 lần /		
b/ Chỉ định phác đồ bậc 2 cho người bệnh lao đang điều trị ARV phác đồ bậc 1 có thắt bại điều trị :		
- Phác đồ bậc 2 khi điều trị phác đồ lao có Rifampicin tương tự như phác đồ cho người bệnh không mắc lao và t		
- Theo dõi chặt chẽ lâm sàng và xét nghiệm để phát hiện nhiễm độc gan.		
BẢNG CÁC CHỮ VIẾT TẮT		
3TC: Lamivudin ARV : Antiretroviral d4T : Stavudine EFV : Efavirenz LPV : Lopinavir PI : Protease Inhibitor TDF : Tenofovir		ABC : Abacavir AZT : Zi NVP : Nevirapine RTV : I
AIDS : Acquired immunodeficiency Syndrome		
NRTI : Nucleoside reverse transcriptase inhibitor		
NNRTI : Non – nucleoside reverse transcriptase inhibitor		
HIV : Human immunodeficiency virus		
TÀI LIỆU THAM KHẢO		
1. Bộ Y Té : “ Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị nhiễm HIV / AIDS “ ban hành kèm theo Quyết định số 06/ 200		
Y Té .		
2. Bộ Y Té : “ Quy trình điều trị ARV “ ban hành kèm theo Quyết định số 2051 / QĐ. BYT ngày 9/ 6/ 2006 của		
3. Bộ Y Té : “ Quy trình phối hợp trong chẩn đoán, điều trị và quản lý người bệnh lao / HIV “, ban hành kèm th		
2007 của Bộ Trưởng Bộ Y Té		
4. Bộ Y Té : “ Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị HIV / AIDS “ ban hành kèm theo Quyết định số 3003 / QĐ. BY		
5. Bộ Y Té : Quyết định về việc sửa đổi, bổ sung một số nội dung trong “ Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị HIV		
3003 / QĐ. BYT ngày 19/ 8/		

196/ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ CHOÁNG NHIỄM TRÙNG

CHOÁNG NHIỄM TRÙNG

I. ĐẠI CƯƠNG:

Nhiễm trùng, nhiễm trùng nặng, choáng nhiễm trùng là tình trạng viêm do nhiễm trùng hệ thống. Nguyên nhân là Staphylococci, Meningococci.

Các triệu chứng thường bắt đầu với sốt, lạnh run, tụt HA, thiếu niệu, rối loạn tri giác. Suy đa tạng có thể xảy ra.

Điều trị gồm bù dịch tích cực, kháng sinh, hỗ trợ khác. Các khái niệm:

* Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân (SIRS: Systemic inflammatory response syndrome): Có > 2 trong 4 dấu hiệu:

- Thân nhiệt > 38°C hoặc <36°C.
- Nhịp tim > 90 lần/ phút.
- Hô hấp > 20 lần/ phút, PaCO₂ < 32mmHg.
- BC máu: >12.000 / mm³, hoặc <4.000 / mm³, hoặc > 10% BC non).

* Nhiễm trùng huyết (Sepsis): SIRS + xác định có nhiễm trùng hoặc nghi ngờ.

* Nhiễm trùng huyết nặng (Severe sepsis):

- Gồm: Nhiễm trùng huyết + Suy 1 hay nhiều tạng, gồm:

- + Suy hệ tim mạch: HA_{max} <90 mmHg, hoặc giảm <40 mmHg so với HA_{max} trước đó, hoặc HA_{mean} <60 mmHg.
- + Suy thận: thiểu niệu (nước tiểu <0,5 ml/kg/giờ);
- + Suy hô hấp: hạ oxy máu, tổn thương phổi cấp (PaO₂/ FiO₂ <300).
- + Rối loạn đông máu.

* Choáng nhiễm trùng (Septic shock): Nhiễm trùng huyêt nặng kèm tụt huyêt áp.

II. CHẨN ĐOÁN CHOÁNG NHIỄM TRÙNG:

1. LÂM SÀNG:

1.1. Giai đoạn sớm:

- Giảm HA;
- Tăng thông khí;
- Da ẩm, khô;
- Sốt (có thể không biểu hiện ở BN lớn tuổi hay suy kiệt, 1 số BN biểu hiện giảm thân nhiệt);
- Lạnh run;
- Cận lâm sàng: Tăng bạch cầu hay giảm bạch cầu.

1.2. Giai đoạn muộn:

- HA tụt, kẹp;
- Da lạnh;
- Thiếu niệu;
- Toan chuyển hóa (do tăng lactic acid), DIC, rối loạn chức năng gan, suy thận...

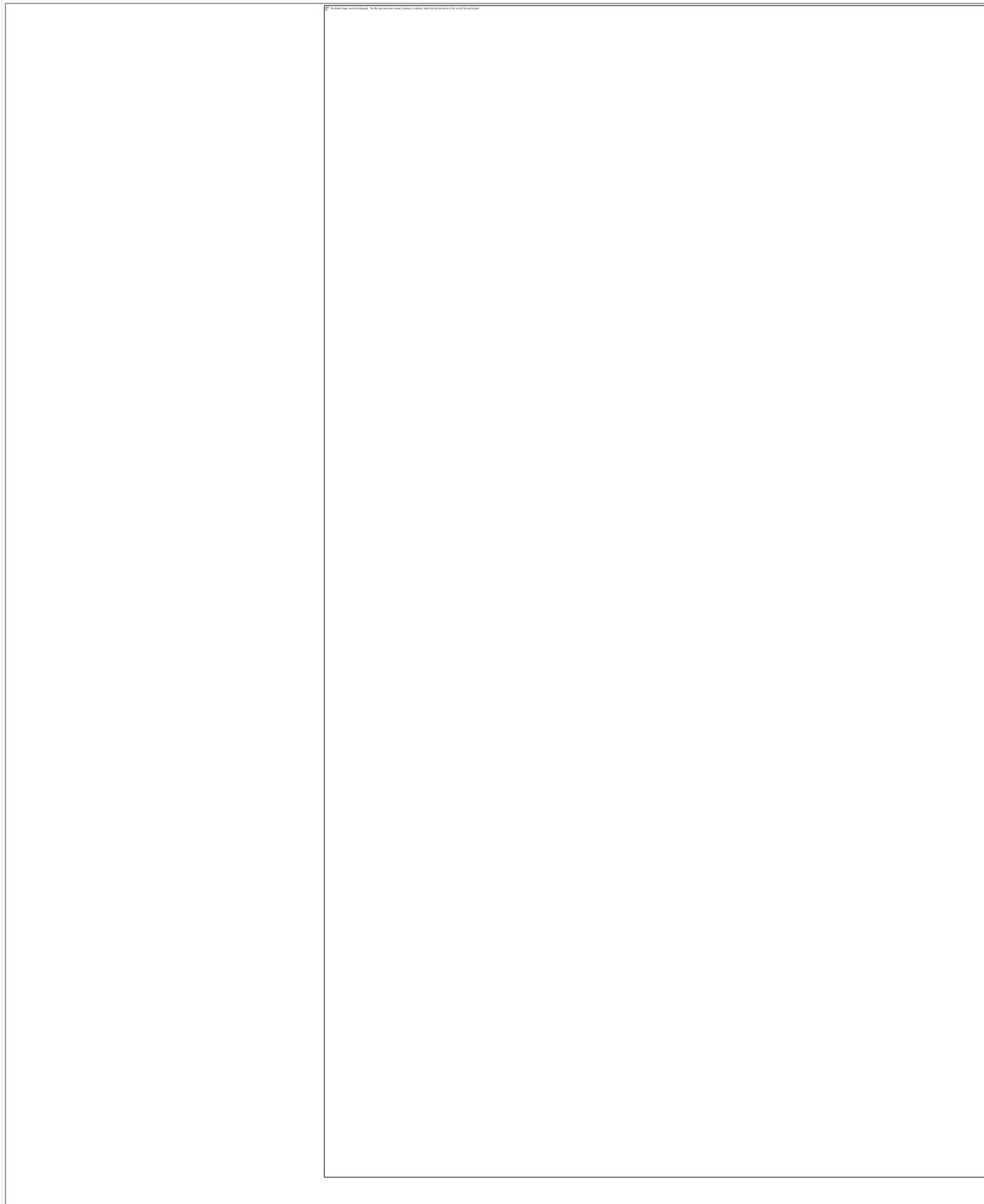
2. VI SINH:

- Soi nhuộm Gram, lấy máu và lấy bệnh phẩm từ các ổ nhiễm trùng - Làm kháng sinh đồ.
- Phải lấy ít nhất 2 mẫu máu, lấy ở 2 vị trí tĩnh mạch khác nhau.

III. ĐIỀU TRỊ CHOÁNG NHIỄM TRÙNG:

- Bù dịch tích cực;
- Kháng sinh thích hợp, theo kết quả KSD;
- Xử trí các biến chứng nếu có.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SỐC NHIỄM TRÙNG



PHỤ LỤC:

BẢNG 1 : TÁC DỤNG DUỢC LÝ MỘT SỐ THUỐC ADRENERGIC CHÍNH

Thuốc	ADRENERGIC RECEPTOR		
	α	β_1	β_2
ADRENALIN			
0,1-0,4 $\mu\text{g}/\text{kg/ph}$	+	++	+++
> 0,4 $\mu\text{g}/\text{kg/ph}$	+++	++	++
NORADRENALIN	+++	+	0
DOPAMIN			
< 3 $\mu\text{g}/\text{kg/ph}$	0	0	0
3-10 $\mu\text{g}/\text{kg/ph}$	+	+++	+
> 10 $\mu\text{g}/\text{kg/ph}$	+++	++	0
DOBUTAMIN	+	+++	+

197/ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ LAO THẦN KINH TRUNG ƯƠNG

LAO THẦN KINH TRUNG ƯƠNG

Lao thần kinh trung ương (central nervous System tuberculosis) bao gồm 3 loại: lao màng não (LMN) (Tuberculous meningoencephalitis), lao màng nhện tủy sống (Spinal tuberculosis arachnoiditis). Bệnh nhân có thể biểu hiện từng loại

I. CHẨN ĐOÁN LAO THẦN KINH TRUNG ƯƠNG:

A- CHẨN ĐOÁN LAO MÀNG NÃO:

1. Hội chứng màng não: Sốt, nhức đầu, nôn ói, cỗ cứng, Kernig (+), Brudzinski (+). Bệnh nhân có thể có rối loạn TK III (sụp mi).
2. Biến đổi dịch não tủy(DNT): protein tăng, đường giảm, tế bào tăng (đa số là lymphocyte, nhưng ở giai đoạn

Chẩn đoán LMN theo các tiêu chuẩn sau:

* Xác định LMN:

- Hội chứng màng não, biến đổi DNT.
- AFB(+)/ DNT (soi trực tiếp hoặc nuôi cấy) hay PCR lao(+)/DNT.

* Có khả năng LMN:

- Hội chứng màng não, biến đổi DNT, kết hợp với ít nhất một trong số các yếu tố sau:
- X-quang phổi có tổn thương nghi lao.
- AFB(+)/ đàm, dịch dạ dày, mủ hạch, mủ màng phổi.
- Lao ngoài phổi (màng bụng, màng phổi, xương, khớp, ...) đã được chẩn đoán xác định.

* Có thể lMN:

- Hội chứng màng não.
- Rối loạn tri giác, dấu TK khu trú.
- Khởi bệnh kéo dài >7 ngày.
- Tiền căn lao cũ.
- DNT màu vàng, đường DNT <50% so với đường huyết, lymphocyte chiếm đa số.

B. CHẨN ĐOÁN LAO NÃO :

1. Lâm sàng:

- Bệnh nhân nhức đầu.
- Rối loạn tri giác.
- Dấu thần kinh khu trú.

2. Cận lâm sàng:

- Dịch não tủy bình thường
- CT Scan não, MRI não có hình ảnh nghi ngờ lao (u lao, thâm nhiễm rải rác...).
- Sinh thiết tổn thương sau phẫu thuật phát hiện lao.

C. LAO MÀNG NHỆN TỦY:

1. Lâm sàng:

- Bệnh nhân không nhức đầu hay chỉ nhức đầu nhẹ.
- Tri giác bình thường, tỉnh táo.
- Yếu liệt 2 chi dưới và rối loạn cơ vòng.

2. Cận lâm sàng:

- DNT thường có màu vàng.
- Hiên tượng phân ly đạm té bào:

- * Protein/DNT thường tăng rất cao, trên 20 lần giá trị bình thường.
- * Té bào/DNT tăng không nhiều, đa số là lymphocyte.

II. Đánh giá và theo dõi:

1. Đánh giá giai đoạn nhập viện (theo BMRC)

- Độ I: Bệnh nhân hoàn toàn tỉnh táo, không có dấu hiệu TK sọ não và TK khu trú (điểm Glasgow 15)
- Độ II: Bệnh nhân tỉnh nhưng có dấu TK sọ não, TK khu trú hoặc rối loạn tri giác kèm dấu hiệu TK sọ não, TK khu trú.
- Độ III: Bệnh nhân hôn mê (điểm Glasgow <= 10)

2. Xét nghiệm cần thực hiện:

- Chọc dò DNT : Sinh hoá (Proteine, Đường, Chloride), té bào. Tìm AFB/DNT (soi trực tiếp, cấy- kháng sinh direkt, cấy-kháng sinh đồ), PCR lao.

Thực hiện chọc dò DNT kiểm tra khi diễn biến lâm sàng xấu.

-X quang phổi

- AFB/đàm hay dịch dạ dày (nếu có tổn thương nghi ngờ trên x quang phổi).
- CTM , Ion đồ, chức năng gan , chức năng thận .
- Đường huyết (làm cùng thời điểm với chọc dò tuy sống).

- Chụp CT Scan và MRI não: Đánh giá tổn thương não, tình trạng não thát của bệnh nhân khi diễn tiến lâm sàng

III. ĐIỀU TRỊ LAO THẦN KINH TRUNG ƯƠNG:

A- Điều trị nội khoa:

1. Điều trị lao theo công thức của Chương trình Chống lao Quốc gia:

Điều trị phác đồ II :

2SRHEZ+RHEZ+5R3H3E3

Công thức điều trị có thể thay đổi đối với phụ nữ mang thai, suy gan, suy thận, ...

2. Corticoid:

- Độ I: Dexamethasone liều 0,3 mg/ kg/ 24 giờ tiêm TM, giảm liều mỗi tuần trong 3 tuần, sau đó chuyển sang uống 24 giờ và giảm liều dần mỗi tuần 1mg trong các tuần kế trước khi ngưng thuốc.

- Độ II—III: Dexamethasone liều 0,4 mg/ kg/ 24 giờ tiêm TM, giảm liều trong 4 tuần, sau đó chuyển sang uống 24 giờ, giảm liều dần mỗi tuần 1 mg cho các tuần kế trước khi ngưng thuốc.

Chống chỉ định với bệnh nhân tiểu đường, loét dạ dày-tá tràng, XHTH, Cao huyết áp...

3. Điều trị phối hợp:

- Bù nước - điện giải: Hầu hết các bệnh nhân LMN đều có rối loạn điện giải với Na⁺ và Cl⁻/ máu giảm do hội chứng mất nước phải được theo dõi thường xuyên. Có thể bù bằng dung dịch NaCl 0,9% hoặc dd NaCl 10%.

- Kháng sinh: Phối hợp theo kháng sinh đồ khi có triệu chứng nhiễm trùng như viêm phổi, nhiễm trùng tiêu, ...

- Chống phù nề :Mannitol 20% với liều 10 mg/ kg/ 5

ngày.

4. Chăm sóc tích cực nhất là những bệnh nhân độ II, III (hôn mê, liệt vận động, ...)

- Chống loét: Xoay trở thường xuyên.

- Nuôi ăn qua sonde với chế độ dinh dưỡng hợp lý.

- Vệ sinh cơ thể và răng miệng hàng ngày.

- Tập phục hồi chức năng sớm đối với bệnh nhân yếu liệt chi.

B- Điều trị ngoại khoa:

Phẫu thuật dẫn lưu dịch não thất xuống ổ bụng làm giảm áp lực sọ não được thực hiện khi bệnh nhân có tình trạng điều trị nội khoa

Tài liệu tham khảo

1. Bộ môn Lao-Bệnh Phổi ĐHYD. TP.HCM (1999), “Lao hệ thần kinh trung ương”, Bệnh học Lao - Phổi, tập I
2. Hoàng Minh (2002), “lao màng não”, Lao màng não-lao màng ngoài tim-lao màng bụng, Nhà xuất bản y học
3. Lê Tân phong (1999), “Nhận định về lao màng não người lớn tại khoa D - Trung tâm Phạm Ngọc Thạch”, Hội và bệnh phổi, Tập 29, tr. 58-69.
4. Agrawal, D., A. Gupta, and V.S. Mehta. (2005), “Role of shunt surgery in pediatric tubercular meningitis with 245-250.
5. American Thoracic Society/Centers for Disease Control and Prevention/Infectious Diseases society of America of Tuberculosis, American journal of respiratory and critical care medicine, 2003, 167, pp. 646-648.
6. Caws, M., G.E. Thwaites, P.M. Duy, D. Q. Tho, N. T. Lan, T. N. Chinh, K. stepniviewska, and J. Farrar (2000) tuberculosis causing multidrug resistant tuberculous meningitis”, Int. J. Tuberc, Lung Dis., (11), pp. 202-208.
7. Choi, S. H., Y. S. Kim, I. G. Bae, J. W. Chung, M. S. Lee, J. M. Kang, J. Ryu, and J. H. Woo (2002), “The potential deaminase activity in the diagnosis of tuberculous meningitis in adult, Clin. Neurol. Neurosurg., (104), pp. 10-15.
8. Cloud, J. L., C. Shutt, W. Aldous, and G. Woods (2004), “Evaluation of a modified gen-probe amplified direct detection of tuberculosi complex organisms in cerebrospinal fluid”, J. Clin. Microbiol., (42), pp. 5341-5344.
9. David P. Dooley, John L. Carpenter, Steven Rademacher (2012), “Tuberculous meningitis”, Adjunctive Corticosteroid Reappraisal of the Literature”, Downloaded from <http://cid.oxfordjournals.org/> by guest on June 10, 2012.
11. Desai, D., G. Nataraj, S. Kulkarni, L. Bichile, P. Mehta, S. Baveja, R. Rajan, A. Raut, A. Shenoy (2006), “Utility of diagnosis of tuberculous meningitis”, Res. Microbiol., (157), pp. 967-970.
12. Donald, P. R., H. S. Schaaf, J. F. Schoeman (2005), “Tuberculosis meningitis and military tuberculosis”, The Lancet, 195.
13. David C., Jatin M. Vycis, David Zieve (2010), “Meningitis Tuberculosis”, The American Accreditatin Health
14. Goel, A. (2004), “Tuberculous meningitis and hydrocephalus”, Neurol. India, (52), pp. 155.

15. Guy E. Thwaites et al. (2004), “Dexamethasone for the Treatment of Tuberculosis Meningitis Adolescents and Adults”, *Journal of the American Medical Association*, October, Number 17, volume 351, pp. 1741-1751.
16. Jakka, S., S. Veena, A.R. Rao, M. Eisenhut (2005), “Cerebrospinal fluid adenosine deaminase levels and adenosine deaminase activity in patients with tuberculous meningitis”, *Infection*, (33), pp. 264-266.
17. Jamal Ahmad, Gautam Das, Basharat Hameed, M. Asim Siddiqui (2004), “Management of hydrocephalus in children with tuberculous meningitis”, *Journal of Pediatric Neurology*, September 2004, 11(3), pp. 161-165.
18. Husain, M., D. K. Jha, M. Rastogi, N. Husain, R. K. Gupta (2005), “Role of neuroendoscopy in the management of hydrocephalus”, *Neurosurg. Rev.*, (28), pp. 278-283.
19. Merrikhi A (2001), “Diagnostic Value Of Adenosine Deaminase Activity and Its Isoenzymes In Tuberculous Meningitis”, *Journal of Clinical Microbiology*. All rights reserved.
20. Marjorie p. Golden (2005), ”Tuberculous meningitis”, *Extrapulmonary Tuberculosis: An Overview*, Mayo Clinic Proceedings, 80(11), pp. 1761-1768.
21. Naveen Chhabra, Ramakant Dixit ,M.L.Aseri (2011), “Recommended dosage regimens of Corticosteroids in corticosteroid therapy in tuberculosis management: a critical reappraisal”, *International Journal of Pharmaceutical and Medical Research*, 2(1), pp. 10-15.
22. Rajpal S Kashyap, Rani P Kainthla, Anju V Mudaliar, Hemant J Purohit, Girdhar M Taori, Hatim F Daginawala (2009), “Cerebrospinal fluid adenosine deaminase activity as a complimentary tool in the early diagnosis of tuberculous meningitis”, *Cerebrospinal Fluid and Spinal Cord*, 46(1), pp. 1-5.
23. Robert N, longfield (2012), “Tuberculous meningitis”, *Extrapulmonary Tuberculosis*, TB extensive course, 10(1), pp. 1-10.
23. Vedantam Rajshekhar (2009), “Management of hydrocephalus in patients with tuberculous meningitis”, *Neurology India*, 57(3), pp. 373-378.
24. WHO (2010), “Treatment of tuberculosis: guidelines”, 4th Edition, WHO/HTM/TB/ 2010.

198/ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ TRÀN KHÍ MÀNG PHỐI TỰ PHÁT

ĐIỀU TRỊ TRÀN KHÍ MÀNG PHỐI TỰ PHÁT

I. ĐỊNH NGHĨA

1. Tràn khí màng phổi tự phát

Tràn khí màng phổi (TKMP) tự phát là dạng tràn khí không có nguồn gốc chấn thương, do vỡ kén khí hoặc bon màng phổi.

2. Tràn khí màng phổi tự phát- nguyên phát.

Là TKMP tự phát xảy ra trên những bệnh nhân không có bệnh lý phổi trước đó.

3. Tràn khí màng phổi tự phát - thứ phát: là hậu quả của một quá trình bệnh lý phổi có sẵn, đa số là do bệnh phổi có thể gặp trong ung thư phổi (nguyên phát hoặc di căn), xơ nang phổi, nang sán chó,...

4. Tràn khí màng phổi theo chu kỳ kinh: được Maurer và Cs mô tả năm 1968 . Đến năm 1972 mới được mang tên xảy ra ở phụ nữ từ 30-40 tuổi

5. Tràn khí màng phổi tự phát ở trẻ em.

- Ở trẻ sơ sinh liên quan với bệnh màng trong ,bệnh thận bẩm sinh, hội chứng Potter và hít nước ối.

- Ở trẻ em TKMP tự phát thứ phát sau bệnh xơ nang phổi

II. CHẨN ĐOÁN TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI TỰ PHÁT.

Lâm sàng

a. Triệu chứng cơ năng

Đau ngực là triệu chứng nổi bật trong TKMP tự phát nguyên phát. Thường bệnh nhân đột ngột đau ngực bên tồn tại khi hít sâu hoặc khi chuyển động thân người, khởi đầu đột ngột, sau đó chuyển dần sang đau âm ỉ. Thường sau 30% các trường hợp thì không đau.

• Khó thở thường xảy ra trong TKMP tự phát thứ phát.

• Ho

b. Triệu chứng thực thể:

- Triệu chứng thực thể điển hình của TKMP là tam chứng Galliard: rì rào phế nang giảm, rung thanh giảm, gõ vang thủng, khám lâm sàng đơn thuần khó phát hiện.

- Tràn khí trung thất có dấu Hamman (tiếng cọ trung thất trong cả hai thùy tách nhau) và triệu chứng:

1. Cận lâm sàng:

- X quang phổi tiêu chuẩn là chủ yếu để chẩn đoán xác định và đánh giá mức độ TKMP.

Trên thực tế trong chỉ định điều trị, dựa trên Xquang phổi thẳng tiêu chuẩn, ở người lớn chia làm hai mức độ:

- TKMP mức độ ít: nếu lượng khí trong khoang màng phổi <20 % dung tích một bên phổi (khoảng cách giữa 2 lỗ thở là 2 cm).
 - TKMP mức độ nhiều: nếu lượng khí trong khoang màng phổi > 20% dung tích một bên phổi (khoảng cách giữa 2 lỗ thở là 3 cm, tức là giảm 50% dung tích một bên phổi). Tình trạng nặng nhất là phổi bên đó bị đầy ép hoàn toàn và không có luồng khí.
- Thường kèm theo hình ảnh tràn dịch màng phổi lượng ít.
- CT scanner rất cần thiết để giúp phân biệt với các kén khí to, khí phế thủng cũng như giúp xác định được đầu và cuối phổi.
- ECG có thể thấy thay đổi ST-T không đặc hiệu, thường dùng để loại trừ các trường hợp lối ngực do nhồi máu cơ tim.

3. Chẩn đoán phân biệt: bệnh cảnh của TKMP tương đối điển hình, cho nên phân biệt dễ dàng với các bệnh cảnh khác như thủng và kén khí lớn dựa trên CT scanner.

III. ĐIỀU TRỊ TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI TỰ PHÁT.

1. Điều trị TKMP tự phát nguyên phát:

1.1 Điều trị ban đầu:

Tràn khí màng phổi mức độ ít, bệnh nhân không khó thở

- Theo dõi bệnh nhân trong vòng 24 - 48 giờ, oxy liệu pháp, chụp X quang phổi kiểm tra

Nếu hết TKMP cho bệnh nhân xuất viện. Hẹn bệnh nhân tái khám sau 1-2 ngày. Đánh giá lại với X quang phổi.

Nếu TKMP không thay đổi hoặc tăng -> chỉ định đặt ống dẫn lưu màng phổi.

TKMP mức độ nhiều hoặc bệnh nhân khó thở bất chấp mức độ TKMP.

- Tất cả bệnh nhân phải nhập viện.

- Đặt ống dẫn lưu màng phổi.

1.2 Điều trị TKMP kéo dài:

- Sau đặt ống dẫn lưu 5 ngày, phổi không nở hoặc vẫn còn dò khí -> phẫu thuật nội soi lồng ngực nếu không có biến chứng.

1.3 Điều trị phòng ngừa TKMP tái phát: làm dính màng phổi bằng phẫu thuật hoặc làm dính màng phổi nội soi.

Chỉ định:

- Cho những bệnh nhân TKMP lần 2 trở lên.

- Bệnh nhân có nghề nghiệp đặc biệt: phi công, thợ lặn,...

- Bệnh nhân sống xa cơ sở y tế.

2. Điều trị TKMP tự phát, thứ phát.

2.1 Điều trị ban đầu:

Tràn khí màng phổi mức độ ít, bệnh nhân không khó thở

- Bệnh nhân nhập viện.

- Theo dõi, oxy liệu pháp nếu không có chống chỉ định, đặt ống dẫn lưu màng phổi khi tình trạng nặng lên.

TKMP mức độ nhiều hoặc bệnh nhân khó thở bất chấp mức độ TKMP.

- Đặt ống dẫn lưu cho tất cả các trường hợp.

2.2 Điều trị TKMP kéo dài:

Phổi không nở hoặc còn dò khí sau đặt ống dẫn lưu 5 ngày: phẫu thuật hoặc làm dính màng phổi nội khoa .

2.3 Phòng ngừa TKMP tái phát: làm dính màng phổi bằng phẫu thuật hoặc làm dính màng phổi nội khoa.

Chỉ định: bệnh nhân TKMP lần 2 hoặc lần đầu mà nguy cơ tái phát cao.

- Phẫu thuật nội soi là phương pháp được lựa chọn trước phương pháp làm dính màng phổi vì có tỉ lệ tái phát thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. -BARKER A, MARATOS E C, EDMONDS L, LIM E.(2007):"Recurrence rates of video-assisted thoracoscopic recurrent pneumothorax ". Lancet. 370:329-325

2. -COUSINS G, JORDAN T L. and KIEV J. (2007):"surgical Management of Bullous Emphysema and Spontaneous Cardiotoracic Surgery ,Johns Hopkins. Ed by D D Yuh ,L A Vricella and W A Baumgartner. McGraw-Hill. USA :306-

3. -LIGHT R W. (2008) :"Pneumothorax-Disorders of the Pleura and Mediastinum ".Harrison's internal Medicine ,Hauser, Longo ,Jameson and Loscalzo .Mc Graw Hill, NY:1658-1660

4. -LIGHT R W.(2007):" Pneumothorax ".Pleural Disease .5th Ed .Lippincott Williams & Wilkins. USA : 306-

5. -LOCICERO J .(1996): "Pneumothorax -Benign and Malignant Disorders of the Pleura ".Glenn's thor.& Cardiovasc Surg. 543.

6. Nguyễn Công Minh (2008) : "Tràn khí màng phổi tự phát ".Điều trị học ngoại khoa lồng ngực tim mạch. NXB Y học Quốc gia, 100 trang.

199/ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRUNG MẠC ÁC TÍNH MÀNG PHỔI

ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRUNG MẠC ÁC TÍNH MÀNG PHỔI

I . Xếp Giai đoạn:

1.1 Bảng tóm tắt TNM (2009):

U TRUNG MẠC ÁC TÍNH MÀNG PHỔI	
T1	Bướu ở màng phổi cùng bên
T1a	Không xâm lấn màng phổi tạng
T1b	Xâm lấn màng phổi tạng
T2	<ul style="list-style-type: none">- Bướu lan tỏa lá tạng- Xâm lấn phổi, cơ hoành cùng bên
T3	<ul style="list-style-type: none">- Liên quan tới bì mặt màng phổi xâm lấn: cân cơ trong lòng ngực, lớp mỡ trung thất, nốt cứng xâm- Không xuyên qua lớp màng ngoài tim
T4	<ul style="list-style-type: none">- Lan tỏa xâm lấn nhiều thành ngực- Xâm lấn tới xương sườn- Xâm lấn qua cơ hoành tới phúc mạc- Xâm lấn cơ quan trong trung thất- Lan tới màng phổi đối bên- Xâm lấn tới cột sống- Tràn dịch màng tim ác tính,- Xâm lấn cơ tim- Xâm lấn lan tỏa chung quanh
N1	Hạch phế quản, rốn phổi cùng bên
N2	Hạch dưới carina, hạch trung thất và hạch vú trong cùng bên
N3	Hạch trung thất, hạch vú trong và hạch rốn phổi đối bên và /hay hạch thượng đòn, hạch cơ bậc thang

M1

Di căn xa

I.2 Xếp giai đoạn theo IMIG:(the International Mesothelioma Interest Group) nhóm nghiên cứu u trung mạc quá

Giai đoạn	T	N
I	T1 a,b	N0
II	T2	N0
III	T1,T2	N1
	T1,T2	N2
	T3	N0,N1,N2
IV	T4	Bất kỳ N
	Bất kỳ T	N3
	Bất kỳ T	Bất kỳ N

II Phác đồ điều trị:

Giai đoạn I:

- Phẫu thuật cắt burous Giai đoạn n-III:

- Có thể phẫu thuật:

+ Hoặc hóa trị gây đáp ứng bằng pemetrexed/cisplatin → phẫu thuật thám sát:

* Phẫu thuật được :

- Cắt màng phổi/ bóc vỏ (P/D: Pleurectomy/Decortication)

- Hay cắt phổi và lá thành (EPP: Extrapleural Pneumonectomy) → Xạ trị nửa ngực sau cắt phổi lá thành

* Không thể phẫu thuật: hóa trị

+ Hoặc phẫu thuật trước → hóa trị hỗ trợ → xạ trị.

- Không thể phẫu thuật: hóa trị Hóa trị bước 1:

Pemetrexed + Cisplatine Chu kỳ 21 ngày . Thời gian điều trị : 4 - 6 chu kỳ.

Pemetrexed 500 mg / m² TTM (10 phút) N: 1

Cisplatine 75 mg/ m² TTM (60 phút) N 1

Pemetrexed + Carboplatine Chu kỳ 21 ngày. Thời gian điều trị: 4 - 6 chu kỳ.

Pemetrexed 500 mg / m² TTM (10 phút) N: 1

Carboplatine AUC =5 TTM (30-60 phút) N 1

Gemcitabine + Cisplatine: Chu kỳ 28 ngày. Thời gian điều trị: 6 chu kỳ.

Gemcitanine 1000mg/ m² TTM (60 phút) N: 1,8,15

Cisplatine 80-100mg/ m² TTM (60 phút) N 1

Pemetrexed 500 mg / m² mỗi 3 tuần

Vinorelbine 30 mg / m²(tối đa 60mg)_TTM (10 phút)_tuần Một chu kỳ gồm 6 tuần liên tiếp.

Hóa trị bước 2: dùng một trong các chất nếu chưa dùng ở bước một.

Pemetrexed , Vinorelbine, Gemcitabine

Phác đồ khác:

Epirubicin 110 mg/m² TM (10 phút) N 1

Chu kỳ 21 ngày . Thời gian điều trị : 4 - 6 chu kỳ.

Pemetrexed + gemcitabine

Pemetrexed 500 mg / m² TTM (10 phút) N: 8

Gemcitanine 1250mg/ m² TTM (60 phút) N: 1,8

Chu kỳ 21 ngày. Thời gian điều trị: 6 chu kỳ.

Chú ý:

- Dùng 350pg - 1000 pg acid folic uống mỗi ngày 3 tuần trước sử dụng Pemetrexed cho đến suốt thời gian điều

- Dùng Vitamin B12: 1000 pg tiêm bắp trước 3 tuần sử dụng Pemetrexed và lập lại mỗi 9 tuần trong suốt thời gian điều

- Uống dexamethasone 4mg x 2 một ngày,trong 3 ngày (trước , trong và sau khi dùng Pemetrexed).

Tài liệu tham khảo

- Klaus Herdrich, Heinz Weinberger, (2010) “Malignant Mesothelioma”, Selected Schedules in the Therapy for Mesothelioma, Baxter, pp 307-311.
- Sabin L.H, Gospodarowicz, Witekind Ch. (2009)- International Union Against Cancer, “Pleural Mesothelioma”, 7th, Wiley- blakwell, pp 145-150.
- Verna Vanderpuye, Nicholas j (2007), “Mesothelioma”, Hematology oncology therapy, Michal M et al, McGraw-Hill, pp 161-162.

200/ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TUYẾN ÚC

Điều trị ung thư tuyến úc

1 Phân loại:

1.1 Phân loại Masaoka

Giai đoạn	Đặc điểm
I	Đại thể bướu nằm hoàn toàn trong vỏ bao không xâm lấn vi thể ngoài vỏ bao
II A	Bướu xâm lấn vi thể ngoài vỏ bao
II B	Bướu xâm lấn lớp mõ trung thất và màng phổi trên đại thể
III	Bướu xâm lấn tới các cấu trúc lân cận (màng tim, mạch máu lớn, phổi) trên đại thể
IV A	Bướu di căn tới màng phổi hay màng tim
IV B	Di căn hạch lymphô hay di căn theo đường máu

1.2 Phân loại giải phẫu bệnh theo Tổ chức Y tế Thế giới

Type mô học	Mô tả
A	U tuyến úc đa bào
AB	U tuyến úc hỗn hợp
B1	U tuyến úc ưu thế tế bào vỏ
B2	U tuyến úc tế bào vỏ
B3	Ung thư tuyến úc biệt hóa tốt
C	Ung thư tuyến úc

2 Điều trị:

2.1 Bướu có thể phẫu thuật được: đánh giá dựa vào giải phẫu bệnh:

- Bướu không còn sót lại:

+ Thymoma, không xâm lấn vỏ bao: theo dõi sát bệnh tái phát bằng chụp CT lồng ngực hàng năm.

+ Thymoma hay carcinom tuyến úc có xâm lấn vỏ bao cần nhắc xạ trị hỗ trợ ở các bệnh nhân có nguy cơ cao. S

- Bướu còn sót lại trên vi thể:

+ Thymoma: xạ trị hỗ trợ. Sau đó theo dõi định kỳ CT ngực hàng năm.

+ Carcinom tuyến úc: xạ trị hỗ trợ kết hợp hóa trị. Sau đó theo định kỳ CT ngực hàng năm.

• Bướu còn sót trên đại thể: Thymoma hay carcinom tuyến úc: xa trị ± hóa trị. Sau đó theo định kỳ CT ngực hàn

2.2 Bướu tiền triển không phẫu thuật được:

- Bướu còn khu trú tiền triển tại chỗ: hóa trị sau đó đánh giá lại khả năng phẫu thuật.

+ Phẫu thuật được: cắt bỏ hoàn toàn bướu nguyên phát và di căn đơn thuần. sau đó cần nhắc xạ trị hỗ trợ.

+ Bướu không thể phẫu thuật: xa trị ± hóa trị

- Bướu di căn nốt đơn độc:

• Hóa trị rồi đánh giá phẫu thuật như trên

• Hay phẫu thuật, sau đó cần nhắc hóa trị hay xạ trị.

• Có bằng chứng di căn xa: hóa trị.

• Bướu tái phát sau điều trị: hóa trị.

3 Phác đồ hóa trị

3.1 Hóa trị bước 1:

1. CAP:

Cyclophosphamide

500 mg/m²

TM

Doxorubicine

50 mg/m²

TM

Cisplatine	50mg/ m ²	TtM
Chu kỳ 21 ngày. Thời gian điều trị : 2- 4 chu kỳ Như là liệu pháp hóa trị gây đáp ứng và sau đó xạ trị.		
Hay		
Cyclophosphamide	500 mg/m ²	TM
Doxorubicine	20 mg/m ²	TM
Cisplatine	30mg/ m ²	
TtM (60 phút)	N 1-3	
Prednisone	100mg	uối
Chu kỳ 21-28 ngày . Thời gian điều trị : 3 chu kỳ sau đó xạ trị.		
2. ADOC:		
Doxorubicine	40 mg/m ²	TM
Cisplatine	50mg/ m ²	TT
Vincristine	0,6mg/ m ²	TM
Cyclophosphamide	700 mg/m ²	TM
3. Ep:		
Etoposide	120mg/m ²	TT
Cisplatine	60mg/ m ²	TT
Chu kỳ 21 ngày.	Thời gian điều trị :	4 -
4. VIP:		
Etoposide	75mg/m ²	TT
Ifosfamide	1200 mg/ m ²	TT
Cisplatine	20mg/ m ²	TT
Chu kỳ 21 ngày.Thời gian điều trị : 4 -6 chu kỳ.		
5. CP: carboplatin+ paclitaxel:		
Carboplatin	AUC 5	TT
Paclitaxel	225 mg/ m ²	TT
3.2 Hóa trị bước 2:		
1. Etoposide		
2. Ifosfamide (phối hợp với mesna)		
Ifosfamide	1500 mg/ m ²	TT
3. Pemetrexed:		
4. Octreotide ± prednisone		
Octreotide 0,5 mg tiêm dưới da 2 lần /ngày Tối đa dùng 1 năm.		

5. 5 Fluorouracil và leu covorin

6. Gemcitabine

7. Paclitaxel

Tài liệu tham khảo

1. Hanneke Wilmink, Guisseppe Giaconne (2007), "Thymic carcinoma", Hematology oncology therapy, Michael J. Callahan, pp 478.
2. Klaus Herdrich, Heinz Weinberger,(2010) "Thymoma/Thymic carcinoma", Selected Schedules in the Therapeutic Management of Solid Tumors, Baxter, pp 387-389.
3. NCCN (2012), "Thymic carcinoma", Clinical practice guideline in oncology, v1

201/ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI MẮC PHẢI CỘNG ĐỒNG

VIÊM PHỔI MẮC PHẢI CỘNG ĐỒNG (VPMPCD)

Định nghĩa:

Viêm phổi mắc phải cộng đồng khi bệnh nhân có ≥ 2 triệu chứng nhiễm trùng cấp tính, đi kèm với tổn thương phổi, ho hoặc thay đổi âm phế bào và/hoặc ran khu trú, không nhập viện hoặc không sống trong bệnh viện ≥ 14 ngày trước đó.

Hệ thống tính điểm CURB-65:

- Lú lẩn 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 Erythromycin 500 mg X 4 lần/ ngày hay Clarithromycin 500 mg X 2 lần/ ngày.
Viêm phổi không nặng, điều trị tại bệnh viện.	(1) Kháng sinh dùng đường uống: Amoxicillin 500-1 Erythromycin 500 mg X 4 lần/ngày hoặc Clarithromycin 500 mg X 2 lần/ ngày (2) Nếu cần dù Ampicillin 500 mg X 4 lần/ ngày hay Benzylpenicillin kết hợp với: Erythromycin 500 mg X 4 lần/ ngày hoặc Clarithromycin 500 mg X 2 lần/ ngày
Điều trị thay thế cho viêm phổi không nặng, được điều trị tại bệnh viện.	Kháng sinh dùng đường uống: Levofloxacin 500 mg Moxifloxacin 400 mg X 1 lần/ ngày.
Viêm phổi nặng, điều trị tại bệnh viện.	Tất cả kháng sinh đều dùng đường tĩnh mạch: Amoxicillin/Acid clavulanic: 1,2 g X 3 lần/ ngày Cefuroxime 1,5 g X 3 lần/ ngày C 1 lần/ ngày Kết hợp với: Erythromycin 500 mg X 4 lần/ ngày hoặc Clarithromycin 500 mg X 2 lần/ ngày.
Điều trị thay thế cho viêm phổi nặng, được điều trị tại bệnh viện.	Tất cả kháng sinh đều dùng đường tĩnh mạch: Benzylpenicillin 1200 mg X 4 lần/ ngày + Levofloxacin 500 mg X 2 lần/ ngày.

Tiêu chuẩn xuất viện:

Nếu trong vòng 24 giờ trước xuất viện, bệnh nhân có ≤1 triệu chứng sau:

- Thân nhiệt >37,8°C.
- Mạch >100 lần/ phút.
- Nhịp thở >24 lần/ phút.
- Huyết áp tâm thu <90 mmHg.
- SpO2 <90%.
- Không có khả năng dùng thuốc đường uống.
- Tình trạng ý thức bất thường [1], [4].

Tài liệu tham khảo:

1. Bartlett JG, Dowell SF, Mandell LA, File TM Jr, Musher DM, Fine MJ (2000), “Practice guidelines for the management of community-acquired pneumonia in immunocompetent adults”. Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2000;31:347-382.
2. Hoare Z, Lim WS (2006), “Pneumonia: update on diagnosis and management”, BMJ2006;332;1077-1079.
3. Lim WS, van der Eerden MM, Laing R, Boersma WG, Karalus N, Town GI, Lewis SA, Macfarlane JT (2003) A new classification of pneumonia based on severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study”, Thorax 58:377-382.
4. Mandell LA, Bartlett JG, Dowell SF, File TM Jr, Musher DM, Whitney C; Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2003;37:1405-1433.

202/ CHỌC DÒ VÀ SINH THIẾT MÀNG PHỔI

CHỌC DÒ VÀ SINH THIẾT MÀNG

MỤC ĐÍCH:

1. Chọc dò màng phổi: dùng kim nhỏ chọc qua thành ngực vào khoang màng phổi để rút dịch màng phổi.
2. Sinh thiết màng phổi: dùng kim sinh thiết chọc qua thành ngực vào khoang màng phổi để lấy tổ chức của lá phổi.

CHỈ ĐỊNH:

Chọc dò:

Để chẩn đoán tất cả các trường hợp tràn dịch màng phổi. Để chọc tháo bớt dịch khi lượng dịch nhiều làm bệnh nhân khó thở.

Sinh thiết:

Tất cả các tràn dịch màng phổi dịch tiết, chưa rõ nguyên nhân.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Chọc dò:

- Đề chẩn đoán: không có chỏng chỉ định.
- Đề chọc tháo: chỏng chỉ định tương đối khi có nghi ngờ nguyên nhân của tràn dịch màng phổi là do suy tim.

Sinh thiết:

- Chọc thăm dò màng phổi mà không rút được dịch hoặc lượng dịch quá ít rút khó khăn.
- Bệnh nhân suy hô hấp, suy kiệt nặng.
- Bệnh nhân không hợp tác.

CHUẨN BỊ:

Cán bộ chuyên khoa:

Bác sĩ chuyên khoa hô hấp.

Phương tiện:

- Kim 23-25G + bơm tiêm 10 ml, kim 18G
- Bông gòn, gạc, cồn.
- Các ống nghiệm vô trùng.
- Máy hút.
- Lidocain 2%, Atropin.
- Kim Abrams (hoặc kim Castelain).
- Dao mổ đầu nhọn.
- Lọ Formol.

Bệnh nhân:

- Được giải thích để yên tâm.
- Làm xét nghiệm máu chảy, máu đông nếu làm sinh thiết.
- Tiêm dưới da 0,25 mg Atropin trước khi tiến hành phẫu thuật.

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

Chọc dò:

- Định vị nơi chọc dò: dựa trên X-quang, trường hợp khó có thể nhờ siêu âm đánh dấu.
- Sát khuẩn ngoài da.
- Gây mê tại chỗ bằng Lidocain 2%, dùng kim nhỏ (25G) gây mê nốt dưới da rồi gây mê dần dần đến màng phổi.
- Khi kim vừa qua khỏi màng phổi thành, ngừng lại và rút dịch. Nếu dịch rút nặng tay, thay kim gây mê bằng kim còn rút ra được nhẹ tay thì có thể tiến hành sinh thiết màng phổi.

Sinh thiết:

- Dùng dao mổ rạch da #0,5 cm và sâu #0,5 cm.
- Kim Abrams ở vị trí khoá, đẩy kim qua vết rạch da, dựa sát bờ trên xương sườn, khi qua khỏi màng phổi thành Rút nòng thông ra, lắp ống tiêm vào, xoay nòng trong qua trái để mở cửa sổ rồi hút thử, nếu có dịch tức đầu kim
- Gỡ ống tiêm ra, đút nòng thông vào trở lại - Cửa sổ mở và hướng xuống dưới - Vừa kéo kim ra vừa đè nhẹ kim sổ, sẽ có cảm giác kéo ra bị vướng. Xoay nòng trong qua phải để cắt phần màng phổi bị vướng trong cửa sổ - R
- Có thể đưa kim vào trở lại để sinh thiết lần 2 và rút dịch giải tỏa nếu cần.
- Dùng gạc day lên vết thương để xoá bỏ đường hầm. Băng ép đơn giản.

THEO ĐỐI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN:

1. Sốc thần kinh phê vị: điều trị tùy theo mức độ.
2. Tràn khí màng phổi do chọc kim vào phổi hay do khí lọt qua kim:
 - Ít (khối lượng phổi xẹp < 20%) không cần xử lý.
 - Nhiều thì chọc hút khí, dẫn lưu bằng ống thông.
3. Xuất huyết do chạm mạch: chỉ cần băng ép lại.
4. Bội nhiễm màng phổi: bệnh nhân sốt, dịch màng phổi đục hoặc hoá mủ. Điều trị như tràn mủ màng phổi.
5. Sốc do tháo dịch nhanh: thường xảy ra khi chọc tháo lượng nhiều và tốc độ nhanh: bệnh nhân ho, tức ngực, khó thở - Nếu bệnh nhân khó thở nhiều: để không khí lọt tự do qua lỗ kim tràn vào khoang màng phổi tránh bằng cách:
 - Không chọc tháo với lực hút âm quá 40 cmH₂O.

- Không chọc tháo quá 1-1,5 lít một lần, hoặc ngưng hút ngay khi bệnh nhân bắt đầu ho.

203/ CHỌC HÚT TỔN THƯƠNG PHỔI BẰNG KIM NHỎ VÀ SINH THIẾT PHỔI BẰNG KIM

CHỌC HÚT TỔN THƯƠNG PHỔI BẰNG KIM NHỎ VÀ SINH THIẾT PHỔI BẰNG KIM

MỤC ĐÍCH:

Là phương pháp dùng kim lăp vào bơm tiêm chọc qua thành ngực vào vùng phổi tổn thương sau khi đã xác định của màn soi X-quang, hút mảnh tổ chức để chẩn đoán về tế bào học, vi trùng học; riêng với kim sinh thiết phổi học.

CHỈ ĐỊNH:

Chọc hút bằng kim nhỏ:

Các tổn thương phổi dạng u hoặc đông đặc mà các biện pháp chẩn đoán ít xâm lấn hơn chưa mang lại kết quả, nêu chỉ định phẫu thuật.

Sinh thiết:

Như trên, nhưng có thêm điều kiện tổn thương phải sát thành ngực.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Nghi ngờ tổn thương mạch máu hoặc kén sán *Ecchinococcus* (Kysthydatique).
- Bệnh nhân không hợp tác, bệnh nhân ho không cầm được.
- Khí phế thũng.
- Rối loạn đông máu.
- Bệnh nhân chỉ còn một phổi.
- Đối với sinh thiết phổi, tổn thương ở xa thành ngực.

CHUẨN BỊ:

Cán bộ chuyên khoa:

- Bác sĩ chuyên khoa phổi.

Phương tiện:

- Khay vô khuẩn.
- Kim gây mê 25G.
- Kim #22G có nòng trong, 18G.
- Bơm tiêm 10 cc.
- Lam kính.
- Dung dịch Formol.
- Cồn, Lidocain, bông gòn.

Người bệnh:

- Trước khi chỉ định sinh thiết, xét nghiệm: máu chảy, máu đông, chụp phổi thẳng, nghiêng.
- Được giải thích để yên tâm.
- Chích ngoài da 0,25 mg Atropin để ngừa phản ứng kích thích phế vị.

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. Xác định điểm chọc dựa vào lâm sàng và hình ảnh tổn thương trên phim Xquang, có thể nhờ siêu âm đánh dấu.
2. Sát trùng da.
3. Gây mê đến màng phổi.
4. Chọc kim tới tổn thương.
5. Rút nòng thông ra và đưa kim tới lui trong phạm vi tổn thương, đồng thời kéo nhẹ piston để kéo lấy bệnh phẩm.
6. Bệnh phẩm được phết lên lam để đọc tế bào học đối với chọc hút, bơm vào lọ formol để chẩn đoán giải phẫu gửi thêm vi trùng học.

THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN:

1. Tràn khí màng phổi:

- Ít thì không cần xử lý.
- Nhiều thì chọc hút khí, dẫn lưu bằng ống thông.

2. Khạc ra máu: bất động, cho thuốc an thần, xử lý cấp cứu ho ra máu.

3. Tràn khí dưới da: không cần xử lý.

4. Di căn ung thư theo đường chọc: chiếu xạ 1 liều, hiện chưa có khả năng phòng tránh.

5. Nhiễm khuẩn: kháng sinh.

6. Sốc thán kinh phé vị: điều trị tùy theo mức độ.

204/ CHỐNG MÁY VÀ CÁCH XỬ TRÍ

CHỐNG MÁY VÀ CÁCH XỬ TRÍ

I. KHÁI NIỆM:

Chống máy là tình trạng mất đồng thời giữa BN và máy thở, biểu hiện thông qua các biến đổi:

- Thở nhanh, nhịp tim nhanh, tăng hoặc giảm huyết áp, rối loạn nhịp tim, vã mồ hôi, co kéo cơ hô hấp, cánh mũi...
- Peak flow (lưu lượng đỉnh) trong thông khí thê tích, thê tích khí lưu thông trong thông khí áp lực có biến động
- Đường biểu diễn áp lực đường thở, dòng, và thê tích có biến đổi so với giá trị nền.

II. NGUYÊN NHÂN:

11.1. Từ máy thở:

- Cài đặt máy thở không phù hợp đối với:

+ Trigger

+ Mức kiểm soát hoặc mức hổ trợ áp lực + Ti

+ Dòng đỉnh + Rise time + Độ nhạy thở ra + Các cài đặt báo động + FiO 2 + PEEP

+ Thể tích lưu thông

- Rò rỉ khí hoặc tuột dây máy thở

- Hệ thống làm ấm và ẩm bị trực trặc

- Hỗn van thở ra

- Trục trặc chức năng của máy thở

- Hệ thống báo động cài đặt không hợp lý

11.2. Từ đường thở:

- **Ống NKQ nằm sai vị trí:**

+ Ống vào sâu tới phế quản gốc

+ Ống bị tuột ra ngoài

- **Bóng chèn nằm tại dây thanh**

- **Các ván đè liên quan bóng chèn:**

+ Rách bóng

+ Bóng chèn bị trôi lên thanh môn

+ Ống NKQ bị xoắn vặn

- **Tắc ống**

- **Chấn thương đường thở do canule mở khí quản**

+ Rò khí-thực quản

+ Hẹp khí quản ở chỗ tỳ đè ở đầu ống mở khí quản

II. 3. Từ bệnh nhân:

- Đường thở: tăng tiết dịch, tắc nghẽn, phù niêm mạc, co thắt phế quản;
- Nhu mô phổi: Xẹp phổi, đông đặc, căng phồng quá mức;
- Khoang màng phổi: TKMP, TDMP, mủ màng phổi, rò PQ-màng phổi;
- Rối loạn chức năng tim mạch: NMCT cấp, suy tim út huyết, tăng gánh thể tích;
- Hệ điều hành thông khí rối loạn: sốt, đau, lo lắng, sảng, khẩu phần carbohydrat quá mức, hỗ trợ dinh dưỡng khẩn cấp.

III. XỬ TRÍ:

Khi có thay đổi đột ngột suy hô hấp ở BN đang thở máy cần xử trí có hệ thống:

- + Ngưng thở máy, bóp bóng với oxy 100% giúp ổn định BN, và loại bỏ yếu tố máy thở gây ra suy hô hấp;
- + Đánh giá tình trạng rò rỉ của bóng chèn và tình trạng gia tăng kháng lực đường thở trong quá trình thông khí;
- + Nếu kháng lực đường thở quá cao, luôn xông hút đậm qua NKQ để phát hiện có tắc nghẽn NKQ hay không;
- + Khám thực thể, chụp x-quang ngực xem có TKMP?
- + Sau khi BN ổn định trở lại nhờ bóp bóng, tiến hành tìm kiếm cẩn thận hơn tất cả các nguyên nhân có thể còn lây.

THAM KHẢO:

1. Principles and Practice of Mechanical Ventilation, Martin J. Tobin, 1994.
2. Những vấn đề cơ bản trong thông khí nhân tạo,
Nhà xuất bản Y học, 2009, Tr. 37,95.

205/ CÁC PHƯƠNG PHÁP THÔNG KHÍ CƠ HỌC

CÁC PHƯƠNG PHÁP THÔNG KHÍ CƠ HỌC (TKCH)

I. CÁC PHƯƠNG THỨC THÔNG KHÍ CƠ HỌC:

I.1. THÔNG KHÍ KIÊM SOÁT (CMV: Controlled Mechanical Ventilation)

- Toàn bộ thông khí do máy thở quyết định thông qua các thông số cài đặt, gồm kiểm soát thể tích hoặc kiểm soát áp lực mạnh (\pm giãn cơ) để bảo đảm sự đồng bộ giữa máy thở và bệnh nhân.



Kiểm soát thể tích
Kiểm soát áp lực

- Chỉ định. Các bệnh lý hô hấp rất nặng cần sự thích nghi hoàn toàn của bệnh nhân với máy thở. hội chứng tắc màng phổi), thiếu oxy máu nặng (viêm phổi nặng, ARDS...).
- Các thông số cài đặt. F (Tần số thở), I/E (Tỷ lệ thời gian hít vào-thở ra), V_t (Thể tích khí lưu thông), lưu lượng FiO₂ (Phân suất oxy hít vào), \pm PEEP (Áp lực dương cuối kỳ thở ra).

I.2. THÔNG KHÍ HỖ TRỢ-KIÊM SOÁT (ACV: Assist-Control Ventilation)

- Cho phép bệnh nhân kích hoạt thì hít vào (trigger), thở với chính tần số thở của mình. Mỗi nhịp thở sẽ được cung cấp lực hít vào (thông khí kiểm soát áp lực) cài đặt trước.
- Phải bảo đảm thông khí phút tối thiểu, an toàn ở mức độ vừa phải.



Nhịp thở hỗ trợ Nhịp thở bắt buộc

- Chỉ định . Khởi đầu cho hầu hết các trường hợp TKCH xâm lấn.
- Các thông số cài đặt. Tương tự thông khí có kiểm soát (CMV), thêm Trigger. kích hoạt khởi phát thì hít vào.

I.3. THÔNG KHÍ BẮT BUỘC NGẮT QUÃNG ĐỒNG BỘ (SIMV: Synchronized Intermittent Mandatory Ventilation)

- Cung cấp bệnh nhân 1 tần số thở thấp với Vt cài đặt trước, đây là những nhịp thở trợ giúp đồng bộ (nếu bệnh nhân không trigger được máy) trong giai đoạn cửa sổ hỗ trợ mở (assist window). Khoảng thời gian giữa các nhịp thở tự nhiên này có thể được trợ giúp bằng 1 áp lực hít vào (PS: pressure support), nếu có cài đặt thêm PS



Nhịp thở hỗ trợ Nhịp thở tự nhiên Nhịp thở bắt buộc

- Chỉ định: Tập thở trên bệnh nhân thở máy lâu ngày, cai máy thở.
- Các thông số cài đặt. tương tự phương thức ACV ± PS.

I.4. THÔNG KHÍ HỖ TRỢ ÁP LỰC (PSV : Pressure Support Ventilation)

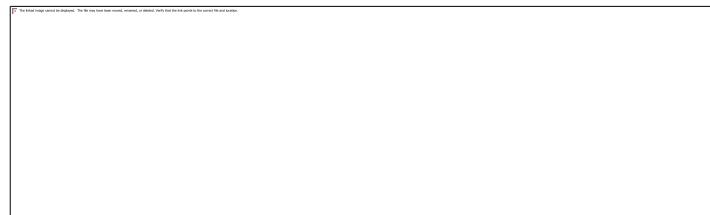
- Mỗi chu kỳ thở được khởi phát bởi bệnh nhân và được hỗ trợ 1 áp lực hít vào (PS) cài đặt trước. Bệnh nhân tự hút khí.
- Chỉ định . Cai máy thở, kết hợp với SIMV hay CPAP.
- Các thông số cài đặt. Trigger, PS, FiO₂, Ti max.

I.5. THÔNG KHÍ TỰ NHIÊN VỚI ÁP LỰC ĐƯỜNG THỞ DƯƠNG (Positive Airway Pressure Spontaneous Ventilation)

- Chỉ định: TKCH qua mặt nạ các trường hợp: suy hô hấp, thiếu oxy máu (viêm phổi, OAP do tim...), đợt cấp BLS, hội chứng ngưng thở lúc ngủ, ngừa xẹp phổi hậu phẫu, chấn thương ngực, ...

I.5.1.Thông khí áp lực dương liên tục đường thở (CPAP : Continuous Positive Airway Pressure)

- Thông khí tự nhiên 1 mức áp lực dương liên tục bằng cách cài đặt PEEP.



I.5.2. Thông khí với 2 mức áp lực dương liên tục đường thở (BIPAP: Bilevel Positive Airway Pressure)

- Thông khí với 2 mức CPAP khác nhau. Thời gian thở ở 2 mức áp lực cao và thấp được cài đặt trước.



- Một dạng khác của phương thức hỗ trợ áp lực áp lực dương 2 thùy (BiPAP Biphasic Positive Airway Pressure) là

II. CÁC THÔNG SỐ CÀI ĐẶT:

Các thông số cài đặt tùy thuộc sự đồng bộ giữa bệnh nhân và máy thở, diễn tiến bệnh lý và các hoạt động cơ học

II. 1. Dạng sóng lưu lượng và lưu lượng đỉnh hít vào (peak flow)

- Sóng lưu lượng hít vào: sóng vuông và sóng giảm dần, thường sử dụng dạng giảm dần (do Pmean cao hơn, P_{0.1} thấp)
- Lưu lượng đỉnh hít vào (peak flow) sẽ quy định Ti với Vt đã cài đặt. Peak flow thường khởi đầu khoảng 60 l/phút

11.2. Thể tích khí lưu thông (Vt) và tàn số hô hấp (F):

- Quyết định thông khí phế nang, điều chỉnh dựa vào PaCO₂ và pH máu động mạch. Tùy bệnh lý ở phổi là tắc nghẽn hay suy yếu sẽ được chọn lựa thích hợp.

- Vt khởi đầu thường cài đặt khoảng: 10-12 ml/ kg. Bệnh nhân với ARDS, đợt cấp BPTNMT cài đặt thấp hơn: 6-8 ml/kg
- F thường cài đặt khoảng 16-18 lần/ phút; thấp hơn trong các phương thức tập thở, cai máy (SIMV).

11.3. Tỷ lệ thở -thở ra (I/E):

- I/E =1/2: sinh lý.
- I/E =1/3: trong các bệnh lý tắc nghẽn (COPD, suyễn).

11.4. Áp lực dương cuối thi thở ra (PEEP: Positive End Expiratory Pressure)

- Mục đích chính của PEEP tăng huy động phế nang, ngừa xẹp phổi, tăng khả năng trao đổi khí. Mục tiêu là đưa áp lực phổi tối thiểu trên huyết động.
- PEEP thường được cài đặt ban đầu 3-5 cmH₂O, sau đó tăng dần từng mức 3-5 cmH₂O, theo dõi sát tình trạng oxy hóa. PEEP cài đặt ở mức cao: >10 cmH₂O, không nên hạ độ ngọt, giảm từng mức 3-5 cmH₂O nếu cần giảm, kèm theo tăng Vt.
- PEEP có thể áp dụng ở các bệnh nhân thở tự phát (CPAP) hay thông khí cơ học.

- PEEP được sử dụng chủ yếu trong suy hô hấp hạ oxy máu (ARDS, phù phổi do tim). Ở bệnh nhân BPTNMT nồng độ PEEP cao có thể làm giảm công hít vào, ngừa xẹp đường thở.

11.5. Kích hoạt thì hít vào (Trigger)

- Cho phép máy thở nhận biết bệnh nhân bắt đầu có gắng hít vào.
- Cài đặt theo lưu lượng từ 2-5 l/p hay áp suất từ -1 đến -2 cmH₂O.
- Trigger lưu lượng (flow-by) làm giảm công khởi phát hít vào hơn so với trigger áp suất.

11.6. Phân suất oxy hít vào (FiO₂: Fractional Inspired Oxygen)

- Thiếu oxy máu nguy hiểm hơn thở oxy nồng độ cao trong thời gian ngắn.
- FiO₂ 100% được cài đặt ban đầu cho tất cả bệnh nhân bắt đầu thở máy, sau đó giảm xuống bảo đảm PaO₂ >60 mmHg.

11.7. Hỗ trợ áp lực hít vào (PS: pressure support)

- PS thường được cài đặt 10-20 cmH₂O tùy trường hợp cụ thể, điều chỉnh dựa vào tàn số hô hấp và thể tích lưu lượng.

III. CHỈ ĐỊNH THÔNG KHÍ CƠ HỌC XÂM LẤN:

- Ngưng thở;
- Suy hô hấp nặng:
 - + Giảm oxy máu nặng: PaO₂ <60 mmHg với FiO₂ ≥ 60%

Và/hoặc: PaCO₂ >45 mmHg với pH < 7,35 + Thở nhanh >35 l/p, co kéo, thở nghịch bụng;

- + Rối loạn tri giác: lơ mơ, hôn mê;

206/ DẪN LUƯU MÀNG PHỔI

DẪN LUƯU MÀNG PHỔI

ĐỊNH NGHĨA:

Là thủ thuật đặt ống dẫn lưu vào khoang màng phổi, sau đó nối ống này với một hệ thống dẫn lưu kín hay còn gọi là ống dẫn lưu.

CHỈ ĐỊNH:

- Tràn khí màng phổi lượng nhiều (>20% thể tích phổi) hoặc mọi tràn khí màng phổi gây suy hô hấp.
- Tràn mủ màng phổi tự do, hoặc vị trí ổ mủ cho phép đặt ống dẫn lưu (trong phạm vi từ đường nách trước đến đường hông sau).
- Tràn máu màng phổi.
- Dưỡng tráp màng phổi (do chấn thương).

CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Đối với tràn khí màng phổi gây suy hô hấp: không có chống chỉ định.
- Đối với các trường hợp còn lại, cần cân nhắc lợi hại nếu bệnh nhân quá yếu hoặc có rối loạn đông máu.

CHUẨN BỊ:

Cán bộ chuyên môn:

- Bác sĩ chuyên khoa phổi.

Phương tiện:

- Bộ tiêu phẫu.
- Ống dẫn lưu: dài #30 cm, cắt các lỗ bên ở một đầu
- Ống nối: dài #50 cm + raccord để nối giữa 2 ống.
- Hệ thống bình dẫn lưu: 1 bình hoặc 2 bình - chứa sẵn nước cất vô trùng.

Người bệnh:

- Được giải thích mục đích và nội dung thủ thuật.
- Atropin 0,25 mg tiêm dưới da 15-30 phút trước khi tiến hành thủ thuật
- Riêng đối với tràn khí màng phổi suy hô hấp cấp, để tiết kiệm thời gian, không cần thiết thực hiện động tác này.

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

- Bệnh nhân nằm ngửa hoặc nghiêng về bên phổi lành, tay gác ra sau đầu.
- Sát trùng da rộng bên ngực cần dẫn lưu.
- Xác định vị trí dẫn lưu:
 - + Đối với tràn khí màng phổi hoặc tràn khí - tràn dịch màng phổi: liên sườn 3-4 hoặc liên sườn 4-5 đường nách
 - + Đối với tràn dịch màng phổi (mủ, máu, đường tráp): liên sườn 4-5 hoặc liên sườn 5-6 đường nách giữa.
 - + Đối với các ổ khí hoặc dịch khu trú: xác định vị trí dựa vào X-quang phổi thẳng + nghiêng, hoặc nhò siêu âm
- Gây mê tại chỗ với Lidocain 2%, gây mê dưới da và sâu dần đến màng phổi thành. Rút kiem tra xem có khí hoặc không thể đặt ống dẫn lưu tại vị trí đã chọn được.
- Rạch da #2 cm - Dùng kẹp Kelly tách phần mềm cho đến khi tới khoang màng phổi.
- Đầu xa của ống dẫn lưu được kẹp kín lại - Đầu còn lại đã được cắt sẵn các lỗ bên sẽ được kẹp dọc bởi kẹp Kelly.
- Giữ nguyên ống dẫn lưu, rút kẹp Kelly ra, đẩy ống dẫn lưu vào sâu thêm vài cm và hướng lên trên đối với tràn dịch màng phổi.
- Khâu da và dùng chỉ cố định ống.
- Có thể khâu sẵn một sợi chỉ hình chữ U để dành sau này khi rút ống sẽ thắt sợi chỉ này.
- Nếu có Trocart thích hợp với ống dẫn lưu, công việc sẽ nhẹ nhàng hơn vì đưa Trocart vào khoang màng phổi
- Nối ống dẫn lưu với ống nối dẫn đến bình dẫn lưu - Mở kẹp và quan sát khí hoặc dịch thoát ra, đồng thời mục đong lên xuống theo hô hấp người bệnh.
- Băng vết mổ.

THEO ĐỐI VÀ XỬ LÝ TAI BIÊN:

Bệnh nhân đau nhiều khi đặt ống:

Gây mê lại cho kỹ. Kiểm tra lại đường hầm đã bóc tách có nằm đúng ở khe liên sườn không - khi đưa ống dẫn lưu không được dùng sức mạnh để đẩy.

Bệnh nhân sốc: Xử trí chống sốc.

Xuất huyết:

Khi thao tác bóc tách và đưa ống dẫn lưu vào, cẩn thận tránh bờ dưới xương sườn trên - Truyền dịch, theo dõi m

Khó thở do lượng dịch thoát ra nhiều và nhanh:

Cột ống dẫn lưu lại, điều chỉnh cho lượng dịch chảy ra từ từ và thích hợp sức chịu đựng người bệnh.

Theo dõi hoạt động của hệ thống dẫn lưu:

* Ông cảm trong bình dẫn lưu phải ngập 2-3 cm - Quá nồng: khi bình nghiêng ông sẽ thông với khí trời; quá sâu lưu - Do vậy, đối với các trường hợp tràn mủ hoặc tràn máu lượng lớn, hệ thống dẫn lưu 2 bình sẽ thuận lợi hơn

* Đối với hệ dẫn lưu 1 bình, bình dẫn lưu phải đặt thấp hơn lồng ngực bệnh nhân ít nhất 40 cm.

* Dao động của cột nước theo hô hấp của người bệnh chứng tỏ hệ thống hoạt động tốt. Khi thấy cột nước hết da các khả năng:

- Phổi nở hoàn toàn: kết quả tốt.
- Ông dẫn lưu bị nghẹt (bởi máu, mủ, giả mạc): bơm rửa màng phổi với NaCl 0,9%.
- Ông dẫn lưu bị tuột khỏi khoang màng phổi: đặt lại ống.

Tràn khí dưới da:

- Kiểm tra xem ống dẫn lưu có bị nghẹt.
- Kiểm tra xem các lỗ bên của ống dẫn lưu có bị tuột ra ngoài khoang màng phổi.
- Kiểm tra ống thông hơi: ống này phải bảo đảm thông suốt và kích thước lớn hơn hoặc bằng kích thước ống dẫn lưu.
- Nếu hệ thống ống dẫn vẫn hoàn chỉnh và hoạt động tốt, đặt máy hút liên tục với áp lực âm thích hợp với sức ch 40cm H₂O.

Bội nhiễm:

Kháng sinh, bơm rửa màng phổi với NaCl 0,9%.

Theo dõi rút ống dẫn lưu:

Sau 5 ngày đặt ống, kiểm tra lại X-quang, nếu thấy phổi nở hoàn toàn, ống dẫn lưu ngưng hoặc hoạt động yếu và bệnh nhân hết khó thở thì kẹp ống dẫn lưu theo dõi 24 giờ.

Sau 24 giờ kẹp ống, kiểm tra lại X-quang, nếu thấy phổi không tràn khí lại và tình trạng lâm sàng bệnh nhân ổn thương. Trường hợp nếu sau 5 ngày đặt ống, kiểm tra X-quang phổi chưa nở, nên mời hội chẩn khoa ngoại để c

207/ HO RA MÁU XỬ TRÍ CẤP CỨU

HO RA MÁU XỬ TRÍ CẤP CỨU

I. CHẨN ĐOÁN HO RA MÁU:

1. Định nghĩa ho ra máu:

Ho ra máu là máu từ đường hô hấp dưới (vùng dưới thanh môn) được ho, khạc, trào, ọc ra ngoài qua đường miệ

2. Chẩn đoán phân biệt:

- Khạc ra máu từ đường hô hấp trên do tổn thương chảy máu vùng mũi, họng, răng, miệng.
- Ói ra máu do xuất huyết dạ dày: máu ói ra lẫn thức ăn, đỏ thẫm, có khi lẫn máu cục, ít bọt sau đó, người bệnh có thể nôn nao, khác với ho ra máu là nóng và ngứa ở trong ngực và cổ.

3. Phân loại ho ra máu: có 3 mức độ

- Ho ra máu nhẹ: từ vài ml đến dưới 50 ml/ 24 giờ. Ho ra máu loại này chiếm đa số những bệnh nhân ho ra máu.
- Ho ra máu trung bình: khi từ 50-200 ml/ 24 giờ.
- Ho ra máu nặng: khi trên 200 ml/ 24 giờ hoặc ho ra một lượng máu đủ để gây rối loạn trao đổi khí do tắc nghẽn.

II. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN VÀ THEO DÕI:

1. Tình trạng hô hấp: ho ra máu có tắc nghẽn đường thở gây suy hô hấp? Theo dõi SpO₂ của bệnh nhân.
2. Tình trạng tim mạch: theo dõi mạch, huyết áp xem có trụy tim mạch?
3. Tình trạng tinh thần của bệnh nhân: bệnh nhân có bình tĩnh, có hợp tác với thầy thuốc hay không, hay quá lo lắng?
4. Ước lượng số lượng máu mất.

Xét nghiệm:

- Công thức máu, nhóm máu, creatinin huyết, đường huyết, ion đồ.
- Chụp phim X-quang lồng ngực.

III. MỤC TIÊU ĐIỀU TRỊ:

1. Phòng ngừa cho bệnh nhân không bị suy hô hấp, suy tuần hoàn do ho ra máu.
2. Giảm lượng máu mất.
3. Cấp cứu hồi sức kịp thời khi có tình trạng ho ra máu tắc nghẽn gây suy hô hấp - tuần hoàn.

IV. ĐIỀU TRỊ:

1. Những chăm sóc chung:

- Nằm nghỉ ở nơi yên tĩnh, tránh vận động, đi lại.
- Ăn lỏng (sữa, súp) hoặc nửa lỏng (cháo).
- Dùng thuốc giảm ho, an thần.

2. Xử trí ho ra máu nhẹ:

- Ho ra máu ít, vài ml hoặc máu chỉ thành từng vệt trong chất khạc: chỉ cần các biện pháp chăm sóc chung như t
- Toplexil, uống 1-2 viên, ngày 3 lần.
- Adona 30 mg, uống 1 viên, ngày 3 lần hoặc
- Tranxenamic acid (Transamine) 500 mg, uống 1 viên, ngày 3 lần.

- Ho ra máu từ vài ml đến dưới 50 ml/ 24 giờ:

- Chăm sóc chung như trên.

- Thuốc:

- Carbazochrome sodium sulfonate 25 mg (Adona 25 mg), tiêm tĩnh mạch 1 ống/ lần, mỗi ngày 2-4 lần, hoặc
- Tranexamic acid 250 mg (Transamine 250 mg), tiêm bắp hoặc tĩnh mạch 1 ống/ lần, mỗi ngày 2-4 lần.
- Toplexil, uống 1-2 viên, ngày 3 lần.
- Chlorpheniramine 4 mg hoặc Diazepam 5 mg, tối uống một viên.

3. Ho ra máu vừa:

- Chăm sóc chung như trên.

- Thuốc:

- Carbazochrome sodium sulfonate 25 mg (Adona 25 mg), tiêm tĩnh mạch 1 ống/ lần, mỗi ngày 2-4 lần, hoặc
- Tranexamic acid 250 mg (Transamine 250 mg), tiêm bắp hoặc tĩnh mạch 1 ống/ lần, mỗi ngày 2-4 lần.
- Toplexil, uống 1-2 viên, ngày 3 lần.
- Chlorpheniramine 4mg hoặc Diazepam 5 mg, tối uống một viên.

• Có thể dùng thêm:

- + Sandostatin 0,05- 0,1 mg tiêm dưới da hoặc pha trong 500 ml NaCl 0,9%, truyền tĩnh mạch.

4. Ho ra máu nặng (nhưng khạc ra được, không tắc

nghẽn đường thở):

- Chăm sóc chung như trên.
- Cho thở Oxygen 3 lít/ phút.

- Thuốc:

- Carbazochrome sodium sulfonate 25 mg (Adona 25 mg), tiêm tĩnh mạch 1 ống/ lần, mỗi ngày 2-4 lần, hoặc:

Tranexamic acid 250 mg (Transamine 250 mg), tiêm bắp hoặc tĩnh mạch 1 ống/ lần, mỗi ngày 2-4 lần.

- Toplexil, uống 1-2 viên, ngày 3 lần.
- Chlorpheniramine 4 mg hoặc Diazepam 5 mg, tối uống một viên.

• Có thể dùng thêm:

- + Sandostatin 0,05- 0,1 mg tiêm dưới da hoặc pha trong 250 ml NaCl 0,9%, truyền tĩnh mạch 30 giọt/ phút.

Truyền dịch, truyền máu bồi hoàn khôi lượng tuần hoàn, điện giải:

- Dùng máu và các chất thay thế máu (các dịch cao phân tử, dịch điện giải, glucose). Bồi hoàn điện giải chú ý N
- Bồi hoàn máu: truyền theo lượng máu mất, trung bình 250-750 ml, tùy trường hợp. Nên ưu tiên truyền hồng c

- Bồi hoàn điện giải và máu không để người bệnh có nguy cơ trụy tuần hoàn, đảm bảo cho người bệnh được an toàn.

Lượng dịch có thể từ 1-3 lít / 24 giờ, tùy trường hợp.

5. Ho ra máu tắc nghẽn:

- Xử trí như ho ra máu nặng nhưng trước hết phải bảo đảm thông khí phế nang: hút thông đường thở, đặt nội khí cơ học.

- Không dùng các thuốc chống ho, an thần khi đang có tình trạng tắc nghẽn.

6. Ho ra máu sét đánh: thường do đứt, vỡ một mạch máu, phình mạch trong hang ở vùng phổi bị tổn thương.

Bệnh nhân ho ra máu rất nhiều, tỉ lệ tử vong cao. Cần thiệp nhu ho ra máu tắc nghẽn và ho ra máu lượng nhiều.

Các phương pháp điều trị khác:

7. Nội soi phế quản:

- Xác định vị trí chảy máu.

- Bơm adrenaline tại vị trí chảy máu.

8. Gây thuyên tắc động mạch phế quản

* Chỉ định cho BN ho ra máu lượng nhiều hoặc tái phát nhiều lần.

* Hiệu quả cầm máu có thể đạt được 90%.

9. Phẫu thuật cắt bỏ thùy phổi

* Chỉ định trong ho ra máu lượng nhiều hoặc tái phát nhiều lần và tổn thương khu trú có khả năng phẫu thuật.

V. THEO DÕI:

- Tình trạng tri giác.

- Dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, SpO₂, nhịp thở.

- Bệnh nhân còn tiếp tục ho ra máu hay không, ước lượng số lượng máu mất.

- Xác định nguyên nhân để điều trị đặc hiệu.

208/ HÚT DỊCH KHÍ QUẢN

HÚT DỊCH KHÍ QUẢN

CHỈ ĐỊNH HÚT DỊCH KHÍ QUẢN:

- Út đọng đàm ở bệnh nhân có đặt ống nội khí quản (NKQ) hay mở khí quản.
- Hút dịch khí quản làm các xét nghiệm cần thiết. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Không có.

CHUẨN BỊ:

Nhân sự:

Bác sĩ hoặc điều dưỡng

Phương tiện:

- Máy hút
- Sonde hút đàm vô khuẩn, kích cỡ phù hợp
- Găng tay vô khuẩn

Người bệnh:

- Nằm ngửa

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH HÚT DỊCH KHÍ QUẢN:

1. Nếu bệnh nhân đang thở máy:

- Tăng FiO₂ lên 100% khoảng 5 phút.
- Tách rời ống máy thở khỏi NKQ.
- Cầm và luồn sonde hút đàm bằng tay có mang găng vô khuẩn qua ống NKQ đến khi có phản xạ ho. Khởi động đầy vô đầy ra.
- Gắn lại máy thở, chờ khoảng 5 phút, cài FiO₂ về lại giá trị trước hút.

2. Nếu bệnh nhân thở oxy qua NKQ, thao tác hút đàm thực hiện như trên. Cần lưu ý SpO₂ trước và sau khi hút (nếu có).
3. Nếu cần lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm, dịch được hút vào lọ chứa vô khuẩn.
4. Nếu dịch tiết quá đặc có thể bơm vào NKQ NaCl 9% 0 3-5 mL trước khi thực hiện hút đàm.

THEO DÕI HÚT DỊCH KHÍ QUẢN

- Mạch, huyết áp, đặc biệt là SpO₂. Các trường hợp suy hô hấp nặng, thao tác hút đàm cần thực hiện nhanh, tránh

209/ KHÁNG SINH DỰ PHÒNG CHU PHẪU TRONG TIẾT NIỆU

KHÁNG SINH DỰ PHÒNG CHU PHẪU TRONG TIẾT NIỆU

1. Giới thiệu

Mục đích của kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật tiết niệu là để giảm số lượng của vi khuẩn trong phẫu thuật, ngăn chặn sự lây lan của vi khuẩn từ các thủ thuật chẩn đoán và điều trị. Tuy nhiên, bằng chứng cho sự lựa chọn kháng sinh là không rõ ràng (Bảng 1).

Phân loại bệnh nhân trước phẫu thuật dựa vào:

- Tình trạng sức khỏe tổng quát dựa theo thang điểm của Hiệp hội Gây mê Hoa Kỳ (ASA) từ P1 đến P5
- Các yếu tố nguy cơ chung như tuổi già, đái tháo đường, suy giảm miễn dịch, suy dinh dưỡng, béo phì.
- Các yếu tố nguy cơ nội sinh hoặc ngoại lai như: có tiền sử nhiễm khuẩn đường tiết niệu hoặc nhiễm khuẩn hệ hô hấp, gánh nặng vi khuẩn, các can thiệp trước đó, yếu tố di truyền.
- Loại phẫu thuật và gánh nặng nhiễm khuẩn của phẫu thuật.
- Mức độ xâm lấn của phẫu thuật, thời gian và các khía cạnh kỹ thuật.

Chỉ Sinh thiết tuyến tiền liệt qua trực tràng (LE: Ib, GR: A) và Cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt qua ngã niệu đạo

Không có bằng chứng cho thấy lợi ích của việc dùng kháng sinh dự phòng trong thủ thuật nội soi bằng quang niệu. Tuy nhiên, **kháng sinh dự phòng được khuyến cáo trong các thủ thuật phức tạp và ở những bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ cao**, nhưng 1 liều hoặc 1 ngày dùng kháng sinh được khuyến cáo trong các phẫu thuật sạch, như:

(các phẫu thuật đi vào đường niệu hoặc có làm tổn thương niệu mạc). Trong các phẫu thuật nhiễm thì kháng sinh cần thiết, mức độ dây nhiễm vào vùng mổ và độ khó của cuộc mổ.

Cáy nước tiểu được khuyến cáo thực hiện trước khi tiến hành phẫu thuật và **phải kiểm soát trước mổ tình trạng đường tiêu hóa** để phòng được sử dụng với 1 liều duy nhất hoặc dùng trong 1 giai đoạn ngắn bằng đường uống hoặc đường tiêm.

Đường dùng được khuyến cáo phụ thuộc vào loại phẫu thuật và đặc điểm bệnh nhân. Đường uống đòi hỏi các loại kháng sinh có thể hấp thu qua đường tiêu hóa như **co-trimoxazole, cephalosporin thế hệ 2, fluoroquinolones, aminopenicillins, aminoglycosides**. Tuy nhiên, các kháng sinh phổ rộng hơn như **fluoroquinolones và nhóm carbapenem không trọng trong một vài trường hợp được lựa chọn kỹ càng**. Điều này cũng tương tự khi sử dụng Vancomycin. Việc lựa chọn kháng sinh cần dựa trên đặc điểm của bệnh nguyên của địa phương và mô hình tính nhạy cảm của kháng sinh. Tốt nhất là thực hiện **nhiễm khuẩn**.

Bảng 1: Tóm tắt các mức độ chứng cứ (LE) và cấp độ khuyến cáo (GR) của kháng sinh dự phòng chu phẫu trong các thủ thuật

Thủ thuật	LE	GR	Ghi chú
Các thủ thuật chẩn đoán			
Nội soi bàng quang	1b	A	Tần suất nhiễm khuẩn thấp. Đánh giá các yếu tố nguy cơ cho từng cá nhân (Vd: khuẩn niệu, tiền sử nhiễm khuẩn sốt)
XN Niệu động học	1a	A	Tần suất nhiễm khuẩn thấp. Đánh giá các yếu tố nguy cơ cho từng cá nhân (tương tự nội soi bàng quang)
Sinh thiết tuyến tiền liệt bằng lõi kim qua trực tràng	1b	A	Nguy cơ nhiễm khuẩn cao. Đánh giá cẩn thận các yếu tố (gồm cả khả năng mang các chủng vi khuẩn kháng thuốc Fluoroquinolone)
Nội soi niệu quản chẩn đoán	4	C	Hiện không có nghiên cứu nào

Các thủ thuật điều trị tiết niệu thông thường

Đốt điện bướu bàng quang nhỏ.	2b	C	Tương tự Nội soi bàng quang
Nội soi niệu đạo cắt bướu bàng quang (TUR-BT)	2b	C	Ít dữ liệu. Không liên quan đến các yếu của khối u (kích thước, bướu hay bướu hoại tử)
Nội soi niệu đạo cắt bướu tuyến tiền liệt	1a	A	Nguy cơ cao nhiễm khuẩn có sốt và nhiễm khuẩn huyết. Kích thước, khuẩn niệu / nhiễm khuẩn đường tiết niệu và các yếu tố trước phẫu thuật
Tán sỏi ngoài cơ thể (tiêu chuẩn, không có khuẩn niệu, không có óng thông và bệnh nhân khỏe mạnh)	1a	A	Tần suất nhiễm khuẩn thấp
Tán sỏi ngoài cơ thể khi có các nguy cơ nhiễm khuẩn	1a	A	Tăng nguy cơ nhiễm khuẩn.

			Phải kiểm soát khuẩn niệu và các yếu tố nguy cơ
Nội soi niệu quản tán sỏi	2b	B (A)	Tần suất nhiễm khuẩn thấp nhưng thay đổi tùy theo vị niệu quản đoạn gần). Phải kiểm soát khuẩn niệu và các
Lấy sỏi thận qua da và lấy sỏi thận ngược chiều	1b	A	Nguy cơ cao nhiễm khuẩn có sốt và nhiễm khuẩn huyết

Các phẫu thuật mổ mở và / hoặc nội soi ổ bụng thông thường

Phẫu thuật sạch (không cắt mổ hoặc xâm phạm vào đường niệu)

Cắt thận	3	C	Nhiễm khuẩn vết mổ hoặc vùng mổ ít được ghi nhận. Mùa đường tiết niệu /khuẩn niệu thứ phát liên quan đến ổ
Phẫu thuật bìu, thắt ống dẫn tinh, cột tĩnh mạch tinh	3	C	Các dữ liệu còn nhiều mâu thuẫn
Cấy ghép các bộ phận giả	3	B	Các dữ liệu ghi nhận còn giới hạn

Phẫu thuật sạch nhiễm (cắt mổ hoặc xâm phạm vào đường niệu)

Cắt thận -niệu quản	3	B	Các dữ liệu ghi nhận còn ít Kiểm soát khuẩn niệu và các khác trước phẫu thuật Nhiễm khuẩn/khuẩn niệu liên quan đến ổ thông hậu
Cắt tuyến tiền liệt toàn phần (tận gốc)	2a		
Phẫu thuật tạo hình khúc nối bể thận -niệu quản	4	C	
Cắt bàng quang bán phần	3		

Phẫu thuật sạch nhiễm /nhiễm (mổ đoạn ruột, chuyển lưu nước tiểu)

Cắt bỏ bàng quang có chuyển lưu nước tiểu	2a	B	Nguy cơ nhiễm khuẩn cao
---	----	---	-------------------------

Hướng dẫn điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu đưa ra định hướng phân loại cho từng loại thủ thuật tiết niệu có phẫu thuật để hỗ trợ cho việc dùng kháng sinh dự phòng khi thiếu các bằng chứng y học.

1.1. Mục tiêu của kháng sinh dự phòng chu phẫu

Kháng sinh dự phòng và kháng sinh điều trị là hai vấn đề riêng biệt. Kháng sinh dự phòng nhằm đến mục tiêu nổ sinh ra từ các thủ thuật chẩn đoán hoặc điều trị. **Kháng sinh dự phòng chỉ là một trong các biện pháp dự phòng việc giữ vệ sinh và kỹ thuật mổ.** Ngược lại, kháng sinh điều trị nhằm điều trị một trường hợp nhiễm khuẩn được

Bảng 2: Các nhóm nhiễm khuẩn liên quan đến chăm sóc y tế trong Tiết niệu

Vị trí nhiễm khuẩn	Nhẹ
--------------------	-----

Nhiễm khuẩn vết thương rạch da/ vùng mổ (SSI)	Nhiễm khuẩn vết thương nông
Nhiễm khuẩn đường tiết niệu hoặc nhiễm khuẩn cơ quan Bao gồm nhiễm khuẩn đường tiết niệu liên quan đến ống thông	Khuẩn niệu không triệu chứng Nhiễm khuẩn đường tiết niệu dưới có chứng (viêm bàng quang)
Máu	Nhiễm khuẩn huyết không khống có hiệu đáp ứng viêm toàn thân
Nhiễm khuẩn hệ sinh dục nam	Viêm mào tinh (tinh hoàn)
Các nơi khác	

Mục tiêu của kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật tiết niệu là các biến chứng nhiễm khuẩn được trình bày trong Điều này có thể được mở rộng cho các trường hợp khuẩn niệu không triệu chứng và nhiễm khuẩn vết thương nh
bướu tuyến tiền liệt qua ngả niệu đạo hoặc các thủ thuật nội soi niệu khác có thể biến mất tự nhiên và thường kh

2. Các yếu tố nguy cơ

Các yếu tố nguy cơ là rất quan trọng trong việc đánh giá bệnh nhân trước phẫu thuật.

- Sức khỏe chung của bệnh nhân được xác định bởi điểm số ASA P1-P5
- Sự hiện diện của các yếu tố nguy cơ chung như tuổi già, đái tháo đường, suy giảm miễn dịch, suy dinh dưỡng,
- Sự hiện diện của các yếu tố nguy cơ nội sinh hoặc ngoại sinh như tiền sử nhiễm khuẩn đường tiết niệu hoặc nh nặng vi khuẩn, các thủ thuật niệu trước đó, yếu tố di truyền.
- Loại phẫu thuật và phẫu trường bị nhiễm khuẩn.
- Mức độ xâm lấn, thời gian và các khía cạnh kỹ thuật của phẫu thuật.

Cách phân loại truyền thống của phẫu thuật theo Cruse và Foord thành phẫu thuật sạch, sạch nhiễm, nhiễm mở chéo không dành cho các can thiệp nội soi niệu. Các Hướng dẫn điều trị hiện nay xem các thủ thuật đi vào phẫu thuật sạch nhiễm vì tổng phân tích nước tiểu không phải luôn luôn là yếu tố dự báo có nhiễm khuẩn và được khuẩn, ngay cả khi nước tiểu vô trùng. Ngoài ra, tình trạng khuẩn niệu không triệu chứng, được thể hiện qua cát mức độ nhiễm khuẩn (Bảng 5)

Bảng 3: Các yếu tố nguy cơ trong các biến chứng nhiễm khuẩn

Yếu tố nguy cơ tổng quát	Các yếu tố nguy cơ đặc biệt làm tăng lượng vi khuẩn
Tuổi già	Năm viện dài ngày trước khi phẫu thuật hoặc lâm sàng
Suy dinh dưỡng	Tiền sử nhiễm khuẩn niệu sinh dục tái phát
Suy giảm miễn dịch	Các phẫu thuật liên quan đến đoạn ruột
Đái tháo đường	Ngoại nhiễm vi khuẩn
Hút thuốc	Dẫn lưu dài ngày
Béo phì	Bé tắc đường niệu
Đồng nhiễm khuẩn cùng với 1 cơ quan khác	Sỏi niệu
Thiếu sự kiểm soát các yếu tố nguy cơ	

Nguy cơ lây nhiễm thay đổi tùy từng loại can thiệp. Chỉ định can thiệp rộng rãi và các tiên bộ hiện nay trong các phẫu thuật có thể ảnh hưởng đến nguy cơ nhiễm khuẩn. Hơn nữa, lượng vi khuẩn, thời gian và khó khăn gấp phải trong phẫu thuật có thể ảnh hưởng đến nguy cơ nhiễm khuẩn. Đối với phẫu thuật tiết niệu, các yếu tố nguy cơ nhiễm phải được kiểm soát (tình trạng khuẩn niệu, bé tắc đường tiêu,...).

3. Nguyên lý của kháng sinh dự phòng

Kháng sinh dự phòng nhằm mục đích bảo vệ bệnh nhân mà không phải trả giá bằng việc gia tăng tính đe dọa lây nhiễm cho thấy việc sử dụng kháng sinh dự phòng tốt có thể làm giảm tổng mức sử dụng kháng sinh. **Cân cá nhân với các yếu tố nguy cơ khác nhau.** **Cân cấy nước tiểu trước mổ.** Kháng sinh không thể thay thế các biện

3.1. Thời gian

Mặc dù các Hướng dẫn điều trị dựa vào các nghiên cứu vết rạch da, phẫu thuật sạch nhiễm hay nhiễm trên các phẫu thuật có thể áp dụng trên phẫu thuật tiết niệu. **Thời gian tối ưu cho kháng sinh dự phòng là 1-2 giờ trước khi rạch da**.

Thực tế, **kháng sinh đường uống nên được thực hiện khoảng 1 giờ trước can thiệp** trong khi **kháng sinh đường uống nên được thực hiện khoảng 1 giờ trước khi rạch da**, ví dụ: thời điểm lúc dẫn mè. Những khoảng thời gian này cho phép các kháng sinh có tác dụng cao nhất của cuộc phẫu thuật, và nồng độ hiệu quả ngay sau đó.

3.2. Đường sử dụng kháng sinh

Kháng sinh đường uống có hiệu quả tương đương như đường tĩnh mạch đối với những kháng sinh có sinh khả dụng cao. Tuy nhiên, cần tránh dùng kháng sinh đường uống trong các phẫu thuật khi bệnh nhân có thể uống thuốc 1 giờ trước khi tiến hành mổ. Với các trường hợp khác, kháng sinh đường uống có hiệu quả tương đương như đường tĩnh mạch đối với những kháng sinh có sinh khả dụng cao.

3.3. Thời gian dùng kháng sinh

Đối với hầu hết các phẫu thuật, thời gian sử dụng kháng sinh phòng ngừa không được đề cập và **hiếm khi có một** điều trị kháng sinh dự phòng khi phẫu thuật nên được giảm thiểu, lý tưởng là chỉ với một liều kháng sinh duy nhất dài khi có các yếu tố nguy cơ rõ ràng.

3.4. Lựa chọn kháng sinh

Không có khuyến cáo rõ ràng nào được đưa ra, vì có những khác biệt đáng kể ở các nước liên quan đến phổ vi khuẩn. Vì vậy, **kiến thức về bệnh sinh của từng khu vực địa lý, tính nhạy cảm và độc lực của vi khuẩn là bắt buộc đối với từng địa phương**. Việc xác lập nguyên nhân bệnh sinh chính yếu của từng loại thủ thuật cũng cần thiết là phải đánh giá yếu tố nguy cơ của từng loại thủ thuật, mức độ nhiễm khuẩn, cơ quan tác dụng và vai trò sinh thích hợp cho điều trị dự phòng ngừa nhiễm khuẩn khi phẫu thuật như co-trimoxazole, cephalosporin và đặc biệt beta lactamase (BLI), aminoglycosides. Kháng sinh phổ rộng hơn như fluoroquinolones, cephalosporin thường dùng một cách dễ dặt và dành cho kháng sinh điều trị. Cách dùng Vancomycin cũng tương tự như vậy.

3.5. Các phác đồ kháng sinh dự phòng cho từng loại thủ thuật/phẫu thuật

Không phải tất cả các thủ thuật đều được dùng kháng sinh dự phòng như nhau. Có một sự khác biệt lớn trong việc áp dụng kháng sinh phòng ngừa trong các thủ thuật tiết niệu chuẩn được tóm tắt trong Bảng 1.

5. Kháng sinh dự phòng theo từng loại thủ thuật

5.1. Thủ thuật chẩn đoán

5.1.1. Sinh thiết tuyến tiền liệt xuyên trực tràng:

Kháng sinh dự phòng trong sinh thiết tuyến tiền liệt bằng lõi kim được khuyến cáo mạnh (LE: 1b, GR: A). Tuy nhiên, hầu hết các phác đồ đều có hiệu quả và các nghiên cứu gần đây đề nghị dùng kháng sinh 1 ngày và thậm chí 1 tháng (LE: 1b, GR: A). Sự gia tăng đề kháng fluoroquinolone của nhóm vi khuẩn cư trú trong phân đã nêu lên vấn đề về sự tồn tại của vi khuẩn này. Không có bằng chứng rõ ràng về vấn đề này. Trong một nghiên cứu tổng hợp gần đây, có khuyến cáo rằng fluoroquinolone sẽ được dùng một kháng sinh thay thế dựa vào kết quả của phết trực tràng. Ngoài ra, một số phác đồ vẫn chưa được chứng minh là có tác động đáng kể về tỷ lệ lây nhiễm. Bác sĩ Tiết niệu phải cân nhắc giữa sự cần thiết và rủi ro liên quan, đánh giá rủi ro của từng cá nhân bao gồm cả nguy cơ có một vi khuẩn kháng thuốc (như ESBL) và sự cần thiết.

5.1.2. Soi bằng quang

Tần suất của biến chứng nhiễm khuẩn sau khi nội soi bằng quang, niệu động học tiêu chuẩn và nội soi niệu quản thấp. Trong 1 nghiên cứu với số lượng lớn về nội soi bằng quang, nguy cơ lây nhiễm thấp và khả năng vi khuẩn kháng thuốc cao. Tuy nhiên, khuỷu niệu, ống thông tiểu, triệu chứng đường tiêu niệu dưới do nguyên nhân thận kinh và yếu tố nguy cơ cần cân nhắc (LE: 1 b, GR: A)

5.2. Thủ thuật nội soi niệu điều trị

5.2.1. Cắt đốt nội soi bướu bằng quang ngả niệu đạo (TUR-BT)

Có rất ít bằng chứng cho thấy lợi ích của kháng sinh dự phòng trong TURBT. Các nghiên cứu không phân biệt giao quang) và cắt đốt các khối bướu lớn hoặc nhiều bướu, bướu có hoại tử hay không. Do đó, Hướng dẫn điều trị hiện nay lựa chọn kháng sinh dự phòng cho phù hợp (LE: 2b, GR: C).

5.2.2. Cắt đốt nội soi bướu tuyến tiền liệt ngả niệu đạo (TUR-P)

Cắt đốt nội soi bướu tuyến tiền liệt ngẫu niệu đạo là sự can thiệp được nghiên cứu nhiều nhất trong tiết niệu. Ít nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng được kiểm soát, gồm nhiều bệnh nhân, cho thấy một lợi ích rõ rệt của kháng sinh và nhiễm khuẩn huyết làn lượt là 65% và 77% (LE: 1a, GR: A).

5.2.4. Nội soi niệu quản

Các nghiên cứu so sánh có đối chứng được thiết kế tốt về nội soi niệu quản đang còn thiếu. Dùng kháng sinh ph thuật nguy cơ thấp như nội soi niệu quản chẩn đoán hay tán sỏi niệu quản đoạn xa ở những bệnh nhân khỏe mạnh trị sỏi két niệu quản đoạn gần có tắc nghẽn. Do đó, các Hướng dẫn điều trị khuyến cáo việc phân loại dựa theo c sỏi và các yếu tố nguy cơ của bệnh nhân (bảng 5).

5.2.5. Tán sỏi thận qua da

Nguy cơ nhiễm khuẩn của tán sỏi thận qua da rất cao và việc sử dụng kháng sinh dự phòng đã được chứng minh là hiệu quả (LE: 1b, GR: A). Một liều kháng sinh duy nhất cho thấy đủ hiệu quả phòng ngừa nhiễm khuẩn. Tán sỏi nồng độ cao có thể làm tăng nguy cơ nhiễm trùng.

5.2.6. Tán sỏi ngoài cơ thể

Không khuyến cáo dùng kháng sinh dự phòng. Tuy nhiên, kiểm soát khuẩn niệu và kháng sinh dự phòng được khuyến khích trước đó, do sự gia tăng gánh nặng vi khuẩn (vd: thông niệu đạo, ống mở thận ra da hoặc sỏi nhiễm khuẩn). Nhóm kháng sinh được đánh giá là có hiệu quả, chẳng hạn như fluoroquinolones, chất ức chế beta-lactamase (BBL) dùng kháng sinh theo kết quả cáy nước tiêu.

5.3. Phẫu thuật nội soi ổ bụng

Hiện còn thiếu những nghiên cứu về phẫu thuật nội soi ổ bụng. Tuy nhiên, có vẻ như hợp lý khi sử dụng kháng giông như loại phẫu thuật mổ mở tương ứng (LE: 4, GR: C).

5.4. Mổ mở hoặc phẫu thuật nội soi ổ bụng mà không mổ ống tiết niệu hay sinh dục (phẫu thuật sạch)

Không có chuẩn sử dụng kháng sinh dự phòng nào được khuyến cáo trong các phẫu thuật sạch.

5.5. Mổ mở hoặc phẫu thuật nội soi ổ bụng có mổ ống tiết niệu hay sinh dục (phẫu thuật sạch-nhiễm)

Trong trường hợp có mở đường tiết niệu, một liều tiêm kháng sinh duy nhất trong chu phẫu được khuyến cáo (L thủ thuật chuẩn như cắt tuyến tiền liệt tận gốc. Trong mổ mở bóc nhau tăng sản lành tính tuyến tiền liệt tuyến (a biệt cao (LE: 2b, GR: B).

5.6. Phẫu thuật niệu mổ mở có mở một đoạn ruột (phẫu thuật sạch-nhiễm hoặc nhiễm)

Kháng sinh dự phòng được đề nghị, như đối với phẫu thuật sạch nhiễm trong phẫu thuật tổng quát. Một liều hoặ dù việc phẫu thuật kéo dài và các yếu tố nguy cơ khác có thể đưa đến sử dụng kháng sinh kéo dài hơn, nhưng n vào vi khuẩn ký khí và hiếu khí. Bằng chứng sử dụng kháng sinh nên dựa vào các phẫu thuật đại trực tràng (LE) loại phẫu thuật tiết niệu còn hạn chế (LE: 2a, GR: B).

5.7. Dẫn lưu đường tiết niệu hậu phẫu

Nếu có dẫn lưu đường niệu liên tục sau mổ, việc kéo dài kháng sinh dự phòng chu phẫu không được khuyến cáo điều trị.

Chỉ nên điều trị khuẩn niệu không triệu chứng sau khi rút bỏ các ống dẫn lưu nước tiểu và nếu xét thấy cần thiết

5.8. Cấy các bộ phận giả

Nhiễm khuẩn xảy ra trong phẫu thuật cấy ghép các implants thường là nghiêm trọng và phải loại bỏ các bộ phận thay đổi với nhiễm khuẩn. Tụ cầu ở trên da thường là nguyên nhân chủ yếu. Kháng sinh sử dụng phải nhắm đến c

Bảng 4: Phân loại vết mổ theo phẫu thuật tiết niệu liên quan đến các mức độ nhiễm khuẩn của vết mổ

Mức độ nhiễm của vùng phẫu thuật	Mô tả	Phẫu thuật mở hoặc nội soi ổ bụng tiết niệu
Sạch (I) (1-4%)	Vùng mổ không bị nhiễm Không đi vào đường tiết niệu sinh dục Không có bằng chứng viêm Kỹ thuật mổ không gây phá vỡ cấu trúc	Cắt thận đơn giản Phẫu thuật bìu chương trình Thắt ống dẫn tinh Phẫu thuật dẫn tinh tinh
Sạch nhiễm (IIA) (không được nghiên cứu nhiều)	Có đi vào đường tiết niệu sinh dục mà không có hoặc có ít trào nước tiểu ra ngoài (kiểm soát được) Không làm đứt ống dẫn tiểu Kỹ thuật mổ không gây phá vỡ cấu trúc	Tạo hình khúc nối bể thận -niệu quản phần thận có bướu Cắt tuyến tiền liệt Phẫu thuật bàng quang, cắt một phần quang
Sạch nhiễm (liên quan đến ruột) (IIB)	Đi vào đường tiêu hóa và không hoặc rất ít trào dịch tiêu hóa Kỹ thuật mổ không gây phá vỡ cấu trúc	Chuyển lưu nước tiểu (ruột non) Bàng quang thay thế trực vị, ống hồi
Nhiễm (IIIA)	Đi vào đường tiết niệu sinh dục và/hoặc ống tiêu hóa, làm trào dịch tiêu hóa, mô viêm	Chuyển lưu nước tiểu (ruột già) Trào dịch tiêu hóa (từ ruột non và ru

	Có khuẩn niệu Kỹ thuật mổ gây phá vỡ cấu trúc nhiều Các vết thương hở mới	Bệnh ống tiêu hóa đồng thời Phẫu thuật chấn thương
Bản (IV)	Có nhiễm khuẩn trước Thủng tạng Vết thương do chấn thương cũ	Dẫn lưu apxe. Phẫu thuật chấn thương bắn lớn.

Bảng 5: Phân loại các thủ thuật tiệt niệu nội soi chẩn đoán và điều trị liên quan với mức độ nhiễm ở vùng phẫu thuật

Mức độ nhiễm vùng phẫu thuật	Khuẩn niệu	Thủ thuật chẩn đoán	TUR-BT và TUR-P	URS PNL	SWL
Sạch (I)*	Không	Soi bàng quang Xét nghiệm niệu động học	Đốt bướu bàng quang nhỏ (tương đương nội soi bàng quang)	Nội soi niệu quản chẩn đoán (đơn giản) Không tiền sử nhiễm khuẩn đường tiết niệu	Soi thận giản (không sử nhiễm niệu)
Sạch nhiễm (IIA)	Không	Sinh thiết tuyến tiền liệt xuyên tầng sinh môn	TUR-BT với bướu lớn (Không tiền sử nhiễm khuẩn đường tiết niệu) TUR-P (không có các yếu tố nguy cơ) Khuẩn niệu được kiểm soát	Nội soi niệu quản chẩn đoán (đơn giản) Soi không phúc tạp (không bế tắc, không đặt stent, soi không khám) Có tiền sử nhiễm khuẩn đường tiết niệu	Soi thận giản, bế tắc có tiền sử tiết niệu
Nhiễm (IIIA)	Có	Sinh thiết tuyến tiền liệt xuyên tầng sinh môn (có tiền sử nhiễm khuẩn đường tiết niệu) Sinh thiết tuyến tiền liệt xuyên trực tràng	TUR-BT với bướu hoại tử Khuẩn niệu TUR-P người đang mang ống thông tiểu hoặc có khuẩn niệu		Soi phúc tạp (bế tắc mức độ vừa, soi khám) Có bế tắc da hoặc
Nhiễm khuẩn / Bản (IV)	Có	Sinh thiết tuyến tiền liệt ở đòn ông có mang thông tiểu	Dấu hiệu lâm sàng của nhiễm khuẩn đường tiết niệu Dẫn BT, TUR-P cấp cứu		

	hoặc bị nhiễm khuẩn đường tiết niệu
--	-------------------------------------

*Mặc dù có đi vào đường tiết niệu hay bàng quang, các thủ thuật tiêu chuẩn, tiến hành thuận lợi và không gây sáu có khuẩn niệu hoặc tiền sử nhiễm khuẩn đường tiết niệu sau thủ thuật này; TUR-BT: cắt đốt nội soi bướu bàng quang liệt.

Bảng 6: Các khuyến cáo cho kháng sinh dự phòng chu phẫu cho mỗi loại thủ thuật cho từng mầm bệnh nghỉ ngơi

Thủ thuật	Mầm bệnh (nghi ngờ)	Kháng sinh dự phòng	Lưu ý
Thủ thuật chẩn đoán			
Sinh thiết tuyến tiền liệt qua ngả trực tràng	Enterobacteriaceae Anaerobes	Tất cả bệnh nhân Kháng sinh thay thế nhắm trúng đích	1 liều hiệu quả cho bệnh thấp Xem xét kéo dài thời gian ở BN nguy cơ ca((tiền sử đường tiết niệu sinh dục
Nội soi bàng quang Nội soi bàng quang + đốt bướu XN Niệu động học	Enterobacteriaceae Enterococci Staphylococci	Không	Xem xét BN nguy cơ ca(khuỷn đường tiết niệu sau thủ thuật)
Nội soi niệu quản	Enterobacteriaceae Enterococci Staphylococci	Không	Xem xét BN nguy cơ ca(

Phẫu thuật nội soi niệu và Tán sỏi ngoài cơ thể (SWL)

SWL	Enterobacteriaceae Enterococci	Không	Xem xét BN nguy cơ ca(
-----	-----------------------------------	-------	------------------------

SWL ở BN có thông mỏ thận ra da hoặc stent	Enterobacteriaceae Enterococci	Tất cả BN	BN có nguy cơ
Nội soi niệu quản cho sỏi niệu quản đoạn xa, không phức tạp	Enterobacteriaceae Enterococci Staphylococci	Không	Xem xét BN có nguy cơ
Nội soi niệu quản cho sỏi đoạn gần hoặc sỏi khám, lấy sỏi qua da	Enterobacteriaceae Enterococci Staphylococci	Tất cả BN	Kháng sinh ngắn ngày Kháng sinh tĩnh mạch ngắn
TUR-P	Enterobacteriaceae Enterococci	Tất cả BN	BN nguy cơ thấp hoặc tu có thể không cần kháng
TUR-BT	Enterobacteriaceae Enterococci	Không cần với những thủ thuật nhỏ	Xem xét BN nguy cơ cao có hoại tử

Mổ mở hoặc phẫu thuật nội soi ổ bụng

Phẫu thuật sạch	Mầm bệnh từ da, vd: staphylococci Mầm bệnh liên quan đến ống thông niệu đạo	Không	Xem xét BN nguy cơ cao Bệnh nhân đặt thông sau ngắn không cần điều trị
--------------------	--	-------	--

Phẫu thuật sạch nhiễm (có mở óng tiết niệu)	Enterobacteriaceae Enterococci Staphylococci	Được khuyến cáo	1 liệu trình chu phẫu
Phẫu thuật sạch nhiễm/nhiễm (có sử dụng đoạn ruột)	Enterobacteriaceae Enterococci Anaerobes Mầm bệnh từ da	Tất cả BN	Như trong phẫu thuật đại
Đặt dụng cụ cây ghép	Mầm bệnh từ da, vd: staphylococci	Tất cả BN	

¹Vai trò của vi khuẩn yếm khí trong sinh thiết tuyến tiền liệt bằng lõi kim chưa được xác nhận và không có bằng

² Cần đánh giá sự gia tăng đề kháng với fluoroquinolone.

^a = Vi khuẩn Gram âm ngoại trừ Pseudomonas aeruginosa.

210/ KHÁNG SINH DỰ PHÒNG TRONG PHẪU THUẬT NGOẠI TỐ

KHÁNG SINH DỰ PHÒNG TRONG PHẪU THUẬT QUÁT

1. Khái niệm

Sử dụng kháng sinh dự phòng trong ngoại khoa là sử dụng kháng sinh trước khi phẫu thuật, tạo được nồng độ kháng sinh cao để bảo vệ chống lại các vi khuẩn có thể hoặc vết thương nơi phẫu thuật sẽ được tiến hành. Nồng độ kháng sinh cao là cần thiết để bảo vệ chống lại các phản ứng.

Kháng sinh dự phòng được dùng nhằm hạn chế những nguy cơ nhiễm khuẩn sau mổ, khi chưa có nhiễm khuẩn, sinh điều trị sớm, khi quá trình nhiễm khuẩn đã hình thành hoặc khi có ổ nhiễm khuẩn xuất hiện trong khi tiến hành phẫu thuật.

2. Phân loại phẫu thuật

Kháng sinh dự phòng được dùng khi có nguy cơ nhiễm khuẩn cao, do tính chất phẫu thuật hoặc do tình trạng c

Phân loại các phẫu thuật theo Altemeier. Năm 1955 Altemeier phân loại các phẫu thuật theo nguy cơ nhiễm khuẩn: phẫu thuật được chia làm 4 loại:

- Loại I: Phẫu thuật sạch: Bao gồm các phẫu thuật da còn nguyên vẹn, không viêm, không sang chấn, không liên quan đến đường hô hấp, hệ niệu sinh dục.

- Loại II: Phẫu thuật sạch - nhiễm: Bao gồm các

phẫu thuật da còn nguyên vẹn có liên quan đến ống tiêu hoá, hệ hô hấp, tiết niệu nhưng chưa có nhiễm khuẩn.

- Loại III: Phẫu thuật nhiễm: Bao gồm vết thương mới do chấn thương không nhiễm bẩn; phẫu thuật liên quan đến đường hô hấp.

- Loại IV: Phẫu thuật bẩn: Bao gồm các vết thương do chấn thương trên 4 giờ; thủng tạng rỗng; vết thương có d

3. Chỉ định kháng sinh dự phòng: căn cứ vào 2 yếu tố

3.1 Loại phẫu thuật

Loại II là loại có chỉ định dùng kháng sinh dự phòng.

Loại I không dùng kháng sinh dự phòng, nếu phẫu thuật ngắn, được tiến hành trong điều kiện vô khuẩn nghiêm ngặt (buồng bệnh sạch). Chỉ dùng kháng sinh dự phòng khi bệnh nhân có nguy cơ.

Loại III, IV thuộc về điều trị kháng sinh sớm ở đây có tính dự phòng, không phải để tránh nhiễm khuẩn, mà tránh

3.2 Người bệnh có nguy cơ

Những người bệnh cao tuổi (trên 80 tuổi), béo phì hay quá gầy, đái tháo đường, HIV/AIDS, đang dùng corticoid.

Những người bệnh dễ bị mắc bệnh nhiễm khuẩn trong bệnh viện, như nằm viện lâu trên vài tuần, đã dùng kháng sinh.

Người bệnh phải dùng vật ghép nhân tạo như ghép mạch máu, thay van tim.

Phẫu thuật kéo dài > 2 giờ, phẫu thuật bệnh ung thư.

Sử dụng kháng sinh dự phòng cần phải theo dõi diễn biến lâm sàng của người bệnh, nếu có biểu hiện nhiễm khuẩn.

4. Sử dụng kháng sinh dự phòng

Chọn kháng sinh thích hợp với vi khuẩn gây bệnh dựa trên tần suất các vi khuẩn thường gặp đối với từng loại phu của chúng. Loại kháng sinh được dùng cần có nồng độ đủ mạnh và đủ dài ở mô trong quá trình phẫu thuật, và không thận...). Sau cùng cần chọn kháng sinh không quá gây tổn kém, không tương tác với thuốc gây mê.

Danh mục kháng sinh dự phòng để lựa chọn vì thế có thể thay đổi hàng năm theo tình hình thực tế của bệnh viện quyết định.

Chọn đường đưa vào cơ thể cho thích hợp để duy trì nồng độ cần thiết lúc phẫu thuật. Đường tĩnh mạch là đường tiêm bắp, nhưng tác dụng chậm. Đường uống được sử dụng trong việc diệt các vi khuẩn ái khí và ký khí trong phòng giờ.

Thời điểm dùng kháng sinh dự phòng rất quan trọng. Thông thường tiêm kháng sinh tĩnh mạch vào lúc khởi mêt cần tiêm trước khởi mêt 1 giờ.

Thời gian dùng kháng sinh dự phòng không nên quá 24 giờ, nhất là khi dùng các kháng sinh mạnh, để tránh tạo ra kháng sinh dư thừa. Việc dùng kháng sinh dự phòng kéo dài trong nhiều ngày không đem lại tác dụng tốt hơn khi dùng trong 24 giờ.

Kháng sinh dự phòng được khuyến cáo:

- Cephalosporine thế hệ thứ 2 (Cefuroxim 0,750gr, tiêm tĩnh mạch 15 phút trước phẫu thuật).
- Amoxicilline+Acid clavulanic (Augmentin® 1gr, tiêm tĩnh mạch 15 phút trước phẫu thuật).
- Ampicillin+Sulbactam (Unasyn® 1,5gr, tiêm tĩnh mạch 15 phút trước phẫu thuật).

Tóm lại kháng sinh dự phòng đưa lại một lợi thế quan trọng cho ngoại khoa, đặc biệt đối với loại II theo Altemeier có nguy cơ nhiễm khuẩn. Kháng sinh dự phòng phải được dùng đúng chỉ định, đúng nguyên tắc để phát huy tác dụng cho chính người bệnh cũng như cho cộng đồng.

211/ KỸ THUẬT CHỌC DÒ TỦY SỐNG

KỸ THUẬT CHỌC DÒ TỦY SỐNG

Đại cương: Chọc dò tủy sống là một thủ thuật lấy dịch ra từ khoang dưới nhện và màng não bằng một kim đặc để dây chằng cột sống vào trong ống tủy sống.

1. Mục đích:

- Để chẩn đoán các trường hợp có hội chứng màng não, các bệnh kỵ thần kinh.

- Để điều trị:

+ Bơm thuốc vào khoang dưới nhện để điều trị.

+ Bơm các chất cản quang hoặc bơm hơi để chụp tủy sống đồ.

- Để gây tê tủy sống.

2. Chỉ định:

- Chẩn đoán nguyên nhân viêm màng não.

- Chẩn đoán các trường hợp xuất huyết dưới nhện, xuất huyết não- màng não.

- Chẩn đoán các trường hợp chèn ép tủy như đa u tủy, các bệnh lý thần kinh khác.

- Chẩn đoán bệnh lý não do gan.

- Theo dõi kết quả điều trị.

3. Chóng chỉ định:

- Bệnh nhân không đồng ý hoặc không hợp tác thực hiện thủ thuật.

- Giải phẫu học của bệnh nhân không cho phép xác định vị trí thích hợp để chọc dò tủy sống.

- Tăng áp lực nội sọ do khối u nội sọ choáng chõ hoặc do tắc dẫn lưu của hệ não thất. Trong các trường hợp này

- Chèn ép hoàn toàn vùng dưới nhện của tủy sống.

- Nghi ngờ khối u tủy.

- Rối loạn đông máu.

- Nhiễm trùng tại nơi chọc dò.

- Thủ thuật viên không có tay nghề chuyên môn.

4. Chuẩn bị:

Thủ thuật viên chính: Bác sĩ.

Nhân viên phụ: Điều dưỡng.

4.1. Chuẩn bị bệnh nhân:

- Giải thích cho bệnh nhân hoặc thân nhân rõ ràng về tình trạng bệnh và mục đích chọc dò tuy sống.
- Bệnh nhân hoặc gia đình bệnh nhân ký giấy cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.
- Thông báo người thực hiện thủ thuật.
- Nơi thực hiện thủ thuật.

4.2. Bác sĩ thăm khám trước chọc dò:

- Bệnh nhân được khai thác tiền căn, đặc biệt các bệnh lý rối loạn đông máu, sử dụng thuốc kháng đông, phản ứng với...
- Ra y lệnh các xét nghiệm trước chọc dò như công thức máu, TS-TC, TQ-TCK- Fibrinogen, chức năng gan thận...
- Nghi ngờ có tăng áp lực nội sọ nên tiến hành soi đáy mắt phát hiện phù gai thị.
- Khám lâm sàng (xem dấu màng não), xem xét xác định vị trí chọc dò, thường là giao điểm đường nối 2 gai chẩm hoặc L3-4, các vị trí khác như vùng dưới chẩm, thóp trước trẻ sơ sinh, lỗ khoan sọ ít dùng.
- Trường hợp bệnh nhân bị mê sảng, kích động, vật vã la hét, không hợp tác chọc dò, nên dùng Diazepam 10mg khi chọc dò để an thần bệnh nhân.

4.3. Chuẩn bị dụng cụ:

- Dụng cụ sát khuẩn vị trí vùng da chọc dò (kìm, bông gòn, gạc vô khuẩn, khăn mỏ có lỗ, dung dịch sát trùng: cồn 70%...).
- Găng vô khuẩn cho thủ thuật viên.
- Khẩu trang cho thủ thuật viên và người phụ.
- Thuốc: có thuốc tê Novocain 1- 2% hoặc lidocain 1-2% 1 - 2 ống (2 - 4ml); ống tiêm loại 5ml và kim gây tê nhọn.
- Kim chọc dò dịch não tủy có nòng số 18-20 gauge.
- Ông nối chạc ba có khóa điều chỉnh.
- Dụng cụ đo áp lực (áp kế Claude).
- 3 - 4 ống nghiệm để chứa dịch não tủy.

5. Các bước tiến hành:

5.1. Tư thế bệnh nhân:

Rất quan trọng vì nó quyết định sự thành công của thủ thuật, bệnh nhân nằm nghiêng, tư thế cong như con tôm, lưng thẳng góc với giường, hai chân co lên, hai đầu gối chạm ngực, cổ gấp, cầm chạm ngực.

Nếu là trẻ em hay người bệnh dễ kích thích phản ứng thì người phụ giữ chặt bệnh nhân nên đứng phía trước người bệnh.

Có thể chọc dò tư thế bệnh nhân ngồi, lưng cong, tuy nhiên tư thế này ít dùng vì đe dọa tụt não.

Thủ thuật viên có thể đứng hay ngồi, nhưng mặt phẳng lưng nơi chọc dò của bệnh nhân ở trước vùng bụng thủ

5.2 Trình tự thủ thuật:

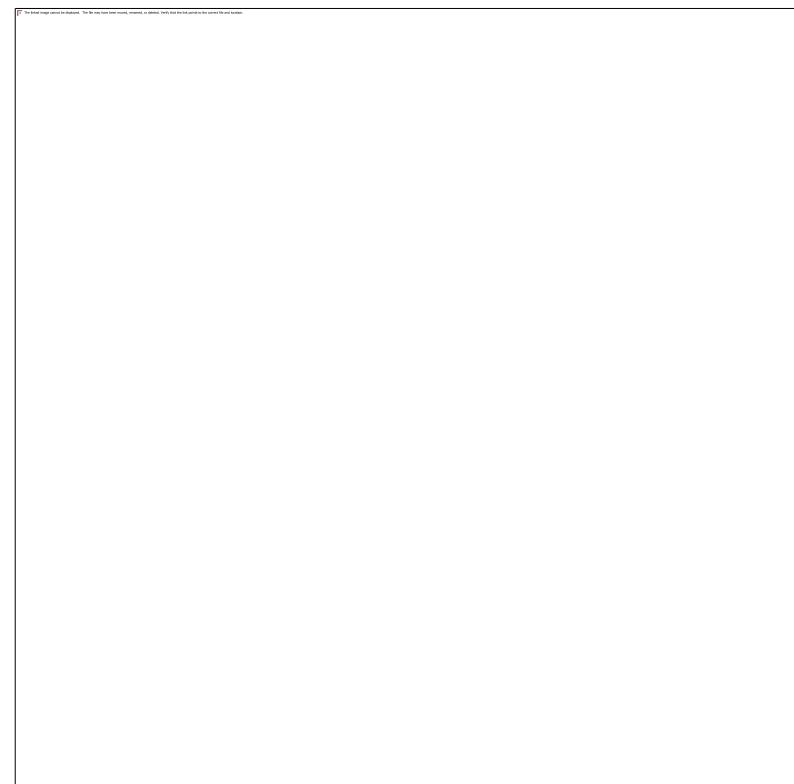
- Đặt tư thế và giữ chặt người bệnh như đã nói ở phần trên.
- Điều dưỡng sát trùng da tại vị trí chọc dò rộng đường kính 20cm
- Điều dưỡng phục vụ thủ thuật mở bộ chọc dò, xé giấy bao găng tay và đưa găng tay cho thủ thuật viên.
- Thủ thuật viên trải khăn mỏ có lỗ tại nơi chọc dò.
- Thủ thuật viên gây tê tại chỗ bằng cách dùng ống tiêm gắn kim số 22 - 24 gauge, tiêm 1-2 ml lidocain 1-2% thô mô dưới da, dây chằng cột sống, mũi kim thẳng góc thành lưng, cứ mỗi 1-2mm tiêm 0,1-0,2 ml lidocain.
- Rút ống tiêm và kim gây tê ra, dùng kim chọc dò dịch não tủy có nòng số 18 - 20 đặt vào điểm giữa khoảng gác lưng, mặt vát của kim hướng lên trên về phía mặt bệnh nhân, đâm kim qua dây chằng cảm giác hơi nặng tay, kh và vừa qua một vật cảm giác hơi dòn.
- Rút que thông đặc ra khỏi kim sẽ thấy dịch não tủy chảy ra, gắn chạc ba 1 đầu vào dụng cụ đo áp lực dịch não để đo áp lực và chỉnh khóa đê dịch não tủy chảy ra.
- Điều dưỡng sê hưng khoảng 4 - 10ml dịch để xét nghiệm.
- Sau khi đủ mẫu, một tay thủ thuật viên dùng gòn sát khuẩn che lên nơi chọc dò, một tay còn lại rút toàn bộ kim
- Điều dưỡng dán băng keo giữ bên ngoài vết chọc dò.
- Cho bệnh nhân nằm ngửa, đầu thấp, hai tay, hai chân duỗi thẳng ở tư thế nghỉ ngoi suốt 3-5 giờ. đầu bệnh nhân (trên gối), các hoạt động ăn uống và trung đại tiện phải được thực hiện tại giường trong tư thế nằm. Các hướng dẫn sau:
 - chọc dò tại vị trí quá thấp có thể không lấy được dịch não tủy.
 - Sau khi kết thúc thủ thuật chọc dò, điều dưỡng sẽ lấy máu, xét nghiệm định lượng đường, protein, LDH.
 - Điều dưỡng thu gọn y dụng cụ và vệ sinh dụng cụ.

- Bác sĩ làm tường trình thủ thuật, ghi hồ sơ tình trạng trước, trong và sau khi chọc dò, mô tả màu sắc, áp lực dò

6. Tai biến, biến chứng và xử lý :

- Chọc dò chảy máu do chạm động mạch hoặc tĩnh mạch; xử lý: dùng gạc băng ép
- Đau nơi chọc dò do chạm vào rễ thần kinh, do chạm vào xương; xử lý: dùng thuốc giảm đau.
- Nhức đầu có thể do lấy nhiều dịch não tủy hay ngồi dậy sớm; xử lý: dùng thuốc giảm đau.
- Choáng do đau, do sợ hãi, thường gặp do chọc nhiều lần; xử lý: nằm nghỉ, thở oxy, giảm đau.
- Tụt hạnh nhân tiêu não là biến chứng nặng nề dẫn đến tử vong; xử lý: thở oxy, thở máy.
- Dò dịch não tủy ra da sau khi rút kim, thường do kim có nòng lớn; xử lý: băng ép.
- Nhiễm trùng nơi chọc dò ít gặp có thể do kỹ thuật không vô trùng; xử lý dùng kháng sinh.

Khoảng liên đốt L3 - L4



TƯ THẾ NẰM VÀ VỊ TRÍ TRONG CHỌC DÒ TỦY SỐNG

Tài liệu tham khảo

1. Lê văn Thành và cộng sự (1992), “Phương pháp chọc dò dịch não tủy”, Bệnh học thần kinh, Nhà xuất bản Y
2. Quang văn Trí, Ngô thanh Bình (2006), “Chọc dò tủy sống”, Một số thủ thuật trong Lao và bệnh Phổi”, Trường học, tr. 208-219.
3. David A.G. et al (2001), “Neurological investigation”, Clinical neurology, pp. 299-311.
4. Choi, S. H., Y. S. Kim, I. G. Bae, J. W. Chung, M. S. Lee, J. M. Kang, J. Ryu, and J. H. Woo (2002), “The role of deaminase activity in the diagnosis of tuberculous meningitis in adult, Clin Neurol Neurosurg, (104), pp. 10-15.
5. Hayward R.A. et al (1987), “Labortory testing on cerebrospinal fluid: A reappraisal”, Lancet, (1), pp. 1-4.
6. Michael Aronson (2006), “Meningitis detection and treatment”, March 07/2006, Medical Encyclopedia, MedlinePlus.
7. Marjorie p. Golden (2005),”Tuberculous meningitis”, Extrapulmonary Tuberculosis: An Overview, Mayo Clinic Proceedings. 2005 Nov 1, 72(9), pp. 1761-1768.

212/ KỸ THUẬT LẤY MÁU ĐỘNG MẠCH

KỸ THUẬT LẤY MÁU ĐỘNG MẠCH

I. CHUẨN BỊ

A. Thời điểm lấy máu

Phải có thời gian để bệnh nhân trở lại trạng thái ổn định trước khi đo. Đối với bệnh nhân ngoại trú, phải để bệnh nhân nằm yên 20' đến 30' sau khi điều chỉnh liều oxy định.

Ngoài ra cần ổn định bệnh nhân về mặt tâm lý, tránh để cho bệnh nhân lo lắng hoặc sợ hãi quá mức. Do sợ hãi mà病人 ngưng thở trong giây lát, các tình trạng này đều làm cho các thông số pH, pO₂, pCO₂ thay đổi ít nhiều.

B. Dụng cụ

1. ỐNG TIÊM : Có 3 loại ống tiêm thường dùng để lấy máu ĐM

* Ống tiêm thủy tinh :

+Ưu điểm:

- Thúy tinh có thể bảo quản khí hoàn toàn.
- Piston có thể tự đẩy lên dưới áp lực của máu động mạch.
- Tráng heparin nước có thể tạo thành một lớp mỏng đều hết mặt trong của ống tiêm.

+Khuyết điểm: Có thể gây lây nhiễm qua đường máu do việc sử dụng lại nhiều lần sau khi hấp tiệt trùng.

* Ống tiêm nhựa dùng 1 lần thông thường +Khuyết điểm:

- Nhựa bảo quản khí kém, nhựa polystyren có thể cho khí ngấm qua.
- Piston không thể tự đẩy lên dưới áp lực máu động mạch.
- Dễ gây ra sai số do pha lõang vì heparin nước không tạo thành 1 lớp màng mỏng tráng đều.

* Dụng cụ chuyên dùng:

Dụng cụ bao gồm 1 kim nhỏ(kim 26) đầu vát ngắn nối liền với 2 ống mao quản bằng thủy tinh hình chữ U đã đúc kín bằng nhựa cách ly với không khí bên ngoài. Rất tiện lợi và thích hợp để lấy máu động mạch, thao tác dễ dàng, rất ít (chỉ 240 μ l) nhưng giá thành khá cao.

2. CHẤT CHỐNG ĐÔNG:

Heparin được dùng dưới 2 dạng:

* Heparin nước:

- Thường dùng với nồng độ 500 - 1000 UI/ml.
- Trộn rất nhanh vào máu.
- Có thể gây ra sai số do pha lõang: lượng chất chống đông được lấy vào ống tiêm quá nhiều và làm cho pH, paO₂, paCO₂ thay đổi.
- Dùng ống tiêm thủy tinh có thể hạn chế tối đa nhược điểm này: Tráng ống tiêm bằng heparin, heparin chỉ còn tạo thành 1 lớp mỏng nằm giữa piston và thành ống tiêm. khoảng 0,05ml và chỉ có thể gây sai số < 0,5%.

* Heparin khô:

Có 3 dạng : dạng bột, dạng kết tinh và dạng đông khô. Heparin khô trộn với máu không được tốt nhưng không gây đông khô có thể khắc phục được nhược điểm này. Các dụng cụ chuyên dùng để lấy máu động mạch thường có chứa sáp.

II. KỸ THUẬT LẤY MÁU

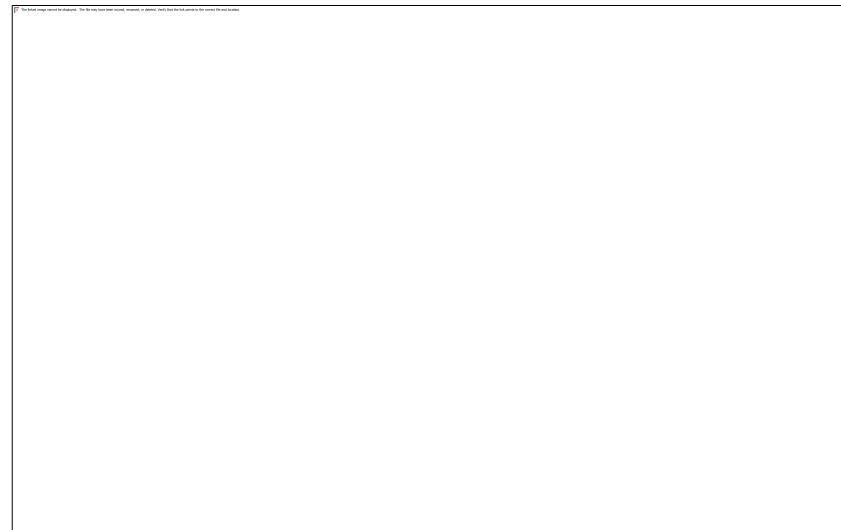
A. Lấy máu động mạch

Chỉ có máu động mạch mới cho được hình ảnh thực về sự oxy hóa máu và thăng bằng kiềm toan. Ưu điểm chính từ động mạch chủ tới máu ngoại vi.

* Vị trí lấy máu: Các vị trí lấy máu là như nhau đối với tất cả các động mạch nên có thể lấy máu ở bất cứ động mạch nào vào sự thành thạo của người thực hiện, sự thoải mái của người bệnh, khả năng đến được động mạch và độ an toàn.

- Động mạch khá lớn.
- Nằm ở nông.
- Càng xa các tĩnh mạch lớn và dây thần kinh càng tốt.
- Có 1 vị trí giải phẫu sao cho tuần hoàn bên có thể bù trừ được trong trường hợp xảy ra sự cố.

Động mạch thường dùng để lấy máu là động mạch quay. Nên lấy máu ở phía tay không thuận và tránh lấy máu 1 số ít bệnh nhân (3 - 5%) không có tuần hoàn thông nối quay trụ nên có thể bị khuyết dưỡng bàn tay nếu có biến cố.



Hình 1: Lấy máu động mạch quay

* Thao tác kỹ thuật

Một nguyên tắc chung cần nhớ khi lấy máu động mạch là phải tiến hành hết sức nhẹ nhàng và hạn chế tối đa sự thao tác. Các bước thực hiện bao gồm

-Giải thích và trấn an bệnh nhân.

-Chuẩn bị ống tiêm, lấy vào ống tiêm 1 lượng thừa heparin cho đến khi kéo piston đến tận đoạn cuối ống tiêm, r

-Chọn lựa vị trí lấy máu thích hợp.

-Sờ nắn để xác định vị trí động mạch, sát trùng, đâm kim vào ĐM theo 1 góc từ 45 - 50⁰, hướng ngược dòng chảy máu sẽ tự chảy vào ống tiêm và đẩy ống tiêm lên hoặc kéo nhẹ tay. Nếu dùng dụng cụ chuyên dùng, máu cũng theo nhịp đập của tim.

-Tránh mọi động tác hút mạnh, kéo hoặc đâm tới đâm lui nhiều lần có thể làm sai kết quả. Lượng máu cần dùng (2 ống mao quản) đối với dụng cụ chuyên dùng. Sau khi rút kim ra, yêu cầu người phụ dùng bông gòn đè ép thật 10' để tránh biến chứng tụ máu.

-Xoay nhẹ ống tiêm để trộn đều heparin và máu.

-Loại bỏ cản thận và nhanh chóng các bọt khí nếu có trong ống tiêm.

-Cách ly mẫu máu trong ống tiêm với khí trời bằng cách ghim mũi kim vào 1 khói sáp hoặc cao-su đặc. Không để khói hở.

-Ghi hoặc dán tên bệnh nhân ngay lên ống tiêm và đưa ngay đến phòng xét

nghiệm.

* Bảo quản và vận chuyển

-Mẫu máu nên được đo ngay trong vòng 30' sau khi lấy máu. Nếu > 30', phải giữ mẫu máu trong nước đá vụn cho đến khi vận chuyển. Nếu sau 2 giờ, nên bỏ mẫu máu đi và thực hiện lại mẫu máu khác.

-Khi vận chuyển tránh lắc mạnh mẫu máu vì có thể gây tan huyết làm sai trị số pH. Không được để máu tiếp xúc với khói.

B. Lấy máu mao mạch:

* Nguyên tắc: Khi điều kiện không cho phép lấy máu ĐM (trẻ thiếu tháng, bệnh nhân khó lấy máu, KTV không nhiều lần thì có thể lấy máu mao mạch thay thế. Giá trị của lấy máu mao mạch phụ thuộc vào 2 yếu tố:

- Giãn mạch tại chỗ tốt, tức là phải động mạch hóa mao mạch.

- Loại trừ nguy cơ nhiễm khí trời vào mẫu máu.

Động mạch hóa một mao mạch dựa trên 1 nguyên tắc rất đơn giản: Khi tạo ra một sự tăng nhiệt khu trú bằng phanh tại chỗ có thể tăng lên từ 20 - 30 lần. Khi đo pH, pO₂ và pCO₂ ở đó rất giống với pH, PO₂, pCO₂ ở máu làm chảy máu, máu này được coi như là máu động mạch.

* Kỹ thuật :

Vị trí lấy máu: -Với người lớn, nên chọn trái tai hơn là đầu ngón tay vì đầu ngón tay quá nhạy cảm. Với trẻ sơ sinh thao tác bao gồm:

- Làm nóng lên khoảng 42⁰ C nơi định lấy máu bằng chai nước nóng, gạc nóng, đèn tỏa nhiệt hoặc thuốc mỡ làm nóng.
- Chọc sâu không quá 2,5 - 3 mm vào giữa vị trí sung huyết bằng lancet.
- Bỏ giọt máu đầu, đưa 1 đầu ống mao quản tiếp xúc với giọt máu ở ngay chỗ chích. Máu phải chảy dễ dàng và không khí khi để giọt máu tiếp xúc hoàn toàn với khí trời.
- Khi máu chảy đầy ống mao quản, bịt kín 2 đầu ống bằng 1 chất dẻo đặc biệt hoặc 2 nút nhựa nhỏ và lăn ống giặt.

C. Lấy máu tĩnh mạch:

Trong 1 số trường hợp đặc biệt, có thể dùng máu tĩnh mạch để phân tích khí rồi suy ra khí máu động mạch. Cần:

- Chỉ căn cứ trên khí máu TM để suy ra pH động mạch và pCO₂ động mạch.

Không được dùng pO₂ tĩnh mạch để suy ra pO₂ động mạch.

- Khi lấy máu tĩnh mạch để phân tích khí thì không được dùng garrot vì sự ứ đọng sẽ làm tăng pO₂ và giảm pH.

Khi có kết quả phân tích khí máu tĩnh mạch, người ta suy ra khí máu động mạch bằng cách:

- * Lấy pCO₂ máu tĩnh mạch trừ đi 7 -8 mmHg để có pCO₂ máu động mạch
- * Lấy pH tĩnh mạch cộng thêm 0,03 - 0,04 để có pH máu động mạch.

D. Các sai lầm thường gặp:

Một kết quả phân tích khí máu động mạch sai còn tồi tệ hơn là không có kết quả gì cả. Vì vậy, trong kỹ thuật đo trọng và phải đảm bảo chính xác trong mọi khâu từ lúc lấy máu cho đến khi kết quả phân tích khí được báo cáo.

1. Lấy nhầm máu tĩnh mạch:

Một số trường hợp lấy nhầm máu tĩnh mạch thay vì động mạch có thể biết được ngay sau khi lấy máu nếu dùng không đủ mạnh để đẩy piston lên. Kết quả cho thấy pO₂ và SaO₂ rất thấp. Khi pO₂ > 40mmHg và SaO₂ > 75% trường hợp khác có sự trộn lẫn máu tĩnh mạch vào máu động mạch làm cho paO₂ đo được giảm hơn so với thực nhiều lần khi lấy máu, nhất là khi lấy máu ở động mạch đùi vì có tĩnh mạch đùi rất to nằm sát cạnh động mạch.

nên thao tác nhuần nhuyễn dứt khoát và phải bảo đảm máu chảy tự nhiên vào ống tiêm. Nếu nghi ngờ lấy nhầm SaO2 với SpO2 hoặc tốt nhất là nên lấy máu đo lại.

2. Nhiễm không khí vào mẫu máu:

Có thể xảy ra ở bất cứ khâu nào từ lúc lấy máu cho đến khi mẫu máu được đưa vào máy đo ở phòng xét nghiệm ly tốt với khí trời; khi đó, khí sẽ di chuyển theo gradient nồng độ. Bình thường pCO2 của không khí = 0 và pO2 của không khí, luôn luôn sẽ có pCO2 thấp hơn thực tế do CO2 đi từ mẫu máu vào không khí; còn pO2 thì rãnh pO2 thực sự so với pO2 khí trời (nếu pO2 thực tế < 150 mmHg, pO2 đo được sẽ bị tăng thêm và ngược lại). Do đó máu tiếp xúc với không khí dù chỉ trong thời gian ngắn.

3. Quá dư chất chống đông:

Do sử dụng heparin nước mà không đầy hết heparin ra ngoài trước khi lấy máu hoặc do sử dụng ống tiêm nhựa dung dịch heparin có pH acid nhẹ nên dư heparin làm cho pH giảm thêm.

4. Cung cấp sai hoặc không cung cấp các dữ kiện của bệnh nhân :

Dựa trên pH, paO2, paCO2 đo được, máy đo khí máu sẽ tính toán ra các trị số khác như SaO2, AaDO2, O2content biệt. Các công thức và phương trình này đòi hỏi phải cung cấp một số dữ kiện của bệnh nhân như Hb, FIO2, thời gian lưu hành động mạch cho máy, máy sẽ mặc nhiên sử dụng các trị số bình thường của các dữ kiện này để tính toán (Hb = 14 g/dl; FIO2 = 0.21; O2content = 98%); tuy nhiên, nếu không có dữ kiện này, máy sẽ tính toán kết quả không chính xác. Do đó, cần cung cấp đúng với thực tế.

213/ NUÔI DƯỠNG HOÀN TOÀN QUA ĐƯỜNG TĨNH MẠCH CÁC CHỨNG THƯỜNG GẶP

NUÔI DƯỠNG HOÀN TOÀN QUA ĐƯỜNG TĨNH MẠCH CHỨNG THƯỜNG GẶP

CHỈ ĐỊNH:

Các trường hợp không thể cung cấp đủ năng lượng qua đường ruột (<50% nhu cầu hằng ngày), trong thời gian không thể dùng đường ruột.

ĐƯỜNG TRUYỀN:

- Tĩnh mạch trung ương:

- + Đối với các dung dịch có áp lực thẩm thấu cao (>1500 mOsm/L), do cản mạch máu lớn, chảy nhanh, tránh gâ
- + Đặt catheter tĩnh mạch dưới đòn thường được dùng nhất trong nuôi ăn TM. TM cảnh trong, TM đùi cũng được
khó chịu, khó khăn trong duy trì vô khuẩn. Catheter dưới da thích hợp hơn cho nuôi ăn > 8 tuần.
- + Năng lượng cần thiết mỗi ngày: 30-35 kcal/kg tùy theo bệnh.
- + Các loại dung dịch (DD) thường dùng:
 - DD tinh thể chứa 40%-50% amino acid chủ yếu, và DD chứa 50%-60% amino acid không chủ yếu. Nhu cầu: 1
thường. Cung cấp khoảng 15% nhu cầu năng lượng mỗi ngày (1g protein cung cấp khoảng 4 Kcal).
 - Glucose: mỗi gram dextrose monohydrate cung cấp khoảng 4 Kcal; mỗi ngày thường cần dùng ít nhất 150g G
khoảng 60-70% toàn bộ năng lượng, ngày đầu tiên thường bù 1/2 nhu cầu đích; bù đủ nhu cầu đích ở những ngày
 - DD Lipid: thường ở dạng 10% (1,1 Kcal/mL), hoặc 20% (2Kcal/mL) cung cấp năng lượng và nguồn acid béo
bù khoảng 30-40 % toàn bộ năng lượng. Tốc độ truyền không nên > 1 Kcal/kg/giờ (0,11g/kg/giờ). DD Lipid kh
400mg/dL.
- **Tĩnh mạch ngoại biên:** với các dung dịch có áp lực thẩm thấu < 1500 mOsm/L, ngắn ngày.

BIẾN CHÚNG:

- Biến chứng cơ học:
 - + Do đặt catheter: TKMP, thuyên tắc khí, tổn thương đám rối cánh tay;
 - + Huyết khối, thuyên tắc phổi.
- Biến chứng chuyên hoá:
 - + Quá tải dịch;
 - + Tăng triglyceride máu;
 - + Tăng calci máu;
 - + Thiếu dinh dưỡng đặc hiệu: nên cung cấp Thiamine 100mg x 3-5 ngày, đặc biệt ở người nghiện rượu;
 - + Hạ đường huyết; tăng đường huyết.
- Nhiễm khuẩn: liên quan catheter.

- Biến chứng gan mật:
 - + Tăng GOT, GPT, phosphatase kiềm thường xảy ra sau 16 tuần;
 - + Biến chứng đường mật thường xảy ra sau 3 tuần: viêm túi mật, sỏi mật...
- Nuôi ăn đường tĩnh mạch ngoại biên: cần hạn chế vì nguy cơ viêm tĩnh mạch huyết khối.

Tham khảo:

1. The Washington Manual of Medical Therapeutics, Lippincott Williams & Wilkins, 2010, p. 58-63.
2. Thomas R Ziegler, N Engl J Med 2009; 361: 1088-1097

214/ NUÔI DƯỠNG QUA ỐNG THÔNG DA DÀY

NUÔI DƯỠNG QUA ỐNG THÔNG DA

A- Mục đích:

Giúp BN ăn được dễ dàng, nuôi dưỡng BN.

B- Chỉ định:

Áp dụng cho tất cả trường hợp BN không tự ăn uống được:

- BN hôn mê.
- Nuốt khó do liệt mặt.
- Gãy xương hàm.
- Trẻ bị sút môi, hở hàm ếch.
- Ung thư lưỡi, thực quản.
- Bệnh uốn ván nặng.

- BN từ chối ăn hay ăn quá ít.

C- Chỗng chỉ định:

- BN teo thực quản.
- BN có lỗ thông thực quản
- Bóng thực quản do acid, kiềm
- Apxe thành họng

D- Chuẩn bị:

1. Bệnh nhân:

a/ Nhận định BN:

- Tình trạng bệnh lý: hôn mê, tai biến mạch máu não, uốn ván, sút môi hở hàm ếch...
- Tình trạng niêm mạc mũi miệng.
- Tình trạng dịch tỳ lưu trong dạ dày (nếu cho ăn lần sau).
- Vị trí ống thông (tube Levin) (nếu cho ăn lần sau).
- Khẩu phần và chế độ ăn bệnh lý.
- Cân nặng và tính chất phân. b/ Chuẩn bị BN:
- Cho BN nằm đầu cao 30 - 45 °.
- Giải thích cho BN hoặc người nhà BN nếu BN hôn mê về ý nghĩa việc nuôi ăn BN qua tube Levine.

2. Dụng cụ:

- Soạn các dụng cụ trong khăn:

- ❖ Ống thông cho ăn (tube Levin)
- ❖ Ly đựng thức ăn theo y lệnh, nhiệt độ 37 - 40 °, số lượng 250 - 300 ml.
- ❖ Ly đựng nước uống được.

- ❖ Tăm bông để vệ sinh mũi.
 - ❖ Que đè lưỡi.
 - ❖ Gạc miếng.
 - ❖ Bơm tiêm 50 ml hoặc ống bơm hút.
- Soạn các dụng cụ ngoài khăn:
- o Khăn bông
 - o Tấm nilon
 - o Bồn hạt đậu
 - o Ống nghe
 - o Găng tay sạch
 - o Giấy thử
 - o Túi đựng rác y tế.
 - o Băng dính
 - o Kim tây
 - o Dây thun.

E- Kỹ thuật đặt sonde dạ dày:

STT	Nội dung
1.	Báo và giải thích cho BN.
2.	Cho BN ngồi hay nằm đầu cao.
3.	Choàng tấm nilon và khăn qua cổ BN
4.	Vệ sinh 2 lỗ mũi nếu đặt ở mũi
5.	Đặt bồn hạt đậu cạnh má
6.	Rửa tay, mang găng tay sạch
7.	Đo ống từ cánh mũi (miệng) đến trá tai, từ trá tai đến mũi úc.
8.	Làm dấu bằng băng keo nhỏ
9.	Dùng gạc cầm tube Levine nhúng vào ly nước làm trơn ống, vẩy cho ráo nước ở đầu ống.
10.	Dưa ống qua mũi (miệng) đến hâu bảo BN nuốt

11.	Dùng que đè lưỡi kiểm tra ống qua khòi hầu
12.	Đưa tube Levine vào tiếp tục theo nhịp nuốt của BN, đến mức làm đau
	Thử ống (đi từng bước một):
13.	- Rút dịch trong dạ dày, thử trên giấy quì, nếu là acid (giấy quì hóa đỏ hoặc hồng) thì ống vào đúng dạ dày - Bơm hơi vào dạ dày (khoảng 10 - 30 ml) và đặt ống nghe vùng thượng vị để kiểm tra. Nếu có dịch là ói
14.	Cố định ống ở mũi hoặc má
15.	Gắn phễu vào đầu tube Levine
16.	Cho ít nước vào ống, tráng ống.
17.	Cho thức ăn từ từ với áp lực nhẹ (phễu cách mặt BN 15 - 20 cm) và cho liên tục tránh để bọt khí vào
18.	Tráng ống sạch bằng nước chín
19.	Lau khô và che chở kín đầu tube Levin
20.	Cố định ống ở đầu giường
21.	Lau sạch miệng, mũi BN; tháo găng tay.
22.	Giúp BN tiên nghi
23.	Dọn dẹp dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ.

F- **Những điểm cần lưu ý:**

- 4- Phải chắc chắn ống vào đúng dạ dày mới bơm thức ăn vào.
- 4- Rút dịch và thử trên giấy quì là cách tốt nhất để xác định vị trí ống vào đúng trong dạ dày
- 4- Nếu dùng phương pháp bơm hơi để thử, lượng khí bơm vào không quá 30 ml ở người lớn và 10 ml ở trẻ sơ sinh
- 4- Cho thức ăn vào với áp lực nhẹ, tránh bơm mạnh thức ăn vì có thể làm BN nôn ói do dạ dày bị kích thích.
- 4- Mỗi lần cho ăn không quá 300 ml, nhiều lần trong ngày 6- 8 lần/ ngày
- 4- Số lượng thức ăn trung bình cho người lớn 1500 - 3000 kcalo/ngày.**
- 4- Nếu dùng túi thức ăn không lưu thức ăn trong túi quá 3 giờ/ lần**
- 4- Khi cho nước hoặc thức ăn, phải cho vào liên tục tránh bọt khí.**
- 4- Theo dõi cẩn thận lần ăn đầu tiên**
- 4- Duy trì tư thế nằm đầu cao 30 phút sau khi cho ăn**

4- Theo dõi dịch tồn lưu trong dạ dày cho lần ăn sau; nếu dưới 100 ml dịch thì điều dưỡng bơm trả lại vào sondे sї + Nếu dịch trong có lẫn ít thức ăn, ĐD điều chỉnh giảm bớt số lượng thức ăn vào dạ dày ở lần cho ăn này và l

+ Nếu dịch có lẫn máu tươi hoặc đờ bầm, ĐD báo ngay cho BS và thực hiện y lệnh thuốc tráng và bảo vệ niêm màng

Săn sóc mũi miệng BN hàng ngày trong thời gian đặt ống Thay óng mỗi 5 - 7 ngày hoặc thay sớm hơn nếu óng bị tắc.

Có thể đặt ống qua miệng nếu BN bị viêm mũi (sỗ mũi, chảy máu cam)

Cố định ống phải chừa khoảng cách để cử động, tránh chèn ép lên cánh mũi gây hoại tử

G- Theo dõi và xử trí các tai biến trong và sau khi đặt sonde dạ dày cho BN:

Tai biến	Xử trí
Tổn thương thực quản dạ dày do kỹ thuật thô bạo, thông cứng, sắc cạnh, hoặc rửa trong những trường hợp uống acid hoặc base.	- Chọn ống đúng Người lớn: cỡ Ø 10 mm - Kỹ thuật đặt ống - Cho BN ăn đủ chất, tăng cường, bệnh lý cũ
Vỡ dạ dày: Trong những trường hợp bơm quá nhiều nước vào dạ dày, nhất là khi bệnh nhân bị loét dạ dày.	- Số lượng thức ăn không quá 8 lần/ ngày - Vệ sinh mũi miệng - Dán băng keo - Thay sonde dạ dày
Viêm nhiễm mũi, cọ sát nơi cố định ống.	- Cho BN nằm dài, đặt sonde dạ dày - Rút dịch và thuỷ
Viêm phổi hít, sắc do vật lạ vào phổi, thức ăn trào ngược.	- Trời lạnh pha n
Hạ thân nhiệt do trời lạnh	

Tài liệu tham khảo:

Sách Điều dưỡng cơ bản 2, chủ biên Th.S Trần Thị Thuận, trường Đại học Y Dược Tp.HCM.

215/ NỘI SOI PHẾ QUẢN

NỘI SOI PHẾ QUẢN

Nội soi phế quản là dùng ống soi để quan sát, thăm khám cây khí-phế quản, lấy bệnh phẩm các loại để chẩn đoán.

CHỈ ĐỊNH

- Hầu hết các bệnh lý của đường hô hấp chưa chẩn đoán xác định bằng lâm sàng và các xét nghiệm cận lâm sàng.
- Soi phế quản điều trị có chỉ định riêng cho mỗi loại thủ thuật

CHUẨN BỊ

1. Nhân lực

Kíp soi gồm 1 bác sĩ soi chính chịu trách nhiệm toàn bộ cuộc soi, 1 bác sĩ phụ soi và 1-2 điều dưỡng phụ trách cung cấp khí-

2. Phương tiện

- Bộ ống soi mềm, nguồn sáng, bộ điều khiển hình ảnh
- Các dụng cụ hỗ trợ như máy hút, kìm sinh thiết các loại, bàn chải, kìm gấp dí vật ...
- Thuốc tê Xylocaine 2%, 10% và gel Xylocaine 2%.

3. Người bệnh

Được giải thích rõ mục đích và sự cần thiết của nội soi. Nhịn đói ít nhất 4 giờ trước khi soi

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Gây tê

- Gây tê mũi và hầu họng bằng Xylocaine spray 10%. Thanh quản, khí quản và các phế quản sẽ được gây tê qua

2. Kỹ thuật

- Bệnh nhân nằm ngửa trên giường soi, thở O₂, theo dõi mạch, HA, SpO₂. Trường hợp bệnh nhân khó thở khi n

- Đưa ống soi qua mũi hay miệng, tùy trường hợp. Gây tê qua ống soi khi đầu ống soi đến thanh quản, khí quản
- Quan sát kỹ lưỡng cây phế quản từ tình trạng niêm mạc, kích thước, cách phân chia. Tìm kiếm tồn thương nếu có
- Tiến hành các thủ thuật lấy mẫu xét nghiệm hay các thủ thuật điều trị khi có chỉ định
- Làm bản tường trình nội soi khi đã hoàn tất nội soi

THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

Bệnh nhân được theo dõi sát mạch, HA, SpO₂ trong suốt thời gian làm nội soi. Khi gặp tai biến, cách xử lý thay đổi soi phải biết rõ cách xử lý tai biến.

Sau khi soi xong, bệnh nhân được đưa về phòng bệnh và được theo dõi tiếp trong ngày để phát hiện các biến chứng.

CÁC KỸ THUẬT LẤY BỆNH PHẨM TRONG NỘI SOI PHẾ QUẢN

1. Hút dịch phế quản hoặc rửa phế quản :

Khi phế quản có tình trạng tăng tiết, dịch tiết được hút qua ống soi vào trong một lọ vô trùng để gởi đi làm xét nghiệm. Nếu không tăng tiết, bơm 10-20ml nước cát vào nhánh phế quản ứng với vị trí tồn thương rồi hút.

2. Chải phế quản :

- Chỉ định :

o Khi tồn thương ở xa ngoài tầm quan sát của ống soi.

o Khi tồn thương nằm song song với trục của ống soi gây khó khăn cho việc sinh thiết hoặc khi kèm sinh thiết không thành công.

- Chống chỉ định: rối loạn đông máu.

- Kỹ thuật : Đưa ống soi đến gần tồn thương, hút sạch đàm nhót xung quanh để bộc lộ rõ tồn thương. Sau đó, đưa ống soi đến gần tồn thương hoặc luồn vào trong lòng nhánh phế quản đã được định vị tồn thương (qua phim X quang và cọ xát bàn chải vài lần trên bề mặt niêm mạc, sau đó rút ra, phết mẫu bệnh phẩm lên lam kính để đọc tế bào học).

3. Sinh thiết tồn thương niêm mạc khí - phế quản :

Là kỹ thuật lấy mẫu bệnh phẩm trên niêm mạc khí phế quản trong khi nội soi để làm chẩn đoán giải phẫu bệnh.

3.1 Chỉ định:

- Nhìn thấy tồn thương trong khi soi phế quản.

- Sinh thiết cưa phế quản (nơi cây phế quản chia nhánh) trong các bệnh lý hạch trung thất hoặc để đánh giá độ lây lan.

3.2 Chỗng chỉ định :

- Rối loạn đông máu.
- Nguy cơ xuất huyết gây tắc nghẽn khí đạo ở một tổn thương để làm chít hẹp sǎn lึง khí quản.

3.3 Kỹ thuật tiến hành :

- Đưa ống soi đến gần tổn thương, hút sạch đàm nhót hoặc máu xung quanh nếu co, để bộc lộ rõ tổn thương.
- Đầu ống soi để cách xa tổn thương ít nhất 2 cm. Luồn kèm sinh thiết qua kênh thủ thuật của ống soi đến khi đã xác định được vị trí tổn thương. Sau khi thấy rõ đầu kèm đã mở, đưa kèm đến áp sát tổn thương rồi đóng kèm và rút ra khỏi ống soi. Mở kèm để lấy sinh thiết và tiêm Formol 10%.
- Nên tránh vùng mô hoại tử khi sinh thiết vì có thể không cho chẩn đoán đặc hiệu.
- Có thể lặp lại động tác sinh thiết nhiều lần (3-4 lần) trên cùng 1 tổn thương hoặc tại các vị trí tổn thương khác.

3.4 Theo dõi và xử lý tai biến:

- Thông thường xuất huyết ít: không xử trí gì
- Nếu xuất huyết nhiều: Adrenalin 1/10.000 2ml bơm vào tổn thương.

4. Sinh thiết phổi xuyên phế quản:

Là kỹ thuật lấy mẫu bệnh phẩm ở nhu mạc phổi trong khi nội soi để làm chẩn đoán giải phẫu bệnh.

4.1 Chỉ định:

Các bệnh lý sau đây mà khi soi phế quản không nhìn thấy tổn thương :

- U phổi.
- Nốt đơn độc.
- Nốt lan tỏa.
- Tổn thương dạng kê.
- Bệnh phổi mô kê lan tỏa.
- Đông đặc phổi chưa rõ nguyên nhân.

4.2 Chóng chỉ định:

- Tuyệt đối :

- o Rối loạn đông máu. o Mới bị nhồi máu cơ tim. o SpO₂ < 90% với oxy. o Tâm phế mạn.

- Tương đối :

- o Giảm tiêu cầu.
- o Tăng urê máu.
- o Suy giảm miễn dịch.
- o Cơn đau thắt ngực.
- o Loạn nhịp.
- o Hen phế quản.
- o Tăng áp động mạch phổi.
- o Ho không kèm được.

4.3 Kỹ thuật tiến hành :

- Đưa ống soi đến nhánh phe quản đã chọn. Luồn kềm sinh thiết qua kênh thủ thuật của ống soi, đưa sâu vào trong ở tay. Rút lui kềm trở lại 1-2cm. Mở kềm. Đẩy kềm tới và đóng kềm. Rút kềm ra khỏi ống soi. Mở kềm lấy mẫu.
- Thủ thuật có thể được lặp lại 2-4 lần để tăng hiệu quả chẩn đoán.
- Trước khi thực hiện thủ thuật, cần kiểm tra xem đầu kềm có mở ra dễ dàng hay không, vì khi đã đưa kềm sâu vào đầu kềm nữa.

4.4 Theo dõi và xử lý tai biến :

4.4.1 Xuất huyết (2%) :

- Đa số trường hợp xuất huyết ít và không cần xử trí gì.
- Nếu xuất huyết nhiều, cho bệnh nhân nằm nghiêng về bên phổi bình, đẩy đầu ống soi vào bít chặt lồng phế quản. Adrenalin 1/10.000 vào nhánh phế quản đang xuất huyết để hình thành cục máu đông làm nút chặn. Sau đó kiêng thông khí.

4.4.2 Tràn khí màng phổi (1-4%):

- Có thể xảy ra ngay sau khi sinh thiết hoặc sau vài giờ.
- Đau ngực và khó thở là hai triệu chứng báo động cần kiểm tra X quang.
- Nếu bệnh nhân có yếu tố nguy cơ dễ bị tràn khí màng phổi (khí phế thũng, đa kén khí...), cũng nên kiểm tra X quang.
- Nếu tràn khí màng phổi ít (<20%) và bệnh nhân không khó thở : chỉ cần thở oxy liều cao và theo dõi.
- Tràn khí màng phổi nhiều (>20%) hoặc bệnh nhân khó thở : Đặt ống dẫn lưu.

5. Chọc hút bằng kim xuyên phế quản:

Là kỹ thuật dùng kim chọc hút các tổn thương nằm cạnh dây khí-phế quản hoặc nằm dưới niêm mạc phế quản, thường là để xác định bệnh lý u hoặc hạch trung thất ở sát cạnh dây khí-phế quản.

5.1 Chỉ định:

- Chẩn đoán các bệnh lý u hoặc hạch trung thất ở sát cạnh dây khí-phế quản.
- Định giai đoạn (staging) của ung thư phổi.

5.2 Chống chỉ định :

- Rối loạn đông máu.

5.3 Kỹ thuật tiến hành :

- Đầu ống soi ở vị trí thẳng, luôn ống thông có chứa kim chọc hút qua kênh thủ thuật của ống soi, đầu kim ở vị trí thẳng.
- Khi thấy ống thông lộ ra khỏi đầu ống soi, đẩy kim tới vào vị trí khóa. Lúc này toàn bộ chiều dài kim đã thò ra ngoài ống soi, gắn chặt vào nhau. Rút lui ống thông lại cho đến khi chỉ nhìn thấy đầu kim vừa thò ra khỏi ống soi.
- Đưa ống soi tới vị trí đã chọn, hướng cho đầu ống soi thẳng góc với vị trí chọc hút. Khi đầu kim chạm vào vị trí đã chọn, dừng lại.
- Nắm ống thông ở vị trí cách lỗ của kênh thủ thuật # 2cm, đẩy nhanh đầu kim tới, lặp lại động tác này vài lần cho đến khi thấy đầu kim chạm vào vị trí cũ kim chọc trúng vào một vòng sụn.
- Khi toàn bộ chiều dài kim đã xuyên qua thành phế quản, lắp ống tiêm vào và hút. Vừa hút vừa rút lui một phần ống thông để tăng hiệu quả lấy mẫu bệnh phẩm.

5.4 Tai biến :

- Cho tới nay chưa ghi nhận tai biến nào nghiêm trọng. Thông thường có chảy máu chút ít tại điểm chọc hút và có thể gây ra tràn khí màng phổi.

6. Rửa phế quản phế nang:

Là kỹ thuật bơm nước muối sinh lý vào một phân thùy phổi, sau đó hút ra, qua ống soi phế quản, để lấy bệnh phổi phân tích các chất hòa tan trong dịch rửa.

6.1 Chỉ định:

- Bệnh phổi mô kẽ lan tỏa.
- Bệnh phổi nghề nghiệp.
- Bệnh phổi do khiếm khuyết miễn dịch : phổi xơ nang (cystic fibrosis), thiếu alpha 1 antitrypsin, AIDS, ...
- Suyễn, viêm phế quản mạn, bệnh phổi do ô nhiễm môi trường.
- Nhiễm trùng phổi ở người suy giảm miễn dịch.
- Nghi ung thư phổi.

6.2 Chống chỉ định :

- SpO₂ < 90% với oxy.
- Tâm phế mạn.
- Mới bị nhồi máu cơ tim, đau thắt ngực không ổn định, suy tim.

6.3 Kỹ thuật tiến hành :

- Nếu dự định làm nhiều kỹ thuật trên cùng một nhánh phế quản, rửa phế quản phế nang phải được thực hiện trước.
- Nếu tồn thương phổi dạng lan tỏa, nhánh phế quản được chọn sẽ là thùy giữa hoặc thùy lưỡi hoặc thùy dưới.
- Gây tê kỹ nhánh phế quản đã chọn, đưa đầu ống soi vào bít chặt nhánh phế quản này.
- Bơm 20-60ml NaCl 0,9% vào phế quản rồi hút ra lại một cách nhẹ nhàng bơm vào ống nghiệm.
- Lặp lại thao tác 3-5 lần. Như vậy sẽ có 3- 5 ống nghiệm đựng bệnh phẩm với tổng lượng NaCl bơm vào từ 100-200ml.
- Ống đầu tiên đại diện cho mẫu dịch rửa phế quản và được để riêng. Các ống sau đều được xem là mẫu dịch rửa.

6.4 Tai biến:

- Sốt sau rửa phế quản phế nang chiếm 20% trường hợp và tự hết không cần xử trí gì.

- Giảm ôxy máu: oxy liệu pháp.

- Tình trạng co thắt phế quản được dự phòng hay cắt cơn bằng các thuốc đồng vận p ở những cơ địa tăng phản ứng.

TAI LIỆU THAM KHẢO

1. Armin Ernst. *Introduction to fibroscopy*. Cambridge University Press 2009.
2. American Association for Respiratory Care (AARC). *Bronchoscopy assisting 2007 revision & update*. Respiratory care 2007; 52(10): 1353-1366.
3. Armin Ernst, Gerard A. Silvestri, David Johnstone. *Interventional Pulmonary Procedures: Guidelines from the European Respiratory Society*. Eur Respir J 2003; 22: 103-113.
4. Richard A Helmers and W Hemminghake. *Bronchoalveolar lavage*. Flexible Bronchoscopy Black Well science 2000.
5. Tom Kotsimbos, E Haydn Walters. *Bronchoscopy, lavage, needle and other biopsies*. Medicine, 1995.
6. Allan P Reed, Herbert Y Reynolds, John C Rodrigues, Steven Feinsilver, Mark R Villenewve, Paul Kvale, Kenneth Y.W.Lee, Atul C. Mehta. *Anesthetic techniques, Bronchoalveolar lavage, Indications and contraindications for biopsy, Transbronchial needle aspiration*. Text book of bronchoscopy. A Waverly Company, 1995.
7. William F Credle, Josephf Smiddy, Robert C Elliot. *Complications of fiberoptic bronchoscopy*. Am Rev of respiratory disease 1984; 130: 103-107.
8. Prakash. *Bronchoscopy*. Mayo foundation. Published by Raven Press Ltd, New York, 1994.
9. Jacques Bourcereau, Serge Roden. *Endoscopie bronchique*. Octobre 1993.
10. M Dubois, SW Clark, Grune and Stratton, Inc. *Fiberoptic bronchoscopy in diagnosis and management*. Grune and Stratton, Inc, 1984.
11. William J Fulkerson. *Fiberoptic bronchoscopy*. The New England journal of medicine, 1984.
12. Kenkichi Oho, Ryuta Amamiya. *Practical Fiberoptic bronchoscopy*, 2nd edition. IGAKU -SHOIN Tokyo - 1995.

216/ PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN BỆNH PHỔI MÔ KẼ

PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN BỆNH PHỔI MÔ KẼ

Bệnh phổi mô kẽ (BPMK) là một hội chứng thường gồm những biểu hiện sau:

- Khó thở khi gắng sức tăng dần theo thời gian hoặc ho khan kéo dài.
- X-quang hoặc CTscan ngực có tổn thương mô kẽ nổi bật.
- Bất thường về chức năng hô hấp điển hình là rối loạn thông khí kiểu hạn chế.
- Triệu chứng hô hấp kết hợp với bệnh lý khác, như bệnh mô liên kết.

NGUYÊN NHÂN BỆNH PHỔI MÔ KẼ:

Có nhiều cách tiếp cận và phân loại BPMK, xu hướng hiện nay, các nhà lâm sàng thường tiếp cận BPMK theo 3 nhóm:

1. Bệnh phổi mô kẽ có nguyên nhân: chủ yếu liên quan đến thuốc (chú ý rằng rất nhiều loại thuốc có thể gây VPF, biệt là bụi hữu cơ, vô cơ, hóa chất, tia xạ, protein động vật (chim, két, ...), và viêm phổi dị ứng).
2. Phần lớn bệnh phổi mô kẽ chưa rõ nguyên nhân bao gồm: sarcoidosis, Histocytocys X ở phổi, bệnh xơ hóa phổi, bệnh xơ phổi kết hợp với bệnh mô liên kết như lupus ban đỏ hệ thống (systemic lupus erythematosus, SLE), thâng (scleroderma).

Một số bệnh lý hoặc hội chứng đặc biệt:

- Broncholitis obliterans (BO) +/- viêm phổi tổ chức hóa (Broncholitis Obliterans Organizing Pneumonia, BOOP).
- Viêm phổi tăng eosinophile.
- Lymphangioleiomyomatosis (LAM).
- Alveolar proteinosis.
- Viêm mạch máu phổi (Pulmonary Vasculitis): Wegener's granulomatosis, hội chứng Churg-Strauss.
- Hội chứng xuất huyết phế nang lan tỏa (Diffuse Alveolar Hemorrhage, DAH): lâm sàng điển hình gồm ho ra máu, suy hô hấp tiến triển thường cần đến thông khí nhân tạo:
 - + Viêm mạch máu phổi.
 - + Bệnh collagen về mạch máu.
 - + Thuốc: cocaine, amiodarone, nitrofurantoin, bất kỳ loại thuốc độc tế bào (Bleomycin, Methotrexate, Procarbazine, ...).
 - + Hội chứng Goodpasture.
 - + Hemosiderosis phổi vô căn.

PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ LAO PHỔI Ở TRẺ EM

Lao phổi ở trẻ em rất đa dạng và chẩn đoán tương đối khó so với người lớn

1. Chẩn đoán dựa vào:

- Dịch tễ: hỏi kỹ tiền sử có tiếp xúc gần gũi với nguồn lây, đặc biệt là lao phổi AFB dương (trong gia đình, trường học)

• Lâm sàng:

- Ho dai dẳng, khò khè, có thể sốt nhẹ và không cải thiện khi đã điều trị kháng sinh phổ rộng, triệu chứng 7 - 10 ho khác đàm/máu, đau ngực)

- Sụt cân hoặc không tăng cân hoặc suy dinh dưỡng (đã loại trừ các nguyên nhân khác)

• Cận lâm sàng:

- Soi ,cấy đàm - dịch dạ dày tìm AFB

- PCR lao.

- Nội soi phế quản rút dịch rữa phế quản tìm AFB.

- Gene Xpert: được chỉ định khi soi đàm, dịch dạ dày AFB âm tính.

- IDR: ≥ 10 mm là dương tính ở trẻ bình thường đặc biệt IDR trên 15 mm gợi ý cho chẩn đoán; đối với trẻ nhỏ tính.

- Các xét nghiệm sử dụng kháng nguyên tổng hợp đặc hiệu của vi trùng lao (QuantiFERON-TB Gold, T-SPOT bào Lympho T đặc hiệu từ máu cho phép 1 tiếp cận mới trong phát hiện nhiễm lao. Nó phát hiện sự sản xuất nhạy cảm với kháng nguyên của Mycobacterium Tuberculosis, đặc biệt là các kháng nguyên ESAT 6 và CFP10)

- X-quang phổi tìm tổn thương trên phổi (tổn thương dạng kê, tạo hang, tổn thương nốt, hạch vùng rốn phổi hoặ

- CT ngực: nếu có điều kiện (tim hạch vùng rốn phổi hoặc trung thất)

2. Tiêu chuẩn phân loại bệnh lao phổi

Lao phổi AFB(+) - thoả mãn 1 trong 3 tiêu chuẩn sau:

- Tối thiểu có 2 tiêu bản AFB (+) từ 2 mẫu đờm khác nhau; hoặc

- Một tiêu bản đờm AFB (+) và có hình ảnh nghĩ đến lao tiến triển trên phim Xquang phổi; hoặc

- Một tiêu bản đờm AFB (+) và nuôi cấy dương tính.

Riêng đối với người bệnh HIV(+) chỉ cần có ít nhất 1 tiêu bản xét nghiệm đờm AFB(+) được coi là lao phổi AFB(+).

Lao phổi AFB (-) - thoả mãn 1 trong 2 tiêu chuẩn sau:

- Kết quả xét nghiệm đờm AFB âm tính ít nhất 6 mẫu đờm khác nhau qua 2 lần khám cách nhau khoảng 2 tuần, Xquang phổi

- Kết quả xét nghiệm đờm AFB âm tính nhưng nuôi cấy dương tính.

Riêng đối với người bệnh HIV(+) chỉ cần 2 tiêu bản đờm AFB(-), điều trị kháng sinh phô rộng không thuyên giảm chuyên khoa quyết định được coi là lao phổi AFB(-).

Quy trình tiếp cận chẩn đoán lao phổi ở trẻ em

3. Chẩn đoán phân biệt: Lao, PCP, viêm phổi do vi khuẩn

	Lao	PCP	Viêm phổi VK
Khởi phát	Vài tuần	Vài ngày-vài tuần	Vài giờ - vài tuần
Sốt	Sốt, vã mồ hôi	Sốt nhẹ, vừa	Sốt cao có rét run
Ho	Đờm, máu	Khan, không đờm	Có đờm
Đau ngực	Có thể gặp	Hiếm gặp	Thường gặp
Khó thở	Khi bệnh nặng	Tăng khi gắng sức	Thường gặp
Tràn dịch màng phổi	Có thể gặp	Hiếm gặp	Có thể gặp
X.Quang ngực	Thâm nhiễm thuỷ trên hoặc dưới	Thâm nhiễm 2 bên, hoặc bình thường	Hình ảnh đông đặc
Bạch cầu	Bình thường hoặc giảm	Bình thường hoặc giảm	Thường tăng
CD4	Không giúp cho chẩn đoán	<200	Không giúp cho

4. Điều trị lao phổi

a. Nguyên tắc

- Phối hợp các thuốc chống lao (đặc biệt là điều trị hàng ngày ở giai đoạn cung cố)
- Dùng thuốc đúng liều.

- Dùng thuốc đều đặn
- Dùng thuốc đủ thời gian theo phác đồ điều trị

b. Công thức điều trị lao: 2 RHZE/4RH - Tái phát, thất bại: 2RSHEZ/RHEZ/5RHE

Loại thuốc	Liều lượng thuốc dùng hàng ngày
Isoniazid	mg/kg
Rifampicin	10 (10 - 15) mg
Pyrazinamid	15 (10 - 20) mg
Ethambutol	30 (30 - 40) mg
Streptomycin	20 (15-25) mg
	15 (10-20) mg

c. Theo dõi trong quá trình điều trị

- Trẻ cần được khám lại 1 tháng/lần trong giai đoạn tấn công và 2 tháng/lần trong giai đoạn điều trị duy trì
- Phải cân trẻ và ghi kết quả vào phiếu điều trị có kiểm soát mỗi khi tái khám.
- Đánh giá sự thay đổi các triệu chứng lâm sàng, tác dụng ngoài ý muốn của thuốc chống lao.
- Với các trường hợp lao phổi AFB(+) thực hiện xét nghiệm đàm kiểm soát cuối tháng thứ: 2, 4, 6 (đối với công thức 2 SHZRE/1RHEZ/5RHE)

d. Liệu pháp dự phòng.

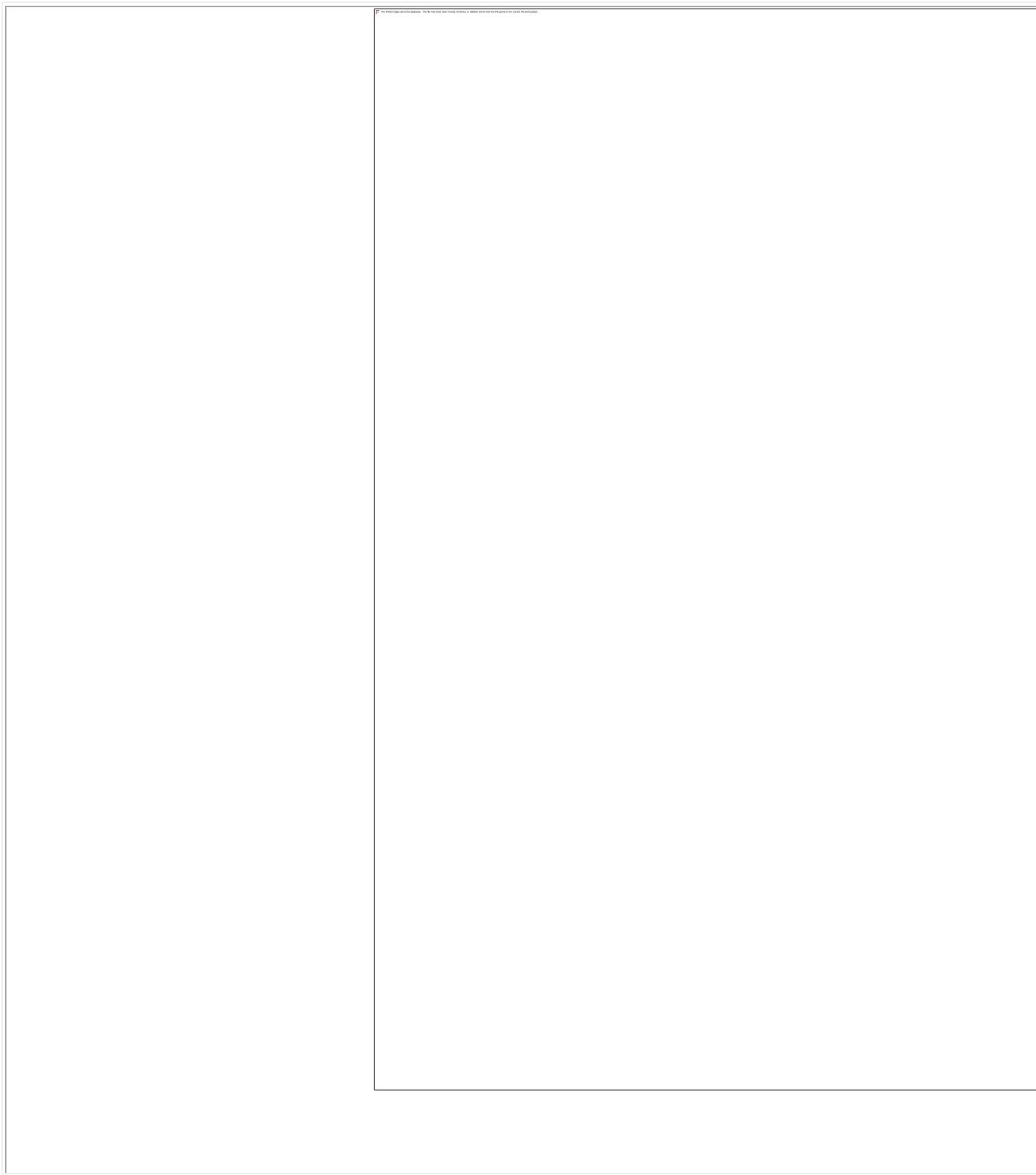
- Bằng thuốc INH:

* Đối tượng dự phòng lao: trẻ em < 5 tuổi tiếp xúc gần gũi với nguồn lây là người bệnh AFB (+) và tất cả trẻ nhỏ dưới 10 tuổi.

* Điều trị dự phòng hiện nay bằng Isoniazid (IPT) hàng ngày, liên tục 6 tháng, liều lượng Isoniazid 10 mg/kg/ngày.

* Khám theo dõi 1 lần/ tháng trong 2 tháng đầu, sau đó cứ mỗi 2 tháng khám lại 1 lần để phát hiện các triệu chứng.

- Chủng ngừa BCG cho trẻ mới sanh.
- Phòng chống suy dinh dưỡng.
- Hướng dẫn sàng lọc trẻ có tiếp xúc với nguồn Lao phổi AFB (+)



Tiếp xúc gần gũi được xác định là người sống trong cùng hộ gia đình hoặc có tiếp xúc thường xuyên (như người học).

Các trường hợp cần nhập viện

- + Các thể lao phổi và lao ngoài phổi nặng (Lao kê, lao màng não, lao màng tim...),
- + Suy dinh dưỡng nặng,
- + Các bệnh kết hợp khác như thiếu máu nặng, viêm gan, suy thận,
- + Suy hô hấp, Hôn mê.

Tài liệu tham khảo :

1. Quản lý lao ở trẻ em trong chương trình chống lao quốc gia, 2009
2. WHO: Guidance for national tuberculosis programmes on the management of tuberculosis in children, 2006
3. WHO: Ethambutol efficacy and toxicity, 2006 - 2010
4. WHO: Rapidadvice: Treatment of tuberculosis in children, 2010
5. Tài liệu Đào tạo giảng viên quản lý Lao trẻ em. Hà Nội, 2011

218/ PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ LAO HẠCH

LAO HẠCH

I. Chẩn đoán:

1. Lâm sàng:

1.1 Lao hạch ngoại biên:

- Hơn 90% lao hạch ngoại biên được phát hiện ở vùng đầu và cổ. Thứ tự tần suất thường gấp là nhóm hạch ở vú/nách; hạch bẹn và ở những nơi khác.

-Tiến triển hạch lao ở ngoại biên được chia thành 5 giai đoạn:

- + Giai đoạn 1: Hạch lao phì đại, chắc, di động, rời rạc, biểu hiện sự tăng sản phản ứng không đặc hiệu.
 - + Giai đoạn 2: Hạch chắc, lớn hơn và dính vào mô xung quanh do viêm quanh hạch.
 - + Giai đoạn 3: Hoại tử bã đậu ở trung tâm hạch lao.
 - + Giai đoạn 4: Vỡ và xì mủ hạch ra da.
 - + Giai đoạn 5: Tạo thành đường dò ra da có bờ mỏng và tím tái.
- Phần lớn các trường hợp sờ thấy hạch lao ở giai đoạn 2 và 3.
- Dưới 20% lao hạch có triệu chứng như sụt cân, sốt, biếng ăn, mệt mỏi, khó chịu và đau.

1.2 Lao hạch sâu:

Bao gồm lao hạch trung thất hay lao hạch ổ bụng thường gặp ở bệnh nhân nhiễm HIV -Lao hạch trung thất:

- Thường là hạch quanh phế quản hoặc cạnh khí quản.
- Ở trẻ em phì đại hạch trung thất thường chèn ép phế quản gây triệu chứng hô hấp.
- Đôi khi khói hạch to ở cổ chèn vào thực quản gây khó nuốt và cảm giác đau nặng sau xương ức.
- Hạch có thể gây tắc ống ngực làm tràn dịch màng phổi duỗi tráp.

-Lao hạch ổ bụng

• Những triệu chứng thường gặp: sốt nhẹ, đau bụng mạn tính do hạch bị viêm lao ở vùng sau phúc mạc kích thích nghẽn đường mật.

• Hạch vùng bụng trên có thể làm tắc ống ngực gây tràn dịch màng bụng duỗi tráp hay tiêu duỗi tráp.

2. Cận lâm sàng:

- Phản ứng lao tố ở da dương tính (IDR) hơn 90% trường hợp lao hạch,
- Xét nghiệm tìm AFB và cây tìm vi khuẩn lao trong mủ hạch. Khi nghi ngờ lao hạch kháng thuốc nên làm thêm
- FNA hạch (Fine Needle Aspiration) là chọc dò hạch bằng kim nhỏ để làm tế bào học và vi trùng học.
- Sinh thiết hạch: Làm giải phẫu bệnh phát hiện tổn thương có nang lao hoặc cây mủ mờ tìm vi khuẩn lao.

- X-quang lồng ngực có thể có tổn thương lao đang hoạt động (ở người lớn 30%).
- Chụp phim CT Scan ngực hay bụng .
- Siêu âm vùng cổ phát hiện hạch cổ nằm sâu, phân biệt hạch do ung thư di căn
- Siêu âm bụng có thể phát hiện hạch ổ bụng, chẩn đoán phân biệt với lymphoma
- Nội soi trung thất hay nội soi ổ bụng để sinh thiết hạch trong trường hợp hạch sâu khó chẩn đoán.

3. Chẩn đoán xác định:

- Tìm được AFB hoặc cấy dương tính trong mủ hạch.
- Sinh thiết hạch làm giải phẫu bệnh có nang lao và cấy tìm được vi trùng lao.
- FNA hạch thấy được nang lao.

II. Điều trị lao hạch:

Hiện nay lao hạch được điều trị theo phác đồ của Chương trình chống lao quốc gia

Phác đồ I : 2SRHZ/6HE điều trị đối với bệnh nhân lao hạch mới :

Phác đồ II : 2SRHZE/1RHEZ/5R3H3E3 điều trị đối với bệnh nhân lao hạch thất bại phác đồ 1 hay tái phát.

Thời gian tấn công có thể kéo dài thêm 1- 2 tháng đối với hai phác đồ trên nếu đáp ứng lâm sàng không cải thiện dùn theo qui định CTCL Quốc gia:

Can thiệp ngoại khoa khi hạch phì đại quá mức, hạch đã hóa mủ, bệnh nhân cần được phẫu thuật lấy trọn hạch hàng ngày cho đến khi vết mổ lành.

III. Theo dõi điều trị:

- Thời gian điều trị lao hạch là 8 tháng, bệnh nhân cần được theo dõi về tình trạng dung nạp thuốc lao và các tác dụng phụ.
- Bệnh nhân được tái khám hàng tháng để xem xét tình trạng hạch, nếu hạch to lên hay áp xe hóa mủ (sau 2-3 tháng) thiệp ngoại khoa, phẫu thuật nạo hạch hay dẫn lưu mủ. Nên thực hiện xét nghiệm giải phẫu bệnh hay tìm AFB và chẩn đoán.

Lưu ý: Phản ứng ngược (paradoxical reaction) (23-30% ở bệnh nhân lao hạch HIV âm tính) xảy ra trong quá trình điều trị và đôi khi ở những tháng cuối hay đã chấm dứt điều trị, hạch to ra và nhuyễn hóa và dò mủ, nguyên nhân là do vi trùng lao đã chết, nhưng khi sinh thiết hay xét nghiệm vi trùng học không thấy bằng chứng về lao. Điều này

điều trị hay không . Đối với bệnh nhân lao hạch nhiễm HIV không có điều trị ARV phản ứng ngược xảy ra có thể. Không dùng corticoide điều trị phản ứng ngược, có thể phẫu thuật cắt bỏ hạch hay dẫn lưu hạch.

- Sau 8 tháng điều trị lao, hạch không phát triển hay nhỏ đi hoặc không sờ thấy, khi đó việc điều trị được xem như thất bại.
- Sau 8 tháng điều trị lao, hạch vẫn to ra hoặc hạch vẫn còn dò mủ, lâm sàng không cải thiện: mệt mỏi, biếng ăn, kết quả giải phẫu bệnh có nang lao, hay AFB(+) mủ hạch. Khi đó việc điều trị lao hạch được xem như thất bại, cần thực hiện kháng sinh đồ tại thời điểm này vì nguy cơ cao kháng thuốc.
- Sau đánh giá hoàn thành điều trị, hạch phát triển trở lại và có bằng chứng về lao (Giải phẫu bệnh có nang lao) xem là lao hạch tái phát và việc điều trị sẽ được chuyển sang phác đồ khác.

219/ PHÁC ĐỒ CẤP CỨU NGƯNG TIM - NGƯNG THỞ

PHÁC ĐỒ CẤP CỨU NGƯNG TIM - NGƯNG THỞ

© 2001 Kluwer Academic Publishers. This file has been downloaded, extracted, or derived, from the Kluwer Online Library and is protected by copyright laws.

Các thuốc vận mạch:

- Epinephrine: 1mg TM (10mL DD 1/10.000) hoặc 2mg bơm qua nội khí quản mỗi 3-5 phút;
- Vasopressin: 40U TM để thay thế epinephrine liều I và II;
- Amiodarone: 300mg TTM± 150mg TTM mỗi 3-5 phút;
- Lidocaine: 1-1,5 mg/kgTTM (# 100mg) sau đó: 0,5-0,75 mg/kg (#50mg) mỗi 5-10 phút, tối đa 3 mg/kg;
- Atropine: 1mg TM mỗi 3-5 phút x 3;
- Magnesium: 1-2 g TM nếu là nhịp xoắn đinh.

Nguyên nhân vô tâm thu, hoạt động điện vô mạch:

- Giảm thể tích tuần hoàn: truyền dịch
- Thiếu oxy: cung cấp oxy
- Nhiễm toan: NaHCO₃
- Hạ kali máu: truyền kali
- Tăng kali máu: Ca, NaHCO₃, insuline/glucose
- Hạ glucose máu: truyền glucose
- Hạ thân nhiệt: ủ ấm
- Ngộ độc: điều trị đặc hiệu
- Chèn ép tim cấp: chọc giải áp
- Tràn khí màng phổi: giải áp
- Thuyên tắc vành, phổi: tan máu đông, lấy bơm huyết khối
- Chấn thương: giảm thể tích tuần hoàn, tăng áp lực nội sọ.

Tài liệu tham khảo:

1. The Washington Manual of Medical Therapeutics 2010, p. 1014.
2. Handbook of Internal Medicine, Lippincott Williams & Wilkins, 2011, 10-1.

220/ PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ RỐI LOẠN ĐIỆN GIẢI VÀ THĂNG BẰNG

PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ RỐI LOẠN ĐIỆN GIẢI VÀ
THĂNG BẰNG KIỀM TOAN

- Độ thẩm thấu huyết thanh (ĐTTHT) = $2 \times \text{Natri máu} + \text{BUN} + \text{Gucose máu}$ (đơn vị: mmol/L)
- Bình thường: 275 – 290mOsm/kg
- Khi Natri máu = 125 – 135mmol/L mà không có triệu chứng thì bù bằng ché độ dinh dưỡng hoặc truyền NaCl
- Natri cần bù (mmol) = $60\% \text{ TLCT} \times (140 - \text{Natri máu của bệnh nhân})$
- Khi Natri máu < 125mmol/L có triệu chứng thần kinh hoặc khi Natri máu < 115mmol/L thì bù bằng NaCl ưu t
giờ đầu, không quá 10 – 12mmol/L trong 24 giờ. Theo dõi sát Natri máu để quyết định tốc độ bù.
- Nếu Gucose máu tăng cần điều trị hạ Gucose máu và Natri bệnh nhân tính theo công thức:
 $\text{Natri máu bệnh nhân (mmol/L)} = \text{Natri máu xét nghiệm} + (\text{Gucose máu} - 5) / 3$

XỬ TRÍ TĂNG NATRI MÁU

- Tăng Natri máu có giảm thể tích cần phải bù nước theo công thức:

Nước mất cần bù (lít) = 60% TLCT x (Natri máu bệnh nhân - 140) / 140

- Thông thường $\frac{1}{2}$ lượng nước thiếu sẽ được bù trong 24 giờ đầu, lượng còn lại sẽ bù trong 1 - 2 ngày sau. Natri giờ. Theo dõi sát Natri máu để quyết định tốc độ bù nước.

XỬ TRÍ MẤT CÂN BẰNG KALI MÁU

221/ PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ SUY HÔ HẤP

PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ SUY HÔ HẤP

I. ĐỊNH NGHĨA:

Suy hô hấp (SHH) là tình trạng rối loạn trao đổi khí của cơ quan hô hấp do không cung cấp đủ O₂ vào máu và/hay KMĐM) biểu hiện 2 tình trạng:

1. SHH giảm O₂ máu: PaO₂ <60 mmHg, SaO₂ <90%

(PaCO₂ bình thường hoặc giảm).

2. SHH tăng CO₂ máu: PaCO₂ >45 mmHg và toan hô hấp pH <7,35 (PaO₂ bình thường hoặc giảm nhẹ).

II. CHẨN ĐOÁN:

II.1. SHH cấp:

II.1.1. Lâm sàng:

- Khó thở, co kéo cơ hô hấp phụ, thở hút, hoặc >30 lần/ phút ;
- Tím môi và đầu chi (khi SaO₂ <85%), vã mồ hôi, nói ngắt quãng ;
- Mạch nhanh > 120l/p;
- Thần kinh (dấu hiệu não trong SHH): nhức đầu, lú lẫn, bứt rứt, vật vã, nói nhảm, lơ mơ, hôn mê;
- Khám thực thể: ran phổi, giảm rì rào phế nang, nhịp tim nhanh, phù, liệt cơ, ... sẽ gợi ý nguyên nhân.
- Hỏi kĩ tiền căn và bệnh sử: BPTNMT, khí phế thủng, lao phổi cũ, hít khí độc, ...

II.1.2. Cận lâm sàng:

- X-quang phổi thẳng;
- Khí máu động mạch: PaO₂ <60 mmHg và/hoặc PaCO₂ >45 mmHg, pH <7,35 ;

- Công thức máu, BUN, Creatinin, Ion đồ, Đường huyết.
- Điện tim; siêu âm tim Doppler nếu nghi ngờ có bệnh lý tim mạch;
- SGOT, CK-MB, Troponin-I (hoặc T) nếu nghi ngờ nhồi máu cơ tim;
- BNP/m hoặc NT-ProBNP/m nếu nghi ngờ có suy tim.

II.2. SHH mạn:

II.2.1. Lâm sàng :

- Tiền căn bệnh mãn tính: BPTNMT, phế quản phế viêm , lao, bụi phổi, hen phế quản.
- Khó thở khi gắng sức, sau đó khó thở thường xuyên.
- Tím tái thường xuyên ở môi và đầu chi, ngón tay dùi trống, móng khum, ...
- Dấu hiệu suy tim (P) trong tâm phế mạn: phù chi dưới, gan to, tĩnh mạch cổ nổi, ECG dày thất (P) .
- Thần kinh: lú lẫn, lơ mơ, hôn mê nếu CO₂ tăng cao.

II.2.2. Cận lâm sàng:

- Cũng tiến hành như SHH cấp.
- Khí máu: PaO₂, SaO₂ giảm nhẹ, PaCO₂ tăng >45 mmHg, pH <7,35 (Hội chứng tắc nghẽn).

III. ĐIỀU TRỊ:

SHH cấp cần xử trí nhanh chóng và chính xác, bảo đảm các nguyên tắc:

III. 1. Làm thông thoáng khí đạo:

Dẫn lưu tư thế, hút đàm nhớt, lấy vật lạ vùng hầu họng (nếu có).

III.2. Cung cấp oxy đầy đủ: O₂ được cung cấp tùy trường hợp:

- ❖ **Ống xông mũi:** BN có thể ăn uống, nói chuyện được, cung lượng oxy nên < 5 L/p.
- ❖ **Mặt nạ không thở lại:** FiO₂ đạt được 80-90%, cao hơn so với hệ thống có tái thở lại.
- ❖ **Mặt nạ Venturi:** cho phép cung cấp chính xác FiO₂ với các giá trị 24%, 28%, 31%, 35%, 40%, 50%. Hữu ích

❖ Thông khí không xâm lấn, xâm lấn khi có chỉ định

IV. ĐIỀU TRỊ BỆNH NGUYÊN:

- Chống bội nhiễm: kháng sinh;
- Giãn phế quản;
- Suy tim...

Xử trí & định hướng nguyên nhân SHH cấp



Tham khảo:

1. The Washington Manual of Medical Therapeutics, Lippincott Williams & Wilkins, 2010, p. 249-252.

2. Pocket Medicine, Lippincott William&Wilkins, 2011, 2-18.

222/ PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ ĐIỀU TRỊ PHÙ PHỔI CẤP

PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ PHÙ PHỔI CẤP

1. ĐỊNH NGHĨA:

Phù phổi cấp là sự tràn ngập đột ngột thanh dịch từ huyết tương của mao mạch phổi vào mô kẽ phổi, sau đó vào

2. NGUYÊN NHÂN:

Khi áp lực mao mạch phổi ≥ 30 mmHg và không có tổn thương tăng tính thấm màng phế nang-mao mạch:

- Nhồi máu cơ tim, viêm cơ tim -> suy chức năng co bóp cơ tim;
- Suy thận cấp, đợt cấp suy thận mạn -> quá tải tuần hoàn;
- Cơn tăng huyết áp -> tăng gánh hậu tải;
- Loạn nhịp tim; hẹp van 2 lá; hở van 2 lá, van động mạch chủ cấp;
- Do thuốc: B blockers, kháng viêm non-steroids..., độc tố: anthracyclines....

3. CHẨN ĐOÁN:

Phù phổi cấp là biểu hiện của suy tim trái cấp

3.1. Lâm sàng:

- Khó thở xuất hiện đột ngột về đêm, ngạt thở phải ngồi dậy;
- Khó thở cấp: tím tái, vã mồ hôi, nhịp thở nhanh, co kéo cơ hô hấp phụ, mạch nhanh, hoảng hốt;
- Ho một cách khó nhọc;
- Khò khè ở cổ, ho đàm có bọt hồng, sau ho không giúp BN bớt khó thở, cảm giác sắp “chết ngôp trên cạn”.
- Nghe phổi có ran âm 2 đáy dâng như thủy triều.

3.2. Cận lâm sàng:

3.2 .1. X-quang:

- Phù mô kẽ: Hình ảnh sớm nhất, dày bờ các mạch máu ở phổi, chủ yếu là ở vùng rốn phổi, tái phân phổi tuần hoàn.
- Phù vách ngăn các tiêu phân thùy: Khi áp lực tĩnh mạch phổi tăng cao hơn: sung huyết rốn phổi 2 bên, đường ruột giãn.
- Phù phế nang: đám mờ giới hạn không rõ, tập trung đối xứng rốn phổi hai bên, ở giữa là bóng tim to tạo « hình móng ngựa ».

3.2.2. Khí máu:

- Giảm oxy máu;
- CO₂ máu có thể giảm hoặc tăng.

3.2.3. ECG:

Dấu chứng: nhồi máu cơ tim cấp; suy tim trái; loạn nhịp tim; block dẫn truyền...

3.2.4. Khác:

- Siêu âm tim Doppler: EF giảm, buồng tim giãn trong suy tim;
- BNP hoặc NT-ProBNP máu: tăng trong suy tim;
- SGOT, CK-MB, Troponine I (hoặc T): tăng trong nhồi máu cơ tim;
- Thông tim: Áp lực mao mạch phổi bít (PCWP) tăng.

4. XỬ TRÍ:

Nhắm 2 mục tiêu:

- + Điều chỉnh rối loạn trao đổi khí: thiếu oxy.
- + Chống tăng áp lực mao mạch phổi bằng cách giảm tiền tải và cải thiện chức năng thất trái.

4.1. Điều trị thiếu oxy máu:

- Nâng PaO₂ >= 60 mmHg bằng cách thở oxy qua sonde mũi hay mặt nạ: 6-10 l/p.
- Nếu không hiệu quả, tiến hành thông khí không xâm lấn chế độ CPAP hay BiPAP.
- Sau 10-15 phút đánh giá lại lâm sàng, khí máu động mạch, nếu vẫn không hiệu quả -> tiến hành thông khí cơ học.

4.2. Điều trị thuốc:

- Morphine sulphate:

+ Giảm hoảng hốt, giãn tĩnh mạch phổi, và tĩnh mạch hệ thống;

+ Liều: 2-5 mg tĩnh mạch chậm, có thể lặp lại mỗi 10-25 phút đến khi đạt được kết quả.

- Lợi tiểu:

+ Furosemide gây giãn tĩnh mạch, giảm sung huyết phổi vài phút sau tiêm TM, trước khi có tác dụng lợi tiểu.

+ Khởi đầu 20-80 mg tĩnh mạch chậm, có thể lặp lại hoặc tăng liều sau đó tùy hiệu quả đạt được, tối đa 200mg.

+ Nếu không đáp ứng với Furosemide đơn độc:

Furosemide 100 mg tĩnh mạch + Chlorothiazide 500 mg tĩnh mạch.

- Giãn mạch:

+ Nitroglycerine truyền tĩnh mạch thích hợp hơn so với dạng uống hoặc dạng ngâm qua da;

+ Khởi đầu là 0,2 pg/kg/phút, tăng dần 0,1-0,2 pg/kg/ phút mỗi 5 phút đến khi khó thở giảm, hoặc có tác dụng p

* Mạch >120 lần/ phút hoặc <50 lần/ phút.

* Huyết áp tâm thu < 90 mmHg.

- Thuốc tăng co bóp cơ tim:

+ Dobutamine (ống 250mg):

* Nếu có kèm hạ huyết áp, sốc;

* Tác dụng tăng co bóp cơ tim;

+ Digoxin: 0,25 mg TM.

4.3. Điều trị khác:

- Lọc máu: nếu suy thận nặng hoặc để kháng thuốc lợi tiểu;

- Đặt Ballon động mạch chủ...

4.4. ĐIỀU TRỊ NGUYÊN NHÂN.

223/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHOÁNG GIẢM THỂ TÍCH

CHOÁNG GIẢM THỂ TÍCH

I. ĐỊNH NGHĨA:

Choáng giảm thể tích là tình trạng giảm tưới máu mô, xảy ra khi thể tích nội mạch bị giảm do mất 1 lượng dịch nếu kéo dài sẽ dẫn đến thiếu oxy toàn thân và rối loạn các quá trình sinh hóa thiết yếu. Những bất thường này nhì cùng làm chết tế bào, tổn thương cơ quan đích, rối loạn đa cơ quan và dẫn đến tử vong.

II. NGUYÊN NHÂN:

1. Mất máu :

❖ Xuất huyết ngoại:

+ Chấn thương;

+ Xuất huyết tiêu hoá;

❖ Xuất huyết nội:

+ Vỡ phình mạch máu;

+ Tràn máu màng phổi;

+ Tràn máu phúc mạc;

2. Mất huyết tương:

• Phồng;

• Viêm da tróc vảy.

3. Mất dịch và các chất điện giải:

• Ra ngoài:

- + Ói mửa;
- + Tiêu chảy;
- + Đồ mồ hôi quá mức;
- + Tăng áp lực thẩm thấu (Tiểu đường nhiễm ceton-acid, hôn mê tăng áp lực thẩm thấu máu).

- **Mất vào khoang thứ 3:**

- + Viêm tụy;
- + Cổ trướng;
- + Tắc nghẽn ruột;

III. CHẨN ĐOÁN:

- H_Amax <90 mmHg, H_A mean < 60mmHg.
- Giảm tưới máu ngoại biên và giảm oxy máu, biểu hiện:
 - + Da lạnh, đầu chi lạnh;
 - + Mạch ngoại biên yếu, khó bắt;
 - + Hoại tử (nếu sôc kéo dài).
- Rối loạn tri giác:
 - + Bồn chồn, lo lắng;
 - + Kích thích;
 - + Li bì;
 - + Hôn mê.
- Thiếu niệu hay vô niệu (nước tiểu <25 ml/giờ).
- Toan chuyển hóa là chủ yếu. Khởi đầu, BN choáng giảm thể tích có thể nhiễm kiềm hô hấp, nhưng khi choáng xuất hiện, phản ánh sự giảm đào thải lactat của gan, thận. Nếu choáng tiến triển đến suy tuần hoàn và sự thiếu oxi do quá trình chuyển hóa yếm khí và làm nặng thêm tình trạng toan máu.

BẢNG PHÂN LOẠI

Thông số	Độ I	Độ II
Lượng máu mất (ml)	< 750	750-1500
% lượng máu mất	<15%	15-30%
Mạch (l/p)	<100	>100
Tần số hô hấp (l/p)	14-20	20-30
Áp lực máu	Bình thường	Bình thường
Lượng nước tiểu (ml/h)	>30	20-30
Tri giác	Lo lắng	Kích động

III. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

1. Choáng tim:

- Choáng tim do nhồi máu cơ tim cấp do số lượng cơ tim bị hoại tử khá nhiều dẫn đến mức co bóp cơ tim giảm.
- Choáng tim không do nhồi máu cơ tim cấp: Bệnh van tim nặng, bệnh màng ngoài tim co thắt, viêm cơ tim, rối

2. Choáng nhiễm trùng:

- Thường liên quan đến ổ nhiễm trùng: Thường do vi trùng Gram âm: *E. coli*, *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Pseudomonas aeruginosa*

3. Choáng phản vệ:

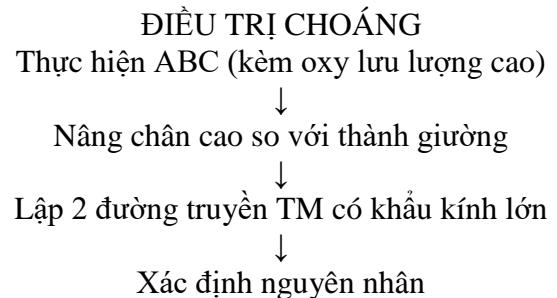
- Choáng thường xảy ra rất nhanh sau khi BN tiếp xúc dị nguyên, biểu hiện: ngứa, nổi mề đay, phù mạch, suy hô hấp.

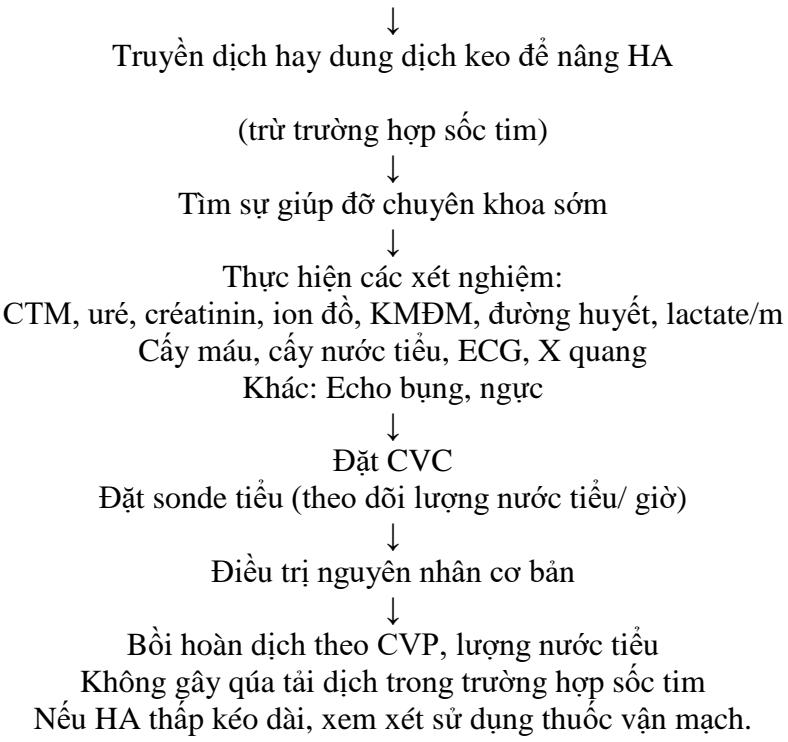
4. Choáng do nghẽn tắc mạch máu lớn:

- Gồm 1 số bệnh lý: chèn ép tim cấp, tràn khí màng phổi áp lực, u nhày nhĩ trái, thuyên tắc phổi diện rộng do huyết khối.

IV. ĐIỀU TRỊ:

1. Các bước tiến hành:





2. Tiến hành:

- Bù dịch: NaCl 9% o hoặc Lactat Ringer 500-1000 ml TTM nhanh trong 30-60 phút, nếu không có dấu hiệu suy.
- Nếu choáng do mất máu, truyền hồng cầu ngay khi có thể;
- Theo dõi CVP hoặc áp lực mao mạch phổi (PCWP) để tránh phù phổi.
- Nếu phù ngoại vi, truyền dung dịch keo Albumin 20% để tránh tăng quá mức dịch mô kẽ.
- Nếu BN không đáp ứng bù dịch ban đầu, có thể truyền hồng cầu lỏng.
 - + Giữ ấm BN và làm ấm dịch truyền.
 - + Nếu truyền ≥ 6 đơn vị HC lỏng, kiểm tra thời gian Prothrombin và truyền huyết tương tươi đông lạnh nếu cần.
 - + Nếu truyền ≥ 8 đơn vị HC lỏng, kiểm tra số lượng tiêu cầu nếu cần thiết, Calcium cần cho thêm trong trường hợp.
- Thuốc vận mạch:
 - Chỉ sử dụng khi đã bù dịch đủ:
 - + Dopamine : Liều thường <10 mcg/kg/ph + Nếu không duy trì được HA khi dùng Dopamine, phối hợp Adrena

- Chuyển HSCC, hoặc Khoa Ngoại nếu có yêu cầu phẫu thuật.

V. THEO DÕI:

- Dấu hiệu sinh tồn: Mạch, HA, Nhịp thở tùy theo tình trạng BN, nhịp tim trên Monitor.
- Lượng nước xuất - nhập, theo dõi lượng nước tiểu/ giờ.
- Áp lực TM trung tâm.
- Các XN kiểm tra: CTM, urée, créatinin, ion đồ, khí máu, yếu tố đông máu để kịp thời điều chỉnh nếu có rối loạn.

Phụ lục:Lựa chọn các loại dịch thích hợp

Loại dịch	Nơi khuếch tán	Thể tích hồi phục
Máu	Trong lòng mạch máu	1/1
Huyết tương	Trong lòng mạch máu	1/1
Gelatin	Mạch máu	1/1
Albumine người	Mạch máu	3-4/1
Dextran 40	Mạch máu	2/1
NaCl 9%	Ngoài tế bào	1/4
Lactat Ringer	Ngoài tế bào	1/4
Glucose 5%	Nước toàn thể	1/10

Tham khảo:

1. Louis M. Messina: Current Medical Diagnosis & Treatment, p512-516, 2002.
2. Murray Longmore: Oxford Hanbook Of Clinical Medicine, 776-777, 2001.
3. Paul N. Lanken, MD: The Intensive Care Unit Manual: Hemorrhagic Shock and Other Low Preload States, 2002.
4. BV. Chợ Rẫy: Cẩm nang điều trị HSCC: Choáng giảm thể tích, 1999, tr. 149-151.
5. BV Chợ Rẫy: Sổ tay hướng dẫn lâm sàng: Choáng giảm thể tích, 1999, tr. 617- 620.
7. The Washington Manual of Medical Therapeutics, 2010, p. 266.

224/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ LAO MÀNG BỤNG

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ LAO MÀNG

Đại cương

Lao màng bụng (LMB) là bệnh cảnh nằm trong lao hệ thống tiêu hóa bao gồm lao manh tràng, lao hồi tràng, lao đặc hiếm gặp như lao gan, lao lách, lao tụy...

- 1/3 LMB có liên quan lao phổi.
- LMB thể Viêm khô: nốt loét bã đậu trên màng bụng, gây bán tắc, tắc ruột, dịch ít.
- LMB thể viêm có xuất tiết gây tràn dịch làm chèn ép các cơ quan trong ổ bụng.
- Lao màng bụng có thể kết hợp với lao đường tiêu hóa và lao các tạng trong ổ bụng biểu hiện các triệu chứng k

1. Lâm sàng:

- Triệu chứng nhiễm lao: sốt nhẹ 37,5 - 38oC về chiều, có thể sốt cao 39 - 40oC, ăn uống kém, mệt mỏi, gầy sút
- Triệu chứng cơ năng: chán ăn, đầy bụng, khó tiêu, đau bụng âm ỉ, chướng hơi, sôi bụng, vị trí đau không rõ ràm chứng bán tắc và tắc ruột
- Triệu chứng thực thể: có cổ trướng, không có tuần hoàn bàng hệ, gan lách không to nhưng có thể sờ thấy nhữn mềm.
- Triệu chứng của lao cơ quan khác phối hợp như hạch cổ, tràn dịch màng phổi, tràn dịch màng tim.

Thể lâm sàng:

- + Thể cổ trướng tự do: màng bụng viêm đỏ, phù nề, xuất tiết nhanh, lượng dịch trong ổ bụng tăng dần và nhiều, từ vài trăm ml hay nhiều hơn, gây chèn ép các cơ quan trong ổ bụng: Chèn ép cơ hoành gây khó thở

Chèn ép dạ dày gây đầy hơi, khó chịu, buồn nôn. Chèn ép mạch máu vùng chậu gây phù 2 chân, tràn dịch màng

- + Thể đau bụng: các cù lao dính với nhau thành đám bã đậu hóa, tao nên áp xe lạnh, có thể dò ra ngoài da hoặc với bụng ngoại khoa

+ Thê xơ dính: Chiếm 10% trường hợp, tổ chức xơ và dính phát triển ở màng bụng gây nên co kéo và dính các tрос, ruột. Sự xơ dính này làm các quai ruột bị tắc gây ra hội chứng bán tắc hoặc tắc ruột.

+ Trên cùng một người bệnh có thể phối hợp nhiều thể lâm sàng bởi trong ổ bụng có nhiều dạng tồn thương lao.

2. Cận lâm sàng:

- IDR dương tính (>10 mm) 70-80% bệnh nhân lao màng bụng, IDR âm tính không loại trừ chẩn đoán. IDR >5 hoặc đang dùng thuốc ức chế miễn dịch.

- Dịch màng bụng màu vàng chanh, dịch tiết với protein >30 g/l hoặc SAAG (serum- ascite albumin gradient): I dich màng bụng $<1,1$ g/dL, nếu lao màng bụng trên bệnh nhân xơ gan thì SAAG $>1,1$ g/dL. Glucose <30 mg/dL, glucose máu $<0,9$ té bào lympho chiếm ưu thế (90%).

- Tìm thấy vi khuẩn lao trong dịch màng bụng (nhuộm soi trực tiếp, nuôi cấy dương tính) hoặc PCR lao dương tính.
- Xét nghiệm ADA trong dịch màng bụng >35 U/L có giá trị chẩn đoán. Lao màng bụng ở bệnh nhân xơ gan thườngADA cao.
- Siêu âm bụng phát hiện mức độ tràn dịch, đặc biệt trong trường hợp dịch báng ít, giúp định vị chọc dò và sinh sôi vách ngăn hoặc nằm tự do trong ổ bụng, dịch báng lợn cợn nhiều fibrine, hiện tượng dày màng bụng và dính các hạch ổ bụng.
- X quang phổi có thể thấy tồn thương lao phổi kết hợp hay kèm theo tràn dịch màng phổi, tràn dịch màng tim.
- Chụp CT Scan và MRI ổ bụng cho thấy mức độ và vị trí tràn dịch, các vách ngăn dày dính, co kéo các tạng trong và màng bụng, các hạch trong ổ bụng. Lao màng bụng do vi khuẩn lao MT có nhiều hạch mạc treo to và tồn thuỷ có phì đại nhiều hạch, gan to, lách to.
- Nội soi dạ dày, nội soi đại tràng thấy tồn thương lao là các vết loét lớn, hình oval, hình nón bờ nổi rõ. Sinh thiết đại tràng.
- Sinh thiết mù màng bụng hoặc sinh thiết qua nội soi ổ bụng thấy nang lao.

3. Chỉ định nội soi màng bụng:

- Để xác định chẩn đoán lao màng bụng

- Chẩn đoán phân biệt lao màng bụng với các bệnh lý khác

+ Trường hợp lao màng bụng đã được điều trị lao trên 2 tháng dịch màng bụng vẫn còn tăng tiết nhiều.

+ Tràn dịch màng bụng dịch tiết, dịch có màu đỏ hồng.

+ Tràn dịch màng bụng dịch tiết có giá trị ADA bình thường.

- + Tràn dịch màng bụng dưỡng tráp.
- Các thủ thuật được xem thường qui như nội soi dạ dày và nội soi đại tràng phải được thực hiện trước khi tiến hành

4. Chẩn đoán lao màng bụng:

- Chẩn đoán xác định:

Khi tìm được vi trùng lao trong dịch màng bụng hay sinh thiết được các tổn thương trên màng bụng hay đường

- Có khả năng lao màng bụng:

X quang phổi có tổn thương lao hoặc có bằng chứng lao cơ quan khác kết hợp với tràn dịch màng bụng dịch tiết

- Có thể lao màng bụng:

Tràn dịch màng bụng là dịch tiết, tế bào lympho chiếm đa số, có giá trị ADA > 35 U/L.

5. Chẩn đoán phân biệt:

- Thể cấp tính: Viêm màng bụng cấp tính do vi trùng sinh mủ, viêm màng bụng tự phát do nhiễm trùng dịch bám

- Thể mạn tính:

* Ung thư nguyên phát hay xâm lấn di căn ổ bụng.

* Các khối dính của hạch do u lymphosarcom.

* Tràn dịch màng bụng trên bệnh lý tự miễn.

4. Điều trị và theo dõi:

- Xử lý cấp cứu khi báng bụng nhiều chèn ép gây khó thở, bệnh nhân cần được chọc tháo dịch giải áp.

- Điều trị thuốc kháng lao theo Chương Trình Chống Lao Quốc gia

Phác đồ II : 2SRHZE/1RHEZ/5R3H3E3

Sau thời gian điều trị tấn công nếu tình trạng lâm sàng cải thiện chậm, bệnh nhân vẫn còn đau bụng nhiều hay âu công sẽ kéo dài thêm từ 1-2 tháng, sau đó chuyển giai đoạn củng cố.

Không dùng corticosteroids trong LMB vì có nguy cơ gây thủng ruột, tạo đường dò giữa các quai ruột, đường d

- Điều trị triệu chứng: giảm kích thích niêm mạc ruột, chống táo bón, tiết chế ăn uống, giàu chất đạm, giảm mờ cholesterol tiêu chảy.

- Theo dõi và phát hiện các trường hợp bán tắc hoặc tắc ruột, thủng ruột, lồng ruột để kịp thời can thiệp ngoại k

Tài liệu tham khảo

1. Bệnh học nội khoa (2009), “ Lao màng bụng”, Đại Học Y Dược TPHCM, Bộ môn Nội, Nhà xuất bản y học, trang 100
2. Bộ môn Lao-Bệnh Phổi ĐHYD. TP.HCM (1999), “Viêm đa màng do lao”, Bệnh học Lao - Phổi, tập II, Nhà xuất bản y học, trang 100
3. Bộ Y Té (2009), “Điều trị bệnh lao”, Chương trình chống lao quốc gia Việt Nam, Hướng dẫn quản lý bệnh lao
4. Hoàng Minh (2002), “lao màng bụng”, Lao màng não-lao màng ngoài tim-lao màng bụng, Nhà xuất bản y học, trang 100
5. Võ hồng minh Công, Lê thị kim Lý, “ Cập nhật chẩn đoán lao màng bụng”, Hội thảo bệnh lao ngoài phổi tại TP.HCM, trang 100
6. Angeline A. lazarus, Bennett thilagar (2007),“ Abdominal tuberculosis“, Dis mon, January 2007, (53), pp. 32-35
7. API Consensus Expert Committee (2006), "API TB Consensus Guideline 2006: Management of pulmonary tuberculosis in special situations", Assoc Physicians India,(54), pp.219- 234.
7. Amouri A, Boudabbous M, Mnif L, Tahari N (2009), “ Current profile of peritoneal tuberculosis”, Study of a literature, Rev Med Interne,(30), pp. 215-220.
8. Joseph D. Boss,¹ Christopher T. Shah,¹ Oladoyin Oluwole,² and John N. (2011), “TB Peritonitis Mistaken for Elevated CA-125”, Case Reports in Medicine, Volume 2012 (2012), Article ID 215293, 3 pages.
9. Burgessm L.J., Swanepoel C.G., Taljaard J.J.F. (2001), “The use of adenosine deaminase as a diagnostic tool for extrapulmonary tuberculosis”, Copyright © 2001 Harcourt Publishers Ltd. All rights reserved, Volume 81, Issue 3, June 2001, Pages 243-248.
10. Garip Sahin, Nuri Kiraz, Ilknur Sahin, Mehmet Soydan, Yurdanur Akgun (2004),“ Tuberculous peritonitis in patients undergoing peritoneal dialysis(CAPD) treatment,” Annals of Clinical Microbiology and Antimicrobials 2004, 3(19),pp. 118-122
11. Na. ChiangMai W, Pojchamarnwiputh S, Lertprasertsuke N, Chitapanarux T (2008), “CT finding of tuberculous peritonitis”, Radiology, Volume 267, Number 3, March 2008, pp. 488-491.
12. Marjorie P. Golden, Holenarasipur R. Vikram (2005),“ Extrapulmonary Tuberculosis”, Copyright © 2005 by Lippincott Williams & Wilkins, Inc., Volume 72, Number 9, November 1, 2005, pp. 1761-1768.
13. Michael D. Iseman (2000), “Extrapulmonary tuberculosis in adult”, A clinician ‘s guide to tuberculosis., Lipincott Williams & Wilkins, Inc., pp. 1761-1768.
14. M.P. Sharma, Vikram Bhatia (2004), “Abdominal tuberculosis”, Indian J. Med. Res. 120, October, pp. 305-312
15. P.C. Mathur¹, K.K. Tiwari, Sushma Trikha, Dharmendra Tiwari (2006), “ diagnostic value of adenosine deaminase in abdominal tuberculosis”, Indian J. Tuberc. 2006, (53), pp. 92-95.
16. Rasheed S, Zinicola R, Watson D, McDonald PJ. (2007), “ Intra-abdominal and gastrointestinal tuberculosis”, Indian J. Tuberc. 2007, (54), pp. 100-104

17. Riquelme A, Calvo M, Salech F, Valderrama S (2006), “ value of adenosine deaminase (ADA) in ascitic fluid: A meta- analysis, Journal of Clinical Gastroenterology, septemper 2006, 40(8), pp. 705-710.
18. Robert N, longfield (2012), “Gastrointestinal Tuberculosis”, Extrapulmonary Tuberculosis, TB extensive course, pp. 69.
19. Sanai FM, Breizi KI (2005), “ Tuberculosis peritonitis”, Systematic review: Presenting features, diagnostic strategies, and therapeutic options, Peritoneal Dialysis International, 25(2), pp. 685-700.
20. T. Scott Moses (2010), “Tuberculosis of gastrointestinal tract”, ©2012, Family Practice Notebook, Llc.
21. T. Akpolat, Tip Fakultesi, Nefroloji Bilim Dali (2009), “tuberculous peritonitis”, Peritoneal Dialysis International, 29(2), pp. 11-15.

225/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ LAO MÀNG NGOÀI TIM

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ LAO MÀNG NGOÀI TIM

Có ba thể lâm sàng: viêm khô màng ngoài tim, tràn dịch màng ngoài tim và viêm màng ngoài tim co thắt.

1. Triệu chứng:

- Các triệu chứng nhiễm lao chung: sốt, vã mồ hôi, mệt mỏi, sụt cân, ...
- Các triệu chứng cơ năng: đau nặng tức ngực, ho, khó thở phải ngồi mới dễ thở, đôi khi cảm giác nghẹn hay nuốt不下.
- Các triệu chứng thực thể: mạch nhanh, mạch nghịch, tiếng tim mờ, gan to, bụng báng, phù, tĩnh mạch cổ nổi ...

2. Cận lâm sàng:

- X-quang lồng ngực: thường có bóng tim lớn, có thể có hình ảnh thâm nhiễm ở phổi, tràn dịch màng phổi, ...
- ECG: thường có nhịp nhanh, thay đổi ST-T không đặc hiệu, đoạn PR thay đổi, đoạn ST chênh lên, điện thế thất...
- Siêu âm tim: xác định mức độ tràn dịch màng tim, tình trạng chèn ép tim, đo độ dày màng ngoài tim, phân xuấ...
- Chụp CT Scan hay MRI ngực giúp xác định tình trạng tràn dịch và dày màng ngoài tim, các biến đổi của hạch...
- Chọc rút dịch màng ngoài tim:

* Chỉ định chọc dò màng ngoài tim:

+ Để chẩn đoán tràn dịch màng tim, khi siêu âm phát hiện mức độ dịch từ trung bình đến nặng.

+ Để điều trị trong giải áp chèn ép tim cấp.

* Các xét nghiệm cần làm :Protein,đếm tế bào, soi và → cây tìm AFB, PCR lao,ADA.

- Sinh thiết màng ngoài tim.

- Các xét nghiệm khác: soi, cây tìm BK/ đàm, IDR, ...

3. Chẩn đoán: bệnh nhân có bằng chứng viêm màng ngoài tim với dịch màng tim là dịch tiết (khi có ít nhất 1 tr/ >0,5; LDH dịch/huyết thanh >0,6; LDH dịch >2/3 mức giới hạn trên của trị số LDH huyết thanh bình thường) :

3.1 Lao màng ngoài tim xác định: khi có ít nhất 1 trong 2 tiêu chuẩn sau:

+ Tìm thấy AFB qua soi/cây dịch màng tim.

+ Tìm thấy AFB hoặc u hạt bã đậu (caseating granulomata) và đại bào Langhans trên mẫu sinh thiết màng ngoài tim.

3.2 Có thể lao màng ngoài tim: khi có ít nhất 1 trong các tiêu chuẩn sau:

+ Có lao một cơ quan khác đã được xác định.

+ Giá trị ADA trong dịch màng tim tăng > 35 U/L + Không tìm được các nguyên nhân khác và có đáp ứng điều trị.

3.3 Chẩn đoán chèn ép tim :

- Khó thở, ho, khó nuốt, bệnh nhân có thể lơ mơ hoặc bứt rứt.

- Tĩnh mạch cổ nổi to, tụt huyết áp, mạch nhanh, mạch nghịch (HA tâm thu giảm >10 mmHg khi hít vào bình thi công không xẹp hoặc nổi to hơn khi hít vào), tiếng tim mờ, xa xăm.

- X-quang ngực thẳng: có bóng tim to.

- ECG: điện thế thấp, so le điện thế.

- Echo tim: phát hiện tràn dịch khoang màng ngoài tim, đè sụp các buồng tim.

3.4 Chẩn đoán viêm màng ngoài tim co thắt do lao:

- Bệnh diễn biến âm thầm trong quá trình tiến triển lao màng tim, khó nhận biết trong giai đoạn sớm.

- Thường có những cơn ngất xỉu khi đi lại, khó thở về đêm, triệu chứng giống như suy tim trái.

- Khi bệnh tiến triển nặng biểu hiện suy tim phải: gan to, báng bụng, phù chân, tĩnh mạch cổ nổi, phản hồi gan
- Tiếng tim mờ, rì rào phế nang giảm 2 đáy do sung huyết phổi hay tràn dịch màng phổi 2 bên ít.
- X quang ngực thẳng có dấu hiệu nốt vôi hóa ở màng tim đặc biệt trên phim nghiêng, bóng tim hơi lớn, nếu bóp tim kết hợp với dày màng tim.
- Siêu âm tim: dày màng ngoài tim
- ECG: có thể có điện thế thấp, rung nhĩ hay dày thất trái
- CT Scan và MRI ngực: phát hiện dày màng ngoài tim và có vôi hóa màng tim.

4. Điều trị:

4.1. Điều trị nội khoa:

4.1.1. Điều trị lao: Theo Chương trình Chống Lao Quốc gia:

- Phác đồ II : 2SRHZE/1RHZE/5R₃H₃E₃

4.1.2. Corticosteroids: nên dùng, nếu không có chống chỉ định, vì có thể cải thiện tỷ lệ tử vong, giảm sự tăng tần số đập tim.

Thường dùng là Prednisolone hay Methylprednisolone, thời gian dùng 11 tuần.

Người lớn: Prednisolone hay methylprednisolone liều 60 mg/ngày trong 4 tuần đầu, 30 mg/ngày trong 4 tuần tiếp theo, sau đó giảm dần.

Trẻ em liều dùng 1mg/kg cân nặng trong 4 tuần đầu và giảm liều dần như ở người lớn.

4.1.3. Theo dõi điều trị lao màng tim:

Bệnh nhân cần được theo dõi sát để phát hiện kịp thời chèn ép tim cấp và co thắt màng tim:

- Khám lâm sàng
- Siêu âm tim mỗi tuần 1 lần trong tháng thứ I.
- Siêu âm tim mỗi 2 tuần 1 lần trong tháng thứ II và III.
- Siêu âm tim mỗi tháng 1 lần trong các tháng còn lại.

Khi siêu âm và khám lâm sàng phát hiện có các dấu hiệu và triệu chứng của biến chứng lao màng tim như chèn nhau sẽ được chụp X quang ngực hay các xét nghiệm khác để tiến hành can thiệp.

4.2. Xử trí chèn ép tim: khi siêu âm có dấu hiệu chèn ép hoặc đe dọa chèn ép tim:

- Chọc dẫn lưu dịch khoang màng ngoài tim với sự hướng dẫn của siêu âm hoặc theo các đường chọc dò kinh điển.
- Điều trị nội khoa tạm thời (khi chưa chọc tháo được):
 - + Truyền dịch: nhằm làm tăng thể tích tuần hoàn, tránh đe sụp các buồng tim.
 - + Dobutamine: 250 mg/ 250 ml Glucose 5% truyền tĩnh mạch với tốc độ 2,5-10 pg/ kg/ phút, nhằm tăng co bóp tim.
 - + Tránh dùng các thuốc gây giảm tiền tải như lợi tiểu, dẫn mạch.
 - + Tránh thông khí cơ học với áp lực dương do làm giảm cung lượng tim.

4.3 Viêm màng ngoài tim co thắt :

- Trong trường hợp dày dính màng ngoài tim gây nên viêm màng ngoài tim co thắt, can thiệp ngoại khoa càng sớm càng khẩn cấp.

Tài liệu tham khảo

1. Bộ môn Lao-Bệnh Phổi ĐHYD. TP.HCM (1999), “Viêm đa màng do lao”, Bệnh học Lao - Phổi, tập II, Nhà xuất bản Y học Việt Nam, tr. 145-146.
2. Hoàng Minh (2002), “lao màng ngoài tim”, Lao màng não-lao màng ngoài tim-lao màng bụng, Nhà xuất bản Y học Quốc gia, tr. 145-146.
3. Võ Thành Nhân (2007), “Tràn dịch màng tim”, Bài giảng sau đại học, Đại Học Y Dược TP.HCM
4. Lê Tân phong (2011), “Khảo sát giá trị ADA trong tràn dịch màng phổi do lao và tràn dịch màng phổi ác tính”, Hội nghị khoa học toàn quốc lần thứ IV, tháng 11/2011, tr. 145-146.
5. American Thoracic Society, CDC and Infectious Diseases Society of American (2003), “Treatment of tuberculosis in immunocompetent adults”, American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, Recommendations and reports, June 20, 2003,(52), pp.1-77.
6. Bongani M. Mayosi et al (2005), “Tuberculous pericarditis”, Circulation, (112), pp. 3608-3616.
7. Evans DJ. (2008), “The use of adjunctive corticosteroids in the treatment of pericardial, pleural and meningeal tuberculosis”, Thorax, 2008 June, 63(6), pp. 793-800.
8. Felipe Francisco Tuon (2006), “Video-assisted thoracoscopy and tuberculous pericarditis”, The Annals of Thoracic Surgery, 2006, 81(2), pp. 550-554.
9. Felipe Francisco Tuon, Vivian Iida da Silva, Gisele M. Duboc (2007), “The usefulness of adenosine deaminase assay in the diagnosis of tuberculous pericarditis”, Revista Brasileira de Medicina Tropical, Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo, May-June, 2007, 40(3), pp. 165-170.
10. P.C. Mathur, K.K. Tiwari, Sushma Trikha, Dharmendra Tiwari (2006), “Diagnostic value of adenosine deaminase assay in tuberculous pericarditis”, Indian J Tuberc, 2006, 53(1), pp. 92-95.

11. Kit Tsim, Giles N Cattermole (2010), "Pericardial fluid adenosine deaminase in the diagnosis of tuberculous Hong Kong, Prince of Wales Hospital, Hong Kong, 9th July 2010.
12. Matthew Neff (2003), "Practice Guidelines: ATS, CDC, and IDSA update recommendations on Treatment of Tuberculosis", American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, Nov 1, 68(9), pp. 1854-1862.
13. Mohammed W. Khalid, Pradip K. Sarkar (2007), "Tuberculous pericarditis after coronary artery bypass graft" 1074.
14. Mark H. Beers, Robert S. Porter, Thomas V. Jones, MPH, Justin L. Kaplan, Michael Berkwits, *Shock*, The Medical City, Dallas, TX, Vol. 24, No. 1, January 2005.
15. Naveen Chhabra, Ramakant Dixit , M.L.Aseri (2011), "Adjunctive corticosteroid therapy in tuberculosis: a review of literature", international Journal of Pharmaceutical Studies and Research, IJPSR, Vol. II, Issue I, January- March 2011.
16. University of Cape Town (2012), "A Trial of Adjunctive Prednisolone and Mycobacterium w Immunotherapy in Tuberculous Pericarditis", Clinical Infectious Diseases, Vol. 54, No. 1, January 2012. This study is currently recruiting participants. Verified January 2012.
17. Reuter H., Burgess LJ., Cartens ME., Doubell AF.
(2005) , "Adenosine deaminase activity - more than a diagnosis tool in tuberculous pericarditis", Cardiovasc JS Afr 2005; 16(1): 11-14.
18. Robert N, longfield (2012), "Pericardial Tuberculosis", Extrapulmonary Tuberculosis, TB extensive course, University of Cape Town, South Africa.
19. Reuter H., Burgess LJ., Louw VJ., Doubell AF.
(2007), "The management of tuberculous pericardial effusion: experience in 233 consecutive patients", Cardiovasc JS Afr 2007; 18(1): 11-14.
20. Reuter H., Burgess LJ., Van Vuuren W., Doubell AF.
(2006) , "Diagnosing tuberculous pericarditis", Oxford Journals Medicine, QJM: An International Journal of Medicine, Vol. 99, No. 10, October 2006.
21. TB-free TAIWAN, "Glucocorticoid in Tuberculosis", Extrapulmonary Tuberculosis, 2007-2-12, pp. 1-12.

226/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ LAO SIÊU KHÁNG THUỐC

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ LAO SIÊU KHÁNG THUỐC

I. ĐỊNH NGHĨA:

Lao phổi kháng đa thuốc kèm kháng với 01 thuốc lao nhóm Quinolones và 01 thuốc lao tiêm hàng hai (Kanamycin).

II. CHẨN ĐOÁN:

Chẩn đoán bệnh lao siêu kháng thuốc dựa vào kháng sinh đồ thuốc lao hàng hai cổ điển.

III. ĐIỀU TRỊ

4.1. Phác đồ điều trị:

- Thông thường trên kháng sinh đồ của những bệnh nhân lao siêu kháng thuốc ngoài việc có kháng với các thuốc định nghĩa) còn kháng với những thuốc lao hàng hai khác như Eto,Cs, PAS...
- Do vậy, phác đồ điều trị bệnh lao siêu kháng thuốc phải là phác đồ điều trị cá nhân. Phác đồ điều trị được thiết kế điều trị thuốc lao hàng hai của bệnh nhân trước đó.

4.2. Nguyên tắc thiết kế phác đồ điều trị :

-Sử dụng thuốc nhóm 1 nào có thể còn hiệu quả .

-Sử dụng thuốc tiêm nào mà còn thụ cảm và có thể sử dụng đến 12 tháng .Nếu đề kháng tất cả các thuốc tiêm , chưa sử dụng .

- Sử dụng thuốc lao nhóm Quinolones thế hệ mới.

- Sử dụng các thuốc lao nhóm 4 nào trước đó chưa sử dụng hoặc thụ cảm theo kết quả kháng sinh đồ

- Sử dụng thêm 2 hay nhiều hơn thuốc lao nhóm 5 theo phân loại của WHO: Clofazimine(Cfz), Amoxicillin (Amx/Clv),Linezolid,(Lzd),Thioacetazone (Thz),

Clarithromycin(Clr), Imipenem (Ipm).

-Cân nhắc sử dụng Isoniazide liều cao

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO, The global MDR-TB & XDR-TB response plan 2007-2008.
2. WHO, Guidelines for the management of drug resistant tuberculosis, Geneva, 2010.
3. WHO, Guidelines for the management of drug resistant tuberculosis, Geneva, 2011.

227/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ LAO THẦN KINH TRUNG ƯƠNG

LAO THẦN KINH TRUNG ƯƠNG

Lao thần kinh trung ương (central nervous System tuberculosis) bao gồm 3 loại: lao màng não (LMN) (Tuberculous meningoencephalitis), lao màng nhện tủy sống (Spinal tuberculosis arachoniditis). Bệnh nhân có thể biểu hiện từng loại

I. CHẨN ĐOÁN :

A- CHẨN ĐOÁN LAO MÀNG NÃO:

1. Hội chứng màng não: Sốt, nhức đầu, nôn ói, cỗ cứng, Kernig (+), Brudzinski (+). Bệnh nhân có thể có rối loạn liệt TK III (sụp mi).

2. Biến đổi dịch não tủy(DNT): protein tăng, đường giảm , tế bào tăng (đa số là lymphocyte, nhưng ở giai đoạn neutrophile).

Chẩn đoán LMN theo các tiêu chuẩn sau:

*** Xác định LMN:**

- Hội chứng màng não, biến đổi DNT.
- AFB(+)/ DNT (soi trực tiếp hoặc nuôi cấy) hay PCR lao(+)/DNT.

*** Có khả năng LMN:**

- Hội chứng màng não, biến đổi DNT, kết hợp với ít nhất một trong số các yếu tố sau:
- X-quang phổi có tổn thương nghi lao.
- AFB(+)/ đàm, dịch dạ dày, mủ hạch, mủ màng phổi.
- Lao ngoài phổi (màng bụng, màng phổi, xương, khớp, ...) đã được chẩn đoán xác định.

*** Có thể LMN:**

- Hội chứng màng não.

- Rối loạn tri giác, đau TK khu trú.
- Khởi bệnh kéo dài >7 ngày.
- Tiền căn lao cũ.
- DNT màu vàng, đường DNT <50% so với đường huyết, lymphocyte chiếm đa số.

B. CHẨN ĐOÁN LAO NÃO:

1. Lâm sàng:

- Bệnh nhân nhức đầu.
- Rối loạn tri giác.
- Dấu thần kinh khu trú.

2. Cận lâm sàng:

- Dịch não tủy bình thường
- CT Scan não, MRI não có hình ảnh nghi ngờ lao (u lao, thâm nhiễm rải rác...).
- Sinh thiết tồn thương sau phẫu thuật phát hiện lao.

C. LAO MÀNG NHỆN TỦY:

1. Lâm sàng:

- Bệnh nhân không nhức đầu hay chỉ nhức đầu nhẹ.
- Tri giác bình thường, tỉnh táo.
- Yếu liệt 2 chi dưới và rối loạn cơ vòng.

2. Cận lâm sàng:

- DNT thường có màu vàng.
- Hiện tượng phân ly đạm té bào:
 - * Protein/DNT thường tăng rất cao, trên 20 lần giá trị bình thường.
 - * Té bào/DNT tăng không nhiều, đa số là lymphocyte.

II. ĐÁNH GIÁ VÀ THEO DÕI:

1. Đánh giá giai đoạn nhập viện (theo BMRC)

- **Độ I:** Bệnh nhân hoàn toàn tinh táo, không có dấu liệt TK sọ não và TK khu trú (điểm Glasgow 15)
- **Độ II:** Bệnh nhân tinh nhưng có dấu TK sọ não, TK khu trú hoặc rối loạn tri giác kèm dấu liệt TK sọ não, TK dấu TK khu trú).
- **Độ III:** Bệnh nhân hôn mê (điểm Glasgow <= 10)

2. Xét nghiệm cần thực hiện:

- Chọc dò DNT : Sinh hoá (Proteine, Đường, Chloride), tế bào. Tìm AFB/DNT (soi trực tiếp, cây- kháng sinh đirect, cây-kháng sinh đồ), PCR lao.

Thực hiện chọc dò DNT kiểm tra khi diễn biến lâm sàng xấu.

-X quang phổi

- AFB/đàm hay dịch dạ dày (nếu có tổn thương nghi ngờ trên x quang phổi).
- CTM , Ion đồ, chức năng gan , chức năng thận .
- Đường huyết (làm cùng thời điểm với chọc dò tủy sống).
- Chụp CT Scan và MRI não: Đánh giá tổn thương não, tình trạng não thắt của bệnh nhân khi diễn tiến lâm sàng

III. ĐIỀU TRỊ:

A- Điều trị nội khoa:

1. Điều trị lao theo công thức của Chương trình Chống lao Quốc gia:

Điều trị phác đồ II :

2SRHEZ+RHEZ+5R3H3E3

Công thức điều trị có thể thay đổi đối với phụ nữ mang thai, suy gan, suy thận, ...

2. Corticoid:

- Độ I: Dexamethasone liều 0,3 mg/ kg/ 24 giờ tiêm TM, giảm liều mỗi tuần trong 3 tuần, sau đó chuyển sang uống 24 giờ và giảm liều dần mỗi tuần 1mg trong các tuần kế trước khi ngưng thuốc.

- Độ II—III: Dexamethasone liều 0,4 mg/ kg/ 24 giờ tiêm TM, giảm liều trong 4 tuần, sau đó chuyển sang uống giờ, giảm liều dần mỗi tuần 1 mg cho các tuần kế trước khi ngưng thuốc.

Chống chỉ định với bệnh nhân tiểu đường, loét dạ dày-tá tràng, XHTH, Cao huyết áp...

3. Điều trị phối hợp:

- **Bù nước - điện giải:** Hầu hết các bệnh nhân LMN đều có rối loạn điện giải với Na^+ và Cl^- máu giảm do hội chứng mất nước. Ion kali phải được theo dõi thường xuyên. Có thể bù bằng dung dịch NaCl 0,9% hoặc dd NaCl 10%.
- **Kháng sinh:** Phối hợp theo kháng sinh đồ khi có triệu chứng nhiễm trùng như viêm phổi, nhiễm trùng tiêu...
- **Chống phù nề :**Mannitol 20% với liều 10 mg/ kg/ 5 ngày.

4. Chăm sóc tích cực nhất là những bệnh nhân độ II, III (hôn mê, liệt vận động, ...)

- Chống loét: Xoay trở thường xuyên.
- Nuôi ăn qua sonde với chế độ dinh dưỡng hợp lý.
- Vệ sinh cơ thể và răng miệng hằng ngày.
- Tập phục hồi chức năng sớm đối với bệnh nhân yếu liệt chi.

B- Điều trị ngoại khoa:

Phẫu thuật dẫn lưu dịch não thất xuống ổ bụng làm giảm áp lực sọ não được thực hiện khi bệnh nhân có tình trạng phù nề nặng.

Tài liệu tham khảo

1. Bộ môn Lao-Bệnh Phổi ĐHYD. TP.HCM (1999), “Lao hệ thần kinh trung ương”, Bệnh học Lao - Phổi, tập I
2. Hoàng Minh (2002), “lao màng não”, Lao màng não-lao màng ngoài tim-lao màng bụng, Nhà xuất bản y học
3. Lê Tân Phong (1999), “Nhận định về lao màng não người lớn tại khoa D - Trung tâm Phạm Ngọc Thạch”, Hội và bệnh phổi, Tập 29, tr. 58-69.
4. Agrawal, D., A. Gupta, and V.S. Mehta. (2005), “Role of shunt surgery in pediatric tubercular meningitis with hydrocephalus”, Indian J Pediatr, 2005, 72(2), pp. 245-250.
5. American Thoracic Society/Centers for Disease Control and Prevention/Infectious Diseases society of America of Tuberculosis, American journal of respiratory and critical care medicine, 2003, 167, pp. 646-648.

6. Caws, M., G.E. Thwaites, P.M. Duy, D. Q. Tho, N. T. Lan, T. N. Chinh, K. stepniviewska, and J. Farrar (2000), "Tuberculosis causing multidrug resistant tuberculous meningitis", *Int. J. Tuberc. Lung Dis.*, (11), pp. 202-208.
7. Choi, S. H., Y. S. Kim, I. G. Bae, J. W. Chung, M. S. Lee, J. M. Kang, J. Ryu, and J. H. Woo (2002), "The presence of adenosine deaminase activity in the diagnosis of tuberculous meningitis in adult", *Clin. Neurol. Neurosurg.*, (104), pp. 10-14.
8. Cloud, J. L., C. Shutt, W. Aldous, and G. Woods (2004), "Evaluation of a modified gen-probe amplified direct test for detection of *Mycobacterium tuberculosis* complex", *Clin. Microbiol. Rev.*, (42), pp. 5341-5344.
9. David P. Dooley, John L. Carpenter, Steven Rademacher (2012), "Tuberculous meningitis", *Adjunctive Corticosteroid Therapy for Tuberculous Meningitis: A Critical Reappraisal of the Literature*, Downloaded from <http://cid.oxfordjournals.org/> by guest on June 10, 2012.
11. Desai, D., G. Nataraj, S. Kulkarni, L. Bichile, P. Mehta, S. Baveja, R. Rajan, A. Raut, A. Shenoy (2006), "Utility of CSF adenosine deaminase levels in the diagnosis of tuberculous meningitis", *Res. Microbiol.*, (157), pp. 967-970.
12. Donald, P. R., H. S. Schaaf, J. F. Schoeman (2005), "Tuberculosis meningitis and military tuberculosis", *The American Journal of Medicine*, (118), pp. 191-195.
13. David C., Jatin M. Vycis, David Zieve (2010), "Meningitis Tuberculosis", *The American Accreditation HealthCare Commission*.
14. Goel, A. (2004), "Tuberculous meningitis and hydrocephalus", *Neurol. India*, (52), pp. 155.
15. Guy E. Thwaites et al. (2004), "Dexamethasone for the Treatment of Tuberculosis Meningitis Adolescents and Children", *Journal of Pediatric and Adolescent Medicine*, October, Number 17, volume 351, pp. 1741-1751.
16. Jakka, S., S. Veena, A.R. Rao, M. Eisenhut (2005), "Cerebrospinal fluid adenosine deaminase levels and adenosine deaminase isoenzyme profile in patients with tuberculous meningitis", *Infection*, (33), pp. 264-266.
17. Jamal Ahmad, Gautam Das, Basharat Hameed, M. Asim Siddiqui (2004), "Management of hydrocephalus in tuberculous meningitis", *Journal of Clinical Neurology*, September 2004, 11(3), pp. 161-165.
18. Husain, M., D. K. Jha, M. Rastogi, N. Husain, R. K. Gupta (2005), "Role of neuroendoscopy in the management of hydrocephalus", *Neurosurg. Rev.*, (28), pp. 278-283.
19. Merrikhi A (2001), "Diagnostic Value Of Adenosine Deaminase Activity and Its Isoenzymes In Tuberculous Meningitis", *Journal of Medical Microbiology*. All rights reserved.
20. Marjorie p. Golden (2005), "Tuberculous meningitis", *Extrapulmonary Tuberculosis: An Overview*, Mayo Clinic Proceedings, (72), pp. 1761-1768.
21. Naveen Chhabra, Ramakant Dixit ,M.L.Aseri (2011), "Recommended dosage regimens of corticosteroids in corticosteroid therapy in tuberculosis management: a critical reappraisal", *International Journal of Pharmaceutical Sciences and Research*, (2), pp. 10-15.

22. Rajpal S Kashyap, Rani P Kainthla, Anju V Mudaliar, Hemant J Purohit, Girdhar M Taori, Hatim F Dagnay (2005), “Cerebrospinal fluid adenosine deaminase activity”, A complimentary tool in the early diagnosis of tuberculosis”, *Tuberculosis Research* 2006, 3(5), pp. 1-6.
23. Robert N, longfield (2012), “Tuberculous meningitis”, Extrapulmonary Tuberculosis, TB extensive course, 100-101.
23. Vedantam Rajshekhar (2009), “Management of hydrocephalus in patients with tuberculous meningitis”, *Neurology India* 2009; 57(3): 373-376.
24. WHO (2010), “Treatment of tuberculosis: guidelines”, 4th Edition, WHO/HTM/TB/ 2010.

228/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ LAO TIẾT NIỆU - SINH DỤC

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ LAO TIẾT NIỆU - SINH DỤC

A- LAO TIẾT NIỆU

I. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG:

Ngoài các triệu chứng nhiễm lao chung như sốt và các triệu chứng toàn thân ít gặp, còn có các triệu chứng như: họng và lunge (10%) và tiêu mủ (5%)

1. Lao thận:

70% có biểu hiện triệu chứng và 30% không có triệu chứng.

+ Giai đoạn bắt đầu: không có triệu chứng và thỉnh thoảng phát hiện tình cờ qua xét nghiệm nước tiểu. những triệu chứng thường là: đau rát khi tiểu, tiểu ra máu, mủ, protein, nồng độ protein cao, protein/urine ratio tăng, protein/creatinine ratio tăng, protein/creatinine ratio > 100 mg/mg.

+ Giai đoạn tiến triển: biểu hiện triệu chứng rõ ràng như rối loạn đi tiểu (lắc nhắc nhiều lần), tiểu mủ, tiểu máu, protein trong nước tiểu.

Trong một số trường hợp lao thận gây triệu chứng viêm thận mô kẽ lan tỏa và tăng huyết áp

2. Lao bàng quang:

Bệnh nhân đái buốt, đái giắc, đái nhiều lần, như trong trường hợp viêm bàng quang, nhưng điều trị bằng thuốc không giảm. Dấu hiệu ở bàng quang có thể là dấu hiệu duy nhất mà bệnh nhân cảm nhận được khi bệnh mới phát. Biểu hiện Tiểu mủ và tiểu máu cũng có thể có phát hiện qua xét nghiệm nước tiểu, thấy có nhiều bạch cầu và hồng cầu.

II. CẬN LÂM SÀNG:

1. Xét nghiệm nước tiểu:

Nước tiểu nên lấy mẫu vào buổi sáng, 3 ngày liên tiếp (93% có cặn lắng nước tiểu bất thường):

- Soi trực tiếp, cây tìm AFB. Cây nước tiểu có thể cho âm tính giả nếu trước đó bệnh nhân đã được sử dụng kháng sinh ít nhất 48 giờ trước khi quyết định cây nước tiểu.
- PCR lao

2. Chụp X-quang hệ niệu:

Chụp UIV được lựa chọn để giúp chẩn đoán phát hiện hơn 90% trường hợp lao thận. Chụp UIV có thể phát hiện tình trạng phá hủy đài bể thận, biến dạng thận, chít hẹp niệu quản.

Có thể nhìn thấy hình ảnh :

- + Các đài thận như bị gãm nhám do viêm loét gây nên + Hình ảnh hẹp ở đài thận lớn + Có thể thấy đài thận bị chít hẹp.
- + Niệu quản bị gãm nhám, có chỗ to chỗ bé + Bàng quang teo nhỏ, hình tròn.
- + Trường hợp nặng thấy hình ảnh thận câm một thận.

X-quang hệ niệu thấy vôi hóa nhu mô thận với những hình dạng khác nhau: vôi hóa thận thường biểu hiện toàn bộ thận.

3. Chụp CT scan bụng: phát hiện tổn thương hoại tử từng phần hay toàn bộ thận, xơ hóa thận, những nốt vôi hóa.

4. Nội soi bàng quang niệu quản cũng được chỉ định trong những trường hợp khó.

5. X quang phổi, IDR, VS, tìm vi khuẩn lao trong đàm

được thực hiện thường xuyên trong chẩn đoán lao niệu sinh dục.

III. CHẨN ĐOÁN:

1. Chẩn đoán xác định:

- Biểu hiện lâm sàng của tình trạng nhiễm lao và các triệu chứng khu trú tại đường tiết niệu sinh dục.

- Các xét nghiệm tìm được vi trùng lao trong nước tiểu (soi trực tiếp, PCR lao, nuôi cấy).
- Chụp đường niệu tĩnh mạch có cản quang (UIV) có hình ảnh nghi ngờ lao.
- Có thể có tổn thương lao cơ quan khác (thường là lao phổi)

2. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm mủ đường tiết niệu.

VI. ĐIỀU TRỊ:

1. Điều trị nội khoa:

- Điều trị lao sinh dục tiết niệu chủ yếu là điều trị nội khoa.
- Thường sử dụng phác đồ: 3RHZE/5R3H3E3(Không dùng SM vì có nguy cơ cao gây suy thận.

2. Chỉ định ngoại khoa:

- Cắt bỏ thận khi thận bị hư hại nặng hay mất chức năng.
- Bệnh tiến triển gây cao huyết áp.
- Tiêu máu mãn tính.
- Tái tạo hay đặt stent nong những chỗ chít hẹp nhằm phục hồi chức năng thận.

3. Theo dõi:

Cần theo dõi chức năng thận (creatinine, BUN, lượng nước tiểu...) định kỳ mỗi 2 tuần để phát hiện các biến chứng sẽ được đặt stent hay phẫu thuật tái tạo bàng quang niệu quản.

B- LAO SINH DỤC

I. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG:

Đa số trường hợp nhiễm vi trùng lao do lan tràn từ thận vào đường sinh dục.

1. Lao sinh dục nam:

+ 50% trường hợp lao sinh dục nam cũng có biểu hiện lao thận. Tổn thương lao thường xảy ra ở mào tinh và tuy vật có tỷ lệ ít hơn, Lao sinh dục nam thường không có các triệu chứng toàn thân. Trong trường hợp lao tiền liệt dịch.

- + Khám tinh hoàn, có thể thấy được nhân cứng ở mào tinh hoàn, không đau và chủ mô của tinh hoàn bình thường.
- + Đôi khi có biểu hiện tràn dịch màng tinh hoàn.
- + Thăm tiền liệt tuyến qua trực tràng và có thể thấy được nhân cứng ở một thùy bên, có thể sờ thấy túi tinh bị xoắn.

2. Lao sinh dục nữ:

Ngoài triệu chứng nhiễm lao chung (26%), các biểu hiện triệu chứng ở lao sinh dục phần phụ như vô sinh (44%) huyết âm đạo (4%).

II. CẬN LÂM SÀNG:

Xét nghiệm: X-quang phổi để tìm tổn thương lao nguyên phát, công thức máu- VS, IDR, tìm vi khuẩn lao trong

III. CHẨN ĐOÁN:

1. Lao sinh dục nam:

Chẩn đoán chủ yếu dựa vào sinh thiết và lấy các sang thương lấy từ các mảng gồ. Lao sinh dục nam được chia làm:

- + Có bất thường trên phim X-quang hệ niệu hướng đến lao nhưng không phát hiện bất thường qua thăm khám trực tiếp.
- + Có bất thường trên phim X-quang hệ niệu hướng đến lao kết hợp với sang thương ở các cơ quan sinh dục (50%).
- + X-quang hệ niệu bình thường nhưng có sang thương ở các cơ quan sinh dục(10%).
- + Xét nghiệm tinh dịch đồ có biểu hiện vô sinh.

2. Lao sinh dục nữ:

- + Nạo, sinh thiết nội mạc tử cung hay sinh thiết tai vòi tử cung để làm xét nghiệm mô bệnh học.
- + Chụp hình tử cung vòi trứng, nội soi ổ bụng, phết dịch âm đạo tìm vi trùng lao.
- + Chụp X-quang bụng có thể phát hiện vôi hóa hạch lympho vùng chậu hay vùng bụng.
- + Siêu âm có thể phát hiện các mảng (mass) phần phụ 2 bên với sự hiện diện vài nốt vôi nhỏ gợi ý nhiều đến tổn thương lao.
- + CT Scan cũng có thể giúp phát hiện sang thương lao sinh dục.
- + Mổ bụng thám sát hoặc nội soi ổ bụng đôi khi cũng cần thiết để xác định chẩn đoán.

VI. ĐIỀU TRỊ:

Dùng thuốc kháng lao theo chường trình chống lao quốc gia.

Phác đồ II : 2SRHZE/ 1RHEZ/5R3H3E3 ,

Tài liệu tham khảo:

1. Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Lê Văn Hiếu Nhân, Vũ Lê Chuyên (2011), “Lao niệu sinh dục ở các nước đang phát triển”, Hội thảo bệnh lao ngoài phổi tại TP. Hồ Chí Minh, ngày 6/10/2011, tr. 26- 44.
2. Ngo Gia Hy (2000), “Overview on Genitourinary tuberculosis”, Ho Chi Minh city’s Medicopharmacology Annual, pp. 10-11.
3. Nguyen Phuc Cam Hoang (2009), “Tuberculosis ureteric strictures: diagnosis and outcome of treatment”, Vietnamese Journal of Urology, 2008.(Abstract), Urology 74 (Supplement 4A), 30th Congress of the Socit Internationale d’Urologie, pp. 90.
4. Ali Nawaz Khan, Eugene C Lin (2011), “Imaging of Tuberculosis in the Genitourinary Tract”, Updated: Jul 2011, Radiology, pp. 1-10.
5. Avi Levine, Gillian Lieberman (2008), “Genitourinary Tuberculosis - Lieberman's Radiology Learning Sites” Radiology, 2008.
6. Aula Abbara, Robert N. Davidson (2011), “Etiology and Management of Genitourinary Tuberculosis CME,” Urology, 2011, 8(12), pp. 678-688.
7. A. Rai, H. Pahwa, V. Jain, S. Misra (2010), “Management of Genito-Urinary Tuberculosis”, Copyright © International Society of Urology, International Journal of Surgery. 2010 Volume 23 Number 1. DOI: 10.5580/173a
8. Klaus-Dieter Lessnau, Edward David Kim (2011). “Tuberculosis of the Genitourinary System Overview of Genitourinary Tuberculosis”, Updated: 2011 Mar 29.
9. Lima NA, Vasconcelos CC, Filgueira PH, Kretzmann M, Sindeaux TA, Feitosa Neto B, Silva Junior GB, Dahlberg A, et al (2012) Genitourinary tuberculosis with focus on end-stage renal disease, Rev Inst Med Trop Sao Paulo. 2012 Jan-Feb, 54(1), pp. 57-62.
10. Marjorie P. Golden, Holenarasipur R. Vikram (2005),“Genitourinary tuberculosis”, Extrapulmonary Tuberculosis, American Academy of Family Physicians, 2005 Nov 1, 72(9), pp. 1761-1768.
11. Mete C, ek, Severin Lenk, Kurt G. Naber, Michael C. Bishop, Truls E. Bjerklund Johansen, Henry Botto, Mauro Redorta, Peter Tenke (2005), “EAU Guidelines for the Management of Genitourinary Tuberculosis”, EAUGuidelines, 2005 Nov 1, 362.
12. Marjorie P. Golden, Holenarasipur R. Vikram (2005),“ Genitourinary Tuberculosis”, Extrapulmonary tuberculosis, American Academy of Family Physicians, 2005 Nov 1, 72(9), pp. 1761-1768.
13. McAleer SJ, Johnson CW, Johnson WD (2007), “Genitourinary Tuberculosis”, Campbell-Walsh urology, Elsevier ninth edition, 2007, (28), pp. 528.
14. Mete Cek et al (2005), “EAU Guidelines for the management of genitourinary tuberculosis”, European Urology, 2005 Nov 1, 48(5), pp. 1111-1120.

15. Prasenjit Das, Arvind Ahuja, and Siddhartha Datta Gupta (2008), “Incidence, etiopathogenesis and pathology of India: A journey revisited”, Genitourinary Tuberculosis -7 Family Practice Notebook, Indian Journal Urology, 2008 Jul-Sep, 24(3), pp. 401-405.
16. Robert N, longfield (2012), “Genitourinary Tuberculosis”, Extrapulmonary Tuberculosis, TB extensive course, 2012, pp. 1-10.
17. Rakesh Kapoor, M. S. Ansari, Anil Mandhani, Anil Gulia (2008), “Clinical presentation and diagnostic approach”, Indian J Urol., 2008 Jul-Sep, 24(3), pp. 401-405.
18. Shin KY, Park HJ, Lee JJ, Park HY, Woo YN, Lee Ty (2002), “Role of early endourologic management of transperitoneal laparoscopic pyeloplasty”, Urology, 2002, 60(1), pp. 755- 758.
19. Tamilarasu Kadiravan and Surendra K. Sharma (2008), “Medical management of genitourinary tuberculosis”, Indian J Urol., 2008 Jul-Sep, 24(3)pp. 362-368.
20. UBC Urology Rounds “Case presentation, Epidemiology, GU organs Fx, Medical Rx.,Surgical Rx.”, Genitourinary Tuberculosis, March 2, 2005.
21. Yoon Young Jung, Jeong Kon Kim, Kyoung-Sik Cho (2005), “Genitourinary Tuberculosis: Comprehensive review by American Roentgen Ray Society, AJR January 2005, 184(1),pp. 143-150.

229/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ LAO XƯƠNG KHỚP

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ LAO XƯƠNG KHỚP

I. Định nghĩa:

Lao xương khớp là tình trạng viêm xương khớp mạn tính do vi trùng lao Mycobacterium Tuberculosis gây nên.

II- Những đặc điểm cơ bản của lao xương khớp:

- Lao xương khớp chiếm tỷ lệ 20% của các bệnh lao ngoài phổi.

- Ở người lớn : - Lao xương chiếm 2/3 tổng số,

- Lao khớp chiếm 1/3 tổng số

- Trong các loại lao xương thì lao cột sống chiếm chủ yếu gấp 25 lần lao xương úc, lao xương sườn. Trong khi

- Các loại lao xương khớp thường gặp theo thứ tự có tỷ lệ giảm dần:

cột sống (64,6%) > khớp háng (13,5%) > khớp gối (6,8%) > khớp cổ chân (6,3%) > khớp cổ tay (3,1%)> khớp v

- Tỉ lệ nam nữ là 5/4

A- LAO CỘT SỐNG

I- Đại cương:

Lao cột sống là sự viêm mạn tính đốt xương sống do vi trùng lao gây nên, đây là bệnh lý lao chiếm tỷ lệ cao nh

II- Giới và tuổi:

Ở trẻ con, Số trẻ nữ khoảng 2/3 số trẻ nam Ở người lớn, số bệnh nhân nam và nữ tương tự, thường ở độ tuổi ba

III- Vị trí và số đốt sống bị lao:

Các đốt sống bị tổn thương lao nhiều nhất là đốt thắt lưng, từ TL1 đến TL5, kế tiếp là đốt sống lưng từ N7 đến N

Các đốt sống khác có tần suất bị lao ít hơn

VI- Triệu chứng lâm sàng:

Bệnh nhân sẽ có triệu chứng như đau, áp xe lạnh, méo lệch cột sống, lỗ dò và liệt tủy. Về mặt kinh điển, lao cột

1- Giai đoạn khởi đầu:

- Đau khi gõ vào máу gai một đốt.

- Cột sống cứng đơ vì cơ đuôi lưng bị co rút

2- Giai đoạn bệnh tiến triển:

- Gù nhọn, máу gai nhô ra, cột sống gập góc.

- Áp Xe lạnh.

Ở vùng cổ: Áp xe đẩy khí quản, thực quản ra phía trước, xuất hiện ở tam giác cổ sau.

Ở vùng ngực: Áp xe đi theo một khe liên sườn thấy được trên X quang lồng ngực.

Ở vùng thắt lưng: Áp xe đi theo cơ thắt lưng chậu và xuất hiện ở trên và dưới cung bẹn, xuống đùi và mông, ra

Ở vùng xương cùng: Áp xe đẩy trực tràng ra phía trước

- Liệt chi

Là biến chứng có thể thấy ở bất cứ giai đoạn nào của bệnh : ngay sau khi khởi phát, đang điều trị hoặc rất lâu sau

3- Giai đoạn biến dạng gù (kyphotic deformity):

Tiến triển tự nhiên của bệnh lao cột sống tới giai đoạn này, bệnh có thể tự khỏi nhưng để lại di chứng nặng nề là chứng này ít khi xảy ra.

VII- Cận lâm sàng:

1- Các xét nghiệm tầm soát về lao:

X quang phổi : có thể phát hiện tổn thương lao

Tìm được AFB qua soi và cây mủ áp xe hay lỗ dò cột sống, PCR lao / mủ áp xe hay mủ lỗ dò, IDR(+), VS tăng

2- X quang cột sống qui ước:

Rất cần thiết để chẩn đoán và theo dõi bệnh, là khâu quan trọng nhất trong chẩn đoán.

X quang nghiêng: có thể thấy

- Ô áp xe hình thoi, hình tròn, hình tháp, bóng hơi của khí quản bị đẩy ra phía trước.
- Hang lao giữa thân xương, hang lao từ bờ trên hay dưới ăn khuyết vào thân xương
- Mòn khuyết bờ thân đốt hai bên đĩa đệm, gò không đều
- Tổn thương hủy mất trước trên, dưới hay giữa thân đốt
- Thân đốt sống xếp phía trước thành hình nêm hay hình tam giác
- Nhiều đốt sống cùng bị tổn thương

- Xếp đĩa đệm, đôi khi kèm theo trượt đốt sống X quang thẳng:

Đặc biệt chú ý xem hình ảnh chân cung, luôn luôn tồn tại dù lao cột sống tiến xa, điều này giúp phân biệt v

- Xếp đĩa đệm

- Xếp thân đốt đều hai bên
- Xếp thân đốt một bên nhiều, một bên ít

- Vẹo cột sống

- Hình ảnh áp xe lao trong cột sống lưng: hình thoi, hình tròn, hình tam giác
- Tổn thương lao cột sống nhiều tầng khác nhau

3- CT scan cột sống:

Giúp khảo sát thêm tổn thương xương đã thấy trên X quang thường qui. Phương pháp này giúp xem xét tổn thương cột sống

4- MRI cột sống:

Nếu CT Scan cột sống cung cấp thông tin phần xương tốt thì hình ảnh MRI cột sống cung cấp thông tin phần mềm cột sống, ống tủy sống và đĩa đệm, mô hoại tử, mức độ chèn ép tủy sống, hình ảnh áp xe cơ thắt lưng chậu

5- Siêu âm: Thường được sử dụng để chẩn đoán áp xe cột sống hay áp xe cơ thắt lưng chậu có khuynh hướng ta

VIII- Chẩn đoán:

1- Chẩn đoán xác định:

Dựa vào tiêu chuẩn vàng: tìm được AFB trong bệnh phẩm đặc biệt là mủ lao hoặc là làm PCR lao với mủ bệnh phẩm rất khó lấy vì tổn thương nằm sâu hoặc chưa có lỗ dò mủ.

2- Chẩn đoán có khả năng lao cột sống:

- Dựa vào tiền căn đã được chẩn đoán lao phổi hay lao ngoài phổi
- Triệu chứng lâm sàng là đau và giới hạn cử động xương sống nơi mắc bệnh, gù lưng, lỗ dò cột sống hay cạnh cột sống
- Triệu chứng X quang cột sống qui ước kết hợp với hình ảnh CT scan và MRI cột sống có hình ảnh hướng đến

IX- Điều trị:

1- Nội khoa:

Dùng thuốc kháng lao theo chương trình chống lao quốc gia, dùng ngay từ đầu phác đồ II: 2SHZRE / RHEZ / 5HDD đối với lao cột sống có thể kéo dài thời gian tấn công thêm 1 - 2 tháng tùy thuộc vào diễn tiến lâm sàng của bệnh 10-12 tháng.

Bất động cột sống không có vai trò quan trọng trong điều trị lao cột sống, bệnh nhân vẫn đi đứng sinh hoạt bình thường.

Bệnh nhân không liệt chi nhưng đi đứng yếu, sức cơ có giảm vẫn điều trị nội khoa, nhưng khi diễn tiến sang tình trạng can thiệp ngoại khoa điều trị liệt cho bệnh nhân.

2- Phẫu thuật:

2-1- Chỉ định phẫu thuật khi có các triệu chứng sau:

- Biến chứng liệt chi, không có cải thiện tình trạng liệt sau 3 tuần điều trị phác đồ lao.
- Đau nhiều khiến bệnh nhân không chịu đựng nổi thường do cột sống bị kẽm không vững khi ngồi lên, đứng, đi.
- Áp xe cơ thăn do lao cột sống vùng lưng thấp hay áp xe cạnh cột sống khác thấy được trên X quang hoặc MRI

2- 2- Điều kiện phẫu thuật:

- Bệnh nhân phải được dùng tối thiểu từ 2 - 3 tuần thuốc kháng lao trước ngày phẫu thuật.
- Nếu bệnh nhân có lao phổi kết hợp thì xét nghiệm AFB trong đàm phải âm tính.
- Đo chức năng hô hấp đảm bảo cho cuộc phẫu thuật.

3- Điều trị nội khoa sau phẫu thuật:

Tiếp tục dùng thuốc kháng lao kéo dài theo qui định, tổng thời gian điều trị trung bình là 8 tháng, tuy nhiên với đốt sống, áp xe lớn vẫn còn dò mủ, tình trạng liệt vận động cải thiện ít, có thể kéo dài thời gian điều trị đến 12 tháng.

4- Tập vật lý trị liệu:

Đối với những trường hợp bệnh nhân không cần phải phẫu thuật, bệnh nhân phải được tập vật lý trị liệu sớm, tập

Các trường hợp sau phẫu thuật giải áp chèn ép tủy sống do lao, cần phải tập vật lý trị liệu càng sớm càng tốt.

X- Theo dõi bệnh nhân lao cột sống:

Người bệnh lao cột sống được theo dõi tái khám hàng tháng để phát hiện và xử lý các biến chứng kịp thời, tránh ngưng trị vẫn phải tái khám mỗi 3 tháng trong năm đầu để phát hiện lao cột sống tái phát.

XI- Lao cột sống thất bại hay tái phát:

1- Tiêu chuẩn đánh giá thất bại trong điều trị lao cột sống:

Sau giai đoạn điều trị tấn công, bệnh nhân vẫn còn có các triệu chứng sau thì được đánh giá thất bại điều trị lao

- Nhọt lao hay ổ áp xe lạnh đốt sống xuất hiện hoặc lớn hơn trước.

- Liệt xuất hiện hoặc tăng thêm.

- Đi lại khó khăn hơn vì đau.

1- 2- Hình ảnh học: X quang, CT Scan, MRI cột sống.

- Ô áp xe xuất hiện hoặc lớn hơn trước.

- Thân đốt sống bị xẹp thêm.

- Đốt sống bị bệnh mất canxi thêm.

2- Tiêu chuẩn đánh giá lao cột sống tái phát:

Sau một thời gian điều trị được đánh giá khỏi bệnh, nếu bệnh nhân có một hay nhiều triệu chứng sau đây thì được

2-1-Lâm sàng: xuất hiện ở đốt sống mới hoặc tái phát nơi đốt sống cũ.

- Nhợt lao, Ô áp xe lao đốt sống, lỗ dò.

- Đau đến mức cản trở việc làm hàng ngày.

- Liệt vận động hay liệt bàng quang.

2-2- Hình ảnh học: X quang, CT Scan, MRI cột sống.

Xuất hiện hoặc tăng thêm hình ảnh áp xe lao đốt sống ở vị trí cũ hay ở nơi khác.

2-3- Tìm được vi trùng lao: trong mủ dò từ cột sống bằng soi trực tiếp, cáy hay PCR lao(+) cho chẩn đoán chính xác.

Bệnh nhân khi được đánh giá thất bại hay tái phát một công thức điều trị lao cột sống, phải được chuyển sang cách điều trị khác đúng theo chỉ định.

B- LAO KHỚP NÓI CHUNG

I- Định nghĩa:

lao khớp là tình trạng viêm khớp mạn tính do vi trùng lao (*Mycobacterium tuberculosis*) gây nên ở bao hoạt mạc khớp.

II- Chẩn đoán:

1- Triệu chứng lâm sàng:

1-1-Triệu chứng toàn thân

1-2- Đau mang tính chất cơ học (đau khi vận động). khó xác định thời điểm khởi phát, kéo dài hai hoặc ba tháng

1-2- Sưng to một khớp đơn độc do dày bao khớp, do tích tụ dịch trong khớp.

1-3- Áp xe lạnh chúa mủ loãng, không đau ở ngay cạnh khớp hoặc đi theo các bao cơ đi xa khớp.

1-4- Lỗ dò mủ (do áp xe vỡ tự nhiên hoặc do rạch tháo mủ để hở) có các đặc điểm bờ không dày, màu tái nhợt lợt, dò có thể bị bội nhiễm vi trùng thường sẽ làm nặng thêm tình trạng viêm khớp.

1-5- Cứng khớp là hậu quả của sự dày dính bao khớp, của sự gồng cơ phản xạ.

1-6- Méo lệch khớp là hậu quả của sự tàn phá xương. Khớp gối có thể bị gập, veo trong, veo ngoài.

1-7- Teo cơ nhanh chóng.

1- 8- Nỗi hạch vùng tương ứng với khớp bị lao, hạch từng chùm dính nhau không đau có thể vỡ mủ ra da.

2- Cận lâm sàng:

2-1- X quang khớp:

Diễn tiến trên X quang của lao khớp gồm 4 giai đoạn:

Giai đoạn 1:

- Loãng xương vùng
- Khe khớp bình thường hay rộng ra
- Dày phần mềm

Giai đoạn này tương ứng với thời kỳ đầu, viêm bao khớp thuận túy.

Giai đoạn 2:

- Loãng xương nặng
- Khe khớp hẹp có vùng hủy xương dưới sụn
- Có thể hình thành áp xe quanh phần mềm Giai đoạn 3:
- Phá hủy mặt khớp
- Nhiều hang trong xương, có thể chứa xương chết

- Áp xe phần mềm
- Thường xuất hiện tháng thứ 5 Giai đoạn 4:
- Cấu trúc khớp bị phá
- Khe khớp biến mất
- Trật hoặc bán trật khớp
- Méo lệch trực của chi
- Nhầm lẫn với phần mềm

2-2- Siêu âm khớp và chụp MRI khớp phát hiện áp xe phần mềm khớp

2-3 Sinh thiết mô khớp

2-4- Các xét nghiệm tầm soát lao:

- Xét nghiệm tìm AFB qua soi và cây mủ hay dịch khớp
- PCR lao /mủ hay dịch khớp
- IDR thường dương tính

IV- Chẩn đoán:

1- Chẩn đoán xác định:

- AFB(+) hoặc cây vi khuẩn lao dương tính trong mủ, dịch khớp.
- PCR/lao của mủ, dịch khớp cho kết quả dương tính.
- Sinh thiết mô khớp cho thấy hình ảnh nang lao.

2- Chẩn đoán có khả năng lao khớp:

- Lâm sàng : hình ảnh lở dò, áp xe lạnh .
- Các dấu hiệu tổn thương trên X quang , MRI, → CTscan

V- Điều trị:

Bệnh lao khớp là bệnh nhiễm trùng và là bệnh hủy hoại chức năng nên việc điều trị cần chú ý 2 vấn đề

1- Điều trị nội khoa :

Dùng thuốc kháng lao theo qui định của chương trình chống lao như đã trình bày trong phần lao cột sống. Trong 2S(E)RHZ/6HE.

2- Điều trị chỉnh hình:

Chức năng của khớp được bảo vệ và cải thiện bằng 3 biện pháp

2-1- Cố định:

Để giảm đau, để tránh hoặc sửa những biến dạng xấu bằng những cách sau:

- Nằm nghỉ.
- Kéo tạ liên tục để điều chỉnh tư thế xấu.

- Bó bột để hạn chế sự cử động khớp bệnh, các khớp gần khớp bệnh vẫn để cử động bình thường, khi bó bột không tượng hàn khớp bệnh nhân vẫn còn sử dụng chức năng khớp tối thiểu.

Thông thường thời gian cố định khoảng 3 tháng.

2-2- Phẫu thuật:

- Dẫn lưu kín áp xe bằng cách dùng kim chọc hút mủ, có thể làm mỗi ngày hay vài ngày một lần tùy lượng mủ tủy.
- Chỉnh hình khớp biến dạng sau khi đã điều trị thuốc kháng lao đủ thời gian.

2- 3- Vật lý trị liệu:

Tập luyện vận động khớp, chỉ thực hiện khi khớp bớt sưng. Tập càng nhiều càng tốt, chỉ ngưng khi đau nhiều .Sau khi đỡ đau, có thể tập nhẹ.

Tài liệu tham khảo

1. Bộ Y Tế (2009), “Điều trị bệnh lao”, Chương trình chống lao quốc gia Việt Nam, Hướng dẫn quản lý bệnh lao
2. Đàm trung Lưu (1996), “Lao xương khớp”, Viện lao và bệnh phổi, Bệnh học lao và bệnh phổi, Nhà xuất bản
3. Nguyễn Trọng Tín (2010), “Chẩn đoán, điều trị lao xương khớp”, Dự án phòng chống lao Quốc Gia, Bệnh viện lao trong các bệnh viện đa khoa, Năm 2010, tr. 63-89.

4. Ajay Chauhan, BB Gupta (2007), "Spinal Tuberculosis", Journal, Indian Academy of Clinical Medicine, Vol 8, pp. 1-4.
5. A.I. De Backer, K.J. Mortelé, I.J. Vanschoubroeck, D. Deeren, F.M. Vanhoenacker, B.L. De Keulenaer, P.B. Boon (2005), "CT and MR Imaging features", JBR-BTR, 2005, 88 (2), pp. 92-97.
6. B Dass, T A Puet, C Watanakunakorn (2002), "Tuberculosis of the spine (Pott's disease) presenting as 'compression fractures'", Spinal Cord, November 2002, 40 (11), pp. 604-608.
7. Clifford R. Wheeless (2011), "tuberculous spondylitis, periarticular bone tuberculosis", Tuberculosis - Wheeless' Textbook of Orthopaedics and Fractures, Data Trace Staff on Tuesday, May 10, 2011.
8. Derek Moore (2012), "Spinal Tuberculosis", Spinal Tuberculosis - Spine - Orthobullets , Topic updated on 01/01/2012.
9. D. S. Sandher, M. Al-Jibury, R. W. Paton, L. P. Ormerod (2007), "Bone and joint tuberculosis", Cases in骨关节结核, Editorial Society of Bone and Joint Surgery, May 22, 2007.
10. Marjorie P. Golden, Holenarasipur R. Vikram (2005), "Skeletal tuberculosis", Extrapulmonary Tuberculosis, American Academy of Family Physicians, 2005 Nov 1, 72(9), pp. 1761-1768.
11. Moon M.S. (2006), "Development in the management of tuberculosis of the spine", Spine, pp. 132-140.
12. Moon M.S. (2007), Tuberculosis of the spine -contemporary thoughts on current issue and perspective view, Spine, pp. 132-140.
13. Mihalko MJ (2008), Tuberculosis and other unusual infections, Campbell s' operative orthopedics, pp. 753-754.
14. Peter J. Jenks, Bruce Stewart (1998), "Vertebral Tuberculosis", N Engl J Med, June 4 1998, (338), pp. 1677-1683.
15. Paul Pack and Cheery Upadhyaya (2010), "Pott disease causing Chin on chest deformity and myelopathy", Indian J Pediatr, 2010, 77(12), pp. 1111-1113.
16. Robert N, longfield (2012), "Skeletal Tuberculosis", Extra-pulmonary Tuberculosis, TB extensive course, Section 1, pp. 1-12.
17. Ron NJ de Nijs (2011), " Spinal tuberculosis", The Lancet, 3 December 2011, Volume 378, Issue 9807, pp. 1677-1683.
18. R. J.S. Ramlakan, S. Govender (2007), "Sacroiliac joint tuberculosis", International Orthopaedics, 2007 February, 31(2), pp. 281-284.
19. Sindhu V, U Singh, SL Yadav (2003), "Presenting as Retroperitoneal Lymphadenopathy, Obstructive Uropathy and Case Report", Spinal Tuberculosis, IJPMR 14, April 2003, pp. 19-23.
20. TB-free TAIWAN (2007), "Skeletal tuberculosis", Extra-pulmonary Tuberculosis, 2007-2-12, pp. 9-12.
21. TK Shanmugasundaram (2005), "Bone and joint tuberculosis", Guidelines for management, 2005, 39(3), pp. 1-12.
22. Umesh Isalkar (2012), "Spinal tuberculosis can paralyze if ignored", The times of India, TNN Mar 23, 2012.

23. WHO (2009), “Treatment of tuberculosis: guidelines”, 4th Edition, WHO/HTM/TB/ 2009.

230/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI

Trước khi điều trị người bệnh cần có các xét nghiệm:

1. Giải phẫu bệnh hay tế bào học.
2. CTM, glycémie, SGOP, SGPT, Creatinine, Ion đồ, phosphatase kiềm.
3. CT ngực đánh giá sự xâm lấn của u nguyên phát và hạch di căn.
4. Nội soi phế quản (nếu chưa có).
5. Siêu âm bụng, siêu âm tim, ECG.

Trong những trường hợp cần thiết nên lựa chọn đánh giá thêm bằng: Xạ hình xương, CT não, MRI não hay PET

A. UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ (UTPKTB)

Tiêu lượng bệnh và chiến lược điều trị dựa vào từng giai đoạn cụ thể, cần phải:

1. Xác định TNM và giai đoạn theo Hiệp Hội Ung thư Quốc tế :

Bảng 1: tóm tắt TNM của Ung thư Phổi (phiên bản 7) 2010 (chi tiết xin xem phụ lục)

(Nếu bài viết này có phần k

	Mô tả
TX	Chỉ có tế bào học ác tính
T1	Bướu ≤ 3cm
T1a	Bướu ≤ 2cm

T1b	Bướu trên 2cm cho tới 3cm
T2	Bướu phế quản gốc cách carina từ 2cm trở lên, xâm lấn lá tạng, xẹp một phần phổi
T2a	Bướu trên 3cm tới 5cm
T2b	Bướu trên 5cm tới 7cm
T3	Bướu lớn hơn 7cm, xâm lấn thành ngực, cơ hoành, màng tim, màng phổi trung thất, ở phế quản gốc cách thùy
T4	Xâm lấn trung thất, tim, mạch máu lớn, carina, khí quản, thực quản, thân đốt sống, nốt khác thùy phổi cùn
N1	Hạch phế quản, hạch rốn phổi cùng bên
N2	Hạch trung thất, hạch dưới carina cùng bên
N3	Hạch trung thất hay hạch rốn phổi đối bên, hạch cơ bậc thang hay hạch thượng đòn.
M1	Di căn
M1a	Di căn nốt thùy đối bên, nốt màng phổi hay tràn dịch màng phổi, tràn dịch màng tim ác tính
M1b	Di căn xa

Bảng 2 xếp giai đoạn

Ung thư tiêm ẩn	TX
Giai đoạn 0	Tis
Giai đoạn IA	T1a,b
Giai đoạn IB	T2a
Giai đoạn IIA	T2b
	T1a,b
	T2a
Giai đoạn IIB	T2b
	T3
Giai đoạn IIIA	T1a,b; T2a,b
	T3
	T4
Giai đoạn IIIB	T4
	Mọi T
Giai đoạn IV	Mọi T

2. Các định nghĩa trong hoá trị:

- Hoá trị triệu chứng: trong giai đoạn tiến xa, tái phát hoặc di căn. Với ý nghĩa:

- o Xoa dịu triệu chứng.
- o Kéo dài thời gian sống thêm.

o Có tính hiệu quả - chi phí: cần phải cân nhắc kỹ cho từng bệnh nhân.

• Hoá trị tân hổ trợ: dùng trong trường hợp còn phẫu thuật mà bướu lớn phẫu thuật ngay có nguy cơ, hóa trị trước bướu, giảm nguy cơ tái phát và di căn xa.

• Hoá trị hỗ trợ: ở giai đoạn sớm phẫu thuật được, dùng sau phẫu thuật 20 ngày.

3. Các chỉ định điều trị:

- GĐ IA: (T1ab,N0):

o Phẫu thuật:

❖ Bờ diện cắt âm tính: theo dõi

❖ Bờ diện cắt dương tính : phẫu thuật lại hay xạ trị.

o Nếu có chống chỉ định phẫu thuật → Xạ trị hoặc cắt đốt cao tần ± Hoá trị.

- GĐ IB: (T2a,N0), GD IIA (T2bN0):

o Phẫu thuật:

❖ Bờ diện cắt âm tính theo dõi hay hóa trị nếu bệnh nhân có nguy cơ cao: giải phẫu bệnh kém biệt hóa (u nội ti tạng).

❖ Bờ diện cắt dương tính :

• Phẫu thuật lại ± hóa trị

• Xạ trị hoặc cắt đốt cao tần ± hóa trị (dùng cho IIA)

o Nếu có chống chỉ định phẫu thuật → Xạ trị hoặc cắt đốt cao tần ± Hoá trị.

- GĐ IIA (T1ab-T2a, N1), GĐ IIB (T3,N0; T2b N1), GĐ IIIA (T1-3, N0-1):

o Phẫu thuật:

❖ Bờ diện cắt âm → Hoá trị .

❖ Bờ diện cắt dương:

- Phẫu thuật lại + hóa trị
- Hay hóa - xạ trị đồng thời + hóa trị
 - o Không phẫu thuật được: Xạ trị ± Hóa trị.

❖ Hóa xạ trị đồng thời, sau đó xét chỉ định phẫu thuật

- Phẫu thuật được + hóa trị
- Không phẫu thuật được: hóa trị tiếp

❖ Hóa trị tân hỗ trợ 2- 3 chu kỳ: xét phẫu thuật

- Phẫu thuật được:
 - o Bờ diện cắt âm: theo dõi .
 - o Bờ diện cắt dương:

- Phẫu thuật lại
- Hay hóa xạ trị đồng thời
- Không phẫu thuật được: xạ trị + hóa trị cho đủ 6 chu kỳ
- GĐ IIIA (T1-3, N2): N2 trên CT, nên đánh giá N2 bằng PET-CT hay MRI não, soi trung thất.
 - o N2 (+) và không bằng chứng M1 trên PET-CT hay MRI não:

❖ Hóa xạ trị đồng thời

❖ Hay hóa trị tân hỗ trợ (2chu kỳ) ± xạ trị:

- Bệnh không tiến triển: Phẫu thuật ± hóa trị hay ± xạ trị (nếu chưa xạ trị)
- Nếu bệnh tiến triển tại chỗ: xạ trị (nếu chưa) ± hóa trị
- Bệnh tiến xa: điều trị như bệnh hóa trị bước 2 o N2 (-) điều trị như giai đoạn II
- GĐ IIIB(T1-3,N3): làm PET-CT hay MRI não: không có bằng chứng M1→ sinh thiết hay FNA hạch N3

o N3 âm tính: điều trị như giai đoạn I-IIIA

o N3 dương tính: hóa xạ trị đồng thời, sau đó hóa trị.

- GĐ IIIB(T4, N2-3): làm PET-CT hay MRI não: không có bằng chứng M1 → sinh thiết hay FNA^V hạch N3,N2

o N3(-), N2(-): điều trị như IIIA

o N3(-), N2(+) hay N3(+): Hóa xạ trị đồng thời → hóa trị

- GĐ IVa: (tràn dịch màng phổi, tràn dịch màng tim ác tính) và GĐIVb nhiều nơi.

o $KPS > 60\%$

❖ Hoá trị triệu chứng.

❖ Di căn não: chỏng phù não + xạ trị não.

❖ Tràn dịch màng phổi tái lập hay tràn dịch màng phổi lượng nhiều: làm xơ hóa màng phổi

o $KPS < 60\%$: điều trị nội khoa nâng đỡ.

- GĐ IVb di căn nốt đơn độc:

o Di căn não đơn độc:

❖ Phẫu thuật lấy nốt di căn nếu có thể sau đó xạ trị não toàn bộ, hay phẫu tia ba chiều (stereotactic radiosurgery)

❖ Hay phổi hợp phẫu tia ba chiều + xạ não.

❖ Hay xạ phẫu tia đơn thuần.

o Di căn thượng thận: (có chẩn đoán xác định bằng sinh thiết hay phẫu thuật):

❖ Điều trị sang thương thượng thận nếu tồn thương phổi có thể chừa khỏi dựa vào xếp hạng T, N.

❖ Hay hóa trị.

o Điều trị sang thương ở phổi sau xử lý nốt di căn:

❖ (T1-2, N0-1), (T3,N0):

• Phẫu thuật cắt sang thương phổi rồi hóa trị.

- Hay xạ trị.
- Hay hóa trị rồi phẫu thuật lấy sang thương phổi.
- ❖ Các trường hợp còn lại hóa trị.

4. Đánh giá trước mỗi chu kỳ hóa trị:

4.1 Các xét nghiệm máu: CTM, glycémie, SGOP, SGPT, Creatinine máu, Ion đồ, phosphatase kiềm.

4.2. Dấu hiệu sinh học bướu: CEA, Cyfra 21-1.

4.3. X-quang phổi, siêu âm tim, ECG.

Sau 3 chu kỳ hóa trị: CT lồng ngực, siêu âm bụng. Nên làm xạ hình xương khi có triệu chứng đau nhức xương h

Chú ý: trước khi truyền hoá chất nên dùng thuốc chống sốc, thuốc chống nôn trước:

- Corticoides (Dexamethasone, solumedrol) TM chậm trước 30 phút.

- Ondansetron (Emeset, Osetron) TM chậm trước 30 phút.

- Có thể dùng thêm:

+ Dimedrol 10 mg 5 ống TB + Cimetidine 300 mg TM.

- Bắt buộc phải dùng các thuốc sau đây trước truyền hóa chất họ Taxan

❖ Dimedrol 10 mg 5 ống TB

❖ Dexamethasone 20 mg TM chậm trước 30 phút.

❖ Ondansetron (Emeset, Osetron) TM chậm trước 30 phút.

❖ Cimetidine 300 mg TM

- Khi dùng cisplatin phải truyền Nacl 0,9% hay G 5% (1-2 lít) một ngày trước và sau khi dùng, kèm theo thuốc

5. Theo dõi, điều trị tái phát và di căn:

❖ Bệnh sử, khám lâm sàng và chụp CT lồng ngực có thể cản quang mỗi 6 tháng trong 2 năm đầu. Sau đó theo dõi cản quang hàng năm

❖ Đánh giá tình trạng hút thuốc lá khi tái khám, tư vấn hướng dẫn cai thuốc

Trong trường hợp UTPKTBN tái phát, thể trạng bệnh nhân còn tốt (KPS> 60%) cần đánh giá lại toàn bộ nhu lú

PHÁC ĐỒ HÓA TRỊ PHỐI HỢP VỚI XẠ TRỊ

Hóa - xạ trị đồng thời:

1. Cisplatin + Etoposid + xạ trị đồng thời

- Cisplatin 50mg/m² N: 1,8,29 và 36;

- Etoposide 50mg/m² N 1-5, 29-33;;

2. Cisplatin + Vinblastine + xạ trị đồng thời

- Cisplatin 100mg/m² N: 1,29;

- Vinblastine 5mg/m² tuần x 5.

3. Paclitaxel + Carboplatin + xạ trị đồng thời

- Paclitaxel 45-50 mg/m² /tuần truyền trên 1 giờ;

- Carboplatin AUC=2mg/ml/phút truyền trên 30 phút/tuần.

Hóa trị/ xạ trị tuần tự:

1. Cisplatin + Vinblastine + xạ trị sau khi kết thúc hóa trị

- Cisplatin 100mg/m² N: 1,29;

- Vinblastine 5mg/m²/tuần N: 1, 8, 15, 22, 29.

2. Paclitaxel + Carboplatin + xạ trị khi kết thúc hóa trị 2 chu kỳ 21 ngày.

- Paclitaxel 200 mg/m²(trên 3 giờ) N1

- Carboplatin AUC 6, N1; .

Hóa - xạ trị đồng thời tiếp theo hóa trị

1. Cisplatin + Etoposid + xạ trị đồng thời+ hóa trị tiếp 2chu kỳ

- Cisplatin 50mg/m² N: 1,8, 29 và 36;

- Etoposide 50mg/m² N 1-5, 29-33;;

- Tiếp theo hóa trị Cisplatin 50mg/m² và etoposide 50mg/m² 2 chu kỳ.

2. Paclitaxel + Carboplatin + xạ trị đồng thời+ hóa trị tiếp

- Paclitaxel 45-50 mg/m² /tuần;

- Carboplatin AUC 2

- Tiếp theo Paclitaxel 200mg/m² và carboplatin AUC 6.

PHÁC ĐỒ HÓA TRỊ HỖ TRỢ

Phác đồ khuyến cáo dùng:

1. Cisplatin + Vinorelbine chu kỳ 28 ngày x 4 chu kỳ

- Cisplatin 50mg/m² N: 1, 8;

- Vinorelbine 25mg/m² N:1, 8, 15, 22.

Hay:

- Cisplatin 100mg/m² N:1.

- Vinorelbine 30mg/m² N:1, 8, 15, 22.

Hay: chu kỳ 21 ngày:

- Cisplatin 75-80mg/m² N1

- Vinorelbine 25-30mg/m² N:1, 8.

2. Cisplatin + Etoposide: chu kỳ 28 ngày x 4 chu kỳ

- Cisplatin 100mg/m² N: 1;

- Etoposide 100mg/m² N:1-3.

3. Cisplatin + Vinblastine: chu kỳ 21 ngày x 4 chu kỳ

- Cisplatin 80mg/m² N: 1, 22, 43, 64;
- Vinblastine 4mg/m²/tuần N 1, 8, 15, 22 sau đó mỗi 2 tuần sau N43.

4. Cisplatin + Gemcitabine: chu kỳ 21 ngày x 4 chu kỳ

- Cisplatin 75mg/m² N1;
- Gemcitabine 1250mg/m² N 1,8

5. Cisplatin + Docetaxel: chu kỳ 21 ngày x 4 chu kỳ

- Cisplatin 75mg/m²; N1
- Docetaxel 75 mg/m², N1.

6. Cisplatin +Pemetrexed chu kỳ 21 ngày x 4 chu kỳ

- Pemetrexed 500mg/m² N1,
- Cisplatin 75mg/m² N1

(dùng cho carcinôm tuyến, carcinôm tế bào lớn và UTPKTBN tại chỗ không phải loại mô học đặc biệt khác).

Có thể thay cisplatin bằng carboplatin AUC 6 trong các phác đồ trên

Phác đồ dùng cho bệnh nhân có bệnh lý kèm theo hay không dung nạp cisplatin:

Paclitaxel + Carboplatin chu kỳ 21 ngày x 4 chu kỳ

- Paclitaxel 200mg/m² N1.

- Carboplatin AUC 6 N1.

* Các phác đồ trên có thể được dùng làm hóa trị tân hổ trợ 3 chu kỳ trước phẫu thuật

THEO DÕI SAU ĐIỀU TRỊ

Theo dõi lâu dài:

o Theo dõi ung thư:

❖ Bệnh sử, khám lâm sàng và chụp CT lồng ngực có thể có cản quang mỗi 6-12 tháng trong 2 năm. Theo dõi b

❖ PET hay MRI não không có chỉ định theo dõi thường quy.

o Miễn dịch:

❖ Chủng ngừa cúm hàng năm

❖ Chủng ngừa phế cầu trùng và nhắc lại khi cần. o Hướng dẫn chế độ sinh hoạt:

❖ Duy trì trọng lượng cơ thể

❖ Hoạt động thể lực: luyện tập thể lực vừa phải 30 phút mỗi ngày.

❖ Hạn chế rượu

❖ Tư vấn hướng dẫn cai thuốc lá

Bệnh tái phát tại chỗ tại vùng:

o Tắc nghẽn nội phế quản: các phương thức điều trị:.

❖ Xạ trị áp sát trong lòng phế quản

❖ Xạ trị ngoài lồng ngực. o Tái phát có thể phẫu thuật:

❖ Phẫu thuật

❖ Xạ trị ngoài lồng ngực

o Tái phát hạch trung thất: hóa xạ trị đồng thời (nếu chưa xạ trị) o Tắc nghẽn tĩnh mạch chủ trên:

❖ Hóa xạ trị đồng thời (nếu chưa xạ trị)

❖ Xạ trị ngoài.

❖ Đặt Stent tĩnh mạch chủ trên. o Ho ra máu trầm trọng:

❖ Xạ trị ngoài.

❖ Xạ trị áp sát trong lòng phế quản.

❖ Làm thuyên tắc.

❖ Phẫu thuật

Sau khi điều trị bệnh tái phát tại chỗ tại vùng:

• Nếu không có bằng chứng di căn nhiều nơi: theo dõi hay hóa trị.

• Di căn nhiều nơi: xem điều trị bệnh tiến xa và di căn.

Di căn xa:

o Triệu chứng tại chỗ: xạ trị ngoài giảm nhẹ.

o Di căn não lan tỏa: xạ trị ngoài giảm nhẹ.

o Di căn xương:

❖ Xạ trị ngoài giảm nhẹ, cố định chỉnh hình xương nếu nguy cơ gãy xương.

❖ Liệu pháp chống hủy xương (bisphosphonate).

o Di căn đơn độc điều trị như giai đoạn IV (M1b di căn đơn độc).

o Di căn nhiều ổ: hóa trị.

ĐIỀU TRỊ TÁI PHÁT HAY DI CĂN: tùy theo loại mô học *Carcinôm té bào gai*: không khuyến cáo thường qu

Xem điều trị bệnh tiến xa

Carcinôn tuyén, Carcinôm té bào lớn, UTPKTBN NOS: Làm xét nghiệm đột biến EGFR và xét nghiệm ALK.

- Đột biến EGFR (-) hay ALK (-) hay không biết: xem *điều trị bước 1*

- ALK dương tính: dùng Crizotinib nếu bệnh tiến triển xem *điều trị bước 2*.

- Đột biến EGFR (+):

o Có đột biến EGFR trước khi điều trị bước một: thuốc ức chế tyrosine kinase (Erlotinib, Gefitinib), nếu bệnh ti

o Phát hiện đột biến trong khi đang hóa trị: Bắt đầu điều trị duy trì bằng erlotinib hay có thể dùng thêm erlotinib *điều trị bước 2*.

CÁC LỰA CHỌN ĐIỀU TRỊ BỆNH TIẾN XA

Điều trị bước 1:

Carcinôm té bào gai:

- KPS: 80-100:

o Hóa trị

o Hay Cetuximab/vinorelbine/cisplatin Đánh giá

o Bước tiến triển *điều trị bước 2*

o Bước đáp ứng hay ổn định: hóa trị đủ 4-6 chu kỳ, đánh giá lại.

❖ Bước tiến triển *điều trị bước 2*

❖ Đáp ứng điều trị hay bệnh ổn định: điều trị duy trì hay theo dõi. Khi bệnh tiến triển *điều trị bước 2*.

- KPS: 60,70: hóa trị và tiếp tục như trên.

- KPS < 60: chăm sóc nội khoa.

Carcinôm tuyến, Carinôm té bào lón, UTPKTBN NOS: không có đột biến EGFR hay không biết:

- KPS: 80-100:

o Hóa trị hai chất.

o Hay bevacizumab+ hóa trị

o Hay cisplatin/ pemetrexed .

o Cetuximab+ vinorelbine/cisplatin Đánh giá

o Bệnh tiến triển: *điều trị bước 2*

o Bệnh đáp ứng hay ổn định: hóa trị đủ 4-6 chu kỳ, đánh giá lại.

❖ Bệnh tiến triển *điều trị bước 2*

❖ Đáp ứng điều trị hay bệnh ổn định:

• Theo dõi.

• Hay dùng tiếp phác đồ hiện đang điều trị tới khi bệnh tiến triển.

• Hay điều trị duy trì bằng một trong các thuốc: bevacizumab,

cetuximab, pemetrexed, gemcitabine.

• Hay điều trị duy trì chuyển đổi:pemetrexed hay erlotinib

❖ Khi bệnh tiến triển: *điều trị bước 2.*

- KPS: 60, 70: hóa trị và tiếp tục như trên.

- KPS < 60: chăm sóc nội khoa.

Điều trị bước 2:

- KPS > 60 :

o Điều trị đơn chất: docetaxel, pemetrexed hay dùng thuốc úc ché tyrosine kinase (Erlotinib, Gefitinib).

o Hay hóa trị hai chất ± bevacizumab (nếu erlotinib dùng bước 1 và giải phẫu bệnh không phải tế bào gai).

Nếu bệnh tiến triển → điều trị bước 3.

- KPS < 60 : thuốc ức chế tyrosine kinase (Erlotinib, Gefitinib) hay chăm sóc nội khoa giảm nhẹ Điều trị bước 3:

- KPS > 60: thuốc ức chế tyrosine kinase (nếu chưa dùng), nếu bệnh tiến triển chăm sóc nội khoa giảm nhẹ

- KPS < 60: thuốc ức chế tyrosine kinase hay chăm sóc nội khoa giảm nhẹ

PHỤ → LUC:

1. XÁC ĐỊNH TNM THEO HIỆP HỘI UNG THƯ QUỐC TẾ (UICC) 2010 T (Primary tumor): bướu nguyên phát

Tx : Không phát hiện bướu nguyên phát, hay bướu được xác định có tế bào ác tính trong đàm hay dịch rửa phế quản nội soi phế quản.

T0 Không có bằng chứng bướu nguyên phát.

Tis Ung thư tại chỗ.

T1 Bướu có đường kính lớn nhất nhỏ hơn 3cm được bao quanh bởi nhu mô phổi hay lá tang màng phổi, qua nội soi phế quản thùy (không xâm lấn phế quản gốc)^a.

T1a Bướu có đường kính lớn nhất bằng hay nhỏ hơn 2cm.

T1b Bướu có đường kính lớn nhất lớn hơn 2cm nhưng bằng hoặc nhỏ hơn 3cm T2 Bướu có đường kính lớn nhất hay mọi kích thước bướu có đặc tính sau:

- Bướu là T2 (được xếp T2a khi bướu nhỏ hơn 5cm) xâm lấn tới phế quản gốc cách carina trên 2cm.

- Bướu xâm lấn lá tang màng phổi kèm theo xẹp phổi hay viêm phổi tắc nghẽn lan tới vùng rốn phổi nhưng không

T2a : Bướu có đường kính lớn nhất lớn hơn 3cm nhưng bằng hoặc nhỏ hơn 5cm.

T2b: Bướu có đường kính lớn nhất lớn hơn 5cm nhưng bằng hoặc nhỏ hơn 7cm.

T3 Bướu có đường kính lớn nhất lớn hơn 7cm hay bướu có một trong các trường hợp sau:

- Xâm lấn trực tiếp vào thành ngực (bao gồm hõm trên đòn), xâm lấn cơ hoành, xâm lấn thận kinh hoành, màng

- Bướu xâm lấn phế quản gốc cách carina dưới 2cm nhưng không xâm lấn carina.

- hay viêm phổi tắc nghẽn của mô phổi lành.

- hay bướu có nốt vẹt tinh cùng thùy.

T4 Bướu với mọi kích thước xâm lấn các phần sau: trung thất, tim, mạch máu lớn, khí quản, thần kinh thanh quản, nốt vẹt tinh khác thùy cùng một bên phổi.

N (Regional Lymph Nodes) hạch vùng Nx Không xác định có hạch vùng.

N0 Không có hạch di căn.

N1 Di căn hạch phế quản và hay hạch rốn phổi cùng bên và hạch trong phổi bao gồm xâm lấn trực tiếp.

N2 Di căn hạch trung thất hay hạch dưới carina cùng bên.

N3 Di căn các hạch trung thất, hạch rốn phổi đối bên, hạch cơ bậc thang cùng bên hay đối bên, hay hạch trên xương sườn cùng bên.

M (Distant Metastasis) di căn xa

Mx Không thể xác định di căn xa.

M0 Không di căn xa.

M1 Di căn xa.

M1a: Nốt ở phổi đối bên, nốt di căn màng phổi hay tràn dịch màng phổi ác tính.

M1b Di căn xa.

^a Bướu lan trên bề mặt(hiếm gặp) với mọi kích thước mà sự xâm lấn giới hạn ở thành phế quản, có thể lan tới phổi.

^b Hầu hết tràn dịch màng phổi trong ung thư phổi là do khối bướu gây ra, tuy nhiên trong một vài bệnh nhân, xơ nhanh và dịch không có máu và không phải là dịch tiết. Trong các trường hợp này xác định dựa vào các tính chất của bướu, tràn dịch màng phổi này không được xếp như là yếu tố giai đoạn và bệnh nhân được xếp phân loại như

2. Các phác đồ hóa trị khác hiện đang được sử dụng tại khoa Ung bướu.

Phác đồ CEP: Chu kỳ 28 ngày . Thời gian điều trị : 4 - 6 chu kỳ

1. Phác đồ CEP: Chu kỳ 28 ngày . Thời gian điều trị : 4 – 6 chu kỳ

Cyclophosphamide 40-50 mg/m² TM (10 phút) N 1

Epirubicin 40 mg/m² TM (10 phút) N 1

Carboplatin AUC =6 TTM (30-60 phút) N 1

Hay

Cisplatin 75mg/ m² TTM (60 phút) N 1

2. Phác đồ MIC (phối hợp với mesna) Chu kỳ 21-28 ngày. Tối đa 3- 4 chu kỳ.

Mitomycin 6 mg/m² TTM N 1

Ifosfamide 3000 mg/m² TTM (2-3g) N 1

Cisplatin 50 mg/m² TTM N1

3. Paclitaxel Polymeric Micelle Chu kỳ 21 ngày. Thời gian điều trị: 4 – 6 chu kỳ.

Paclitaxel PM 230mg/ m² TTM 3 giờ N 1

Cisplatine 60mg/ m² TTM (60 phút) N 1

(Hay Carboplatine 300 mg/ m² TTM (60 phút) N1)

4. Paclitaxel hàng tuần Chu kỳ 28 ngày. Thời gian điều trị: 4 chu kỳ.

Paclitaxel 50-60mg/ m² TTM N 1,8,15

Carboplatine 300 mg/ m² TTM (60 phút) N1

Hay Carboplatine 100 mg/ m² TTM (60 phút) N1,8,15

5. Paclitaxel đơn chất Dùng 6 tuần theo dõi sau đó 2 tuần nghỉ.

Paclitaxel 80mg/m² TTM 1 giờ tuần

6. Gemcitabine đơn chất:

Gemcitabine 1000mg/ m² TTM (30 phút) N: 1,8

Chu kỳ 21 ngày. Thời gian điều trị: 4 – 6 chu kỳ.

Chu kỳ 28 ngày. Thời gian điều trị: 4 – 6 chu kỳ. N: 1,8,15

7. Vinorelbine tuần :

Vinorelbine 25 - 30 mg / m² TTM (10 phút) tuần x 16

Cisplatine 50 mg/ m² TTM (60 phút) N 1,8

Cisplatine dùng lặp lại 4 tuần . Thời gian điều trị : 4 chu kỳ.

8. Vinorelbine đơn chất :

Vinorelbine 25 - 30 mg / m² TTM (10 phút) N 1,8,15

Chu kỳ 21 ngày dùng N1, N8

Chu kỳ 28 ngày dùng N1, N8, N15.

Thời gian điều trị : 4-6 chu kỳ.

Hay

Vinorelbine 60 mg / m² viên uống N 1,8,15

Tiếp theo

Vinorelbine 80 mg / m² viên uống hàng tuần

Dùng cho tới khi bệnh tiến triển hay có độc tính không dung nạp được

9. Irinotecan + Cisplatin

Irinotecan 60-80mg/ m² TTM (60 phút) N1, 8

Cisplatine 60-80 mg/ m² TTM (30-60 phút) N 1

Chu kỳ 21 ngày .

Chu kỳ 28 ngày thêm Irinotecan N15 .

Thời gian điều trị : 4 – 6 chu kỳ.

10. Phác đồ NIP (VIP) Chu kỳ 21 ngày. Thời gian điều trị : 4 chu kỳ.

Vinorelbine 25 - 30 mg / m² TTM (10 phút) N1,8

Ifosfamide 3000 mg/ m² TTM (2-3g) N 1

(phối hợp với mesna)

Cisplatine 80 mg/ m² TTM (60 phút) N 1

11. Phác đồ có thuốc nhắm trúng đích Chỉ định điều trị bước 2 và 3

1. Erlotinib (viên 100mg và 150mg) Uống mỗi ngày một viên

2. Gefitinib (viên 250mg) Uống mỗi ngày một viên

Dùng tới khi bệnh tiến triển hay tác dụng phụ không dung nạp được.

3. Bevacizumab phối hợp với hóa trị chuẩn 6 chu kỳ và sau đó dùng tiếp cho đến khi bệnh tiến triển. (có thể dùng Bevacizumab phối hợp Paclitaxel + Carboplatin
Bevacizumab phối hợp Gemcitabine + Carboplatin
Bevacizumab 7,5 mg/kg TTM (90 phút) N1

B. UNG THƯ PHỔI TẾ BÀO NHỎ (UTPTBN)

- Tiêu lượng xấu vì tiến triển nhanh gây di căn xa sớm và tử vong (6- 15 tuần).
- Một số có triệu chứng cận ung thư: tăng đường huyết, tăng tiết ADH....
- Tế bào ung thư nhạy với hóa trị và xạ trị, nhưng vì tiến triển nhanh, di căn xa sớm nên hóa trị đóng vai trò chủ

Đánh giá TNM tương tự như ung thư phổi không tế bào nhỏ nhưng trên lâm sàng chỉ chia làm hai giai đoạn là:

1. Đánh giá giai đoạn:

- Giai đoạn khu trú: với bất kỳ T (trừ T3-4 nhiều nốt ở phổi), bất kỳ N, M0, khi tồn thương giới hạn trong lồng ngực.

2. Giai đoạn lan tràn: với bất kỳ T, bất kỳ N, M1 hay T3-4 nhiều nốt ở phổi.

3. Đánh giá trước điều trị:

Trước điều trị cần đánh giá tổng thể:

1. Giải phẫu bệnh hay tế bào học.
2. CTM, glycémie, SGOP, SGPT, Creatinine, Ion đồ, phosphatase kiềm, NSE
3. CT ngực đánh giá sự xâm lấn của u nguyên phát và hạch di căn. MRI não hay CT não đánh giá tình trạng di căn não.
4. Nội soi phế quản (nếu chưa có).
5. Siêu âm bụng, siêu âm tim, ECG, Xạ hình xương.
6. Giai đoạn khu trú T1-2, N0, M0, để xác định khả năng phẫu thuật nên làm thêm:
 - PET-CT
 - Soi trung thất đánh giá hạch trung thất.
 - Chức năng hô hấp, khí máu động mạch.
7. Sinh thiết tùy xương nếu thấy bất thường các tế bào máu ở phết máu ngoại biên.

4. Các yếu tố tiên lượng: dựa vào giai đoạn bệnh và tình trạng toàn thân.

5. Điều trị :

❖ Giai đoạn khu trú:

o T1-2, N0, M0: làm PET CT để đánh giá.

❖ PET CT:T1-2, N0, M0 -> soi trung thất: Hạch trung thất không phát hiện hoặc GPB (-) : cắt thùy phổi và nạc

- N0: hóa trị

- N(+): hóa xạ trị trung thất đồng thời.

❖ Có di căn hạch trung thất hay có bệnh lý đi kèm không thể phẫu thuật:

- KPS > 60: hóa xạ trị đồng thời.

- KPS <60 do bệnh ung thư gây ra: hóa trị ± xạ trị

- KPS <60 do bệnh lý khác gây ra: chăm sóc nội khoa.

o Giai đoạn khu trú còn lại: xử lý như hạch trung thất dương.

❖ Giai đoạn lan tràn:

o Không có triệu chứng ở vị trí tại chỗ hay không di căn não:

❖ KPS > 60: hóa trị kết hợp chăm sóc nội khoa.

❖ KPS <60: điều trị nâng đỡ nội khoa hay hóa trị o Có triệu chứng ở vị trí tại chỗ:

❖ Hội chứng tĩnh mạch chủ trên; tắc nghẽn tại chỗ; di căn xương: Hóa trị ± xạ trị tại chỗ gây triệu chứng lâm sàng xạ trị ngoài giảm triệu chứng, hay cố định chỉnh hình tránh gãy xương.

❖ Chèn ép tủy: xạ trị chèn ép trước hóa trị, ngoài trừ trường hợp cần thiết điều trị toàn thân trước.

o Di căn não.

❖ Không có triệu chứng: có thể hóa trị trước rồi xạ trị toàn bộ não.

❖ Có triệu chứng: xạ trị toàn bộ não trước hóa trị, ngoại trừ cần thiết điều trị hóa trị trước.

Đánh giá đáp ứng điều trị ban đầu:

- Xquang ngực
- CT ngực /gan/thận có cản quang: bất kỳ lúc nào khi cần.
- MRI não hay CT não nếu có dự định xạ não phòng ngừa
- Khảo sát các phương tiện hình ảnh khác liên quan đánh giá vị trí ban đầu khi có chỉ định lâm sàng.
- Công thức máu, Ion đồ, chức năng hô hấp, creatine, NSE.

o Bệnh ổn định: theo dõi sau điều trị:

- ❖ Bệnh sử, khám lâm sàng, xquang ngực, xét nghiệm máu khi cần.
- ❖ Thời gian theo dõi
 - 1-2 năm đầu: 3-4 tháng 1 lần
 - 3-5 năm sau: 6 tháng 1 lần.
 - Sau đó hàng năm.
- ❖ Nốt mới ở phổi nên được xem là nguyên phát mới
- ❖ Tham vấn ván đề cai thuốc lá.
- ❖ PET/CT không nên theo dõi thường qui.

Nếu thấy thất bại điều trị tiếp theo

- o Bệnh đáp ứng hoàn toàn hay một phần: xạ trị não phòng ngừa. Sau đó theo dõi sau điều trị như trên.
- o Bệnh tiến triển: xem điều trị tiếp theo/ chăm sóc giảm nhẹ.

ĐIỀU TRỊ TIẾP THEO/ CHĂM SÓC GIẢM NHẸ

Bệnh tái phát:

- Hóa trị tiếp theo liên tục:
- o Đáp ứng tốt hơn thêm hai chu kỳ

o Bệnh tiến triển hay tăng độc tính → điều trị theo thử nghiệm lâm sàng hay chăm sóc giảm nhẹ bao gồm xạ trị

- Hay thử nghiệm lâm sàng.
- Hay chăm sóc giảm nhẹ.

Bệnh tiến triển:

- Chăm sóc giảm nhẹ
- Hay thử nghiệm lâm sàng
- Hay hóa trị tiếp theo

CÁC PHÁC ĐỒ HÓA TRỊ UTPTBN

1. Giai đoạn khu trú (4-6 chu kỳ)

Phác đồ EP:		
Etoposide	100- 120 mg/m ²	60 - 80 mg/ m ²
Cisplatine		TTM(60 phút) TTM (60 phút)
Hay		
Etoposide	100 mg/m ²	AUC =5 hay 6
Carboplatine		TTM(60 phút) TTM (30-60 phút)

Hay trong khi hóa trị kết hợp xạ trị khuyến cáo dùng cisplatin/etoposide

Không khuyến cáo dùng thuốc kích túy trong hóa xạ đồng thời.

2. Giai đoạn lan tràn (4-6 chu kỳ)

Phác đồ EP:

Etoposide	80- 100 mg/m ²	TTM(60 phút)
Cisplatine	75mg/ m ²	TTM (60 phút)
Hay		
Etoposide	100mg/m ²	TTM(60 phút)
Cisplatine	25mg/ m ²	TTM (60 phút)
Hay		

Etoposide	100 mg/m ²	TTM(60 phút)
Carboplatine	AUC =5 hay 6	TTM (30-60 phút)
Phác đồ PI (irinotecan)		
Cisplatine	60mg/ m ²	TTM (60 phút)
Irinotecan	60mg/ m ²	TTM (60 phút)
Hay		
Cisplatine	30mg/ m ²	TTM (60 phút)
Irinotecan	65mg/ m ²	TTM (60 phút)
Hay		
Carboplatine AUC =5		TTM (30-60 phút)
Irinotecan 50mg/ m ²		TTM (60 phút)

Hóa trị tiếp theo:

- Tham khảo thử nghiệm lâm sàng.
- Tái phát < 2-3 tháng, KPS 60-100:

o Paclitaxel	o Irinotecan
o Docetaxel	o Ifosfamiid
o Topotecan	o Gemcitabine
- Tái phát từ 3 tháng tới 6 tháng:	
o Topotecan uống, TTM	o Gemcitabine
o Paclitaxel	o Vinorelbine
o Docetaxel	o Etoposide uống
o Irinotecan	o CAV

CAV:

Cyclophosphamide	1000 mg/m ²	TT
Doxorubicine	40 mg/m ²	TM
Vincristine	1mg/ m ² (tối đa 2mg)	TM

Chu kỳ 21 ngày . Thời gian điều trị : 4 - 6 chu kỳ.

Tái phát trên 6 tháng: điều trị ban đầu.

CHĂM SÓC HỒI TRỞ

- o Tư vấn cai thuốc lá.

o Không nên dùng thuốc kích thích tăng hồng cầu , bạch cầu trong khi xạ trị

o Hội chứng tăng tiết ADH không thích hợp.

❖ Hạn chế nước.

❖ Truyền muối cho các bệnh nhân có triệu chứng.

❖ Demeclocycline.

❖ Điều trị kháng bướu.

o Hội chứng Cushing

❖ Cần nhắc dùng ketoconazole

❖ Cố gắng điều trị trước khi bắt đầu điều trị kháng bướu.

o Điều trị giảm đau theo hướng dẫn bộ y tế

o Điều trị tâm lý.

C. BUỚU THẦN KINH NỘI TIẾT Ở PHỔI

1. Carcinom thần kinh nội tiết grade cao (tế bào lớn) điều trị như UTPKTBN.

2. Carcinom thần kinh nội tiết grade thấp (bướu carcinoid điển hình) và trung bình (bướu carcinoid không điển hình)

❖ CT ngực bụng, soi phế quản

❖ Soi trung thất nếu hạch trung thất phì đại thấy trên CT.

❖ Kiểm tra octreotide.

❖ PET CT.

Giai đoạn I- IIIA: phẫu thuật nạo hạch:

- Loại mô học grade thấp (điển hình) theo dõi sau phẫu thuật

- Loại mô học grade trung bình (không điển hình):

o Giai đoạn I: theo dõi.

o Giai đoạn II, III: hóa trị Cisplatin/etoposide ± xạ trị *Giai đoạn IIIB, IV, hay không thể phẫu thuật*

o Điều trị toàn thân.

o Cân nhắc octreotide nếu octreotide dương tính hay có triệu chứng của hội chứng carcinoid.

3. Giải phẫu bệnh kết hợp tế bào nhỏ và không tế bào nhỏ: điều trị như tế bào nhỏ

Bảng đánh giá chỉ số hoạt động cơ thể:

Theo Karnofsky	Chỉ số	Theo WHO, ECOG
Hoạt động bình thường không có triệu chứng, không dấu hiệu bệnh	100	Hoạt động bình thường không có triệu chứng
Có ít dấu hiệu hoặc triệu chứng bệnh, có thể hoạt động bình thường	90	Có triệu chứng, giảm sút ít hoạt động cơ thể, hoạt hàng ngày
Có dấu hiệu hoặc triệu chứng bệnh cản trở gắng sức, giảm sút hoạt động bình thường	80	
Không thể hoạt động bình thường hay chủ động, tự chăm sóc được cho mình	70	Không thể làm việc, tự mình đảm bảo phần lớn không thường xuyên. thời gian nằm nghỉ ban ngày
Cần trợ giúp không thường xuyên nhưng có thể tự thực hiện phần lớn các nhu cầu cá nhân.	60	
Cần trợ giúp săn sóc và y tế thường xuyên	50	Không tự chăm sóc được, cần trợ giúp thường
Không hoạt động được, cần trợ giúp chăm sóc đặc biệt	40	triển nhanh, thời gian nằm nghỉ ban ngày trên
Mất sức nặng, cần nằm viện và săn sóc đặc biệt	30	
Rất yếu, đòi hỏi nằm viện và săn sóc tăng cường đặc biệt.	20	Nằm tại chỗ, cần chăm sóc tăng cường đặc biệt
Hấp hối	10	
Tử vong	0	Tử vong

Tài liệu tham khảo:

1. Nguyễn Bá Đức, Hóa chất điều trị bệnh ung thư. Nhà xuất bản y học Hà nội 2000: trang 64-74.
2. Nguyễn Chấn Hùng, Ung bướu học nội khoa. Nhà xuất bản y học 2004; trang 224-233.
3. ASTA Medica Oncology, Selected Schedules of Therapy for Malignant Tumours, 9th Update 1999, p 8-12.
4. Klaus Herdrich, Heinz Weinberger, (2010) “Lung cancer”, Selected Schedules in the Therapy for Malignant Tumours, 9th Update 1999, p 8-12.
5. Kuhr T., Thaler J., (2007), “Chemotherapy protocols”, Caritas Chists Urget Nos, pp 56-70.

6. PreiB J. , Dornoff W., Hagmann FG., Schmieder A., Cancer therapy- Pocket Guide-Unabridged English Version
7. NCCN (2012), “Non-Small cell lung cancer”, Clinical practice guideline in oncology, v2.
8. NCCN (2012), “Small cell lung cancer”, Clinical practice guideline in oncology, v2
9. NCCN (2011), “Non-Small cell lung cancer”, Clinical practice guideline in oncology, v3
10. NCCN (2011), “ Small cell lung cancer”, Clinical practice guideline in oncology, v3
11. Sabin L.H, Gospodarowicz, Witekind Ch. (2009)- International Union Against Cancer, “Pleural Mesothelioma and other Tumours, 7th , Wiley-blakwell, pp 138-146

231/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN

I. Định nghĩa: Viêm phổi bệnh viện là nguyên nhân hàng đầu và chiếm tỷ lệ tử vong cao trong nhiễm trùng bệnh viện

Tỷ lệ tử vong có liên quan đến nguy cơ mắc phải vi khuẩn kháng thuốc:

Các khái niệm

1. Viêm phổi mắc phải bệnh viện (HAP: Hospital Acquired Pneumonia): Viêm phổi xảy ra sau 48h nhập viện .

2. Viêm phổi có liên quan đến thở máy (VAP Ventilator Associated Pneumonia): Xảy ra sau khi đặt nội khí quản

3. Viêm phổi liên quan đến săn sóc y tế (HCAP Health Care Associated Pneumonia):

• Đã có nhập viện trước đó ít nhất 2 ngày (trong vòng 90 ngày).

• Lưu trú tại các đơn vị săn sóc y tế dài ngày.

• Có tiền sử đã tiêm truyền kháng sinh bằng đường tĩnh mạch, hóa trị ung thư, săn sóc vết thương hở trong vòng

Các yếu tố nguy cơ mắc phải vi khuẩn kháng thuốc :

• Điều trị kháng sinh trước đó trong vòng 90 ngày.

- Ngày nhập viện thứ 5 trở đi.
- Tần suất của đê kháng kháng sinh trong cộng đồng hay tại đơn vị điều trị trong bệnh viện.
- Hiện diện yếu tố nguy cơ của viêm phổi tại nơi săn sóc y tế (HCAP): nhập viện trước đó từ 2 ngày đến 90 ngày biệt, có truyền dịch tại nhà bao gồm cả kháng sinh, chạy thận nhân tạo trong vòng 30 ngày, săn sóc vết thương t kháng kháng sinh .
- Suy giảm miễn dịch măc phải hay do điều trị .

II. Nguyên nhân :

Đa số là vi khuẩn, hiếm khi là siêu vi hay nấm xảy ra trên người bệnh không có suy giảm miễn dịch.

Vi khuẩn thường gặp là vi khuẩn gram âm hiếu khí: P.aeruginosa, Klebsella pneumonia , Escherichia Coli, H. I gram dương thường là S. pneumoniae, Staphylococcus aureus, đặc biệt S.aureus kháng Methicilline ngày càng có tiêu đường, chấn thương sọ não, bệnh nhân nằm trong trong ICU.

Bệnh nhân có thể nhiễm nhiều loại vi khuẩn, nhất là bệnh nhân bị ADRS .

III. Chẩn đoán :

1. Lâm sàng :

- Sốt

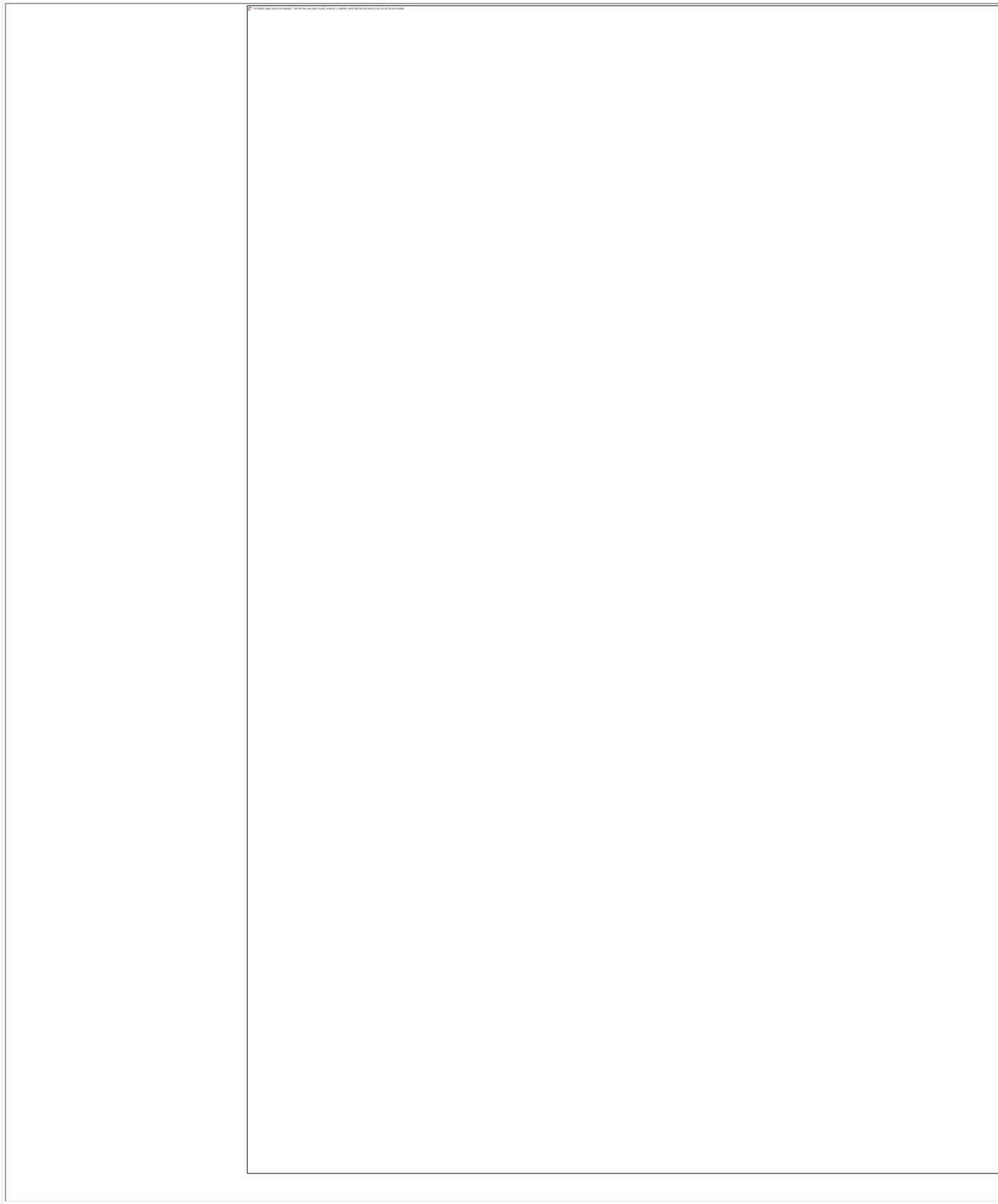
- Ho khạc đàm nhầy mủ hay chất tiết phế quản là mủ.

2. Cận lâm sàng :

- X quang phổi : Tồn thương thâm nhiễm mới hay tồn thương cũ lan rộng ra và tồn tại kéo dài, xuất hiện tràn dịch
- Bạch cầu máu tăng cao ($> 10.000/\text{mm}^3$) hay giảm ($< 4000/\text{mm}^3$).
- Phân lập được vi khuẩn từ các bệnh phẩm: đàm, dịch phế quản, dịch rửa phế quản phế nang, dịch màng phổi, màng
- Thay đổi huyết động: tụt huyết áp,
- PaO₂ giảm

IV. ĐIỀU TRỊ:

CHIẾN LƯỢC ĐIỀU TRỊ



Bảng 1 : Điều trị ban đầu theo kinh nghiệm VPBV ở những bệnh nhân không có yếu tố nguy cơ nhiễm vi khuẩn

Vi trùng có khả năng gây bệnh	Kháng sinh đề nghị
<p><i>Streptococcus Pneumoniae</i></p> <p><i>Hemophilus Influenzae</i></p> <p><i>Staphylococcus</i> nhạy cảm với <i>Methicillin</i>.</p> <p>Vi trùng đường ruột gram(-) không đề kháng kháng sinh : <i>E.Coli</i>, <i>Klebsella Pneumoniae</i>.</p> <p><i>Enterobacter spec.</i></p> <p><i>Proteus spec.</i></p> <p><i>Serratia marcescens</i></p>	<p>Cephalosporin thế hệ 3(Ceftriazone) Hay β-lactam /β-lactamase Ampicilin/S Hay Ertapenem</p>

Bảng 2 : Điều trị ban đầu theo kinh nghiệm VPBV ở những bệnh nhân có yếu tố nguy cơ nhiễm vi khuẩn kháng

Vi trùng có khả năng gây bệnh	Phối hợp thuốc
<p>Vi trùng được nêu ở bảng 1 và các vi trùng kháng đa thuốc</p> <p><i>Pseudomonas aeruginosa</i></p> <p><i>Klebsiella pneumoniae(ESBL+)</i></p> <p><i>Acinetobacter spp</i></p> <p><i>Staphylococcus</i> kháng <i>Methicillin</i></p> <p><i>Legionella Pneumophila</i></p>	<p>Cephalosporin chống <i>Pseudomonas</i> (Cefepim, ceftazidime) Hay Carbapenem chống <i>Pseudomonas</i> Hay β-lactam/β-lactamase inhibitor (piperacilline/tazobactam) Kết hợp với Fluoroquinolone chống <i>Pseudomonas</i> (Levofloxacin) Hay Aminoglycoside (Amikacin, Gentamicin, hay Tobramycin) Kết hợp với Linezolid hay Vancomycin I</p>

Thời gian điều trị trung bình 2 tuần

Tài liệu tham khảo :

- American Thoracic Society Documents

Guidelines for the Management of Adults with Hospital-acquired, Ventilator-associated, and Healthcare-associated Pneumonia

- Fishman's Pulmonary Diseases and disorders 2008

- Antoni Torres; Santiago Ewig; Harmut Lode; Jean Carlet For The European HAP working group: Defining, treatment and prevention of hospital-acquired pneumonia: European perspective. Published online: 7 November 2008. Springer-Verlag 2008 .

232/ PHẢN ÚNG DA DO THUỐC LAO

PHẢN ÚNG DA DO THUỐC LAO

(Cutaneous Reaction to antituberculous drugs)

I. Mở đầu:

Phản ứng da do thuốc lao là một tác dụng phụ nặng thường gặp trong điều trị lao. Tỷ lệ vào khoảng 6% bao gồm hồng ban đa dạng, mề đai, viêm da tróc vẩy, lichenoid, hoại tử biểu bì độc tính, hội chứng Stevens Johnson. Bệnh lao.

Tùy vào nghiên cứu, các thuốc lao hàng 1 đều có khả năng gây ra phản ứng da do thuốc lao theo thứ tự sau Z>S>E>R>H. Ở Ấn Độ, thứ tự các thuốc lao gây phản ứng da là: H>E>R>Z>S. Nghiên cứu 15 ca phản ứng da nghiên cứu với số lượng lớn hơn để xác định tần suất các thuốc lao hàng 1 gây phản ứng da.

Các yếu tố nguy cơ bao gồm: bệnh nhiễm trùng kèm theo (nhiễm HIV, viêm gan B, C), dùng nhiều loại thuốc chẹn thận gan tiêm ẩn, suy cơ quan.

II. Chẩn đoán:

1. Bệnh nhân được chẩn đoán lao và được điều trị các thuốc lao hàng một như: S,R,H,Z,E và sau đó xuất hiện phản ứng da.
2. Loại trừ các bệnh lý da khác: ban xuất huyết, nhiễm nấm, viêm da tiếp xúc, ghẻ, các nguyên nhân khác của mẩn sởi, rubella, giang mai.
3. Khi ngừng các thuốc lao, phản ứng da giảm.
4. Dùng lại thuốc lao, phản ứng da xảy ra. Kết luận thuốc gây phản ứng da.

III. Lâm sàng và cận lâm sàng:

1. Mô tả phản ứng da: hồng ban, tróc vẩy, mụn nước, lichenoid, mụn trứng cá, hoại tử biểu bì. Xem có tồn thương da.-Đánh giá mức độ tổn thương da : nhẹ<10%, vừa 10-30%, nặng > 30%.
2. Các triệu chứng khác kèm theo: sốt, ngứa, đau.-Đánh giá mức độ: nhẹ: ngứa, đỏ da thoáng qua; vừa: đỏ da kéo dài có sốt hay không; nặng: đỏ da, sốt kèm theo tiêu chảy, viêm gan, viêm thận, hội chứng Steven-Johnson.

3. Các xét nghiệm cần làm: CTM, chức năng gan, chức năng thận, test dị ứng thuốc lao, Elisa HIV.

IV. Xử trí:

A. Phản ứng da nhẹ: tiếp tục thuốc lao, cho kháng histamine.

B. Phản ứng da vừa-> nặng:

1. Ngưng thuốc lao.

2. Điều trị triệu chứng: chống ngứa, hạ sốt, giảm đau, kháng sinh nếu có nhiễm trùng, steroids tại chỗ hay toàn т

3. Cho đến khi phản ứng da giảm hay mất hoàn toàn.

3.1. Thủ thuốc (challenge): mục đích xác định thuốc gây ra phản ứng da, thử từng loại thuốc lao với liều tăng dần phản ứng da, bệnh lao nặng hay nhẹ theo các phác đồ dưới đây. Nếu xuất hiện phản ứng da -> kết luận thuốc gâ

Thuốc	Ngày 1	Ngày 2
H	50 mg	300 mg
R	75 mg	300 mg
Z	250 mg	1000 mg
E	100 mg	400 mg
S	125 mg	500 mg

Theo WHO

3.2. Giải mẫn cảm (Desensitization):

- . Giải mẫn cảm nhằm tạo ra dung nạp thuốc. Cần thận trong trường hợp phản ứng da nặng, cân nhắc giữa lợi và hại.
- . Giải mẫn cảm bằng đường uống an toàn, đơn giản, dễ thực hiện, hiệu quả thành công cao (80%).
- . Có nhiều protocol khác nhau, nguyên tắc chung liều đầu tiên bằng 1/10 liều đầu tiên trong thử thuốc, tăng liều liều khuyến cáo đạt được, cho liều khuyến cáo 3 ngày sau đó chuyển sang liều một lần mỗi ngày.
- . Có 3 cách: cổ điển (conventional approach), giải mẫn cảm uống nhanh (rapid oral desensitization), giải mẫn c
- . Giới thiệu một vài cách giải mẫn cảm dưới đây:

Ngày/ thuốc	H(mg)
1	25
2	25

3	25
4	50
5	50
6	50
7	100
8	100
9	100
10	200
11	200
12	200
13	300
14	300
15	300
16	400

Giải mãn cảm H và R ⁽⁴⁾

Thời gian Giờ:phút	R mg	E mg
0	0.1	0.1
00:45	0.5	0.5
01:30	1.0	1.0
02:15	2.0	2.0
03:00	4.0	4.0
03:45	8.0	8.0
04:30	16.0	16.
05:15	32.0	32.
06:00	50.0	50.
06:45	100	100
07:30	150	200
11:00	300	400
Ngày tiếp 06:30 sáng	300 2 lần mỗi ngày	400

Giải mãn cảm R và E ⁽²⁾

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Holland CL et al. Rapid oral desensitization to isoniazid and rifampin. Chest 1990;98:1518-1519.
2. Matz J, et al. Oral desensitization to rifampin and ethambutol in mycobacterial disease. Am J Respir Crit Care Med 1999;159:103-107.
3. W C Tan, MD*, C K Ong, MD**, S C Lo Kang, MRCP*, M Abdul Razak, FCCP. Two Years Review of Cutaneous Adverse Reactions to Anti-Tuberculous Drugs. Department of Dermatology, Penang Hospital, Respiratory Unit, Penang Hospital, Penang, Malaysia. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2007;73:27-31.
4. Yoshihiro Kobashi, Takahiro Abe , Eriko Shigeto, Shuichi Yano, Toshihiko Kuraoka and Mikio Oka. Desensitization to Isoniazid and Rifampicin in Patients with Tuberculosis. Inter Med 49: 2297-2301, 2010.
5. Phan Vương Khắc Thái và cs. Nhận 15 trường hợp phản ứng da do thuốc lao tại bệnh viện Phạm Ngọc Thạch, trang 10-12.
6. Phan Vương Khắc Thái và cs. Nhận 1 trường hợp giải mẫn cảm Rifampicin và Isoniazid thành công ở bệnh nhân, năm 2005, trang 274-275.
7. Kwok-Chiu Chang. Management of cutaneous and other common adverse reactions. The 3rd Asian Pacific Regional Conference Against tuberculosis and Lung Disease, 8-11 July 2011.

233/ QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN BỆNH NHÂN HÔN MÊ

QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN BỆNH NHÂN HÔN MÊ

NGUYÊN NHÂN:

1. Các rối loạn chuyển hóa:

- Tăng/Hạ natri máu

- Tăng canxi máu
- Tăng/Hạ đường huyết
- Cường /Nhược giáp
- Bệnh não do tăng huyết áp
- Thiếu O₂/Tăng CO₂ máu
- Thiếu máu não do hạ huyết áp

2. Nhiễm khuẩn:

- Viêm màng não/Viêm não
- Nhiễm trùng huyết
- Nhiễm khuẩn toàn thân lan tỏa đến hệ TKTW

3. Ngộ độc thuốc/Độc tố:

- Các ngộ độc thuốc: thuốc ngủ...
- Hội chứng cai
- Hít độc tố

4. Khiếm khuyết do dinh dưỡng: Thiếu Thiamine

5. Chấn thương đầu

6. Tổn thương cấu trúc não:

- TBMMN
- Não úng thủy
- U não

7. Suy tạng hệ thống:

- Suy tim
- Suy thận

8. Tâm lý

234/ QUY TRÌNH KỸ THUẬT NHIỆT ĐÔNG CAO TẦN QUA SOI PHÉ QUẢN

QUY TRÌNH KỸ THUẬT NHIỆT ĐÔNG CAO TẦN QUA SOI PHÉ QUẢN

CHỈ ĐỊNH

- U ác tính, nguyên phát hoặc do di căn.
- U lành tính, bao gồm cả mô hạt (granuloma).

Các tổn thương này nằm ở khí quản hoặc các nhánh phế quản lớn, gây tắc nghẽn, hoặc dễ xuất huyết, và khong

- Carcinoma in situ (trường hợp này chỉ cần làm nhiệt đông qua ống soi mềm).

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có nhiều bệnh phổi hợp đe dọa tính mạng, hoặc tiên lượng vẫn xấu dù có can thiệp.
- Tổn thương giả u do chèn ép từ ngoài.
- Bệnh nhân đang mang máy tạo nhịp tim.
- Các rối loạn khiến không thể gây mê.

NGUYÊN TẮC

Ứng dụng hiệu ứng sinh nhiệt của dòng điện để phá hủy mô. Để tránh kích thích thần kinh và cơ, dòng điện được số tối thiểu 300 K Hz.

Ở nhiệt độ 70^0C , tế bào bị đông (coagulation), 100^0C tế bào bị hủy, 200^0C tế bào bị cháy thành than.

PHƯƠNG TIỆN

- Ống soi cứng, hệ thống chiếu sáng kèm camera và màn hình.
- Máy phát dòng điện cao tần, chế độ đơn cực.

- Que đốt cứng, que đốt mềm, thòng lọng đốt điện.

- Máy gây mê.

KỸ THUẬT

- Bệnh nhân được gây mê tĩnh mạch, tự thở với trợ giúp của bóp bóng oxy.

- Quấn tám điện cực nối đất vào cánh tay cùng bên với tổn thương.

- Cài đặt máy đốt ở chế độ soft coagulation, công suất 40-60 W.

- Đưa ống soi cứng vào đường thở, đến gần vị trí tổn thương.

- Luồn que đốt điện vào ống soi. Cho que đốt tiếp xúc với khối u rồi đạp bàn đạp của máy đốt cho đến khi thấy...

- Dời que đến vị trí khác trên khối u rồi đốt tiếp, cứ thế khắp bề mặt khối u. Thỉnh thoảng phải lấy que đốt ra chà sạch đàm nhót hoặc máu để đốt có hiệu quả.

- Gắp phần u đã hoại tử ra ngoài.

- Hoặc luồn ống soi mềm qua ống soi cứng rồi cắt đốt u bằng que đốt mềm hoặc bằng thòng lọng đốt điện nếu u...

BIÊN CHỨNG

- Xuất huyết.

- Thủng khí phế quản.

- Chít hẹp đường thở thứ phát do xơ hóa sau đốt (thường xảy ra khi đốt giáp vòng trong lòng khí phế quản).

- Viêm phổi.

- Nhồi máu cơ tim.

- Đột quy.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ÁP LẠNH LIỆU PHÁP QUA SOI PHẾ QUẢN

CHỈ ĐỊNH

- Kép phế quản không thể phẫu thuật, nguyên phát hoặc thứ phát, tổn thương gây bít tắc khí phế quản hoặc ho ra máu.
- Một số u lành : papilloma, leiomyoma, mô hạt..
- Carcinoma in situ.
- Lấy dị vật, cục máu đông, nút nhầy phế quản.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Suy hô hấp.
- Rối loạn đông máu.
- Tổn thương gây chít hẹp > 50% lòng khí quản. NGUYÊN TẮC

Chất được dùng để tạo nhiệt độ lạnh là N₂O (nitrous oxide). Được nén ở dạng lỏng, khi bốc hơi N₂O sẽ tạo nhiệt độ lạnh (-78°C) (Thompson). Với nhiệt độ lạnh này, các tế bào sẽ bị chết do hình thành các tinh thể nước đán nội-ngoại bào kèm hiện tượng di chuyển trong nhiều ngày.

Các mô nhạy với áp lạnh: da, màng nhày (mucous membrane), nội mạc (endothelium), mô hạt.

Các mô kháng với áp lạnh: mỡ, sụn, mô liên kết, mô xơ.

PHƯƠNG TIỆN

- Hệ thống nội soi phế quản ống mềm với ống soi có khe thủ thuật đường kính 2,8mm.
- Hệ thống nén và xả khí N₂O kèm bình chứa N₂O.
- Que áp lạnh mềm.

KỸ THUẬT

- Đưa ống soi mềm vào đường thở, đến gần vị trí tổn thương.
- Luồn que áp lạnh vào ống soi đến khi đầu que thò ra khỏi ống soi ít nhất 2cm (để nhiệt độ lạnh ở đầu que không ảnh hưởng đến đường thở).

- Que áp lạnh có thể được chọc thẳng góc vào tổn thương hoặc áp trên bề mặt tổn thương. Đập bàn đạp của máy thông làm lạnh. Ngưng đập để rã đông que áp lạnh. Lặp lại các chu kỳ làm đông-rã đông 2-3 lần cho mỗi vị trí.
- Chọn một vị trí khác trên tổn thương, áp lạnh tiếp 2-3 chu kỳ. Khoảng cách giữa các vị trí áp lạnh đủ gần để cả toàn bộ bề mặt tổn thương được áp lạnh.
- Sau 7-10 ngày soi phế quản lại để gấp các mô đã hoại tử ra ngoài và áp lạnh tiếp tổn thương nếu cần.
- Đối với các tổn thương ở khí quản, nên dùng corticosteroid trong vòng 24 giờ sau khi thực hiện kỹ thuật áp lạnh.

Việc chuẩn bị bệnh nhân, kỹ thuật nội soi, theo dõi trong khi soi không khác gì với quy trình nội soi phế quản ở

BIẾN CHỨNG

Rất ít gặp, có thể có:

- Rung nhĩ hoặc nhịp tim chậm.
- Co thắt phế quản.
- Sốt.
- Xuất huyết.

236/ QUY TRÌNH SINH THIẾT PHỔI XUYÊN THÀNH NGỰC

QUY TRÌNH SINH THIẾT PHỔI XUYÊN THÀNH NGỰC

GIỚI THIỆU:

- Sinh thiết phổi xuyên thành ngực dưới sự trợ giúp của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh được được BS X-quang.
- Kết quả chẩn đoán chính xác lên đến 81.5% [2].
- Đây là một thủ thuật xâm lấn tối thiểu ít có tai biến [3].

CHỈ ĐỊNH [1]:

- U phổi hoặc nốt phổi đơn độc mới phát hiện hoặc lớn lên trong quá trình theo dõi trên x-quang quy ước mà ch
 - U phổi hoặc nốt phổi đơn độc trên CT phổi cho thấy ít có thể tiếp cận tổn thương qua soi phế quản.
 - Nhiều nốt ở phổi mà chưa có chẩn đoán.
 - Tổn thương dạng đông đặc kéo dài mà chưa có chẩn đoán sau khi cấy đàm, máu, xét nghiệm huyết thanh học l
 - U vùng rốn phổi
 - U trung thất[4, 5].
1. Hội chẩn: trước khi tiến hành làm
 - Hội chẩn liên khoa hoặc hội chẩn bệnh viện
 2. Chuẩn bị bệnh nhân:
 - Khoa lâm sàng sẽ tư vấn cho bệnh nhân trước khi làm thủ thuật.
 - Bệnh nhân cần ký giấy chấp thuận cho làm thủ thuật.
 - Các xét nghiệm cần thiết: Công thức máu, Đóng máu toàn bộ, ECG, siêu âm tim và đo chức năng hô hấp.
 - Các thuốc chống đông máu cần ngưng trước khi làm thủ thuật 5 ngày và chống kết dính tiểu cầu phải ngưng tr
 - Ăn nhẹ vào buổi sáng trước khi làm và uống các loại thuốc đã được chỉ định bình thường.
 3. Chóng chỉ định tương đối [1]:
 - Tiêu cầu < 100.000/ml
 - FEV1< 35%
 - Có rối loạn đông máu
 4. Kỹ thuật thực hiện:
 - Bệnh nhân được cho nằm ngửa, nằm sấp hoặc nằm nghiêng tùy theo vị trí tổn thương.
 - Định vị tổn thương bằng máy CT scanner hoặc siêu âm.
 - Gây tê bằng Lidocain từ 2 - 10 ống.
 - Sinh thiết bằng kim 02 nòng từ 4-10 lumen.

5. Theo dõi sau thủ thuật[1]:

- Bệnh nhân được chuyển về khoa lâm sàng sau khi làm thủ thuật bằng băng ca hoặc xe đẩy.
- Chụp phim X-quang tại giường sau 01 và 24 giờ để theo dõi biến chứng tràn khí màng phổi hoặc chảy máu trong.
- Đối với bệnh nhân ngoại trú nên được lưu lại theo dõi ít nhất 4 giờ.

6. Tai biến do thủ thuật

- Tỷ lệ tử vong 0,15%
- Tràn khí màng phổi 0-61%
- Xuất huyết trong nhu mô phổi từ 5-16,9%
- Ho ra máu khoảng 5%
- Tràn máu màng phổi khoảng 1,5%

237/ QUY TRÌNH SINH THIẾT PHỔI XUYÊN THÀNH NGỰC

QUY TRÌNH SINH THIẾT PHỔI XUYÊN THÀNH NGỰC

1. GIỚI THIỆU:

- Sinh thiết phổi xuyên thành ngực dưới sự trợ giúp của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh được được BS X-quang.
- Kết quả chẩn đoán chính xác lên đến 81.5% [2].
- Đây là một thủ thuật xâm lấn tối thiểu ít có tai biến [3].

2. CHỈ ĐỊNH[1]:

- U phổi hoặc nốt phổi đơn độc mới phát hiện hoặc lớn lên trong quá trình theo dõi trên X-quang quy ước mà chưa chẩn đoán.
- U phổi hoặc nốt phổi đơn độc trên CT phổi cho thấy ít có thể tiếp cận tổn thương qua soi phế quản.
- Nhiều nốt ở phổi mà chưa có chẩn đoán.

- Tổn thương dạng đông đặc kéo dài mà chưa có chẩn đoán sau khi cấy đàm, máu, xét nghiệm huyết thanh học lâm sàng
- U vùng rốn phổi
- U trung thất[4, 5].

3. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN:

- Khoa lâm sàng sẽ tư vấn cho bệnh nhân trước khi làm thủ thuật.
- Bệnh nhân cần ký giấy chấp thuận cho làm thủ thuật.
- Các xét nghiệm cần thiết: Công thức máu, Đong máu toàn bộ, ECG, siêu âm tim và đo chức năng hô hấp.
- Ngưng các thuốc chống đông như Heparin trước 1 ngày, Warfarin trước 5 ngày và thuốc chống kết dính tiểu cầu.
- Ăn nhẹ vào buổi sáng trước khi làm và uống các loại thuốc đã được chỉ định bình thường [7].

4. CHỐNG CHỈ ĐỊNH TƯƠNG ĐỐI [1]:

- Tiêu cầu < 100.000/ml
- FEV1< 35%
- Có rối loạn đông máu

5. KỸ THUẬT THỰC HIỆN:

Sinh thiết dưới hướng dẫn của CT scan:

- Bệnh nhân được cho nằm ngửa, nằm sấp hoặc nằm nghiêng tùy theo vị trí tổn thương.
- Chụp hình tổng thể của lòng ngực, định vị tổn thương. Ké đèn, định vị điểm sinh thiết: dùng 01 lốc kim (5 cây) thương. Điểm sinh thiết là điểm giao nhau giữa cây kim nằm theo chiều dọc có vị trí tốt nhất với đường ngang tủy bệnh nhân đến tổn thương.
- Sát trùng da bằng Betadine. Ké đèn, gây tê bằng Lidocain từ 2 - 10 ống. Sau đó dùng dao phẫu thuật rạch một đường 0.4mm ngay điểm sinh thiết. Sau đó đưa kim vào qua điểm sinh thiết với độ sâu đã xác định trước (khoảng cách 1/3).
- Sinh thiết bằng kim cắt nhỏ (core needle) từ 02 - 10 lần.
- Sau sinh thiết: sát trùng da bằng Betadine và dung băng keo cá nhân băng lại.

Sinh thiết dưới hướng dẫn của siêu âm: chỉ thực hiện được đối với các ca sát thành ngực:

- Bệnh nhân được cho nằm ngửa, nằm sấp hoặc nằm nghiêng tùy theo vị trí tổn thương.
- Định vị tổn thương bằng máy siêu âm: đầu tiên làm siêu âm đánh giá tổn thương xác định là u đặc hay đombo thương. Xác định điểm sinh thiết: là điểm tiếp xúc của đầu dò với điểm chính giữa của tổn thương.
- Sát trùng da bằng Betradine. Ké đèn, gây tê điểm sinh thiết bằng Lidocain từ 2 - 10 ống. Sau đó dùng dao phẫungay điểm sinh thiết. Sau đó, đưa kim sinh thiết vào. Chú ý: Khi đưa kim vào, khi bấm sinh thiết hoặc khi rút kim tràn khí.
- Sinh thiết bằng kim cắt nhỏ (core needle) từ 02 - 10 lần.
- Sau sinh thiết: sát trùng da bằng Betadine và dung băng keo cá nhân băng lại.

6. THEO DÕI SAU THỦ THUẬT[1]:

- Bệnh nhân được chuyển về khoa lâm sang sau khi làm thủ thuật bằng băng ca hoặc xe đẩy.
- Chụp phim X-quang tại giường sau 01 và 24 giờ để theo dõi biến chứng tràn khí màng phổi hoặc chảy máu trong.
- Đối với bệnh nhân ngoại trú nên được lưu lại theo dõi ít nhất 4 giờ.

7. TAI BIẾN DO THỦ THUẬT[1]:

- Tỷ lệ tử vong 0,15%
- Tràn khí màng phổi 0-61%
- Xuất huyết trong nhu mô phổi từ 5-16,9%
- Ho ra máu khoảng 5%
- Tràn máu màng phổi khoảng 1,5%

238/ QUY TRÌNH ĐO CHỨC NĂNG HÔ HẤP

QUY TRÌNH ĐO CHỨC NĂNG HÔ

CHỈ ĐỊNH

❖ Chẩn đoán

- . Đánh giá các hội chứng, dấu hiệu bất thường
- . Đánh giá ảnh hưởng của các bệnh lâm sàng hô hấp
- . Tiên lượng tiền và hậu phẫu
- . Tiên lượng về tình trạng sức khoẻ trước khi bắt đầu một chương trình gắng sức.

❖ Theo dõi

- . Đánh giá hiệu quả các liệu pháp can thiệp
- . Chỉ rõ các tác động của bệnh ảnh hưởng lên chức năng phổi
- . Theo dõi các tác nhân tổn thương
- . Theo tác dụng phụ của thuốc

❖ Đánh giá sự mất hay phục hồi chức năng phổi

- . Đánh giá các bệnh nhân trong chương trình phục hồi chức năng phổi.
- . Đánh giá bệnh nhân trong bảo hiểm
- . Pháp y

❖ Sức khỏe cộng đồng

- . Dịch tễ học
- . Tìm Giá trị tham khảo
- . Nghiên cứu lâm sàng

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

* BN không hợp tác (VD: Không thể hiểu quy trình thực hiện)

* Nhồi máu cơ tim mới (<1 tháng)

- * Tràn khí màng phổi mới
- * Mới chọc dò hay sinh thiết màng phổi
- * Cơn hen PQ cấp nặng
- * Đau ngực và/ hoặc đau bụng
- * Đau hàm mặt
- * Lao M (+) (Nguy cơ lây nhiễm), Ho ra máu
- * Stress

QUY TRÌNH THỰC HIỆN TDCNHH:

Chuẩn bị:

- Kiểm tra định chuẩn: Hô hấp kế phải được định chuẩn mỗi ngày bằng syringue chuẩn 3 Lít.
- Chuẩn bị mọi thứ, giải thích cho bệnh nhân: TDCNHH là một nghiệm pháp gắng sức đòi hỏi việc giải thích cho BN là yếu tố then chốt.
 - Những hoạt động nên tránh trước khi đo chức năng phổi.
 - Không hút thuốc trong vòng 1 giờ trước khi đo
 - Không uống rượu trong vòng 4 giờ trước khi đo
 - Không hoạt động gắng sức trong vòng 30 phút trước khi đo
 - Không mặc quần áo quá chật làm hạn chế ngực và bụng khi đo
 - Không ăn quá no trong vòng 2 giờ trước khi đo
 - Không sử dụng các thuốc dẫn phế quản trước khi đo (4 giờ đối với SABA, 8 giờ đối với LABA)
 - Vị trí: BN có thể đứng hay ngồi:
 - Tư thế đứng: áp dụng cho hầu hết các trường hợp;
 - Tư thế ngồi: áp dụng khi BN chóng mặt và có thể té ngã khi gắng sức thở ra.

- Trước khi đo, những dữ liệu sau phải được khai thác và nhập vào máy để tính giá trị tham chiếu của BN (PEF, tốc, cân nặng, tiền căn, các thuốc đang được điều trị, rối loạn hô hấp, tình trạng hút thuốc lá. Với những bệnh nhân bằng đo chiều dài cánh tay sau đó tính ra chiều cao theo phương trình hồi qui: $Ht = \text{Chiều dài cánh tay} / 1.06$.

- Rửa tay

- Hướng dẫn bệnh nhân

- Có thể biểu diễn cho BN thấy cách thở.

- Thực hiện trên bệnh nhân **FVC test (Force vital capacity)**

❖ Định nghĩa

FVC (Force vital capacity) là thể tích hít vào thở ra tối đa một cách gắng sức.

FEV₁ (Force expiratory volumes in the first second) là thể tích thở ra gắng sức trong giây đầu tiên.

PEF (Peak expiratory flow) Lưu lượng đỉnh lúc thở ra.

❖ Thao tác đo FVC

Có 3 pha trong khi đo FVC

1. Hít vào hết mức, ngưng < 1 giây (1-2 giây)

2. “Thổi” ra hết mức

3. Tiếp tục thổi ra cho đến khi không thể thổi được nữa (6 giây ở người lớn, 3 giây ở trẻ con)

- Thực hiện lại ít nhất 3 lần

❖ Đánh giá trong quá trình thao tác

- Tiêu chuẩn của bắt đầu test: EV (extrapolation volume) < 5% FVC hay < 0,15 lít

- Tiêu chuẩn kết thúc test

. Thời gian thổi ra phải đủ dài tối thiểu là 6 giây và đến 15 giây nếu có tắc nghẽn đường dẫn khí.

. Giãn đồ Thể tích-Thời gian có thể tích thay đổi $< 0,025$ lít trong 1 giây

- Một số tình trạng ảnh hưởng đến kết quả đo

. Ho

. Ngưng thổi đột ngột . Hở miệng hay tắc nghẽn ở ống ngậm

❖ Đánh giá so sánh kết quả giữa các lần đo Sau khi thực hiện 3 lần đo chúng ta sẽ chọn:

. 2 kết quả lớn nhất của FVC chênh lệch không quá 0,15 lít hay 5%

. 2 kết quả lớn nhất của FEV1 chênh lệch không quá 0,15 lít hay 5%

Nếu đạt được cả 2 tiêu chuẩn trên, kết thúc test

Nếu không, làm lại cho đến khi đạt 2 tiêu chuẩn trên nhưng chỉ thực hiện test tối đa 8 lần **hay** đến khi bệnh nhân sau 8 lần đo, ngưng và chọn 3 giãn đồ tốt nhất, chấp nhận được.

Test giãn phế quản:

❖ Phương pháp

- Sau khi có 3 lần đo đạt chuẩn

- Liều dùng albuterol/salbutamol với tổng liều là 400mcg, có thể dùng ipratropium bromide với tổng liều là 160

- Thời gian chờ 10 - 20 phút **VC test (Vital capacity):**

❖ Định nghĩa:

VC (vital capacity) là thể tích thay đổi khi hít tối đa và thở ra hết mức, đơn vị lít.

❖ Thao tác

- Hướng dẫn bệnh nhân cách thở

- Bệnh nhân phải được hít vào hết mức rồi thở ra hết mức cho đến khi đạt tiêu chuẩn thở ra một cách từ từ, nhẹ nhàng

- Quá trình hít vào và thở ra từ 5-6 giây.

❖ Đánh giá trong quá trình thao tác

- Không được hít vào quá chậm

- Giãn đồ Thể tích-Thời gian có thể tích thay đổi $<0,025$ lít trong 1 giây

- Một số tình trạng ảnh hưởng đến kết quả đo

. Ho

. Ngưng thổi đột ngột . Hở miệng hay tắc nghẽn ở óng ngậm

❖ Đánh giá so sánh kết quả giữa các lần đo

- Chênh lệch 2 kết quả $< 5\%$ hay 0,15 L.

- Số lần thực hiện không quá 4 lần

- Thời gian nghỉ giữa 2 lần thực hiện > 1 phút

❖ Chọn kết quả: chọn kết quả có VC lớn nhất **MVV test (Maximal voluntary ventilation):**

❖ Định nghĩa: MVV là thể tích tối đa có thể thở trong 1 khoảng thời gian (12 -15 giây)

❖ Thao tác

- Giải thích cho bệnh nhân
 - Hướng dẫn bệnh nhân thực hiện test
 - Cho bệnh nhân thở bình thường ít nhất 3 phút, sau đó bệnh nhân hít vào và thở ra nhanh, mạnh hết mức có thể
 - Tần số thở từ 90 -110 lần/phút
- ❖ Đánh giá trong quá trình thực hiện
- Tiêu chuẩn vàng để chấp nhận kết quả là xấp xỉ khoảng 50% VC
 - Tần số thở khoảng 90 lần/phút, không nhận kết quả nếu tần số nhỏ hơn 65 lần/phút
- ❖ Đánh giá so sánh kết quả giữa các lần đo
- Thực hiện ít nhất 2 lần.
 - Kết quả 2 lần khác biệt không quá 20%
- ❖ Chọn kết quả: chọn kết quả có MVV lớn nhất, nên in thêm tần số thở trong báo cáo.

239/ SỬ DỤNG THUỐC AN THẦN -GIẢM ĐAU BLOC THẦN KINH CƠ Ở BỆNH NHÂN THỔ MÁY

SỬ DỤNG THUỐC AN THẦN -GIẢM ĐAU BLOC THẦN KINH CƠ Ở BỆNH NHÂN THỔ MÁY

Hầu hết BN được hỗ trợ thông khí cấp cứu đều cần dùng thuốc an thần, giảm đau. Thở máy gây BN tình trạng sốc nhất để BN dễ thích ứng với máy thở hơn gồm: thuốc an thần, giảm đau, thuốc bloc TK- cơ.

TÊN THUỐC	Lorazepam	Midazolam	
Thời gian tác dụng	5-20 phút	2-5 phút	3-20 phút
Liều ngắt quãng	0,02-0,06	0,02 -0,08	0,01-0,02
	mg/kgx 2-6	mg/kgx0,5-2	mg/kgx0,5-2
	giờ/lần	giờ/lần	6 giờ/lần
Tốc độ truyền	0,01-0,1	0,04-0,2	

	mg/kg/giờ	mg/kg/giờ	
--	-----------	-----------	--

II. THUỐC GIẢM ĐAU GÂY NGHIỆN:

TÊN THUỐC	Morphin	Fentanyl
Khởi đầu tác dụng	Nhanh	Nhanh
Liều ngắt quãng	0,01-0,15 mg/kg	0,35-1,5 pg/kg 0,7-1 pg/kg/giờ
Tốc độ truyền	0,07 - 0,5 mg/kg/giờ	

III. THUỐC BLOC THẦN KINH-CƠ:

TÊN THUỐC Pancuronium Vecuronium Tubocurarin			
Liều để đặt NKQ Tốc độ truyền TM	0,08-0,1 mg/kg 1 pg/kg/phút	0,1-0,2 mg/kg 1 pg/kg/phút	0,5-0,6 mg/kg 0,08-0,12 mg/kg/giờ

IV. THỰC HÀNH TRÊN BỆNH NHÂN THỞ MÁY:

- Hầu hết BN thở máy xâm lấn thường cần dùng thuốc an thần ở một mức độ nhất định. Dùng thêm thuốc giảm mệt mỏi nhưng vẫn có tác dụng làm BN thoải mái và thở theo máy.
- Cần tăng liều an thần, giảm đau ở BN mất đồng bộ với máy sau khi đã loại trừ các nguyên nhân khác gây suy hô hấp.
- Xem xét dùng thuốc gây bloc TK-cơ khi bệnh nhân có tình trạng kích động dữ dội không thể kiểm soát bằng cách của bệnh nhân theo các thông số cài đặt trên máy thở. Hạn chế thời gian sử dụng ngắn nhất có thể.

240/ THÔNG KHÍ CƠ HỌC HỘI CHỨNG NGUY NGẬP HÔ HẤP CẤP

THÔNG KHÍ CƠ HỌC
HỘI CHỨNG NGUY NGẬP HÔ HẤP CẤP
(ARDS: Acute Respiratory Distress Syndrome)

I. TỔNG QUAN:

I.1. Lâm sàng:

ARDS đặc trưng bằng tình trạng giảm O₂ máu và giảm độ giãn nở phổi. Điện hình có thâm nhiễm hai bên phổi chứng suy tim trái. ALI (acute lung injury) cũng tương tự như ARDS, trừ tỷ lệ PaO₂/ FiO₂ ≤ 300mmHg.

ARDS tiến triển gồm hai pha, dù quá trình hồi phục có thể xảy ra ở bất kỳ thời điểm nào trong hai pha. Pha đầu thương phế nang và tế bào nội mạc mạch, tăng tính thấm thành mạch, tăng lượng nước trong phổi. Pha này kéo dài (xơ hóa lan toả).

ARDS gồm hai loại:

- + Do căn nguyên tại phổi: viêm phổi hít, viêm phổi, chấn thương (dập phổi, vết thương thấu phổi), đuối nước, tai biến...
- + Do căn nguyên ngoài phổi: nhiễm trùng huyết, đa chấn thương, bong, sốc, viêm tụy cấp.

I.2. Tổn thương phổi do thở máy:

Do có những vùng phổi có độ giãn nở kém, và bản chất không đồng nhất của bệnh -> ARDS dễ bị tổn thương phổi. Bảo đảm áp lực đỉnh phế nang (P plateau cuối khi thở vào) < 30 cmH₂O, và PEEP sao cho duy trì được tình trạng không bị suy hô hấp. Cần hạn chế để ngăn tình trạng căng quá mức phế nang, và duy trì mức PEEP thích hợp tránh sự kéo căng, gây tổn thương.

II. THÔNG KHÍ CƠ HỌC (TKCH):

II. 1. Mục đích:

TKCH xâm lấn được tiến hành nhằm xử trí tình trạng suy thông khí cấp tính biểu hiện qua giảm oxy máu và tăng áp lực động mạch.

TKCH không xâm lấn không được khuyến cáo.

II.2. Cài đặt máy thở:

Gồm hai phương pháp:

- + Phương pháp phổi mở (open lung approach): thông khí kiểm soát áp lực (PCV) với P plateau thấp (theo dõi V_{CO₂})
- + Phương pháp thông khí ARDSnet: thông khí kiểm soát thể tích với V_t thấp (theo dõi P plateau) và cài PEEP theo V_{CO₂}.

II.2.1. Thông khí theo phương pháp phổi mở:

Cài đặt thông số máy thở theo phương pháp phổi mở

Cài đặt	Khuyến cáo
Phương thức thở (Mode)	A/C (CMV) ở hầu hết các giai đoạn cấp tính; hỗ trợ áp lực ở giai đoạn sớm và hỗ trợ

Tần số (F)	Có thể lên tới 35 nhịp/p; tránh gây auto-PEEP Áp lực
Kiểm soát thể tích/áp lực	
Thể tích khí lưu thông (Vt)	4-8 mL/kg; P plateau <30 cmH ₂ O
Thời gian thở vào (Ti)	Cài đặt để bảo đảm đồng bộ với BN kích hoạt thì thở vào, gộp thêm giai đoạn ngắt khít thu động.
PEEP	10-20 cm H ₂ O
FiO ₂	Cài đặt để đạt đích SpO ₂ /PaO ₂
Pmean	Mức thấp nhất để đạt đích SpO ₂ /PaO ₂ (có thể 20-25 cm H ₂ O)

Giai đoạn đầu cũng như giai đoạn hồi phục, PCV luôn là kiểu thở hữu ích. Thường phối hợp an thần ± giãn cơ (Paralaxin).

Phác đồ thông khí cơ học cho BN ARDS theo phương pháp phổi mở



II.2.2. Phương pháp thông khí theo ARDSnet:

Mục tiêu chính của thông khí theo ARDSnet: thông khí kiểm soát thể tích với V_t thấp, PEEP theo nhu cầu FiO_2

Cài đặt	Khuyên cáo
Phương thức thở (Mode)	
Tần số thở (F)	A/C (CMV), kiểm soát thể tích Có thể tới 35l/lần/p để duy trì pH > 7,30 4-
Thể tích khí lưu thông (Vt) PEEP theo kết hợp FiO ₂ /PEEP	cmH ₂ O .3/5, .4/5, .4/8, .5/8, .5/10, .6/10, .7/10, .7/12, .7/14, .8/14, .9/14, .

Đích oxy oxy hóa máu cần đạt: PaO₂ # 55-80 mmHg (SpO₂ # 88-95%), pH # 7,30-7,45.

III. THEO DÕI:

- Biến chứng: tràn khí màng phổi;
- SpO₂ để điều chỉnh tình trạng oxy hóa máu, KMĐM;
- Tình trạng thông khí, áp lực đỉnh phế nang, auto-PEEP;
- Thường xuyên đánh giá lại FiO₂, PEEP, P plateau, P mean, điều chỉnh nhằm đạt tình trạng trao đổi khí tốt nhất.

IV. CAI MÁY THỞ:

Mất nhiều thời gian do: xơ phổi, chức năng phổi tổn thương, yếu cơ hô hấp (do không sử dụng trong thời gian dài).

Giai đoạn hồi phục (chỉ cần FiO₂=0,4, với PEEP=8 cmH₂O vẫn duy trì PaO₂ ≥60mmHg) có thể cai máy bằng tự nhiên.

241/ THÔNG KHÍ CƠ HỌC

THÔNG KHÍ CƠ HỌC

HEN PHẾ QUẢN NẶNG

Cơn HPQ nặng đặc trưng là tăng kháng lực đường thở -> giảm thông khí phế nang -> giảm O₂ tăng CO₂ /máu.

I. THÔNG KHÍ CƠ HỌC (TKCH):

TKCH khi không thể duy trì thoả đáng sự trao đổi khí;

LS khó để xác định khi nào cần TKCH, do: hầu hết BN là người trẻ, khoẻ mạnh trước đó, có khả năng duy trì tăng;

PaCO₂ thường < 40 mmHg cho đến khi kiệt sức -> khi PaCO₂ tăng -> toan HH có thể tiến triển rất nhanh.

1.1. Mục tiêu TKCH:

- Quan tâm chính trong TKCH: làm giảm tối thiểu auto-PEEP;
- Chấp nhận tăng thán ở mức cho phép, nhất là giai đoạn đầu;
- Thuốc giãn phế quản cần đạt đến mức tối ưu: khí dung, corticosteroid toàn thân...

1.2. Chỉ định TKCH:

- + Kích động, lơ mơ, hôn mê;
- + Thở húrc, co kéo cơ hô hấp phụ, nhịp thở > 35 l/p, tím tái;
- + Khí máu động mạch: PaO₂ < 60mmHg với FiO₂ > 60%, PaCO₂ > 40 mmHg

1.3. Cài đặt ban đầu các thông số máy thở:

Cài đặt	Khuyến cáo
Phương thức thở Tần số	A/C → 8-20 nhịp/p, chấp nhận tăng thán cho phép, pH > 7,1-7,2 Kiểm soát với cơn hen nặng; kiểm soát áp lực khi cơn thoái triển.
Kiểm soát thể tích/áp lực	
Thể tích khí lưu thông	4-8mL/Kg, Ppeak có thể 60-70 cmH ₂ O nhưng Pplateau < 30 cm H ₂ O
Ti	1-1,5 giây (tránh hình thành auto-PEEP)
PEEP	Còn bàn luận, ± để cân bằng auto-PEEP
FiO ₂	FiO ₂ : 100%, hoặc ở mức đủ để
Dạng dòng	PaO ₂ > 60mmHg Dòng dốc giảm dần hoặc dòng vuông Dòng đỉnh thường > 60 L/p

II. THEO DÕI:

Chấn thương áp lực: thường gấp nếp áp lực đỉnh phế nang và auto-PEEP quá cao.

Cần theo dõi áp lực đỉnh phế nang, áp lực đỉnh đường thở, Vt, auto-PEEP, huyết động.

KMĐM định kỳ.

III. CAI MÁY THỞ:

Khi đã kiểm soát thỏa đáng cơn hen cấp: kháng lực khí đạo trở về giá trị nền, loại bỏ được auto-PEEP; áp lực đường thở ổn định;

Nếu bệnh nhân tĩnh, hợp tác tốt, HA ổn định, tần số hô hấp < 25 nhịp/p, khí máu động mạch trong giới hạn bình thường.

THÔNG KHÍ CƠ HỌC ĐỘT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGUYỄN

I. ĐẠI CƯƠNG:

BPTNMT đặc trưng bởi sự hạn chế dòng khí mạn tính do hậu quả của đáp ứng viêm, tăng phản ứng đáp ứng của hệ thống miễn dịch;

Các rối loạn trên -> hình thành bãy khí -> tăng công thở và rối loạn chức năng cơ hô hấp.

II. THÔNG KHÍ CƠ HỌC:

III. 1. Thông khí cơ học không xâm lấn:

Mọi bệnh nhân đột cấp BPTNMT cần xem xét chỉ định thông khí không xâm lấn, nhằm tránh đặt NKQ và các biến chứng.

Chỉ định nếu bệnh nhân tĩnh táo, hợp tác tốt, huyết động ổn, khả năng khạc đàm tốt;

Phương thức thở: BiPAP, A/C...

III.2. Thông khí cơ học xâm lấn:

III.2.1. Chỉ định:

- Thất bại thông khí không xâm lấn;
- Suy hô hấp nặng:
 - + Rối loạn tri giác : kích động, lơ mơ, hôn mê;

- + Tím tái, tần số hô hấp > 35 l/p, thở hút, co kéo cơ hô hấp phụ, thở bụng nghịch thường;
- + $\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$, với $\text{FiO}_2 > 60\%$; Và/ hoặc: $\text{PaCO}_2 > 50 \text{ mmHg}$, pH máu < 7,35.
- Mục tiêu chung: đưa về lại mức hô hấp nền của họ;

III.2.2. Cài đặt thông số máy thở:

Cài đặt	Khuyến cáo
Phương thức thở	A/C (CMV)
Tần số	8-12 nhịp/p
Kiểm soát thể tích/áp lực	Kiểm soát thể tích hoặc áp lực
Thể tích khí lưu thông	Vt: 8-10 mL/Kg với P plateau < 30cmH ₂ O;
Ti	Ti: 0,6-1,25 giây (dòng đỉnh ≥ 60 L/p với thông khí thể tích)
PEEP	≤ 5 cmH ₂ O, hoặc cao hơn để cân bằng auto-PEEP;
FiO_2	Thường < 0,5;
Dạng dòng	Dòng dốc giảm dần (descending ramp).

IV. THEO DÕI:

- Sự đồng thời giữa máy thở và bệnh nhân;
- Auto-PEEP, áp lực đỉnh phế nang;
- Huyết động;
- Khí máu động mạch , SpO_2
- Các dấu hiệu lâm sàng suy chức năng tim, phổi.

V. CAI MÁY THỞ:

- Bảo đảm nguyên nhân gây suy hô hấp đã được xử lý: nhiễm trùng...
- Bảo đảm chức năng tim mạch, do nhiều bệnh nhân có bệnh lý tim mạch đi kèm, và có thể chính rối loạn này đ
- Thăng bằng điện giải (Magiê, kali, phosphat), do ảnh hưởng chức năng cơ hô hấp; dinh dưỡng; có giấc ngủ th
- Thủ cho BN thở tự nhiên xen kẽ thở máy;
- BN tiêm ản khả năng TKCH dài ngày cần thủ cho thở tự nhiên, với thời gian tăng dần xen kẽ thở máy.

Tham khảo:

Những vấn đề cơ bản trong thông khí nhân tạo, Nhà xuất bản Y học, 2009, tr. 164-173.

242/ THÔNG KHÍ KHÔNG XÂM LẤN GIAI ĐOẠN SUY HÔ HẤP**THÔNG KHÍ KHÔNG XÂM LẤN GIAI ĐOẠN****MỤC ĐÍCH:**

Mục đích của thông khí không xâm lấn (TKKXL) là làm giảm tần suất đặt nội khí quản (NKQ) và các biến chứng.

CHỈ ĐỊNH:

1. Đợt cấp BPTNMT;
2. Suy hô hấp do:
 - + Bệnh lý thần kinh cơ;
 - + Biến dạng lồng ngực;
 - + Di chứng lao;
 - + Béo phì bệnh lý;
3. Phù phổi cấp do tim;
4. Thất bại rút ống nội khí quản;
5. Bệnh nhân không đồng ý đặt nội khí quản.
6. Các nguyên nhân suy hô hấp khác: hậu phẫu...

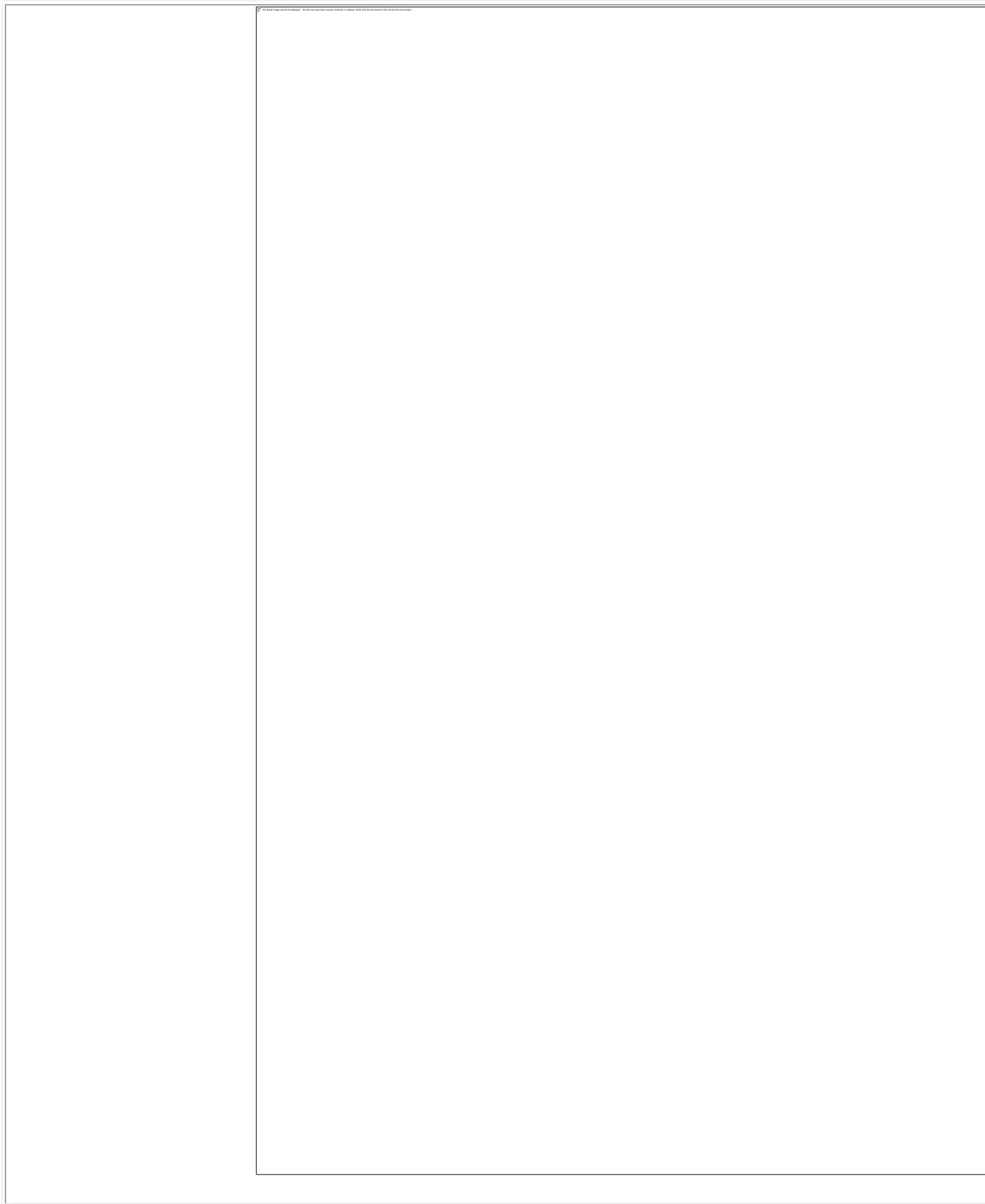
CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

1. Ngưng thở;
2. Rối loạn tri giác, lơ mơ, hôn mê;
3. Tần số hô hấp > 35 l/p;
4. Sốc;
5. Chấn thương mặt;
6. Út đọng chất tiết phế quản, không khả năng ho khạc;
7. Bệnh nhân không hợp tác.

CÁC PHƯƠNG THỨC THỞ

Phương thức thở	Cài đặt ban đầu
1- PSV + PEEP (BiPAP) (Biphasic positive airway pressure: Thông khí áp lực dương 2 thi)	<ul style="list-style-type: none"> - Cài đặt ban đầu - PS = 8-10 cmH2O (*) - PEEP = 3-5 cmH2O (*): tăng dần từng mức 1-2 cmH2O - FiO₂ được điều chỉnh để duy trì SaO₂ ≥ 92%.
2- BIPAP (Bilevel positive airway pressure: thông khí 2 mức áp lực dương)	<ul style="list-style-type: none"> - Cài đặt 2 mức PEEP: + PEEP high: 8-10 cmH20, điều chỉnh để đạt thông khí + PEEP low: 3-5 cmH2O, điều chỉnh để đạt mức oxy + Time H/Time L thường 1:1
3- A/C - Thông khí thể tích	<ul style="list-style-type: none"> - Vt: 10-15 ml/ kg; - F: 15-20 lần/ phút. - I/E: 1/3 - Trigger: -1 cmH2O, nếu sử dụng trigger áp lực, 3 lít - FiO₂ điều chỉnh duy trì SaO₂ ≥ 92%. - Vte tối thiểu: 7 ml/ kg. - F tối đa: 25-30 lần/ phút.
4- CPAP (Continuous positive airway pressure: thông khí áp lực dương liên tục)	<ul style="list-style-type: none"> - PEEP: 3-5 cmH2O, tăng dần từng mức 1-2 cmH2O muôn

QUY TRÌNH TKCHKXL ÁP LỰC DƯƠNG CHO BN SUY HÔ HẤP CẤP



Tham khảo:

1. Những vấn đề cơ bản trong thông khí nhân tạo, Nhà xuất bản Y học, 2009, tr: 388-399.
2. The Washington Manual of Medical Therapeutics, 2010.

243/ THÔNG KHÍ KHÔNG XÂM LẤN ÁP LỰC DƯƠNG TRONG S

THÔNG KHÍ KHÔNG XÂM LẤN ÁP LỰC DƯƠNG HẤP MẶN

I. MỤC ĐÍCH

Thông khí không xâm lấn áp lực dương ở bệnh nhân suy hô hấp giúp cải thiện thông khí phế nang, cải thiện tình tăng chất lượng cuộc sống, cải thiện triệu chứng lâm sàng và chất lượng giấc ngủ. thông khí không xâm lấn cung cấp bù.

II. CHỈ ĐỊNH**1. thông khí không xâm lấn mang lại kết quả rõ rệt:**

- Bệnh lý thần kinh-cơ
- Gù vẹo cột sống
- Di chứng lao phổi (xơ, xẹp, cắt thùy...)
- Hội chứng béo phì

Có chỉ định thông khí không xâm lấn khi có các triệu chứng: khó thở, mệt mỏi, nhức đầu buổi sáng, thay đổi tinh thần hợp với 1 trong 2 tiêu chuẩn sau

- ❖ PaCO₂ > 45 mmHg (ngày hay đêm)
- ❖ SaO₂ ban đêm < 88% trong ít nhất 5 phút

2. Thông khí không xâm lấn có kết quả còn bàn cãi:

- COPD giai đoạn ổn định có suy hô hấp mạn

Có chỉ định thông khí không xâm lấn khi có 1 trong 3 tiêu chuẩn sau:

- ❖ PaCO₂ ban ngày ≥ 55 mmHg
- ❖ 50 mmHg < PaCO₂ ngày < 55 mmHg và có > 2 lần nhập viện/năm do suy hô hấp có tăng CO₂ máu
- ❖ 50 mmHg < PaCO₂ ngày < 55 mmHg và SaO₂ ban đêm < 88% trong ít nhất 5 phút với O₂ ≥ 2 l/ph.

Sự thành công của thông khí không xâm lấn tại nhà phụ thuộc vào nhiều yếu tố:

- Chọn lựa mặt nạ thích hợp về kiểu dáng (mũi, mũi-miệng), kích thước (vừa khớp với khuôn mặt bệnh nhân khít ứng da ...)
- Chọn lựa mode thở tối ưu: CPAP, BiPAP, VAC
- Cài đặt và điều chỉnh thông số máy thở phù hợp
- Theo dõi định kỳ (lâm sàng, khí máu động mạch.)
- Hướng dẫn bệnh nhân và thân nhân bệnh nhân cách sử dụng máy thở tại nhà
- Kiểm soát sự tuân thủ điều trị của người bệnh

III. THỰC HÌNH KỸ THUẬT

1. Chuẩn bị:

- Nhân sự: BS và điều dưỡng đã được huấn luyện kỹ thuật thông khí không xâm lấn
- Người bệnh: Cần được giải thích kỹ về kỹ thuật để có được sự hợp tác tốt nhất. Thường nên khởi đầu lúc bụng nạp thông khí không xâm lấn, người bệnh có thể nằm.
- Phương tiện:
 - + Máy thở BiPAP (Máy thở hai mức áp lực dương) loại xách tay.
 - + Các loại mặt nạ có kích thước khác nhau. Cần chọn mặt nạ có kích thước phù hợp với mặt bệnh nhân, cố định hơn mặt nạ mũi
- + Máy tạo oxy hoặc bình oxy.

+ Máy đo Oxy qua da.

+ Dây thở: Loại 2 nhánh tốt hơn 1 nhánh vì ít nguy cơ hít lại CO₂. Nên chú ý giảm khoảng chênh tối đa (bộ phận

2. Cài đặt thông số thở trong bipap

Gồm 5 thông số

A. PS (Pressure support)

Đây là thông số quyết định làm giảm CO₂ máu

Khởi đầu 6-8 cmH₂O, tăng dần mỗi 2 cmH₂O cho đến khi đạt mục tiêu (máy thở: Vt thở ra 6-8 ml/kg, f < 25 l/p) để đạt mục tiêu khoảng 12 ± 2 cmH₂O, không nên > 20 cmH₂O.

Nếu cài đặt PS quá thấp sẽ làm tăng công hô hấp.

Cài PS quá cao làm cho thể tích khí hít vào quá nhiều dẫn đến phổi ú khí quá mức, tạo autoPEEP và tăng công hô hấp hoặc xì khí qua mask do P đường thở cao.

B. EPAP (PEEP) Thông thường khoảng 3-5 cmH₂O.

C. FiO₂ Điều chỉnh sao cho SaO₂ > 90%

D. Trigger

Là bộ phận giúp cho máy nhận biết sự gắng sức hít vào (khởi phát thì hít vào) hay thở ra (khởi phát thì thở ra) có lượng (lít/phút) và áp suất (cmH₂O).

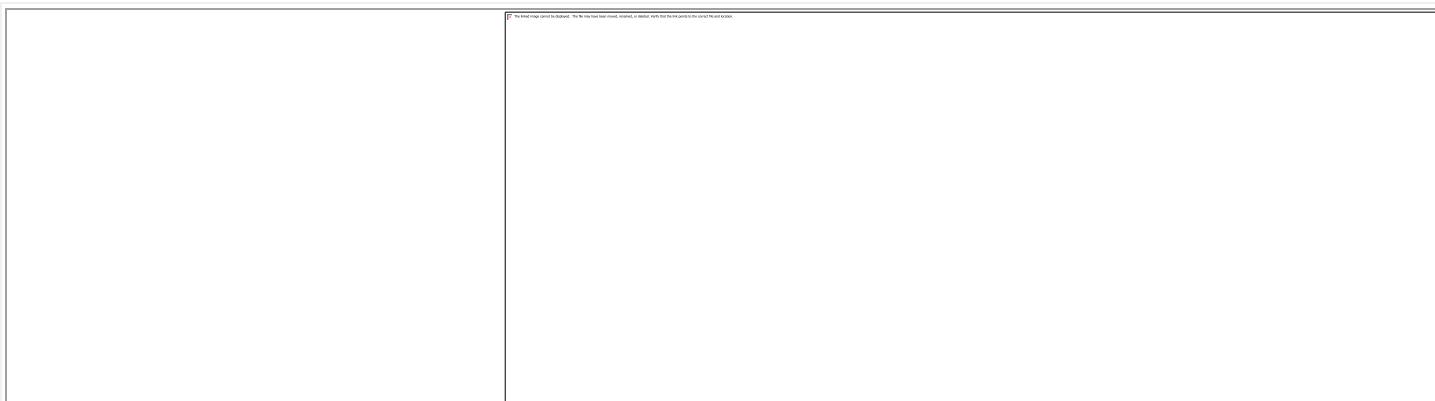
Cài đặt trigger hít vào:

- Thấp nhất mà không gây auto-trigger máy (quá nhẹ)
- 0,5-1 l/p (theo lưu lượng) hay - 0,5 đến -1 cm H₂O (theo áp suất).

Cài đặt trigger thở ra:

- Do máy mặc định (25% so với lưu lượng đỉnh hít vào)
- Cài đặt thời gian hít vào tối đa (Ti max) có ích trong trường hợp xì khí qua mask.

E. Rise time: Là thời gian đạt tới áp suất đỉnh trong thì hít vào. Hay còn gọi là tốc độ gia tăng áp suất thì hít vào



- Cùng 1 giá trị PS, nếu Rise time càng ngắn (độ dốc càng lớn) thì lưu lượng hít vào càng lớn → Vt hít vào càng
- Trong SHH mạn, chỉ cần đặt Rise Time thấp khoảng 40 - 50% (SHH cấp: 100 - 200 ms hay 50-70%)
 - ❖ Cài đặt thông số báo động (Alarm)

P max (áp lực đường thở tối đa): 40 cmH2O P min (áp lực đường thở tối thiểu): 5-10 cmH2O

Áp lực đường thở tăng khi có tăng tiết đàm nhót, co thắt phế quản nặng, tràn khí màng phổi, chóng máy ...

Áp lực đường thở giảm khi có xì khí (mask, dây thở, vị trí gắn oxy .)

VE min (thông khí phút tối thiểu) = f x Vt

Thường khởi đầu vào ban ngày, thời gian thông khí tùy theo sự dung nạp của bệnh nhân, mức độ tăng tiết đàm mucus và khí máu. Sau đó thông khí thường trực vào ban đêm.

3. Theo dõi

- Lâm sàng: Tri giác, tần số thở, M, HA, SpO2
- Khí máu trước thở máy và ngay trước khi kết thúc thở máy

Thông thường khí máu cải thiện phụ thuộc 2 yếu tố chính: thời gian thông khí đủ và PS thích hợp, nên dựa vào 1-2 chỉ số để theo dõi. Cần giáo dục bệnh nhân và người nhà cách sử dụng máy, mặt nạ, oxy, thời gian thông khí...

IV. TÁC DUNG PHỤ CỦA THÔNG KHÍ KHÔNG XÂM LÂN VÀ CÁCH PHÒNG TRÁNH

Tác dụng không mong muốn	Biện pháp phòng ngừa và điều trị
Đỏ da, loét da, dị ứng	Tránh xiết quá mạnh dây đeo mask, thay mask
Hít lại CO2	Giảm khoảng chênh, cài PEEP
Hoại tử mũi	Thay mask, đặt NKQ
Khô miệng	Bộ phận làm ẩm khí thở

Chướng hơi dạ dày ruột	Giảm áp lực hít vào, đặt sonde dạ dày
Đau tai, mũi, xoang	Giảm áp lực hít vào
Dò khí, viêm kết mạc	Thay mặt nạ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Clinical Indications for Noninvasive Positive Pressure Ventilation in Chronic Respiratory Failure Due to Rest Hypoventilation A Consensus Conference Report; *Chest* 1999;116;521-534.

1. Antonio M. Esquinas - Noninvasive Mechanical Ventilation: Theory, Equipment, and Clinical Applications -

244/ THỒI NGẠT

THỒI NGẠT

MỤC ĐÍCH:

Thổi một lượng khí thở ra của bác sĩ hay điều dưỡng vào phổi nạn nhân hay người bệnh bằng cách áp miệng và

CHỈ ĐỊNH:

- Ngừng thở, ngừng tim đột ngột do: điện giật, ngạt nước, ngộ độc thuốc ngủ, thuốc phiện, ...
- Sơ sinh bị ngạt do đẻ khó, ngạt thở do nước ói.
- Có lẽ trong môi trường bệnh viện thủ thuật này không thật sự cần thiết vì đã có sẵn dụng cụ đặt nội khí quản.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Nhiễm độc thuốc trừ sâu, hơi ngạt.
- Người bệnh nhiễm HIV.
- Các bệnh lây truyền qua đường hô hấp.

CHUẨN BỊ:

- Cán bộ chuyên khoa: bác sĩ, điều dưỡng, nhân viên cấp cứu đã được đào tạo.

- Người bệnh nằm ngửa, ưỡn cổ, hàm dưới đẩy ra trước, gối kê vai nếu có. Nếu trên bãi biển đào một hố dưới đất.
- Phương tiện: gạc để lau miệng, đàm nhót.
- Nơi làm thủ thuật: tại nơi xảy ra tai nạn.

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

- Để nạn nhân nằm nghiêng sang một bên, nhanh chóng móc họng lấy hết dị vật.
- Lau sạch miệng nạn nhân, để người bệnh ở tư thế nằm ưỡn cổ.

Hô hấp miệng - miệng:

1. Thay thuốc quỳ chân, ngửa đầu lên hít một hơi dài rồi cuối xuống áp chặt vào miệng nạn nhân, một tay bịt họng phía trước. Thổi hết hơi ra.

Đồng thời mắt ngược nhìn lòng ngực xem có phồng lên không.

Người lớn 12 - 14 lần/ phút.

Trẻ nhỏ, theo dõi lòng ngực để thổi cho vừa đủ lượng khí, không cần hít hơi dài và thổi hết hơi, thổi 25 - 30 lần/ phút.

2. Tiếp tục làm như thế cho đến khi có người đến ứng cứu. Kịp thời kết hợp bóp tim ngoài lòng ngực nếu có kèm

THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN:

Theo dõi:

- Đồng tử co lại, mạch đập trở lại.
- Tình trạng ý thức: ngừng thổi ngạt khi người bệnh đã tỉnh và thở lại.

Xử lý:

- Chướng bụng do hơi vào dạ dày: đặt ống thông dạ dày.
- Tràn khí màng phổi ở trẻ nhỏ do thổi quá mạnh: dẫn lưu màng phổi.

THỞ ÁP LỰC DƯƠNG LIÊN TỤC QUA MŨI

I. MỤC ĐÍCH:

Thở áp lực dương liên tục qua mũi (Nasal Continuous Positive Airway Pressure: NCPAP) là phương pháp hỗ trợ thở bằng cách duy trì đường thở một áp lực dương suốt chu kỳ thở. Tác dụng của NCPAP ở bệnh nhân có giảm co thắt đường hô hấp cuối kỳ thở ra làm tăng trao đổi khí, giảm công hô hấp.

II. CHỈ ĐỊNH - CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

1. Chỉ định:

- Hội chứng suy hô hấp sơ sinh (bệnh màng trong).
- Cơn ngừng thở sơ sinh non tháng: CPAP giúp tránh xẹp đường hô hấp trên và kích thích trung tâm hô hấp.
- Viêm phổi hít.
- Viêm phổi thất bại với thở oxy khi bệnh nhân thở oxy cannula tối đa 6l/phút mà còn thở nhanh trên 70 lần/ phút hoặc $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$
- Viêm tiêu phế quản: CPAP giúp dẫn phế quản nhỏ, đàm nhớt được tổng xuất dễ dàng chống xẹp phổi.
- Phù phổi cấp.
- Hội chứng nguy kịch hô hấp cấp (ARDS).
- Ngạt nước.
- Xẹp phổi do tắc đàm.
- Hậu phẫu lồng ngực/chấn thương ngực.
- Cai máy thở: đây là phương pháp hỗ trợ trung gian ít xẹp phổi hơn so với thở ống T. Có thể bắt đầu cai máy bớt dần nếu đáp ứng tốt thì rút nội khí quản và thở CPAP qua cannula.

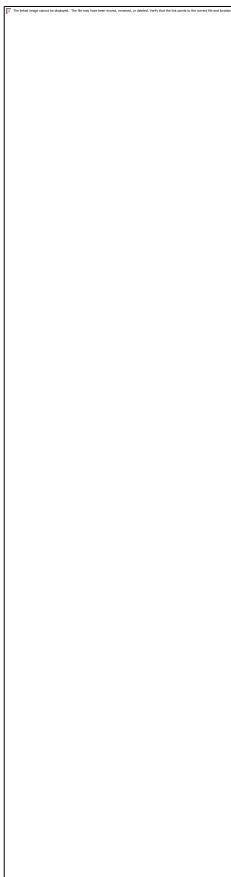
2. Chống chỉ định: ít có chống chỉ định, ngoại trừ:

- Tràn khí màng phổi chưa dẫn lưu. Tràn khí màng phổi đã dẫn lưu thì không chống chỉ định thở NCPAP.
- Tăng áp lực nội sọ: xuất huyết não, viêm não màng não.
- Bệnh lý phổi tắc nghẽn có tăng thể tích khí cặn chức năng (FRC) như suyễn, khí phế thủng.

- Sốc giảm thể tích chưa bù dịch.

III. DỤNG CỤ:

- Lưu lượng kế oxy và lưu lượng khí nén, bộ phận trộn khí.
- Bình làm âm và hệ thống dây dẫn, nhiệt kế, bẫy nước.
- Nước cát vô trùng.
- Van Benveniste.
- Cannula cỡ thích hợp (S: sơ sinh, M: trẻ nhỏ, L: trẻ lớn).
- Áp lực cột nước để đo áp lực NCPAP.
- Biểu đồ mối liên hệ giữa lưu lượng với áp lực FiO₂.
- Máy đo độ bão hòa oxy.



IV. KỸ THUẬT:

* Chọn thông số ban đầu:

- Chọn áp lực CPAP ban đầu: thông thường áp lực ban đầu là 12-14 lít/ phút (4-6 cm H₂O), ngoại trừ:

* Trẻ sơ sinh thiếu tháng: 10 lít/phút (3cm H₂O)

* Trẻ sơ sinh đủ tháng: 12 lít/phút (4 cm H₂O)

Lưu lượng (lít/ phút)	Áp suất (cmH ₂ O)
10	3
12	4
14	6
16	8.5
18	11

- Chọn tỷ lệ oxy trong khí hít vào (FiO₂): tùy tình trạng suy hô hấp

* tím tái: FiO₂ = 100%

* khác: FiO₂ = 40%

- Bảng tính tỉ lệ oxygen/khí hít vào (FiO₂%) theo lưu lượng oxy (lít/ phút) và lưu lượng chung (lít/phút) (xem p)

* Điều chỉnh áp lực và FiO₂: tùy theo đáp ứng lâm sàng và SaO₂:

- FiO₂: tăng dần lên mỗi 5-10% mỗi 15-30ph. Nên giữ FiO₂ < 60% để tránh bị tai biến oxy liều cao bằng cách nới lỏng áp lực và duy trì FiO₂< 60%. Khi ổn định về lâm sàng và SaO₂ trong nhiều giờ nếu FiO₂> 60% cần giảm dần FiO₂ khi ngưng CPAP.

- Áp lực: tăng dần áp lực mỗi 1-2cm H₂O mỗi 15-30 phút , tối đa không quá 10 cmH₂O. Khi bệnh nhân ổn định giảm dần áp lực mỗi 2 cmH₂O cho đến < 4 cmH₂O trước khi ngưng CPAP.

- Giữ nhiệt độ khí đưa vào 33độ C +- 1

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. Thông báo và giải thích bệnh nhân, thân nhân.

2. Cho bệnh nhân nằm đầu cao giúp bệnh nhân bớt khó thở và tránh nôn ói hít sặc.

3. Lấy mạch, đếm nhịp thở, kiểu thở, tím tái, đo SpO₂

4. Mang khẩu trang, rửa tay.

5. Chuẩn bị dụng cụ:

- Chọn Cannula cỡ thích hợp: S: sơ sinh, M: trẻ nhỏ, L: trẻ lớn.

- Bình làm âm: đồ nước cất đến mức quy định.

6. Lắp hệ thống NCPAP:

- Đặt bình làm âm lên bộ phận làm âm.

- Gắn dây nối từ lưu lượng kế đến bình làm âm.

- Lắp dây dẫn từ bình làm âm, bẫy nước, nhiệt kế, van Benvenite.

- Cắm điện: Bật nút “ON” bình làm âm

- Điều chỉnh mức làm âm cho thích hợp giữ nhiệt độ cung cấp cho bệnh nhân từ 33+- 1°C (quan sát dây dẫn có).

7. Điều chỉnh nút vặn OXY và nút AIR để đạt được FiO₂ và áp lực theo y lệnh (theo biểu đồ).

8. Kiểm tra áp lực: bằng áp kế cột nước và điều chỉnh lưu lượng khí để đạt được áp lực theo y lệnh trước khi cho.

9. Gắn Cannula vào van Benvenite sau đó gắn vào bệnh nhân và cố định.

- Trẻ nhỏ cố định qua nón.

- Trẻ lớn khẩu trang đặt sau đầu.

10. Lấy sinh hiệu, đo SpO₂ sau 15 phút, ghi hồ sơ.

VI.THEO DÕI - GHI HỒ SO:

1. Theo dõi:

- Dấu hiệu sinh tồn, tri giác, SpO₂ mỗi 15 phút - 30 phút/1 giờ đầu, sau đó theo dõi mỗi 2 giờ.

- Theo dõi hệ thống NCPAP: nhiệt độ khí hít vào, áp lực, FiO₂, bẫy nước, bình làm âm mỗi 6 giờ.

2. Ghi hồ sơ:

- Đáp ứng của bệnh nhân.

- Các thông số FiO₂, áp lực, thời điểm kiểm tra áp lực.

- Ngày giờ, tên điều dưỡng thực hiện.

VII. THẤT BẠI VỚI CPAP:

- Ngưng thở, con ngưng thở
 - SaO₂< 90% hay PaO₂< 70mmHg với áp lực >10cmH₂O và FiO₂>60%

VIII. BIẾN CHÚNG: ít gấp và thường chỉ gấp với áp lực > 10cmH₂O

- Tràn khí màng phổi, tràn khí trung thất
 - Sốc là hậu quả của việc cản trở máu tĩnh mạch về tim, giảm thể tích đồ đầy thất cuối tâm trương làm giảm cung
 - Tăng áp lực nội sọ: do áp lực dương trong lồng ngực hay do cố định cannula quanh mũi quá chặt cản trở máu t
 - Chuóng bụng do hơi vào dạ dày có thể gây nôn ói, viêm phổi hít. Để hạn chế có thể đặt sonde dạ dày để dẫn lu

Phu luc:

Tỉ lệ oxygen/khí hít vào ($\text{FiO}_2\%$)

Lưu lượng chung (lít/phút)

Lưu lượng oxy (lít/phút)

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. của bệnh viện Nhi Đồng 1- năm 2008- trang 128-131
 2. Kỹ thuật điều dưỡng nhi khoa bệnh viện Nhi Đồng 1 - năm 2009- trang 117-123

246/ TỔ CHỨC MỘT ĐƠN VI THỰC HÀNH THÔNG KHÍ KHÔNG

TỔ CHỨC MỘT ĐƠN VỊ THỰC HÀNH THÔNG LẦN (TKKXL)

- Có thể thực hiện tại khoa SSTC hoặc phòng bệnh nặng ở các khoa lâm sàng.

1. Phương tiện trang bị:

- Máy thở: thể tích hay áp lực;
 - Nguồn oxy;
 - Mặt nạ: mũi-miệng, hoặc miệng;
 - Máy đo Oxy qua da;
 - Máy theo dõi ECG (nếu có);
 - Máy đo khí máu động mạch;
 - Dụng cụ đặt nội khí quản: ống nội khí quản, đèn đặt nội khí quản (thông khí xâm lấn);
 - Thuốc an thần, giãn cơ, dịch truyền...

2. Tiến hành thực hiện thông khí không xâm lấn:

- Chuẩn bị 30-60 phút để bắt đầu thực hiện thông khí không xâm lấn.
 - Giai đoạn 1: Chuẩn bị phương tiện
 - + Máy thở, mặt nạ, máy đo Oxy qua da;
 - + Vận hành thử hoạt động máy thở;
 - + Tìm mặt nạ thích hợp với kích cỡ mũi miệng BN. + BS và điều dưỡng đầy đủ.
 - Giai đoạn 2:
 - + Giải thích cho BN, thân nhân BN hiểu mục đích TKKXL, các khó khăn ban đầu, để tham gia hợp tác;
 - + Áp mặt nạ vào mặt BN, kiểm tra thông khí khoảng 2-3 phút trước khi thắt dây.
 - Giai đoạn 3:
 - + Thông khí không xâm lấn ban ngày;
 - + Thủ lần đầu tối đa 1-2 giờ, xen kẽ thở oxy qua xông mũi, luôn có người theo dõi sát và hướng dẫn.
 - Giai đoạn 4:
 - + Thủ thông khí ban đêm, luôn có điều dưỡng theo dõi.
 - Hướng dẫn cho thân nhân BN, nếu có dự kiến cho BN thông khí không xâm lấn tại nhà.
- 3. Phương tiện nhân sự:**
- Nhân sự đủ (BS, điều dưỡng, VLTL, ...) có kinh nghiệm thực hành TKKXL;
 - Bố trí thời gian theo dõi BN hợp lý.
- 4. Bilan cần thực hiện trước khi thông khí không xâm lấn:**
- Đo khí máu động mạch.
 - X-quang lồng ngực.
 - CTM, Ion đạm/máu, đường máu, SGOT, SGPT, Urê, creatinin máu, điện tim..
- Tham khảo:
1. Những vấn đề cơ bản trong thông khí nhân tạo, Nhà xuất bản Y học, 2009, tr: 388-399.

2. The Washington Manual of Medical Therapeutics, 2010.

247/ XOA BÓP TIM NGOÀI LỒNG NGỰC VÀ THỒI NGẠT

XOA BÓP TIM NGOÀI LỒNG NGỰC VÀ

MỤC ĐÍCH:

- Xoa bóp tim ngoài lồng ngực nhằm thiết lập lại tuần hoàn trong cơ thể, bằng cách tạo một sức ép vào tim qua lồng ngực.
- Xoa bóp tim ngoài lồng ngực không thể tách rời thổi ngạt hoặc bóp bóng Ambu.

CHỈ ĐỊNH:

- Ngưng tim.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Không có.

CHUẨN BỊ:

- Cán bộ chuyên khoa: bác sĩ, y tá (điều dưỡng), nhân viên cấp cứu đã được đào tạo; quỳ gối nếu nạn nhân nằm.
- Phương tiện: không có gì hoặc bóng Ambu có mặt nạ.
- Người bệnh: nằm ngửa uốn cổ trên một mặt phẳng cứng.
- Nơi thực hiện: tại nơi xảy ra tai nạn.

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

- Trước khi bóp tim ngoài lồng ngực, đấm vào vùng trước tim 5 cái thật mạnh. Thổi ngạt 2 cái.
- Sờ mạch cảnh, nếu không đập: tiến hành xoa bóp tim.
- Nơi xoa bóp tim: 1/3 dưới xương úrc.

- Người thực hiện: Úp bàn tay vào 1/3 dưới xương úc nạn nhân, bàn tay kia đặt chéo lên trên, 2 cánh tay duỗi thẳng.
 - Tần số xoa bóp tim #100l/p ở người lớn. Không nhắc tay lên sau khi ấn. Lồng ngực phải lún xuống 4-5 cm.
 - Phối hợp thổi ngạt:
 - + Cứ 1 lần thổi ngạt, 15 lần bóp tim.
 - + Nhanh chóng đặt nội khí quản, bóp bóng Ambu càng sớm càng tốt (nếu có).
 - + Tỷ lệ thông khí/xoa bóp tim # 30:2.
 - Ngoài thổi ngạt hoặc bóp bóng Ambu, kiểm tra mạch bẹn để đánh giá hiệu quả của xoa bóp tim (2 phút kiểm tra). Nếu không có mạch bẹn, tiếp tục thổi ngạt cho đến khi mạch đập trở lại hoặc có thêm đội cứu ứng.
 - Trẻ em:
 - Sơ sinh: lấy 2 ngón tay cái bóp tim.
 - Trẻ lớn: lấy 1/3 trên lòng bàn tay ép.
 - Tỷ lệ bóp tim/ thổi ngạt giống như ở người lớn.
- THEO ĐỐI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN:**
- Theo dõi:*
- Đóng tử, mạch bẹn, nhịp thở.
- Xử lý:*
- Gãy xương sườn do ấn tay qua bên cạnh xương úc, gãy sụn sườn ở người già do ấn quá mạnh: băng cố định bằng băngage.
 - Tràn khí màng phổi: dẫn lưu khí màng phổi.
- Tham khảo:**
1. The Washington Manual of Medical Therapeutics 2010, p. 1014.
 2. Handbook of Internal Medicine, Lippincott Williams & Wilkins, 2011, 10-1.

248/ ĐIỀU TRỊ LAO MÀNG NÃO TRẺ EM

ĐIỀU TRỊ LAO MÀNG NÃO TRẺ EM

Lao màng não (LMN) là một bệnh viêm não và màng não do vi khuẩn lao .

LMN là thể lao nặng thường phối hợp với thể lao khác như lao kê, lao ngoài phổi khác .

I. CHẨN ĐOÁN LAO MÀNG NÃO TRẺ EM:

A/ Chẩn đoán sơ bộ :

a) Dịch tễ: có tiếp xúc nguồn lây, không chích ngừa lao, suy dinh dưỡng .

b) Lâm sàng:

- Sốt kéo dài: thường kéo dài >7 -14 ngày

- Hội chứng não-màng não: nhức đầu, nôn ói,

co giật , thóp phòng ở trẻ <2tuổi , cỗ gượng .

- Dấu thần kinh khu trú: lé mắt, liệt mặt, liệt nữa người, bí tiểu, co gồng, sụp mi.

- Rối loạn tri giác: rối loạn tâm thần, ngủ gà, lơ mơ, hôn mê sâu.

c) Xét nghiệm:

- IDR > 5mm

- Lao cơ quan khác đi kèm: lao phổi đặc biệt lao kê, lao ngoài phổi khác.

- DNT: Alb > 60mg%

Đường < 50% đường huyết lấy đồng thời.

Tế bào: bạch cầu > 5 tế bào/mm³ trong đó đơn nhân > 80%

- CT sọ não khi cần loại trừ u não, áp xe não, não úng thủy

- MRI sọ não phát hiện những tổn thương đặc trưng ở vùng đáy não (những tổn thương: tổn thương tăng quang,

B/ Chẩn đoán xác định dựa vào:

- AFB (+) trong DNT hoặc nuôi cấy (+) hoặc PCR Lao (+).

C/Nếu các xét nghiệm vi trùng học âm tính, chẩn đoán lao màng não dựa vào tiêu chuẩn sau:

C.1.Hội chứng não màng não C.2.Các triệu chứng hướng đến lao :

Tiêu chuẩn ưu tiên: có ít nhất một trong những tiêu chuẩn sau

- X-quang lồng ngực có tổn thương nghi lao (đặc biệt lao kê).
- Tìm thấy AFB trong đàm hay dịch dạ dày
- Có chẩn đoán lao ngoài phổi.
- Có tổn thương ở vùng đáy não trên MRI sọ não

Tiêu chuẩn lâm sàng :

- Tính chất bệnh diễn tiến từ từ 7-14 ngày
- Rối loạn tri giác .
- Dấu thần kinh khu trú
- Tiền căn điều trị lao hoặc tiếp xúc nguồn lao
- Điều trị kháng sinh > 14 ngày không khỏi .

Tiêu chuẩn cận lâm sàng:

- Đạm trong DNT tăng .
- Đường trong DNT giảm .
- Tế bào trong DNT tăng đa số lymphocyte.
- IDR >5mm.

Tiêu chuẩn quyết định điều trị:

- Hội chứng não-màng não kết hợp với một yếu tố trong tiêu chuẩn ưu tiên.
- Hội chứng não-màng não kết hợp 2 yếu tố trong tiêu chuẩn lâm sàng và 2 yếu tố trong tiêu chuẩn cận lâm sàng

III. ĐIỀU TRỊ LAO MÀNG NÃO TRẺ EM:

1. Điều trị triệu chứng:

- Co giật: Séduzen 0.5 mg/kg/liều, tối đa 3 liều/ngày
- Tắc phế quản: hút đàm, kháng sinh, long đàm, giãn phế quản
- Dinh dưỡng cho bệnh nhân hôn mê bằng ăn nhỏ giọt qua ống mũi - dạ dày
- Ói mửa: điều chỉnh nước và điện giải, Primpéran 0.5mg/ kg/ ngày
- Phù não: Mannitol 20% 10ml/ kg/ truyền tĩnh mạch nhanh trong 30 phút, có thể truyền 2 lần cách nhau 8g trong 0.4mg-0.8mg/ kg/ ngày trong 1 tuần, sau đó giảm liều dần kéo dài trong 1 tháng
- Loét lung: xoa bóp chung quanh vết loét, chăm sóc vệ sinh, xoay trở thường xuyên.

2. Điều trị đặc hiệu: 2RHEZS/ 1RHEZ/ 9RHE , hoặc 2RHEZ/10RH

- R: 10mg-15mg/ kg/ ngày (tối đa 600mg)
- H: 5mg-10mg/ kg/ ngày (tối đa 300mg)
- Z: 25mg-30mg/ kg/ ngày (tối đa 2000mg)
- S: 15mg/ kg/ ngày (tối đa 1000mg)
- E: 15-20mg/ kg/ ngày (tối đa 1200mg)
- Dùng 1 lần vào buổi sáng trước bữa ăn .
- Thời gian tấn công cho phép kéo dài 4 tháng (2SHZRE/ 2RHEZ nếu DNT chưa ổn)

3. Điều trị di chứng :

- Mù mắt: khám chuyên khoa mắt.
- Não úng thủy: khám ngoại thần kinh đặt shunt não thất dẫn lưu ra ngoài hoặc vào ổ bụng.
- Liệt chi, co gồng: tập vật lý trị liệu.

4. Theo dõi:

- Chọc dò DNT lần đầu khi nhập viện, tai khám hàng tháng. Nếu lâm sàng cải thiện, kiểm tra DNT sau 3 tháng

Tài liệu tham khảo :

1. Phạm Long Trung : Lao hệ thần kinh trung ương .bệnh học lao phổi. 1999 .184_190
2. Nguyễn Thành: Lao màng não .bài giảng sau đại học lao và bệnh phổi .176_183 .
3. Phạm Kim Thanh: Bước đầu xây dựng tiêu chuẩn chẩn đoán lao màng não trẻ em. Học viên quân y ,1995.
4. John Crofton, Norman Horne, Fred Miller: Lao màng não, bệnh lao lâm sàng :91,162,216
5. Quản lý lao ở trẻ em. 2009
6. WHO: Guidance for national tuberculosis programmes on the management of tuberculosis in children. 2006
7. WHO: Ethambutol efficacy and toxicity. 2006
8. WHO: Rapid advice: Treatment of tuberculosis in children. 2010

249/ ĐẶT CATHETER TĨNH MẠCH CẢNH TRONG (THEO ĐƯỜNG DAILY)

ĐẶT CATHETER TĨNH MẠCH CẢNH TRONG (THEO ĐƯỜNG DAILY)

MỤC ĐÍCH:

Luồn catheter qua da vào tĩnh mạch cảnh trong bằng một kim dẫn bên ngoài (hoặc bằng phương pháp Desilet).

CHỈ ĐỊNH:

- Khi cần truyền dịch dài ngày để nuôi dưỡng người bệnh.
- Đo áp lực tĩnh mạch trung tâm.
- Đo áp lực buồng tim và động mạch phổi.

- Đo cung lượng tim.
- Tạo nhịp tim. Ghi điện thế bó His.
- Thận nhân tạo.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- U tuyết giáp quá to.
- Rối loạn đông máu.

CHUẨN BỊ:

Cán bộ chuyên khoa:

- 01 Bác sĩ chuyên khoa Hồi sức cấp cứu.
- 01 người phụ là Bác sĩ điều trị, y tá (điều dưỡng): đội mũ, áo, đeo khẩu trang, đeo găng vô khuẩn, đứng phía sau

Phương tiện:

- Catheter số 1,5-2 mm đường kính cho người lớn.
- Kim chọc qua da để luồn catheter.
- Dụng cụ tiểu phẫu thuật.
- Kim khâu da.
- Dụng cụ gây tê và Xylocain 1%.
- Bom tiêm.
- 01 lọ dung dịch NaCl 0,9% 500 ml có cắm dây truyền.

Người bệnh:

Được giải thích kỹ để khỏi sợ hãi (nếu còn tỉnh).

Nằm ngửa, đầu nghiêng sang một bên đối diện với bên chọc kim. Để người bệnh ở tư thế Trendelenburg nếu cần

Nơi thực hiện:

Tại buồng hồi sức cấp cứu đáp ứng yêu cầu kỹ thuật vô khuẩn.

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. Khử khuẩn vùng chọc, toàn bộ vùng trước cổ: gây tê tại chỗ chọc, trải khăn mỏ vô khuẩn.
2. Tìm tam giác Sedillot, chọc kim ở đỉnh tam giác, nghiêng một góc 30-45° so với cổ. Luồn kim vào sâu 1-2 cm tiêm vào kim, vừa chọc vừa hút đến khi thấy máu trào ra, tháo bơm tiêm, luồn catheter vào sâu 10-15 cm, cố địn dính trong.

THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN:

Theo dõi:

- Xem xét nơi chọc kim hằng ngày, khử khuẩn.
- Thay băng 2 - 3 ngày/ 1 lần.
- Chụp Xquang phổi tìm vị trí catheter.

Xử lý:

- Nhiễm khuẩn nơi chọc và nhiễm khuẩn huyết: rút catheter, cây đầu ống, kháng sinh.
- Tràn khí, tràn máu màng phổi: dẫn lưu.
- Tràn dưỡng tráp màng phổi: rút catheter
- Truyền dịch vào màng phổi: rút catheter, dẫn lưu màng phổi bằng 1 catheter nhỏ.
- Huyết khối tĩnh mạch cảnh trong, tĩnh mạch chủ trên.
- Tắc catheter: bơm mạnh một bơm tiêm dung dịch NaCl 0,9% vào catheter. Nếu vẫn tắc phải rút catheter hoặc
- Tắc mạch do khí lọt vào catheter: để người bệnh nằm đầu dốc nghiêng trái.
- Tràn máu màng ngoài tim do đầu catheter chọc qua thành mạch hoặc nhĩ phải.
- Chấn thương đám rối cánh tay, dây thần kinh quặt ngược, dây X, dây hoành do gây tụ máu.
- Rò động tĩnh mạch: thắt lỗ rò.
- Đứt ống thông do rút lui catheter trong khi kim chọc vẫn còn trong mạch máu: can thiệp phẫu thuật.

Tham khảo:

1. Claude Perret *et al*, “Le cathéterisme cardiaque droid en soins intensifs », Arnette, 1993, p. 31-35.

2. Fames M Rippe *et al*, « Intensive Care Medecine », Little, Brown, and company, 1996, p. 17-36.

250/ ĐẶT CATHETER TĨNH MẠCH TRUNG TÂM (Central Venous Catheter)

ĐẶT CATHETER TĨNH MẠCH TRUNG TÂM (Central Venous Catheter)

I. CHỈ ĐỊNH:

- Theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm
- Bù hoàn thể tích tuần hoàn
- Không lập được đường truyền ngoại biên
- Nuôi ăn tĩnh mạch dài ngày
- Truyền dung dịch có nồng độ cao
- Đặt máy tạo nhịp qua đường tĩnh mạch
- Thông tim, chụp mạch máu phổi
- Thảm phân máu

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH TUYỆT ĐỐI:

- Rối loạn đông máu
- Bệnh nhân hoặc thân nhân không đồng ý

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH TƯƠNG ĐỐI:

- Bất thường giải phẫu tại chỗ
- Viêm tế bào, bong, viêm da tại chỗ đặt

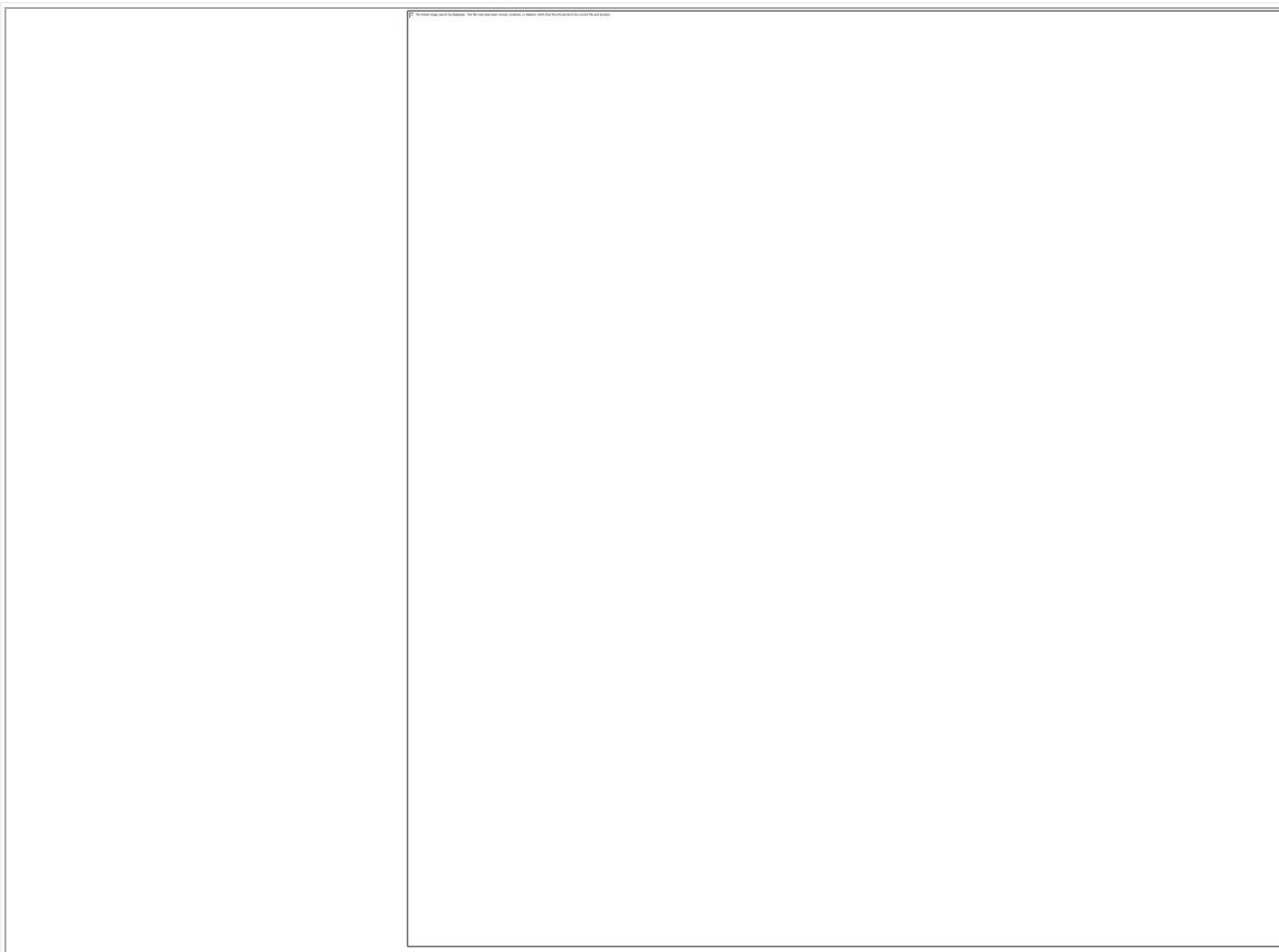
- Viêm mạch máu

IV. VỊ TRÍ ĐẶT CVC VÀ CÁC ƯU KHUYẾT ĐIỂM:

Vị trí	Ưu điểm	Bất lợi
Tĩnh mạch cảnh trong	<ul style="list-style-type: none"> - Dễ nhận biết và kiểm soát khi có xuất huyết - Hiếm khi có vị trí bất thường - Ít nguy cơ TKMP 	<ul style="list-style-type: none"> - Nguy cơ chọc vào động mạch cảnh - Có thể gây TKMP
Tĩnh mạch dưới đòn	Dễ chịu nhất với bệnh nhân tĩnh	<ul style="list-style-type: none"> - Nguy cơ cao nhất gây TKMP, không nên quản - Không nên làm ở trẻ < 2 tuổi
Tĩnh mạch đùi	<ul style="list-style-type: none"> - Dễ xác định - Không nguy cơ TKMP - Thuận lợi trong cấp cứu, hồi sức tim- phổi - Biến chứng nặng ít hơn 	<ul style="list-style-type: none"> - Nguy cơ nhiễm khuẩn cao nhất - Không thuận lợi cho bệnh nhân ngoại trú

IV.1. ĐẶT CVC TĨNH MẠCH DƯỚI ĐÒN:

- Tư thế bệnh nhân (BN):
 - BN nằm ngửa, đầu có thể quay về bên đối diện, tay duỗi
 - Tư thế Trendelenburg (10-15 độ)
- Vị trí chọc kim:
 - Thường bên phải, điểm nối 2/3 ngoài và 1/3 trong xương đòn
 - Kim nên đặt song song với da
 - Đưa kim hướng về khuyết trên ức (suprasternal) và ngay dưới xương đòn
 - Vừa đẩy kim vừa hút đến khi máu trào ngược vào ống chích => đầu kim đã vào tĩnh mạch
 - Luồn catheter vào khoảng 15 -17cm, cố định, gắn kết hệ thống đo CVP.



Hình 1: Tiếp cận đặt catheter tĩnh mạch dưới đòn

IV.2. ĐẶT CVC TĨNH MẠCH CẢNH TRONG:

- Tư thế BN:

- Nằm ngửa, tư thế Trendelenburg

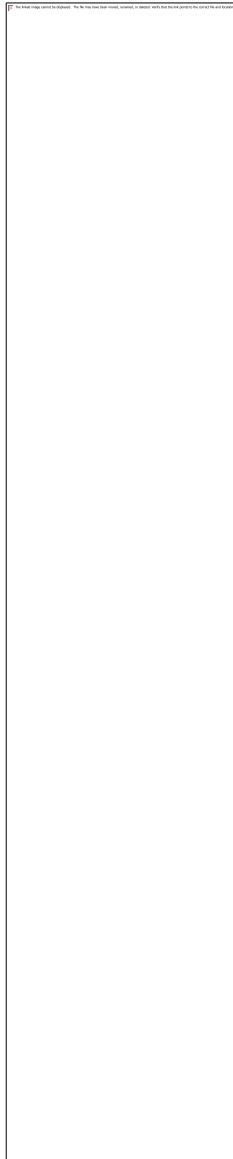
- Đầu xoay về bên đối diện

- Vị trí chọc kim:

- Thường bên phải

- Xác định tam giác tạo nên bởi xương đòn và bó úc và bó đòn của cơ úc đòn chũm

- Đặt nhẹ nhàng 3 ngón của bàn tay trái trên động mạch cảnh
- Chọc kim vào vị trí bên- ngoài động mạch cảnh, tạo với mặt da 30-40 độ
- Hướng kim về đầu vú cùng bên
- Tĩnh mạch thường nằm sâu khoảng 1-1,5 cm, tránh đi sâu hơn
- Vừa đẩy kim vừa hút đến khi máu trào ngược vào ống chích => đầu kim đã vào tĩnh mạch
- Luồn catheter vào khoảng 15-17 cm, cố định, gắn kết hệ thống đo CVP.



Hình 2: Sơ lược giải phẫu vùng động-tĩnh mạch cảnh trong

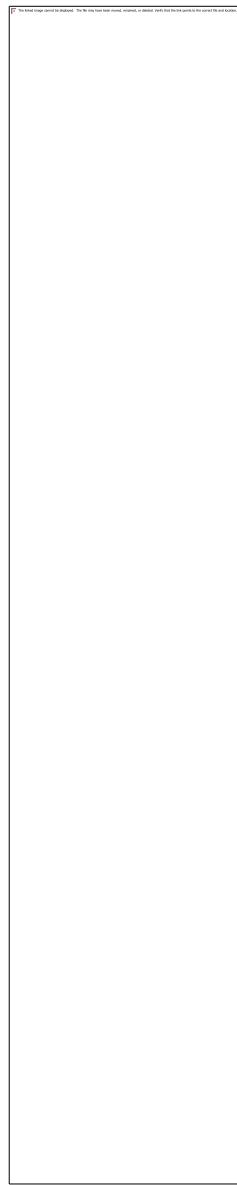


Hình 3: Tiếp cận đặt catheter tĩnh mạch cảnh trong

IV.3. ĐẶT CVC TĨNH MẠCH ĐÙI:

- Tư thế BN
- Nằm ngửa
- Vị trí chọc kim:
 - Bên trong động mạch đùi
 - Kim tạo góc 45 độ so với mặt da
 - Luồn kim khoảng 2 cm dưới dây chằng bẹn

- Hướng kim về phía rún



Hình 4: Sơ lược giải phẫu vùng động tĩnh mạch đùi

V. THEO DÕI:

- Chụp X-quang kiểm tra vị trí CVC trong mạch máu
- Kiểm tra thường xuyên các biến chứng có liên quan

VI. BIẾN CHỨNG:

Mạch máu:

- Thuyên tắc khí
- Chọc kim vào động mạch
- Rò động tĩnh mạch
- Bứu máu
- Tạo cục máu đông

Nhiễm khuẩn

- Nhiễm trùng da, nhiễm trùng huyết...

Biến chứng khác:

- Loạn nhịp tim
- Catheter đặt sai vị trí
- Tổn thương thần kinh
- Tràn khí màng phổi, tràn máu màng phổi, truyền dịch vào màng phổi, tràn máu trung thất
- Thủng bàng quang, ruột (đặt catheter tĩnh mạch đùi)

Tham khảo:

1. Clinical Procedures in Emergency Medicine, Roberts and Hedges, 4th edition, 2004
2. Clinician's Pocket Reference, Leonard Gomella, 8th edition, 1997
3. Atlas of Human Anatomy Frank Netter, 2nd edition, 1997

ĐẶT ỐNG NỘI KHÍ QUẢN QUA ĐƯỜNG MIỆNG CÓ ĐÈN SOI THANH QUẢN

MỤC ĐÍCH:

Đặt ống nội khí quản (NKQ) qua đường miệng có đèn soi là thủ thuật luồn ống nội khí quản qua miệng, thanh mề đay trong gây mê-hồi sức-cấp cứu.

CHỈ ĐỊNH:

- Cấp cứu ngưng tim, ngưng thở;
- Hỗ trợ hô hấp bằng bóng Ambu hoặc thở máy xâm lấn;
- Gây mê;
- Làm thông thoáng khí đạo khi có tắc nghẽn;
- Bảo vệ đường hô hấp ở bệnh nhân hôn mê hoặc liệt dây thanh...

CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Trật khớp hàm;
- Vỡ xương hàm;
- Phẫu thuật vùng hàm họng;
- Chấn thương cột sống cổ.

CHUẨN BỊ:

Nhân sự:

- Bác sĩ, điều dưỡng.

Phương tiện:

- Ống NKQ có bóng chèn kích cỡ phù hợp;
- Đèn soi thanh quản, nòng dẫn;
- Bóng Ambu;

- Máy hút đàm;
- Ống nghe;
- Monitor (nếu có) theo dõi: mạch, huyết áp, SpO₂ ;
- Nguồn oxy;
- Thuốc tiêm mê.

Người bệnh:

Tư thế nằm ngửa, uốn cột.

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

Tiêm mê: Midazolam 0,05 -0,1 mg/kg tĩnh mạch, có thể phối hợp thêm Fentanyl 1-1,5 mcg/kg tĩnh mạch.

Kỹ thuật:

- Bác sĩ đeo găng, tay trái cầm đèn soi thanh quản đưa vào bên phải lưỡi, chuyển vào đường giữa. Đưa dần lưỡi đèn lên 45° sẽ thấy nắp thanh môn;
- Dùng lưỡi đèn bật nắp thanh môn lên trên, bộc lộ hai dây thanh. Tay phải cầm ống NKQ đẩy vào giữa 2 dây thanh. Nhanh chóng bơm bóng chèn và cố định ống NKQ;
- Dùng bóng Ambu lắp vào ống NKQ, bơm bóng, nghe phổi, kiểm tra xem khí có vào đều 2 phổi không;
- Luồn Mayor vào miệng giữa 2 hàm răng, để người bệnh không cắn ống NKQ;
- Thực hiện mục tiêu cần đặt NKQ: giải bít tắc khí đạo, gắn kết với máy thở...

THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN:

Theo dõi:

- Kiểm tra vị trí của ống NKQ bằng chụp X-quang phổi.
- Đầu ống phải ở giữa 2 đầu xương đòn, khoảng giữa đến 1/3 dưới khí quản;
- Mạch, huyết áp, SpO₂;

- Khí máu động mạch.

Biến chứng:

- Ngưng tim do phản xạ: đấm mạnh vào vùng trước tim vài lần, tiếp tục bopolitan Ambu qua ống NKQ với Oxy
- Xuất huyết do chấn thương họng, nắp thanh môn;
- Viêm phổi.

252/ ĐỐT U PHỔI BẰNG SÓNG CAO TẦN

Đốt U phổi bằng sóng cao tần
(Radiofrequency ablation: RFA)

I. GIỚI THIỆU

- Sóng cao tần (RF) là sóng có bước sóng từ 3 kHz to 300 GHz.
- Đầu tiên được áp dụng trong việc đốt U gan khi việc ghép gan và cắt bỏ U không thể thực hiện được [1].
- Gần đây, sóng cao tần được dùng đốt U phổi không thể phẫu thuật được do bệnh lý nội khoa hay giai đoạn trễ.
- Đây là thủ thuật xâm lấn tối thiểu so cho phẫu thuật trong việc điều trị U phổi ác tính giúp giảm tỷ lệ tử vong và biến chứng.
- Giúp cải thiện được thời gian sống còn của bệnh nhân [5].

II. CHỈ ĐỊNH:

- U không phải tế bào nhỏ không thể phẫu thuật được vì bệnh nội khoa hay quá chỉ định phẫu thuật giai đoạn IIIA, IIIB, IIIC.
- Những U phổi còn tồn tại sau xạ trị và hóa trị hay những U mới xuất hiện sau sau phẫu thuật [1].
- U phổi thứ phát: từ ung thư đại tràng[7], thận hay gan...
- Lý tưởng là U < 3-3,5cm [1, 8].

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH [1]:

- U cách phế quản, khí quản và thực quản < 1cm
- U kèm theo xẹp phổi hoặc viêm phổi do tắc nghẽn
- Rối loạn đông máu không kiểm soát được
- Tình trạng thể lực (Performance status) từ độ III trở lên như: nằm trên giường > 12 giờ/ngày và cần sự chăm sóc
- Chóng chỉ định tương đối khi U nằm gần mạch máu lớn.

IV. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN[1]

- CT ngực
- Công thức máu
- TS, TC
- Đong máu toàn bộ
- Ngưng các thuốc chống đông như Heparin trước 1 ngày, Warfarin trước 5 ngày và thuốc chống kết dính tiểu cầu
- MRI não nếu có dấu thàn kinh định vị hoặc xạ hình xương nếu có đau xương.
- Giấy cam kết đồng ý làm thủ thuật.

V. GÂY MÊ HỒI SỨC:

- Gây mê tại chỗ sau đó cho ngủ bằng đường tĩnh mạch
- Dùng giảm đau bằng đường tĩnh mạch
- Oxy liên tục 6 lít/phút
- Theo dõi tim mạch và SpO₂ bằng monitoring

VI. NGUYÊN TẮC KỸ THUẬT:

- Kim điện cực để luôn vào u phổi
 - Hai bản điện cực áp vào hai đùi bệnh nhân
 - Máy phát sóng cao tần được cài đặt các thông số thích hợp theo kích thước khối U:
- * Nếu u 2cm: đặt nhiệt độ 90°C, công suất 50W, thời gian 10 phút.

* Nếu U 3cm: đầu tiên đẩy lồng kim điện cực vào 2cm đặt nhiệt độ 90⁰C, công suất 50W, thời gian 15 phút. Khi 3cm và đốt với nhiệt độ 90⁰C, công suất 70W, thời gian 15 phút.

* Nếu U 4cm: đầu tiên đẩy lồng kim điện cực vào 2cm đặt nhiệt độ 90⁰C, công suất 50W, thời gian 20 phút. Khi 3cm đặt nhiệt độ 90⁰C, công suất 70W, thời gian 20 phút, đốt ở nhiệt độ này 5 phút. Sau đó, đẩy tiếp lồng kim v

* Nếu U cm: đầu tiên đẩy lồng kim điện cực vào 2cm đặt nhiệt độ 90⁰C, công suất 50W, thời gian 27 phút. Khi đặt nhiệt độ 90⁰C, công suất 70W, thời gian 27 phút, đốt ở nhiệt độ này 2 phút. Đẩy tiếp lồng kim vào 4cm đặt c

VII. SAU THỦ THUẬT[1]

- Chụp lại CT scans xem có biến chứng: TKMP, TDMP hay xuất huyết trong nhu mô phổi không?
- Nằm nghiêng về bên đốt U
- Nghỉ ngơi tại giường khoảng 2 giờ
- Có thể xuất viện sau 01 ngày.
- Nên kết hợp với hóa hoặc xạ trị

VIII. ĐÁNH GIÁ ĐÁP ỨNG CỦA ĐIỀU TRỊ: CT sau 01 tháng[1]

- Đường kính khói U giảm >30%
- Không bắt thuốc cản quang
- Không có tổn thương nốt mới quanh chỗ đã đốt
- Nếu khói U còn tăng quang, có thể đốt lại lần 2 [10].

IX. BIẾN CHÚNG[1]

- Tỷ lệ tử vong khoảng 0.4%
- Tràn khí màng phổi 30% (< 10% phải đặt ống dẫn lưu)
- Tràn dịch màng phổi # 10%
- Ho ra máu, tràn khí dưới da và nhiễm trùng.
- Chảy máu trong nhu mô phổi khoảng 10%

253/ ĐỘC TÍNH GAN DO THUỐC LAO

ĐỘC TÍNH GAN DO THUỐC LAO

(A)

I. Mở đầu:

Độc tính gan (ĐTG) do thuốc lao là một trong những tác dụng phụ do thuốc lao thường gấp và trầm trọng nhất. đáng kể và làm giảm hiệu quả điều trị do bệnh nhân không tuân thủ điều trị, thất bại điều trị, tái phát bệnh và ngay độc tính gan theo thứ tự Z>H>R. Thường xảy ra trong hai tháng đầu nhưng cũng có thể xảy ra bất kỳ thời điểm.

Các yếu tố nguy cơ: tuổi (<5 hay > 60), giới tính (nữ > nam), suy dinh dưỡng, nhiễm HIV, bệnh gan có trước, vi chuyền hóa chậm, Cytochrome P450 2E1, Glutathione S-transferase), uống rượu, phác đồ cho mỗi ngày có tỷ lệ ĐTG trong giai đoạn tấn công gấp nhiều hơn trong cung cấp.

II. Định nghĩa và chẩn đoán:

A- Định nghĩa ; tăng alanine amino transaminase (ALT) gấp 3 hay 5 lần giá trị bình thường có hay không có các lao.

Theo định nghĩa của WHO:

Mức độ 1: (nhẹ) 2,5 lần giá trị bình thường (ALT 51-125 U/l)

Mức độ 2: (vừa) 2,5-5 lần giá trị bình thường (ALT 126-250 U/l)

Mức độ 3: (trung bình) 5-10 lần giá trị bình thường (ALT 251-500 U/l)

Mức độ 4: (nặng) > 10 lần giá trị bình thường (ALT> 500 U/l)

Theo tính chất:

- Tổn thương tế bào gan: ALT>3 và chỉ số R (ALT/PK)>5
- Út mật: R<2
- Hỗn hợp: 2<R<5

B- Chẩn đoán:

1. Bệnh nhân được chẩn đoán là lao và đang điều trị với các thuốc lao có ảnh hưởng đến gan như R,H.Z.

2. Bệnh nhân có các triệu chứng sau: mệt mỏi, chán ăn, buồn nôn, nôn, vàng da, vàng mắt, nước tiểu sậm màu, dày ruột, chảy máu, lú lẫn, hôn mê.

3. Xét nghiệm men gan (ALT, AST và Bilirubin) ban đầu khi chưa điều trị lao bình thường. Chú ý giá trị ban đầu.

Khi xảy ra độc tính gan do thuốc lao men AST tăng năm lần giá trị bình thường (gtbt) hay AST tăng ba lần gtbt gấp 2 lần.

4. Khi ngưng các thuốc lao, các trị số trên (AST, Bilirubin) trở về bình thường.

5. Loại trừ các nguyên nhân khác viêm gan (như viêm gan siêu vi, các thuốc khác...).

III. Các xét nghiệm cần làm

ALT, AST, Bilirubin (TP/TT/GT), Phosphatase kiềm, γ glutamine transfersa (γ GT), Prothrombin, INR, Protein antiHCV, Elisa HIV, siêu âm tổng quát chú ý gan, NH3 máu.

IV. Xử trí:

1- Ngưng các thuốc lao gây độc gan (R,H,Z).

2- Điều trị triệu chứng cho đến khi các men gan (ALT, Bilirubin) trở về bình thường.

3- Nếu lao nặng cần điều trị, có thể dùng S,E +/- Quinolone.

4- Thủ thuốc lao từng loại 1 với liều đủ trong thời gian một tuần cho mỗi loại theo thứ tự R->H->Z.

.Trong các nghiên cứu gần đây theo hội lồng ngực Anh (BTS) và hội lồng ngực Mỹ (ATS) khuyến cáo dùng lại Force có thể dùng lại cùng một lúc các thuốc lao. Tỷ lệ tái phát ĐTG là: dùng đồng thời (13,8%), dùng lần lượt khác nhau).

. Z có thể dùng trong một vài trường hợp nhẹ, cân nhắc giữa lợi và hại trong trường hợp ĐTG nặng.

5- Sau một tuần có thể đánh giá lại ALT, Bilirubin.

6- Nếu thuốc lao nào làm tăng men gan sẽ kết luận thuốc này làm độc tính gan.

V. Các phác đồ thay thế:

1. 9 tháng với RHE không có Z có thể dùng cho đến khi có kết quả kháng sinh đò. Công thức 2SRHE/6HE có thể được.

2. 12-18 tháng với RE ở bệnh nhân xơ gan. Fluoroquinolone có thể dùng.

3. Nếu cả R và H không thể dùng. E+fluoroquinolone, cycloserine +/- aminoglycoside trong 18-24 tháng. Hội c

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Natalia Saldanha Magalhaes Coca, M. S. O., Izabela Voieta, Carlos Mauricio de Figueiredo Antunes and Jose "Antituberculosis drug-induced hepatotoxicity: a comparison between patients with and without human immunodeficiency virus". Sociedade Brasileira de Medicina Tropical **43**(6): 624-628.
2. S-W.Lee, L. S.-C. C., T-Y.Chuang, Y-H.Liou, L.S-H.Wu (2010). "NAT2 and CYP2E1 polymorphisms and susceptibility to drug-induced hepatitis". Int J Tuber Lung Dis **14**(5): 622-626.
3. T Wang, H. Y., W Wang, YY Pan, LX He and ZY Wang (2010). "Genetic Polymorphisms of Cytochrome P450 2E1 and NAT2 with Antituberculosis Drug-induced Hepatotoxicity in Chinese Tuberculosis Patients." The Journal of International Antituberculosis and Respiratory Care **102**: 935-939.
4. Jussi J. Saukkonen, D. L. C., Robert M. Jasmer, Steven Schenker, John A. Jereb, Charles M. Nolan, Charles A. Parker, Dorothy B. Strader, John Bernardo, Raman Venkataramanan, and Timothy R. Sterling. (2006). "An Official ATS Clinical Practice Guideline: Management of Antituberculosis Therapy." Am J Respir Crit Care Med **174**: 935-952.
5. Surendra K. Sharma, R. S., Pawan Sarda, Alladi Mohan, Govind Makharia, Arvind Jayaswal, Vishnubhatla Srikanth, and S. S. S. Reddy. "Different Reintroduction Regimens of Antituberculosis Drugs after Development of Antituberculosis treatment-Induced Liver Disease" **50**: 833-839.
6. Dr Aziah Ahmad Mahaydin. Institute of Respiratory Medicine Malaysia. Management of Anti-tuberculosis drugs in the Asia-Pacific Region Conference of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 8-11 July 2011.
7. Bs Phan Vương Khắc Thái và cs. Nhân 11 trường hợp độc tính gan do thuốc lao.. Thời sự y dược học thành phố Hồ Chí Minh **275**: 275-27

254/ ĐỘT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

ĐỘT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

I. ĐTNH NGHĨA:

Đột cấp BPTNMT là một sự kiện xảy ra trong diễn tiến tự nhiên của bệnh được đặc trưng bởi một sự thay đổi có thể xảy ra nhanh chóng và không lường trước, vượt quá mức thông thường hàng ngày của người bệnh, xảy ra cấp tính và có thể đưa đến thay đổi của thuốc sử dụng.

II. CHẨN ĐOÁN:

A. Bệnh nhân chưa được chẩn đoán BPTNMT:

Nghĩ nhiều đến đợt cấp BPTNMT khi:

- Tuổi > 40.
- Đã hoặc đang hút thuốc lá.
- Khó thở, khò khè, nặng ngực, ho, khạc đàm nhiều.
- Ran phế quản 2 phế trường.
- Xquang phổi : Có thể có hình ảnh khí phế thủng phổi (Phổi tăng sáng 2 bên, có kén khí, lồng ngực hình thùng).

B. Bệnh nhân đã được chẩn đoán là BPTNMT

Có 1 trong 3 triệu chứng chính

- 1 . Tăng khó thở kèm theo khò khè, nặng ngực.
2. Tăng số lượng đàm.
3. Thay đổi màu sắc và tính chất của đàm.

Các triệu chứng phụ: Khò khè, nặng ngực, đau ngực, ho, thở nhanh, nhịp tim nhanh, mệt l้า, sốt, mất ngủ, tràn dịch màng phổi.

III. XỬ TRÍ:

A. Tại phòng khám ngoại trú:

1. Chụp Xquang phổi, đo pulse oxymetry, thử công thức máu, đường huyết , điện giải đồ , chức năng gan ,chức năng thận kèm khác.
2. Tăng liều hoặc số lần dùng thuốc giãn phế quản.
3. Dùng thêm corticoid uống nếu FEV1 trước đây < 50% P.

Prednisolone 30 - 40 mg/ngày X 7 - 10 ngày.

4. Dùng kháng sinh uống nếu có 2 trong 3 triệu chứng: tăng khó thở, tăng lượng đàm, đàm mủ, trong đó đàm mủ.

♦♦♦ Chỉ định nhập viện:

- ❖ Tăng độ nặng của các triệu chứng mặc dù đã có xử trí tại phòng khám.
- ❖ BPTNMT ở phân độ nặng III, IV.

- ❖ Xuất hiện các triệu chứng mới (tím tái, phù ngoại biên).
- ❖ Có bệnh lý đi kèm nặng.
- ❖ Thường xuyên bị đợt cấp BPTNMT.
- ❖ Rối loạn nhịp tim mới xuất hiện.
- ❖ Chẩn đoán chưa chắc chắn.
- ❖ Người già.
- ❖ Không có người chăm sóc tại nhà.

B. Tại khoa nội trú:

1. Đánh giá độ nặng của bệnh căn cứ vào:

- ❖ Khai thác bệnh sử : Phân đô BPTNMT trước đây, số lần có đợt cấp trước đây.
- ❖ Nhận định các bệnh lý đi kèm.
- ❖ Khám lâm sàng: Dấu hiệu sinh tồn, quan sát cơ hô hấp phụ, mức độ đáp ứng điều trị.
- ❖ Đo SpO₂.
- ❖ Đo khí máu động mạch
- ❖ Xquang phổi, đo ECG.

	Nhẹ	Vừa
Bệnh đi kèm	+	+++
Mức độ thường xuyên vào đợt cấp	+	+++
Phân đô COPD trước đây	Nhẹ/Vừa	Vừa
Huyết động học	On định	On c
Co kéo cơ hô hấp phụ, nhịp tim nhanh	Không	++
Triệu chứng kéo dài sau khi bắt đầu điều trị	Không	++

2. Xử trí:

- Nhẹ: Có thể điều trị ngoại trú hoặc nằm viện ngắn ngày.

- Vừa và Nặng:

❖ Nhập viện theo dõi sát.

❖ Xét nghiệm máu: Công thức máu, điện giải đồ, chức năng gan, chức năng thận.

❖ Cấy đàm tim tạp trùng.

MỨC ĐỘ VÙA:

1. Dùng thuốc giãn phế quản:

❖ Tăng liều hoặc số lần dùng thuốc.

❖ Dùng buồng đệm hoặc máy phun khí dung và nén phổi hợp đồng vận P2 và kháng cholinergic.

+ Đồng vận P2: Ventolin 5mg/ml phun khí dung mỗi 6 - 8g.

+ Kháng cholinergic + đồng vận P2: Combivent 1 - 2 ống hoặc Berodual 40 giọt, phun khí dung mỗi 6 - 8 giờ.

2. Thở oxy liều thấp 2 - 3 l/ph nếu SpO₂ < 90%.

3. Glucocorticosteroid

❖ Đường uống (Prednisolone 30 - 40 mg/ngày x 7 -14 ngày) hoặc đường tiêm (Solumedrol 40mg - 60mg/ ngày).

4. Dùng kháng sinh nếu có đàm mủ và ít nhất 1 trong 2 triệu chứng: tăng khó thở, tăng lượng đàm. Chọn lựa kháng sinh:

❖ Đường uống: Amoxicillin/clavulanate; Fluoroquinolones hô hấp (gatiloxacin, levofoxacin, moxifloxacin).

❖ Đường chích: Amoxicillin/davulanate;

Ampicillin/Sulbactam; Cephalosporins thế hệ 2, 3; Fluoroquinolones (levofoxacin, moxifloxacin).

❖ Lưu ý dùng kháng sinh sớm và phối hợp trong các trường hợp có 1 hoặc nhiều yếu tố nguy cơ tiên lượng nặng có > 3 đợt cấp/ 1 năm, dùng KS trong 3 tháng gần đây.

5. Thường xuyên theo dõi:

❖ Nước và điện giải, thăng bằng kiềm toan bằng ion đồ và khí máu động mạch.

❖ Chế độ dinh dưỡng.

❖ Tầm soát và điều trị các bệnh đi kèm (suy tim, rối loạn nhịp tim, đái tháo đường, cao huyết áp).

MỨC ĐỘ NẶNG

1. Thở oxy liều thấp, theo dõi bằng khí máu động mạch.

2. Xét chỉ định thông khí không xâm lấn: Có ít nhất 2 trong 3 tiêu chuẩn sau:

❖ Khó thở vừa tới nặng có co kéo cơ hô hấp phụ và thở bụng nghịch thường.

❖ Toàn hô hấp từ trung bình tới nặng ($pH < 7,35$) và/hoặc tăng thán khí trong máu ($paCO_2 > 45\text{mmHg}$).

❖ Nhịp thở > 25 lần/phút.

Chống chỉ định TKKXL

Ngưng thở; Tim mạch không ổn định như tụt huyết áp, rối loạn nhịp tim, nhồi máu cơ tim; Thay đổi tri giác, b้า quát đặc; Mới vừa phẫu thuật đường tiêu hóa hoặc vùng mặt; Chấn thương đầu mặt; Bất thường vùng hâu họng;

- Dùng thuốc giãn phế quản:

❖ Tăng liều hoặc số lần dùng thuốc.

❖ Phối hợp đồng vận P2 và kháng cholinergic.

❖ Dùng buồng đệm hoặc máy phun khí dung.

❖ Nếu không cải thiện, có thể dùng Terbutaline 0,25mg tiêm dưới da mỗi 4 giờ hoặc Aminophyllin truyền TM.

3. Glucocorticosteroid

❖ Đường tiêm (Solumedrol 40mg - 60mg/ ngày X 14 ngày).

4. Dùng kháng sinh nếu có đàm mủ và ít nhất 1 trong 2 triệu chứng: tăng khó thở, tăng lượng đàm. Chọn lựa kháng đàm:

❖ Lưu ý dùng kháng sinh sóm và phối hợp.

❖ Nếu nghi ngờ nhiễm Pseudomonas (Vừa nhập viện gần đây, dùng KS > 4 lần / năm, BPTNMT nặng, phân lỏng ổn định). Cần dùng kháng sinh levofloxacin liều cao +/- carbapenem, cefoperazone/sulbactam liều cao. Sau đó c

5. Thường xuyên theo dõi:

- ❖ Nước và điện giải, thăng bằng kiềm toan.
 - ❖ Chế độ dinh dưỡng.
 - ❖ Tầm soát và điều trị các bệnh đi kèm (suy tim, rối loạn nhịp tim, đái tháo đường, cao huyết áp).
- Xét chỉ định chuyển Khoa Hồi sức Cấp cứu
- ❖ Chỉ định nhập HSCC:
 - ❖ Khó thở nặng không đáp ứng điều trị tại khoa nội trú.
 - ❖ Thay đổi tri giác (lú lẫn, lơ mơ, hôn mê)
 - ❖ Hạ oxy máu kéo dài hoặc ngày càng nặng ($\text{paO}_2 < 40 \text{ mmHg}$) và/hoặc tăng thán khí trong máu nặng ($\text{paCO}_2 >$ măc dù đã thở oxy).
 - ❖ Rối loạn huyết động (cần dùng vận mạch).
 - ❖ Có chỉ định thông khí xâm lấn.
 - ❖ Chỉ định thông khí xâm lấn
 - ❖ Không dung nạp được với thông khí không xâm lấn hoặc thông khí không xâm lấn thất bại.
 - ❖ Khó thở nặng, co kéo cơ hô hấp phụ hoặc thở bụng nghịch thường.
 - ❖ Nhịp thở > 35 lần /phút.
 - ❖ Thiếu oxy máu trầm trọng đe dọa tử vong.
 - ❖ Toan máu nặng ($\text{pH} < 7,25$) và/hoặc tăng thán khí trong máu $\text{paCO}_2 > 60 \text{ mmHg}$.
 - ❖ Ngưng thở.
 - ❖ Rối loạn tri giác, ngủ gà.
 - ❖ Biến chứng tim mạch (tụt huyết áp, shock)
 - ❖ Các biến chứng khác (rối loạn chuyển hóa, nhiễm trùng, viêm phổi, thuyên tắc phổi, tràn dịch màng phổi lượ

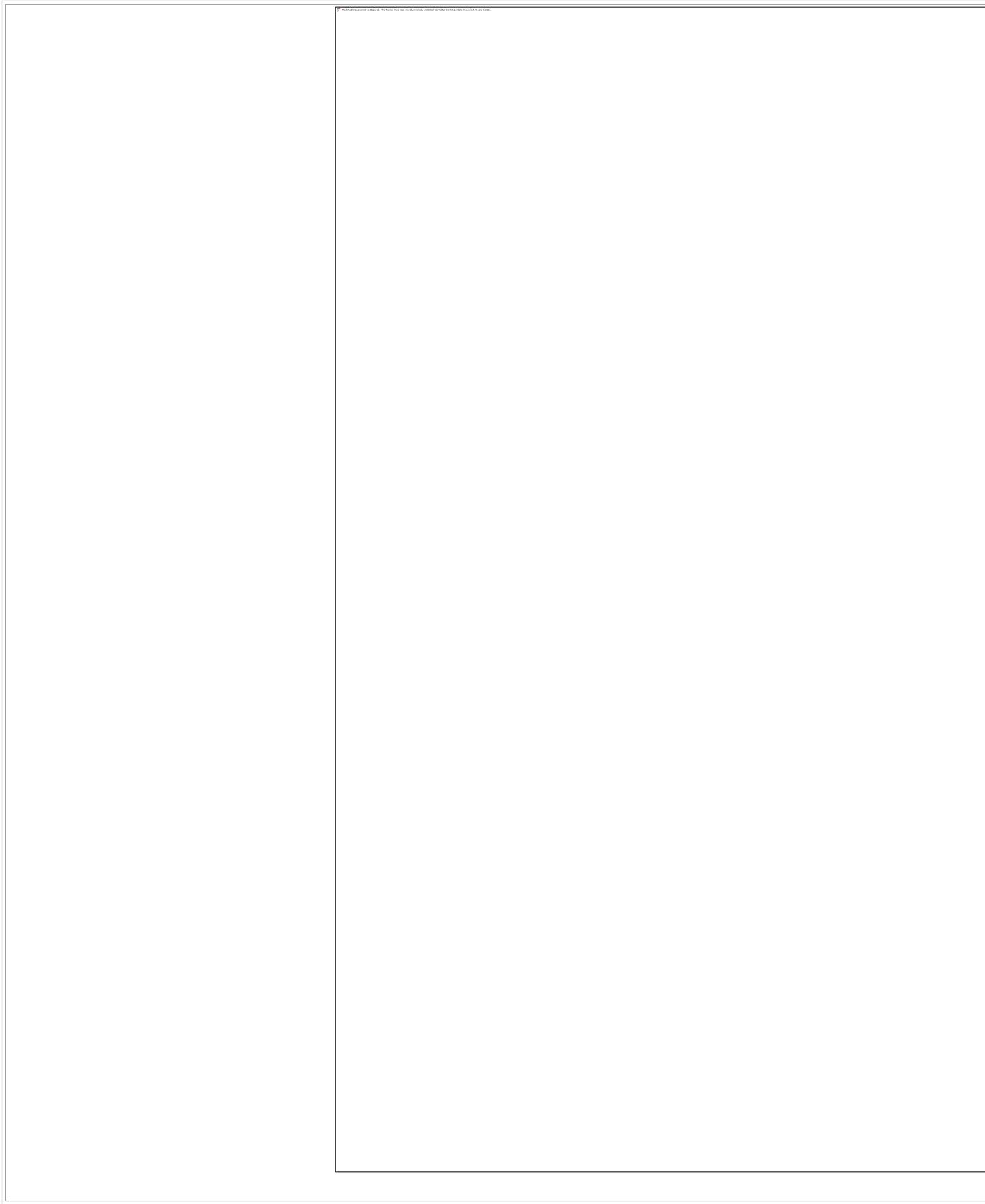
IV. XUẤT VIỆN & THEO DÕI:

Bệnh nhân có thể được xuất viện khi :

1. Tình trạng lâm sàng ổn định ít nhất 24g.
2. Chỉ cần dùng thuốc kích thích P2 2 - 4 lần mỗi ngày.

Theo dõi sau xuất viện:

1. Giới thiệu đến khám và theo dõi tại phòng khám chuyên khoa hô hấp (Phòng khám suyễn BVPNT hoặc tại đị...
2. Giới thiệu đến tham gia các chương trình giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân BPTNMT, vận động cai thuốc lá, chủng phòng cúm...
3. Xem xét nhu cầu thở oxy dài hạn tại nhà.



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. B.R. Celli, W. MacNee, "Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the 23: 932-946.
2. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Cop

Phác Đồ Điều Trị Bệnh Mắt - Bệnh Viện Mắt TP.HC

255/PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ MẮT - NHÃN KHOA - BỆNH VIỆN MẮT

256/PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO NẤM

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO NẤM

I. Thuốc dùng tại mắt: thuốc điều trị đầu tay là Natamycin 5%

* Natamycin 5% (Col. Natamycin, Natadrop, Euronicin 5%) nhỏ mỗi giờ trong ngày đầu sau đó giảm liều và du

* Nếu không đáp ứng lâm sàng thì kết hợp thêm:

- Nấm sợi : Fluconazole (Col. Zocon 0.3%)
- Nấm men: Amphotericine B (Col. Fungizone 0.15%)

II. Thuốc toàn thân: dùng trong VGM sâu, nặng: viêm củng mạc; viêm nội nhãn

* Ketoconazole 200mg: (Ketoconazole, Nizoral)

- Liều 200mg x 2 lần / ngày

- Mỗi đợt điều trị kéo dài 3 tuần (có thể kéo dài đến 2 tháng)
 - * Itraconazole 100mg : (Sporal)
 - Liều 200mg x 1 lần / ngày
 - Mỗi đợt điều trị kéo dài 3 tuần (có thể kéo dài tùy bệnh trạng)
 - Tiêm Amphotericine B 5g/0,1ml nhu mô

III. Điều trị phụ trợ:

- * Col.Atropin 1% x 2 lần / ngày
- * Cạo biểu mô giác mạc 24 - 48 giờ/ lần
- * Gọt bè mắt vết loét
- * Châm Betadin 5%/ ngày
- * Thuốc bảo vệ gan mật (Bar)
- * Vitamin nâng tổng trạng, giảm đau, hạ áp nếu có tăng áp
- * Chú ý: , , ,
- * Thuốc kháng nấm nên uống vào giữa bữa ăn để được hấp thu tối đa
- * Làm xét nghiệm chức năng gan sau 3 tuần dùng kháng nấm uống
- * Đổi thuốc kháng nấm nếu không thấy hiệu quả sau 2 tuần điều trị
- * Tiêm DKM chỉ dùng trong loét nặng, viêm cung mạc, viêm nội nhãn
- * Tác dụng hiệp đồng: Col Fungizone 0.15% + Rifamycine tiêm DKM
- * Tài liệu tham khảo:
 1. Ehlers, Justis P.; Shah, Chirag P. (2008) Wills Eye Manual.
 2. F. Hampton Roy, Frederick W. Fraunfelder (2008). Current Ocular Therapy.
 3. Krachmer Mannis Holland (2005). Cornea
 4. Smolin and Thoft's (2005). The Cornea

257/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ÁP XE TÚI LÊ

Phác đồ điều trị Áp xe túi lê

I. Triệu chứng

a) . Chủ quan:

- Tiền cản chảy nước mắt sống, ghèn nhầy, mũ.
- Đau, đỏ, sưng phần mềm vùng khói trong dưới mắt.

b) . Khách quan:

- Vùng góc trong sưng tấy, đỏ, ấn rất đau.

II. Chẩn đoán phân biệt:

- Các u vùng khói trong mắt.
- Viêm túi lê mẫn.

III. Nguyên nhân:

Thường thứ phát sau tắc nghẽn ống lệ mũi. Bệnh có thể cấp hay慢 tính. Vì khuẩn gây bệnh thường gặp là Sta

IV. Cận lâm sàng:

- Máu: CTM, Ts - TC, Glycemie.
- Khám nội khoa tim phổi.

V. Điều trị:

1. Phẫu thuật:

- Gây tê vùng lè quản túi lè = Xylocain 2%.
- Rạch rộng vùng áp-xe (abcès) dẫn lưu mủ.
- Rửa bằng Povidine 5%.
- Đặt Penrose dẫn lưu.

2. Thuốc hậu phẫu:

- Kháng sinh
 - * Nhỏ tại chỗ x 7 ngày.
 - * Uống x 5 ngày.
- Kháng viêm: Uống x 5 ngày.
- Giảm đau: Uống x 5 ngày.

VI. Theo dõi:

- * Thay penrose dẫn lưu mỗi ngày nếu cần đặt trên 24h. Rút dẫn lưu khi vết rạch sạch, không còn mủ hay dịch tiết.
- * Đề hở vết thương, rửa vết thương 2 lần ngày đến khi khô sạch.

258/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TẠO CÙNG ĐỒ GHÉP DA MỠ

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TẠO CÙNG ĐỒ GHÉP DA MỠ

I. TRIỆU CHỨNG

- ❖ **Chủ quan:** mắt giả không cân xứng trong hốc mắt
- ❖ **Khách quan:** rót mắt giả

II. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

Không có

III. NGUYÊN NHÂN

- ❖ Xáo trộn hệ thống dây chằng trong hốc mắt sau cắt bỏ nhãn cầu
- ❖ Mõ hốc mắt sa xuống dưới do tác động động trọng lực

IV. CẠN LÂM SÀNG:

Xét nghiệm thường qui trước phẫu thuật

V. ĐIỀU TRỊ

Chỉ Định:

- ❖ Trong trường hợp cạn cùng đồ toàn bộ
- ❖ Chỉ định tuyệt đối cạn cùng đồ dưới
- ❖ Chỉ định tường đồi cạn cà trên và dưới.
- ❖ Hỗm mắt nhiều

Chống chỉ định:

- ❖ Mắt đã nạo vết hốc mắt , hốc mắt có xạ trị
- ❖ Hốc mắt co rút nhiều, thiếu dưỡng
- ❖ Thể trạng gầy yếu.

QUI TRÌNH PHẪU THUẬT:

1. Lấy mảnh da

Gây tê tại chỗ vùng lấy da mờ, thường lấy vùng mông 1/3 ngoài, của đường nối mào chậu - xương cùng, mảnh da thước không quá 24mm đường kính, độ sâu tùy thuộc vào tình trạng của hốc mắt, cắt lọc lớp thượng bì và khâu

2. Ghép mảnh da vào hốc mắt.

- Rạch kết mạc cùng đồ, hạn chế đốt, cầm máu kỹ.
- Tách rộng mô xơ dưới kết mạc.
- Đưa mảnh ghép da mỡ vào vùng hốc mắt, khâu mảnh da tận niêm mạc vào kết mạc bằng chỉ Vycryl 5.0
- Đặt khuôn va khâu cò tạm.

Chăm sóc hậu phẫu:

- ❖ Sau 2 tuần có thể tháo chỉ cò tạm
- ❖ Đặt khuôn tạm, tránh làm khô bết mặt mảnh ghép
- ❖ Đặt mắt giả sau 8 tuần nếu mảnh ghép yên (mảnh da hồng, sạch)

VI. THEO DÕI

259/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SỤP MÍ VÀ LIỆT VẬN NHÃN (Do nhược

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SỤP MÍ VÀ LIỆT VẬN NHÃN

I. TRIỆU CHỨNG

- ❖ *Chủ quan*: song thị
- ❖ *Khách quan*
 - ❖ Độ sụp mí không ổn định có hoặc không, kèm song thị do liệt cơ ngoại nhãn.
 - ❖ Test nước đá (dương tính)
 - ❖ Dấu Cogan (dương tính)
 - ❖ Có tiền sử khỏi bệnh rồi tái phát

II. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- ❖ Hội chứng CPEO
- ❖ Liệt thần kinh vận nhãn

III. NGUYÊN NHÂN

Úc chế dẫn truyền thần kinh qua cơ

IV. CẬN LÂM SÀNG

- ❖ CT scan ngực loại trừ U tuyến úc.
- ❖ Xét nghiệm kháng thể kháng thụ thể Acetylcholine.

V. ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị

- ❖ Không điều trị tại chuyên khoa mắt khi Bn có tiền sử khó thở hoặc có yếu liệt cơ chi.
- ❖ Tình trạng nhiễm trùng ngẫu nhiên như cảm cúm có thể làm bệnh trở nặng
- ❖ Điều trị ngoại trú bằng thuốc MESTINON 60mg 3-4 lần/ ngày tùy thể trạng và độ nặng của bệnh.
- ❖ Khi Mestinon không còn hiệu quả cho vào nội trú điều trị corticoide.
- ❖ Chỉ phẫu thuật treo mí khi điều trị thuốc không còn hiệu quả và độ sụp nặng gây trở ngại sự nhìn.

VI. THEO DÕI:

Điễn biến nặng của bệnh: khó thở, khó nuốt

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ad Hoc Committee on Ophthalmic Procedures Assessment of the American Academy of Ophthalmology. Botulinum toxin therapy of eye muscle disorders. Ophthalmology. 1989;96(suppl)
2. Metz HS, Mazow M. Botulinum treatment of acute sixth and third nerve palsies.

Graefe's Arch ClinExpOphthalmol.1988;226:141-4.

3. Fells P. Management of paralytic strabismus. Br J Ophthalmol. 1974; 58:255-65.
4. Scott AB, Kraft SP. Botulinum toxin injection in the management of lateral rectus paresis. Ophthalmology. 1992; 99:142-7.
5. Holmes JM, Beck RM. Botulinum toxin treatment versus conservative management in acute traumatic sixth nerve palsy. J Neurosurg. 1994; 81:103-7.
6. Dawson EL, Tucker MG. The role of botulinum toxin A in acute-onset esotropia. Ophthalmology, 1999, 106: 187-92.

Chữ ký	Người soạn thảo	Người kiểm tra	Người kiểm tra
Họ và tên	BS. Ng.Tr. Thúy Hằng	BS. Ng.Tr. Thúy Hằng	BS Bùi Thị Thu Hương
Chức danh	Bs. Phó Trưởng Khoa	Bs. Phó Trưởng Khoa	Trưởng phòng KHTH

260/ PHÁC ĐỒ DÙNG BOTILIUM TOXIN A ĐIỀU TRỊ CO GIẬT N在线咨询

PHÁC ĐỒ DÙNG BOTILIUM TOXIN A ĐIỀU TRỊ VÀ CO QUẮP MÍ VÔ CĂN

I. TRIỆU CHỨNG

1. Khó mở mắt,
2. Co giật mí và miệng không tự ý

II. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- ❖ Nháy mắt do tâm lý
- ❖ Rung cơ vòng thoáng qua

III. Nguyên nhân

Loạn trương lực cơ

IV. Cận lâm sàng: không

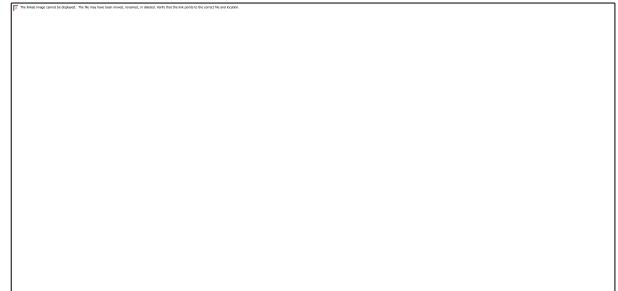
V. Điều trị

Tiêu chuẩn chọn bệnh

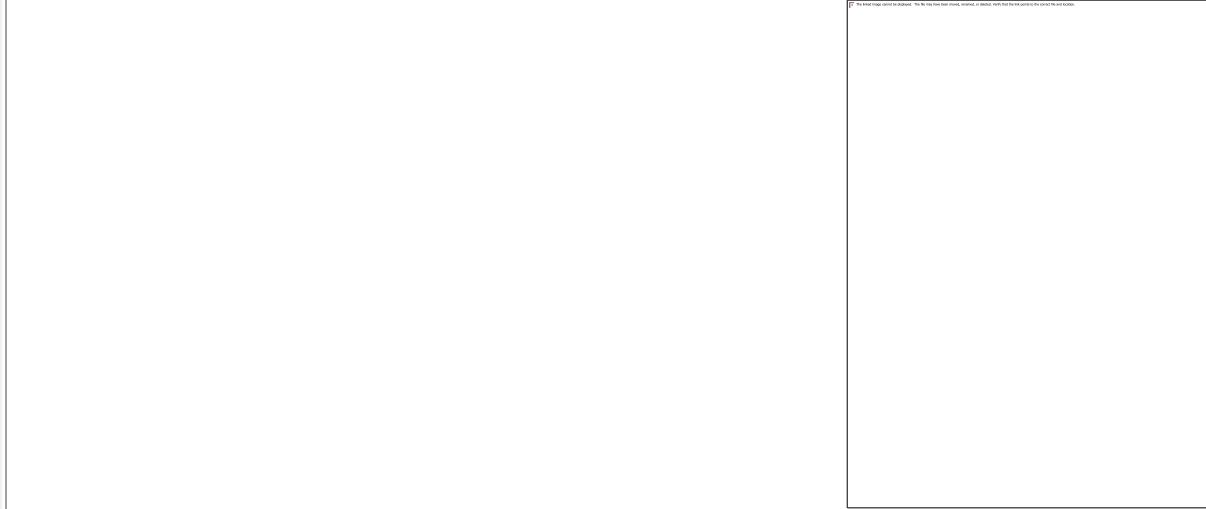
- ❖ Tuổi từ 18 trở lên
- ❖ Độ co giật gây ảnh hưởng mỹ quan và trở ngại công việc
- ❖ Bệnh nhân chấp nhận được tiêm thuốc sau khi thông báo đầy đủ
- ❖ Không mắc bệnh nhược cơ hay nghi ngờ có bệnh nhược cơ

Lieu va vị trí tiêm:

Co quắp mi vô căn : theo F. LAVENANT Marseille-2002



Co giật nửa mặt: theo Moshe Snir - Israel , AJO-3/2003



VI. THEO DÕI

Tiêu chuẩn đánh giá

Co quắp mí vô căn

- ♦ Tốt : Mở mắt tự nhiên,hết co quắp mí
- ♦ Hài lòng: Mở mắt được nhưng còn có găng co quắp mí thỉnh thoảng
- ♦ Chưa đạt: Mở mắt còn khó khăn mặc dù co quắp mí có giảm

Co giật nứa mặt

- ♦ Tốt : Hết động tác giật
- ♦ Hài lòng : Động tác giật giảm nhiều, mí vẫn còn mẩy nhẹ, tần số thưa thớt
- ♦ Chưa đạt : Động tác giật có giảm về cương độ và tần số nhưng người khác vẫn thấy được.

Biến chứng

- ♦ Sụp mí
- ♦ Hở mí
- ♦ Song thị

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Holds JB, White GL Jr, Thiese SM, Anderson RL. Facial dystonia, essential blepharospasm and hemifacial spasm. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1986;49:100-3.
2. Patrinely JR, Anderson RL. Essential blepharospasm: A review. *Geriatr Ophthalmol*. Jul/Aug 1986;27-33.
3. Jankovic J, Hallett M. Therapy with botulinum toxin. New York, Hong Kong: Marcel Dekker;1994:191-7.
4. Siatkowski RM, Tyutyunikov A, Biglon AW, *et al.* Serum antibody production to botulinum A toxin. *Ophthalmology*. 1986;93:100-3.
5. Dutton JJ, Buckley EG. Botulinum toxin in the management of blepharospasm. *Arch Neurol*. 1986;43:380-3.
6. Wilkins RH, Hemifacial spasm: A review. *Surg Neurol*. 1991;36:251-77.

Chữ ký	Người soạn thảo	Người kiểm tra	Người kiểm tra
Họ và tên	BS. Ng.Tr. Thúy Hằng	BS. Ng.Tr. Thúy Hằng	BS Bùi Thị Thu Hương
Chức danh	Bs. Phó Trưởng Khoa	Bs. Phó Trưởng Khoa	Trưởng phòng KHTH

261/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHÂM CỨU BỆNH NHÂN SỤP MÍ

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHÂM CỨU BỆNH NHÂN SỤP MÍ

I. TRIỆU CHỨNG

Thay đổi tùy theo loại sụp mí

II. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

1. SM bẩm sinh.
2. SM do tuột chõ bám cân cơ hay SM tuổi già.
3. SM do thần kinh : liệt TK 3
4. SM dân truyền : bệnh nhược cơ.

III. NGUYÊN NHÂN

- ❖ SM bẩm sinh : tiền căn sụp mí từ lúc mới sinh
- ❖ SM do tuột chõ bám cân cơ : hậu quả của tuổi già , sau phẫu thuật gây mất kích thích nhiều , u giả viêm thoát
- ❖ SM do liệt thần kinh 3 : thường có kết hợp liệt vận nhãn
- ❖ SM dẫn truyền : độ sụp không ổn định trong ngày , sáng ít chiều nặng hơn . Nghiệm pháp nước đá (+) : áp l

IV. CẬN LÂM SÀNG:

Chụp MRI hoặc CT scan

V. ĐIỀU TRỊ

Chỉ định điều trị

- ❖ Sụp mi do nguyên nhân thần kinh gấp trong bệnh cảnh chấn thương, thiếu máu liên kết với tiêu đường.
- ❖ Viêm với hội chứng Tolosa-Hunt (chủ yếu do khoa Thần kinh nhãn khoa chuyển đến)...

Chóng chỉ định

- ❖ Sụp mí do u bướu chèn ép
- ❖ Bệnh nhược cơ
- ❖ Tuột chõ bám cân cơ(sụp mí tuổi già)

Các huyệt cần châm cứu

> *Toán trúc*

> *Thái dương*

> *Dương bạch*

> *Ngưu yêu*

> *Ty trúc không*

> *Tú bạch*

VI. THEO DÕI KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ

- ❖ Nếu sụp mí có dấu hiệu hồi phục: cơ vận tăng lên, tiếp tục châm tới khi đạt sự hồi phục tối đa.
- ❖ Nếu không cải thiện sau 4 tuần: hội chẩn trong khoa để có hướng xử trí tiếp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. KEESEY J. (1998). Myasthenia Gravis. Arch Neurol, 55: 745-746.
2. LISAK R.P. (2002). Myasthenia Gravis. In: Richard T. Johnson, John W. Griffin, Justin C. McArthur eds Current Clinical Neurology, 2nd edition, Mosby, St Louis, p 407-409.
3. VICTOR M., ROPPER A.H. (2001). MYASTHENIA GRAVIS AND RELATED DISORDERS OF NEUROMUSCULAR JUNCTION. PRINCIPLES OF NEUROLOGY, 7TH
4. VINCENT A., PALACE J., HILTON-JONES D. (2001). Myasthenia Gravis. Lancet, 357: 2122-2128.

Chữ ký	Người soạn thảo	Người kiểm tra	Người kiểm tra
Họ và tên	BS. Ng.Tr. Thúy Hằng	BS. Ng.Tr. Thúy Hằng	BS Bùi Thị Thu Hương
Chức danh	Bs. Phó Trưởng Khoa	Bs. Phó Trưởng Khoa	Trưởng phòng KHTH

262/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHÂM CỨU LÉ LIỆT CẤP

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHÂM CỨU LÉ LIỆT

I. TRIỆU CHỨNG

- ❖ Chủ quan: song thị
- ❖ Khách quan: lác mắt

II. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Lác xuất hiện mới /xuất hiện muộn Lác do nhược cơ

III. NGUYÊN NHÂN:

Liệt thần kinh VI

IV. CẬN LÂM SÀNG:

Chụp MRI nếu cần

V. ĐIỀU TRỊ

Chỉ định điều trị

Lé liệt xuất hiện đột ngột có kèm theo song thị sau chấn thương, do siêu vi...

Chống chỉ định

Lé liệt do nhược cơ (*tiêm dysport tốt hơn*)

Các huyệt cần châm cứu

> *Toán trúc*

> *Thái dương*

> *Dương bạch*

> *Ngũ yêu*

> *Ty trúc không*

> *Tứ bạch*

VI. THEO DÕI KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ

❖ Nếu sau 2 tuần góc lé và song thị không giảm thì chuyển Khoa TKNK xem xét.

❖ Nếu sau 2 tuần góc lé và song thị có giảm thì tiếp tục châm đến khi đạt kết quả cao nhất và ổn định thì hội ch

263/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ U MI, U KẾT MẠC

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ U MI, U KẾT MẠC

I. Triệu chứng:

1. *Chủ quan:*

- Cộm, xốn, vướng do u chà vào mắt.
- U lớn nhanh gây mất thẩm mỹ.
- Đôi khi chảy máu hoặc dịch tiết.

2. *Khách quan:*

- Kích thước u.
- Tính chất: bờ, màu sắc, độ dính, bề mặt trơn láng hay lùi sùi lở loét, dễ gây chảy máu, dãn mao mạch.
- Mật độ u: chắc, mềm, cứng, xô chai...
- Mất một vùng lông mi hay bờ mi bị xoa.

II. Chẩn đoán phân biệt:

- Nốt viêm hoặc mảng viêm.
- Dị ứng.
- Phì đại tuyến.

III. Nguyên nhân:

- Bẩm sinh.
- Kích thích cơ học hoặc hóa chất.
- Loạn sản hoặc viêm mãn tính.

IV. Cân lâm sàng:

- Công thức máu.
- TS-Tc.
- Glycemie (nếu cần).

V. Điều trị:

1. *Những tổn thương lành tính:*

- U nhú TB vẩy
- Mụn cơm thường
- Mụn cơm Nơ-vi
- Nốt ruồi
- Dày sừng bã nhòn
- Tăng sản giả Epithelioma
- Tăng sản tuyến bã nhòn
- Nang vùi biểu bì
- Ban vàng (Xanthelasma)
- U tuyến mô hội
- Dày sừng quang hóa
- Sừng da, sừng ga
- U bã da mi
- U bã cục lê
- U kết mạc : papilloma, u bì, bì mỡ, sắc tố, u hạt sinh mủ, u sợi thần kinh

2. *Những tổn thương ác tính:*

- Carcinoma TB đáy.
- Carcinoma TB gai.
- Carcinoma tuyến ba nhỡn.
- Sarcome Kaposi.
- U hắc tố của da.
- U hắc tố nốt ruồi son ác tính.
- U di căn.
- U lympho kết mạc.

3. Cắt u:

- U lành: cắt trọn u gửi Giải phẫu bệnh.
- U nghi ác tính: cắt u + 1-2mm mô lân cận gửi Giải phẫu bệnh.

4. Khâu da hoặc khâu kết mạc:

5. Ghép kết mạc:

- Nếu u to mất nhiều kết mạc.

6. Cắt sụn + tạo hình bờ mi:

- Cắt <1/3 bờ mi: Nối bờ mi trực tiếp.
- Cắt >1/3 và <2/3: Nối bờ mi + tạo hình góc ngoài
- Cắt >2/3: Phải ghép sụn.

7. Thuốc sau mổ u mi:

1. Cephalexine 500mg 15 viên

Ngày uống 3 lần, lần 1 viên

2. Paracetamol 500mg 9 viên

Ngày uống 3 lần, lần 3 viên

3 . Alphachymotrypsine Choay 25 U.C.Hb 20 viên

Ngày uống 2 lần, lần 2 viên

4. Col.Tobrex 0,3% 1 lọ

Nhỏ MP, MT ngày 6 lần, lần 1 giọt

- Lưu ý: Trường hợp Kyst, nốt ruồi, u nhô... không cần cho bệnh nhân sử dụng thuốc kháng sinh uống.

VI. Theo dõi:

- U đã cắt hết và tạo hình đúng giải phẫu học.
- Đánh giá về thẩm mỹ.
- Kết quả giải phẫu bệnh.
- Tái phát hoặc di căn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Minh Thông chủ biên.Nhân khoa lâm sàng ĐHYD Tp.HCM.Bộ môn Mắt.NXB Y học 2007.
2. Hóc mắt,mi mắt và hệ thống lệ.Giáo trình khoa học cơ sở và lâm sàng 1998 - 1999.
3. Bệnh học của mi mắt kết mạc và giác mạc. Giáo trình khoa học cơ sở và lâm sàng 1995.
4. William B - Stewart, MD. Ophthalmic plastic and Reconstructive Surgery 1984.
5. Krachmer Mannis Holland. Cornea Section 2 Diseases of the lid: Tumors 2005.
6. Jerry A shields and Carol L.Shields.Eyelid, Conjunctival and orbital Tumors 2008.

**264/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ĐỤC THỦY TINH THỂ THEO PHƯƠNG
NGOÀI BAO**

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ĐỤC THỦY TINH THỂ THI PHẪU THUẬT NGOÀI BAO

I. CHUẨN BỊ TRƯỚC MỔ

1. Bệnh nhân bị đục T3 , thị lực $\leq 1/10$ (bn T1 $\geq 1/10$ phải có hội chẩn)
2. Xét nghiệm đầy đủ: CÔNG THÚC MÁU, TS-TC, đường máu,
3. Khám toàn thân tổng trạng cho phép: huyết áp, tim phổi
4. Thuốc tiêm phẫu
 - Acetazolamide 0,25g: 2 viên
 - Kaleoride 0,6g 1 viên

II. TIỀN PHAU :

- Vệ sinh mắt mổ và nhỏ thuốc Col Oflovid 1 giờ trước mổ
- Nhỏ thuốc dẫn đồng tử mắt mổ 30' trước mổ , lặp lại sau 15'
- Cho bn đi vệ sinh nếu cần
- TEST thuốc tê và ghi kết quả vào hồ sơ
- Nhỏ thuốc tê và sát trùng da quanh mắt mổ bằng betadine 10% , nhỏ trong mắt betadine 5%
- Gây tê hậu cầu hoặc quanh cầu bằng Xylocaine 2% 5ml
- Kiểm tra nhãn cầu , nếu còn liếc thì tiêm tê bổ xung trước khi đưa bn vào phòng mổ

III. PHẪU THUẬT:

- Cho bn nằm thoái mái trên bàn mổ
- Sát trùng lại mắt mổ bằng betadine 10% và 5%
- Trải khăn mổ vô trùng
- Dán băng keo mi mắt

- Đặt vòng mi
- Đặt chỉ cơ trực trên - cố định chỉ
- Mở vạt kết mạc - đốt cầm máu
- Tạo đường hầm cung mạc cách rìa 1,5 - 2mm , dài 6 -8mm tùy theo độ lớn của nhân
- Phá bao trước theo pp khui hộp hoặc liên tục bằng kim 26
- Mở tiền phòng qua đường hầm CM
- Lấy nhân
- Rửa hút chất nhân
- Đặt Iol hậu phòng bằng hơi hoặc chất nhầy
- Rửa hút nhầy nếu có và tái tạo tiền phòng
- Kiểm tra vết mổ , nếu không kín thì khâu đường hầm 1=3 nốt chỉ nylon 10,0
- Bơm 0,1 ml Vancomycine hoặc cefuroxime tiền phòng
- Đốt vạt kết mạc
- Chích dexamethasone 0,5 ml dưới kết mạc
- Lau sạch mắt
- Tra mắt thuốc mỡ Oflovid hoặc Tobradex
- Băng mắt

IV. SAU KHI MỔ

Cấp thuốc cho BN và hướng dẫn cách sử dụng:

- Col Tobradex 01 lọ: nhỏ mắt mỗi 08 lần /ngày
- Col Dexacol 01 lọ :nhỏ mắt mỗi 06 lần /ngày sau khi nhỏ hết Col Tobradex
- Col Nacl 9 % 01 lọ : rửa mắt sau khi ngủ dậy hoặc khi mắt mỗi có nhiều chất tiết
- Paracetamol 0,5 g 04 viên: 01 viên x 2 lần/ngày (uống)

V. THEO DÕI HẬU PHẪU

- Khám ngày hôm sau, theo dõi tình trạng vết mổ, giác mạc, tiền phùng, IOL, nhän áp
- Tuần sau: Đo thị lực, tình trạng vết mổ, giác mạc, tiền phùng, IOL, nhän áp.
- Tái khám sau đó mỗi 3 hoặc 6 tháng hoặc khi thấy bất thường

265/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM TÚI LỆ MÃN BẰNG TIẾP KHẨU SILICONE

Phác đồ điều trị viêm túi lệ mân bằng tiếp khẩu túi lệ-mũi + đặt ống Silicone

I. Triệu chứng

(a) . Chủ quan:

- Tiền căn chảy nước mắt sống, ghèn nhầy, mũ; vèm kết mạc một mắt tái phát nhiều lần.

(b) . Khách quan:

- Sưng nề vùng góc trong do mũ nhầy, ấn không đau.
- Ấn vùng túi lệ, có thể có mũ nhầy trào ngược ở điểm lệ dưới.

II. Chẩn đoán phân biệt:

- Các u vùng khói trong mắt.
- Áp xe túi lệ.

III. Nguyên nhân:

Thường thứ phát sau tắc nghẽn ống lệ mũi. Bệnh có thể cấp hay慢 tính. Vì khuẩn gây bệnh thường gặp là Sta

IV. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm máu: CTM - TS -TC - Đường huyết - Ure huyết - ELISA.

- Khám nội khoa tim phổi.

V. Điều trị:

1. Chỉ định tiếp khẩu túi lè mũi + đặt ống Silicone:

Giống chỉ định tiếp khẩu túi lè mũi thông thường như kèm theo:

- Hẹp lè quản ngang hoặc lè quản chung.

- Teo túi lè do thông không đúng cách nhiều lần hoặc do chấn thương.

- Sau rạch Abcès túi lè.

- Sau tiếp khẩu túi lè mũi lần 1 thất bại.

2. Chống chỉ định:

- Không có điểm lè.

- Không có lè quản và túi lè.

- K túi lè hoặc mũi.

3. Vật liệu và phương pháp:

a) . Vật liệu:

- Ống Silicon rỗng với 2 que sắt nối 2 đầu (Si 1010).

- Bộ đồ tiếp khẩu túi lè mũi + khoan + đục.

b) . Phương pháp tiến hành:

- Khoan xương mũi, dùng que sắt có Silicone vòng qua 2 lè quản trên- dưới qua lỗ khoan xương xuống mũi, cột

- Khâu da, băng ép.

4. Thuốc sau mổ:

- Kháng sinh: uống (5 ngày).

- Kháng viêm: uống (5 ngày).

- Giảm đau: uống (5 ngày).

VII. Theo dõi:

- Sau mổ: đau nhức, chảy máu.
- Cắt chỉ da sau 7 ngày.
- Thời gian lưu óng: 3 - 6 tháng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Textbook of Ophthalmology
2. Oculoplastic Surgery
3. Atlas of lacrimal Surgery

266/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG THỦNG NHÃN CẦU NGHÌ NGỜ VIÊM MỦ NỘI MẮT

Phác đồ điều trị vết thương thủng nhãn cầu nghi ngờ viêm mủ nội mắ

I. Triệu chứng:

- (a) . Chủ quan: giảm thị lực, đau nhức, đỏ mắt, sưng nề mắt.
- (b) . Khách quan: Tát cả vết thương thủng nhãn cầu: rách giác mạc, rách cung mạc, dị vật nội nhãn, có triệu ch
- Thị lực giảm.
 - Mắt kích thích: đau, chảy nước mắt.
 - Vết rách bẩn, tiết tố nhiều.
 - Phù kết mạc nhãn cầu, phù giác mạc có vòng nhiễm khuẩn.

- Phản ứng thê mi (+).

- Mủ tiền phòng, tyndall (+), tiết tố trước thê thủy tinh, dịch kính có ánh vàng.

- Có tồn thương dịch kính: vỡ thê thủy tinh, thoát chất nhân, thoát pha lê thê hoặc nghi ngờ mủ nội nhãm trên siê

II. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm màng bồ đào.

- Đục vỡ thê thủy tinh.

III. Nguyên nhân:

- Xung đột, tai nạn, thê thao.

- Vật gây thương tích: dao, kéo, kim, đạn, dây kẽm...

IV. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm máu: CTM, TS - TC, ELISA.

- Khám nội khoa tim phổi.

- Siêu Âm B,

- X- Quang sọ não hốc mắt.

- CT Scan nếu lâm sàng có dấu chứng nghi ngờ dị vật.

V. Điều trị:

1. Khi có dấu hiệu lâm sàng nghi ngờ viêm mủ nội nhãm:

(1) Hút dịch tiền phòng nếu tồn thương bán phần trước nhãm cầu hoặc hút dịch pha lê thê nếu tồn thương dịch k (KS) đồ.

(2) Rửa sạch vết thương bằng dung dịch KS và may lại vết thương theo đúng quy trình.

(3) Kháng sinh nội nhãm (KSNN): Bơm KSNN theo phác đồ điều trị lần đầu:

- 0,1 ml chứa 1 mg vancomycin tiền phòng nếu tồn thương bán phần trước, hoặc nội nhãm (bơm qua pars plana)

- Hoặc 0,1 ml chứa 0,1 mg gentamycine nội nhãm: trường hợp không có vancomycin.

(4) Chích gentamycine 20mg + 0,5 ml Dexamethasone dưới két mạc hoặc vancomycine 100mg dưới két mạc.

(5) Kháng sinh tại chỗ: nhỏ kháng sinh phô rộng.

2. Xem xét tiêm KSNN lần 2 sau 48 giờ tùy đáp ứng lâm sàng

(1) Nếu đáp ứng lâm sàng khả quan: Tùy kết quả nhuộm Gram

- Trường hợp Gram (+): Tiêm nội nhãn Vancomycin 1mg/0.1 ml.

- Trường hợp Gram (-): Tiêm nội nhãn Nebcin 0.1mg/0.1 ml.

- Chỉ tiêm Dexamethasone nội nhãn khi đáp ứng lâm sàng có chiều hướng cải thiện (Dexamethasone 0.4mg/0.1ml).

(2) Nếu đáp ứng lâm sàng không đổi hoặc xấu đi +kết quả vi sinh (soi tươi): cắt PLT két hợp kháng sinh nội nhãn

- Trường hợp nhiễm nấm: bơm dd Amphotericine 0.005 mg / 0.1 ml nội nhãn. Kết hợp kháng nấm đường uống mạc).

- Trường hợp Gram (+): Tiêm nội nhãn Vancomycin 1mg/0.1 ml và dưới két mạc 25mg/0.5ml kết hợp với corticosteroid.

- Trường hợp Gram (-): Tiêm nội nhãn Ceftazidime 2.25mg/0.1ml và dưới két mạc 100mg/0.5ml kết hợp với corticosteroid.

- Tiêm kháng sinh dưới két mạc phải duy trì nhiều ngày tiếp theo sau.

(3) Khi có kết quả kháng sinh đồ: cân nhắc tiêm KSNN lần 3 phù hợp theo kháng sinh đồ và dưới két mạc nếu tăng

3. Đường vào lấy dịch PLT và bơm KS vào khoang PLT:

(1) Mở KM, bọc lô cung mạc.

(2) Chọc kim thẳng vào khoang PLT không tạo vạt cung mạc:

- Chỉ được áp dụng với kim 30.

- Chọc kim cách rìa 4mm (nếu mắt còn thê thủy tinh, T3) hay 3-3.5mm (nếu không còn T3 hay đặt IOL).

(3) Tạo vạt cung mạc:

- Chỉ định bắt buộc khi dùng kim lớn hơn kim 30 để vào khoang PLT.

- Tạo vạt cung mạc hình tam giác hay tứ giác, đáy quay về rìa giác mạc, đáy cách rìa 4mm (nếu mắt còn T3) hay

- Chọc kim vào khoang PLT ở đáy vạt. Khâu vạt củng mạc bằng vicryl 8.0.

(4) Khâu lại kết mạc bằng vicryl 8.0.

4. Kháng sinh (KS) toàn thân.

Có thể dùng KS toàn thân theo đánh giá mức độ đáp ứng trên lâm sàng và KS đồ.

5. Corticosteroid toàn thân

- Có thể dùng Corticosteroid toàn thân theo đánh giá mức độ đáp ứng trên lâm sàng.

- Liều thường dùng methylprednisolone (Medrol, Medexa) 0.5 -1 mg/kg/ngày.

- Thời gian dùng 5 - 14 ngày. Nếu ngưng thuốc trong 2 tuần, không cần giảm liều.

VI. Theo dõi:

- Các triệu chứng chủ quan và khách quan giảm dần.

- Tin phòng sạch; có thể so được đáy mắt.

- Tiến triển tốt trên siêu âm B.

VII. Tài liệu tham khảo:

1. Ehlek, Justis P.; Shah, Chirag P. (2008) Wills Eye Manual, The Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease and Clinical Ophthalmology. 5th Edition. Copyright © Lippincott Williams & Wilkins.

2. Ferenc Kuhn. (2008). Ocular Traumatology. Springer-Verlag Berlin Heidelberg

3. Jack J Kanski (2003). Clinical ophthalmology, A systemic approach. Chapter 19: Trauma. 5th Edition. Butterworth-Heinemann.

267/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỎNG MẮT DO HÓA CHẤT

I. Triệu chứng

1. Chủ quan:

- Cộm xốn, kích thích, đau nhức.
- Nhìn mờ.

2. Khách quan:

a) . Bóng kiềm và acid nhẹ: có cùng triệu chứng lâm sàng.

- Xung huyết và phù mọng KM khu trú.
- Đốm XHKM quanh rìa cung mạc, hoặc rộng.
- Thiếu máu rìa (-), gián đoạn dòng máu nuôi KM và thượng CM (-).
- Mờ nhẹ biểu mô GM nguyên vẹn, ± tróc biểu mô rải rác.
- Nặng hơn, bết mặt GM mờ, nhuộm fluorescein,
- Nhu mô vẫn trong hoặc chỉ phù nhẹ.
- TP sâu bình thường, thủy dịch trong, ± cell và flare.
- Thủy tinh thể trong.
- Nhãn áp bình thường.

b) . Bóng trung bình

- Thường kèm tổn thương da quanh mắt.
- Phù mọng kết mạc.
- Mạch máu KM & TCM trắng rải rác, dòng máu chảy qua ở vùng bị tắc mạch (-).
- BMGM mắt hoàn toàn, phù dày trung bình, đục nhu mô.
- Các chi tiết móng mắt và bờ đồng tử vẫn còn nhìn thấy hoặc mờ một phần.
- Thường có phản ứng tiền phòng
- Tăng nhãn áp tạm thời.

- Thể thủy tinh lúc đầu còn trong, có thể đục về sau.

c) . Bóng nặng:

- Có thể bóng mi mắt, trán, má và mũi (# bóng nhiệt độ 2 và 3).
- Phù mọng toàn bộ, khiếm dưỡng rìa nhiều.
- GM phù dày; đục toàn bộ hoặc trong mờ, không thấy các chi tiết móng mắt, đồng tử, hoặc thể thủy tinh.
- P/ú TP rõ, VMBD. Tuy nhiên, do GM đục, có thể không thấy cell và flare.
- Tăng nhãn áp rõ.
- Sau vài ngày, có thể xuất huyết ít ở vùng trắng thiếu máu TCM và ngoại vi GM trước đó.
- Ngầm kiềm CM có thể gây hoại tử VM

II. Nguyên nhân bóng mắt do hóa chất:

- Chất tẩy rửa, làm sạch.
- Acid bình động cơ xe, bóng kèm các mảnh vỡ do nổ. Sulúric acid 25%, hydrogen và oxygen từ quá trình điện
- Kiềm phô biến: calcium hydroxide (vôi), potassium hydroxide (bồ tát), sodium hydroxide (xút), và ammonium

III. Phân độ bóng trong cấp cứu:

1. Độ I: tiên lượng tốt.

- Giác mạc trong.
- Không thiếu máu vùng rìa.

2. Độ II: tiên lượng khá.

- Giác mạc mờ nhưng vẫn thấy được các chi tiết của móng mắt.
- Thiếu máu vùng rìa dưới 1/3 chu vi (120°).

3. Độ III: tiên lượng dè dặt.

- Mất toàn bộ biểu mô giác mạc.
- Đục nhu mô, không thấy được các chi tiết của móng mắt.

- Thiếu máu vùng rìa từ $1/3$ - V chu vi (120° - 180°).

4. Độ IV: tiên lượng rất xấu.

- Đục giác mạc.

- Thiếu máu vùng rìa trên V_i chu vi (* 180°).

IV. Điều trị bỏng mắt do hóa chất:

1. Xử trí cấp cứu:

- Lấy hết tất cả ngoại vật khỏi mắt. Rửa sạch cùng đồ với thuốc nhỏ mắt Eíticol.

- Đo độ pH bằng giấy quỳ.

- Dẫn lưu rửa mắt bằng dung dịch Lactate Ringer hoặc nước muối sinh lý (NaCl 0,9%) ít nhất 500 ml trong khoảng 30 phút.

- Kiểm tra lại độ pH sau 10 phút và cần rửa tiếp tục cho đến khi độ pH trở về bình thường (từ 7,0 - 7,5).

2. Điều trị nội khoa:

(1) Giảm đau: Idarac 0.2g (1v x 2lần/ngày) hoặc Paracetamol 0.5g (1v x 3lần/ngày)

(2) Chống nhiễm trùng: Thuốc nhỏ mắt kháng sinh 3 lần / ngày.

(3) Chống dính móng mắt: Thuốc nhỏ mắt Atropin 1% 1 lần / ngày.

(4) Chống viêm nhuyễn giác cung mạc và chống dính mi cầu:

- Doxycycline 0.1g 1v x 2 lần/ngày (uống).

- Thuốc mỡ tra mắt (pde) Tetracycline 1% 4 lần/ngày.

(5) Chống tăng áp (nếu có): Acetazolamide 0.250g uống 1v x 3 lần/ngày.

(6) Chống viêm:

- Thuốc nhỏ mắt Steroid: 4-6 lần / ngày (trong 7 ngày đầu).

- Hoặc Thuốc nhỏ mắt Ocuíen hay Indocollyre 3 lần/ngày (sau 7 ngày).

(7) Làm lành sẹo:

- Thuốc nhỏ mắt Vitamine C hoặc Keratyl hay nước mắt nhân tạo (Sanlein, Refresh Plus): 4 lần / ngày.
- Vitamine C 0.5g 1v x 4 lần/ngày (uống).

(8) Tăng cường dinh dưỡng: tiêm huyết thanh tự thân dưới kết mạc nếu khiếm dưỡng vùng rìa nhiều hoặc hoại tử.

3. Điều trị ngoại khoa:

- (1) Cắt lọc mô hoại tử.
 - (2) Tách dính mi cầu: băng spatula, que thủy tinh mỗi ngày hoặc đặt khuôn chống dính.
 - (3) Chọc rửa tiền phòng: khi pH cao, phù giác mạc, xếp nếp màng Descemet, có tiết tố trong tiền phòng, đục thủy tinh thể.
 - (4) Ghép màng ôi: sau 5 ngày, khi pH trở về bình thường và có tróc biểu mô giác mạc rộng khó lành.
 - (5) Phủ Tenon ± ghép màng ôi ± ghép niêm mạc môi.
 - Khiếm dưỡng, hoại tử kết mạc quanh rìa, nguy cơ tạo màng giả.
 - Tổn thương kết mạc nhãn cầu, cùng đồ và mi mắt; nguy cơ gây dính.
- (6) Ghép kết mạc rìa tự thân.

V. Theo dõi

(a) . Bóng nhẹ thường lành hoàn toàn:

- BMGM tái tạo, phù nhu mô giảm dần. XHKM và mảng phù mọng tự hết.

(b) . Bóng trung bình:

- GM tái tạo BM chậm, nhất là ở các vùng trắng rìa và mạch máu thương củng mạc. GM vẫn phù mờ.
- VMBĐ kéo dài dù có dùng thuốc.

(c) . Bóng tiến triển ® bán cấp, hàng tuần đến hàng tháng.

- Tan nhuyễn dần mắt do viêm tiến triển, có hủy protein, tân mạch, và đục GM.
- Glôcôm thứ phát do đính móng trước và làm sẹo vùng bè có thể gây mất thị lực.
- Dính mi cầu bắt đầu ở pha bán cấp.

VI. Tài liệu tham khảo:

1. Ehlers, Justis P.; Shah, Chirag P. (2008) Wills Eye Manual, The Office and Emergency Room Diagnosis and 5th Edition. Copyright © Lippincott Williams & Wilkins.
2. Ferenc Kuhn. (2008). Ocular Traumatology. Springer-Verlag Berlin Heidelberg
3. Jack J Kanski (2003). Clinical ophthalmology, A systemic approach. Chapter 19: Trauma. 5th Edition. Butterworth-Heinemann
4. Robert A. Ralph (2006). Vol 4, Chapter 28, Chemical Injuries of The Eye. William Tasman. Duane's Ophthalmology. Wilkins Publishers, Hagerstown.
5. Steven Rhee, Michael H. (2008). Goldstein Yanoff & Duker: Ophthalmology. Section 8 - Trauma. Chapter 4. Mosby, Elsevier.

268/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ LỖ HOÀNG ĐIỂM

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ LỖ HOÀNG ĐIỂM

I. Triệu chứng

1. Chủ quan: giảm thị lực còn khoảng 1/10, có thể nhìn hình biến dạng hoặc ám điểm trung tâm. Tuổi thường gặp là 40-50 tuổi.
2. Khách quan: soi đáy mắt sẽ thấy 1 đốm tròn đỏ ngay trung tâm hoàng điểm, bao quanh là 1 quầng xám tạo ra một lỗ trống.

Phân độ:

- Độ 1: sấp hình thành lỗ hoàng điểm
- Độ 2: lỗ hoàng điểm thật sự nhưng nhỏ
- Độ 3: lỗ hoàng điểm với dịch dưới võng mạc xung quanh nhưng chưa có bong dịch kính sau
- Độ 4: lỗ hoàng điểm với dịch dưới võng mạc xung quanh và có bong dịch kính sau

II. Chẩn đoán phân biệt

1. Màng trước võng mạc giả lỗ hoàng điểm
2. Bệnh lý võng mạc do ánh sáng mặt trời
3. Nang trong võng mạc ví dụ phù hoàng điểm dạng nang mạn tính với nang trung tâm to.

III. Nguyên nhân bệnh lỗ hoàng điểm:

Có thể do dịch kính hoặc màng trước gây co kéo lên hoàng điểm, chấn thương, hoặc phù hoàng điểm dạng nang

IV. Cận lâm sàng

1. Cần khám kỹ hoàng điểm với kính 60 hay 90, nếu có bong dịch kính sau thì cần khám kỹ võng mạc ngoại biên
2. Chụp OCT giúp phân độ, đánh giá tiến triển, và xác định mức độ co kéo của màng trước võng mạc.

V. Điều trị bệnh lỗ hoàng điểm

1. Lỗ hoàng điểm giai đoạn 1 (sắp hình thành) có thể tự hồi phục trong 50% trường hợp.
2. Trong 1 số trường hợp tiến triển, có thể cắt dịch kính và bóc màng giới hạn trong

VI. Theo dõi

1. Bệnh nhân có cận thị nặng được tái khám mỗi 6 tháng
2. Các bệnh nhân khác tái khám mỗi năm
3. Tất cả bệnh nhân được tái khám sớm hơn nếu có triệu chứng bong võng mạc (tăng chóp sáng và ruồi bay, bị
4. Phát cho bệnh nhân lưới Amsler để theo dõi mắt còn lại

269/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TIÊM CHẤT ỦC CHẾ VEGF VÀO DỊCH

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TIÊM CHẤT ỦC CHẾ
VEGF VÀO DỊCH KÍNH (Avastin)

Chỉ định

1) Tân mạch hắc mạc

a) Thoái hóa hoàng điểm tuổi già

b) Cận thị

c) Sau chấn thương

d) Sau viêm hắc mạc

e) Nguyên nhân khác

2) Phù hoàng điểm

a) Tắc tĩnh mạch võng mạc

b) Phù hoàng điểm đái tháo đường

c) Viêm màng bồ đào

d) Nguyên nhân khác

3) Tân mạch võng mạc (bao gồm glaucoma tân mạch)

a) Võng mạc đái tháo đường tăng sinh

b) Tắc tĩnh mạch võng mạc

c) Bệnh võng mạc ở trẻ sinh non

d) Nguyên nhân khác

Chống chỉ định

1) Đang viêm kết mạc hay loét giác mạc

2) Nhiễm trùng mí mắt (cháp, lẹo ...) hay tổ chức hốc mắt

Lưu ý

- Tăng nhãn áp hay glaucoma không phải là chống chỉ định. Có thể chọc tiền phòng để hạ nhãn áp bớt khi thực hiện

Thực hiện

- Chuẩn bị: có thể dùng quinolone thế hệ thứ 3 hoặc 4 nhỏ tại chỗ 4-6 lần/ngày trong 1 ngày trước khi tiêm
- Địa điểm thực hiện: Phòng mổ (hoặc phòng khám)
- Vô cảm:
 - + Người lớn: chỉ cần nhỏ thuốc tê tại chỗ
 - + Trẻ em: gây mê
- Các bước: vô cảm, sát trùng bằng povidine, trải khăn vô trùng, đặt vành mi, rửa mắt bằng povidine 5%, đo kho que gòn ấn nhẹ lên chỗ tiêm để tránh trào ngược, lấy vành mi, tra thuốc mỡ hoặc nhỏ thuốc có chứa kháng sinh,
- Dặn dò BN: tháo băng ra khi về đến nhà và không cần băng mắt sau đó, nhỏ thuốc kháng sinh quinolone 4-6 lần/ngày trong 5 ngày, không cho nước vào mắt trong 3-5 ngày, tái khám ngay lập tức
- mắt mờ nhiều hơn trước.

Biểu chứng và xử trí

- Xuất huyết dưới kết mạc: không cần xử trí, chỉ cần giải thích cho bệnh nhân an tâm
- Viêm mủ nội nhãn (theo 1 báo cáo, có thể tần suất #1/5000): tiêm kháng sinh nội nhãn và/hoặc cắt dịch kính
- Xuất huyết dịch kính: theo dõi lâm sàng và siêu âm nếu không khám được đáy mắt
- Viêm màng bồ đào: điều trị kháng viêm steroid

270/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TIÊM TRIAMCINOLONE ACETONIDE

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TIÊM TRIAMCINOLONE ACETONIDE VÀO DỊCH KÍNH

I. CHỈ ĐỊNH:

- Viêm màng bồ đào mãn tính không do nhiễm trùng có phù hoang điểm

- Phù hoàng điểm do đái tháo đường
- Phù hoàng điểm do tắc nhánh tĩnh mạch vũng mạc
- Phù hoàng điểm do tắc tĩnh mạch trung tâm vũng mạc
- Phù hoàng điểm dạng nang sau phẫu thuật thể thủy tinh
- Tân mạch hắc mạc

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Viêm kết mạc
- Lóet giác mạc
- Nhiễm trùng mi mắt (cháp, lẹo...)
- Viêm tổ chức hốc mắt
- Nhãn áp cao

III. QUY TRÌNH THỰC HIỆN:

1. Chuẩn bị:

- Bệnh nhân được nhổ kháng sinh fluoroquinolone thế hệ thứ 4 (Vigamox) 6 lần/ngày trong 1 - 2 ngày trước khi tiêm.
- Làm hồ sơ bệnh án ngoại trú theo mẫu của Bệnh viện Mắt (khám lâm sàng đầy đủ, đo thi lực, nhãn áp, có xét nghiệm FFA).
- Được Bác sĩ Trưởng khoa hoặc bác sĩ Phó Trưởng khoa ký duyệt đồng ý cho thực hiện tiêm nội nhãn.
- Ký giấy cam kết đồng ý tiêm nội nhãn (mẫu có sẵn tại khoa Đáy mắt).

2. Địa điểm:

Bệnh nhân được tiêm tại phòng mổ khoa Đáy mắt

3. Thực hiện:

Quá trình tiêm được thực hiện dưới sinh hiến vi phẫu thuật:

- Sát trùng mi mắt, lông mi bằng dung dịch Povidone iodine 10%

- Sát trùng kết mạc cùng đồ bằng dung dịch Povidone iodine 5%

- Trải khăn lõi vô trùng

- Đặt vành mi vô trùng

- Rửa sạch dung dịch Povidone iodine bằng nước vô khuẩn có pha Gentamicine

- Chọc tiền phòng bằng kim 30G

- Dùng tăm bông vô khuẩn kéo nhẹ kết mạc vị trí tiêm (phần tư thái dương dưới, cách rìa giác - cung mạc khoảng 1cm) để tránh vết tiêm qua cung mạc.

- Tiêm Triamcinolone 4mg/0,1 ml vào nội nhãn

- Dùng tăm bông vô khuẩn đè nhẹ lên vết tiêm khoảng 1 phút

- Kiểm tra nhãn áp bằng tay

- Soi kiểm tra đáy mắt bằng đèn soi hình đảo có tại phòng mổ

- Tra thuốc mỡ kháng sinh, băng mắt

4. Dẫn dò bệnh nhân:

- Tháo băng sau khi tiêm 3 - 6 tiếng

- Giữ vệ sinh sạch sẽ vùng đầu - mặt - mắt

- Tiếp tục nhỏ thuốc kháng sinh 3 ngày

- Tái khám ngay lập tức khi có 1 hay nhiều triệu chứng bất thường như đỏ mắt, nhức mắt, mờ nhiều hơn...

- Tái khám sau 1 tuần tại phòng khám: đo thị lực, nhãn áp, soi đáy mắt...

IV. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG:

- Xuất huyết kết mạc: theo dõi

- Tăng nhãn áp: điều trị hạ nhãn áp

- Xuất huyết nội nhãn: theo dõi và điều trị nội khoa, can thiệp phẫu thuật cắt dịch kính nếu có chỉ định.

- Hội chứng giả mủ tiền phòng (pseudohypopyon)

- Đục thê thủy tinh: dùng thuốc nhỏ tại chỗ, phẫu thuật thay thế thủy tinh đặt kính nội nhãn khi có chỉ định.
- Bong võng mạc: hiếm xảy ra, phẫu thuật cắt dịch kính khi có chỉ định.
- Viêm mủ nội nhãn: hiếm xảy ra, cho bệnh nhân nhập viện, điều trị theo phác đồ.

Tài liệu tham khảo:

1. Abdhish R. Bhavsar, MD; Michael S. Ip, MD; and Adam R. Glassman, M.S. DRCRnet and SCORE Study Group. Intravitreal Triamcinolone Injection in the DRCRnet and SCORE Clinical Trials. Am J Ophthalmol. 2007 Sept; 144(3): 423-31.
2. Abdullah Ozkiri, MD; Kuddusi Erkilic, MD. Complications of intravitreal injection of Triamcinolone acetone. Eye. 2009; 23(10): 1831-3.
3. Alireza Ramezani, MD; Morteza Entezari, MD; et all. Intravitreal Triamcinolone for Acute BRVO: a Randomized Trial. J Clin Neurosci. 2011; 18(2): 101 -108.
4. Bernd Kirchhof, David Wong. Therapeutic approaches to Macular oedema. Vitreo -retinal surgery volume 1, 2010; 1: 1-10.
5. Diabetic Retinopathy Qinical Research Network. A Randomized Trial Comparing Intravitreal Triamcinolone Against Laser Therapy for Diabetic Macular Edema. Version 4.0, Feb 24, 2005.
6. Hye Young Park, MD; Kayoung Yi, MD; Ha Kyoung Kim, MD. Intraocular Pressure Elevation after Intravitreal Triamcinolone. J Ophthalmol Vol.19, No.2, 2005.
7. Yong Tao; Jost B. Jonas. Intravitreal Triamcinolone. Ophthalmologica 2011; 225: 1 -20.

271/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TẮC ĐỘNG MẠCH TRUNG TÂM VÕNG MẠC

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TẮC ĐỘNG MẠCH TRUNG TÂM VÕNG MẠC

I. Triệu chứng:

- Triệu chứng chủ quan: giảm thị lực đột ngột 1 mắt (ST +, đếm ngón tay), không đau. Hoặc mất thị trường, còn thị trường của mắt kia.

- Triệu chứng khách quan: phù trắng VM, HD anh đào, ĐM co nhỏ. trường hợp còn ĐM mi - VM thì vùng VM xung quanh phù trắng. Có thể thấy dòng máu chảy chậm, đứt quãng trong ĐM, đôi khi có thể thấy thuyên tắc tr

II. Chẩn đoán phân biệt:

- Hội chứng Vogt Koyanagi Harada lúc mới khởi phát, tắc cả động và tĩnh mạch cùng lúc, các trường hợp viêm

III. Nguyên nhân tắc động mạch trung tâm võng mạc:

- Có rất nhiều nguyên nhân và rất khó xác định nguyên nhân. Một số nguyên nhân chính như sau: thuyên tắc, huyễn mạch, co thắt mạch, hoại tử tiểu ĐM do cao huyết áp.

IV. Cận lâm sàng:

- Chụp mạch huỳnh quang: hiếm khi tắc hoàn toàn. Hệ tiêu ĐM của VM được tưới máu rất chậm, thì chuyền tiếp < 11 giây)

V. Điều trị tắc động mạch trung tâm võng mạc:

Cấp cứu trong vòng 24 giờ đầu

- Hạ nhĩ áp:

+ Mát-xa nhĩ cầu 15 phút

+ Dùng thuốc hạ nhĩ áp Acetazolamide, hoặc thuốc hạ nhĩ áp khác.

+ Nếu có điều kiện thì chọc hút dịch tiền phòng 0.1 - 0.4ml.

- Thở oxy cao áp, hoặc oxy 100%, hoặc hỗn hợp 95% oxy + 5% Co2.

- Có thể dùng thuốc dãn mạch hỗ trợ: Papaverine đường toàn thân hoặc tiêm hậu cầu, Nitroglycerine ngâm dưới

- Sau đó cho bệnh nhân khám nội tổng quát, nội tim mạch, đặc biệt tìm cao huyết áp, xơ cứng mạch máu.

VI. Theo dõi tắc động mạch trung tâm võng mạc

- Trong một số trường hợp có thể xuất hiện tân mạch mỏng gây Glôcôm tân mạch vì vậy cần theo dõi diễn biến

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT DỊCH KÍNH

I. Triệu chứng

- Chủ quan: giảm thị lực không kèm đau nhức, hay đột nhiên thấy đốm đen, mạng nhện, hay thấy hình ảnh bị mờ.
- Khách quan: nếu xuất huyết nhiều sẽ thấy mắt ánh hồng đồng tử, không soi được đáy mắt. Có thể thấy hồng cầu trong mắt chỉ bị che 1 phần. Nếu xuất huyết lâu ngày, máu sẽ chuyển sang màu vàng nhạt.

Có thể có RAPD nhẹ, ngoài ra còn có các dấu hiệu khác tùy vào nguyên nhân xuất huyết.

II. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm dịch kính: thường không đột ngột, kèm viêm màng bồ đào trước hay sau, không thấy hồng cầu trong dịch kính.
- Bong võng mạc: có thể xảy ra đơn thuần không kèm xuất huyết dịch kính, nhưng triệu chứng có thể giống nhau, một phần võng mạc ngoại biên sẽ bị che khuất.

III. Nguyên nhân xuất huyết dịch kính:

- VMĐTĐ.
- Bong dịch kính sau
- Rách võng mạc
- Bong võng mạc
- Tắc tĩnh mạch võng mạc
- Thoái hóa hoàng điểm tuổi già
- Bệnh hồng cầu liềm
- Chấn thương
- U nội nhãn
- Xuất huyết dưới nhện hoặc dưới màng cứng (Hc Terson)
- Bệnh Eales

12. Nguyên nhân khác: bệnh Coats, ROP, U mao mạch võng mạc...

IV. Cận lâm sàng xuất huyết dịch kính

1. Síêu âm B.

2. Chụp mạch huỳnh quang nếu xuất huyết ít

V. Điều trị xuất huyết dịch kính

1. Bệnh nhân cần được theo dõi ngoại trú nếu không xác định được nguyên nhân xuất huyết và không loại trừ đ

2. Nằm nghỉ tại giường đầu cao

3. Tránh dùng aspirin, các thuốc kháng viêm nonsteroid, và các thuốc kháng đông khác.

4. Điều trị nguyên nhân càng sớm càng tốt

5. Phẫu thuật cắt dịch kính khi:

a. Có kèm bong võng mạc

b. Xuất huyết không tan trên 3 tháng (có thể mổ sớm hơn nếu do Đái tháo đường hoặc Xuất huyết dịch kính 2 m

c. Xuất huyết dịch kính có kèm tân mạch mống

d. Glaucoma do tán huyết hoặc do té bào ma

VI. Theo dõi xuất huyết dịch kính

1. Bệnh nhân được theo dõi mỗi ngày trong 2-3 ngày đầu. Nếu xuất huyết dịch kính toàn bộ và không biết được trừ bong võng mạc

Tài liệu tham khảo

1. The Wills Eye Manual: Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease, 5th Edition

2. Albert & Jakobiec's Principles & Practice of Ophthalmology, 3rd Edition

273/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO TRƯỚC

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO TRƯỚC

I. Triệu chứng

1. Chủ quan

- a. Cấp tính: đau, đỏ, sợ ánh sáng, chảy nước mắt, giảm thị lực
- b. Mãn tính: giảm thị lực, có thể có những đợt viêm tăng lên sau đó giảm xuống
2. Khách quan: tế bào (cell) trong tiền phòng, đục thủy dịch (flare), cương tụ rìa, lăng đọng sau giác mạc. Nhahn fibrin hay mủ tiền phòng, nốt trên mống, teo mống, dị sắc mống, dính mống, giác mạc dài băng, phù hoàng điểm rìa.

II. Chẩn đoán phân biệt

1. Viêm màng bồ đào sau là chủ yếu và lan ra viêm màng bồ đào trước: vẫn đục dịch kính nhiều, các dấu hiệu viêm mống mắt rõ
2. Viêm mống mắt do chấn thương
3. Hội chứng Posner-Schlossman
4. VMBD do thuốc: rifabutin, cidofovir, sulfonamide
5. Viêm cung mạc-màng bồ đào: VMBD thứ phát sau viêm cung mạc, thường rất đau
6. Đỏ mắt do kính tiếp xúc: đỏ mắt, phù giác mạc, khuyết biếu mô giác mạc, viêm mống mắt có thể có mủ tiền phòng
7. Viêm giác mạc-màng bồ đào nhiễm trùng: thâm nhiễm giác mạc
8. VMNN nhiễm trùng: tiền sử phẫu thuật hoặc chấn thương, đỏ mắt, đau, mủ tiền phòng, fibrin, viêm dịch kính
9. Hội chứng Schwartz: sắc tố tiền phòng do bong võng mạc mãn tính gây tăng nhãn áp
10. U nội nhãn: u nguyên bào võng mạc ở trẻ em, lymphoma nội nhãn ở người già, u di căn nội nhãn ở mọi lứa tuổi
11. Giả viêm màng bồ đào: Hội chứng phân tán sắc tố

III. Nguyên nhân

1. Cấp tính:

- a. Vô căn
- b. Có liên quan HLA-B27: các bệnh toàn thân phối hợp có thể là viêm cứng cột sống, hội chứng Reiter, viêm khớp
- c. VMBD do thủy tinh thể: sau phẫu thuật thủy tinh thể còn sót nhân-chất nhân, sau chấn thương có vỡ thủy tinh
- d. Viêm mống mắt sau phẫu thuật: cần chẩn đoán phân biệt với VMNN nếu đau và viêm nhiều
- e. Hội chứng VMBD-glucome-xuất huyết tiền phòng: thường do kính nội nhãn gây kích thích (nhất là đặt tiền phòng)
- f. Bệnh Behcet: người trẻ, có mủ tiền phòng, viêm mống mắt, loét miệng và bộ phận sinh dục, nốt đỏ da, viêm niêm mạc
- g. Bệnh Lyme: có tiền sử bị côn trùng cắn, và phát ban
- h. Thiếu máu phần trước nhãn cầu: thủy dịch đục nhiều hơn phản ứng tế bào. Đau. Thú phát sau hẹp động mạch
- i. Các nguyên nhân nhiễm trùng khác: hiếm, có thể là quai bị, cúm, adenovirus, sởi, Chlamydia, Leptospirosis, bạch hầu

2. Mãn tính:

- a. Viêm khớp thiếu niên: thường ở trẻ gái, có thể không đau và không có triệu chứng hoặc mất chỉ cương tụ rất nhanh, không rõ ràng. Khối u RF dương tính, tăng tốc độ lắng máu. Có thể tăng nhãn áp, đục thủy tinh thể, giác mạc dài
- b. Viêm mống mắt thê mi mãn tính ở trẻ em: thường ở trẻ gái, nhưng không có viêm khớp
- c. Viêm mống mắt thê mi dị sắc mống Fuchs: ít triệu chứng, teo mống mắt lan tỏa làm cho mống nhạt màu hơn, lỗ hổng lan tỏa khắp mặt sau giác mạc. Phản ứng tiền phòng nhẹ. Đục dịch kính, glaucoma, và đục thủy tinh thể
- d. Sarcoidosis: thường 2 mắt, dính mống sau nhiều, hoặc có nốt u trên kết mạc
- e. Herpes simplex / herpes zoster: có sẹo giác mạc, tiền sử đốt mắt tái phát 1 bên hoặc nỗi bóng nước trên da mi.
- f. Giang mai: có thể có phát ban, nốt hồng (mạch máu) trên mống, viêm giác mạc mô kẽ với mạch máu ma. Giang mai kích thích màng não
- g. Lao: IDR dương tính, sang thương phổi trên Xquang, có thể viêm giác mạc bọng (phlycten) hoặc mô kẽ, viêm màng não
- h. Nguyên nhân khác: cùi, brucellosis

IV. Cận lâm sàng

1. Căn bản:

- Công thức máu
- Tốc độ lắng máu, C-reactive protein
- Thủ giang mai: VDRL, FTA-ABS
- Tổng phân tích nước tiểu
- X quang phổi

2. Chuyên sâu:

- Angiotensin converting enzyme
- Kháng thể Toxoplasma IgM, IgG
- Toxocara ELISA
- Antineutrophil cytoplasmic antibody
- Định type HLA
- Chụp mạch huỳnh quang, chụp OCT, siêu âm ...

V. Điều trị

1. Liệt thể mi: scopolamine 0,25% 2 lần/ngày đối với viêm nhẹ và trung bình, Atropine 1%

2 lần/ngày nếu viêm nặng

2. Kháng viêm steroid:

a. Tại chỗ: thuốc nhỏ prednisolone acetate 1% mỗi 1-6 giờ tùy theo mức độ viêm.

Có thể dùng thêm thuốc mỡ steroid vào buổi tối. Nếu viêm nặng và không đáp ứng với thuốc nhỏ, có thể tiêm tại chỗ hoặc dưới Tenon)

b. Toàn thân: nếu không cải thiện với điều trị tối đa tại chỗ hoặc bệnh cả 2 mắt nặng thì có thể dùng steroid toàn thân.

3. Điều trị tăng nhãn áp: tránh dùng pilocarpine hoặc prostaglandin.

4. Điều trị nguyên nhân: nếu biết

VII. Theo dõi

1. Mỗi 1-7 ngày trong giai đoạn cấp tùy theo mức độ nặng, mỗi 1-6 tháng trong giai đoạn ổn định
2. Mỗi lần khám, cần đánh giá phản ứng tiền phòng và đo nhãn áp
3. Cần khám dịch kính và đáy mắt khi viêm tăng lên, khi thị lực giảm, hoặc mỗi 3-6 tháng
4. Khi phản ứng tiền phòng cải thiện, thì giảm liều steroid nhỏ 1 lần/ngày mỗi 3-7 ngày. Có thể ngưng steroid sau trong tiền phòng (có thể vẫn còn đục thủy dịch). Có khi vẫn phải duy trì liều thấp mỗi ngày hoặc mỗi 2 ngày để dung của thuốc và tránh thuốc hấp thu vào toàn thân. Thuốc liệt thể mi cũng được giảm liều khi tình trạng viêm thiểu 1 lần/ngày vào buổi tối cho đến khi không còn tế bào trong tiền phòng.

Tài liệu tham khảo

1. The Wills Eye Manual: Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease, 5th Edition
2. Albert & Jakobiec's Principles & Practice of Ophthalmology, 3rd Edition

274/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ QUẶM

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ QUẶM

1. Định nghĩa:

Quặc là tình trạng cuộn vào trong của 1 phần hay toàn bộ bờ mi gây biến chứng giác mạc do sự cọ xát của lông

2. Các hình thái lâm sàng:

- Quặc tuổi già
- Quặc do sẹo
- Quặc cơ học
- Quặc co thắt

- Quặm bẩm sinh

3. Mức độ: tùy theo mức độ tổn thương sụn, bờ mi, lông siêu, lông quặm người ta chia làm bốn mức độ:

- Độ 1: Chưa có tổn thương bề dày của sụn.
- Độ 2: Có tổn thương bề dày của sụn.
- Độ 3: Có tổn thương bề dày của sụn + lông siêu, lông quặm
- Độ 4: Độ 3 + tổn thương giác mạc ...

4. Điều trị quặm:

A. Quặm do tuổi già:

1. Phẫu thuật Quickert:

- Khâu lại chỗ bám cơ nâng mi.
- Tạm thời hữu ích nhưng tỉ lệ tái phát cao.

2. Rút ngắn mi theo chiều ngang:

- Giúp ổn định mi mắt lỏng lẻo.
- Có thể kết hợp tạo hình góc ngoài.

3. Phẫu thuật Wies:

Xoay bờ mi qua đường rạch ngang toàn bộ dài mi, đưa cơ nâng mi ra phía trước.

4. Cắt 1 phần cơ vòng cung mi trước vách hốc mắt.

B. Quặm do seо:

1. Phương pháp Cunéod-Nataf:

- Rạch bờ tự do.
- Cắt da mi thừa, cắt bớt cơ vòng mi.
- Gọt sụn hình lòng máng.
- Khâu chỉ kéo sụn.

- Khâu da tạo nếp mí.

2. Phương pháp ghép niêm mạc:

3. Phẫu thuật cắt sụn:

- Có tác dụng trong quặm bờ mi nhẹ.

- Bờ mi không còn vuông cạnh và hơi lộn vào.

- Rạch 1 đường ngang sụn, dưới bờ mi và cách bờ mi 2mm.

4. Phẫu thuật Wies:

- Có tác dụng trong quặm mức độ vừa

- Xoay bờ mi bằng đường rạch ngang sụn

5. Cắt toàn bộ độ dày mi:

- Cắt theo hình chém 5 cạnh rồi khâu lại

- Dùng trong lông xiêu chỉ giới hạn ở 1 phần mí.

C. Thuốc sau mổ quặm:

1. Cephalexine 500mg 15 viên

Ngày uống 3 lần, lần 1 viên

2. Paracetamol 500mg 15 viên

Ngày uống 3 lần, lần 1 viên

3. Alphachymotrypsine Choay 25 U.C.Hb 20 viên

Ngày uống 2 lần, lần 2 viên

4. Col.Tobrex 0,3% ^ 1 lọ

Nhỏ MP, MT ngày 6 lần, lần 1 giọt

5. Pde.Oflovid 3,5g ^ 1tube

Tra MP, MT ngày 2 lần, trưa - tối

5. Theo dõi:

- Hẹn tái khám sau 1 tuần để cắt chỉ.
- Nhỏ thuốc tiếp để điều trị nguyên nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hốc mắt, mi mắt và hệ thống lỗ. Giáo trình khoa học cơ sở và lâm sàng 1998 - 1999.
2. William B - Stewart, MD. Ophthalmic plastic and Reconstructive Surgery 1984.
3. Mark Wright, Dugald Bell, Chris Scott and Brian Leatherbarrow. Evertting suture correction of lower lid invol.
4. E G Kemp and J R Collin. Surgical management of upper lid entropion. Br. J. Ophthalmol 1986.
5. Stuart R. Seiff, et al. Tarsal margin rotation with posterior Lamella superadvancement for the Management of entropion. Br. J. Ophthalmol 1999..
6. Jeffrey A. Nerad, MD. Oculoplastic Surgery in Ophthalmology. 2001.

275/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TẮC TĨNH MẠCH TRUNG TÂM VÕNG

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TẮC TĨNH MẠCH TRUNG TÂM VÕNG MẠCH

I. Triệu chứng:

- Triệu chứng chủ quan: giảm thị lực đột ngột 1 mắt (ST +, đếm ngón tay), không đau. Hoặc mất thị trường, còn 1/2 thị trường.
- Triệu chứng khách quan: phù trắng VM, HĐ anh đào, ĐM co nhỏ. trường hợp còn ĐM mi – VM thì vùng VM có màu xung quanh phù trắng. Có thể thấy dòng máu chảy chậm, đứt quãng trong ĐM, đôi khi có thể thấy thuyền tắc tràn.

II. Chẩn đoán phân biệt:

- Hội chứng Vogt Koyanagi Harada lúc mới khởi phát, tắc cả động và tĩnh mạch cùng lúc, các trường hợp viêm tắc mạch.

III. Nguyên nhân:

- Có rất nhiều nguyên nhân và rất khó xác định nguyên nhân. Một số nguyên nhân chính như sau: thuyền tắc, suy yếu động mạch, co thắt mạch, hoại tử tiểu ĐM do cao huyết áp.

IV. Cận lâm sàng:

- Chụp mạch huỳnh quang: hiếm khi tắc hoàn toàn. Hệ tiêu ĐM của VM được tưới máu rất chậm, thì chuyển tiếp < 11 giây)

V. Điều trị:

Cấp cứu trong vòng 24 giờ đầu

- Hạ nhãn áp:

+ Mát-xa nhãn cầu 15 phút

+ Dùng thuốc hạ nhãn áp Acetazolamide, hoặc thuốc hạ nhãn áp khác.

+ Nếu có điều kiện thì chọc hút dịch tiền phòng 0.1 – 0.4ml.

- Thở oxy cao áp, hoặc oxy 100%, hoặc hỗn hợp 95% oxy + 5% CO₂.

- Có thể dùng thuốc dẫn mạch hỗ trợ: Papaverine đường toàn thân hoặc tiêm hậu cầu, Nitroglycerine ngâm dưới

- Sau đó cho bệnh nhân khám nội tổng quát, nội tim mạch, đặc biệt tim cao huyết áp, xơ cứng mạch máu.

VI. Theo dõi

- Trong một số trường hợp có thể xuất hiện tân mạch mỏng gây Glôcôm tân mạch vì vậy cần theo dõi diễn biến

276/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TẬT KHÚC XẠ BẰNG PHƯƠNG PHÁP RELEX SMILE

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TẬT KHÚC XẠ BẰNG PHƯƠNG PHÁP RELEX SMILE(Small incision lenticule extraction)

1. Chỉ định

♦ Cận, loạn thị từ 1.75 diop trở lên. Cận tối đa 10.0 diop, loạn tối đa 5.0 diop, tổng độ cận và loạn (cận+ loạn) <

♦ Tuổi từ 18 trở lên

♦ Độ khúc xạ ổn định ít nhất 6 tháng

♦ Thị lực sau khi chỉnh kính cao hơn thị lực không kính từ 2 dòng

2. Chống chỉ định tuyệt đối

♦ Đang có các bệnh lý khác của nhãn cầu (VGM, VMBD, Glaucoma, bong VM)

♦ Giác mạc hình chóp

♦ Tiền căn Herpes giác mạc

♦ Đang dùng các nội tiết tố sinh dục (vd: thuốc ngừa thai)

- ◆ Đang mang thai hoặc cho con bú
- ◆ Mắt độc nhãn
- ◆ Hở mi
- ◆ Giác mạc mỏng (trước điều trị dưới 475 hay sau điều trị laser nhu mô còn dưới 280 micron)
- ◆ Sẹo giác mạc

3. Chống chỉ định tương đối

- ◆ Viêm bờ mi
- ◆ Bệnh tự miễn đã ổn định
- ◆ Bệnh nhân kém hợp tác
- ◆ GM nhỏ ($\text{ĐK} < 11 \text{ mm}$)

4. Xét nghiệm tiền phẫu

- ◆ Đo khúc xạ chủ quan, khch quan, Obscan, Pachymetry, đường kính đồng tử, đường kính giác mạc.

5. Nguyên tắc điều trị

- ◆ Dùng Femtosecond để cắt mảnh mô GM (lenticule) điều chỉnh tật khúc xạ, sau đó lấy mảnh mô ra khỏi nhu mô vạt.
- ◆ Chế độ laser: Standard mode / Fast mode
- ◆ Thông số của lenticule
 - Đường kính: 5mm - 8 mm, khuyến cáo: 6-7mm
 - Chiều dày tối thiểu : 10-30 mcm, khuyến cáo: 15mcm
 - Góc bờ lenticule: 45- 135 độ, khuyến cáo: 90 độ
- ◆ Thông số của vạt:
 - Đường kính: 6- 10.5 mm, nên rộng hơn ĐK lenticule 1mm
 - Chiều dày: 100- 160 mcm.

- Góc bờ vạt: 45- 135 độ, khuyến cáo 90 độ

- Đường cắt bờ vạt: 3-5mm

- ♦ Mức độ điều chỉnh phụ thuộc chiều dày giác mạc, thị giác hai mắt sau mổ, hiệu quả phẫu thuật (thị lực không nhân).

- Mức độ lấy mô không quá 140 mcm

- K sau phẫu thuật trên 32

- Độ đẽ lại không quá 3D

6. Các bước phẫu thuật:

- ♦ Bước 1: Định tâm và đặt gương tiếp xúc với GM (Docking và Centration):

- PTV kiểm tra gương tiếp xúc (contact glass- CG), gắn contact glass vào hệ thống laser.

- Di chuyển giường bệnh nhân để gương tiếp xúc áp vào giác mạc của bệnh nhân.

- Định tâm chính xác

- Khi CG tiếp xúc với GM trên 90%, nhấn hút, kiểm tra lực hút đạt

- Khi laser báo sẵn sàng, nhấn pedal laser

- ♦ Bước 2: Cắt mảnh mô và tạo vạt: femtosecond laser tiến hành theo 2 bước:

- Cắt lenticule giác mạc và cắt bờ lenticule

- Cắt vạt giác mạc và cắt một phần bờ vạt (3-5mm)

- ♦ Bước 3: Lấy lenticule

- Tách bờ vạt

- Tách một phần bờ lenticule

- Tách giữa vạt và lenticule

- Tách giữa lenticule và nhu mạc nền

- Lấy lenticule qua đường mổ vạt

◆ Bước 4: Rửa dưới vạt

7. Chăm sóc hậu phẫu

♦ Nhỏ kháng sinh và corticoid 4 lần/ngày trong 7 ngày

♦ Nước mắt nhân tạo không chất bảo quản 1 - 3 tháng hoặc hơn

♦ Tái khám 1 ngày, 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng hoặc hơn (theo dõi vết mổ, thị lực khúc xạ)

277/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BONG VÕNG MẠC

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BONG VÕNG MẠC

I. Triệu chứng bong võng mạc

1. Chủ quan: nhìn thấy chớp sáng, ruồi bay, bị che 1 phần thị trường, giảm thị lực

2. Khách quan: soi đáy mắt sẽ thấy bong võng mạc, lỗ rách võng mạc, tế bào sắc tố trong dịch kính trước, có thể áp hụt.

II. Chẩn đoán phân biệt

1. Retinochorisis

2. Bong hắc mạc.

III. Nguyên nhân bong võng mạc:

Rách võng mạc làm dịch di chuyển qua lỗ rách xuống dưới võng mạc gây bong võng mạc.

IV. Cận lâm sàng

1. Cần khám kỹ bằng đèn soi đáy mắt gián tiếp với ấn cung mạc. Khám bằng kính tiếp xúc giúp xác định các lỗ

2. Siêu âm B trong trường hợp đục miosis.

V. Điều trị bong võng mạc

1. Bệnh nhân bong võng mạc đe dọa lan tới hoàng điểm cần được nằm nghỉ tại giường trong khi chờ phẫu thuật laser quang đông, áp lạnh, áp lạnh bom khí (pneumatic retinopexy), cắt dịch kính, ấn độn.

2. Bong võng mạc không đe dọa lan đến hoàng điểm hoặc đã lan đến hoàng điểm nên được phẫu thuật trong vòng

VII. Theo dõi bong võng mạc

1. Sau mổ, bệnh nhân được tái khám sau 1 ngày, 1 tuần, 2 tuần, 1 tháng, 2-3 tháng, sau đó mỗi 6-12 tháng

Tài liệu tham khảo

1. The Wills Eye Manual: Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease, 5th Edition

2. Albert & Jakobiec's Principles & Practice of Ophthalmology, 3rd Edition

278/ QUY TRÌNH CẮT MÓNG MẮT CHU BIÊN BẰNG LASER

QUY TRÌNH CẮT MÓNG MẮT CHU BIÊN BẰNG LASER

I. Chỉ định:

- Góc đóng cấp, glaucoma góc đóng đã CBCM, mắt thứ 2 có chỉ định Laser.
- Sau cơn cấp: đồng tử co, góc mở trên V chu vi.
- Nghẽn đồng tử sau lấy thê thủy tinh.
- Glaucoma do VMBD.
- Hội chứng rải rác sắc tố.
- Soi góc độ II.

II. Chuẩn bị bệnh nhân:

1. Đo TL, NA.
2. Giải thích tiến trình làm, hướng dẫn bệnh nhân hợp tác tốt.

3. Nhỏ thuốc co đồng tử.
4. Nhỏ tê tại chỗ 3 lần, mỗi lần cách nhau 5 phút.

III. Kỹ thuật cắt mống mắt chu biên bằng laser:

Đặt kính Abraham lên giác mạc.

Chọn thông số : Năng lượng 2-3 mj/bắn (shots).

Vị trí từ 11g-1g.

Đường kính lỗ LPI : 200 micron.

Thuốc sau laser: Kháng viêm nhỏ mắt.

Hạ áp.

IV. Theo dõi:

- Tình trạng lỗ thủng, nhăn áp, góc tiền phòng.
- Tái khám mỗi 3 đến 6 tháng.

V. Biến chứng cắt mống mắt chu biên bằng laser:

- Tăng nhăn áp thoáng qua, thường trong 24 giờ.
- Viêm mống.
- Tồn thương giác mạc.
- Glaucoma ác tính.
- Giảm thị lực.
- Chảy máu mống mắt hoặc tiền phòng.
- Đục thể thủy tinh khu trú.

279/ QUY TRÌNH PHẪU THUẬT PHACO + CBCM

QUY TRÌNH PHẪU THUẬT PHACO + CBCM

I. Chỉ định:

1. Glaucoma góc đóng hoặc góc mở kèm đục thuỷ tinh thê ($TL \leq 3/10$). Trường hợp mắt độc nhất ($TL \leq 1/10$). (
2. Cơn góc đóng cấp có kèm đục TTT, có $TL \leq 3/10$ (trường hợp mắt độc nhất thì $TL \leq 1/10$), khi nhăn áp điều (SGTP góc đóng trên $\frac{3}{4}$).

II. Chuẩn bị bệnh nhân ngày trước mổ:

1. Đo TL, NA
2. Xét nghiệm đầy đủ: công thức máu, TS-TC, đường máu,
3. Khám toàn thân tổng trạng cho phép: huyết áp, tim, phổi.
4. Siêu âm mắt A,B
5. Hạ nhăn áp: thuốc nhỏ, uống
6. Tiều phẫu:
ACETAZOLAMIDE 0,25g: 2 viên
PARACETAMOL 0,5g: 1 viên
DÃN ĐỒNG TỬ (C. Mydriacyl, C. Neosynéphrine)
7. Ký cam kết mổ.

III. Ngày phẫu thuật:

1. Ở khoa phòng:

- Kiểm tra hồ sơ trước mổ (siêu âm, xét nghiệm, khám nội).
- Uống thuốc hạ nhăn áp.
* Acetazolamid 0,25g 2 viên
* Kaleorid 0,6g 1 viên
Uống trước mổ 1h 2h
- Sát trùng lại mắt bằng Povidine 5%
- KHÔNG Nhỏ thuốc dãn đồng tử
- Băng mắt.

2. Trong phòng mổ:

- Tê cạnh cầu hoặc hâu cầu xyclocain 10%.
- Nhỏ thuốc Povidine 5% trong mắt và sát trùng ngoài da bằng Povidine 10% dán băng lên mi, trán.
- Dùng silk 4/0 cố định cơ trực hoặc vicryl 8/0 cố định giác mạc tùy PTV.
- Mở kết mạc cùng đồ cách rìa 8-10mm, hoặc mở kết mạc rìa.
- Tạo nắp cung mạc 4 x 6mm ($\frac{1}{2}$ chiều dày cung mạc).

- Chuyển Phaco bằng đường Giác mạc trong phía thái dương.
- Thực hiện kỹ thuật Phaco + IOL như quy trình Phaco + IOL thông thường.
- Tái tại tiền phòng và bơm kín mép mổ
- Cắt bè cung mạc 1,5x2mm.
- Cắt mống mắt chu biên.
- Khâu nắp cung mạc bằng chỉ nylon 10-0.
- Tái tạo tiền phòng.
- Khâu Tenon, kết mạc bằng Vicryl 8-0 nếu mở kết mạc cùng đồ hoặc chỉ nylon 10-0 nếu mở kết mạc rìa.
- Bơm kháng sinh tiền phòng (vancomycin 0.1mg/1ml).
- Tiêm 2,5mg Dexamethasone + 20mg Gentamycin dưới kết mạc.
- Sau khi hoàn tất phẫu thuật, nhả kháng sinh phô rộng và tra mỡ kháng sinh, kháng viêm.
- Băng mắt.

IV. Hậu phẫu:

1. SAU KHI MỔ

1. Săn sóc hậu phẫu: Thay băng, rửa mắt hàng ngày.
2. Uống

- * Giảm đau
- * Kháng viêm (khi cần)

3. Thuốc nhỏ:

- * C. Atropin 1%
- * C. Kháng sinh
- * C. Corticoid

4. Nâng thể trạng

2. THEO DÕI

- * Khám hàng ngày, theo dõi tình trạng tiền phòng, thị lực, nhãn áp.
- Hàng tuần: Đo nhãn áp, thị lực, tình trạng sẹo bụng, tiền phòng, IOL.
- Tái khám sau đó mỗi 3 hoặc 6 tháng
 - + Thị lực
 - + Thị trường
 - + Nhãn áp
 - + Gai thị

280/ QUY TRÌNH MỔ CẮT BÈ CỦNG MẶC + MỔ ĐỤC THỦY TINH

QUY TRÌNH MỔ CẮT BÈ CỦNG MẶC + MỔ ĐỤC THỦY TINH THỂ NGOÀI BAO

I. Chỉ định:

Bệnh nhân Glaucoma có chỉ định phẫu thuật CBCM kèm với

- Đục thủy tinh thể độ 4, 5 nhâm cứng nâu đen, chín phồng, hoặc tiêu nhâm (mổ phaco không an toàn).
- Đục thủy tinh thể lệch hoặc bán lệch (mổ phaco không an toàn)
- Đục thủy tinh thể kèm sẹo đục giác mạc khó quan sát tiền phòng, bao trước thủy tinh thể

II. Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ:

- Lấy dấu hiệu sinh tồn.
- Ôn định tư tưởng bệnh nhân và thân nhân an tâm tin tưởng vào cuộc mổ, tin tưởng tuyệt đối vào BS phẫu thuật.
- Có thể ăn nhẹ trước khi mổ.
- Nếu tóc dài thì thắt bím lại cho gọn.

1. Vệ sinh mắt: ngày trước mổ:

- Cắt lông mi, nếu không cắt thì sẽ dán băng vô trùng trong phòng mổ.
- Đo thị lực, nhãn áp.
- Nhỏ Povidine 5%.
- Nhỏ kháng sinh, kháng viêm.

2. Hoàn tất đầy đủ các xét nghiệm:

- Siêu âm A-B.
- Xét nghiệm máu: CTM, TS-TC, Glucose/máu

- Khám nội + ECG.

3. Ký cam kết mổ; Bệnh nhân ký hoặc lăn tay.

4. Duyệt mổ: BS trưởng khoa, BS gây mê, PTV, ĐDT khoa.

III. Ngày phẫu thuật:

1. Ở khoa phòng:

- Kiểm tra hồ sơ trước mổ (siêu âm, xét nghiệm, khám nội).

- Uống thuốc hạ nhãn áp.

* Acetazolamid 0,25g 2 viên uống trước mổ 1h^ 2h

* Kaleorid 0,6g 1 viên

- Sát trùng lại mắt bằng Povidine 5%

- Nhỏ thuốc dẫn đồng tử bằng Mydrin P trước khi đưa bệnh lên phòng mổ 30 phút

- Đánh dấu mắt mổ. Băng mắt.

2. Trong phòng mổ:

PHÒNG TIỀN PHẪU:

- Kiểm tra tên, tuổi và mắt PT , chỉ định mổ, phẫu thuật viên.

- Tiêm tê cạnh nhãn cầu.

- Nhỏ thuốc Povidine 5% trong mắt và sát trùng ngoài da bằng Povidine 10% .

KTV gây tê đưa BN vào bàn mổ.

TRONG PHÒNG MỔ

- Kiểm tra tên, tuổi và mắt PT , chỉ định mổ, phẫu thuật viên.

- Nhỏ thuốc Povidine 5% trong mắt và sát trùng ngoài da bằng Povidine 10% .

- Trải châmpe mổ - Dán băng lên mi.

- Nhỏ Betadin 5% sau khi đặt vành mí. Rửa sạch lại bằng dung dịch Lactate Ringer có pha Gentamycine.

- Phẫu thuật theo chỉ định duyệt mô:

Dùng chỉ silk 4/0 cố định cơ trực trán.

Mở KM 160 độ từ kinh tuyến 10 - 2 giờ.

Tạo đường hầm giác - cung mạc cách rìa trên 2mm, dài 8mm có vạt hình tam giác ở giữa. Áp thuốc MMC hoặc dung dịch nhuộm bao trước trong trường hợp không thấy rõ bao, bơm chất nhầy tiền phòng.

Dao 11 rạch cung mạc ngay vùng bè nơi có vạt cung mạc thình tam giác, dùng punch cắt cung mạc, cắt mống ch

Dao 11 mở tiền phòng, bơm chất nhầy, lấy thủy tinh thể ngoài bao và rửa hút chất nhân bằng simcoe.

Đặt thủy tinh thể nhân tạo ngoài bao nếu có chỉ định Nylon 10.0 khâu vạt cung mạc, vicryl 8.0 khâu kết mạc

- Sau khi hoàn tất phẫu thuật, tiêm kháng phô rộng (0,1ml = 1mg Vancomycin bơm tiền phòng) và Corticoide (

- Nhỏ Pilocarpin 1%, nhỏ KS phô rộng, tra thuốc mỡ Tobradex. Băng mắt

♦ Trường hợp có biến chứng Rách bao sau::

Khi bệnh nhân bị rách bao sau, thoát dịch kính; cắt dịch kính trong tiền phòng cho đến khi đồng tử co tròn.

- Nếu có chỉ định đặt IOL (vào sulcus hay trên bao trước) hoặc khâu IOL cung mạc.

- Co đồng tử bằng Myostat bơm tiền phòng.

- Tiêm Triamcinolon vào tiền phòng (Thuốc Triamcinolone 40mg/ml pha với 9ml NaCl

0.9%. - Dùng ống tiêm 3ml và kim bơm hơi, bơm 1ml dung dịch thuốc đã pha vào tiền phòng qua vết mổ).

- Dùng kéo panas hoặc đầu anterior vitrectomy cắt pha lê thể tiền phòng sạch.

- Khâu vết mổ

- Bơm hơi tiền phòng

- Bơm vancomycine tiền phòng.

- Tra pomade kháng sinh + kháng viêm.

- Băng mắt.

IV. Hậu phẫu:

- Rửa mắt bằng Efticol.
- Nhỏ thuốc kháng sinh và kháng viêm (Oflovid + Pred forte) 4 - 6 lần / ngày.
- Băng mắt mổ ngày đầu, sau đó đeo kính bảo vệ mắt trong tuần lễ đầu để tránh nhiễm trùng, bụi, chấn thương.
- Thuốc giảm đau (Paracetamol 0,5 X 3lần /ngày) từ 1 - 3 ngày.
- Dùng kháng sinh uống hậu phẫu trong trường hợp có biến chứng trong mổ rách bao sau, thoát PLT hoặc cuộc ngày)

281/ QUY TRÌNH PHẪU THUẬT NEEDLING

QUY TRÌNH PHẪU THUẬT NEEDLING

I. Chỉ định:

Tất cả các bệnh nhân đã thực hiện phẫu thuật cắt bè cùng mạc lần đầu, cách thời điểm chọn bệnh ít nhất 1 tháng

- ♦ Có sẹo bụng dẹt, phẳng, sẹo xơ dày, sẹo bụng nhỏ, bụng nang Tenon hóa.
- ♦ Đã thực hiện mát - xa nhän cầu, nói lồng nốt chỉ khâu vặt cùng mạc.
- ♦ Nhän áp > 21mmHg.

II. Chuẩn bị bệnh nhân:

1. Đo TL, NA
2. Xét nghiệm đầy đủ:CTM, TS, TC.
4. Ký cam kết .

III. Phương pháp phẫu thuật:

- ♦ Có thể thực hiện tại phòng mổ dưới kính vi phẫu thuật, dưới đèn sinh hiển vi hoặc dùng đèn lup trán.

- ♦ Nhỏ tê tại mắt tiền hành phẫu thuật.
- ♦ Sát trùng Povidine 5% trong túi cùng và 10% ngoài da mí.
- ♦ Đặt vành mi, dùng kẹp giác mạc giữ kết mạc ở vị trí cách vạt cung mạc ít nhất 1 cm.
- ♦ Dùng ống tiêm 1ml, kim tiêm 30G, tiêm 0.04ml hỗn hợp 5-FU 0.1ml (50mg/ml) pha với 0.02ml Xylocain có eutectic trên . Vị trí tiêm cách vạt cung mạc 10mm. Rửa bằng dung dịch nước muối sinh lý.
- ♦ Sau đó tiến hành dùng kim 30G, dùng đầu và thân kim tách nhiều lần kết mạc lỏng lẻo khỏi mô thượng cung mạc. Tiếp tục dùng kim tách và nâng vạt cung mạc lên. Kiểm tra thấy bụng phồng.
- ♦ Tra mõ kháng sinh và kháng viêm.
- ♦ Băng mắt.
- ♦ Nhỏ kháng sinh quinolone 2 tuần và kháng viêm steroide 6 tuần.

IV. Theo dõi:

- Tình trạng tiền phòng, nhăn áp.
- Tình trạng sẹo bụng.
- Tái khám mỗi 3 đến 6 tháng.

V. Biến chứng:

- Chảy máu trong bụng dò,
- Nhiễm trùng bụng dò,
- Dò rỉ bụng,
- Thiếu máu vùng bụng dò,
- Nhuyễn hoại tử cung mạc,
- Hạ nhăn áp quá mức,
- Nghẽn lỗ dò.

282/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ĐỤC THỂ THỦY TINH BÂM SINH

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ĐỤC THỂ THỦY TINH BÂM SINH

NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ :

Phải luôn luôn kết hợp :

- Điều trị phẫu thuật.
- Điều trị quang học sau mổ.
- Điều trị nhược thị.

I- TRIỆU CHỨNG ĐỤC THỂ THỦY TINH BÂM SINH:

Dấu hiệu chủ quan:

- Trẻ có đồng tử trắng,
- Trẻ bị lác mắt.
- Trẻ hay nheo mắt, chói mắt.
- Với trẻ lớn hơn có thể than mờ mắt, hoặc tình cờ bịt một mắt thấy mắt kia mờ, hoặc tình cờ phát hiện khi đi kh
- Trẻ bị chấn thương trước đó.
- Giảm thị lực, nhìn kém, học tập sa sút.
- Trẻ nhỏ có Rung giật nhãn cầu, không nhìn theo cha mẹ Khám thực thể:
- Đo thị lực : Đo thị lực cho trẻ lớn, đối với trẻ nhỏ thì dùng bộ thị lực phù hợp với từng lứa tuổi.
- Khám nhãn cầu , chú ý trẻ có bị tật nhãn cầu nhỏ hoặc giác mạc nhỏ, hoặc các dị tật khác kết hợp không ?
- Khám vận nhãn : Trẻ có thể bị lác hoặc rung giật nhãn cầu.

- Khám bằng đèn soi đáy mắt : Tìm ánh đồng tử. Khi khám cần nhỏ dần đồng tử để xác định ánh hòng đồng tử, dần thời điểm phẫu thuật.

- Khám với đèn khe sinh hiển vi: xác định hình thái đục, các bệnh lý phôi hợp, từ đó có thể xác định nguyên nhâ

II- CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ ĐỤC THỂ THỦY TINH BÂM SINH

1. ĐỤC T3 BÂM SINH, TRẺ EM, BỆNH LÝ:

A -Đục T3 toàn bộ 1 hoặc 2 mắt : Mô sóm để chống nhược thị cho trẻ, mổ cho trẻ khi được 4-6 tuần tuổi trở lên

B -Đục T3 1 mắt : Đục phiến , đục cực sau, đục khu trú ở trẻ lớn.

1. Đục 1 mắt : Theo dõi định kỳ - có thể nhỏ dần đồng tử.

Chỉ định mổ khi thị lực <3/10 hoặc có dấu hiệu lé do nhược thị.

2. Đục 2 mắt : Đục khu trú ít ảnh hưởng đến sinh hoạt, học tập theo dõi định kỳ.

Chỉ định mổ khi đục T 3 có ảnh hưởng đến học tập (Thị lực < 3/10)

2. ĐỤC T3 THÚ PHÁT SA U VIÊM MBĐ, CHÂN THƯƠNG:

1. Đục vỡ T3 sau chấn thương: Điều trị VMBĐ do chất nhân và do chấn thương trước đến khi mắt yên , hết dấu

+ Có chất nhân vỡ trong tiền phòng ,hoặc :

+ Mắt hết dấu hiệu viêm.

2. Đục T3 sau chấn thương đụng dập : Mô sóm nếu T3 lệch ra tiền phòng gây tổn thương nội mô giác mạc, gây

III- XÉT NGHIÊM CÁN LÂM SÀNG:

- Trẻ dưới 1 tuổi cần được siêu âm tim, khám tiền mê trước. Nếu có bệnh tim bẩm sinh kèm theo thì hội chẩn BS

- Xét nghiệm máu : Công thức máu, TS, TC.

- Siêu âm B : Để kiểm tra bán phần sau và xác định các bệnh lý phôi hợp, qua đó có thể có chỉ định chính xác, t

- Siêu âm A để xác định chiều dài trực nhãn cầu.

(Siêu âm mắt A-B, Đo công suất giác mạc ở trẻ lớn tại phòng siêu âm)

- Nếu trẻ nhỏ ,gây mê siêu âm và khám tại phòng mổ.

IV- KỸ THUẬT MỔ ĐỤC THỂ THỦY TINH BÂM SINH:

- Trẻ đục T3 bẩm sinh 2 mắt < 6 tháng , hoặc đục cả 2 mắt kèm tật Nhãn cầu nhỏ, hoặc GM nhỏ : Mổ cả 2 mắt tâm (Lensec + Vitrec)
- Trẻ đục T3 1 mắt (Từ 3 tháng - 5 tuổi), trẻ đục 2 mắt có GM bình thường : Hút T3 + Cắt PLT trước + IOL (M)
- Trẻ từ 5 - 6 tuổi : PhacoA + xé bao sau (Hoặc cắt bao sau nếu cần) + IOL
- Trẻ - 6 tuổi : PhacoA + IOL

V- HẬU PHÃU :

- Băng mắt sau mổ, ngày hôm sau thay băng.
- Kháng sinh toàn thân + kháng viêm toàn thân trong trường hợp trẻ nhỏ, mắt có tiền căn viêm, chấn thương, tránh ngừa phản ứng viêm:
 - Corticoide (Medrol, Medexa, prednisone...)
 - Kháng viêm không Steroid (NSAIDS) : Noflux, Alpha Chymotrypsine.
- Giảm đau uống nếu cần : Paracetamol 30mg/ kg cân nặng chia 2 đến 3 lần trong ngày đầu.
- Hạ áp : trong 1 số trường hợp chấn thương... có tăng áp sau mổ có thể cho Acetazolamide 5 - 10mg/ kg/ ngày
- Thuốc nhỏ tại chỗ :
 - Kháng sinh nhỏ tại chỗ từ 4 - 6 lần/ngày
 - Kháng viêm nhỏ tại chỗ từ 4 - 6 lần/ngày
 - Giãn đồng tử liết điều tiết trong 1 số trường hợp :

Coll. Atropin 0,5% 1 - 2 lần x 1 giọt / ngày

VI. ĐIỀU TRỊ QUANG HỌC SAU MỔ:

- Đeo kính gọng cho trẻ mổ đục T3 không đặt kính nội nhãn (IOL)

Đeo kính cho trẻ 1 tháng sau mổ.

Với trẻ nhỏ cần khám + soi Skiascopie tại phòng mổ ,nếu trẻ không hợp tác, vào 1 tháng, 3 tháng sau mổ.

- Trẻ mổ có đặt IOL : Tái khám kiểm tra khúc xạ và cho trẻ đeo kính nếu cần vào 1 tháng sau mổ và theo dõi đ

VII. ĐIỀU TRỊ NHUỘC THỊ:

- + Sau mổ BS hướng dẫn cho trẻ tập nhược thị : Che mắt tốt để nhìn bằng mắt mới mổ trung bình 4 giờ mỗi ngày kính.
- + Tập nhược thị đến 12 tuổi.

283/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SUP MÍ BÂM SINH

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SUP MÍ BÂM SINH

I. TRIỆU CHỨNG :

-Chủ quan: mi mắt sụp hơn bình thường từ lúc sanh ra -Khách quan:

a. Phân độ sụp mi : Khoảng cách từ tâm giác mạc đến bờ mi trên (MRD1):

-Khám cover test: phát hiện lé đứng kèm theo do yếu cơ trực trên -Khám vận nhãn: phát hiện các hội chứng đi k Marcus Gunn...

II. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

1. Sụp mi do nhược cơ: mi mắt bình thường lúc sanh ra. Độ sụp mi thay đổi trong ngày

2. Sụp mi tuổi già: mi mắt sụp xảy ở bệnh nhân lòn tuổi

3. Sụp mi già: do dư da mi trên

III. NGUYÊN NHÂN SUP MÍ BÂM SINH:

Do mô cơ nâng mi bị thoái hóa, chỉ cịn mơ mõ và mô sợi.

IV. CẬN LÂM SÀNG:

-Xét nghiệm máu: Công thức máu, TsTc.

-Khám tiền mề

V. ĐIỀU TRỊ SUP MÍ BÂM SINH:

- CHỈ ĐỊNH: (dựa vào độ sụp mi)

- Sụp mi nặng (MRD1 < 1 mm), nếu bệnh nhân dùng được cơ trán và mí không che điện đồng tử, theo dõi mỗi che đồng tử. chỉ định mổ sớm trước 3 -5 tuổi, nhằm giải phóng điện đồng tử, tránh nhược thị
- Các độ sụp mi còn lại: chỉ định mổ trên 6 tuổi.

- CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- PHƯƠNG PHÁP MỔ:

- Phương pháp mổ: (dựa vào chức năng cơ nâng mi)

VI. THEO DÕI VÀ ĐÁNH GIÁ:

1. Hậu phẫu ngày 1 -3:

Theo dõi:

- mức độ nâng mi.
- Bệnh lý giác mạc do hở mi,
- máu tụ, chảy máu ở mi mắt.
- Độ vểnh mi, quặt mi
- Hướng dẫn bệnh nhân tập nhắm mắt.
- Nếu cần, có thể khâu cò tạm mi mắt.

Thuốc hậu phẫu:

- Cho kháng viêm toàn thân 3 ngày
- Giảm đau toàn thân 1 ngày sau mổ.
- Tại chỗ: tra thuốc pomade kháng sinh , nhỏ nước mắt nhân tạo bảo vệ giác mạc.

2. Sau mổ 1 tuần: Tái khám theo dõi Bệnh lý giác mạc do hở mi, cắt chỉ da mi.

3. Hậu phẫu muộn: mức độ nâng mi, giải phóng điện đồng tử, dùng cơ trán hay không?

Xem xét khả năng sụp mi tái phát: độ sụp mi trở về như cũ, làm che điện đồng tử.

284/ VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO TRẺ EM

VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO TRẺ EM

I. CHẨN ĐOÁN:

1. VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO TRƯỚC:

- Mắt đau ,đỏ, cương tụ rìa.
- Giảm thị lực
- Phản ứng tiền phòng Tyndall (+), Tế bào (+) hoặc mủ tiền phòng

2. VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO TRUNG GIAN - VIÊM PARSPLANA

- Mắt đau ,đỏ, cương tụ rìa.
- Giảm thị lực
- Phản ứng tiền phòng Tyndall (+), Tế bào (+) hoặc mủ tiền phòng
- Phản ứng thê mi (+)

3. VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO SAU (HỘI CHỨNG HARADA)

- Giảm thị lực
- Tế bào viêm trong pha lê thê, tyndall phalê thê, đục pha lê thê
- Ô viêm võng mạc.
- Viêm mạch máu.
- Tăng sinh pha lê thê võng mạc IT. XÉT NGHIỆM:
 - a. Xét nghiệm máu : CTM, VS, VDRL,

- b. Huyết thanh chẩn đoán : HIV, Toxoplasma, Toxocara
- c. IDR
- d. XQ phổi
- e. Khám nội khi có dấu hiệu đau khớp kèm theo.
- f. Khám Tai Mũi họng nếu cần.
- g. Chụp mạch hùynh quang nếu viêm võng mạc ở trẻ lớn , có thể hợp tác.

IV. ĐIỀU TRỊ :

1 .VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO TRƯỚC:

- Chống viêm bằng Corticoide - Nhỏ tại chỗ : Dùng các Steroid mạnh:
 - + Coll . Pred fort 1%
 - + Coll. Maxidex nhỏ từ 6 - 10 lần/ ngày.
- Chống đính bằng nhỏ coll Atropin 0,5% x 2 lần / ngày
- Điều trị cẩn nguyên : Thấp khớp - Điều trị thấp khớp. Điều trị TMH ...

Toàn thân : Giảm đau nếu cần. Paracetamol 30mg/kg cân nặng

- Kháng viêm toàn thân nếu viêm màng bồ đào trước nặng không đáp ứng điều trị tại chỗ : Steroid : Prednisolon ngày , giảm liều tùy đáp ứng bệnh nhân, trung bình từ 5-10mg/ tuần.

2. VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO TRUNG GIAN- VIÊM PARS PLANA

- Chống viêm bằng Corticoide
 - Nhỏ tại chỗ : Dùng các Steroid mạnh: Coll . Pred fort nhỏ từ 6 - 10 lần/ ngày. Tùy biểu hiện lâm sàng.
 - Chích dưới bao Tenon : Dexamethasone Hoặc Celesten, Beten 0,5 - 1 ml mỗi tuần 1 lần.
 - Tùy tình trạng diễn biến bệnh, áp lạnh tồn thương chuỗi.
 - Có thể cắt pha lê thể nếu đục nhiều.
- Điều trị đặc hiệu nếu xét nghiệm huyết thanh (+) tương ứng với hình ảnh lâm sàng : Toxocara ...

- Tòan thân : Kháng viêm toàn thân nếu viêm màng bồ đào nặng không đáp ứng điều trị tại chỗ : Steroid : Prednisolone 14 ngày , giảm liều tùy đáp ứng bệnh nhân, trung bình từ 5-10mg/ tuần.

3. VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO SAU (HỘI CHỨNG HARADA)

+ Dùng Corticoide toàn thân : Bolus Methylprednisolone 500mg/m² da 3 ngày liên tiếp, hoặc mỗi 2 ngày trong

Sau đó giảm liều, uống Corticoid 2-3mg/ kg/ ngày trong 2-3 tuần, uống 1 lần sau ăn sáng.

+ Tùy đáp ứng lâm sàng có thể giảm liều nhanh hay giảm liều dần, mỗi tuần giảm 10- 20% . Dùng chế độ uống

Khi giảm liều , phối hợp Corticoide với thuốc kháng viêm NSAIDS.

Nếu điều trị không hiệu quả - Dùng thuốc ức chế miễn dịch liều thấp như Methotrexate.

Chích Corticoide dưới bao tenon hoặc cạnh nhãn cầu mỗi tuần 1 lần, có thể dùng đến 6 liều

GHI CHÚ : Diện tích da S (m²) = (4P + 7)/(P + 90)

P = Cân nặng của trẻ.

285/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO VI TRÙNG

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO VI TRÙNG

I. Kháng sinh nhỏ mắt: tùy theo phân loại sang thương, dựa trên nguy cơ ảnh hưởng đến thị lực:

1. Ít nguy cơ giảm hoặc mất thị lực: những thâm nhiễm nhỏ, không nhuộm màu ở chu biên giác mạc với phản ứng

* Fluoroquinolone (Moxifloxacin, Gatifloxacin, Ciprofloxacin) mỗi 2-4 giờ.

2. Nguy cơ trung bình: ổ thâm nhiễm kích thước trung bình (đường kính 1-

1.5mm) ở chu biên giác mạc, hoặc bất cứ thâm nhiễm nào có kích thước nhỏ hơn nhưng có tróc biểu mô đi kèm:

* Fluoroquinolone (Moxifloxacin, Gatifloxacin, Ciprofloxacin) nhỏ mỗi giờ.

3. Đe dọa thị lực: những ổ thâm nhiễm lớn hơn 1-2mm, nằm trên trục thị giác,

không đáp ứng với điều trị ban đầu: không nên dùng fluoroquinolone đơn trị liệu, phải dùng kháng sinh phối hợp

* Fluoroquinolone + aminoglycosides (Tobramycin, Gentamycin)

* Fluoroquinolone/Tobramycin/Gentamycin + Cefazolin /Vancomycin.

* Ngoại trừ fluoroquinolone có thể dùng loại thuốc nhỏ mắt có nồng độ có sẵn trên thị trường, các thuốc kháng Tobramycin/Gentamycin là 15 - 20mg/ml và Cefazolin /Vancomycin là 50mg/ml.

* Nên dùng Vancomycin cho những trường hợp các vi khuẩn kháng thuốc hoặc những bệnh nhân dị ứng với Penicillin.

+ Liều tấn công: 1 giọt mỗi 2 phút X 5 liều, sau đó nhỏ mỗi 30 phút. Ban đêm: nhỏ 1 giọt mỗi 1 phút X 3 liều, 4-30 phút.

Chú ý:

* Nếu không đáp ứng điều trị, dựa vào kết quả nuôi cấy và kháng sinh đồ.

* Ngưng kháng sinh nhỏ 7-10 ngày sau khi lành loét.

* Nếu do Pseudomonas thì dùng thêm 3-4 tuần (loại có nồng độ có sẵn trên thị trường).

II. Thuốc tiêm dưới kết mạc:

- Chỉ định: loét dọa thủng khi không đảm bảo liều nhỏ tấn công thuốc kháng

sinh tăng nồng độ do bệnh nhân tuân thủ kém.

- Gentamycin, Cefazolin hoặc Vancomycin tiêm mỗi 12 - 24 giờ tại các vị trí kết mạc khác nhau trong 24 - 48 giờ.

III. Kháng sinh toàn thân:

- Chỉ định: nhiễm trùng lan ra cung mạc, loét thủng hoặc có viêm mủ nội nhãn: fluoroquinolone đường uống.

- Kháng sinh toàn thân cũng cần thiết trong những trường hợp nhiễm Neisseria và Haemophilus (Ceftriaxone 1g để ngăn chặn nhiễm trùng lan rộng toàn thân).

IV. Điều trị hỗ trợ:

- Giảm đau: Acetaminophen hoặc các thuốc giảm đau khác.

- Liệt thê mi (Atropin 1% X 2 lần/ngày)

- Hạ nhãn áp nếu có tăng nhãn áp

- Nâng tông trạng

Tài liệu tham khảo:

1. Ehlers, Justis P.; Shah, Chirag P. (2008) Wills Eye Manual.
2. F. Hampton Roy, Frederick W. Fraunfelder (2008). Current Ocular Therapy.
3. Krachmer Mannis Holland (2005). Cornea
4. Smolin and Thoft's (2005). The Cornea

286/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TOXOCARA MẮT

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TOXOCARA MẮT

ĐIỀU TRỊ TRIỆU CHỨNG VIÊM MÀNG BÒ ĐÀO

ĐIỀU TRỊ PHỐI HỢP

1. Diệt áu trùng:

- NOTEZINE (100mg) Diethyl Carbamazine 3mg /kg x 14-21 ngày.
 - THIABENDAZOLE (MInDeZOL) phối hợp với Corticoides 1mg/ kg / ngày , giảm liều dần.
2. Áp lạnh hoặc quang đông áu trùng(nếu thấy) hoặc áp lạnh trung tâm của u hạt võng mạc.

3. Cắt pha lê thể nếu thấy bệnh tiến triển.

(Hội chẩn BS trưởng phó khoa đáy mắt)

Chỉ định khi:

- Viêm phalê thể nặng dù đã điều trị Corticoide.
- Màng Fibrin diện đồng tử.
- Co kéo pha lê thể -Võng mạc.

287/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM GIÁC MẠC DO VI TRÙNG

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM GIÁC MẠC DO VI TRÙNG

LÂM SÀNG :

- Đau nhức mắt, sợ sáng, đỏ mắt, chảy nước mắt.
- Cảm giác cộm xốn như có dị vật. Tiết ghèn nhiều.
- Có tiền sử chấn thương , bụi
- Trên giác mạc có đốm , mảng màu trắng xám trong nhu mô, bờ nham nhỏ, thâm lậu nhu mô có thể hơi nhô lên

2. CẬN LÂM SÀNG VIÊM GIÁC MẠC DO VI TRÙNG:

Lấy chất tiết, cao vết loét:

- Soi turoi tìm nấm.
- Cáy, kháng sinh đồ .

3. ĐIỀU TRỊ VIÊM GIÁC MẠC DO VI TRÙNG:

- Nhỏ kháng sinh tại chỗ:

Tùy sang thương cho kháng sinh : Tobramycin, Quinolone, Gentamycin ... nhỏ từ 6 lần đến mỗi giờ trong ngày

Sau khi có kết quả kháng sinh đồ thì điều chỉnh theo kháng sinh đồ.

- Kháng sinh toàn thân:
- Nâng đỡ tổng trạng: Vitamin A, C, B.

I. LÂM SÀNG VIÊM GIÁC MẠC DO VI TRÙNG:

- Đau nhức mắt, sợ sáng, đỏ mắt, chảy nước mắt.
- Cảm giác cộm xốn như có dị vật. Tiết ghèn nhiều.
- Có tiền sử chấn thương, đặc biệt là do tác nhân là thực vật như bị lá lúa, cành cây quẹt vào mắt. Có bệnh mãn tính.
- Trên giác mạc có đốm, mảng màu trắng xám trong nhu mô, bờ nham nhỏ, thâm lậu nhu mô có thể hơi nhô lên
- Phản ứng tiền phòng, ngắn mủ - mủ tiền phòng

II. CẬN LÂM SÀNG:

Lấy chất tiết, cạo ỏ loét:

- Soi tươi tìm nấm.
- Cây, kháng sinh đồ đè phòng bội nhiễm

III. ĐIỀU TRỊ VIÊM GIÁC MẠC DO VI TRÙNG:

- Thuốc dùng tại mắt :
- Thuốc điều trị đầu tay là Natamycin 5%:
 - Natamycin 5% nhỏ mỗi giờ trong ngày đầu sau đó giảm liều và duy trì đến khi lành Nếu không đáp ứng lâm sàng
 - + Nấm sợi : Funconazole 0,3% (Coll. Zocon 0,3%)
 - + Nấm men : AmphotericineB (Coll. Fungizone 0,15%)
- Thuốc dùng toàn thân : Dùng trong VGM sâu, nặng, Viêm củng mạc, Viêm nội nhãn.
- Ketoconazole 200mg (Ketoconazole, Nizoral)
- Intraconazole 100mg (Sporal)

- Điều trị trong 21 ngày.
 - Điều trị phụ trợ:
 - Coll. Atropin 0,5% x 2 lần/ngày.
 - Gọt bè mặt vết loét.
 - Chấm Betadin 5%.
 - Vitamine nâng tổng trạng.

◆◆◆ Chú ý :

- Thuốc kháng nấm nên uống vào giữa bữa ăn để được hấp thu tối đa.
- Làm XN chức năng gan sau 2 tuần dùng thuốc kháng nấm uống.
- Đổi thuốc kháng nấm nếu thấy không hiệu quả sau 2 tuần điều trị

288/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM GIÁC MẠC DO NẤM

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM GIÁC MẠC DO NẤM

I. LÂM SÀNG VIÊM GIÁC MẠC DO NẤM:

- Đau nhức mắt, sợ sáng, đỏ mắt, chảy nước mắt.
- Cảm giác cộm xốn như có dị vật. Tiết ghèn nhiều.
- Có tiền sử chấn thương, đặc biệt là do tác nhân là thực vật như bị lá lúa, cành cây quẹt vào mắt. Có bệnh mãn tính.
- Trên giác mạc có đốm, mảng màu trắng xám trong nhu mô, bờ nham nhở, thâm lậu nhu mô có thể hơi nhô lên. Có thể có tổn thương vệt tinh.
- Phản ứng tiền phòng, ngắn mủ – mủ tiền phòng

II. CẬN LÂM SÀNG VIÊM GIÁC MẠC DO NẤM:

Lấy chất tiết, cạo ổ loét:

- Soi tươi tìm nấm.
- Cấy, kháng sinh đồ đề phòng bội nhiễm

III. ĐIỀU TRỊ VIÊM GIÁC MẠC DO NẤM:

- Thuốc dùng tại mắt :
 - Thuốc điều trị đầu tay là Natamycin 5%:
 - Natamycin 5% nhỏ mỗi giờ trong ngày đầu sau đó giảm liều và duy trì đến khi lành

Nếu không đáp ứng lâm sàng co thê kết hợp thêm:

- + Nấm sợi : Funconazole 0,3% (Coll. Zocon 0,3%)
- + Nấm men : AmphotericineB (Coll. Fungizone 0,15%)
- Thuốc dùng toàn thân : Dùng trong VGM sâu, nặng, Viêm củng mạc, Viêm nội nhãn.
- Ketoconazole 200mg (Ketoconazole, Nizoral)
- Itraconazole 100mg (Sporal)
- Điều trị trong 21 ngày.
- Điều trị phụ trợ:
 - Coll. Atropin 0,5% x 2 lần/ngày.
 - Gọt bè mặt vết loét.
 - Chấm Betadin 5%.
 - Vitamine nâng tổng trạng.
- Chú ý :
 - Thuốc kháng nấm nên uống vào giữa bữa ăn để được hấp thu tối đa.
 - Làm XN chức năng gan sau 2 tuần dùng thuốc kháng nấm uống.
 - Đổi thuốc kháng nấm nếu thấy không hiệu quả sau 2 tuần điều trị

289/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NGOAI TRÚ RÁCH KÉT MẠC - RÁCH DA MI KHÔNG PHỨC TỐ

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NGOAI TRÚ RÁCH KÉT MẠC - RÁCH DA MI KHÔNG PHỨC TỐ

I. XÉT NGHIỆM TIỀN PHẪU:

XN Máu : CTM, TS, TC.

Khám tiền mê.

II. PHẪU THUẬT :

❖ KHÂU KẾT MẠC :

- Khâu kết mạc vicryl 8/0.
- Tra thuốc mỡ kháng sinh.
- Băng mắt.

Hậu phẫu : Kháng sinh, khánh viêm nhỏ tại chỗ.

Nếu bắn, có thể cho thêm kháng sinh toàn thân 5 ngày Kháng viêm 5ngày (Nofux)

Giảm đau 1 -2 ngày.

❖ KHÂU DA MI :

- Khâu da mi : Nylo 7/0

- Tra mõ kháng sinh

- Băng mắt

Hậu phẫu : Kháng sinh, khánh viêm nhỏ tại chỗ.

Nếu bắn, có thể cho thêm kháng sinh toàn thân 5 ngày Kháng viêm 5ngày (Nofux)

Giảm đau 1-2 ngày.

III. HẬU PHẪU:

Sau khi tỉnh mê, có thể xuất viện, hẹn hôm sau tái khám và 1tuần sau tái khám. Kháng sinh nhỏ tại chỗ 4 - 6 lần

Nếu vết rách bắn có thể cho thêm kháng sinh kháng viêm uống 5 ngày.

290/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ NGUYÊN BÀO VÔNG MẠC

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ NGUYÊN BÀO VÔNG MẠC

Định nghĩa: là bệnh lý ác tính tại mắt thường gặp nhất ở trẻ dưới 5 tuổi

I. PHÂN LOẠI

1. UTNBVM một mắt

2. UTNBVM hai mắt

II. PHÂN ĐỘ QUỐC TẾ

A. Theo Reese- Ellsworth (áp dụng cho chỉ định cắt bỏ nhãn cầu)

1. Nhóm 1:

- * Một u, nhỏ hơn 4 đường kính gai, ở xích đạo hoặc sau xích đạo
- * Nhiều u, nhỏ hơn 4 đường kính gai, ở xích đạo hoặc sau xích đạo

2. Nhóm 2:

- * Một u, 4-10 đường kính gai, ở xích đạo hoặc sau xích đạo
- * Nhiều u, 4-10 đường kính gai, sau xích đạo

3. Nhóm 3

- * U trước xích đạo
- * U lớn hơn 10 đường kính gai, sau xích đạo

4. Nhóm 4

- * Nhiều, có $u > 10$ đường kính gai
- * U lan tới ora serrata

5. Nhóm 5

- * U lớn hơn 4 võng mạc
- * Gieo rác trong PLT

B. Theo phân loại mới ABC (áp dụng cho chỉ định điều trị bảo tồn)

NHÓM

A: U nhỏ, đường kính $< 3\text{mm}$, cách hoàng điểm $> 3\text{mm}$, cách gai thị $> 1,5\text{mm}$

B: U lớn, đường kính $> 3\text{mm}$, cách hoàng điểm $\leq 3\text{mm}$, cách gai thị $\leq 1,5\text{mm}$, dịch dưới võng mạc cách bờ u

C: Gieo rắc khu trú dưới võng mạc ≤ 3 mm, hoặc gieo rắc trong PLT cách u ≤ 3 mm, hoặc cả hai D: Gieo rắc la trong PLT cách u > 3 mm, hoặc cả hai E:

U lớn hơn 50% thể tích nhăn cầu Glaucom tân mạch XHTP, XH PLT

Xâm lấn thần kinh thị, cung mạc, hốc mắt.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Phẫu thuật:

Cắt bỏ nhăn cầu đặt bi: GIAI ĐOẠN C, D , E, hoặc 3,4 ,5

Nạo vét hốc mắt: xâm lấn hốc mắt trên lâm sàng hoặc trên hình ảnh cận lâm sàng.

2. Điều trị bảo tồn:

Laser: UTNBVM giai đoạn A, B Áp lạnh: u trước xích đạo

3. Chuyển điều trị hóa trị:

Hóa trị trước phẫu thuật: UTNBVM hai mắt từ giai đoạn D trở lên, mục đích làm giảm thể tích u trước phẫu thuật

Hóa trị sau phẫu thuật: UTNBVM xâm lấn thần kinh thị, cung mạc, hốc mắt, u 2 mắt.

291/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ THẦN KINH THỊ CHẨN THỦ

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ THẦN KINH THỊ CHẨN THỦ

I. TRIỆU CHỨNG:

- ♦ Tiền sử chấn thương vùng gò má, trán, thái dương.
- ♦ Dấu hiệu đặc trưng: Có tổn thương đồng tử hướng tâm của sợi trực tế bào hạch biểu hiện bằng đồng tử dãn kết hợp sự mất hoặc yếu của biên độ thu đồng tử khi chiếu ánh sáng trực tiếp n
- ♦ Thị lực sụt giảm trầm trọng trong khi tình trạng nhăn cầu hoàn toàn bình

thường.

II. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Chẩn thương đụng dập nhãm cầu

III. NGUYÊN NHÂN BỆNH LÝ THẦN KINH THỊ CHẨN THƯƠNG

- ♦ Chèn ép thần kinh thị tại ổng thị
- ♦ Ngạnh tắc mạch máu nuôi

IV. CẬN LÂM SÀNG

- ♦ X quang không sửa soạn của lỗ thị.
- ♦ Chụp cắt lớp điện toán hốc mắt và sọ não

V. ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ THẦN KINH THỊ CHẨN THƯƠNG

- ♦ Liều tấn công: Methylprednisolone 20mg/kg IV

Tiếp theo bằng 10mg/kg IV 2 giờ sau.

10mg/kg IV 6 giờ sau

Liều duy trì: 10mg/kg IV từ ngày thứ 2 đến ngày thứ 5

- ♦ Kiểm soát thị lực và phản xạ đồng tử trong vòng 48 - 72 giờ.
 - * Nếu thị lực không cải thiện : ngưng điều trị.
 - * Nếu thị lực cải thiện: Tiếp tục điều trị trong 5 ngày rồi thì giảm liều nhanh dần.

* Nếu thị lực cải thiện rồi tiến triển xấu trở lại: Xem xét mổ giải áp bởi chuyên khoa TMH bằng đường nội soi.

Điều kiện áp dụng chế độ điều trị:

- ♦ BN bị thương trong vòng 1 tuần.
- ♦ X quang phổi bình thường.
- ♦ Khám nội : không có gì đáng lưu ý.

VI. THEO DÕI: Diễn biến hồi phục thị lực, thị trường

292/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH THIẾU MÁU ĐẦU THẦN KINH T

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH THIẾU MÁU ĐẦU THẦN KINH T

I. TRIỆU CHỨNG:

Tùy theo

AAION (Thiếu máu thần kinh thị do viêm mạch) li ên quan bệnh tự miễn NAION (Thiếu máu thần kinh thị không cao HA, đái tháo đường, tăng mỡ trong máu, lupus, thấp khớp...)

II. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

AAION	
Tuổi	Trung bình 70 tuổi
Thị lực	Giảm đột ngột < 1/10
Triệu chứng kèm theo	Nhức đầu, cứng hàm, ĐM thái dương sờ cứng hay không đập.
Gai thị	Mắt bệnh: Phù nhạt màu. Mắt lành: Tồn tại lõm gai sinh lý
VS Mạch ký huỳnh quang	M= 70mm/h Chậm ở thị hắc mạc và gai thị

III. NGUYÊN NHÂN

- ♦ Gai thị hẹp không có lõm gai sinh lý với NAION
- ♦ Bệnh tự miễn với AAION

IV. CẬN LÂM SÀNG XÉT NGHIỆM THƯỜNG QUI

- ♦ XN máu: NGFL, VS, CRP, cholesterol, triglyceride, HDL, LDL
- ♦ Điện thế gợi

- ♦ Đo thị trường nếu thị lực > 1/10
- ♦ Mạch ký huỳnh quang
- ♦ Khám nội tim mạch
- ♦ Sinh thiết ĐM thái dương khi nghỉ ngò thẻ AAION

V. ĐIỀU TRỊ THIẾU MÁU ĐẦU THẦN KINH THỊ

Thẻ AAION

- ♦ Nootropyl 6-12g/ngày truyền tĩnh mạch với 50ml glucoza 5% trong 5 ngày
- ♦ Thuốc giãn mạch: một trong các loại:
 - ♦ Duxil : 1v x 2 /ngày
 - ♦ Tanakan : 1v x 3 /ngày
 - ♦ Stugeron 25mg: 1v x 2 /ngày
 - ♦ Vit B1B6B12 : 1v x 2 /ngày

Thẻ AAION Methylprednisolone

- ♦ 1g/ ngày truyền TM với 50ml glucoza 5% x 5 ngày, sau đó 60 - 100 mg uống / ngày
- ♦ Giảm nhanh còn ít hơn 20mg/ ngày qua 1-2 tháng đầu
- ♦ Mục tiêu là duy trì < 10mg/ ngày nhưng nhiều hơn 1 năm
- ♦ Tỉ lệ phục hồi sau điều trị 15-34%

VI. THEO DÕI

Giảm thị lực mắt còn lại

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GÃY SÀN HÓC MẮT

I. TRIỆU CHỨNG

- ♦ Dấu hiệu quanh hốc mắt : phù kết mạc, phù và tràn khí dưới da.
- ♦ Thụt nhãn cầu : xuất hiện rõ khoang 10 ngày sau khi chấn thương
- ♦ Song thị với lé biểu hiện:nghiệm pháp kéo cơ cưỡng bức (+)

II. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT GÃY SÀN HÓC MẮT

- ♦ Gãy Lefort
- ♦ Gãy gò má
- ♦ Gãy vùng giữa mặt
- ♦ Gãy bung thành hốc mắt

III. NGUYÊN NHÂN: chấn thương do tai nạn giao thông, sinh hoạt...

IV. CẬN LÂM SÀNG GÃY SÀN HÓC MẮT

CT scan giúp xác định chính xác vị trí gãy và đe dọa vào cua phau thuật

V. ĐIỀU TRỊ GÃY SÀN HÓC MẮT

Chỉ định điều trị

Trước một chấn thương vùng mặt → Lượng giá tổn thương mắt → X quang không sửa soạn: Có gãy thành hốc mắt hoặc không có gãy nhưng lâm sàng nghi ngờ → Corticoq toàn thân 5 ngày + chụp CTscan :

- * CT cho thấy gãy rộng hay có kẹt cơ vận nhãn: phẫu thuật giải phóng chỗ kẹt và tái tạo lỗ gãy bằng chất liệu tự thân hay nhân tạo
- * CT bình thường: Theo dõi 14 ngày
 - Song thị dai dẳng → Phẫu thuật
 - Thụt mắt nhiều → Phẫu thuật

Nói chung: Thời điểm phẫu thuật tốt nhất là 2 tuần sau chấn thương sau khi các phản ứng viêm phù đã rút và B Mö ngay nếu nghiệm pháp kéo cơ cõng bức cho thấy cơ trực dưới bị kẹt vào chỗ gãy

QUI TRÌNH PHẪU THUẬT LÓT SÀN HÓC MẮT

Phương pháp phẫu thuật:

- BN có thể chọn gây mê hay gây tê tại chỗ.
- Đường vào có thể đi từ da ngay dưới chân lông mi mí dưới khi cần phẫu trường rộng để lót thành dưới và thành lót thành dưới.
- Sau khi rạch da (hoặc kết mạc) bóc lộ vách ngăn hốc mắt tới sát bờ dưới xương hốc mắt.
- Dùng dao điện rạch ngay bờ xương để bóc lộ màng xương hốc mắt
- Dùng thanh đẩy (rougine) tách màng xương khỏi sàn hốc mắt tới chỗ gãy và bẩy các mô kẹt ra khỏi lỗ gãy.
- Dùng vật liệu lót :biosporite (của TTĐT&CBYT) hoặc bioceramic(của Pháp) lót chỗ gãy sao cho implant cố định chắc không bị xê dịch
- Khâu đóng 2 lớp cơ da hoặc cơ kết mạc
- Băng ép

Chăm sóc sau mổ

- Chườn lạnh lên mắt mổ để giảm phù và tụ máu sau mổ
- Thay băng thường qui và tháo băng luôn ngày hôm sau
- Kháng sinh phổi rộng 3 ngày+ giảm đau + chống viêm

VI. THEO DÕI

Đánh giá kết quả:sau 1 tháng

- Tốt: Độ lỗi suýt soát 90 -100% so với mắt lành (Đo độ lỗi bằng thước Hertel)
- Khá : Độ lỗi suýt soát 70-80 % so với mắt lành
- Không đạt: độ thực mắt cải thiện ít <60% hoặc implant bị xê dịch ra trước

Điều trị bỗn xung:

- Độ thật cãi thiện ít: bơm mỡ tự thân
- Implant bị xê dịch ra trước : mổ chỉnh sửa lấy phần bị xê dịch

294/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ U HÓC MẮT

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ U HÓC MẮT

I. TRIỆU CHỨNG U HÓC MẮT

- * Chủ quan: tùy loại u và mức độ phát triển
- * Khách quan: lồi mắt thẳng trực hoặc lệch trực

II. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT: U trong chóp và u ngoài chóp

III. NGUYÊN NHÂN U HÓC MẮT

U xuất phát từ di tích phôi thai hay từ mô hốc mắt tại cho

IV. CẬN LÂM SÀNG U HÓC MẮT

- ♦ Các xét nghiệm thường quy
- ♦ X quang hốc mắt không sửa soạn
- ♦ Siêu âm
- ♦ CT hoặc MRI

V. ĐIỀU TRỊ U HÓC MẮT

Chỉ định mở thành ngoài hốc mắt lấy trọn u khi u có đặc điểm như sau

1. Vị trí

- ♦ U trong chót cơ.
- ♦ U ngoài chót nhưng phát triển sau xích đạo nhẫn cầu.

2. Bản chất

- ♦ Làh tính dạng nang, có bao.

- ♦ Dễ tái phát nếu không lấy trọn.

3. Đặc điểm đi kèm

- ♦ U chèn ép nhẫn cầu hoặc thần kinh thị gây giảm thị lực.

- ♦ Có tiền sử gây viêm tổ chức hốc mắt cấp.

- ♦ Gây lồi mắt nhiều ảnh hưởng thẩm mỹ.

Các u là đối tượng cho phẫu thuật này có thể bao gồm các u sau :

- ♦ U trong chót : u mạch hang, u sợi thần kinh, u bao Schwann

- ♦ U ngoài chót : u hỗn hợp tuyến lệ, u nang bì.

VI. THEO DÕI U HỐC MẮT

Độ lồi mắt tái phát

Chụp MRI hoặc Ctscan mỗi 6 tháng

295/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM GIÁC MẠC DO HSV

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM GIÁC MẠC DO HSV

I. TRIỆU CHỨNG VIÊM GIÁC MẠC DO HSV

1. Chủ quan: Chảy nước mắt, giảm thị lực, chói. Tiền sử đã bị nhiều lần.

2. Khách quan:

- Tổn thương da mi: mụn nước

- Viêm kết mạc

- Bệnh lý ở biểu mô giác mạc

• Viêm giác mạc châm

• Viêm giác mạc hình càنه cây

• Viêm loét giác mạc hình bản đồ

- Loét do loạn dưỡng thần kinh: ổ loét vô trùng, bờ nhẵn trên vùng nhu mô bị tổn thương dai dẳng.

- Bệnh ở nhu mô giác mạc

• Viêm giác mạc hình đĩa

• Viêm giác mạc nhu mô hoại tử

- Viêm màng bồ đào, viêm nội mô

II. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

1. Viêm giác mạc do Herpes Zoster

2. Tróc giác mạc tái phát

III. NGUYÊN NHÂN: HSV1

IV. CẬN LÂM SÀNG - PCR

V. ĐIỀU TRỊ VIÊM GIÁC MẠC DO HSV

1. Tổn thương da mi:

- Pde Zovirax 3% tra 5 lần/ngày

- Acyclovir 0.2g 1-2 viên x 5 lần/ngày

- Chườm ám 3 lần/ngày

- Các thuốc điều trị 7-14 ngày cho đến khi triệu chứng giảm.

- Nâng tổng trạng, giảm đau, hạ áp (nếu có tăng nhĩn áp)

2. Bệnh lý biểu mô giác mạc:

- Pde Zovirax 3% tra 5 lần/ngày

- Col. Atropin 1% x 2 lần/ngày

- Cạo biểu mô

- Có thể uống Acyclovir 0.2g 1-2 viên x 5 lần/ngày

- Nếu loét dạng bẩn đồ thêm kháng sinh phổi rộng phòng ngừa.

- Nếu loét rìa thêm corticoid tại chỗ sau khi đã khởi đầu điều trị với kháng virus tại chỗ vài ngày.

- Nâng tổng trạng, giảm đau, hạ áp (nếu có tăng nhĩn áp)

3. Loét do loạn dưỡng thần kinh: điều trị chủ yếu là dinh dưỡng và ngừa bội nhiễm

- Ngưng thuốc kháng virus tại chỗ

- Nước mắt nhân tạo không chất bảo quản

- Kháng sinh phổi rộng dự phòng

- Nâng tổng trạng, giảm đau, hạ áp (nếu có tăng nhĩn áp)

4. Bệnh nhu mô giác mạc:

- Viêm giác mạc hình đĩa:

• Col. Atropin 1% x 2 lần/ngày

• Col. Predfort 1% x 4 lần/ngày

• Acyclovir 0.2g 2 viên x 2 lần/ngày

• Nâng tổng trạng, giảm đau, hạ áp (nếu có tăng nhĩn áp)

- Viêm giác mạc nhu mô hoại tử

• Acyclovir 0.2g 1 viên x 5 lần/ngày và pde tại chỗ điều trị trước vài ngày

• Điều trị giống viêm giác mạc hình đĩa với corticoid và theo dõi sát tình trạng loét.

• Trường hợp biến chứng thủng có thể dán keo hoặc ghép màng ôi

• Nâng tổng trạng, giảm đau, hạ áp (nếu có tăng nhãn áp)

5. Bệnh nội mô giác mạc, viêm màng bồ đào

- Acyclovir 0.2g 1-2 viên x 5 lần/ngày trong vài ngày sau đó có thể điều trị giống viêm nhu mô giác mạc.

- Nâng tổng trạng, giảm đau, hạ áp (nếu có tăng nhãn áp)

6. Viêm giác mạc do HSV tái phát: có từ 2 lần bị viêm giác mạc trở lên

- Acyclovir 0.2g 1-2 viên x 5 lần/ngày

- Trường hợp bị Viêm giác mạc bệnh lý biểu mô tái phát trên 2 lần/ năm có thể dùng Acyclovir 0.2g 2 viên x 2 lần/ngày

- Nâng tổng trạng, giảm đau, hạ áp (nếu có tăng nhãn áp)

VI. THEO DÕI VIÊM GIÁC MẠC DO HSV

- Đánh giá bệnh nhân từ 2-7 ngày dựa vào kích thước tổn thương biểu mô, ổ loét, chiều dày giác mạc, phản ứng

- Thuốc kháng virus sử dụng 5 lần/ngày trong 7-14 ngày, sau đó giảm 4 lần/ngày trong 4 ngày. Không dùng quá

- Trong tổn thương nhu mô giác mạc, steroid tại chỗ cần giảm liều từ từ, và từ nồng độ cao- thấp.

+ Col. Predfort 1%, Col. Lotepredrol 0.5% và Col. FML 0.1%

+ Thuốc kháng virus tại chỗ và toàn thân được sử dụng cho đến khi steroid sử dụng 1 lần/ 1 ngày. Thời gian có

- Có thể dùng kháng virus toàn thân lâu dài Acyclovir 0.2g 2 viên x 2 lần/ngày nếu tiền sử bị tái phát nhiều lần.

- Trường hợp tăng áp điều trị kết hợp Col.Timolol 0.5% 2 lần/ngày và Acetazolamide 0.25g

* Tài liệu tham khảo:

1. Ehlers, Justis P.; Shah, Chirag P. (2008) Wills Eye Manual, The: Office and Emergency Room Diagnosis and Management of Eye Disease. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

2. F. Hampton Roy, Frederick W. Fraunfelder (2008). Current Ocular Therapy, 6th Edition.

3. Krachmer Mannis Holland (2005). Cornea

296/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÃN GIÁP

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÃN GIÁP
(bệnh lý hốc mắt liên quan tuyến giáp)

I. TRIỆU CHỨNG BỆNH NHÃN GIÁP

Triệu chứng và mức độ trầm trọng (theo NOSPECS)

1. Độ không (N)
2. Độ 1 (O) : chỉ có dấu chứng ở mí
3. Độ 2 (S) : Phù mí và kết mạc
4. Độ 3 (P) : Lồi mắt
5. Độ 4 (E) : Rối loạn vận nhãn
6. Độ 5 (C) : Sẹo giác mạc
7. Độ 6 (S) : Mất thị lực do chèn ép

II. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- ♦ U giả viêm hốc mắt
- ♦ Thâm nhiễm lymphoma cơ trực

III. NGUYÊN NHÂN Bệnh tự miễn

IV. CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÃN GIÁP

- ♦ CT scan cho thấy phì đại phần bụng cơ trực.
- ♦ Siêu âm cho thấy các phản âm cao ở lát cắt ngang bụng cơ.
- ♦ Có hoặc không kết hợp với rối loạn kích thích tố tuyến giáp.

V. ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÃN GIÁP

♦ Độ 1 : Thuốc nhỏ ISMELIN 5% (giảm co trọn mí) và nước mắt nhân tạo.

♦ Độ 2 và độ 3

• Corticoide liều cao toàn thân Solumedrol 125mg TM trong 5-7 ngày, sau đó giảm liều dần bằng thuốc uống.

• Tiêm tại chỗ Kenacort cạnh cầu 1ml

• Phẫu thuật hạ mí

♦ Độ 4 : Chỉnh lệ bằng phẫu thuật chỉ điều chỉnh được.

♦ Độ 5 : Khâu cò tạm.

♦ Độ 6 : Phẫu thuật giải áp.

Chỉ định:

Lồi mắt dày hở mi nặng Loét giác mạc do hở mi

Giảm thị lực do chèn ép thần kinh thì không đáp ứng sau 24 giờ điều trị corticoide liều cao

• Lấy xương thành trong và dưới khi có chèn ép thần kinh thị

• Lấy xương thành dưới và ngoài khi có lồi mắt nặng

QUI TRÌNH PHẪU THUẬT GIẢI ÁP BỆNH NHÃN GIÁP

• Gây tê tại chỗ hậu cầu,kết mạc cùng đồ dưới và lỗ dưới hốc

• Cắt kết mạc khỏi bờ dưới sụn mí dưới, bóc lộ vách ngăn hốc mắt tới sát bờ dưới xương hốc mắt.

• Dùng dao điện rạch ngay bờ xương để bóc lộ màng xương hốc mắt .

• Dùng thanh đẩy (rougine) tách màng xương khỏi sàn hốc mắt

• Dùng khoan tròn làm thủng sàn hốc mắt phía ngoài khe dưới hốc cách bờ hốc mắt 3-4mm.

- Qua lỗ xương thủng đó tiêm tê niêm mạc xoang hàm.
- Tiếp tục dùng khoan mở rộng sàn hốc về phía đỉnh và 2 bên phía ngoài rãnh dưới hốc
- Dùng khoan làm thủng sàn hốc mắt phía trong rãnh hốc mắt và tiếp tục mở rộng lỗ thủng về phía xương giây bằng đục nhỏ

Chăm sóc sau mổ

- Chườn lạnh lên mắt mổ để giảm phù và tụ máu sau mổ
- Thay băng thường qui và tháo băng luôn ngày hôm sau
- Kháng sinh phổi rộng (Fortum 1g TM) và Solumetrol 250mg TM trong 3 ngày

Đánh giá kết quả: sau 1 tháng

- Tốt: Thị lực phục hồi sau mổ và mắt giảm lồi > 80% so với trước mổ
- Khá : TL cải thiện > 2 hàng và mắt giảm lồi < 80 % so với trước mổ
- Không đạt: TL không cải thiện và mắt giảm lồi không đáng kể.

Biến chứng: xuất huyết hốc mắt,song thị tê dị cảm quanh mắt,lệch nhãn cầu , Lệch mí, viêm soang sàng, hàm, M máu TKT

VI. THEO DÕI: độ lồi mắt và rối loạn nội tiết.

297/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ MELANOMA MÀNG BỒ ĐÀO

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ MELANOMA MÀNG BỒ ĐÀO

I. TRIỆU CHỨNG

Chủ quan: giảm thị lực, hiện tượng chớp sáng

Khách quan:

- * Khối gó cao khỏi bề mặt võng mạc với sắc tố vàng trên bề mặt u
- * Hiện tượng Tyndall trong thể pha lê
- * Tân mạch xuất hiện ở bề mặt móng

II. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

- * U di căn: Chụp X quang không sửa soạn loại trừ K phổi, hỏi kỹ bệnh sử loại trừ K vú, siêu âm vùng bụng loại
- * U mạch: dựa trên siêu âm và mạch ký huỳnh quang

III. NGUYÊN NHÂN: chưa rõ

IV. CẬN LÂM SÀNG MELANOMA MÀNG BỒ ĐÀO

Ba tiêu chuẩn về siêu âm:

- * U hình nút cỗ áo hay chồi nấm
- * U hình vòm với dấu lõm hắc mạc
- * U hình vòm với dấu hút âm trong u

Một tiêu chuẩn về mạch ký huỳnh quang với khối tăng quang gia tăng ở thì muộn.

Chỉ ghi chụp MRI khi còn nghi ngờ chẩn đoán

V. ĐIỀU TRỊ MELANOMA MÀNG BỒ ĐÀO:

- * Nếu thị lực trên 1/10 cần hội chẩn toàn bệnh viện.
- * Cắt bỏ nhẵn cầu kết hợp cáy bi cơ hoặc cáy mỡ vùng mông nếu BN có yêu cầu đặt mắt giả đạt chuẩn thẩm mỹ
- * Nên cắt thần kinh thị xa nhẵn cầu như có thể được. Nếu quan sát đại thể phát hiện u xuất ngoại khỏi cung mạc
- * Trường hợp chẩn đoán u di căn nội nhẵn: chuyển BV Ung Bướu điều trị.

298/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SỤP MÍ DO NHƯỢC CƠ

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SỤP MÍ DO NHƯỢC CƠ (không đáp ứng với thuốc Mestinon)

I. TRIỆU CHỨNG SỤP MÍ DO NHƯỢC CƠ

- ❖ Chủ quan: song thị hoặc nhìn khó
- ❖ Khách quan: sụp mí, liệt vận nhẵn

II. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- ♦ Loại I : Chỉ có một nhóm cơ bị xâm phạm, thường là các cơ mắt.
- ♦ Loại II :
 - * II.A: Toàn bộ cơ bị xâm phạm, nhưng chưa có triệu chứng rối loạn hô hấp và hầu họng.
 - * II.B : Toàn bộ cơ bị xâm phạm, kèm theo triệu chứng hầu họng nhưng chưa rối loạn hô hấp.
- ♦ Loại III: Toàn bộ cơ bị xâm phạm, kèm theo triệu chứng hầu họng và rối loạn hô hấp cấp, diễn tiến dưới 12 th

- ♦ Loại VI: Bệnh lý nhược cơ mãn tính, toàn bộ các cơ bị xâm phạm kèm theo cơ hầu, họng và rối loạn hô hấp, nôn ói trên 12 tháng.

Điều trị nội trú tại Khoa Thần Kinh Nhãn Khoa chỉ khu trú vào loại I

III. NGUYÊN NHÂN: bệnh tự miễn

IV. CẬN LÂM SÀNG SỰP MÍ DO NHUỘC CƠ

- ♦ Đo điện cơ

- ♦ Chụp Ctscan tuyến ức

V. ĐIỀU TRỊ SỰP MÍ DO NHUỘC CƠ(người lớn)

❖ Liều tấn công: 250mg solumedrol pha trong 50ml NaCl 0,9%/ ngày x 5 ngày. Nếu sau 5 ngày mà chưa có sự cải thiện 60mg x 3 ngày lặp/ ngày.

❖ Liều duy trì: Bắt đầu cho Prednisone cách ngày với liều 100-120mg. Giảm liều chậm dần để đạt mức cần thiết trước đó mỗi 10 ngày)

VI. THEO DÕI SỰP MÍ DO NHUỘC CƠ

- ♦ Mức độ sụp mi không giảm hoặc không đáp ứng → Phẫu thuật treo mi.
- ♦ Các dấu hiệu chuyển sang loại II thì chuyển viện Khoa Nội thần kinh.

299/ PHÁC ĐỒ HỦY PHẪU NHÃN CẦU CÓ ĐẶT IMPLANT LẮP MẮT

PHÁC ĐỒ HỦY PHẪU NHÃN CẦU CÓ ĐẶT IMPLANT LẮP MẮT

I. TRIỆU CHỨNG

Mắt không còn thị lực hữu dụng, đau nhức thường xuyên ảnh hưởng chất lượng cuộc sống

II. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

Những mắt chưa cấy chỉ định hủy phẫu

III. NGUYÊN NHÂN

* Vim mủ nội nhn

* Glocos tuyệt đối

* Ung thư nội nhn

IV. CẬN LÂM SÀNG

Xét nghiệm thường qui trước mổ

V. ĐIỀU TRỊ HỦY PHẪU NHÃN CẦU CÓ ĐẶT IMPLANT LẮP MẮT GIẢ

Phân loại implant thay thế thể tích nhän cầu nhằm lắp mắt giả thẩm mỹ

- Implant tròn lắp vào vỏ cung mạc sau phẫu thuật mucus nội nhän : có 3 loại chất liệu hiện có

* Loại Arylic chế tạo tại BV mắt TpHCM

* Loại biosprites chế tạo tại khoa mô phôi TTĐT&BDCBYT

* Loại Bioceramic của Pháp

- Implant cố định vào cơ sau phẫu thuật cắt bỏ nhän cầu:

(1) Vật liệu nhân tạo : 2 loại chất liệu hiện có

* Loại Arylic chế tạo tại BV mắt TpHCM

* Loại Bioceramic của Pháp

(2) Vật liệu tự thân : mõ bì lấy từ vùng mông

QUI TRÌNH PHẪU THUẬT :Gây mê tại chỗ

Mucus nội nhän đặt Implant tròn vào vỏ cung mạc :

Cắt két mạc quanh rìa

Cắt cung mạc quanh rìa cách rìa 2-3mm

Dùng dụng cụ mucus lấy toàn bộ chất nội nhän

Đặt implant tròn vào vỏ cung mạc

Khâu cung mạc mũi rời bằng chỉ Dacron không tiêu 5.0

Khâu vắt bao Tenon và két mạc bằng chỉ vicryl 5.0

Đặt khuôn mắt giả

Cắt bỏ nhän cầu với Implant nhân tạo cố định vào cơ

Cắt két mạc quanh rìa

Cắt các cơ vận nhän khỏi chỗ bám nhän cầu và đặt chỉ nylon 6.0 cố định

gân 4 cơ trực

Dùng cặp cầm máu kẹp sát đỉnh hốc mắt và dùng kéo cắt thàn kinh thị sát trên cặp cầm máu.Đốt bằng dao điện thật kỹ trước khi mổ cặp,đảm bảo

không còn chảy máu từ dưới trào lên

Luồn chỉ cố định 4 cơ trực qua lỗ implant cố định cơ và khâu nối từng cặp cơ đối xứng với nhau.

Khâu vắt bao Tenon và két mạc bằng chỉ Vicryl 5.0

Khâu cung mạc mũi rời bằng chỉ Dacron không tiêu 5.0

Đặt khuôn mắt giả

Cắt bỏ nhän cầu với Implant mõ bì tự thân cố định vào cơ

Bước 1 : Sau khi lạn bỏ phần biểu mô có đường kính da 24mm vùng góc tư trên ngoài của mông, lấy phần bì và mõ kèm theo có kích thước suýt soát nhän cầu.

Bước 2 : Cắt bỏ nhän cầu và cố định cả 6 cơ vận nhän vào phần bì bao bọc khỏi mõ bên dưới. Khâu Tenon và két mạc che phủ phần bì bên trên bằng chỉ Vicryl 5.0. Đặt khuôn mắt giả.

Chăm sóc sau mổ

Thay băng thường qui và tháo băng luôn ngày hôm sau

Kháng sinh phổi rộng 3 ngày+ giảm đau
Có thể xuất viện ngay hôm nốt

VI. THEO DÕI : cạn cùng đồ tái phát sau lắp mắt giả

300/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TEO GAI THỊ

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TEO GAI THỊ

I. TRIỆU CHỨNG

- * Chủ quan: mờ mắt
- * Khách quan:
 - ♦ thị lực giảm không cải thiện với kính lõm
 - ♦ Bất thường màu sắc và cấu trúc đĩa thị kết hợp với những thay đổi mạch máu võng mạc và lớp sợi thần kinh.
 - ♦ Khiếm khuyết chức năng thị giác liên quan thị lực, nhìn màu sắc, đồng tử, thị trường, đáp ứng kích thích thị giác

II. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Teo trũng gai do glaucoma

III. NGUYÊN NHÂN TEO GAI THỊ

- ♦ Bệnh lý thần kinh thị di truyền
- ♦ Bệnh lý thần kinh thị liên quan độc chất
- ♦ Bệnh lý thần kinh do viêm
- ♦ Bệnh lý thần kinh thị do khiếm đường: (cao HA, tiêu đường..)
- ♦ Bệnh lý thần kinh thị do chèn ép

- ♦ Bệnh lý thần kinh thị do thâm nhiễm Bệnh lý thần kinh thị chấn thương

IV. CẬN LÂM SÀNG TEO GAI THỊ

MRI hoặc CT scan

V. ĐIỀU TRỊ TEO GAI THỊ

Tùy theo bệnh cảnh lâm sàng

- ♦ Bệnh lý thần kinh thị di truyền:

- Do rối loạn liên quan ti lạp thể như bệnh Leber hay rối loạn nhiễm sắc thể như bệnh Behr,
- Điều tra tiền sử gia đình để tham vấn di truyền cho người bệnh.

- ♦ Bệnh lý thần kinh thị liên quan độc chất

- + Bệnh lý thần kinh thị do thuốc kháng lao:

- Tham vấn bác sĩ điều trị lao thay đổi phác đồ điều trị
- Toa: Nevramin 1 viên x 2 /ngày x 2 tuần hoặc Vitamine B liều cao

- + Do rượu thuốc lá

- Khuyến cáo BN ngưng lạm dụng tác nhân gây hại
- Vitamine B liều cao

- ♦ Bệnh lý thần kinh do viêm

Viêm xoang sàng sau hội chấn → TMH

Bệnh xơ cứng rải rác → điều trị corticoide theo phác đồ bệnh tự miễn.

- ♦ Bệnh lý thần kinh thị do khiếm dưỡng: (cao HA, tiêu đường..)

Nootropyl 800 mg - 2-3 viên/ ngày

Thuốc giãn mạch : Vastarel, Duxil, Tanakan.

- ♦ Bệnh lý thần kinh thị do chèn ép Chuyên chuyên khoa thích hợp

- ♦ Bệnh lý thần kinh thị do thâm nhiễm:

Có thể gặp trong sarcoidosis, lymphoma, leukemia, malignant histiocytosis Hội chẩn chuyên khoa thích hợp

- ♦ Bệnh lý thần kinh thị chấn thương: teo gai thường bắt đầu xuất hiện 1 tháng sau chấn thương sọ mặt có tổn thương

Nevramine 1 viên x 2 /ngày x 2 tuần Tanakan 1 viên x 2 /ngày x 2 tuần

VI. THEO DÕI TEO GAI THỊ

- ♦ Chụp màu đáy mắt theo dõi độ nhạt màu gai thị
- ♦ Thị lực, sắc giác, nhạy cảm tương phản

301/ PHÁC ĐỒ DÙNG BOTILIUM TOXIN A ĐIỀU TRỊ LÁC LIỆT

PHÁC ĐỒ DÙNG BOTILIUM TOXIN A ĐIỀU TRỊ LÁC LIỆT (Giai đ

I. TRIỆU CHỨNG

* Chủ quan: song thị

* Khách quan: lác mắt

II. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- ♦ Lác xuất hiện mới /xuất hiện muộn

- ♦ Lác do nhược cơ

III. NGUYÊN NHÂN: Liệt thần kinh VI

IV. CẬN LÂM SÀNG: chụp MRI nếu cần

V. ĐIỀU TRỊ

Chỉ định:

- ◆ Các trường hợp lác do liệt thần kinh VI và thần kinh III không có hoặc có rất ít yếu tố đúng.
- ◆ Trên 12 tuổi
- ◆ Liệt dưới 12 tháng
- ◆ Không có bệnh nhược cơ
- ◆ BN chấp nhận được tiêm thuốc sau khi thông báo đầy đủ và ký vào tờ đồng thuận.

Liều lượng và vị trí tiêm

- ◆ Tiêm vào cơ đối vận của cơ liệt cùng mắt, trường hợp có co cứng thứ phát cơ phổi vận mắt bên lành và góc lác.
- ◆ Liều tiêm: Thay đổi từ 10-20 đơn vị, 10 đơn vị cho góc lác < 30 độ lăng kính. 20 đơn vị cho góc lác * 30 độ là đổi liều với cơ phổi vận mắt lành).

Cách tiêm thuốc vào cơ vận nhãn

- ◆ Nhỏ thuốc tê: Novesine 3 lần
- ◆ Dùng kẹp có mấu bắt cho bám cơ trực qua kết mạc kéo nhãn cầu về phía đường giữa sao cho tâm đồng tử trùng với trực trước sau.
- ◆ Ông chích 1ml với kim 30G rút 0.05ml dung dịch pha, tiêm thẳng vào kết mạc, đầu vát về phía cung mạc, các:

 - * Nếu cơ đích là trực trong: hướng về xích đạo nhãn cầu, giữ song song thành cung mạc, đầu kim ra sau xích đạo chậm đều.
 - * Nếu cơ đích là trực ngoài: sau khi đầu kim đến xích đạo (khoảng / thân kim) thì nghiêng ông tiêm ra ngoài mông (thân kim) mới bơm thuốc.

VI. THEO ĐỔI SAU TIÊM

Bệnh nhân được tái khám 2 hoặc 3 ngày sau khi tiêm và sau đó mỗi tuần.

Đánh giá kết quả

- ◆ Độ giảm song thị
- ◆ Độ giảm góc lác

302/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHÂM CÚU MÁY CƠ VÒNG CUNG MI

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHÂM CÚU MÁY CƠ VÒNG CUNG MI

I. TRIỆU CHỨNG

Rung cơ vòng cung mi gia tăng khi căng thẳng

II. CHẨN ĐÓAN PHÂN BIỆT

Rung cơ di chứng của tai biến mạch máu não

III. NGUYÊN NHÂN

Tăng kích thích TK VII

IV. CẬN LÂM SÀNG: chụp MRI nếu cần

V. ĐIỀU TRỊ Chỉ định điều trị

Áp dụng cho những Bệnh nhân không có điều kiện tiêm Dysport

Các huyệt cần châm cứu

* Tú bạch

* Ngưu yêu

* Thái dương

* Dương bạch

* Thừa kháp

* Nhân trung

* Ty trúc không

* Hợp

VI. THEO DÕI KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ

- ♦ Nếu sau 2 tuần mày mí có dấu hiệu giảm, tiếp tục châm đến khi khỏi
- ♦ Nếu sau 2 tuần vẫn không giảm thì hội chẩn lại trong Khoa TKNK

303/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHÂM CỨU LIỆT THẦN KINH VII

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHÂM CỨU LIỆT THẦN KINH VII

I. TRIỆU CHỨNG

- ♦ Liệt Thần kinh VII ngoại biên : liệt toàn bộ nửa mặt với xệ khóe miệng, hở mí, mắt nếp nhăn trán.
- ♦ Liệt thần kinh VII trung ương: chỉ liệt từ mí dưới trở xuống, mí trên còn nhắm được và còn nếp nhăn trán

II. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

Liệt TK VII trung ương và ngoại biên

III. NGUYÊN NHÂN: Liệt BELL do cảm lạnh

IV. CẬN LÂM SÀNG: chụp CT scan ống thần kinh thị nếu cần

V. ĐIỀU TRỊ - CHÂM CỨU LIỆT THẦN KINH VII

Các huyệt cần châm cứu

* Toán trúc

* Thái dương

* Dương bạch

* Ngưu yêu

* Giáp xa

* Hạ quan

* Địa thương

* Nghinh hương

* Quyền liêu

* Nhân trung

* Hợp cốc

VI. theo dõi kết quả điều trị

♦ Nếu sau 2 tuần liệt có dấu hiệu giảm, tiếp tục châm cho đến khỏi

♦ Nếu sau 2 tuần liệt vẫn không giảm thì hội chẩn lại Khoa TKNK

304/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ DƯ MỠ DA MI TRÊN, MI DƯỚI

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ DƯ MỠ DA MI TRÊN, MI DƯỚI

I. Triệu chứng:

- Da mi chùng, mắt nếp mi che khuất tầm nhìn.
- Mỡ tích tụ nhiều ở mi trên - mi dưới.
- Mắt sụp mắt thâm mờ.

II. Nguyên nhân dư mỡ da mi trên, mi dưới;

- Lão hóa da làm da mất tính đàn hồi dẫn đến các khối túi mỡ nằm trong các tổ chức mi đẩy ra trước.

- Da dãn làm sa da mi.

III. Cận lâm sàng dư mỡ da mi trên, mi dưới:

- Nội khoa tổng quát nếu trên 60 tuổi.

- Công thức máu.

- TS – TC.

- Glycemie.

IV. Điều trị dư mỡ da mi trên, mi dưới:

Cắt dư da và lấy mỡ phổi hợp.

1. Dư da mi trên:

- Cắt da dư theo đường nếp mí.

- Tạo lại mí sau khi cắt da – lấy mỡ.

2. Dư da mi dưới:

- Cắt da dư theo đường bờ mi dưới.

- Khâu lại da mũi liên tục sau khi cắt da – lấy mỡ.

V. Chăm sóc sau mổ dư da mi trên, mi dưới:

- Làm sạch vết thương bằng Povidin 10% mỗi ngày.

- Giữ vết thương khô ráo.

- Cắt chỉ sau 7 ngày.

VI. Thuốc sau mổ da dư – mỡ mi trên, mi dưới:

1. Cephalexine 500mg 15 viên Ngày uống 3 lần, lần 1 viên

2. Paracetamol 500mg 15 viên Ngày uống 3 lần, lần 1 viên

3. Alphachymotrypsine Choay 25 U.C.Hb 20 viên Ngày uống 2 lần, lần 2 viên

4. Col.Efticoll 0,9% 2 lọ Nhỏ rửa MP, MT ngày 2 lần

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GHÉP GIÁC MẶC QUANG HỌC

I. CHỈ ĐỊNH:

- ❖ GM hình chóp độ II, III, IV
- ❖ Sẹo GM trung tâm không tân mạch
- ◆ Sẹo mỏng: Ghép GM phiến
- ◆ Sẹo dày : Ghép GM xuyên
- ❖ Loạn dường GM
- ❖ Bệnh lý nội mô GM
- ❖ Thị lực < 1/10
- ❖ Không có chỉ định sẹo GM dày với tân mạch sâu

II. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. Chuẩn bị trước mổ:

- ♦ Đo thị lực
- ♦ Siêu âm nhãn cầu
- ♦ Chụp hình giác mạc
- ♦ Test Schirmer
- ♦ Bơm rửa lẻ đao.

♦ Hạ nhãn áp:

- Uống 2 viên Acetazolamide 250mg trước mổ 30 phút.
- Hoặc truyền TM Osmofundin 20% 100 - 250ml 80 giọt/phút trước mổ 1 giờ.

- ◆ Kháng viêm Non Steroid 3 lần / ngày trước mổ

2. Các bước phẫu thuật:

- ◆ Tách dính mống
- ◆ Đo kích thước tổn thương
- ◆ Khoan GM cho lớn hơn kích thước GM nhận từ 0.1-0.25mm
- ◆ Khoan GM vùng thương tổn.
- ◆ Khâu 90% bè dày GM

3. Theo dõi hậu phẫu:

- ◆ Theo dõi 5 - 10 ngày.
- ◆ Nhỏ kháng sinh (Col. Vigamox, Col. Cravit)
- ◆ Nhỏ kháng viêm (Col. Predfort, Col. Flumetholone 0,1%, ...)
- ◆ Uống thuốc giảm đau, kháng viêm, chống phù nề, hạ áp nếu có tăng áp.

4. Theo dõi biến chứng:

- ◆ Tăng áp thứ phát, VMBĐ trước dính mống.
- ◆ Xuất huyết tiền phòng
- ◆ Thải mảnh ghép, đục T3.

* Tài liệu tham khảo:

1. Rasik B Vajpayee. Corneal Transplantation 2000.
2. Krachmer Mannis Holland (2005). Cornea
3. Smolin and Thoft's (2005). The Cornea

306/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SỤP MI

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SỤP MI

I. Triệu chứng;

1. Chủ quan:

- Mi mắt sụp xuống làm mắt không mở to được.
- Nặng mi mắt khi cõi gắng nhìn.
- Mát thâm mĩ.

2. Khách quan:

- Độ cao khe mi bị hẹp.
- Đánh giá mức độ sụp mi bằng khoảng cách từ bờ mi đến tâm đồng tử.
- Nếp da mi trên nồng hoặc không có.
- Đo biên độ của mi khi nhìn lên và nhìn xuống để đánh giá chức năng cơ nâng mi.

II. Chẩn đoán phân biệt;

- Sụp mi giả khi mắt bị lé dưới, lõm mắt, nhăn cầu nhão, không có nhăn cầu hoặc teo nhão.
- Bất thường rãnh trên hốc mắt.
- Co rút mi trên ở một mắt, mắt kia có vẻ sụp mi.
- Giả sụp mi trong co thắt nửa mặt hoặc liệt thần kinh mặt với tái tạo Sai lạc thần kinh.

III. Nguyên nhân sụp mi;

1. Sụp mi bẩm sinh: Tiền căn sụp mi từ lúc mới sinh.
2. Sụp mi do tuột chõ bám cân cơ: Hậu quả của tuổi già,sau phẫu thuật gây mất kích thích,u giả viêm thoái triển
3. Sụp mi do liệt thần kinh III: Thường kết hợp liệt vận nhão.
4. Sụp mi dẫn truyền: Độ sụp mi không ổn định trong ngày,sáng ít chiều nặng hơn.Nghiệm pháp nước đá (+).

5. Sụp mi sau chấn thương.
6. Sụp mi cơ học: do khối u mi hay sẹo kết mạc.

IV. Cận lâm sàng:

- Công thức máu.
- TS-TC.
- Glycemie (nếu cần).

V. Điều trị sụp mi:

Cần đánh giá hiện tượng Bell và film nước mắt, cảm giác giác mạc để giảm nguy cơ viêm loét giác mạc sau mổ

1. Sụp mi bẩm sinh:

- Lực cơ còn tốt (>8mm) hay trung bình (4-7mm): Cắt ngắn cơ nâng mi.
- Lực cơ yếu (<4mm): Treo mí hay cắt cơ nâng mi nhiều.

2. Sụp mi do tuột chồm bám cân cơ:

- Tạo chồm bám mới cho đầu cân cơ nâng mi vào sụn mi.
- Có thể cắt ngắn cơ nếu cần.

3. Sụp mi do liệt thần kinh III:

- Phẫu thuật treo mí khi sụp mi tồn tại trên 6 tháng gây hạn chế thị lực.

4. Sụp mi dẫn truyền:

- Phẫu thuật treo mí khi thuốc không còn hiệu quả và độ sụp nặng gây trở ngại sự nhìn.

5. Sụp mi sau chấn thương:

- Phẫu thuật dựa trên chức năng cơ nâng mi.

VI. Thuốc sau mổ sụp mi:

1. Cephalexine 500mg 15 viên Ngày uống 3 lần, lần 1 viên
2. Paracetamol 500mg 15 viên Ngày uống 3 lần, lần 1 viên
3. Alphachymotrypsine Choay 25 U.C.Hb 20 viên Ngày uống 2 lần, lần 2 viên
4. Col.Tobrex 0,3% 1 lọ Nhỏ MP, MT ngày 6 lần, lần 1 giọt
5. Pde.Oflovid 3,5g 1tube Tra MP, MT ngày 2 lần, trưa - tối

VII. Theo dõi:

- Tái khám sau 1 tuần để cắt chỉ.
- Tra Pomade che phủ giác mạc tránh viêm loét giác mạc.
- Đánh giá về mặt thẩm mỹ: nếp mi.cn đồi, thặng chỉnh, thiểu chỉnh hoặc đường cong mi bất thường hay sa kết
- Theo dõi tái phát.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ MỘNG TH

I. ĐỊNH NGHĨA

Mộng thịt là sự tăng sinh của kết mạc nhãn cầu góc trong hay góc ngoài của mắt hướng vào trung tâm giác mạc

II. DỊCH TỄ HỌC

Mộng thịt thường gặp :

- Khí hậu nóng ẩm
- Nhiều ánh sáng mặt trời
- Nhiều gió, bụi, đong dân cư
- Nam nhiều hơn nữ, tập trung ở độ tuổi lao động
- Yếu tố gia đình.

III. SINH BỆNH HỌC

- Sự thoái hóa collagen

- Tăng sinh mô xơ → rối loạn tế bào mầm ở vùng rìa → rào cản giữa kết mạc và giác mạc bị phá vỡ → kết mạc

IV. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

* Triệu chứng cơ năng :

- Đỏ mắt
- Kích thích
- Cảm giác nóng rát
- Chảy nước mắt
- Cảm giác có dị vật trong mắt
- Mờ mắt

* Triệu chứng thực thể :

- Viêm
- Khô mắt
- Giảm thị lực
- Loạn thị không đều

V. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Mộng giả
- Mộng mõ
- Các u ở vùng rìa

VI. PHÂN LOẠI

1. Dựa vào mức độ xâm lấn giác mạc :

- Độ 1 : rìa giác mạc
- Độ 2 : giữa rìa và nhỏ hơn $\frac{1}{4}$ bán kính giác mạc
- Độ 3 : từ $\frac{1}{2}$ bán kính giác mạc đến bờ đồng tử
- Độ 4 : quá bờ đồng tử

2. Dựa vào hình thái :

- Mộng teo : thấy rõ mạch máu ở lớp thượng cung mạc
- Mộng trung gian : thấy một phần mạch máu ở thượng cung mạc
- Mộng thân dày : không thấy mạch máu ở thượng cung mạc

3. Dựa vào mức độ tái phát :

- Mộng nguyên phát : chưa phẫu thuật lần nào.
- Mộng thứ phát : đã phẫu thuật

VII. YẾU TỐ NGUY CƠ TÁI PHÁT

- Tuổi : càng trẻ tái phát càng cao
- Triệu chứng của mộng : đỏ, đau mộng dày, nhiều mạch máu, thâm nhiễm đau mộng.
- Công việc

VIII. PHÒNG BỆNH

- Hạn chế tiếp xúc với môi trường có nhiều gió bụi, ánh sáng mặt trời ® đeo kính râm.

IX. ĐIỀU TRỊ

1. Mộng độ 1, 2 :

Điều trị nội khoa khi bị kích thích : nước mắt nhân tạo, kháng viêm, đeo kính mắt...

2. Mộng độ 3, 4 :

a) Mộng teo hay ít tái phát : cắt mộng đơn thuần + phủ kết mạc.

b) Mộng có nguy cơ tái phát : có thể dùng một trong các phương pháp sau tùy phẫu thuật viên.

- Ghép kết mạc rời
- Ghép màng ôi

c) Mộng tái phát :

- Ghép kết mạc rời
- Ghép màng ôi
- Ghép tế bào gốc

ĐỀ NGHỊ : Bệnh nhân mổ mộng có một phiếu xác nhận mổ có ghi rõ chẩn đoán, thời gian, phẫu thuật viên và

* Tài liệu tham khảo:

1. Lucio Buratto (2000) Pterygium Surgery
2. Smolin and Thoft's (2005). The Cornea
3. Ashok Garg (2009). Surgical and Medical Management of Pterygium.

308/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GHÉP MÀNG ỐI

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GHÉP MÀNG

I. CHỈ ĐỊNH

- VLGM biến chứng thủng, dọa thủng đường kính < 5mm
- Khuyết BMGM kéo dài > 1 tháng không tiến triển tốt
- Khuyết cung mạc
- Mộng dính mi cầu

II. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chuẩn bị trước mổ

- Vệ sinh mắt
- Uống 2 viên acetazolamide 250mg trước mổ 30 phút

2. Các bước phẫu thuật

- Cắt lọc mô hoại tử (nếu có)
- Tách mộng dính (nếu có)
- Khoan cắt màng ối theo kích thước tổn thương
- Khâu màng ối vào giác mạc hoặc cung mạc tùy vị trí tổn thương
- Tái tạo tiền phòng

III. THEO DÕI HẬU PHẪU

- Thời gian 1 - 2 tuần
- Nhỏ thuốc tùy theo tổn thương cơ bản kháng sinh , kháng nấm, kháng virus, kháng viêm
- Thuốc kèm : Acetazolamide 250mg 2 - 4 viên / ngày giảm đau, chống phù nề, nâng tổng trạng

IV. THEO DÕI BIẾN CHÚNG

- Tăng áp
- Xuất huyết tiền phòng
- Tiêu màng ối sớm
- Xẹp tiền phòng

*** Tài liệu tham khảo:**

1. Krachmer Mannis Holland (2005). Cornea
2. Smolin and Thoft's (2005). The Cornea
3. Friedrich E. Kruse, MD; Klaus Rohrschneider, MD; Hans E. Volcker, MD.
4. Kazuomi Hanada, MD; Jun Shimazaki, MD; Shigeto Shimmura, MD; Kazuo Tsubota, MD.
5. Pinnita Prabhasawat, Nattaporn Tesavibul, Wiwat Komolsuradej.

309/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ MÚC NỘI NHÃN

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ MÚC NỘI N

I. CHỈ ĐỊNH

- VLGM hoại tử toàn bộ

- VLGM biến chứng thủng rỗng phòi tổ chức nội nhãn
- Đau nhức thường xuyên ở mắt có loạn dưỡng GM thứ phát (sau VLGM , tăng áp, VMBĐ...) voi thị lực ST(-)
- Thẩm mỹ (mắt giả) / mắt sẹo giác mạc toàn bộ thị lực ST (-)

II. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chuẩn bị trước mổ

- + Vệ sinh mắt

2. Các bước phẫu thuật

- + Cắt kết mạc quanh rìa
- + Lấy trọn giác mạc và 1 phần cung mạc cách rìa 3mm + Lấy sạch tổ chức nội nhãn + Đốt đầu thần kinh thị
- + Rửa lại bên trong cung mạc bằng Povidine 5 %
- + Khâu cung mạc và kết mạc bằng Vircyl 6.0 + Nhét mèche băng ép

III. THEO DÕI HẬU PHẪU

- Từ 5 - 7 ngày
- Thuốc : kháng sinh , kháng viêm
giảm đau, chống phù nề, nâng tổng trạng

IV. THEO DÕI BIẾN CHỨNG

- Chảy máu không cầm
- Phù kết mạc nặng

*** Tài liệu tham khảo:**

1. George L. Spaeth (1990). Ophthalmic Surgery Principles and Practice.

310/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ KHÔ MẮT

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ KHÔ MẮT

I. PHÂN ĐỘ THEO MỨC ĐỘ TRÀM TRỌNG

Mức độ	1	2	3
Sự khó chịu, mức độ trầm trọng & tần	Nhẹ - xảy ra từng lúc dưới tác động của môi trường	Trung bình - từng lúc hoặc mạn tính, căng thẳng +/-	M
Thị lực	Có những đợt mỏi mắt nhẹ	Khó chịu có thể tự khỏi	K
Cương tụ K.M	Không có đến nhẹ	Không có đến nhẹ	+/-
Nhuộm K.M	Không có đến nhẹ	Có thể có	C
Nhuộm G.M (Độ nặng vị trí)	Không có đến nhẹ	Có thể có	T
G.M/Dấu hiệu phim nước mắt	Không có đến nhẹ	Debris nhẹ, giảm phim nước mắt	V
Mi mắt/ Tuyến Meibo	Có thể có	Có thể có	T
TFBUT (giây)	Thay đổi	< 10	<
Schirmer test (mm/5p)	Thay đổi	< 10	<

II. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ

ĐỘ I	ĐỘ II	ĐỘ III
<ul style="list-style-type: none"> - Giáo dục, môi trường, chế độ ăn - Giới hạn thuốc dùng toàn thân - Nước mắt nhân tạo(nước, gel, mỡ) - Điều trị bệnh lý mi mắt 	<ul style="list-style-type: none"> - Thuốc kháng viêm (Predfort, Lotemax, Restasis) - Tetracycline(Meibomianitis Rosacea) - Nút chặn điểm lê - Thuốc giúp tăng tiết nước mắt - Kích tạo ẩm 	<ul style="list-style-type: none"> - Huyết thanh - Kính áp tròng - Đóng điểm lê vĩnh viễn

* Tài liệu tham khảo:

1. International Dry eye workshop (DEWS) 2007

311/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHÃN VIÊM GIAO CẨM

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHÃN VIÊM GIAO CẨM

I. Triệu chứng:

1. Chủ quan: đau, sợ sáng, giảm thị lực.

2. Khách quan: xuất hiện trên cả 2 mắt:

- Cương tụ kết mạc

- Phản ứng tiền phòng nặng 2 mắt, lăng đọng mỡ mặt sau giác mạc.

- Các hạt không sắc tố (Dallen - Fuchs) trên lớp biểu mô sắc tố võng mạc (1/3 các trường hợp).

- Dày hắc mạc

- Các dấu hiệu khác như: phản ứng viêm dính mống mắt đồng tử, Tyndal tiền phòng và pha lê thể, bong

II. Chẩn đoán phân biệt:

- VKH, Sarcoidosis.

- Kích thích giao cảm.

III. Nguyên nhân:

- Sau chấn thương xuyên hay sau phẫu thuật (xuất hiện từ vài ngày đến vài chục năm, nhiều nhất 3 tháng đầu sau

IV. Cận lâm sàng:

- Siêu Âm B

- Angiography

- OCT

V. Điều trị:

- Liệt thể mi: Atropin 1% 2-3 lần/ngày
- Điều trị Corticoid

Corticoid nhỏ: Prednisolone acetate 1% mỗi 2 h 1 lần Corticoid **toàn thân**:

Tháng thứ 1

- 1-1,5 mg/kg/ngày (uống) hoặc 100 -200 mg/ngày (truyền TM) tùy mức độ viêm, thời gian điều trị tối đa là 1 th
- Hoặc 1g/ngày x 3 ngày (tấn công) truyền TM trường hợp phản ứng viêm nặng, sau đó trở lại liều duy trì như tr

Tháng thứ 2 giảm liều corticoid, cho tới liều 15 mg/ ngày thì có thể dùng cách ngày, cứ 10 ngày là giảm 10% . Cân nhắc liều lượng đáp ứng điều trị, nếu tái phát phải điều trị lại từ đầu.

- Điều trị hỗ trợ: Calcium 1500 UI/ngày hoặc vitamin D 800 UI/ngày.

Điều trị úc ché miến dịch:

Chỉ định:

- Không đáp ứng với điều trị corticoid.
- Bệnh tái phát khi giảm liều với liều duy trì Prednisone > 10mg
- Có các biến chứng nặng của corticoid.

Thuốc điều trị cyclosporin A (CSA). Thuốc có tác dụng sau vài tuần nên cần phải kết hợp với corticoid.

Nếu bệnh không đáp ứng với điều trị corticoid

- Neoral 2mg/kg/ngày, phối hợp với prednisone 1 mg/kg/ngày
- Nếu bệnh đáp ứng tốt, sau 4 đến 8 tuần giảm liều nhanh và ngưng corticoid. Sau 3 tháng: giảm liều Neor
- Nếu bệnh không đáp ứng, tăng liều Neoral 5 - 7,5 mg/kg/ngày, sau đó giảm liều từ từ (sơ đồ giảm liều Neor

Nếu bệnh tái phát khi đang giảm liều corticoid

- Neoral 2mg/kg/ngày, phối hợp corticoid liều thích hợp (liều corticoid trước đó hoặc liều tấn công tùy mức độ nhanh corticoid).
- Khi đáp ứng tốt, sau 3 tháng: giảm liều Neoral 0,5 mg/kg mỗi 4 đến 6 tuần

- Khi bệnh không đáp ứng, tăng liều Neoral 5 - 7,5 mg/kg/ngày, sau đó giảm liều từ từ (sơ đồ giảm liều Neoral -

Theo dõi:

- Huyết áp mỗi khi tái khám (thường tăng huyết áp tâm trương)
- Creatinin/máu mỗi 2 tuần trong 2 tháng đầu tiên, và mỗi tháng tiếp theo
- Công thức máu, chức năng gan, Mg⁺ mỗi 3 tháng

Nhiễm độc thận ít khi xảy ra ở bệnh nhân trẻ < 30 tuổi, liều CSA thấp < 5 mg/kg/ngày, creatinin/máu tăng < 30%
cần giảm liều CSA.

PHỤ LỤC

Sơ đồ giảm liều CSA

Tác dụng phụ của CSA:

Nhiễm độc thận, cao huyết áp thường gặp

Run tay chân, suy gan, tăng sản nướu, đau cơ, chứng rậm lông, rối loạn tiêu hóa.... Cách giảm liều Corticoid uốn

Liều khởi đầu	1 mg/kg/ngày
Liều tối đa (người lớn)	60 - 80 mg/ngày, có thể lên đến 100 -200 mg/ngày Trường hợp phản ứng viêm nặng có thể dùng 1g/ngày x 3 ngày
Liều duy trì	≤ 10 mg/ngày
Sơ đồ giảm liều	40 mg/ngày, giảm 10 mg sau mỗi 1-2 tuần 40 - 20 mg/ngày, giảm 5 mg sau mỗi 1-2 tuần 20 - 10 mg/ngày, giảm 2,5 mg sau mỗi 1-2 tuần
Theo dõi	HA, cân nặng, đường huyết mỗi 3 tháng Lipid (cholesterol, triglycerides) máu hàng năm Mật độ xương trong 3 tháng đầu điều trị
Điều trị bổ xung	Calcium 1500 UI/ngày, vitamin D 800 UI/ngày

TÀI LIỆU THAM KHẢO

The Wills Eye manual - sympathetic ophthalmia Marc D de Smet, MD. Clinical use of Cyclosporine in ocular disease Douglas et al. Perspective: Guidelines for the use of immunosuppressive drug in patients with ocular inflammation Recommendation of an expert panel. Am J Ophthalmol 2000, 130- 492- 513 4

312/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TÂN SẢN VÂY BỀ MẶT NHÃN CẦU

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TÂN SẢN VÂY BỀ MẶT NHÃN CẦU

I. TRIỆU CHỨNG:

- Khối u màu hồng / tím ở vị trí khe mi (3 giờ hoặc 9 giờ) ở cạnh rìa; có thể có ở vị trí cùng đờ, kết mạc sụn, góc mắt
- Khối u có thể có sắc tố và mảng keratin
- Khối u có thể xâm lấn vào biểu mô giác mạc làm mờ đục giác mạc
- Khối u có thể tạo nhú.
- Mạch máu thường cung cấp xung quanh ngoằn ngoèo

II. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

- Mộng thịt
- Mộng mỡ
- Mảng keratin
- Lymphoma kết mạc
- U sắc tố kết mạc

III. YẾU TỐ THUẬN LỢI:

- Tiếp xúc với ánh nắng

- Nhiễm HIV
- Nhiễm HPV
- Các tình trạng giảm miễn dịch khác: sử dụng corticoid toàn thân
- Hút thuốc

IV. CẬN LÂM SÀNG:

- Sinh thiết khối u toàn bộ hay một phần cho thấy có tình trạng tân sản trong biểu mô tế bào vảy kết mạc, kèm theo các tình trạng loạn sừng khác; Tùy mức độ xâm lấn của tế bào u, sang thương được chia ra các mức độ:

+ Chưa xâm lấn:

Loạn sản nhẹ: Tế bào bất thường chiếm 1/3 bề dày biểu mô kết mạc

Loạn sản vừa: Tế bào bất thường chiếm 2/3-3/4 bề dày biểu mô kết mạc

Loạn sản nặng: Tế bào bất thường chiếm >3/4 bề dày biểu mô kết mạc nhưng chưa xâm lấn qua màng đáy
Carcinoma tại chỗ

+ Xâm lấn:

Tế bào u xâm lấn qua màng đáy, đi vào dưới biểu mô kết mạc

V. ĐIỀU TRỊ

5.1. Điều trị ngoại khoa :

5.1.1. Chỉ định :

5.1.1.1. Sang thương < 4 cung giờ

Cắt u toàn bộ

Sinh thiết u

Áp cồn 900 và hoặc áp MMC

Cân nhắc áp lạnh vùng đáy và rìa khối u

5.1.1.2. Sang thương > 4 cung giờ hoặc >15 mm

- Sinh thiết để xác định bản chất khối u.

- Nếu u lành: tiến hành hoá trị liệu cho đến khi đáp ứng điều trị

- Nếu u ác:

- Điều trị hoá trị (4 -6 đợt) và đợi đáp ứng

- Khi có đáp ứng (giảm kích thước): tiến hành phẫu thuật cắt u + áp lạnh + ghép màng ối + hoá trị trong phẫu thuật và sau phẫu thuật.

- Nếu không đáp ứng với hoá trị liệu: cân nhắc phẫu thuật cắt bỏ nhẫn cầu và nạo vét hốc mắt

5.2. Điều trị hoá trị :

5.2.1. Chỉ định :

- Khối u tái phát

- Bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật / phẫu thuật lại hoặc có tình trạng bệnh lý toàn thân không thể phẫu thuật được.

- Sang thương xâm lấn vào cùng đồ hoặc kết mạc sụn mi

- Sang thương chỉ ở giác mạc không ở vùng rìa

- Sang thương quá rộng > 6 cung giờ vùng rìa hoặc > 15mm, điều trị hoá trị nhằm giảm kích thước khối u, trong lúc chờ phẫu thuật cắt trọn u.

- Điều trị hỗ trợ trong phẫu thuật hoặc sau phẫu thuật cắt khối u

5.2.2. Cách thực hiện :

5.2.2.1. Sử dụng Interferon anpha 2b dạng nhỏ :

Cách pha: dùng 2 ống Interferon anpha 2b 3 triệu đơn vị/ống pha vào 1mL nước cất để tạo thành dung dịch 6 triệu đơn vị/ml
nhân tạo thể tích 5mL (Sanlein ® - Santen) để tạo thành 6 mL dung dịch Interferon anpha 2b 1 triệu đơn vị/mL
Nhỏ vào mắt 4 lần 1 ngày

Theo dõi mỗi 3 tuần

5.2.2.2. Sử dụng Interferon anpha 2b tiêm vào sang thương

Cách pha: dùng 1 ống Interferon anpha 2b 3 triệu đơn vị / ống pha vào 0.5 mL nướoc cát để tạo thành dung dịch. Nhỏ tê bè mặt nhän cầu

Tiêm thẳng dung dịch đã pha vào trong khối u và dưới kết mạc đú kéo dài khoảng 4 cung giờ quanh khối u.

Theo dõi tình trạng giả cúm trong 1-2 ngày đầu sau khi tiêm

Theo dõi mỗi 3 tuần.

5.3. Theo dõi:

Sau khi sang thương để điều trị triệt để bằng thuốc nhỏ và / hoặc tiêm, tiếp tục điều trị thêm trong vòng 1 tháng và theo dõi định kỳ để phát hiện tình trạng tái phát.

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Pe'er J. Ocular surface squamousneoplasia.Ophthalmol Clin North Am. 2005;18(1):1-13.
2. Lee GA, Hirst LW. Ocular surface squamous neoplasia. SurvOphthalmol 1995; 39:429- 450.
3. Basti S, Mascai MS. Ocular surface squamous neoplasia. Cornea 2003;22(7):687-704.
4. Kiire CA, Srinivasan S, Karp CL. Ocular surface squamous neoplasia. Int Ophthalmol Clin. 2010;50(3): 35-40.
5. Sepulveda R, Pe'er J, Midena E, Seregar S, Dua HS, Singh AD. Topical chemotherapy for ocular surface squamous neoplasia. Ophthalmol. 2010;94(5):532-5
6. Kim HJ, Shields CL, Swathi K et al. Giant OSSN managed with IFN alpha 2b as Immuno therapy or immunotherapy.
7. Shields CL, Swathi K, et al. Interferon for OSSN in 81 cases. Outcome based on American Joint Committee on Cancer Staging Manual, 2009, 7th edition. New York: Springer; 2009. p 256

313/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ĐỤC - LÊCH, VỠ THỂ THỦY TINH DO

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ĐỤC - LÊCH, VỠ THỂ THỦY TINH DO THƯƠNG

I. Triệu chứng

(a) . Chủ quan: giảm thị lực, đau nhức, đỏ mắt

(b) . Khách quan:

- Thể thủy tinh đục, vỡ.

- Thể thủy tinh lệch ra sau, vào khoang dịch kính, tiền phòng sâu.

- Thể thủy tinh lệch ra trước gây xẹp tiền phòng, tăng nhãn áp.

II. Chẩn đoán phân biệt:

Sa lệch thể thủy tinh do đục thể thủy tinh già, hội chứng Marfan...

III. Nguyên nhân:

- Xung đột, tai nạn, thể thao.

IV. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm máu: CTM - TS - TC - Đường huyết - Urê huyết - ELISA.
- Khám nội khoa tim phổi.
- Xquang hốc mắt.
- CT Scan nếu lâm sàng và Xquang có dấu chứng nghi ngờ vỡ xương hốc mắt.
- Siêu Âm A, B. Tính công suất kính nội nhãn.

V. Điều trị:

1. Mô sóm lấy thể thủy tinh lệch, vỡ:

a) . Chỉ định:

- Thủy tinh thể vỡ lệch tiền phòng gây TA.
- Thủy tinh thể phòng gây nghẽn đồng tử
- Thủy tinh thể lệch hoặc bán lệch gây TA điều trị nội khoa không đáp ứng

b) . Phương pháp phẫu thuật

- Lấy thủy tinh thể trong bao không kính (thủy tinh thể lệch tiền phòng, lệch vào pha lê thể >35 tuổi).
- Cắt thủy tinh thể (lensectomy ± IOL): thủy tinh thể vỡ, lệch, bán lệch < 35 tuổi. Trường hợp có TA điều trị nội thủy tinh thể (Hội chẩn khoa và Bệnh viện).

2. Mô phiên: >2 tháng

a). Chỉ định:

(1) Thủy tinh thể đục bán lêch đứt < 1/4 Zin → Phaco + IOL vòng

(2) Thủy tinh thể đục bán lêch > 1/4 Zinn, T3 mềm ở người < 35 tuổi

- Cắt thủy tinh thể (lentectomy) + IOL CM hay sulcus (Nếu võng mạc và thần kinh, hoàng điểm tốt, không điểm và thần kinh thị).

- Thủy tinh thể đục bán lêch > 1/4 Zinn, thủy tinh thể nhân cứng > 35 tuổi.

- Lấy thủy tinh thể trong bao + IOL CM hay sulcus (nếu võng mạc và thần kinh, hoàng điểm tốt, không đặt kính thần kinh thị)

(3) Thủy tinh thể đục sa vào dịch kính.

- Vitrectomy + phôi hợp với lấy thủy tinh thể sa dịch kính, phaco fracmatome nếu nhân thủy tinh thể mềm + IO.

- Chống chỉ định mổ trong trường hợp giác mạc xâu (sẹo, loạn dưỡng...), tổn thương thần kinh, võng mạc (rách chấn thương, tổn thương thần kinh thị.)

3. Chuẩn bị trước mổ:

(1) Vệ sinh mắt: dán lông mi, bơm rửa lẻ đạo, đo thị lực nhãn áp.

(2) Hoàn tất các xét nghiệm máu, siêu âm, khám nội khoa.

4. Ngày phẫu thuật:

a) . Ở khoa phòng:

- Uống Acetazolamide: 0,25g, 2 v từ 1-2 giờ trước mổ.

- Nhỏ Néosynephrine 10% + Mydriacyl 1% một giọt.

- Nhỏ thuốc Ciloxan hay Ciplox trước mổ một giờ.

- Băng mắt mổ.

b) . Trong phòng mổ:

- Sát trùng mắt bằng Betadine 5%, da mi 10%.

- Sau phẫu thuật bơm vancomycin tiền phòng và chích dexamethasone dưới kết mạc.

- Băng mắt sau mổ.

5. *Hậu phẩu:*

- Nhỏ kháng sinh, kháng viêm 4-6 lần / ngày.
- Uống kháng sinh trong 3 - 5 ngày.
- Uống kháng viêm Steroid, hoặc chích dưới kết mạc.
- Uống giảm đau trong 1-2 ngày.
- Uống chống phù nề, tan máu, sinh tố.

VI. Theo dõi:

- Giác mạc, tiền phòng, đồng tử.
- Kính nội nhãn đúng vị trí.
- Tình trạng viêm, tăng áp sau mổ.

VII. Tài liệu tham khảo:

1. Ehlers, Jüttis P.; Shah, Chirag P. (2008) Wills Eye Manual, The Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye and Adnexal Disorders. 5th Edition. Copyright © Lippincott Williams & Wilkins.
2. Ferenc Kuhn. (2008). Ocular Traumatology. Springer-Verlag Berlin Heidelberg
3. Jack J Kanski (2003). Clinical ophthalmology, A systemic approach. Chapter 19: Trauma. 5th Edition. Butterworth-Heinemann
4. Peter S. Hersh, Bruce M. Zagelbaum, Kenneth R. Kenyon Bradford J. Shingleton Chapter 39, Surgical Management of Eye Trauma. Duane's Ophthalmology, 2006 Edition. Lippincott Williams & Wilkins Publishers, Hagerstown.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ĐỤC - VỠ THỂ THỦY TINH XUYÊN

I. Triệu chứng

(a) . Chủ quan: giảm thị lực, song thị 1 mắt, đau nhức, đỏ mắt.

(b) . Khách quan:

- Đục võ thủy thể sau chấn thương xuyên (đã xử trí cấp cứu ban đầu), có/không phóng thích nhân và tinh trùng.
- Viêm màng bồ đào.
- Tăng áp.

II. Chẩn đoán phân biệt:

Viêm màng bồ đào, mủ - fibrin tiền phòng.

III. Nguyên nhân:

- Xung đột, tai nạn, thể thao.

IV. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm máu: CTM, TS - TC, ELISA.
- X- Quang sọ não hốc mắt.
- CT Scan nếu lâm sàng có dấu chứng nghi ngờ dị vật.
- Khám nội khoa tim phổi.
- Siêu Âm A, B. Tính công suất kính nội nhãn.

V. Điều trị:

I. Chỉ định:

(1) Phẫu thuật thủy thể sớm, < 2 tháng: rửa hút thủy thể vỡ.

(a) . Thủy tinh thể đục toàn bộ võ, chất nhânh tiền phòng gây phản ứng màng bồ đào hoặc tăng nhãn áp.

(b) . Dị vật bắn xuyên thủng nầm trong thủy tinh thể, đục thủy tinh thể dọa nhiễm trùng.

- ECCE + IOL mềm đường mổ nhỏ nếu bao sau còn nguyên

- ECCE + Lensectomy + IOL cứng, hoặc mềm nếu bao sau rách ít, cắt sạch PLT tiền phòng

- ECCE + Lensectomy không đặt IOL trường hợp đáy mắt bị tổn thương nặng, giác mạc xấu

- Lentectomy (cắt hết thủy tinh thể) + vitrectomy anterior (cắt pha lê thể trước) nếu bao sau thủy tinh thể rách rộng

-> Đặt IOL thì 2, sau khi mắt yên > 6 tháng, nếu thị lực tăng với chỉnh kính

(2) Phẫu thuật thủy tinh thể muộn: > 6 tháng -> Xử lý thủy tinh thể chấn thương như 1 đục thủy tinh thể thu

- ECCE + IOL: thủy tinh thể đục bao sau nguyên vẹn

- Lentectomy+IOL cứng mạc: thủy tinh thể đục bao sau rách rộng.

2. Chuẩn bị trước mổ:

(1) Vệ sinh mắt: dán lông mi, bơm rửa lẻ đạo, đo thị lực nhãn áp.

(2) Hoàn tất các xét nghiệm máu, siêu âm, khám nội khoa.

3. Ngày phẫu thuật:

a) . Ở khoa phòng:

- Uống Acetazolamide: 0,25g, 2 (v) từ 1-2 giờ trước mổ.

- Nhỏ Néosynephrine 10% + Mydriacyl 1% một giọt.

- Nhỏ Col.Ciloxan hay Ciplox trước mổ một giờ.

- Băng mắt mổ.

b) . Trong phòng mổ:

- Sát trùng mắt bằng Betadin 5%, da mi 10%.

- Sau phẫu thuật bơm vancomycin tiền phòng và chích dexamethasone dưới kết mạc.

- Băng mắt sau mổ.

4. Hậu phẩu:

- Nhỏ kháng sinh, kháng viêm 4-6 lần / ngày.
- Uống kháng sinh trong 3 - 5 ngày.
- Uống kháng viêm Steroid, hoặc chích dưới kết mạc.
- Uống giảm đau trong 1-2 ngày.
- Uống chống phù nề, tan máu, sinh tố.

VII. Theo dõi:

- Giác mạc, tiền phòng, đồng tử...
- Kính nội nhãn đúng vị trí.
- Tình trạng viêm, tăng áp sau mổ.

VIII. Tài liệu tham khảo:

1. Ehlek, Justis P.; Shah, Chirag P. (2008) Wills Eye Manual, The Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease. 5th Edition. Copyright © Lippincott Williams & Wilkins.
2. Ferenc Kuhn. (2008). Ocular Traumatology. Springer-Verlag Berlin Heidelberg
3. Jack J Kanski (2003). Clinical ophthalmology, A systemic approach. Chapter 19: Trauma. 5th Edition. Butterworth-Heinemann
4. Peter s. Hersh, Bruce m. Zagelbaum, Kenneth r. Kenyon bradford j. Shingleton Chapter 39, Surgical Management of Eye Trauma. Tasman. Duane's Ophthalmology, 2006 Edition. Lippincott Williams & Wilkins Publishers, Hagerstown.

315/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỎNG MẮT DO HÓA CHẤT

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỎNG MẮT DO HÓA CHẤT

I. Triệu chứng

1. Chủ quan:

- Cộm xốn, kích thích, đau nhức.
- Nhìn mờ.

2. Khách quan:

a) . Bóng kiềm và acid nhẹ: có cùng triệu chứng lâm sàng.

- Xung huyết và phù mọng KM khu trú.
- Đốm XHKM quanh rìa cung mạc, hoặc rộng.
- Thiếu máu rìa (-), gián đoạn dòng máu nuôi KM và thượng CM (-).
- Mờ nhẹ biểu mô GM nguyên vẹn, ± tróc biểu mô rải rác.
- Nặng hơn, bết mặt GM mờ, nhuộm fluorescein,
- Nhu mô vẫn trong hoặc chỉ phù nhẹ.
- TP sâu bình thường, thủy dịch trong, ± cell và flare.
- Thủy tinh thể trong.
- Nhãn áp bình thường.

b) . Bóng trung bình

- Thường kèm tổn thương da quanh mắt.
- Phù mọng kết mạc.
- Mạch máu KM & TCM trắng rải rác, dòng máu chảy qua ở vùng bị tắc mạch (-).
- BMGM mắt hoàn toàn, phù dày trung bình, đục nhu mô.
- Các chi tiết móng mắt và bờ đồng tử vẫn còn nhìn thấy hoặc mờ một phần.
- Thường có phản ứng tiền phòng
- Tăng nhãn áp tạm thời.

- Thể thủy tinh lúc đầu còn trong, có thể đục về sau.

c) . Bóng nặng:

- Có thể bóng mi mắt, trán, má và mũi (# bóng nhiệt độ 2 và 3).
- Phù mọng toàn bộ, khiếm dưỡng rìa nhiều.
- GM phù dày; đục toàn bộ hoặc trong mờ, không thấy các chi tiết móng mắt, đồng tử, hoặc thể thủy tinh.
- P/ú TP rõ, VMBD. Tuy nhiên, do GM đục, có thể không thấy cell và flare.
- Tăng nhãn áp rõ.
- Sau vài ngày, có thể xuất huyết ít ở vùng trắng thiếu máu TCM và ngoại vi GM trước đó.
- Ngầm kiềm CM có thể gây hoại tử VM

II. Nguyên nhân:

- Chất tẩy rửa, làm sạch.
- Acid bình động cơ xe, bóng kèm các mảnh vỡ do nổ. Sulúric acid 25%, hydrogen và oxygen từ quá trình điện
- Kiềm phô biến: calcium hydroxide (vôi), potassium hydroxide (bồ tát), sodium hydroxide (xút), và ammonium

III. Phân độ bóng trong cấp cứu:

1. Độ I: tiên lượng tốt.

- Giác mạc trong.
- Không thiếu máu vùng rìa.

2. Độ II: tiên lượng khá.

- Giác mạc mờ nhưng vẫn thấy được các chi tiết của móng mắt.
- Thiếu máu vùng rìa dưới 1/3 chu vi (120°).

3. Độ III: tiên lượng dè dặt.

- Mất toàn bộ biểu mô giác mạc.
- Đục nhu mô, không thấy được các chi tiết của móng mắt.

- Thiếu máu vùng rìa từ $1/3$ - V chu vi (120° - 180°).

4. Độ IV: tiên lượng rất xấu.

- Đục giác mạc.

- Thiếu máu vùng rìa trên V $\ddot{\text{i}}$ chu vi ($> 180^\circ$).

IV. Điều trị:

1. Xử trí cấp cứu:

- Lấy hết tất cả ngoại vật khỏi mắt. Rửa sạch cùng đồ với thuốc nhỏ mắt Eíticol.
- Đo độ pH bằng giấy quỳ.
- Dẫn lưu rửa mắt bằng dung dịch Lactate Ringer hoặc nước muối sinh lý (NaCl 0,9%) ít nhất 500 ml trong khoảng 30 phút.
- Kiểm tra lại độ pH sau 10 phút và cần rửa tiếp tục cho đến khi độ pH trở về bình thường (từ 7,0 - 7,5).

2. Điều trị nội khoa:

(1) Giảm đau: Idarac 0.2g (1v x 2lần/ngày) hoặc Paracetamol 0.5g (1v x 3lần/ngày)

(2) Chống nhiễm trùng: Thuốc nhỏ mắt kháng sinh 3 lần / ngày.

(3) Chống dính móng mắt: Thuốc nhỏ mắt Atropin 1% 1 lần / ngày.

(4) Chống viêm nhuyễn giác cung mạc và chống dính mi cầu:

- Doxycycline 0.1g 1v x 2 lần/ngày (uống).

- Thuốc mỡ tra mắt (pde) Tetracycline 1% 4 lần/ngày.

(5) Chống tăng áp (nếu có): Acetazolamide 0.250g uống 1v x 3 lần/ngày.

(6) Chống viêm:

- Thuốc nhỏ mắt Steroid: 4-6 lần / ngày (trong 7 ngày đầu).

- Hoặc Thuốc nhỏ mắt Ocuíen hay Indocollyre 3 lần/ngày (sau 7 ngày).

(7) Làm lành sẹo:

- Thuốc nhỏ mắt Vitamine C hoặc Keratyl hay nước mắt nhân tạo (Sanlein, Refresh Plus): 4 lần / ngày.
- Vitamine C 0.5g 1v x 4 lần/ngày (uống).

(8) Tăng cường dinh dưỡng: tiêm huyết thanh tự thân dưới kết mạc nếu khiếm dưỡng vùng rìa nhiều hoặc hoại tử.

3. Điều trị ngoại khoa:

- (1) Cắt lọc mô hoại tử.
- (2) Tách dính mi cầu: băng spatula, que thủy tinh mỗi ngày hoặc đặt khuôn chống dính.
- (3) Chọc rửa tiền phòng: khi pH cao, phù giác mạc, xếp nếp màng Descemet, có tiết tố trong tiền phòng, đục thuỷ tinh.
- (4) Ghép màng ối: sau 5 ngày, khi pH trở về bình thường và có tróc biểu mô giác mạc rộng khó lành.
- (5) Phủ Tenon ± ghép màng ối ± ghép niêm mạc mô.
- Khiếm dưỡng, hoại tử kết mạc quanh rìa, nguy cơ tạo màng giả.
- Tổn thương kết mạc nhãn cầu, cùng đồ và mi mắt; nguy cơ gây dính.
- (6) Ghép kết mạc rìa tự thân.

V. Theo dõi

(a) . Bóng nhẹ thường lành hoàn toàn:

- BMGM tái tạo, phù nhu mô giảm dần. XHKM và mảng phù mọng tự hết.

(b) . Bóng trung bình:

- GM tái tạo BM chậm, nhất là ở các vùng trắng rìa và mạch máu thương củng mạc. GM vẫn phù mờ.
- VMBĐ kéo dài dù có dùng thuốc.

(c) . Bóng tiến triển ® bán cấp, hàng tuần đến hàng tháng.

- Tan nhuyễn dần mắt do viêm tiến triển, có hủy protein, tân mạch, và đục GM.
- Glôcôm thứ phát do dính móng trước và làm sẹo vùng bè có thể gây mất thị lực.
- Dính mi cầu bắt đầu ở pha bán cấp.

VI. Tài liệu tham khảo:

1. Ehlers, Justis P.; Shah, Chirag P. (2008) Wills Eye Manual, The Office and Emergency Room Diagnosis and 5th Edition. Copyright © Lippincott Williams & Wilkins.
2. Ferenc Kuhn. (2008). Ocular Traumatology. Springer-Verlag Berlin Heidelberg
3. Jack J Kanski (2003). Clinical ophthalmology, A systemic approach. Chapter 19: Trauma. 5th Edition. Butterworth-Heinemann
4. Robert A. Ralph (2006). Vol 4, Chapter 28, Chemical Injuries of The Eye. William Tasman. Duane's Ophthalmology. 10th Edition. Lippincott Williams & Wilkins Publishers, Hagerstown.
5. Steven Rhee, Michael H. (2008). Goldstein Yanoff & Duker: Ophthalmology. Section 8 - Trauma. Chapter 4. 3rd Edition. Mosby, Elsevier.

Chữ ký	Người soạn thảo	Người kiểm tra	Người giám sát
Họ và tên	BS Vũ Anh Lê	BS. Vũ Anh Lê	BS. Bùi t.Thu Hương
Chức danh	Trưởng khoa	Trưởng khoa	TP.KHTH

316/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RÁCH KẾT MẠC

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RÁCH KẾT MẠC

I. Triệu chứng

(a) . Chủ quan: cảm xốn, đỏ mắt sau một chấn thương.

(b) . Khách quan:

- Rách kết mạc trên sinh hiển vi.

II. Chẩn đoán phân biệt:

Tổn thương cung mạc bên dưới, nhất là khi có xuất huyết hay phù mọng kết mạc che lấp tổn thương cung mạc.

III. Nguyên nhân:

- Xung đột, tai nạn, thể thao.

- Vật gây thương tích: dao, kéo, kim, đạn, dây kẽm...

IV. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm máu: TS - TC.
- X- Quang hốc mắt nếu nghi ngờ dị vật

V. Điều trị

1. Phẫu thuật:

- Nhỏ tê tại chỗ.
- Khâu kết mạc bằng vicryl 8.0.
- Tra thuốc mỡ kháng sinh.
- Băng mắt.

2. Điều trị hậu phẫu:

- (1) Kháng sinh: nhỏ tại chỗ + Uống x 5 ngày.
- (2) Kháng viêm: Uống x 5 ngày.
- (3) Giảm đau: Uống x 5 ngày.

VI. Theo dõi:

- Kết mạc khâu kín, sạch.
- Cắt chỉ sau 1 tuần nếu chỉ gây cộm xốn. Chỉ vicryl thường tự tiêu sau 2 tuần.

VII. Tài liệu tham khảo:

1. Ferenc Kuhn. (2008). Ocular Traumatology. Springer-Verlag Berlin Heidelberg
2. Jack J Kanski (2003). Clinical ophthalmology, A systemic approach. Chapter 19: Trauma. 5th Edition. Butter
3. Peter s. Hersh, Bruce m. Zagelbaum, Kenneth r. Kenyon bradford j. Shingleton Chapter 39, Surgical Management Tasman. Duane's Ophthalmology, 2006 Edition. Lippincott Williams & Wilkins Publishers, Hagerstown.

317/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT TIỀN PHÒNG DO CHẨN

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT TIỀN PHÒNG

I. Triệu chứng

- a) Chủ quan: Mắt mờ, có thể đau nhức do tăng áp.
- b) Khách quan: Máu thường lăng xuông dưới, hình ảnh ngán dịch. Có thể xuất huyết đầy tiền phòng.

II. Chẩn đoán phân biệt:

Xuất huyết tiền phòng do các nguyên nhân khác: bệnh lý về máu, do glô-côm tân mạch...

III. Nguyên nhân: Chảy máu từ thể mi hay móng do chấn thương đụng dập.

IV. Cận lâm sàng:

1. Siêu âm B bán phần sau.
2. Xquang sọ não, hốc mắt.
3. CT Scan nếu lâm sàng có dấu chứng nghi ngờ vỡ xương hốc mắt.

V. Điều trị :

Tuỳ theo mức độ xuất huyết và thị lực

1. Máu TP <1 mm, thị lực >7/10:

- Kiểm tra đáy mắt.
- Có thể điều trị ngoại trú: Transamin (u), prednisone (u), nhổ corticosteroid, atropin.

2. Máu TP >1 mm:

a) .Nhỏ mắt:

- Kháng sinh nếu giác mạc bị tổn thương.
- Corticosteroid nếu giác mạc không bị tổn thương.
- Atropin 1% 2 lần / ngày.

b) .Thuốc uống:

- Giảm đau: Paracetamol, Idarac, Alaxan. (nếu có đau nhức).
- Chống viêm: Medrol, Prednisone (nếu có dấu hiệu viêm mống mắt thể mi).
- Tan máu: Noflux hoặc alphachymotrypsin hoặc tam thát (u) (trường hợp máu đông tiền phòng và nội nhãn nhồi máu).
- Chống chảy máu tái phát: Transamin 500mg, 2v x 3 lần / ngày (u) x 5 ngày.
- Hạ áp: Acetazolamid (u) nếu có tăng áp.

c) . Hướng dẫn bệnh nhân: uống nhiều nước, nằm nghỉ đầu cao tại giường, hạn chế sinh hoạt, băng mắt bị XHTT

VI. Theo dõi:

- Theo dõi thị lực, nhãn áp hàng ngày.
- Nếu máu rút, tiếp tục điều trị chờ máu tiêu hết.
- Nếu sau 5 - 7 ngày máu đặc không tiêu che diện đồng tử hoặc nhãn áp cao: Rửa máu tiền phòng.

VII. Tài liệu tham khảo

1. Ehlers, Justis P.; Shah, Chirag P. (2008) Wills Eye Manual, The Office and Emergency Room Diagnosis and 5th Edition. Copyright © Lippincott Williams & Wilkins.
2. Jack J Kanski (2003). Clinical ophthalmology, A systemic approach. Chapter 19: Trauma. 5th Edition. Butterworth-Heinemann.
3. Peter s. Hersh, Bruce m. Zagelbaum, Kenneth r. Kenyon bradford j. Shingleton Chapter 39, Surgical Management of Eye Trauma. Tasman. Duane's Ophthalmology, 2006 Edition. Lippincott Williams & Wilkins Publishers, Hagerstown.

Chữ ký	Người soạn thảo	Người kiểm tra	Người giám sát
Họ và tên	BS Vũ Anh Lê	BS. Vũ Anh Lê	BS. Bùi t.Thu Hương
Chức danh	Trưởng khoa	Trưởng khoa	TP.KHTH

318/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ DỊ VẬT GIÁC MẠC VÀ VÒNG RỈ SÉT

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ DỊ VẬT GIÁC MẠC VÀ

I. Triệu chứng

(a) . Chủ quan: đau, cộm xốn, chảy nước mắt.

(b) . Khách quan:

- Dị vật trên hay trong nhu mô giác mạc.

- Vòng rỉ sét sâu trong giác mạc nếu dị vật là sắt.

II. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm kết mạc.

- Viêm giác mạc.

III. Nguyên nhân:

Xung đột, tai nạn, thể thao, lao động.

IV. Cận lâm sàng:

- Máu: TS - TC.

V. Điều trị:

1. Phẫu thuật:

- Nhổ tê tại chỗ.

- Lấy dị vật GM sâu = kim 26 + Đánh vòng rỉ sét bằng dụng cụ.

- Tra thuốc mỡ kháng sinh.

- Băng mắt.

2. Điều trị hậu phẫu:

(1) Kháng sinh:

- Nhỏ tại chỗ 1- 2 tuần.

- Uống (5 ngày)

(2) Kháng viêm: Uống (5 ngày) nếu thấy cần thiết.

(3) Giảm đau: Uống (5 ngày).

VI. Theo dõi

Lấy sạch dị vật, biếu mô giác mạc lành, sạch.

VII. Tài liệu tham khảo:

1. Ferenc Kuhn. (2008). Ocular Traumatology. Springer-Verlag Berlin Heidelberg

2. Jack J Kanski (2003). Clinical ophthalmology, A systemic approach. Chapter 19: Trauma. 5th Edition. Butter

3. Peter s. Hersh, Bruce m. Zagelbaum, Kenneth r. Kenyon bradford j. Shingleton Chapter 39, Surgical Management Tasman. Duane's Ophthalmology, 2006 Edition. Lippincott Williams & Wilkins Publishers, Hagerstown.

Chữ ký	Người soạn thảo	Người kiểm tra	Người giám sát
Họ và tên	BS Vũ Anh Lê	BS. Vũ Anh Lê	BS. Bùi t.Thu Hương
Chức danh	Trưởng khoa	Trưởng khoa	TP.KHTH

319/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM MỦ NỘI NHÃN

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM MỦ NỘI

Viêm mủ nội nhãn là phản ứng viêm nhiễm của khoang dịch kính và tiền phòng cũng như các cấu trúc lân cận nhô vào nhãn cầu, thường xảy ra sau phẫu thuật lấy T3, các phẫu thuật vào nội nhãn, các chấn thương xuyên nh

I. Triệu chứng:

1. Chủ quan:

- Giảm thị lực : có thể xảy ra sớm từ 1 → 8 ngày sau phẫu thuật vào nội nhãn hay sau một chấn thương xuyên hơn từ sau 1 tuần đến một vài tháng.
- Đau nhức.

2. Khách quan:

- Kết mạc: cương tụ sâu có thể gây phù nề kết mạc.
- Tổn thương giác mạc và lăng đọng sắc tố sau giác mạc
- Mủ tiền phòng.
- Viêm dịch kính hoặc mủ dịch kính.
- Mắt hoặc giảm ánh đồng tử, không soi được đáy mắt hoặc không soi rõ.
- Có thể tăng nhãn áp đi kèm.

II. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm màng bồ đào: dựa vào tiền sử phẫu thuật hay chấn thương mắt, khởi phát bệnh + cận lâm sàng.
- Viêm loét giác mạc hoặc Abces giác mạc có mủ tiền phòng: kết hợp chẩn đoán Lâm sàng với cận lâm sàng. Siết.

III. Phân loại viêm mủ nội nhãn và tác nhân gây bệnh:

1. Phân loại:

- Viêm mủ nội nhãn nội sinh: xảy ra sau bệnh lý máu, bệnh lý tim mạch kèm các yếu tố nguy cơ suy giảm miễn dịch.
- Viêm mủ nội nhãn ngoại sinh:
 - + Sau phẫu thuật lấy T3, CBCM...
 - + Sau chấn thương xuyên nhãn cầu có thể có di vật nội nhãn.
- Viêm mủ nội nhãn cấp tính: 1 - 14 ngày.
- Viêm mủ nội nhãn mãn tính: >= 2 tuần.

- Nếu do nấm thì có thể từ 1 - 4 tuần

. Tác nhân gây bệnh:

- Vi khuẩn Gram (+): Staphylococcus, nhóm Bacillus.
- Vi khuẩn Gram (-): Pseudomonas - Aeruginosa, Proteus và Haemophilus -Influenzae.
- Nấm: thường gặp nhóm Candida.
- Bên cạnh đó cũng có thể gặp Aspergillus.

Hiếm: Histoplasma.

IV. Cận lâm sàng:

- SÂ B: bắt buộc không thể thiếu trong chẩn đoán cũng như theo dõi diễn tiến của bệnh viêm mủ nội nhãn:
 - + Pha lê đặc dạng khối, có thể lan tỏa di động kém, hắc mạc phản âm dày.
 - + Có thể tồn thương thành nhãn cầu đi kèm
 - + Dấu hiệu T.Sign: tăng tích tụ dịch ở khoang dưới bao Tenon: là dấu hiệu khởi phát của tình trạng viêm toàn nhãn.
- Soi tươi.
- Cấy.
- Kháng sinh đồ.

V. Điều trị:

- Khi được chẩn đoán viêm mủ nội nhãn, việc xử lý cấp cứu được tiến hành ngay sau khi được chẩn đoán, không chờ đợi.
- Trường hợp theo dõi Viêm mủ nội nhãn hoặc chưa có điều kiện phẫu thuật cắt pha lê thể ngay, bước đầu tiên bao gồm:
 - Xét nghiệm - kết hợp kháng sinh tiêm phòng.
 - Phẫu thuật cắt pha lê thể: qua đường Parsplana được thực hiện khi có chỉ định và khi có điều kiện càng sớm càng tốt.
- Mục đích:
 - + Lấy dịch pha lê thể soi tươi tìm nấm, cấy kháng sinh đồ để định danh vi khuẩn. + Tiến hành kháng sinh nội trú.

1. Trường hợp nấm (-) tính: có thể lựa chọn kháng sinh tiêm nội nhãn.

+ Vancomycin: 0,1 ml # 1mg + Ceftazidine: 0,1ml # 2,5mg

- Chỉ định dùng kháng viêm Corticoide tiêm nội nhãm là cần thiết.

+ Prednisolone: 0,1 ml # 25mg.

- Xử dụng ống chích tiêm nội nhãm 1ml với kim 25 - gauche.

- Tùy theo diễn tiến lâm sàng, trường hợp nặng có chỉ định tiêm nội nhãm lần thứ 2 được thực hiện vào ngày thứ

2. Trường hợp nấm (+) tính: dùng thuốc kháng nấm tiêm nội nhãm

+ Amphotericine B: thuốc được xác định có độc tính với võng mạc.

- Liều tiêm: 0,1ml # 5 - 10pg, (pha trong dung dịch glucore 5%)

- Được tiến hành tiêm vào trung tâm của khoang pha lê thể cách xa võng mạc, mặt vát kim nội nhãm hướng lên t

3. Thuốc nhỏ:

+ Kháng sinh phổi rộng thể hệ mới:

- Col. Vigamox 0,5% hoặc

- Col Zymar 0,3% hoặc

- Col. Ofovid 0,3%

Tùy theo tình trạng bệnh có thể nhỏ mỗi giờ.

+ Kháng nấm:

- Col. Amphotericine B: 2,5mg/ml hoặc

- Col. Natamycin 5% hoặc

- Col. Miconazole 10mg/ml hoặc

- 5 - Fluorocytosine 1% hoặc

- Col. Ifuaconazole 1%

-> Tùy theo tình trạng bệnh có thể nhỏ mỗi giờ nếu có tổn thương giác mạc.

4. Đường toàn thân:

- Kháng sinh:

+ Ciproíloxacin 0,5 - 1,5g/ ngày (u) x 10 - 14 ngày Hoặc + Amitracin 15mg/ g TM hay TB/8 giờ + Cefazoline 1

- Kháng nấm:

+ Ketoconazole (Nizoral) 0,2g uống 1v x 2l/ ngày x 14 ngày Hoặc +Fluconazole (u) + 800mg/ ngày đầu

+ 200 - 400mg/ ngày tiếp theo x 10 - 14ngày Hoặc + 5 - Fuorocytozine: 100 - 150mg/ 1ngày x 10 - 14 ngày (u)

5. Tiêm dưới kết mạc

- Kháng sinh phô rỗng:

+ Gentamycin 40mg#1ml Hoặc

+ Vancomycin 50mg#1ml

- Kháng nấm:

+ Miconazole 10mg/ 0,5ml Hoặc

+ Nystatine 200 ui Hoặc

+ Fluonazole 1ml (2%)

Thuốc điều trị nấm nhỏ hoặc chích dưới kết mạc có thể gây phản ứng phụ: kích thích kết mạc, viêm giác mạc n

VII. Theo dõi: Tùy theo diễn tiến của bệnh

- Có thể tiêm KSNN lần 2 hoặc lần 3: thời gian giữa các lần cách nhau 3 ngày để giảm độc tính của thuốc đối v

- Xét nghiệm chức năng gan, thận định kỳ đối với bệnh nhân dùng kháng sinh, kháng nấm đường toàn thân.

Tài liệu tham khảo

- Endophthalmitis in Vitreo - Retinal Surgery of Bernd Kirchhof, David Wong: (2007 P.70 - 82)

- Diaghosis and Treatment of Keratomycosis and fungal endophthalmitis in General Review of P.Croldschmidt, 108 (Journal Homepage).

Chữ ký	Người soạn thảo	Người kiểm tra	Người giám sát
Họ và tên	BS Trần Huy Hoàng	BS. Trần Huy Hoàng	BS. Bùi.t.Thu Hương
Chức danh	BS Trưởng Khoa	BS Trưởng khoa	TP.KHTH

320/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VÕNG MẠC TIỄU ĐƯỜNG

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VÕNG MẠC TIỄU ĐƯỜNG

Tổn thương VM	Đánh giá		Laser	
	FA	Hình màu	Tái chấn	Quang đòn
Không TS nhẹ				
• Không phù HĐ	Không	Thỉnh thoảng	Không	Không
• Phù HĐ	Thỉnh thoảng	Chụp	Không	Không
• Phù HĐ rõ	Chụp	Chụp	Cô	Không
Không TS T-B				
• Không phù HĐ				
• Phù HĐ	Thỉnh thoảng	Chụp	Không	Không
• Phù HĐ rõ	Chụp	Chụp	Cô	Không
Không TS nặng				
• Không phù HĐ	Không	Chụp	Không	Hiếm
• Phù HĐ	Thỉnh thoảng	Chụp	Cô thê	Có thê sau
• Phù HĐ rõ	Chụp	Chụp	Cô	Có thê sau
TS nhẹ và T-B				
• Không phù HĐ	Không	Chụp	Không	Thỉnh thoảng
• Phù HĐ	Thỉnh thoảng	Chụp	Thỉnh thoảng	Có thê sau
• Phù HĐ rõ	Chụp	Chụp	Laser	Có thê sau
TS cõi nguy cơ cao				
• Không phù HĐ	Không	Chụp	Không	Laser
• Phù HĐ	Chụp	Chụp	Laser	Laser
• Phù HĐ rõ	Chụp		Laser	Laser

Chữ ký	Người soạn thảo	Người kiểm tra	Người giám sát
Họ và tên	BS Trần Huy Hoàng	BS. Trần Huy Hoàng	BS. Bùi t.Thu Hương

Chức danh

BS Trưởng Khoa

BS Trưởng khoa

TP.KHTH

321/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GHÉP GIÁC MẠC BẢO TỒN

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GHÉP GIÁC MẠC BẢO TỒN

I. CHỈ ĐỊNH:

- ❖ VLGM hoại tử thủng < 10mm, không có VMNN
- ❖ Loét rìa thủng phòi mỏng < 180⁰.
- ❖ Thị lực ≥ ST (+)

II. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. Chuẩn bị trước mổ:

- ♦ Siêu âm nhãn cầu.
- ♦ Chụp hình giác mạc nếu bệnh nhân hợp tác
- ♦ Hạ nhãn áp:
 - Uống 2 viên Acetazolamide 250mg trước mổ 30 phút.
 - Hoặc truyền TM Osmofundin 20% 100 - 250ml 60 giọt/phút trước mổ 1 giờ.

2. Các bước phẫu thuật:

- ♦ Vô cảm và sát trùng tại chỗ.
- ♦ Khoan GM cho lớn hơn kích thước GM nhận từ 0.1 -0.25mm
- ♦ Khoan GM vùng thương tổn.
- ♦ Khâu 90% bè dày GM

3. Chăm sóc hậu phẫu:

- ♦ Điều trị theo đúng nguyên nhân trước mổ
- ♦ Điều trị hỗ trợ:
 - Giảm đau, kháng viêm chống phù nề
 - Điều trị nâng đỡ (vitamin, an thần, ...), hạ áp nếu có tăng áp.

4. Theo dõi biến chứng:

- ♦ Tăng áp thứ phát.
- ♦ VMBĐ trước dính móng.
- ♦ Xuất huyết tiền phòng
- ♦ Viêm loét tái phát trên mảnh ghép.
- ♦ Thải mảnh ghép, VMNN, đục T3.

* Tài liệu tham khảo:

1. Rasik B Vajpayee. Corneal Transplantation 2000.
2. Krachmer Mannis Holland (2005). Cornea
3. Smolin and Thoft's (2005). The Cornea

322/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO TRUNG GIAN

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO TRUNG GIAN

I. Triệu chứng

1. Chủ quan: thấy ruồi bay và giảm thị lực. Sợ ánh sáng hoặc dấu hiệu viêm bên ngoài không đáng kể. Tuổi thư

2. Khách quan: tế bào trong dịch kính, xuất tiết trắng ở miệng thắt và vùng phẳng phía dưới (snowbank). Bệnh mống kính. Mạch máu võng mạc ngoại biên có áo viêm, tân mạch võng mạc ngoại biên, phản ứng tiền phòng nhẹ, phù bao sau, glaucoma thứ phát, màng trước võng mạc, bong võng mạc xuất tiết.

II. Chẩn đoán phân biệt

1. Nhiễm trùng: toxocariasis, bệnh Lyme, toxoplasmosis, giang mai
2. Bệnh toàn thân: sarcoidosis, xơ cứng rải rác, bệnh Behcet
3. VMBD hậu phẫu hoặc XHPLT cũ do chấn thương
4. Thâm nhiễm ác tính: lymphoma, retinoblastoma, ung thư di căn

III. Cận lâm sàng

1. Công thức máu
2. Angiotensin converting enzyme
3. Thủ giang mai: VDRL, FTA-ABS
4. X quang phổi
5. IDR lao
6. Kháng thể bệnh Lyme
7. Toxocara
8. Chụp mạch huỳnh quang, OCT

IV. Điều trị

Nguyên tắc: chỉ điều trị khi bệnh nhân có triệu chứng và biến chứng đe dọa thị lực. Nếu chỉ có tế bào trong dịch kính không có giảm thị lực thì có thể theo dõi.

1. Nhỏ mắt prednisolone acetate 1% mỗi 1-2h, có thể tiêm steroid dưới Tenon (0.5 to 1.0 mL of triamcinolone 40 mg) đến khi thị lực và phù hoàng điểm không cải thiện thêm. Lưu ý glaucoma do steroid
2. Nếu không cải thiện sau 3 lần tiêm, có thể dùng steroid đường toàn thân (prednisone 40 to 60 mg mỗi ngày trong 1-2 tuần)

3. Áp lạnh vùng snowbank nếu bệnh nhân không đáp ứng với điều trị trên
4. Có thể cắt dịch kính nếu bệnh dai dẳng

V. Theo dõi

1. Mỗi 1 -4 tuần trong giai đoạn cấp tùy theo mức độ nặng
2. Mỗi 3-6 tháng trong giai đoạn mạn tính

Tài liệu tham khảo

and Emergency Room Diagnosis and Treatment of & Practice of Ophthalmology, 3rd Edition

1. The Wills Eye Manual: Office Eye Disease, 5th Edition
2. Albert & Jakobiec's Principles

Chữ ký	Người soạn thảo	Người kiểm tra	Người giám sát
Họ và tên	BS Võ Quang Hồng Điểm	BS. Trần Huy Hoàng	BS. Bùi t.Thu Hu
Chức danh	BS Soạn thảo	BS Trưởng khoa	TP.KHTH

323/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TẬT KHÚC XẠ BẰNG CHƯƠNG TRÌNH

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TẬT KHÚC XẠ BẰNG CHƯƠNG THƯỜNG QUI

1. Chỉ định

- ❖ Cận, viễn, loạn thị đều từ 1 diop trở lên. Viễn tối đa 6.0 diop, loạn tối đa 6.0 diop.
- ❖ Tuổi từ 18 trở lên
- ❖ Độ khúc xạ ổn định ít nhất 6 tháng
- ❖ Thị lực sau khi chỉnh kính cao hơn thị lực không kính từ 2 dòng

2. Chóng chỉ định tuyệt đối

- ❖ Đang có các bệnh lý khác của nhãn cầu (VGM, VMBĐ, Glaucoma, bong VM)
- ❖ Giác mạc hình chóp
- ❖ Tiên căn Herpes giác mạc
- ❖ Đang dùng các nội tiết tố sinh dục (vd: thuốc ngừa thai)
- ❖ Đang mang thai hoặc cho con bú
- ❖ Mắt độc nhãn
- ❖ Hở mi
- ❖ Giác mạc mỏng (trước laser dưới 475 hay sau chiếu laser nhu mô còn dưới 280 micron)

3. Chóng chỉ định tương đối

- ❖ Khô mắt nhẹ
- ❖ Viêm bờ mi
- ❖ Bệnh tự miễn đã ổn định
- ❖ Sẹo trung tâm giác mạc
- ❖ Rạch giác mạc hình nan hoa dưới 3 năm
- ❖ Viễn cao hơn 6 diop
- ❖ Loạn cao hơn 6 diop

4. Xét nghiệm tiền phẫu

- ❖ Đo khúc xạ chủ quan, khách quan, Obscan, Pachymetry, đường kính đồng tử, đường kính giác mạc.

5. Nguyên tắc điều trị

- ❖ Vùng quang học từ 6mm trở lên

- ❖ Mức độ điều chỉnh phụ thuộc chiều dài giác mạc, thị giác hai mắt sau mổ, hiệu quả phẫu thuật (thị lực không nhân)
- ❖ Mức độ lấy mô không quá 140 mcm
- ❖ K sau phẫu thuật tm 32
- ❖ Độ đẽ lại không quá 3D

6. Chăm sóc hậu phẫu

- ❖ Nhỏ kháng sinh và corticoid 4 lần/ngày trong 7 ngày
- ❖ Nước mắt nhân tạo không chất bảo quản 1 - 3 tháng hoặc hơn
- ❖ Tái khám 1 ngày, 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng hoặc hơn (theo dõi vết mổ, thị lực khúc xạ)

	Người soạn thảo	Người kiểm tra	Người giám sát
Họ và tên	BS Hà Tư Nguyên	BS Trần Hải Yến	BS Bùi Thị Thu Hương
Chức vụ	Phó Khoa Lasik	Trưởng Khoa	TP.KHTH

324/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ĐIỀU TRỊ KHÚC XẠ NẶNG BẰNG PHẪU THỦY TINH THỂ PHỐI HỢP PHẪU THUẬT KHÚC XẠ BẰNG LASER EXCIMER HAY ĐẶT KÍNH TORIC

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ĐIỀU TRỊ KHÚC XẠ NẶNG BẰNG PHẪU THUẬT PHACO LẤY THỦY TINH TẮM BẰNG LASER EXCIMER HAY ĐẶT KÍNH TORIC

1. Chỉ định

- ❖ Bệnh nhân có nhu cầu phẫu thuật khúc xạ để giảm bớt sự lệ thuộc của kính hoặc kính sát tròng.
- ❖ Cận thị quá nặng hoặc giác mạc mỏng, quá chỉ định điều trị bằng Laser Excimer.
- ❖ Thị lực không kính và thị lực sau chỉnh kính khác biệt từ 2 dòng trở lên.

- ❖ Loạn thị trên 1.0 D

2. Chóng chỉ định

- ❖ Đang có các bệnh lý tiến triển khác tại mắt gây viêm, nhiễm hoặc gây giảm thị lực.
- ❖ Lệch, bán lệch thủy tinh thể
- ❖ Mắt độc nhát
- ❖ Loạn dưỡng giác mạc
- ❖ Đang mang thai hoặc cho con bú

Trường hợp phối hợp phẫu thuật khúc xạ bằng Laser Excimer

- ❖ Bệnh lý giác mạc chớp
- ❖ Tiền căn Herpes giác mạc
- ❖ Bệnh tự miễn, suy giảm miễn dịch tiến triển

Trường hợp đặt kính Toric

- ❖ GM loạn thị không đều
- ❖ Loạn thị dưới 1D
- ❖ GM có sẹo, mộng thịt

3. Qui trình điều trị

- a. Khám khúc xạ, tư vấn
- b. Phẫu thuật Phaco (kính đơn tiêu, kính giả điều tiết, hay kính toric) theo phác đồ Phaco
- c. Phẫu thuật Lasik hoặc Epi Lasik theo phác đồ sau PT phaco tối thiểu 3 tháng.
- d. Tái khám định kỳ theo phác đồ phẫu thuật Lasik hoặc Epi Lasik
- e. Phẫu thuật bổ sung nếu cần sau 3 hoặc 6 tháng

	Người sờan thảo	Người kiểm tra	Người giám sát
--	------------------------	-----------------------	-----------------------

Họ và tên	BS Hà Tư Nguyên	BS Trần Hải Yến	BS Bùi Thị Thu Hương
Chức vụ	Phó Khoa Lasik	Trưởng Khoa	TP.KHTH

325/PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TẬT KHÚC XẠ BẰNG PHƯƠNG PHÁP H

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TẬT KHÚC XẠ BẰNG PHƯƠNG PHÁP H Femtosecond lenticule extraction

1. Chỉ định

- ❖ Cận, loạn thị từ 1.75 diop trở lên. Cận tối đa 10.0 diop, loạn tối đa 5.0 diop, tổng độ cận và loạn (cận+ loạn) < 15.0 diop
- ❖ Tuổi từ 18 trở lên
- ❖ Độ khúc xạ ổn định ít nhất 6 tháng
- ❖ Thị lực sau khi chỉnh kính cao hơn thị lực không kính từ 2 dòng

2. Chống chỉ định tuyệt đối

- ❖ Đang có các bệnh lý khác của nhãn cầu (VGM, VMBD, Glaucoma, bong VM)
- ❖ Giác mạc hình chóp
- ❖ Tiên căn Herpes giác mạc
- ❖ Đang dùng các nội tiết tố sinh dục (vd: thuốc ngừa thai)
- ❖ Đang mang thai hoặc cho con bú
- ❖ Mắt độc nhãn
- ❖ Hở mi
- ❖ Giác mạc mỏng (trước điều trị dưới 475 hay sau điều trị laser nhu mô còn dưới 280 micron)

- ❖ Sẹo giác mạc

3. Chóng chỉ định tương đối

- ❖ Khô mắt nhẹ
- ❖ Viêm bờ mi
- ❖ Bệnh tự miễn đã ổn định
- ❖ Bệnh như km hợp tc
- ❖ GM nhỏ ($\text{ĐK} < 11 \text{ mm}$)

4. Xét nghiệm tiền phẫu

- ❖ Đo khúc xạ chủ quan, khách quan, Obscan, Pachymetry, đường kính đồng tử, đường kính giác mạc.

5. Nguyên tắc điều trị

- ❖ Dùng Femtosecond để tạo vạt giác mạc và lấy mảnh mô GM (lenticule) để điều chỉnh tật khúc xạ.
- ❖ Chế độ laser: Standard mode / Fast mode
- ❖ Thông số của lenticule

- Đường kính: 5mm - 8 mm, khuyến cáo: 6-7mm
- Chiều dày tối thiểu : 10-30 mcm, khuyến cáo: 15mcm
- Góc bờ lenticule: 45- 135 độ, khuyến cáo: 90 độ

- ❖ Thông số của vạt:
- Đường kính: 6- 10.5 mm, nên rộng hơn ĐK lenticule 1mm
- Chiều dày: 100- 160 mcm.
- Góc bờ vạt: 45- 135 độ, khuyến cáo 90 độ

- ❖ Mức độ điều chỉnh phụ thuộc chiều dày giác mạc, thị giác hai mắt sau mổ, hiệu quả phẫu thuật (thị lực không bệnh nhân).

- Mức độ lấy mô không quá 140 mcm
- K sau phẫu thuật tm 32
- Độ đẽ lại không quá 3D

6. Các bước phẫu thuật:

❖ Bước 1: Định tâm và đặt gương tiếp xúc với GM (Docking và Centration):

- PTV kiểm tra gương tiếp xúc (contact glass- CG), gắn contact glass vào hệ thống laser.
- Di chuyển giường bệnh nhân để gương tiếp xúc áp vào giác mạc của bệnh nhân.
- Định tâm chính xác
- Khi CG tiếp xúc với GM trên 90%, nhấn hút, kiểm tra lực hút đạt
- Khi laser báo sẵn sàng, nhấn pedal laser

❖ Bước 2: Cắt mảnh mô và tạo vạt: femtosecond laser tiến hành theo 2 bước:

- Cắt lenticule giác mạc và cắt bờ lenticule
- Cắt vạt giác mạc và cắt bờ vạt.

❖ Bước 3: Lấy lenticule

- Tách một phần bờ vạt
- Tách một phần bờ lenticule
- Tách giữa vạt và lenticule
- Tách giữa lenticule và nhu mạc nền
- Lấy lenticule

❖ Bước 4: Rửa dưới vạt và đặt lại vạt

7. Chăm sóc hậu phẫu

- ❖ Nhỏ kháng sinh và corticoid 4 lần/ngày trong 7 ngày

- ❖ Nước mắt nhân tạo không chất bảo quản 1 - 3 tháng hoặc hơn
- ❖ Tái khám 1 ngày, 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng hoặc hơn (theo dõi vết mổ, thị lực khúc xạ)

	Người sờan thảo	Người kiểm tra	Người giám sát
Họ và tên	BS Hà Tư Nguyên	BS Trần Hải Yến	BS Bùi Thị Thu Hương
Chức vụ	Phó Khoa Lasik	Trưởng Khoa	TP.KHTH

326/PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ DỊ VẬT NỘI NHÃN CÓ CHỈ ĐỊNH LẤY BẰNG QUẢ PARS PLANAS

Phác đồ điều trị dị vật nội nhãn có chỉ định lấy bằng nam châm điện qua pars plana

I. Triệu chứng

(a) . Chủ quan: có thể thị lực giảm, mắt nhức.

(b) . Khách quan:

- Vết thương rách, thủng giác mạc và/hoặc cung mạc.

- Có hoặc không thủng móng, đục thê thủy tinh.

II. Chẩn đoán phân biệt:

Chấn thương xuyên không có dị vật nội nhãn.

III. Nguyên nhân:

- Xung đột, tai nạn, thể thao, lao động.

- Vật gây thương tích: mảnh kim loại...

IV. Cân lâm sàng:

(1) Xét nghiệm máu: CTM, TS - TC, ELISA.

(2) Siêu âm B bán phần sau.

(3) X- Quang khu trú DVNN.

(4) CT scan nếu kết quả X quang vẫn chưa xác định rõ DVNN.

V. ĐIỀU TRỊ:

1. Chỉ định:

- Dị vật có từ tính nằm trong khoang PLT, trước xích đạo nhăn cầu từ vùng pars plana trở về trước, hoặc gần rìa
- Dị vật nội nhăn to (từ 8 đến 10 mm), hủy hoại chức năng nhăn cầu không có chỉ định vitrectomy và kẹp gấp dị vật.
- Có dấu hiệu viêm mủ nội nhăn, giác mạc phù mờ không thể vitrectomy và kẹp gấp dị vật.

2. Phẫu thuật

(1) Xử trí vết thương xuyên thủng: Khâu giác cung mạc..., có thể hút ngay dị vật qua vết rách nếu dị vật ở gần đáy

(2) Lấy dị vật nội nhăn bằng nam châm điện qua Pars Plana.

(3) Tiêm kháng sinh nội nhăn theo phác đồ và thuốc có sẵn trên phòng mổ nếu có dấu hiệu VMNN.

- 0,1 ml chứa 1 mg vancomycin tiều phỏng nếu tồn thương bán phần trước, hoặc nội nhăn (bơm qua pars plana)
- Hoặc 0,1 ml chứa 0,1 mg gentamycine nội nhăn: trường hợp không có vancomycin.

(4) Chích gentamycine 20 mg + 0,5 ml Dexamethasone dưới kết mạc hoặc vancomycine 100mg dưới kết mạc.

(5) Điều trị kháng sinh toàn thân và tại chỗ.

VI. Theo dõi:

- Vết khâu giác mạc, cung mạc phải kín, phục hồi tối đa cấu trúc giải phẫu ban đầu.
- Tiều phỏng tái tạo, sạch.
- Siêu âm B kiểm tra: dịch kính (xuất huyết, viêm màng bồ đào...); võng mạc (bong võng mạc.).

VII. Tài liệu tham khảo:

1. Ehlers, Justis P.; Shah, Chirag P. (2008) Wills Eye Manual, The Office and Emergency Room Diagnosis and 5th Edition. Copyright © Lippincott Williams & Wilkins.

2. Ferenc Kuhn. (2008). Ocular Traumatology. Springer-Verlag Berlin Heidelberg

3. Jack J Kanski (2003). Clinical ophthalmology, A systemic approach. Chapter 19: Trauma. 5th Edition. Butter

327/ QUY TRÌNH PHẪU THUẬT PHACO + CBCM

QUY TRÌNH PHẪU THUẬT PHACO

I. Chỉ định:

1. Glaucoma góc đóng hoặc góc mở kèm đục thuỷ tinh thể ($TL \leq 3/10$). Trường hợp mắt độc nhất ($TL \leq 1/10$). (
2. Cơn góc đóng cấp có kèm đục TTT, có $TL \leq 3/10$ (trường hợp mắt độc nhất thì $TL \leq 1/10$), khi nhăn áp điều (SGTP góc đóng trên $\frac{3}{4}$).

II. Chuẩn bị bệnh nhân ngày trước mổ:

1. Đo TL, NA
2. Xét nghiệm đầy đủ: công thức máu, TS-TC, đường máu,
3. Khám toàn thân tổng trạng cho phép: huyết áp, tim, phổi.
4. Siêu âm mắt A,B
5. Hạ nhăn áp: thuốc nhỏ, uống
6. Tiền phẫu:

ACETAZOLAMIDE 0,25g: 2 viên
PARACETAMOL 0,5g: 1 viên
DÃN ĐỒNG TỦ (C. Mydriacyl, C. Neosynéphrine)

7. Ký cam kết mổ.

III. Ngày phẫu thuật:

1. Ở khoa phòng:

- Kiểm tra hồ sơ trước mổ (siu m, xt nghiệm, khm nội).
- Uống thuốc hạ nhăn áp.

* Acetazolamid 0,25g 2 viên
* Kaleorid 0,6g 1 viên

Uống trước mổ 1h - 2h

- Sát trùng lại mắt bằng Povidine 5%
- Không nhỏ thuốc dẫn đồng tử
- Băng mắt.

2. Trong phòng mổ:

- T cọng cầu hoặc hâu cầu xyclocain 10%.
- Nhỏ thuốc Povidine 5% trong mắt và sát trùng ngoài da bằng Povidine 10% dán băng lên mi, trán.
- Dùng silk 4/0 cố định cơ trực hoặc vicryl 8/0 cố định giác mạc tủy PTV.
- Mở kết mạc cùng đồ cách rìa 8-10mm, hoặc mở kết mạc rìa.
- Tạo nắp cung mạc 4 x 6mm ($\frac{1}{2}$ chiều dày cung mạc).
- Chuyển Phaco bằng đường Giác mạc trong phía thái dương.
- Thực hiện kỹ thuật Phaco + IOL như quy trình Phaco + IOL thông thường.
- Tái tại tiền phòng và bơm kín mép mổ.
- Cắt bè cung mạc 1,5x2mm.
- Cắt móng mắt chu biên.
- Khâu nắp cung mạc bằng chỉ nylon 10-0.
- Tái tạo tiền phòng.
- Khâu Tenon, kết mạc bằng Vicryl 8-0 nếu mở kết mạc cùng đồ hoặc chỉ nylon 10-0 nếu mở kết mạc rìa.
- Bơm kháng sinh tiền phòng (vancomycine 0.1mg/1ml).
- Tiêm 2,5mg Dexamethasone + 20mg Gentamycin dưới kết mạc.
- Sau khi hoàn tất phẫu thuật, nhỏ kháng sinh phô rộng và tra mỡ kháng sinh, kháng viêm.
- Băng mắt.

IV. Hậu phẫu:

1. Săn sóc hậu phẫu: Thay băng, rửa mắt hàng ngày.
2. Uống
Giảm đau
Kháng viêm (khi cần)

3. Thuốc nhỏ:

- C. Corticoid
- C. Atropin 1%
- C. Kháng sinh

4. Nâng thể trạng

2. THEO DÕI

- ❖ Khám hàng ngày, theo dõi tình trạng tiền phòng, thị lực, nhãn áp.
- + Hàng tuần: Đo nhãn áp, thị lực, tình trạng sẹo bụng, tiền phòng, IOL.

- + Tái khám sau đó mỗi 3 hoặc 6 tháng
- Thị lực
- Thị trường
- Nhấn áp
- Gai thị

328/ QUY TRÌNH PHẪU THUẬT ĐẶT SHUNT EXPRESS

QUY TRÌNH PHẪU THUẬT ĐẶT SHUNT

I. Chỉ định:

- Glaucoma góc mở, NA không điều chỉnh với thuốc.
- Glaucoma khó kiểm soát như:
 - Glaucoma tái phát sau CBCM + 5FU, CBCM+MMC.
 - Glaucoma tân mạch.
 - Glaucoma sắc tố.
 - Glaucoma do h/c giả tróc(Pseudoexfoliation).
 - Glaucoma do chấn thương,VMBD, sau mổ bong võng mạc, vitrectomy, ghép giác mạc.
 - Tăng áp thứ phát sau PT đục thuỷ tinh thể +IOL.
 - ICE syndrome.

II. Chuẩn bị bệnh nhân ngày trước mổ:

- Đo TL, NA.
- Xét nghiệm đầy đủ: công thức máu, TS-TC, đường máu, Elisa.
- Khám toàn thân tổng trạng cho phép: huyết áp, tim, phổi.

- Hạ nhãm áp: thuốc nhỏ, uống.
- Kháng viêm: C. Predford 1% X 6 l/ngày.
- Tiề̂n phẫu:
 - ACETAZOLAMIDE 0,25g: 2 viên
 - PARACETAMOL 0,5g: 1 viên
 - Nhỏ KS Vigamox
- Ký cam kết mổ.

III. Ngày phẫu thuật:

1. Ở khoa phòng:

- Kiểm tra hồ sơ trước mổ (xét nghiệm, khám nội).
- Uống thuốc hạ nhãm áp.

Acetazolamide 250mg X 2v

Kaleorid 0,6 mg X 1v

- Sát trùng lại mắt bằng Povidine 5%
- Băng mắt.

2. Trong phòng mổ:

Tiề̂n phẫu:

- Tê tại chỗ: Dicain 1% hoặc alcain 1%.
- Sát trùng da Povidin 10%.
- Tê hậu cầu: xyclocain 10% 5ml

Ký thuật:

- Sát trùng Povidine 5% trong mắt và sát trùng ngoài da bằng Povidine 10%.
- Cố định cơ trực trên bằng chỉ Silk 4/0 hoặc đặt chỉ GM bằng chỉ Vircryl 8/0 tùy PTV.

- Mở két mạc sát rìa
- Dùng dao số 11 và 15 tạo vạt cung mạc 4 x6 mm
- Áp Mytomycin(MMC) 0,4 mg/ml 1 phút trên nắp cung mạc
- Rửa sạch vết mổ bằng 30 ml nước cát
- Chọc tiền phồng 3h hoặc 9 h bằng kim 26G (tuỳ PTV)
- Dùng kim 26G đi vào tiền phồng dưới vạt cung mạc tại vị trí đặt shunt.
- Đặt shunt Express dưới vạt cung mạc theo đường dẫn của kim 26G.
- Khâu nắp cung mạc 2 nốt chỉ nylon 10 -0, vùi chỉ(nếu nắp cung mạc lớn, kiểm tra dịch thoát ra nhiều có thể khâu 3 nốt)
- Bơm viscoat tiền phồng
- Khâu vắt Tenon và kết mạc bằng Vicry 8 -0
- Tiêm 2.5 ml Dexamethasone + 20 mg Gentamycin dưới kết mạc
- Sau khi hoàn tất phẫu thuật, nhổ kháng phổi rộng (Vancomycin bơm tiền phồng) và Corticoide (Dexamethason)

IV. Hậu phẫu:

1. Sau phẫu thuật:

- San soc hậu phẫu: rửa mắt và thay băng hàng ngày.

- Thuốc uống:

- Giảm đau

- Kháng viêm (khi cần)

- Thuốc nhỏ:

- C. Atropin 1%

- C. Kháng sinh

- C. Corticoid

- Nâng thể trạng

2. Theo dõi:

- Khám hàng ngày: theo dõi tình trạng thị lực, nhãn áp, vết mổ, giác mạc, tiền phòng, vị trí shunt.
- Hàng tuần: Đo nhãn áp, thị lực, tình trạng bọng dò, vị trí shunt, giác mạc, tiền phòng, đáy mắt.
- Tái khám sau đó mỗi 3 hoặc 6 tháng
 - * Thị lực
 - * Thị trường
 - * Nhãn áp
 - * Gáy thị

Chữ ký	Người soạn thảo	Người kiểm tra	Người giám sát
Họ và tên	BS. Trịnh Bạch Tuyết	BS. Trịnh Bạch Tuyết	BS. Bùi Thị Thu Hường
Chức danh	BS. Trưởng Khoa	BS. Trưởng Khoa	TP.KHTH

329/ QUY TRÌNH PHẪU THUẬT ĐẶT VALVE AHMED

QUY TRÌNH PHẪU THUẬT ĐẶT VALVE AHMED

I. Chỉ định:

- Glaucoma tân mạch còn thị lực (tân mạch đã thoái lui sau điều trị Avastin hay quang đồng võng mạc).
- Glaucoma thứ phát sau đặt IOL.
- Glaucoma khó điều trị.

II. Chuẩn bị bệnh nhân ngày trước mổ:

- Đo TL, NA.
- Xét nghiệm đầy đủ: công thức máu, TS-TC, đường máu, Elisa.

- Khám toàn thân tổng trạng cho phép: huyết áp, tim, phổi.

- Hạ nhĩn áp: thuốc nhỏ, uống

- Tiề̂n phẫu:

- o ACETAZOLAMIDE 0,25g: 2 viên

- o PARACETAMOL 0,5g: 1 viên

- o Nhỏ KS Vigamox

- Ký cam kết mổ.

III. Ngày phẫu thuật:

1. Ở khoa phòng:

- Kiểm tra hồ sơ trước mổ (xét nghiệm, khám nội).

- Uống thuốc hạ nhĩn áp.

Acetazolamide 250mg X 2v

Kaleorid 0,6 mg X 1v

- Sát trùng lại mắt bằng Povidine 5%

- Băng mắt.

2. Trong phòng mổ:

Tiề̂n phẫu:

- Tê tại chỗ: Dicain 1% hoặc alcain 1%.

- Sát trùng da Povidin 10%.

- Tê hậu cầu: xyclocain 10% 5ml

Kỹ thuật:

- Sát trùng Povidine 5% trong mắt và sát trùng ngoài da bằng Povidine 10%.

- Cố định cơ trực trên bằng chỉ Silk 4/0 hoặc đặt chỉ GM bằng chỉ Vircryl 8/0 tùy PTV.

- Mở kết mạc rìa thái dương trên, bóc tách kết mạc.
- Dùng kim 25G đi vào tiền phòng ở vị trí định đặt valve, bơm viscoat tiền phòng.
- Đặt implant vào cùng đồ, khâu đính vào cung mạc bằng Nylon 9.0.
- Thông tube silicone bằng serum.
- Đưa tube vào tiền phòng 1.5 mm. Khâu 1 nốt Nylon 9.0 để giữ tube khỏi dịch chuyển vị trí với cung mạc.
- Đắp một miếng cung mạc che qua tube silicone và khâu với cung mạc bằng chỉ Nylon 10.0.
- Khâu Tenon, kết mạc bằng Vicryl 8-0 nếu mở kết mạc cùng đồ hoặc chỉ nylon 10-0 nếu mở kết mạc rìa.
- Tiêm 2,5mg Dexamethasone + 20mg Gentamycin dưới kết mạc.
- Sau khi hoàn tất phẫu thuật, nhổ kháng phổi rộng (Vancomycin bơm tiền phòng) và Corticoide (Dexamethason

IV. Hậu phẫu:

1. Sau phẫu thuật:

- Săn sóc hậu phẫu: rửa mắt và thay băng hàng ngày.
- Thuốc uống:
 - Giảm đau
 - Khang viêm (khi can)
- Thuốc nhỏ:
 - C. Atropin 1%
 - C. Khang sinh
 - C. Corticoid
- Nâng thể trạng

2. Theo dõi:

- Khám hàng ngày: theo dõi tình trạng thị lực, nhãn áp, vết mổ, giác mạc, tiền phòng, vị trí đầu tube
- Hàng tuần: Đo nhãn áp, thị lực, tình trạng sẹo bụng, giác mạc, tiền phòng, đáy mắt.

- Tái khám sau đó mỗi 3 hoặc 6 tháng

- * Thị lực

- * Nhãn áp

- * Thị trường

- * Gai thị

Chữ ký	Người soạn thảo	Người kiểm tra	Người giám sát
Họ và tên	BS. Trịnh Bạch Tuyết	BS. Trịnh Bạch Tuyết	BS. Bùi Thị Thu Hường
Chức danh	BS. Trưởng Khoa	BS. Trưởng Khoa	TP.KHTH

330/ QUY TRÌNH PHẪU THUẬT HỦY THỂ MI BẰNG LASER DIOPTER

QUY TRÌNH PHẪU THUẬT HỦY THỂ MI BẰNG LASER DIOPTER

Mục đích: Hạ nhãn áp bằng cách hủy một phần thể mi để giảm sản xuất thủy dịch.

Chỉ sử dụng trong những trường hợp phẫu thuật bảo tồn thất bại và thị lực kém.

I. Chỉ định: Các trường hợp Glaucoma khó điều trị:

- Dùng thuốc tối đa nhưng bệnh vẫn tiến triển.
- CBCM thất bại.
- Phẫu thuật đặt valve thất bại.
- Glaucoma tân mạch.
- Glaucoma do VMBĐ, do Silicone
- Glaucoma sau ghép giác mạc.
- Glaucoma thứ phát sau đặt IOL.

II. Chuẩn bị bệnh nhân ngày trước mổ:

- Đo TL, NA.
- Xét nghiệm đầy đủ: công thức máu, TS-TC, đường máu, Elisa.
- Khám toàn thân tổng trạng cho phép: huyết áp, tim, phổi.
- Hạ nhán áp: thuốc nhỏ, uống
- Tiềng phẫu:
 - o ACETAZOLAMIDE 0,25g: 2 viên
 - o PARACETAMOL 0,5g: 1 viên
 - o Nhỏ KS Vigamox.
- Ký cam kết mổ.

III. Ngày phẫu thuật:

1. Ở khoa phòng:

- Kiểm tra hồ sơ trước mổ (xét nghiệm, khám nội).
- Uống thuốc hạ nhán áp.

Acetazolamide 250mg X 2v

Kaleorid 0,6 mg X 1v

- Sát trùng lại mắt bằng Povidine 5%
- Băng mắt.

2. Trong phòng mổ:

Tiềng phẫu:

- Tê tại chỗ: Dicain 1% hoặc alcain 1%.
- Sát trùng da Povidin 10%.
- Tê hậu cầu: xyclocain 10% 5ml

Kỹ thuật:

- Sát trùng Povidine 5% trong mắt và sát trùng ngoài da bằng Povidine 10%.
- Dùng vành mi bọc lô vùng quanh rìa.
- Đặt đầu dò cách rìa giác mạc khoảng 1.5 mm.

Sử dụng thông số Laser như sau:

- Năng lượng khởi đầu khoảng 1250mW/4s hoặc 2250mW/2s.
- Khoảng 6 vết chạm cho một góc tư, tổng cộng khoảng 18 vết chạm.
- Khuyến cáo chỉ điều trị khoảng % chu vi để tránh hoại tử phần trước và tránh vị trí 3 giờ, 9 giờ nơi mà thần kinh
- Sau khi hoàn tất phẫu thuật, nhỏ kháng sinh, kháng viêm và liết thể mi..

IV. Hậu phẫu:

1. Sau phẫu thuật:

- Săn sóc hậu phẫu: rửa mắt và thay băng hàng ngày.
- Thuốc uống:
 - Giảm đau
 - Kháng viêm (khi cần)
- Thuốc nhỏ:
 - C. Atropin 1%
 - C. Kháng sinh
 - C. Corticoid
- Nâng thể trạng

2. Theo dõi:

- Khám hàng ngày: theo dõi tình trạng thị lực, nhãn áp, tình trạng kết mạc, giác mạc và mức độ đau nhức.
- Hàng tuần: Đo nhãn áp, thị lực.

• Tái khám sau đó 3 hoặc 6 tháng

* Thị lực

* Thị trường

* Nhãn áp

* Gáy thị

Chữ ký	Người soạn thảo	Người kiểm tra	Người giám sát
Họ và tên	BS. Trịnh Bạch Tuyết	BS. Trịnh Bạch Tuyết	BS. Bùi Thị Thu Hường
Chức danh	BS. Trưởng Khoa	BS. Trưởng Khoa	TP.KHTH

331/ QUY TRÌNH PT SỬA SEO BỌNG SAU CBCM

QUY TRÌNH PT SỬA SEO BỌNG SAU CBCM

MỤC ĐÍCH PHẪU THUẬT

Phủ lại kết mạc, gia cố lại vùng bọng kết mạc mỏng, làm ngưng dò thủy dịch ra ngoài.

Bảo tồn chức năng của bọng kết mạc cũng như tính toàn vẹn của nhãn cầu

I. Chỉ định:

- ❖ Sẹo bọng bị dò gây: nhãn áp thấp, tiền phòng nồng, giảm thị lực, nguy cơ nhiễm viêm mủ nội nhãn, nhiễm trùng
- ❖ Sẹo bọng xấu, mỏng dễ vỡ, nguy cơ dò cao, gây khô mắt, cảm giác cộm xốn, khó chịu liên tục

II. Chuẩn bị bệnh nhân ngày trước mổ:

1. Đo TL, NA
2. Xét nghiệm đầy đủ: công thức máu, TS-TC, đường máu,
3. Khám toàn thân tổng trạng cho phép: huyết áp, tim, phổi.

5. Tiều phẫu:

♦ PARACETAMOL 0,5g: 1 viên

♦ Nhỏ KS Vigamox

6. Ký cam kết mổ.

III. Ngày phẫu thuật:

1. *Ở khoa phòng:*

- Kiểm tra hồ sơ trước mổ (xét nghiệm, khám nội).
- Sát trùng lại mắt bằng Povidine 5%
- Băng mắt.

2. *Trong phòng mổ:*

- Nhỏ thuốc Povidine 5% trong mắt và sát trùng ngoài da bằng Povidine 10% dán băng lên mi, trán.
- Cố định cơ trực trên bằng chỉ Silk 4/0 hoặc đặt chỉ GM bằng chỉ Vircryl 8/0 tùy PTV
- Bóc tách phần kết mạc nguyên vẹn khâu phủ lên phần bụng bị dò.
- Khi không còn phần kết mạc nguyên vẹn thì dùng mảnh mô ghép như: cung mạc, giác mạc, màng ngoài tim, màng ngoài não.
- Sau khi hoàn tất phẫu thuật, nhỏ kháng phổi rộng và tra mổ kháng sinh, kháng viêm. Băng mắt.

IV. Hậu phẫu:

1. SAU KHI MỔ

1. Săn sóc hậu phẫu: Thay băng, rửa mắt hàng ngày.

2. Uống

3. Thuốc nhỏ:

❖ Giảm đau

❖ Kháng viêm (khi cần)

❖ C. Kháng sinh

❖ C. Corticoid

4. Nâng thể trạng

2. THEO DÕI :

* Thị lực

* Nhãn áp

* Bọng

Chữ ký	Người soạn thảo	Người kiểm tra	Người giám sát
Họ và tên	BS. Trịnh Bạch Tuyết	BS. Trịnh Bạch Tuyết	BS. Bùi Thị Thu Hường
Chức danh	BS. Trưởng Khoa	BS. Trưởng Khoa	TP.KHTH

332/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TOXOPLASMA Ở MẮT

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TOXOPLASMA

ĐIỀU TRỊ TẠI CHỖ VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO, PHỐI HỢP ĐIỀU TRỊ TOXOPLASMA:

MỤC TIÊU:

Diệt ký sinh trùng Toxoplasma và giảm phản ứng viêm nội nhãn.

I. ĐIỀU TRỊ TÂN CÔNG :

Điều trị phối hợp tốt nhất là :

SULFDIAZINE

PYRIMETHAMINE.

ACIDE FOLINIQUE

Điều trị tấn công kéo dài 3 tuần đến 1 tháng, tùy theo tiến triển bệnh và đáp ứng thuốc. Cần phải làm xét nghiệm cầu. Nếu Bạch cầu < 1000 và tiểu cầu dưới 100.000 thì ngưng điều trị.

+ ADIAZINE (Sulfadiazine) 500mg Ở trẻ em : 50 - 150mg /kg /ngày.

Nên uống nhiều nước.

Malocide (Pyriméthamine) 50mg

Người lớn 100 - 200 mg ngày đầu sau đó 50 75 mg / ngày.

Trẻ em : 0,5 - 1mg / kg /ngày.

+ METHYLPREDNISOLON 1 - 2 mg / kg / ngày tùy mức độ viêm.

+ LEDERFOLINE tiêm bắp 10 ngày 1lần hoặc OSFOLATE (Acide folinique) 1 viên / ngày.

II. ĐIỀU TRỊ DUY TRÌ: (TRẺ EM)

Thời gian điều trị tùy thuộc diễn tiến lâm sàng với :

a. Pyrimethamine 0,2 - 0,5 mg / kg /ngày hoặc Sulfadaizine 750 mg - 1g / ngày.

b. Clindamycine 150 mg : 1 - 2 viên ngày hoặc

c. Bactrim

Điều trị thường dài và có tác dụng phụ , và vẫn có nguy cơ tái phát.

Để tránh tái phát , 1 phác đồ được đề ra cho những ca nặng (Do Toxoplasma bẩm sinh tái phát) lần đầu trong 8

Adiazine 50 mg / kg

Malocide 0,5 mg / kg

Afolinique Corticoide

Phần 2 trong 4 tháng : Fansidar 1 viên cho 2 kg cân nặng.

(FANSIDAR = Pyrimethamine 25% +sulfadoxine 500mg, có thể thay thế Malocid - Adiazine nhưng rất đắt) làm khó kiểm soát tác dụng phụ.

Chữ ký	Người soạn thảo	Người kiểm tra	Người giám sát
Họ và tên	BS VÕ THỊ CHINH NGA	BS. VÕ THỊ CHINH NGA	BS. BÙI THỊ THU HU

333/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GLAUCOME BẨM SINH - TRẺ EM, THI

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GLAUCOME BẨM SINH

Biểu hiện : Trẻ sinh ra có mắt to ,trắng đục. Sợ sáng, chảy nước mắt.

Co quắp mi, đỏ mắt

I. CHẨN ĐOÁN:

- + Nhãn cầu to và đường kính giác mạc lớn (ở trẻ < 1 tuổi mà đường kính ngang GM>12mm)
- + Phù giác mạc. Cương tụ kết mạc.
- + Nhãn áp cao .
- + Lõm gai rộng.
- + Rạn màng Descenmet (Thường chạy ngang hoặc đồng tâm với rìa) Sẹo nhu mô giác mạc

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT :

1. Chứng to giác mạc bẩm sinh (Đường kính giác mạc to nhưng không phù và không lõm gai) Thường di truyền
2. Cận thị nặng :Nhãn cầu to, GM to, Đĩa thị lệch kèm liềm cận thị. Nhãn áp không cao.
3. Sang Chấn sản khoa : Có tiền căn giúp sanh, có chấn thương khi đỡ đẻ. Đường nút rạn giác mạc theo hướng áp không cao.
4. L loạn dưỡng nội mô di truyền bẩm sinh (Có phù giác mạc 2 mắt ngay sau sinh nhưng đường kính GM không cao)
5. Các bệnh rối loạn Mucopolysaccharidosis (Storage disease), Cystinosis, Tyrosinemia... Có giác mạc đục nhu

II. NGUYÊN NHÂN:

1. Glaucoma bẩm sinh nguyên phát.

2. Dị dạng phát triển ở bán phần trước: Tật không móng mắt, Hội chứng Axenfeld-Reiger , dị dạng Peter, hội ch
3. Hội chứng Lowe - hội chứng mắt-não -thận
4. Hội chứng u thần khinh da-ngoại bì. Sturge-Weber , Neurofibromatosis, Nevus of Ota
5. PHPV, ROP, lệch T3 , chấn thương- xuất huyết tiền phòng.

III. XÉT NGHIỆM :

Xét nghiệm tiền phẫu : CTM, TS, TC, Khám tiền mê.

1. Đo nhän áp . Đo đường kính giác mạc (có thể dưới gây mê.)
2. Soi góc tiền phòng cho trẻ có thể hợp tác.
3. Đo khúc xạ.
4. Dẫn đồng tử soi đáy mắt (có thể dưới gây mê.)
5. Siêu âm đo trực nhän cầu nếu cần.
6. Chụp đáy mắt, đo thị trường, đo HRT nếu cần và nếu trẻ hợp tác tốt.

IV. ĐIỀU TRỊ

A- GLAUCOMA BÂM SINH (1-3 tuổi- Infantile glaucoma) : Phẫu thuật càng sớm càng tốt.

Sau phẫu thuật làm hồ sơ theo dõi ngoại trú, theo dõi nhän áp , thị lực, tình trạng lõm gai, khúc xạ để có thể điều

B- GLAUCOMA Thiếu niên (3- 15 Tuổi - Juvenile glaucoma):

Điều trị nội :

Nhỏ tại chỗ : Coll. Timolol 0,25%, 0,5% x 2 lần/ ngày Coll . Betoptic 0,25% x 2 lần /ngày

Có thể phối hợp thêm Coll Trusof 2%, Azopt 1% x 3-4 lần / ngày. Coll Travatan 0,1% 1 lần / ngày vào buổi tối.

Thuốc toàn thân nếu nhỏ tại chỗ chưa đáp ứng :

Acatazolamide 10 -15 mg / kg (nếu nhän áp > 30mmHg)

Tái khám định kỳ theo dõi :

+ Nhän áp + Soi đáy mắt + Đo thị trường

Điều trị phẫu thuật khi điều trị nội thất bại.

V. KỸ THUẬT MÓ

Chọn 1 trong các kỹ thuật sau tùy nguyên nhân và mức độ của bệnh.

- a. Trabeculotomy (Tách bè cung mạc)
- b. Trabeculectomy
- c. Goniotomy (mổ bè cung mạc)
- d. trabeculotomy+ trabeculectomy
- e.Trabeculectomy+5FU hoặc Trabeculectomy+ áp Mitomycine trên vạt cung mạc 3 - 5 phút sau đó rửa với 50- 100ml Lactate Ringer liên tục, nhanh.
- f. Đặt Valve .

VI. HẬU PHẪU :

Tái khám 1 -3 tháng, sau đó tùy theo tiến triển của bệnh.

Lập hồ sơ theo dõi ngoại trú, tái khám tùy theo tiến triển của bệnh.

Đo thị lực kiểm tra.

Đo nhän áp.

Soi FO xác định tỉ lệ lõm gai.

Nếu cần có thể hẹn khám dưới gây mê Điều trị quang học : thử kính 1 tháng sau mổ.

Điều trị nhược thị : Che mắt tốt mỗi ngày 3-4 giờ /ngày.

Chữ ký	Người soạn thảo	Người kiểm tra	Người giám sát
Họ và tên	BS VÕ THỊ CHINH NGA	BS. VÕ THỊ CHINH NGA	BS. BÙI THỊ THU HU
Chức danh	BS Trưởng khoa	BS Trưởng khoa	TP. KHTH

334/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM TẮC LỆ ĐẠO BẤM SINH

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM TẮC LỆ ĐẠO

I. VIÊM NHÀY TÚI LỆ (Dacryocele)

Triệu chứng : Phù tím vùng túi lệ (, dưới dây chằng góc trong) ngay sau sinh hoặc dưới 1 tháng tuổi.

- ❖ Nguyên nhân : Do tắc nghẽn đường lệ mũi.
- Day ấn vùng túi lệ + chườm ấm trong 3 ngày + nhổ kháng sinh tại chỗ.
- Thông lệ đạo + ấn túi lệ làm thoát mủ, sau đó bơm rửa lệ đạo, tạo đường thoát tốt cho dịch nhầy.
- Kháng sinh toàn thân từ 5 đến 7 ngày.

II. VIÊM MỦ TÚI LỆ(Dacryocystitis)

1. Triệu chứng: vùng túi lệ đỏ ửng, căng bóng dạng áp xe Điều trị:

- Kháng sinh nhỏ + kháng sinh toàn thân:
- Dùng kim 1ml chọc hút mủ túi lệ qua da (cây khuẩn)
- Thông lệ đạo khi tình trạng viêm ổn định.

III. TẮC LỆ ĐẠO BẤM SINH

- ❖ Lâm sàng: Thường ở trẻ 1-3 tuần đến 8 tháng tuổi
 - Chảy nước mắt thường xuyên, chảy nước mắt trong đôi khi ấn có chất nhầy trong
 - Đọng nước mắt ở khe mi.
 - Giả viêm kết mạc, thường đỏ da bờ mi, trẻ dụi mắt.
- ❖ Nguyên nhân: Do tắc lệ đạo ở các vị trí, thường gặp ở valve Hasner và Russenmuller

❖ Điều trị

- Trước 3 tháng tuổi :
 - Day nắn túi lệ + lau mí với nước muối sinh lý.
 - Kháng sinh tại chỗ nếu kết mạc đỏ
- Sau 3 tháng tuổi
 - Bơm rửa lệ đạo + kháng sinh tại chỗ.
 - Thông lệ đạo.
 - i. Sau khi bơm rửa, day nắn vùng túi lệ + kháng sinh không hiệu quả
 - ii. Chỉ định thông lệ đạo từ tháng thứ 3-4 trở đi
 - iii. Bơm rửa lệ đạo sau lần thông này 2-3 lần, cách nhau 4-6 ngày
 - iv. Có thể thông lệ đạo lần 2, 3 mỗi lần cách nhau 1,2 tháng cho hiệu quả 90%. - Sau 1 tuổi nếu thông không có

b. CHỈ ĐỊNH ĐẶT ỐNG SILICONE

1. Thất bại sau 2- 3 lần thông lệ đạo ở bệnh nhi.
2. Tắc lệ đạo ở trẻ > 18 tháng tuổi.
3. Gặp nhiều điểm hẹp trong 1c thông lệ đạo
4. Tiền sử viêm túi lệ mủ và hiện có dịch tiết mủ
5. Test Fluorescein (-)

c. CHỈ ĐỊNH TIẾP KHẨU TÚI LỆ MŨI Ở TRẺ EM

1. Bệnh nhi trên 2 tuổi.
2. Thất bại sau thông lệ đạo hoặc đặt ống silicone.
3. Hẹp lỗ lệ hoặc hẹp lệ quản bẩm sinh.
4. Hẹp lệ quản.
5. Bệnh lý lệ đạo mắc phải như hội chứng Stevens- Johnson, chấn thương.

Chữ ký

Người soạn thảo

Người kiểm tra

Người giám sát

Họ và tên	BS VŨ THỊ CHINH NGA	BS. VŨ THỊ CHINH NGA	BS. BÙI THỊ THU HƯ
Chức danh	BS Trưởng khoa	BS Trưởng khoa	TP. KHTH

335/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG XUYÊN NHÃN CẦU

Phác đồ điều trị vết thương xuyên nhẫn cầu

I. Triệu chứng:

- a. Chủ quan: Thị lực giảm, mắt nhức.
- b. Khách quan:
 - vết thương rách giác mạc và/hoặc củng mạc.
 - Có hoặc không kẹt móng, phòi tổ chức nội nhẫn.
 - Tiền phòng xẹp hoặc có máu.
 - Nhẫn áp sờ tay mềm.
 - Kiểm tra thị lực.

II. Chẩn đoán phân biệt:

Chấn thương đụng dập nhẫn cầu

III. Nguyên nhân:

- Xung đột, tai nạn, thể thao.
- Vật gây thương tích: dao, kéo, kim, đạn, dây kẽm...

IV. Cận lâm sàng:

1. Xét nghiệm máu: TS - TC, ELISA.

2. X- Quang sọ não hốc mắt.

3. CT Scan nếu lâm sàng có dấu chứng nghi ngờ dị vật.

4. Siêu âm B kiểm tra bán phần sau (chỉ được thực hiện sau mổ khâu vết thương).

V. ĐIỀU TRỊ

1. Sơ cứu:

1. Rửa mắt nhẹ nhàng.

2. Nhỏ mắt:

- Thuốc nhỏ mắt kháng sinh (Ciplox, Tobrex.) x 6 lần / ngày.

- Thuốc nhỏ mắt Atropin 1% x 1 lần/ngày. Nếu vết thương giác mạc chu biên kẹt móng không nhỏ Atropin.

2. Điều trị nội khoa

a. Kháng sinh phô rộng:

- Nhóm Quinolone. 1v x 2 lần / ngày (u).

- Có thể phối hợp với Brulamycin 0,08g (TB) hoặc Cefotaxim (Claforan) hay Ceítriaxone (Beeceptron) (TB hay

b. Giảm đau: Paracetamol, Idarac, Alaxan.....

c. Chống phù nề, chống viêm:

- Steroid, Noflux hoặc - chymotrypsin

- Có thể sử dụng corticosteroid tiêm tĩnh mạch nếu thấy cần thiết.

d. Chú ý: tiêm SAT nếu chấn thương do kim loại dơ.

3. Phẫu thuật:

1. Khâu lại vết thương (cấp cứu) trong 24 giờ đầu.

a. Đối với vết rách giác mạc đơn thuần:

Khâu bằng chỉ nylon 10.0; chiều dài các nốt khâu phải đảm bảo % chiều dài giác mạc, không để dính mống và khâu giác mạc phải được vùi trong nhu mô.

* Trước 12 giờ kể từ khi bị chấn thương:

- Rửa sạch vết rách.
- Tách dính mống phòi kẹt, rửa sạch, thấm khô và đẩy mống vào tiền phòng.
- Khâu giác mạc và tái tạo tiền phòng.

* Sau 12 giờ kể từ khi bị chấn thương: cắt bỏ móng mắt phòi kẹt, mủn, rửa sạch; các bước tiến hành như trên.

b. Đồi với vết rách cung mạc:

- Khâu bằng chỉ Vicryl 6.0, 7.0 - 8.0 hay nylon 8.0.
- Mũi khâu phải chắc, độ sâu từ 3/4 đến 4/5 chiều dày cung mạc, không được để kẹt thẻ mi, hắc mạc.
- Nếu vết thương đã sau 12 h kể từ khi chấn thương thì nên cắt bỏ toàn bộ phần móng mắt kẹt phòi hoặc mủn ná

2. Tiêm kháng sinh và kháng viêm tại chỗ hoặc kháng sinh tiền phòng.

VI. Theo dõi:

- vết khâu giác mạc, cung mạc phải kín, phục hồi tối đa cấu trúc giải phẫu ban đầu.
- Tiền phòng tái tạo, sạch.

VII. Tài liệu tham khảo:

1. Ehlers, Justis P.; Shah, Chirag P. (2008) Wills Eye Manual, The Office and Emergency Room Diagnosis and 5th Edition. Copyright © Lippincott Williams & Wilkins.
2. Ferenc Kuhn. (2008). Ocular Traumatology. Springer-Verlag Berlin Heidelberg
3. Jack J Kanski (2003). Clinical ophthalmology, A systemic approach. Chapter 19: Trauma. 5th Edition. Butter
4. Marian S. Macsai. (2007). Ophthalmic Microsurgical Suturing Techniques. Springer-Verlag Berlin Heidelber
5. Peter s. Hersh, Bruce m. Zagelbaum, Kenneth r. Kenyon bradford j. Shingleton Chapter 39, Surgical Manager Tasman. Duane's Ophthalmology, 2006 Edition. Lippincott Williams & Wilkins Publishers, Hagerstown.

336/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM GIÁC MẶC DO HERPES SIMPLEX

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM GIÁC MẶC DO HERPES SIMPLEX

1. LÂM SÀNG

- Thường đỏ 1 mắt, chảy nước mắt, sợ sáng, giảm thị lực. đôi khi kèm ban đỏ, bọng nước ngoài da mi.
- Thường hay tái phát.

Khám :

- Hạch trước tai.
- Kết mạc cương tụ.

Viêm giác mạc : chấm nồng, vim gic mạc hình cnh cy. Lot gic mạc nồng, rộng hình bản đồ, bờ hơi nhô. Loét giã thê cى vim móng mắt...

2. CẬN LÂM SÀNG

- Soi tươi
- Cây, kháng sinh đồ đề phòng có bội nhiễm.

3. ĐIỀU TRỊ

- Các thuốc dùng tại mắt:

Viêm giác mạc nông:

- Pde Zovirax, Virupos 3% : tra 5 lần / ngày x 2 tuần
- Bóc nhẹ biểu mô nhiễm bệnh bằng tăm bông dưới sinh hiến vi.

Viêm giác mạc sâu:

- Pde Zovirax, Virupos 3% : tra 5 lần / ngày x 2 tuần

- Coll Atropin 0,5% dẫn đồng tử.
- Khi không có bệnh lý biểu mô giác mạc
- Các thuốc dùng toàn thân:
- Phòng ngừa tái phát: (trường hợp nặng có viêm móng mắt thẻ mi) Acyclovir 200mg x 5 lần /ngày.

Chữ ký	Người soạn thảo	Người kiểm tra	Người giám sát
Họ và tên	BS VÕ THỊ CHINH NGA	BS. VÕ THỊ CHINH NGA	BS. BÙI THỊ THU HU
Chức danh	BS Trưởng khoa	BS Trưởng khoa	TP. KHTH

337/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ĐÚT LỆ QUẢN TRÊN DUỐI

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ĐÚT LỆ QUẢN TRÊN DUỐI

I. Triệu chứng

(a) . Chủ quan:

- Chảy nước mắt sống sau chấn thương có/không rách mi mắt góc trong

(b) . Khách quan:

- Đứt lệ quản trên hoặc dưới trên sinh hiển vi.
- Borm rửa lẻ đạo thấy đứt lệ quản trên hoặc dưới, nước trào tại chỗ đứt.

II. Chẩn đoán phân biệt:

- Rách mi trên/dưới đơn thuần.

III. Nguyên nhân:

- Xung đột, tai nạn, thể thao, lao động, chó mèo cắn

IV. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm máu: CTM, TS - TC, Glycemie.

- Khám tiền mê.

V. Điều trị:

1. Chỉ định:

- Rách da mi trên, dưới kèm đứt lệ quản trên hoặc dưới.

- Ở mọi độ tuổi.

- Không có bệnh gì đặc biệt về nội khoa, tim phổi, thần kinh, tâm thần.

2. Chóng chỉ định:

- Rách mi mắt hốc mắt phức tạp, mắt chất nhiều, mắt hoặc nát hết vùng lè quản mi góc trong.

3. Vật liệu và phương pháp phẫu thuật:

a) . Vật liệu:

- Dây Silicon đường kính 0,6mm, dài 15mm hoặc ống S 1500.

- Cây nong lỗ lè, cây kim đuôi heo.

- Kính hiển vi phẫu thuật và bộ vi phẫu.

- Chỉ Vicryl (6.0, 7.0 hoặc 8.0), chỉ Nylon 6.0 hoặc Silk 7.0 khâu da.

- Thuốc tê Xylocain 2%.

b) . Phương pháp:

- Gây tê vùng lè quản - túi lè bằng Xylocain 2%.

- Nối lè quản + ống Silicon vòng: Xử dụng kim đuôi heo đưa ống Silicon vòng từ lè quản trên xuống lè quản dưới qua chổ đứt và nối 2 đầu ống Silicon lại, vùi chổ nối vào lè quản.

- Hoặc Nối lè quản + ống Silicon S 1500: tìm đầu gần và đầu xa của lè quản đứt. Đưa ống S 1500 từ điểm lè quan vào túi lè. Gài đầu ống ở điểm lè.

- Nối tận chổ lè quản đứt.

- Khâu llop cơ ngoài, llop da theo đúng vị trí cơ thê học.

4. Điều trị hậu phẫu:

(1) Tại mắt: Kháng sinh nhỏ.

(2) Toàn thân:

- Kháng sinh: 3 - 5 ngày

- Kháng viêm: 3 - 5 ngày (u).

- Giảm đau: 3 ngày (u).

VI. Theo dõi:

- Phục hồi đúng giải phẫu điểm lẻ, góc trong mi.

- Thời gian để ống: 6 tháng.

Chữ ký	Người soạn thảo	Người kiểm tra	Người giám sát
Họ và tên	BS VÕ T. CHINH NGA	BS. VÕ T. CHINH NGA	BS. BÙI T. THU HƯƠNG
Chức danh	BS Trưởng khoa	BS Trưởng khoa	TP. KHTH

338/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT TIỀN PHÒNG

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT TIỀN PHÒNG

I. Triệu chứng

1. Chủ quan:

- Thị lực giảm.

- Đau nhức.

2. Khách quan:

- Máu thường lỏng xuồng dưới, hình ảnh ngắn dịch. Có thể xuất huyết toàn tiền phòng.
- Nhãn áp có thể tăng hoặc giảm.
- Biến dạng đồng tử về hình dạng và kích thước, phản xạ chậm.

II. Chẩn đoán phân biệt:

Xuất huyết tiền phòng do các nguyên nhân khác: bệnh lý về máu, do glô-côm tân mạch...

III. Nguyên nhân: Chảy máu từ thể mi hay móng mắt do chấn thương đụng dập.

IV. Cận lâm sàng: sau.

V. Điều trị : Tuỳ theo mức độ xuất huyết và thị lực

Máu TP <1 mm, thị lực >7/10:

- Kiểm tra đáy mắt.
- Có thể điều trị ngoại trú: Transamin (u), prednisone (u), nhỏ corticosteroid, atropin. **Máu TP >1 mm:**

1.1.1. Nhỏ mắt:

- Thuốc nhỏ mắt kháng sinh, tra pomade KS nếu giác mạc bị tổn thương.
- Thuốc nhỏ mắt corticosteroid nếu giác mạc không bị tổn thương.
- Thuốc nhỏ mắt Atropin 1% 2 lần / ngày.

1.1.1.2. Thuốc uống:

- Giảm đau: Paracetamol, (nếu có đau nhức).
- Chống viêm: Medrol, Prednisone (nếu có dấu hiệu viêm móng mắt thể mi).
- Tan máu: Noflux hoặc alphachymotrypsin hoặc tam thát (u) (trường hợp máu đông tiền phòng và nội nhãn nhồi máu).
- Chống chảy máu tái phát: Transamin 500mg, 2v x 3 lần / ngày (u) x 5 ngày.
- Hạ áp: Acetazolamide (u) nếu có tăng áp. Kết hợp với kali (KCl)

1.1.1.3. Hướng dẫn bệnh nhân: uống nhiều nước, nằm nghỉ đầu cao tại giường, hạn chế sinh hoạt, băng mắt bị

VI. Theo dõi:

- Theo dõi thị lực, nhăn áp hàng ngày.
- Nếu máu rút, tiếp tục điều trị chờ máu tiêu hết.
- Nếu sau 5 - 7 ngày máu đặc không tiêu che diện đồng tử hoặc nhăn áp cao: Rửa máu tiền phòng

Chữ ký	Người soạn thảo	Người kiểm tra	Người giám sát
Họ và tên	BS VŨ THỊ CHINH NGA	BS. VŨ THỊ CHINH NGA	BS. BÙI THỊ THU HƯ
Chức danh	BS Trưởng khoa	BS Trưởng khoa	TP. KHTH

339/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM THẦN KINH THỊ

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM THẦN KINH THỊ

I. TRIỆU CHỨNG

❖ Chủ quan:

- Giảm thị lực từng giờ, ngày, tuần sau khởi phát.
- Thường 1 mắt, có thể 2 mắt.
- Đau nhức hốc mắt, đau nhức khi vận động nhãn cầu.
- Rối loạn sắc giác.

❖ Khách quan

- Dấu hiệu Uhthoff (giảm TL khi gắng sức, khi thân nhiệt tăng)
- Dấu Lermittet: khi gấp cổ BN cảm thấy như có luồng điện chạy dọc theo cột sống lan xuống tới chân.
- Có thể kèm các dấu hiệu thần kinh khu trú: mắt thăng bằng, run chi, yếu chi, khó tiêu.
- Đồng tử giãn, PXAS chậm hoặc mất, có tổn thương đồng tử hướng tâm
- Gai thị: Gai thị trong giới hạn bình thường nếu viêm TKT hậu cầu

Gai thị phù nề viêm gai

Dấu chứng cận lâm sàng:

- Điện thế gợi: thời gian tiềm phục kéo dài.
- Viêm TKT hậu cầu cần chụp MRI tìm dấu hiệu tăng kích thước và cản quang của TKT viêm. Dấu hiệu thoái hóa trong bệnh MS.
- Viêm gai cần chụp mạch huỳnh quang tìm dấu hiệu tăng quang gai thị lan tỏa

II. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Phù gai do thiếu máu đầu thần kinh thị trước

III. NGUYÊN NHÂN

- Tại chỗ và lân cận: viêm màng bồ đào, viêm trong hốc mắt, viêm xoang sàng trước hoặc sau cấp
- ♦ Siêu vi, ký sinh trùng, nhiễm trùng (lao, giang mai), sarcoidosis.
- ♦ Hội chứng bồ đào màng não: nhăn viêm giao cảm, Harada, Behcet.

- ◆ Bệnh xơ cứng rải rác:

IV. CẬN LÂM SÀNG

- Điện thế gọi: thời gian tiềm phục kéo dài.
- Viêm TKT hậu cầu cần chụp MRI tìm dấu hiệu tăng kích thước và cản quang của TKT viêm. Dấu hiệu thoái hóa trong bệnh MS.
- Viêm gai cần chụp mạch huỳnh quang tìm dấu hiệu tăng quang gai thị lan tỏa.
- Xét nghiệm máu: VS, NGFL, glycémie, VDRL, chức năng gan - thận
- X quang phổi
- Khám nội khoa
- Khám nội thần kinh nếu có triệu chứng thần kinh

V. ĐIỀU TRỊ

- Hướng đến viêm gai hoặc viêm TKT hậu cầu do siêu vi, do viêm xoang:
 - ◆ Solumedrol 0,250- 0.50g (tùy độ trầm trọng giảm thị lực) pha trong 50 ml NaCl 0.9% TTM chậm trong 5 ngày
 - ◆ Sử dụng thêm kháng sinh nếu có viêm xoang
 - Hướng đến viêm gai hoặc viêm TKT hậu cầu liên quan bệnh MS :
 - ◆ Liều tấn công 1gm Solumedrol pha trong 50ml NaCl 0,9% mỗi ngày trong 3 ngày.
 - ◆ Liều duy trì: prednisone uống 1mg/kg/ngày trong 11 ngày.
- VI. THEO DÕI :** diễn biến hồi phục thị lực, sắc giác, nhạy cảm tương phản

340/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ U GIẢ VIÊM HÓC MẮT

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ U GIẢ VIÊM HÓC MẮT

I. TRIỆU CHỨNG

- ❖ UGV trước: Viêm liên quan đến hốc mắt trước và nhãn cầu
- ❖ UGV tỏa lan: giống hình thái trên kèm thêm viêm cung mạc
- ❖ UGV định: có xu hướng dẫn đến bệnh lý thị thần kinh, trên CT cho thấy phản ứng viêm khu trú tại đỉnh hộp sọ Hunt
- ❖ UGV cơ: Phì đại cả bụng cơ và gân cơ, đau khi vận nhãn
- ❖ UGV tuyễn lệ

II. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- ❖ Sarcome hoặc Carcinome di căn
- ❖ Lymphoma hốc mắt
- ❖ Bệnh hốc mắt liên quan tuyến giáp
- ❖ U sán nhái hốc mắt
- ❖ Viêm tổ chức hốc mắt trước vách ngăn

Điều kiện chẩn đoán:

- ❖ Thăm khám lâm sàng không đủ chẩn đoán UGV
- ❖ Chẩn đoán chỉ có giá trị khi có 2 xét nghiệm hình ảnh: siêu âm và CT scan(hoặc MRI)

III. NGUYÊN NHÂN:

Không rõ

IV. CẬN LÂM SÀNG

Siêu âm và CT scan(hoặc MRI)

V. ĐIỀU TRỊ

Có 3 phương pháp chính

1. Corticoide liều cao

- ❖ Solumedrol 125mg tiêm TM chậm 8 giờ sáng trong vòng 5-7 ngày
- ❖ Sau đó chuyển sang uống Prednisolone 1mg/kg cân nặng. Cứ mỗi 7-10 ngày giảm 10% liều trước đó cho tới kéo dài trong 3-6 tháng

2. Xạ trị: đặt ra khi

- ❖ Viêm tái phát sau khi giảm liều corticoide
- ❖ Đáp ứng với liệu pháp corticoide không hoàn toàn

- ❖ Chống chỉ định hay BN từ chối dùng Corticoide

3.Thuốc úc chế miễn dịch :

Chỉ định khi không đáp ứng tốt với corticoosteroides hoặc chống chỉ định sử dụng thuốc này

Thứ tự sử dụng các thuốc UCMD như sau

AZATHIOPRINE

Chỉ định:

Sử dụng cho BN đã phát triển phản ứng phụ với Prednisone tới mức độ không thể chấp nhận mà không thể giảm không thỏa mãn.

Liều sử dụng:

Bắt đầu 50mg/ ngày và mỗi 3 ngày tăng thêm 50mg/ ngày để đạt tới tổng liều 150-200mg/ ngày **Theo dõi:**

Số lượng bач câu và chức năng của mỗi tuần 1 lần cho tháng đầu tiên, rồi thì mỗi tháng một lần trong

Khoảng 20 % bệnh nhân có phản ứng phụ nhưng hầu hết có thể xử lý mà không cần gián đoạn thuốc.

- ❖ Nếu rối loạn chức năng gan xảy ra, giảm liều và theo dõi chức năng gan mỗi tuần cho đến khi bình thường. Nâng thêm nữa hay ngưng thuốc. Ở đa số BN liều thuốc có thể được tăng lại 25- 50mg/ngày sau nhiều tuần mà không có tác dụng phụ.
 - ❖ Nếu bạch cầu giảm dưới 4×10^3 , giảm liều 50mg/ ngày mỗi tuần cho đến khi số đếm trở lại ổn định. Nếu số đếm vẫn không tăng sau 2-3 tuần, cần ngưng dùng cho đến khi số đếm tăng trở lại 4×10^3 liều thấp hơn liều trước khi số đếm giảm rồi tăng chậm dần lên. Khi số đếm đã ổn định, có thể tiếp tục điều trị với liều lượng ban đầu. Tuy nhiên, nếu số đếm không tăng dù áp dụng những biện pháp này → xem xét phương pháp điều trị thay thế.
 - ❖ Một vài bệnh nhân có phản ứng dị ứng toàn thân với thuốc này: mẩn đỏ và sốt ngưng dùng thuốc.

CY CLOSPORINE

Chỉ định:

BN tự miễn không thể dung nạp azathioprine hay không đáp ứng thỏa đáng với thuốc này.

Liều sử dụng:

3-5 mg/kg/ngày uống chia làm 2 liều cách 12 giờ

Theo dõi:

- ❖ Phần lớn BN phục hồi, khởi đầu của sự phục hồi trong vòng 1-2 tháng và tối đa trong 3-4 tháng
- ❖ Hiệu ứng chính của thuốc là độc thận, có thể giảm liều bằng cách theo dõi chặt chẽ lượng creatinine trong máu
- ❖ Mức độ của cyclosporine và creatinine trong máu được sử dụng để điều chỉnh liều thuốc về sau.
- ❖ Máu được lấy để thử phải lấy trước khi BN uống liều cyclosporine buổi sáng.
- ❖ Nồng độ trị liệu của thuốc này là 100-150 micro gr/l và hạ liều khi cần để giữ mức creatinine trong máu thấp

CYCLOPHOSPHAMIDE

Liều sử dụng:

- ❖ 3-5 mg/kg uống thỉnh thoảng có thể cho liều khởi đầu bằng đường TM với 200mg trong 5 ngày.
- ❖ Liều < 100mg/ ngày ít hiệu ứng phụ nhưng mất thời gian lâu hơn trước khi có sự phục hồi.

Theo dõi:

- ❖ Hầu hết BN rụng tóc
- ❖ Giảm thiểu lượng bạch cầu, nôn ói, kém ăn, và đổi màu da móng ít gấp hơn.
- ❖ Có nguy cơ nhiễm trùng.
- ❖ Nguy cơ lâu dài: sinh u ác tính và tiềm năng sinh quái thai.

VI. THEO DÕI:

Chặt chẽ phản ứng phụ của thuốc sử dụng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Flanders AE, Mafee MF, Rao VM, Choi KH. CT characteristics of orbital pseudotumors and other orbital infiltrative lesions. Radiology 1989;13:40-47.
2. Smith JL, Taxdal DS. Painful ophthalmoplegia. The Tolosa-Hunt syndrome. Am J Ophthalmol 1966;61:1466-1472.
3. Gerber DA, Bonham CA, Thomson AW. Immunosuppressive agents: recent developments in molecular actions. Proc Natl Acad Sci USA 1998;95:1573-1579.

4. Lane L, Tamesis R, Rodriguez A, et al. Systemic immunosuppressive therapy and the occurrence of malignant disease. Ophthalmology 1995;102:1530 -1535.

Chữ ký	Người soạn thảo	Người kiểm tra	Người kiểm tra
Họ và tên	BS. Ng.Tr. Thúy Hằng	BS. Ng.Tr. Thúy Hằng	BS Bùi Thị Thu Hương
Chức danh	Bs. Phó Trưởng Khoa	Bs. Phó Trưởng Khoa	Trưởng phòng KHTH

341/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ LÉ NGƯỜI LỚN

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ LÉ NGƯỜI

I. TRIỆU CHỨNG

♦♦♦ *Chủ quan*: song thị khi lé mới xuất hiện

♦♦♦ *Khách quan*: lác mắt

II. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Lé cơ nǎng : có đặc điểm sau

☆ Góc lé nguyên phát và thứ phát bằng nhau.

☆ Góc lé không đổi ở mọi hướng nhìn.

❖ Lé trong : lé luân phiên hay lé một mắt.

❖ Lé ngoài : lé luân phiên hay lé một mắt.

❖ Lé có yếu tố đứng : lé luân phiên hay lé một mắt.

Lé liệt : có đặc điểm sau

- ☆ Góc lé nguyên phát và thứ phát khác nhau , góc lé thứ phát lớn hơn nguyên phát
- ☆ Góc lé thay đổi theo hướng nhìn đặc biệt là về phía hoạt trường cơ liệt.

III. NGUYÊN NHÂN

- ❖ Bệnh lý thần kinh sọ não
- ❖ Bệnh lý nơi giao tiếp thần kinh cơ : bệnh nhược cơ.
- ❖ Bệnh lý tại cơ : xơ hóa mô cơ trong bệnh nhăn giáp , viêm cơ
- ❖ Bệnh lý hốc mắt : u bướu , gây thành hốc mắt gây kẹt cơ...

IV. CẬN LÂM SÀNG

MRI hoặc Ctscan tùy nguyên nhân gây lé

V. ĐIỀU TRỊ

Lé cơ nắng : phẫu thuật ngay nếu có yêu cầu thẩm mỹ với nhận thức : lé một mắt để tái phát , lé luân phiên có r

Nguyên tắc phẫu thuật :

- ❖ Luật Alvaro : khi can thiệp nhiều hơn 2 cơ chỉ cần tính toán khử 80 % độ lé.
- ❖ Lé $> 30^\circ$ phải can thiệp ít nhất trên 3 cơ.
- ❖ Không can thiệp quá 3 cơ trên cùng một mắt.

Lé liệt : chỉ định điều trị tùy cơ chế bệnh lý

- ❖ Bệnh lý thần kinh sọ : chỉ can thiệp phẫu thuật khi song thị dai dâng và độ lé ổn định trên 6 tháng
- ❖ Bệnh lý nơi giao tiếp thần kinh cơ : điều trị nội khoa \geq
- ❖ Bệnh lý tại cơ : phẫu thuật chỉnh lé với nốt chỉ có thể điều chỉnh
- ❖ Bệnh lý hốc mắt : lấy u , đendon xương chũn gãy (mổ sớm không để quá 2 tuần sau chấn thương)

VI. THEO DÕI:

Sự ổn định của độ lệ sau mô

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Carlson MR, Jampolsky A. An adjustable transposition procedure for abduction deficiencies. *Am J Ophthalmol* 1964; 67: 61-6.
- Knapp P. A and V patterns. In: Burian HM, ed. *Symposium on Strabismus*. St Louis: Mosby, 1971.
- Harada M, Ito Y. Surgical correction of cyclotropia. *Jpn J Ophthalmol* 1964; 88-96.
- Helveston EM. Surgery of the superior oblique muscle. In: Helveston EM, ed. *Symposium on Strabismus*. St Louis: Mosby, 1971.
- Wright KW. Adjustable suture technique. In: Wright KW, ed. *Colour Atlas of Ophthalmic Surgery*. Philadelphia: Lippincott, Raven, 1997.

Chữ ký	Người soạn thảo	Người kiểm tra	Người kiểm tra
Họ và tên	BS. Ng.Tr. Thúy Hằng	BS. Ng.Tr. Thúy Hằng	BS Bùi Thị Thu Hương
Chức danh	Bs. Phó Trưởng Khoa	Bs. Phó Trưởng Khoa	Trưởng phòng KHTH

342/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SỤP MÍ

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SỤP MÍ

I. TRIỆU CHỨNG

Thay đổi tùy theo loại sụp mí

II. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- SM bẩm sinh.
- SM do tuột chõ bám cân cơ hay SM tuổi già.
- SM do thâm kinh : liệt TK 3

4. SM dẫn truyền : bệnh nhược cơ.

III. NGUYÊN NHÂN

1. SM bẩm sinh : tiền căn sụp mí từ lúc mới sinh

2. SM do tuột chõ bám cân cơ : hậu quả của tuổi già , sau phẫu thuật gây mất kích thích nhiều , u giả viêm thoái

3. SM do liệt thần kinh 3 : thường có kết hợp liệt vận nhãn

4. SM dẫn truyền : độ sụp không ổn định trong ngày , sáng ít chiều nặng hơn . Nghiệm pháp nước đá (+) : áp l

IV. CẬN LÂM SÀNG: Xét nghiệm tiền phẫu

V. ĐIỀU TRỊ

Chỉ Định Điều Trị

1. SM bẩm sinh :

❖ Lực cơ còn tốt (> 8 mm) hay trung bình (4 - 7 mm) : cắt ngắn cơ nâng mi

❖ Lực cơ yếu (< 4 mm) : treo mí hay cắt ngắn cơ nâng mi nhiều (sau khi giải phóng cơ khỏi dây chằng ngang

2. SM do tuột chõ bám cân cơ : tạo chõ bám mới cho đầu cân cơ nâng mi vào sụn mí , có thể cắt ngắn bớt cơ nếu

3. SM do thần kinh : sụp mí tồn tại trên 6 tháng gây hạn chế thị lực → phẫu thuật treo mí

4. SM dẫn truyền :

❖ Điều trị nội khoa bằng thuốc MESTINON 60 mg (1v x 3 lần / ngày).

❖ Khi MESTINON không còn hiệu quả : Solumedrol TM 125 - 250 mg trong 5 - 7 ngày . BN bắt buộc phải nắp
Có thể kéo dài 9 -10 ngày cho đến khi đạt kết quả tối đa , sau đó chuyển sang chế độ uống prednison 1 mg/kg cá
10 % so với liều trước đó.

❖ Chỉ phẫu thuật treo mí khi thuốc không còn hiệu quả và độ sụp nặng gây trở ngại khi nhìn

❖ Không điều trị tại chuyên khoa mắt khi bệnh nhân có tiền sử khó thở hoặc yếu liệt cơ chi .

VI. THEO DÕI: Loét giác mạc do hở mí , tái sụp mí

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Malena M. Amato, Blythe Monheit and John W. Shore (2006) - Ptosis Surgery -vol 5 - Chapter 78/Duane
2. Forrest D. Ellis (2006) - Correction of Blepharoptosis in Children - Volum 6, chapter 104/Duan.
3. Trần Kế Tô (2007) - Sụp mi Bẩm Sinh / Nhãn Nhi - Nhãn khoa Lâm sàng, T456 - 459.
4. Lê Minh Thông (2003) - Sụp mi bẩm sinh - Các vấn đề điều trị phẫu thuật. Luận án tiến sĩ y học
5. TS. Lê Đỗ Thuỷ Lan (2008) - Dị tật bẩm sinh ở Mắt và các phương pháp điều trị - NXB Y Học

Chữ ký	Người soạn thảo	Người kiểm tra	Người kiểm tra
Họ và tên	BS. Nguyễn Thanh Nam	BS. Ng.Tr. Thúy Hằng	BS Bùi Thị Thu Hương
Chức danh	Bs. Phó Trưởng Khoa	Bs. Phó Trưởng Khoa	Trưởng phòng KHTH

343/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM TÚI LỆ KINH NIÊN

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM TÚI LỆ KINH NIÊN

I. TRIỆU CHỨNG

- ❖ **Chủ quan:** Chảy nước mắt sống thường xuyên
- ❖ **Khách quan**
- ❖ Án vùng túi lệ xì ra mủ trắng lợn cợn hoặc nước nhờn trong
- ❖ Bơm rửa túi lệ : mủ và nước trào qua điểm lệ đối diện

II. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- ❖ Tắc lệ quản trên / tắc lệ quản dưới
- ❖ Tắc toàn bộ / tắc từng phần

III. NGUYÊN NHÂN: Tắc ống lệ mũi do chấn thương, viêm nhiễm...

IV. CẬN LÂM SÀNG

Chụp Xquang có bơm thuốc cản quang nếu có điều kiện

V. ĐIỀU TRỊ

1. **Thông lệ đạo** : có mục đích điều trị cho trẻ con , không nhầm mục đích điều trị cho người lớn
2. **Đặt ống lưu lệ quản** : chỉ sử dụng khi BN bị bán tắc lệ ống mũi hoặc chỉ mới thông lệ đạo 1 lần và thông đ
3. **Cắt bỏ túi lệ** : BN già > 60 tuổi , sức khỏe có vấn đề , trải qua 1 lần rạch nhợt túi lệ
4. **Tiếp khâu túi lệ mũi:**
 - ❖ Phẫu thuật chọn lựa cho người trẻ , thậm chí đã trải qua rạch nhợt túi lệ 1 lần
 - ❖ Có thể mổ cho người lớn tuổi còn sức khỏe , có yêu cầu vì những nhu cầu riêng (nghề nghiệp , đọc sách ...)
5. **Tiếp khâu túi lệ mũi đặt ống lưu lệ quản** : Có chỉ định khi viêm túi lệ kinh niên sau chấn thương hoặc có bániêm mạc túi lệ hay mũi xấu (chai , mỏng manh dễ rách , thiếu niêm mạc .)

VI. THEO DÕI: tắc lệ đạo tái phát

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Minh Thông (2004) - Giải phẫu sinh lý mắt. Bài giảng lý thuyết mắt.
2. Lê Minh Thông (2004) - Bệnh học lị bộ. Bài giảng lý thuyết mắt.
3. Cat Nguyen Burkat, Robin R.Hodges (2006)- Physiology of the Lacrimal system. Chapter 2a Duane's Ophtha
4. Myron Tanenbaum, Clinton D.McCord JR (2006)- Lacrimal Drainage System. Chapter 13
5. Duane's Ophthalmology Jeffrey J.Hurwitz (2004) - The Lacrimal Drainage System. Chapter 98

Chữ ký	Người soạn thảo	Người kiểm tra	Người kiểm tra
Họ và tên	BS. Nguyễn Thanh Nam	BS. Ng.Tr. Thúy Hằng	BS Bùi Thị Thu Hương
Chức danh	Bs. Phó Trưởng Khoa	Bs. Phó Trưởng Khoa	Trưởng phòng KHTH

344/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ U TUYẾN LÊ

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ U TUYẾN LÊ

I. TRIỆU CHỨNG

- ♦ *Chủ quan*: chảy nước mắt sông
- ♦ *Khách quan*: lồi mắt lệch trực

II. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- ❖ *U giả viêm*: tiền sử viêm tái phát vùng tuyến lệ, hình ảnh mô viêm bao quanh tuyến lệ trên siêu âm, trên CT
- ❖ *U dạng Lymphoma*: Có hai hình ảnh đặc thù trên CT
 - o U dạng đúc khuôn ôm sát nhăn cầu và xương hốc mắt.
 - o Bờ u lạp với thành xương hốc mắt một góc thẳng.
- ❖ *U lành hổn hợp tuyến lệ*: Trên siêu âm và CT cho thấy u giới hạn rõ có bao.
- ❖ *Ung thư tuyến lệ*: U phát triển nhanh, đau nhức, hạn chế vận nhãn, hủy xương trên CT.

III. NGUYÊN NHÂN

- ♦ U giả viêm
- ♦ U dạng lymphome
- ♦ U biểu mô: U lành hổn hợp tuyến lệ, Ung thư tuyến lệ

IV. CẬN LÂM SÀNG

Chụp CTscan

V. ĐIỀU TRỊ

U giả viêm

Corticoide liều cao:

o Solumedrol 125mg tiêm TM chậm 8 giờ sáng trong vòng 5-7 ngày.

o Sau đó chuyển sang uống Prednisolone 1mg/kg cân nặng. Cứ mỗi 7-10 ngày giảm 10% liều trước đó cho tới khi kéo dài trong 1-2 tháng.

❖ **U dạng Lymphome:** Tùy kết quả sinh thiết để quyết định xạ trị hay hóa trị.

❖ **U lành hồn hợp tuyến lệ:** lấy trọn u bằng đường mổ thành ngoài hốc mắt.

❖ **Ung thư tuyến lệ:** Xác định chẩn đoán bằng sinh thiết để chuyển sang Bệnh viện Ung bướu thực hiện các bước

VI. THEO DÕI

Tái phát sau khi lấy u

TAI LIỆU THAM KHẢO

1. Linberg VG.: Diseases of the orbit. In Duane TD (ed): Clinical

Ophthalmology. Philadelphia, JB Lippincott, revised ed.1990.

2. Morax S.; Adenis J.P. : Pathologie orbitopalpebrale. Societe française d'ophtalmologie et Masson ; Paris M

Chữ ký	Người soạn thảo	Người kiểm tra	Người kiểm tra
Họ và tên	BS. Ng.Tr. Thúy Hằng	BS. Ng.Tr. Thúy Hằng	BS Bùi Thị Thu Hương
Chức danh	Bs. Phó Trưởng Khoa	Bs. Phó Trưởng Khoa	Trưởng phòng KHTH

345/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ MÍ MẮT

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ MẮT

I. TRIỆU CHỨNG

♦ *Ung thư tế bào đáy*: thường gặp nhất, xuất hiện dưới dạng thâm nhiễm cứng trên bề mặt với những đám sắc tố mà gần đây bỗng nhiên gây kích thích ngứa, dễ chảy máu khi sờ, phát triển chậm trong nhiều năm.

♦ *Ung thư tế bào vẩy*: Thường dạng bông cải dễ chảy máu, phát triển nhanh trong vài tháng.

♦ *Ung thư tế bào nhòn (tuyến Meibomius)* : thường có tiền sử trước đó mổ chắp lẹo nay tái phát dưới dạng u nhồi máu.

II. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

❖ Ung thư tế bào đáy

❖ Ung thư tế bào vẩy

❖ Ung thư tế bào nhòn

III. NGUYÊN NHÂN: chưa rõ

IV. CẬN LÂM SÀNG

Xét nghiệm thường qui trước mổ

V. ĐIỀU TRỊ

♦ U nhỏ: sinh thiết trọn, khâu nối tận tận.

❖ U ăn lan trong phạm vi mí mắt: Sinh thiết trọn kết hợp với tạo hình vạt sụn mí kết mạc từ mí đối diện. Tùy theo thể tích có thể kết hợp ghép sụn vành tai, niêm mạc hoặc da rời.

VI. THEO DÕI

Tái phát sau cắt u tạo hình

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Raskofsky SI: The adequacy of surgical excision of basal cell carcinoma. Ann Ophthalmol 5:596, 1973.
2. Blodi FC: Treatment of malignant lid tumors. JAMA 241:1396, 1979.

3. Weedon D, Wall D: Metastatic basal cell carcinoma. Med J Aust 2:177, 1975.
4. Doxanas MT, Green WR, Iliff CE: Factors in the successful management of basal cell carcinoma of the eyelid. Br J Plast Surg 37:15-19, 1984.
5. Shulman J: Treatment of malignant tumours of the eyelids by plastic surgery. Br J Plast Surg 15:37-{nd}47, 1962.

Chữ ký	Người soạn thảo	Người kiểm tra	Người kiểm tra
Họ và tên	BS. Ng.Tr. Thúy Hằng	BS. Ng.Tr. Thúy Hằng	BS Bùi Thị Thu Hương
Chức danh	Bs. Phó Trưởng Khoa	Bs. Phó Trưởng Khoa	Trưởng phòng KHTH

Phác Đồ Điều Trị Bệnh Răng Hàm Mặt - Bệnh Viện TP.HCM

346/PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VÀ PHẪU THUẬT THẨM MỸ TẠO HÌNH

347/CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ NHA CHU VIÊM TOÀN BỘ / KHU TRÚ

NHA CHU VIÊM TOÀN BỘ / KHU TRÚ / ÁP- XE NHA CHU

1. CHẨN ĐOÁN:

1.1. Triệu chứng:

- Vôi răng, vết dính.
- Chảy máu tự phát, nướu có thể sưng hay có mủ.

- Có thể có răng lung lay (1 răng hay nhiều răng).
- Túi nha chu sâu (>4mm).
- X quang có tiêu xương ít hoặc nhiều theo chiều ngang, dọc.
- Miệng hôi (có thể có).

1.2. Chẩn đoán xác định: Nha chu viêm khu trú/ toàn bộ/ áp-xe nha chu.

2. ĐIỀU TRỊ NHA CHU VIÊM TOÀN BỘ / KHU TRÚ / ÁP- XE NHA CHU:

2.1. Chỉ định:

- Phẫu thuật nha chu.

2.2. Phác đồ điều trị:

- Khám và làm bệnh án.
- Xét nghiệm máu: công thức máu, TS, TC (có thể có TQ, TCK, thủ đường huyết nếu cần) (tùy theo cơ địa bệnh nhân).
- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng.
- Cạo vôi răng.
- Gây tê tại chỗ bằng lidocain 2%.
- Nạo túi nha chu loại bỏ mô hạt viêm, xử lý mặt gốc răng.
- Tái tạo viền nướu (giảm độ sâu túi).
- Bom rửa với dung dịch nước muối sinh lý NaCl 9 %0.
- Đắp Spongel (nếu có chảy máu).
- Đắp gel Arthrodont hoặc khâu chỉ Silk 3.0/ 4.0 (nếu cần).
- Thời gian điều trị: 01 ngày.
- Tái khám sau 07 ngày.

1.1.2. Thuốc dùng trong điều trị : Tùy thực tế trên lâm sàng, có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.

- Kháng sinh:

- Cephalexin 500mg:

- ❖ Liều thường dùng cho người lớn: 1 viên X 3 lần/ ngày (uống).

- ❖ Dùng từ 5 - 7 ngày tùy từng trường hợp.

- Spiramycin 750.000 UI + Metronidazol 125 mg:

- ❖ Liều thường dùng cho người lớn: 2 viên X 3 lần/ ngày (uống).

- ❖ Dùng từ 5 - 7 ngày tùy từng trường hợp.

- Kháng viêm:

- Dexamethasone 0,5mg

- ❖ Liều thường dùng cho người lớn: 1 viên X 3 lần/ ngày (uống).

- ❖ Dùng từ 3-6 ngày tùy từng trường hợp nhiễm trùng nặng hay nhẹ.

- ❖ Chóng chỉ định: Loét dạ dày, tá tràng, cao huyết áp, bệnh tuyến giáp....

- Giảm đau:

- Paracetamol 500 mg (viên nén, viên sủi):

- ❖ Liều thường dùng cho người lớn: 1 viên X 3 lần/ ngày (uống).

- ❖ Dùng khoảng 3 ngày hoặc nhiều ngày hơn tùy từng trường hợp.

- Paracetamol 325mg + Ibuprofen 200mg:

- ❖ Liều thường dùng cho người lớn: 1 viên X 3 lần/ ngày (uống).

- ❖ Dùng khoảng 3 ngày hoặc nhiều ngày hơn tùy từng trường hợp.

- ❖ Chóng chỉ định: Loét dạ dày, tá tràng, hội chứng polyp mũi, tiền sử phù mạch...

- Kem đánh răng.

- Nước súc miệng.

348/ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ TRỤT NUÓU/ THIẾU HỒNG MÔ MÈM

TRỤT NUÓU/ THIẾU HỒNG MÔ MÈM

1. CHẨN ĐOÁN TRỤT NUÓU/ THIẾU HỒNG MÔ MÈM:

1.1. Triệu chứng:

- Nurou trụt > 2mm vùng cổ răng.
- Thiếu mô, lép niêm mạc vùng mất răng
- È buốt răng kéo dài.
- Mất thâm mỹ ở nurou.

1.2. Chẩn đoán xác định: Trụt nurou / thiếu hồng mô mềm.

2. ĐIỀU TRỊ TRỤT NUÓU/ THIẾU HỒNG MÔ MÈM:

2.1. Chỉ định:

- Phẫu thuật ghép mô liên kết (tự thân).

2.2. Phác đồ điều trị :

- Khám và làm bệnh án.
- Xét nghiệm máu: công thức máu, TS, TC (có thể có TQ, TCK, thử đường huyết nếu cần) (tùy theo cơ địa bệnh nhân)
- Chụp phim X-quang.
- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng.
- Cạo vôi răng.
- Gây tê tại chỗ vùng cho mô bằng Lidocain 2%.
- Cắt, tách mô liên kết bằng dao 15C, lấy mô liên kết.
- Khâu vùng cho bằng silk 3.0/ 4.0.

- Gây tê tại chỗ vùng nhện.
- Cắt tách vạt vùng nhện.
- Ghép mô liên kết.
- Khâu bằng chỉ tiêu 4.0 và Silk 4.0.
- Thời gian điều trị 01 ngày.
- Tái khám sau: 07 ngày.

1.1.3. Thuốc dùng trong điều trị: Tùy thực tế trên lâm sàng, có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.

- Kháng sinh:

• Cephalexin 500mg:

❖ Liều thường dùng cho người lớn: 1 viên X 3 lần/ ngày (uống). ❖ Dùng từ 5 - 7 ngày tùy từng trường hợp.

• Spiramycin 750.000 UI + Metronidazol 125mg:

❖ Liều thường dùng cho người lớn: 2 viên X 3 lần/ ngày (uống). ❖ Dùng từ 5 - 7 ngày tùy từng trường hợp.

- Kháng viêm:

• Dexamethasone 0,5mg:

❖ Liều thường dùng cho người lớn: 1 viên X 3 lần/ ngày (uống).

❖ Dùng khoảng 3-6 ngày tùy từng trường hợp nhiễm trùng nặng hay nhẹ.

❖ Chóng chỉ định: Loét dạ dày, tá tràng, cao huyết áp, bệnh tuyến giáp....

- Giảm đau:

• Paracetamol 500mg (viên nén, viên sủi):

❖ Liều thường dùng cho người lớn: 1 viên X 3 lần/ ngày (uống).

❖ Dùng khoảng 3 ngày hoặc nhiều ngày hơn tùy từng trường hợp.

• Paracetamol 325mg + Ibuprofen 200mg:

- ❖ Liều thường dùng cho người lớn: 1 viên X 3 lần/ ngày (uống).
 - ❖ Dùng khoảng 3 ngày hoặc nhiều ngày hơn tùy từng trường hợp.
 - ❖ Chóng chỉ định: Loét dạ dày, tá tràng, hội chứng polyp mủ, tiền sử phù mạch...
- Kem đánh răng.
- Nước súc miệng

349/ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ TÁI TẠO CÙI RĂNG

TÁI TẠO CÙI RĂNG

1. CHẨN ĐOÁN

- Mất nhiều mô răng do sâu răng hoặc chấn thương, thay đổi trực răng

2. CHỈ ĐỊNH

- Phục hồi phần mất chất của mô răng để tạo sự thoát cho cùi răng sau khi mài
- Phục hồi hoặc tăng cường sự vững chắc cho cùi răng đã bị mất chất một phần
- Tăng thêm chiều cao cho cùi răng để tạo sức giữ cho phục hình bên trên
- Phục hồi hoàn toàn cùi răng cho thân răng bị mất

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH TÁI TẠO CÙI RĂNG

- Răng có phần mất chất quá lớn mô chân răng còn lại mềm yếu
- Chân đã nội nha không tốt
- Mô nha chu không lành mạnh

4. PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ TÁI TẠO CÙI RĂNG

4.1. Tái tạo cùi răng bằng vật liệu trám:

- Nếu phần mất chất nhỏ và răng còn tuy sống:

Che tuy và sửa soạn ngầm lưu để giữ các vật liệu tái tạo. Có thể dùng thêm chốt ngà để bám giữ vật liệu tái tạo

- Nếu phần mất chất nhỏ ($<1/2$ thân răng) và răng đã điều trị tuy:

Sử dụng chốt chân răng có sẵn (chốt vặn, chốt carbon ...)

+ Lựa chọn kích thước, hình dạng loại chốt phù hợp với ống tuy và vật liệu tái tạo

+ Khoan ống mang chốt

+ Gắn chốt chân răng vào ống tuy

+ Trám tái tạo phần thân răng

4.2 Tái tạo cùi răng bằng vật liệu đúc:

- Phần mất chất nhiều hơn $1/2$ thân răng, răng đã điều trị tuy hoặc chuyển trực thân răng

+ Khoan ống mang chốt

+ Lấy dấu ống mang chốt + xác định tương quan cắn khớp + Thủ và gắn chốt

Phương pháp điều trị	Thuốc, nguyên vật liệu - hóa chất
1. Lấy dấu	1. Cao su hydrophylic vinyl polysiloxane (light, putty), Alginate, lentulo, chốt nh
2. Lắp chốt	2. Mũi kim cương, đá mài, cement (glass ionomer), giấy cắn, lentulo, ly, găng.

350/ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VIÊM NUÓU TRIỀN DƯƠNG

VIÊM NUÓU TRIỀN DƯƠNG

(Do cao răng có hoặc không có kết hợp bệnh lý toàn thân như tiểu đường, CHA, tim mạch, rối loạn nội tiết, thai

1. CHẨN ĐOÁN VIÊM NUÓU TRIỀN DƯƠNG:

1.1. Triệu chứng

- Chảy máu nướu tự phát hay khi có kích thích.
- Vôi răng nhiều.
- Nướu viêm triển duỗi tạo túi nướu giả 3 - 4 mm.

1.2. Chẩn đoán xác định: Viêm nướu triển duỗi.

2. ĐIỀU TRỊ VIÊM NƯỚU TRIỂN DUỖNG:

2.1. Chỉ định:

- Phẫu thuật tái tạo nướu.

2.2. Phác đồ điều trị:

- Khám và làm bệnh án.

- Xét nghiệm máu: công thức máu, TS, TC (có thể có TQ, TCK, thử đường huyết nếu cần) (tùy theo cơ địa bệnh

- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng.

- Cạo vôi răng.

- Gây tê tại chỗ bằng Lidocain 2%.

- Đo đáy túi nướu giả.

- Bấm điểm chảy máu.

- Tái tạo viền nướu (loại bỏ mô hạt viêm).

- Bom rửa với dung dịch NaCl 9 %0.

- Đắp bột bằng nha chu.

- Thời gian điều trị: 01 ngày.

- Tái khám sau 06 ngày.

1.1.1. Thuốc dùng trong điều trị: Tùy thực tế trên lâm sàng, có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.

- Kháng sinh:

- Cephalexin 500mg:

- ❖ Liều thường dùng cho người lớn: 1 viên X 3 lần/ ngày (uống).
- ❖ Dùng từ 5 - 7 ngày tùy từng trường hợp.
- ❖ Spiramycin 750.000 UI + Metronidazol 125mg:
 - ❖ Liều thường dùng cho người lớn: 2 viên X 3 lần/ ngày (uống).
 - ❖ Dùng từ 5 - 7 ngày tùy từng trường hợp.
- Kháng viêm:
 - Dexamethasone 0,5mg:
 - ❖ Liều thường dùng cho người lớn: 1 viên X 3 lần/ ngày (uống).
 - ❖ Dùng khoảng 3-6 ngày tùy từng trường hợp nhiễm trùng nặng hay nhẹ.
 - ❖ Chóng chỉ định: Loét dạ dày, tá tràng, cao huyết áp, bệnh tuyến giáp....
- Giảm đau:
 - Paracetamol 500 mg (viên nén, viên sủi):
 - ❖ Liều thường dùng cho người lớn: 1 viên X 3 lần/ ngày (uống).
 - ❖ Dùng khoảng 3 ngày hoặc nhiều ngày hơn tùy từng trường hợp.
 - Paracetamol 325mg + Ibuprofen 200mg:
 - ❖ Liều thường dùng cho người lớn: 1 viên X 3 lần/ ngày (uống).
 - ❖ Dùng khoảng 3 ngày hoặc nhiều ngày hơn tùy từng trường hợp.
 - ❖ Chóng chỉ định: Loét dạ dày, tá tràng, hội chứng polyp mũi, tiền sử phù mạch...
- Kem đánh răng.
- Nước súc miệng.

351/BẤM GAI XƯƠNG - ĐIỀU CHỈNH XƯƠNG Ồ

BẤM GAI XƯƠNG - ĐIỀU CHỈNH XƯƠNG Ồ

1. CHẨN ĐOÁN:

1.1. Chẩn đoán sơ bộ:

1.1.1. Lâm sàng:

- Bệnh nhân: Đau, khó chịu khi ăn, nói.
- Xương ồ răng, xương hàm có phần nhô cao, ám đau.
- Hô xương hàm vùng răng cửa hàm trên và hàm dưới (trong điều chỉnh xương ồ, phục hình thẩm mỹ).

1.1.2. Cận lâm sàng: X-Quang.

1.2. Chẩn đoán xác định:

- Gai xương vùng răng ...
- Hô xương hàm vùng răng ...

2. ĐIỀU TRỊ:

2.1. Chỉ định:

- Phẫu thuật bấm gai xương vùng răng ...
- Phẫu thuật điều chỉnh hô xương hàm vùng răng .

2.2. Chống chỉ định:

- Bệnh nhân tiểu đường, tim mạch, các bệnh lý về máu...(muốn phẫu thuật phải xin ý kiến Bác sĩ chuyên khoa).
- Trong giai đoạn điều trị ung thư (xạ trị).
- Phụ nữ có thai: 3 tháng đầu, 3 tháng cuối của thai kỳ.

2.3. Phác đồ điều trị:

2.3.1. Phương pháp điều trị:

- Khám và làm bệnh án.
- Xét nghiệm máu: công thức máu, TS, TC (có thể có TQ, TCK, thử đường huyết nếu cần) (tùy theo cơ địa bệnh nhân).
- Phẫu thuật được tiến hành các bước sau:
 - Gây mê tại chỗ vùng gai xương.
 - Rạch nướu dọc sống hàm vùng gai xương.
 - Bóc tách bộc lộ, bấm gai xương, dũa phẳng (có thể dùng mũi khoan: ngọn lửa, tròn...rà phẳng).
 - Nạo tủy chồi viêm (nếu có).
 - Rửa sạch bằng dung dịch nước muối sinh lý NaCl 0.9%.
 - Khâu cầm máu silk 3.0 (mũi rời hoặc khâu vát).
 - Cấn gạc cầm máu.

1.1.6. Thuốc dùng trong điều trị: Tùy thực tế trên lâm sàng, có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.

- KHÁNG SINH:

• Clindamycin (viên nang 150mg , 300mg):

o Đối với người lớn:

- ❖ 150 - 300 mg, uống mỗi 6 giờ 1 lần.
- ❖ Nhiễm khuẩn nặng: 450 mg, uống mỗi 6 giờ 1 lần. o Đối với trẻ em:
 - ❖ 3- 6 mg/kg thể trọng, uống mỗi 6 giờ 1 lần.
 - ❖ Trẻ em dưới 1 tuổi hoặc cân nặng dưới 10 kg: 3,75 mg, uống mỗi 8 giờ 1 lần.

o Dùng 5 đến 7 ngày tùy từng trường hợp.

• Hoặc Cephalexin (viên nang 250mg, 500mg):

o Đối với người lớn:

- ❖ Liều thường dùng: 250 - 500 mg, uống mỗi 6 giờ một lần.
- ❖ Liều có thể lên tới 4 g/ngày. Nhưng khi cần liều cao hơn, cần cân nhắc dùng một cephalosporin tiêm.

o Đối với trẻ em:

- ❖ 3 - 6 mg/kg thể trọng, uống mỗi 6 giờ 1 lần.
- ❖ Trẻ em dưới 1 tuổi hoặc cân nặng dưới 10 kg: 3,75 mg, uống mỗi 8 giờ 1 lần.
- ❖ Dùng 5 đến 7 ngày tùy từng trường hợp

• **Hoặc Ciprofloxacin (viên nang 200mg, 500mg):**

o Chỉ dùng cho người lớn: Liều thường dùng 500mg x 2 lần/ngày (uống).

o Dùng 5-7 ngày tùy từng trường hợp nhiễm trùng nặng nhẹ.

o Chống chỉ định: Quá mẫn cảm với Ciprofloxacin hay các loại Quinolone khác, trẻ em thiếu niên, phụ nữ có thai.

- KHÁNG VIÊM:

• **Dexamethasone (viên 0,5mg):**

o Người lớn: 1 viên x 3 lần/ngày (uống). o Dùng 3 -6 ngày tùy từng trường hợp.

o Chống chỉ định: Loét dạ dày, tá tràng, cao huyết áp, bệnh tủy giáp... thận trọng khi dùng đối với trẻ em.

• **Hoặc Tiaprofenic Acid (viên nén 100mg):**

o Người lớn:

- ❖ Liều tấn công: 2 viên X 3 lần/ngày (uống).
- ❖ Liều duy trì: Tính từ ngày thứ 4: 3 - 4 viên/ngày.

o Chỉ dùng cho trẻ em trên 3 tuổi: 10mg/ kg/ ngày, chia làm 3 - 4 lần uống.

o Nên uống thuốc vào bữa ăn, thời gian điều trị từ 5 - 10 ngày.

o Chóng chỉ định: Quá mẫn với Tiaprofenic Acid. Bệnh nhân lên cơn suyễn hoặc nỗi mề đay, loét dạ dày, tá tràng cuối.

- **GIẢM ĐAU:**

• **Paracetamol (viên nén, viên sủi 500mg):**

- o Đối với người lớn: 1 viên x 3 lần/ngày.
- o Đối với trẻ em: Liều dùng: 20 - 30 mg/kg/ngày.
- o Dùng khoảng 3 ngày hoặc nhiều ngày hơn tùy từng trường hợp.

• **Hoặc Ibuprofen 200mg + Paracetamol 325mg (viên nén):**

- o Người lớn và trẻ em trên 12 tuổi: Liều thường dùng 1 viên mỗi 6 giờ.
- o Chóng chỉ định: Hội chứng polyp mũi, tiền sử phù mạnh, loét dạ dày tá tràng.
- o Dùng 3-5 ngày tùy từng trường hợp.

2.3.2. Thời gian điều trị từ 1-2 tuần.

2.3.3. Theo dõi chế độ chăm sóc tái khám:

- Hướng dẫn bệnh nhân vệ sinh răng miệng sạch sẽ...
- Tái khám sau 3 ngày, 1 tuần, 2 tuần...

2.3.4. Biến chứng, cách xử trí:

- Chảy máu: tìm được nguyên nhân, xử lý tại chỗ chảy máu, khâu cầm máu.
- Sưng phù nề: hướng dẫn bệnh nhân đắp khăn lạnh trong 2 ngày đầu, sau đó đắp khăn ấm. Điều trị nội khoa tíc

352/ĐIỀU TRỊ RĂNG LỆCH LẠC ĐƠN GIẢN

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Chẩn đoán sơ bộ:

1.1.1. Khám lâm sàng:

Răng lệch lạc nhẹ, đơn giản, chỉ khu trú ở một số răng.

1.1.2. Khám cận lâm sàng: X Quang

- Không có sai lệch xương hàm.
- Răng lệch lạc.

1.2. Chẩn đoán: Răng lệch lạc đơn giản.

2. ĐIỀU TRỊ:

2.1. Chỉ định: Khí cụ tháo lắp đơn giản.

2.2. Chống chỉ định: Bệnh nhân không hợp tác.

2.3. Phương pháp điều trị:

- Chụp hình, lấy dấu, đồ mẫu hàm thạch cao trước điều trị
- Chuyển Labo thực hiện khí cụ bằng nhựa tự cứng.
- Lắp khí cụ trên miệng bệnh nhân.
- Điều chỉnh khí cụ định kỳ.
- Kết thúc điều trị, chụp hình, lấy dấu, chụp phim X-quang kiểm tra sau điều trị, gắn hàm duy trì (nếu cần)
- Tái khám

353/ KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH RĂNG

KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH RĂNG

1. CHẨN ĐOÁN:

1.1. Chẩn đoán sơ bộ:

1.1.1. Khám lâm sàng:

- Răng lệch lạc phức tạp.
- Khớp cắn hạng I, II hoặc III.

1.1.2. Khám cận lâm sàng: chụp phim X-Quang Vị trí răng lệch lạc.

1.2. Chẩn đoán:

- Sai hình dạng I, II hoặc III, răng lệch lạc.

2. ĐIỀU TRỊ:

2.1. Chỉ định: khí cụ cố định

2.2. Chóng chỉ định:

- Bệnh nhân không hợp tác.
- Bệnh nhân nha chu viêm tiến triển.

2.3. Phương pháp điều trị:

- Chụp hình, lấy dấu, đồ mẫu hàm thạch cao trước điều trị
- Gắn khâu/ mắc cài ống tube
- Chỉ định nhổ răng (nếu cần)
- Gắn mắc cài
- Điều chỉnh khí cụ định kỳ
- Kết thúc điều trị, chụp hình, lấy dấu, chụp phim X-quang kiểm tra sau điều trị, gắn hàm duy trì.
- Tái khám

354/ KHÍ CỤ FACEMASK (ĐIỀU TRỊ HẠNG III)

KHÍ CỤ FACEMASK (ĐIỀU TRỊ HẠNG III)

1. CHẨN ĐOÁN:

1.1. Chẩn đoán sơ bộ:

1.1.1. Khám lâm sàng:

- Cắn chéo răng cửa.
- Gương mặt cong phẳng/ cong lõm.

1.1.2. Khám cận lâm sàng: chụp phim X-Quang Xương hàm trên kém phát triển.

1.2. Chẩn đoán:

Sai hình dạng III - Xương hàm trên kém phát triển.

2. ĐIỀU TRỊ:

2.1. Chỉ định:

- Bệnh nhân đang tuổi tăng trưởng.
- Khí cụ Facemask.

2.2. Chống chỉ định:

- Bệnh nhân không hợp tác.
- Không đủ răng neo chặn.

2.3. Phương pháp điều trị:

- Chụp hình, thử khâu, lấy dấu, đỗ mẫu hàm thạch cao trước điều trị
- Chuyển Labo thực hiện khí cụ bô phận cung trong miệng.
- Lắp khí cụ trong miệng bệnh nhân và hướng dẫn đeo Facemask.

- Điều chỉnh khí cụ Facemask định kỳ

- Kết thúc điều trị, chụp hình, lấy dấu, chụp phim X-quang kiểm tra sau điều trị, gắn hàm duy trì (nếu cần)
- Tái khám

355/ KHÍ CỤ TWINBLOCK/ MONOBLOCK (ĐIỀU TRỊ HẠNG II)

KHÍ CỤ TWINBLOCK/ MONOBLOCK (ĐIỀU TRỊ HẠNG II)

1. CHẨN ĐOÁN:

1.1. Chẩn đoán sơ bộ:

1.1.1. Khám lâm sàng:

- Độ cắn chìa tăng.
- Khớp cắn hạng II.

1.1.2. Khám cận lâm sàng: chụp phim X-Quang Sai lệch xương nền hàm trên và hàm dưới.

1.2. Chẩn đoán:

- Sai hình dạng II do hàm dưới kém phát triển.

2. ĐIỀU TRỊ:

2.1. Chỉ định:

- Bệnh nhân đang tuổi tăng trưởng.
- Khí cụ Twinblock/ Monoblock

2.2. Chống chỉ định:

- Bệnh nhân không hợp tác.

3. Phương pháp điều trị:

- Chụp hình, lấy máu, đồ mẫu hàm thạch cao trước điều trị
- Lấy dấu cắn và chuyển Labo thực hiện khí cụ.
- Lắp khí cụ trên miệng bệnh nhân.
- Điều chỉnh khí cụ định kỳ
- Kết thúc điều trị, chụp hình, lấy máu, chụp phim X-quang kiểm tra sau điều trị
- Tái khám

356/ NHÂN MÍ MẮT - TẠO MẮT 2 MÍ

NHÂN MÍ MẮT - TẠO MẮT 2 MÍ

1. MỤC ĐÍCH NHÂN MÍ MẮT - TẠO MẮT 2 MÍ:

- Tạo mắt 2 mí không cần phẫu thuật ở những người trẻ (< 30 tuổi) mắt 1 mí hoặc mí lót.
- Điều kiện: mắt hơi to và không có mờ thura, da dư.

2. PHƯƠNG PHÁP NHÂN MÍ MẮT - TẠO MẮT 2 MÍ:

- Buộc chỉ để tạo mắt 2 mí lún tự nhiên.
- Ưu điểm:
 - Sau nhân mí mắt không sưng nhiều, chỉ hơi sưng nhẹ như mới khóc.
 - Mắt đẹp tự nhiên trong vòng một tuần.

3. SAU NHÂN MÍ:

- Có thể về nhà ngay, không cần nằm lại, vẫn sinh hoạt và làm việc bình thường.
- Tái khám sau 1 tuần.
- Lưu ý: chỉ giữ mí mắt được trong vòng từ 6 tháng đến 3 năm.

357/ PHÁC ĐỒ CẤP CỨU CHÂN THƯƠNG VÙNG MẶT - MIỆNG

PHÁC ĐỒ CẤP CỨU CHÂN THƯƠNG VÙNG MẶT - MIỆNG - H

1. CẤP CỨU CHÁY MÁU:

1.1. Nhẹ:

- Băng ép.
- Cầm máu tại chỗ.
- Khâu vết thương.

1.2. Nặng:

- Chèn mèche trong miệng cắn chặt.
- Nhét mèche chặt vào vết thương, băng ép.
- Xử trí tại phòng mổ nếu chảy máu nhiều không cầm máu tại chỗ được.
- Buộc động mạch cảnh ngoài và xử trí tại chỗ.

2. CẤP CỨU NGẠT THỞ:

- Thở Oxygen.
- Kiểm tra, hút hết đàm nhót, cục máu trong miệng.
- Cho nằm nghiêng hoặc cao đầu.
- Nếu có dấu hiệu khó thở thanh quản cấp 3: mở khí quản hoặc đặt nội khí quản.

3. CẤP CỨU GÃY XƯƠNG HÀM:

- Nếu trong miệng còn chảy máu: cho cắn gạc sau đó mới khám kỹ.
- Nếu gãy răng: lấy bỏ răng gãy.

- Nếu gãy hàm: cố định các răng bằng nẹp và dây kẽm.
- Băng cố định cầm đầu.
- Nếu rách phần mềm ít có thể sát trùng, gây tê cắt lọc khâu phục hồi vết thương, vết thương lớn làm tại phòng mổ.
- Nếu huyết áp tối đa < 90 mmHg, bệnh nhân chưa ổn định toàn thân thì hồi sức, truyền dịch, truyền máu nếu cần ổn định mói xử trí tại phòng mổ.
- Nếu có dấu hiệu chấn thương sọ não thì chuyển viện.

358/ PHÁC ĐỒ GÂY MÊ BỆNH NHÂN CHẨN THƯƠNG HÀM MẶT

PHÁC ĐỒ GÂY MÊ BỆNH NHÂN CHẨN THƯƠNG HÀM MẶT

1. MONITORING:

- Phải theo dõi 5 - 6 thông số sau đây: SpO2, Pulse, BP, T, CO2, ECG
- Trong trường hợp nồng độ huyết áp không ổn định phải đặt arteryline theo dõi IBP.

2. TIỀN MÊ:

- Fentanyl citrate 50 microgram/ml (Fentanyl): 1 - 2 microgram /kg.
- Midazolam hydrochloride 5mg/ml (Midazolam): 0.05 - 0.1 mg/kg.

3. GÂY MÊ:

- Dẫn đầu: propofol 2mg/kg (người lớn) 2.5-3mg/kg (Trẻ em >3 tuổi).
- Rocuronium (Esmeron) 0.5-0.6mg /kg hoặc Succinylcholine (Suxamethonium): 1-2 mg/kg.
- Đặt nội khí quản đường mũi hoặc miệng.
- Duy trì:
 - Isoforane 2-3% - Isoflurane.

- Sevorane 3% - Sevoíluran.
- Morphine hydrochloride 10mg/ml: \wedge -1 óng.
- Fentanyl 2-3 microgram/kg.
- Labetalol hydrochloride 100mg/20ml: 20-30mg nếu cần khi huyết áp cao.

4. KHÁNG SINH, GIẢM ĐAU, KHÁNG VIÊM:

- Cefazolin natri (cefazolin) hoặc cefotaxim natri (cefotaxim): 1-2 g IV.
- Metronidazole 0,5g/100ml: IV.
- Clindamycin 600mg / 4ml (Dalacin C): IV.
- Methylprednisolon 40mg (Solumedrone): 1-2 óng.
- Tenoxicam 20mg, IV tiêm 15' trước khi kết thúc cuộc mổ.

5. GIẢI GIÃN CO:

Khi cuộc mổ ngắn hơn dự kiến hoặc thuốc chưa thanh thải hết

Prostigmine: liều 0.07mg/kg (neostigmine 0,5 mg/ml) pha chung với atropine sulfat 0,025mg/ml: liều 0,04mg/kg IV chậm.

359/ PHÁC ĐỒ GÂY MÊ BỆNH NHÂN TẠO HÌNH

PHÁC ĐỒ GÂY MÊ BỆNH NHÂN TẠO HÌNH

1. MONITORING:

- Phải theo dõi 5 - 6 thông số sau đây: SpO₂, Pulse, BP, T, CO₂, ECG.
- Đặt IV với kim 24G -22G.

2. TIỀN MÊ:

- Fentanyl citrate 50mg/ml: 1 - 2 microgram /kg.
- Midazolam hydrochloride 5mg/ml: 0.05 - 0.1 mg/kg.

3. GÂY MÊ:

- Dẫn đầu: propofol 2mg/kg (người lớn).
- Trẻ nhỏ dẫn đầu bằng sevorane (sevoflurane): 8%.
- Rocuronium 10mg/ml (Esmeron): 0.5mg /kg hoặc Succinylcholine (Suxamethonium chloride): 1-2 mg/kg.
- Đặt nội khí quản đường mũi hoặc miệng.

- Duy trì:

- Isoforane (Isoflurane): 2-3%.
- Sevorane (Sevoflurane): 3%.
- Hoặc TIVA với liều Propofol 100-150 microgram/kg/phút.
- Fentanyl 2 microgram/kg (tổng liều không quá 2 microgram /kg).

4. KHÁNG SINH, KHÁNG VIÊM PHÒNG NGỪA:

- Cefazoline 25mg/kg.
- Solu-medrole 40mg/ml (Methylprednisolone): 1-2 ống

5. KHÁNG SINH DỰ PHÒNG

Tiêm Cefazoline liều 1 gram trước khi phẫu thuật 30 phút - 1 giờ. Nếu phẫu thuật kéo dài trên 4 giờ thì tiêm nhả phẫu thuật tiêm liều 0,5-1 gram từ 6-8h/lần trong 24 giờ đầu hoặc trong 5 ngày.

6. CÀM MÁU:

- Carbazochrom 25mg (Adona):1-2 ống.

360/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHO RĂNG SỮA - RĂNG SÂU NGÀ

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHO RĂNG SỮA - RĂNG SÂU NGÀ

1. CHẨN ĐOÁN:

1.1. Lâm sàng:

- Bệnh nhân có cảm giác bị đau nhiều khi ăn lạnh, chua ngọt, đau khi bị kích thích.
- Bệnh nhân đau khi ăn nhai do thức ăn nhồi nhét vào lỗ sâu.
- Khám trên lâm sàng có lỗ sâu tiến triển vào ngà.

1.2. Cận lâm sàng (nếu có):

Phim X-quang: Có thấu quang.

1.3. Chẩn đoán xác định: Sâu ngà

2. ĐIỀU TRỊ:

- Tạo xoang : dùng cây nạo ngà hoặc mũi khoan làm sạch xoang trám.
- Trám: băng vật liệu trám kết thúc.

361/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHO RĂNG SỮA - VIÊM TỦY

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHO RĂNG SỮA - VIÊM TỦY

1. CHẨN ĐOÁN:

1.1. Lâm sàng:

- Đau khi có kích thích: nóng, lạnh, chua, ngọt, khi ăn nhai... hết kích thích hết đau.

- Đau tự phát, từng cơn, theo mạch đập, không ngủ được, cơn đau có thể kéo dài vài phút đến vài giờ.
- Một số trường hợp đau dữ dội, khuếch tán cơn đau lan tỏa nửa mặt hoặc nửa đầu giống như cơn đau thần kinh.
- Gõ ngang đau, gõ dọc không đau (đau nếu có tổn thương màng nha chu).
- Khám lâm sàng lỗ sâu lớn sát tuy, làm sạch xoang có thể thấy điểm ánh hồng tương ứng vị trí buồng tuy, hoặc tuy lộ khi lấy hết thức ăn (đôi khi triệu chứng lâm sàng rất điển hình của viêm tuy cấp không cần gõ).

1.2. Cận lâm sàng: Phim X-quang :

- Độ lan rộng của tổn thương mô răng (độ thấu quang) tới tuy hoặc gần sát sừng tuy.
- Dây chằng nha chu dãn rộng hoặc bình thường.
- Chưa thấy tổn thương quanh chóp.
- Có điều trị lấy tuy buồng trước đó.
- Răng có miếng trám lớn sát tuy sâu tái phát.

1.3. Chẩn đoán xác định: Viêm tuy

2. ĐIỀU TRỊ:

2.1. Chỉ định:

- Tùy theo tổn thương trên lâm sàng và phim X-quang.
- Che tuy trực tiếp hoặc gián tiếp bằng Hydroxit Canxi- Ca (OH)2.

- Điều trị tuy:

Lấy tuy buồng hoặc toàn phần tuy trường hợp tổn thương trên lâm sàng.

2.2. Chống chỉ định tương đối:

- Bệnh nhân có tiền sử dị ứng thuốc, các bệnh tim mạch, bệnh về máu,... (cho trẻ khám chuyên khoa và có ý kiến các thuốc trẻ có thể dùng được trong thời gian điều trị).

2.3. Điều trị:

- Phương pháp điều trị:
 - Tùy theo tổn thương trên lâm sàng và phim X-quang:

- Che tuy trực tiếp hoặc gián tiếp bằng Hydroxit Canxi - Ca(OH)2.
- Điều trị nội nha: Lấy tuy buồng hoặc tuy toàn phần tùy trường hợp tồn thương trên lâm sàng.
- Thuốc sử dụng: Tùy thực tế trên lâm sàng, có thể cho thuốc điều trị cho phù hợp.
- Kháng sinh:
 - ❖ Amoxicilline 250mg (viên nang, gói), 500mg (viên nang):
 - ◆ Trẻ em trên 12 tuổi: Dùng liều người lớn: 500mg, cách 8 giờ 1 lần.
 - ◆ Trẻ em đến 10 tuổi: 125-250mg, cách 8 giờ 1 lần.
 - ◆ Trẻ dưới 20 kg thường dùng liều 20 - 40mg/ kg thể trọng/ ngày.
 - ❖ Metronidazole 250mg:
 - ◆ Liều thường dùng cho trẻ em: 20 - 30 mg/kg/ngày, chia làm 4 lần uống.
- Kháng viêm:
 - ❖ Lysozym 90mg:
 - ◆ Trẻ em trên 30 tháng tuổi: 4,5mg/kg/ngày, chia 3 lần uống.
 - ❖ Dexamethazone 0,5mg:
 - ◆ Liều thường dùng cho trẻ em: 0,024 - 0,34 mg/kg/ngày chia làm 4 liều.
 - ❖ Prednisone 5mg:
 - ◆ Liều thường dùng cho trẻ em: 0,14 - 2mg/kg/ngày chia làm 4 lần uống.
- Giảm đau:
 - ❖ Paracetemol 500mg (viên nén), 325mg (viên nén), 250mg (gói), 150mg (gói), 80mg (gói):
 - ◆ Trẻ em trên 12 tuổi: dùng theo liều người lớn: 500mg, 4-6 giờ một lần uống.
 - ◆ Trẻ em 10 - 11 tuổi: 480mg, mỗi 4-6 giờ một lần uống.
 - ◆ Trẻ em 9 - 10 tuổi: 400mg, mỗi 4 - 6 giờ một lần uống.

- ♦ Trẻ em 6 - 8 tuổi: 320mg, mỗi 4 - 6 giờ một lần uống.
- ♦ Trẻ em 4 - 5 tuổi: 240mg, mỗi 4 - 6 giờ một lần uống.
- ♦ Trẻ em 2-3 tuổi: 160mg, mỗi 4 - 6 giờ một lần uống.
- ♦ Trẻ em 1 - 2 tuổi: 120mg, mỗi 4 - 6 giờ một lần uống.
- ♦ Thời gian dùng thuốc từ 5 - 7 ngày.

- Thời gian điều trị:

Tùy tổn thương trên lâm sàng, bác sĩ trực tiếp điều trị sẽ hẹn bệnh hai hoặc ba, bốn lần...

- Theo dõi, chế độ chăm sóc, tái khám: Hướng dẫn vệ sinh răng miệng cho trẻ, cách cho trẻ ăn uống trong thời g

362/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHO RĂNG SỮA HOẠI TỬ TỦY

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHO RĂNG SỮA HOẠI TỬ TỦY

1. CHẨN ĐOÁN RĂNG SỮA HOẠI TỬ TỦY:

1.1. Lâm sàng:

- Đau hoặc không đau, răng đổi màu (so sánh với màu răng bên cạnh hoặc gần đó bình thường). Mô mềm xung lỗ dò ở mô mềm vùng chân răng). Tổn thương có thể lộ lõi tủy hay không, có lỗ sâu trên răng.

- Răng lung lay, gõ đau hoặc không đau (gõ bằng cán gương với lực nhẹ).

1.2. Cận lâm sàng (nếu có):

Phim X-quang: có thấu quang quanh chóp răng, dây chằng nha chu dãn rộng, có thể có tiêu xương chân răng.

1.3. Chẩn đoán xác định: Hoại tử tủy.

2. ĐIỀU TRỊ RĂNG SỮA HOẠI TỬ TỦY:

2.1. Chỉ định: Lấy tủy chân răng hoặc nhổ nếu nhiễm trùng nhiều, răng lung lay không giữ được.

2.2. Chống chỉ định tương đối:

- Bệnh nhân có tiền sử dị ứng thuốc tê, các bệnh tim mạch, bệnh về máu,... (cho trẻ khám chuyên khoa và có ý kiến của các chuyên gia trước khi dùng).

2.3. Điều trị:

- Phương pháp điều trị:

- Lấy túy toàn phần hoặc nhổ nếu nhiễm trùng nhiều, răng lung lay không giữ được.
- Gây tê tại chỗ, mở túy, lấy túy, sửa soạn ống túy (SSOT), bơm rửa bằng dung dịch Dakin 1,5% hay nước muối kết thúc bằng GIC hay composite.

- Thuốc : Tùy thực tế trên lâm sàng, có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.

• Kháng sinh:

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

- ◆ Trẻ em trên 12 tuổi: Dùng liều người lớn: 500 mg, cách 8 giờ 1 lần.
- ◆ Trẻ em đến 10 tuổi: 125-250 mg, cách 8 giờ 1 lần.
- ◆ Trẻ dưới 20 kg thường dùng liều 20 - 40 mg/ kg thể trọng/ngày.

❖ Metronidazole 250mg:

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

• Kháng viêm:

❖ Lysozym 90mg:

- ◆ Trẻ em trên 30 tháng tuổi: 4,5 mg/kg/ngày, chia 3 lần uống.

❖ Dexamethazone 0,5mg:

- ◆ Liều thường dùng cho trẻ em: 0,024 - 0,34mg/kg/ngày

chia làm 4 liều. ❖ Prednisone 5mg:

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

• Giảm đau:

❖ Paracetemol 500mg, 325mg, 250mg (gói), 125mg (gói):

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

◆ Trẻ em 10 - 11 tuổi: 480 mg, mỗi 4-6 giờ một lần uống.

◆ Trẻ em 9 - 10 tuổi: 400 mg, mỗi 4 - 6 giờ một lần uống.

◆ Trẻ em 6 - 8 tuổi: 320 mg, mỗi 4 - 6 giờ một lần uống.

◆ Trẻ em 4 - 5 tuổi: 240 mg, mỗi 4 - 6 giờ một lần uống.

◆ Trẻ em 2-3 tuổi: 160 mg, mỗi 4 - 6 giờ một lần uống.

◆ Trẻ em 1 - 2 tuổi: 120 mg, mỗi 4 - 6 giờ một lần uống.

❖ Thời gian dùng thuốc từ 5 - 7 ngày.

- Thời gian điều trị:

Tùy tồn thương trên lâm sàng, bác sĩ trực tiếp điều trị sẽ hẹn bệnh hai hoặc ba, bốn lần...

- Theo dõi, chế độ chăm sóc, tái khám:

Hướng dẫn vệ sinh răng miệng cho trẻ, cách cho trẻ ăn uống trong thời gian điều trị.

363/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHO RĂNG SỮA SÂU MEN (K0.20)

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHO RĂNG SỮA SÂU MEN (K0.20)

1. CHẨN ĐOÁN:

1.1. Lâm sàng:

- Bệnh nhân không có cảm giác đau.

- Khám lâm sàng: men răng có vết màu trắng đục, thám châm chạm vào sẽ bị mắc lại hoặc hơi ê nhẹ.

1.2. Cận lâm sàng (nếu có):

Phim X-quang : Ít có giá trị chẩn đoán.

1.3. Chẩn đoán xác định: Sâu men.

2. ĐIỀU TRỊ:

- Đánh bóng cho nhẵn.
- Áp gel Fluor trên răng có thể giúp phục hồi men và làm biến mất vết trăng đục.
- Nếu có lỗ sâu thực sự thì tạo xoang trám, trám bằng vật liệu trám kết thúc.

364/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHÂN THƯƠNG VÙNG HÀM MẶT

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHÂN THƯƠNG VÙNG HÀM MẶT

1. CHÂN THƯƠNG PHẦN MỀM:

1.1. Chẩn đoán:

- Dựa trên các hình thái của vết thương:
 - vết thương đụng đập (có hoặc không có tụ máu).
 - Vết thương xâm sát.
 - Vết thương xuyên.
 - Vết thương thiếu hồng.

1.2. Phác đồ điều trị:

- Tùy mức độ vết thương cho nhập viện hay ngoại trú:
 - Làm sạch vết thương. Cắt lọc vết thương.
 - Cầm máu.

- Tách bóc.
- Khâu đóng vết thương (dẫn lưu nếu cần).
- Băng ép.
- Chích SAT.
- Nội khoa: Tùy thực tế trên lâm sàng, có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.
- Kháng sinh:
 - ❖ Amoxicillin:
 - ♦ Liều thường dùng cho người lớn: 500mg/ mỗi 8 giờ 1 lần (uống).
 - ♦ Trẻ em trên 12 tuổi: Dùng liều người lớn: 500mg/mỗi 8 giờ 1 lần (uống).
 - ♦ Trẻ em đến 10 tuổi: 125-250mg / mỗi 8 giờ 1 lần (uống).
 - ♦ Trẻ dưới 20kg thường dùng liều 20 - 40mg/ kg thể trọng/ ngày, chia làm 3 lần (uống).
 - ❖ Cephalexin:
 - ♦ Liều thường dùng cho người lớn: 500mg / mỗi 6 giờ 1 lần uống).
 - ♦ Trẻ em: Liều thường dùng 25 - 60mg/ kg thể trọng/ 24 giờ, chia thành 2 - 3 lần uống.
 - ❖ Clindamycin:
 - ♦ Liều thường dùng cho người lớn: 150 - 300mg, uống mỗi 6 giờ 1 lần.
 - ♦ Nhiễm khuẩn nặng: 450mg, uống mỗi 6 giờ 1 lần.
 - ♦ Đối với trẻ em:
 - + 3 - 6 mg/kg thể trọng, uống mỗi 6 giờ 1 lần.
 - + Trẻ em dưới 1 tuổi hoặc cân nặng dưới 10 kg: 3,75 mg, uống mỗi 8 giờ 1 lần. ❖ Erythromycine:
 - ♦ Liều thường dùng cho người lớn: 1 - 2g/ngày chia làm 2 - 4 lần uống. Khi nhiễm khuẩn nặng có thể tăng đến 4g/ngày.
 - ♦ Liều thường dùng cho trẻ em: 30 - 50mg/ kg thể trọng/ngày chia làm 2 - 4 lần uống. Trong trường hợp nhiễm

- ◆ Trẻ em từ 2 - 8 tuổi: Dùng liều 1g/ngày chia làm 2 - 4 lần uống.
- ◆ Trẻ em dưới 2 tuổi: Dùng liều 500mg/ngày, chia làm 2 - 4 lần uống.
- ❖ Cefotaxim (1g):
 - ◆ Liều thường dùng cho người lớn: 1 - 2g/ngày chia làm 2 lần tiêm bắp, tiêm mạch.
 - ◆ Liều thường dùng cho trẻ em: 100 - 150 mg/kg/ngày chia làm 2 - 4 lần tiêm bắp, tiêm mạch.
 - ◆ Với trẻ sơ sinh: Liều dùng 50mg/kg/ngày chia làm 2 -4 lần tiêm bắp, tiêm mạch.

- Kháng viêm, giảm đau:

- ❖ Paracetamol:
 - ◆ Liều thường dùng cho người lớn: 500mg mỗi 4 - 6 giờ 1 lần uống.
 - ◆ Liều thường dùng cho trẻ em 10 - 15mg/kg thể trọng mỗi 4 - 6 giờ uống.
- ❖ Diclofenac 75mg:
 - ◆ Liều thường dùng cho người lớn: 1 - 2 ống/ 24 giờ tiêm bắp.
 - ◆ Tenoxicam: Liều thường dùng cho người lớn: 20mg/ 24 giờ tiêm bắp, tiêm mạch.
 - ❖ Methylprednisolone 40mg/ lọ: Liều thường dùng cho người lớn: 1 lọ / 24 giờ - tiêm mạch/tiêm bắp.

1.3. Theo dõi, chế độ chăm sóc và tái khám:

- Giữ vết thương khô và sạch.
- Thay băng, rửa vết thương mỗi ngày và tái khám sau 1 tuần.

1.4. Biến chứng và cách xử lý:

- Nhiễm trùng: thường xuyên xảy ra, điều trị bằng kháng sinh và rạch dẫn lưu nếu có tụ mủ.
- Tụ máu: Dẫn lưu máu tụ.

GÃY XƯƠNG Ô RĂNG:

2.1. Chẩn đoán:

2.1.1. Lâm sàng:

- Lung lay khói xương ổ răng.
- Sưng bầm hay rách lợi.
- Sai khớp cắn.

2.1.2. Cận lâm sàng: X- Quang: Panorex, quanh chóp, Occlusal.

2.2. Phác đồ điều trị gãy xương ổ răng:

- Xét nghiệm máu: công thức máu, TS, TC (có thể có TQ, TCK, thử đường huyết nếu cần) (tùy theo cơ địa bệnh nhân)
- Nắn chỉnh khói xương gãy về đúng vị trí.
- Cố định bằng cung hay chỉ kẽm.
- Cố định liên hàm nếu cần.
- Nội khoa: Tùy thực tế trên lâm sàng, có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.

- Kháng sinh:

- Amoxicillin:

❖ Liều thường dùng cho người lớn: 500mg/mỗi 8 giờ 1 lần (uống).

❖ Trẻ em trên 12 tuổi: Dùng liều người lớn: 500mg / mỗi 8 giờ 1 lần (uống).

❖ Trẻ em đến 10 tuổi: 125-250mg/mỗi 8 giờ 1 lần (uống). ❖ Trẻ dưới 20kg thường dùng liều 20 - 40mg/kg th

- Cephalexin:

❖ Liều thường dùng cho người lớn: 500mg / mỗi 6 giờ 1 lần uống).

❖ Trẻ em: Liều thường dùng 25 - 60mg/ kg thể trọng/ 24 giờ, chia thành 2 - 3 lần uống.

- Kháng viêm, giảm đau:

- Paracetamol:

❖ Liều thường dùng cho người lớn: 500mg mỗi 4 - 6 giờ 1 lần uống.

❖ Liều thường dùng cho trẻ em 10 - 15mg/kg thể trọng mỗi 4 - 6 giờ uống.

• Diclofenac 75mg:

❖ Liều thường dùng cho người lớn: 1 - 2 ống/ 24 giờ tiêm bắp.

❖ Tái khám tùy theo mức độ cố định của khói xương gây

❖ Chế độ ăn mềm, lỏng, nguội.

3. GÃY XƯƠNG HÀM:

3.1. Gãy xương hàm kèm theo chấn thương sọ não hay các cơ quan khác (theo thứ tự ưu tiên xử trí): xử trí sơ cấp

- Đảm bảo đường thở.

- Cầm máu.

- Nội khoa: kháng sinh, kháng viêm, giảm đau.

- Chuyển điều trị theo chuyên khoa.

3.2. Gãy xương hàm mặt đơn thuần:

3.2.1. Lâm sàng:

❖ Sưng nề, biến dạng. ❖ Đau chói khi ăn chán. ❖ Sai khớp cắn, há miệng hạn chế. ❖ Song thị.

3.2.2. Cận lâm sàng: X - Quang: Panorex, Face, Occlusal, Blonseau, Hirtz, sọ nghiêng, C.T

3.3. Phác đồ điều trị:

- Xét nghiệm máu: công thức máu, TS, TC (có thể có TQ, TCK, thử đường huyết nếu cần) (tùy theo cơ địa bệnh Quang phổi).

- Phẫu thuật nắn chỉnh xương, kết hợp xương.

- Cố định liên hàm nếu cần.

- Nội khoa: Tùy thực tế trên lâm sàng, có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.

- Kháng sinh:

• Amoxicillin:

❖ Liều thường dùng cho người lớn: 500mg / mỗi 8 giờ 1 lần (uống).

❖ Trẻ em trên 12 tuổi: Dùng liều người lớn: 500mg / mỗi 8 giờ 1 lần (uống).

❖ Trẻ em đến 10 tuổi: 125-250mg / mỗi 8 giờ 1 lần (uống). ❖ Trẻ dưới 20 kg thường dùng liều 20 - 40mg/ kg

• Cephalexin:

❖ Liều thường dùng cho người lớn: 500mg / mỗi 6 giờ 1 lần uống).

❖ Trẻ em: Liều thường dùng 25 - 60mg/ kg thể trọng/ 24 giờ, chia thành 2 - 3 lần uống.

• Clindamycin:

❖ Liều thường dùng cho người lớn: 150 - 300mg, uống mỗi 6 giờ 1 lần.

❖ Nhiễm khuẩn nặng: 450mg, uống mỗi 6 giờ 1 lần.

◆ Đối với trẻ em:

+ 3- 6mg/kg thể trọng, uống mỗi 6 giờ 1 lần.

+ Trẻ em dưới 1 tuổi hoặc cân nặng dưới 10 kg: 3,75mg, uống mỗi 8 giờ 1 lần.

• Erythromycine:

❖ Liều thường dùng cho người lớn: 1 - 2g/ngày chia làm 2 - 4 lần uống. Khi nhiễm khuẩn nặng có thể tăng đến

❖ Liều thường dùng cho trẻ em: 30 - 50 mg/ kg thể trọng/ngày chia làm 2 - 4 lần uống. Trong trường hợp nhiễm

❖ Trẻ em từ 2 - 8 tuổi: Dùng liều 1g/ngày chia làm 2 - 4 lần uống.

❖ Trẻ em dưới 2 tuổi: Dùng liều 500 mg/ngày, chia làm 2 - 4 lần uống.

• Cefotaxim (1g):

❖ Liều thường dùng cho người lớn: 1 - 2g/ ngày chia làm 2 lần tiêm bắp, tiêm mạch.

❖ Liều thường dùng cho trẻ em: 100 - 150 mg/kg/ngày chia làm 2 - 4 lần tiêm bắp, tiêm mạch.

❖ Với trẻ sơ sinh: Liều dùng 50mg/kg/ngày chia làm 2 - 4 lần tiêm bắp, tiêm mạch.

- Kháng viêm, giảm đau:

• Paracetamol:

❖ Liều thường dùng cho người lớn: 500mg mỗi 4 - 6 giờ 1 lần uống.

❖ Liều thường dùng cho trẻ em 10 - 15mg/kg thể trọng mỗi 4 - 6 giờ uống.

• Diclofenac 75mg:

❖ Liều thường dùng cho người lớn: 1 - 2 ống/ 24 giờ tiêm bắp

• Tenoxicam 20mg:

❖ Liều thường dùng cho người lớn: 20mg/ 24 giờ tiêm bắp, tiêm mạch.

- X - quang kiểm tra trước khi ra viện.

3.4. Theo dõi chế độ chăm sóc và tái khám:

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.

- Giữ vết thương khô và sạch.

- Thay băng, rửa vết thương mỗi ngày.

- Tái khám tùy theo mức độ ổn định của khôi xương gãy.

- Chế độ ăn mềm, lỏng, nguội.

3.5. Biến chứng và cách xử lý:

- Nhiễm trùng: thường hiếm xảy ra, điều trị bằng kháng sinh.

- Tổn thương thần kinh làm yếu liệt hoặc dị cảm mô, lưỡi: thường là tạm thời và mất đi sau 6 tháng.

- Hả miếng hạn chế: hướng dẫn bệnh nhân tập hả miếng.

VẬT LIỆU TIÊU HAO TRONG ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG TRONG ĐIỀU TRỊ CHÂN

STT	TÊN VẬT LIỆU	ĐƠN VỊ TÍNH
01	Kim nha	Cây
02	Dao mổ số 15	Lưỡi
03	Chỉ kẽm cố định hàm	Cuộn

04	Chỉ kẽm kết hợp xương	Cuộn
05	Cung cố định	Cây
06	Nẹp vis	Lỗ
07	Mũi khoan kết hợp xương	Mũi
08	Chỉ khâu	Sợi
09	Thun kéo hàm	Bích

365/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ HÔ, MÓM DO XƯƠNG HÀM

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ HÔ, MÓM DO XƯƠNG HÀM

1. CHỈ ĐỊNH:

Bệnh nhân >18 tuổi bị hô móm do xương hàm.

2. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: bệnh toàn thân.

3. QUY TRÌNH:

- Khám, làm bệnh án.
- Chụp phim: Panorex, Cephalo, Face.
- Chụp ảnh thẳng, nghiêng, trong miệng.
- Xét nghiệm máu: công thức máu, TS, TC (có thể có TQ, TCK, thử đường huyết nếu cần) (tùy theo cơ địa bệnh nhân)
- Lấy dấu mẫu hàm.
- Chính nha tiền phẫu nếu cần.
- Nhịn ăn, uống bắt đầu từ 22h ngày trước mổ.
- Phẫu thuật:

- Cắt xương hàm trên: kỹ thuật Le Fort I, Wassmund, cắt dọc xương hàm trên.
- Cắt xương hàm dưới: kỹ thuật BSSO, Kole, Genioplasty.
- Di chuyển xương hàm trên, xương hàm dưới đến vị trí mong muốn đáp ứng được các tiêu chuẩn về thẩm mỹ và chức năng.
- Kết hợp xương bằng mini plate.
- Sau mổ:
 - Ăn lỏng 1 tháng.
 - Sử dụng kháng sinh chích trong 1 tuần.
 - Truyền dịch, giảm đau trong 3 ngày.
 - Chụp phim Cephalo, Panorex, Face kiểm tra.
- Tái khám:
 - 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 1 năm sau mổ.
 - Chụp phim Cephalo, Panorex, Face, chụp ảnh thẳng, nghiêng, lấy dấu mẫu hàm kiểm tra vào các thời điểm bệ đỡ.
 - Chính nha sau mổ nếu cần.

366/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RĂNG CHO TRẺ EM DƯỚI TIẾN MÊ, GÂY MÊ

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RĂNG CHO TRẺ EM DƯỚI TIẾN MÊ, GÂY MÊ

1. Chỉ định:

- Trẻ trên 3 tuổi, phát triển bình thường về tâm sinh lý, không hợp tác điều trị, được sự đồng ý của phụ huynh (1/2)
- Trẻ bị các bệnh: Down, Tự kỷ, Chậm phát triển trí tuệ, Đại não, Động kinh, Parkinson, Dị ứng thuốc tê, Tim mạch, chuyên khoa nơi trẻ đang khám, theo dõi, điều trị (Bạch cầu cấp, Hemophilia A/B/C,...) (2)

- Trẻ thuộc các trường hợp (1), (2) có một trong các bệnh lý về răng:

- Răng sữa lung lay (đến tuổi thay răng)
- Răng sữa hoặc răng vĩnh viễn sâu vỡ lớn, nhiễm trùng
(không thể điều trị bảo tồn)
- Chân răng sữa hoặc răng vĩnh viễn nhiễm trùng
- Sâu men, sâu ngà răng sữa hoặc răng vĩnh viễn
- Viêm tủy không hồi phục răng sữa hoặc răng vĩnh viễn

2. Chống chỉ định:

- Trẻ dưới 3 tuổi
- Trẻ có các bệnh lý về đường hô hấp trên hoặc dưới
- Tình trạng sức khỏe toàn thân không cho phép tiền mê, gây mê

3. Kế hoạch điều trị:

- Khám lâm sàng, chụp phim X-quang, chẩn đoán xác định
- Khám nội khoa, làm các xét nghiệm cơ bản về máu, điện tim, chụp phim phổi
- Lập chương trình ngày điều trị tiền mê hoặc gây mê nội khí quản

4. Điều trị:

- Tiền mê hoặc gây mê nội khí quản
- Thực hiện các thủ thuật: nội nha, trám, nhổ răng, v.v...
- Cho bệnh nhân nằm ở khoa Gây mê hồi sức, theo dõi liên tục cho đến khi bệnh nhân hồi phục sức khỏe để xuất
- Cho xuất viện, tái khám sau 07 ngày

5. Theo dõi:

- Khám răng định kỳ mỗi 03 tháng hay 06 tháng.

367/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RĂNG HOẠI TỦ TÙY

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RĂNG HOẠI TỦ TÙY

1. CHẨN ĐOÁN:

1.1 Lâm sàng:

- Thường bệnh nhân không có triệu chứng hoặc đau nhẹ.
- Răng có thể đổi màu.
- Không có phản ứng với nhiệt, điện.

1.2 Cận lâm sàng: Phim tia X: dây chằng nha chu có thể bình thường hay hơi dày lên.

2 ĐIỀU TRỊ RĂNG HOẠI TỦ TÙY:

- Mở tủy, lấy tủy hoại tử (để trống tùy trường hợp).
- Xác định chiều dài làm việc, làm sạch, tạo hình ống tủy.
- Băng thuốc trong ống tủy.
- Trám bít ống tủy - XQ kiểm tra
- Trám phục hồi thân răng.

	Vật tư tiêu hao	Thuốc-hóa chất
Mở tủy		
Lấy tủy hoại tử	Ly, gants, ống hút nước bọt Các loại mũi khoan Trâm gai các loại	
Làm sạch- tạo hình ống tủy	Trâm dũa các loại Trâm nạo các loại Mũi gate các số Ống tiêm nhựa bơm rửa	Dung dịch Dakin 1,5%
Băng thuốc	Côn giấy các số	Rockle's, Ca(OH)2 O
Trám bít ống tủy	Lentulo, lèn côn Côn gutta-percha các loại	Oxyt kẽm, Eugenol, Endome

		AH26
Trám phục hồi thân răng (Không hoặc có chốt)	Mũi khoan chốt Chốt Đai(kim loại ,cellulose), chêm gỗ,tăm bông trám răng,giấy nhám kẽ,giấy cắn,các mũi đánh bóng .	Xi măng gắn chốt GIC Composite lỏng ,đặc c

3. SAU ĐIỀU TRỊ:

- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng
- Tái khám răng định kỳ.
- Phục hình (nếu cần)

368/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RĂNG VIÊM QUANH CHÓP CẤP

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RĂNG VIÊM QUANH CHÓP CẤP

1. CHẨN ĐOÁN:

1.1 Lâm sàng:

- Án đau quanh chóp.
- Răng có cảm giác trồi cao, lung lay, cắn đau. Gõ dọc đau nhiều, gõ ngang đau ít. Nướu răng bị viêm đỏ.
- Tủy răng có thể sống hoặc chết (cần thử nhiệt và điện).

1.2 Cận lâm sàng: X-Quang :dây chằng nha chu có thể bình thường hay hơi dày lên

2 ĐIỀU TRỊ RĂNG VIÊM QUANH CHÓP CẤP:

- Tủy còn sống: loại bỏ nguyên nhân (ví dụ điều trị chỉnh khớp cắn).
- Tủy chết: điều trị nội nha (như điều trị hoại tử tủy).

	Vật tư tiêu hao	Thuốc-hóa châ
Mở tủy Lấy tủy hoại tử	Ly,gants,ống hút nước bọt Các loại mũi khoan Trâm gai các loại	

Làm sạch- tạo hình óng tủy	Trám dũa các loại Trám nạo các loại Mũi gate các số Ông tiêm nhụa bơm rửa	Dug dịch Dako
Băng thuốc	Côn giấy các số	Rockle's, Ca(OH)2
Trám bít óng tủy	Lentulo, lèn côn Côn gutta-percha các loại	Oxyt kẽm,Eugen AH26
Trám phục hồi thân răng (Không hoặc có chốt)	Mũi khoan chốt Chốt Đai(kim loại ,cellulose), chêm gỗ,tăm bông trám răng,giấy nhám kẽ,giấy cắn,các mũi đánh bóng .	Xi măng gắn cùi Bonding Composite

- Thuốc: Tùy thực tế trên lâm sàng có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.

- Thuốc dùng đường uống ,liều thường dùng cho người lớn:

• Kháng sinh:

- ❖ Cephalexin 500mg: 1 viên x 3 lần/ngày.
- ❖ Amoxicillin 500mg: 1 viên x 3 lần/ngày.
- ❖ Spiramycin 750000IU + Metronidazole 125mg: 2 viên x 3 lần/ngày.

• Kháng viêm:

- ❖ Prednisone 5mg: 1 viên X 3 lần/ngày.
- ❖ Dexamethasone 0,5mg: 1 viên X 3 lần/ngày.
- ❖ Methylprednisolone 16mg: 1 viên/ngày (sáng).
- ❖ Lysozyme 90mg: 1 viên x 3 lần/ngày.

• Giảm đau:

- ❖ Paracetamol 500mg: 1 viên x 3-4 lần/ngày.

• Kháng viêm & giảm đau:

- ❖ Ibuprofen 200 mg+paracetamol 325mg: 1 viên x 3 lần/ngày Thời gian dùng thuốc từ 5-7 ngày.

3. SAU ĐIỀU TRỊ:

- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng

- Tái khám răng định kỳ.

369/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RĂNG VIÊM TỦY KHÔNG HỒI PHỤC

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RĂNG VIÊM TỦY KHÔNG HỒI PHỤC

1. CHẨN ĐOÁN:

1.1 Lâm sàng:

***Viêm tủy cấp:**

- Bệnh nhân đau tự phát, từng cơn hay liên tục.Cơn đau tự phát, liên tục có thể chỉ do sự thay đổi vị thế thí dụ khép kín miệng, hoặc do áp lực lên răng.
- Cơn đau có thể nhói hay âm ỉ, khu trú hay lan tỏa .
- Khám thường thấy tổn thương sâu răng lớn và sâu hoặc có tổn thương mô Cứng khác như mòn răng, nứt răng.
- Gõ ngang đau nhiều, gõ dọc đau nhẹ hoặc không đau.
- Nhiệt độ: nóng đau, lạnh giảm đau.

***Viêm tủy kinh niên:**

- Bệnh nhân thường không đau hoặc chỉ đau thoáng qua khi có kích thích.

Các dạng:

- Viêm tủy triển duỗi: mô tủy quá sản dạng hình bông cải đỏ phát triển đi qua hay xung quanh một lỗ sâu.
- Vôi hóa óng tủy:Răng không có triệu chứng, thường nhận biết bởi phim tia X.
- Nội tiêu:Răng không có triệu chứng, chỉ phát hiện trên phim tia X.

1.2 Cận lâm sàng: X-Quang

- Giúp thấy rõ hiện trạng của lỗ sâu và quan hệ của nó với tủy răng, tình trạng giải phẫu chân răng.

- Vôi hóa óng túy: phát hiện những bè canxi trong buồng túy và óng túy.

- Nội tiêu: có sự phình to của óng túy.

2. ĐIỀU TRỊ:

- Gây tê tại chỗ hoặc gây tê vùng.

- Mở túy.

- Lấy túy, xác định chiều dài làm việc.

- Làm sạch và tạo hình óng túy.

- Băng thuốc trong óng túy(nếu cần)

- Trám bít óng túy - XQ kiểm tra

- Trám phục hồi thân răng.

	Vật tư tiêu hao	
Gây tê tại chỗ hoặc gây tê vùng	Ly,gants,ống hút nước bọt Kim nha	Lidocaine 2%, M
Mở túy	Các loại mũi khoan	
Lấy túy,làm sạch- tạo hình óng túy	Trâm gai các loại Trâm dũa các loại Trâm nạo các loại Mũi gate các số Ông tiêm nhựa bơm rửa	Dung dịch Dakin
Băng thuốc	Côn giấy các số	Rockle's Oxyt kẽm,Eugen
Trám bít óng túy	Lentulo, lèn côn Côn gutta-percha các loại	Oxyt kẽm,Eugen AH26
Trám phục hồi thân răng (Không hoặc có chốt)	Mũi khoan chốt Chốt Đai(kim loại,celMose) chêm gỗ.,tăm bông trám răng,giấy nhám kẽ,giấy cắn,các mũi đánh bóng .	Xi măng gắn chốt Composite lỏng

3. SAU ĐIỀU TRỊ:

- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng

- Tái khám răng định kỳ.

- Phục hình (nếu cần)

370/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RĂNG ÁP XE QUANH CHÓP CẤP

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RĂNG ÁP XE QUANH CHÓP CẤP

1. CHẨN ĐOÁN:

1.1 Lâm sàng:

- Triển triển nhanh từ nhẹ đến sưng nhiều.
- Đau dữ dội khi gõ và sờ.
- Răng bị lung lay và trồi cao hơn.
- Trường hợp nặng, bệnh nhân bị sốt.

1.2 Cận lâm sàng: trên phim X-Quang vùng mô quanh chóp có thể có vẻ bình thường

2 ĐIỀU TRỊ RĂNG ÁP XE QUANH CHÓP CẤP:

- Rạch áp xe hoặc mở tủy để thoát mủ.
- Thuốc:Tùy thực tế trên lâm sàng có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.
- Thuốc dùng đường uống,liều thường dùng cho người lớn:

• Kháng sinh:

- ❖ Amoxicillin 500mg+AcidQavulanic125mg: 1 viên x 3 lần/ngày.
- ❖ Spiramycin750000IU + Metronidazole125mg: 2 viên x 3 lần/ngày.

• Kháng viêm:

- ❖ Prednisone 5mg: 1 viên X 3 lần/ngày.

- ❖ Dexamethasone 0,5mg: 1 viên X 3 lần/ngày.
- ❖ Methylprednisolone 16mg: 1 viên/ngày (sáng).
- ❖ Lysozym 90mg: 1 viên x 3 lần/ngày.

- Giảm đau:

- ❖ Paracetamol 500mg: 1 viên x 3-4 lần/ngày.

- Kháng viêm & giảm đau:

Ibuprophen 200 mg+paracetamol 325mg: 1 viên x 3 lần/ngày Thời gian dùng thuốc từ 5-7 ngày

- Sau đó điều trị nội nha (như điều trị hoại tử tủy) hoặc chuyển nhổ.

3. SAU ĐIỀU TRỊ:

- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng
- Tái khám răng định kỳ

371/ PHẪU THUẬT THẨM MỸ CĂNG DA MẶT- DA TRÁN

PHẪU THUẬT THẨM MỸ CĂNG DA MẶT- DA TRÁN

1. MỤC ĐÍCH:

- Ở người trung niên, theo thời gian phần da khuôn mặt chảy xệ xuống vùng má - khóe môi - cằm, nếp nhăn vùn triệt để để xóa mất (hoặc làm giảm) các biểu hiện trên làm cho khuôn mặt trẻ trung, tươi tắn hơn.

- Gồm các dịch vụ: căng da trán, căng da mặt.

2. PHƯƠNG PHÁP:

- Xét nghiệm máu: công thức máu, TS, TC (có thể có TQ, TCK, thử đường huyết nếu cần) (tùy theo cơ địa bệnh)
- Gây mê, mê hoặc tiềng mê.

- Bác sĩ kết hợp hút mỡ, căng cơ vùng mặt, cắt bớt da thừa để làm cho khuôn mặt trẻ ra từ 5 đến 10 tuổi.

- Đường rạch da:

- Căng da mặt hình chữ S, bắt đầu từ chân tóc vùng thái dương chạy thẳng sát trước mép lỗ tai vòng ra sau tai (kết hợp với hút mỡ).
- Căng da trán: đường rạch nằm trên da đầu trong tóc nên không thấy sẹo.
- Thời gian phẫu thuật: 2 giờ cho mỗi ca phẫu thuật.

3. SAU PHẪU THUẬT:

- Khách hàng có thể về nhà ngay, không cần nằm lại (nếu mệt có thể nằm nghỉ vài giờ trước khi ra về). Nếu gây mê toàn thân, cần nằm nghỉ 24 giờ.
- Khi về nhà nằm nghỉ ngoại tuyệt đối trong vòng 24 giờ đầu. Sau đó sinh hoạt bình thường.
- Quần băng ép quanh đầu trong vòng 2-3 ngày đầu. Mỗi ngày đều đến thay băng, rửa vết thương.
- Giữ khô vết thương, chỉ được lau mặt bằng khăn ướt, không được rửa mặt và gội đầu.
- Cắt chỉ sau 10 ngày. Thời gian đầu, đường căng da có màu hồng, nó sẽ mờ dần trong vòng 3-6 tháng.
- Sau 5 ngày có thể đi làm bình thường. Tốt nhất là sau khi cắt chỉ.
- Lưu ý:
 - Khách phải gội đầu sạch sẽ trước khi làm phẫu thuật.
 - Gội đầu trước khi đến cắt chỉ (gội ở tiệm).
 - 05 ngày sau khi cắt chỉ có thể gội đầu bình thường.

372/ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH MÁ LÚM ĐỒNG TIỀN

PHẪU THUẬT TẠO HÌNH MÁ LÚM ĐỒNG TIỀN

2. TRƯỚC PHẪU THUẬT:

3.1. Khám và chuẩn đoán:

- Lâm sàng: Tình trạng tổng quát của bệnh nhân (khám nội khoa nếu cần)

- Cận lâm sàng:

- Chụp hình tiền phẫu
- Xét nghiệm thường qui và những xét nghiệm khác (nếu cần).

3.2. Lập kế hoạch điều trị:

- Chọn phương pháp phẫu thuật
- Chọn phương pháp vô cảm.
- Sử dụng thuốc sau phẫu thuật
- Chăm sóc vết thương sau phẫu thuật

3.3. Giải thích tiến trình điều trị và xác nhận sự đồng ý của bệnh nhân bằng

văn bản cam kết.

4. PHẪU THUẬT

- Gây mê tại chỗ (có thể kết hợp gây mê nếu cần)
- Cắt niêm mạc bên cần tạo má lúm đồng tiền
- Tách bóc cơ, khâu tạo lúm đồng tiền

5. SAU PHẪU THUẬT:

- Sử dụng kháng sinh 5 ngày - 7 ngày + kháng viêm giảm đau
- Hướng dẫn vệ sinh vết thương
- Cắt chỉ sau 1 tuần
- Chụp lại ảnh và đánh giá sau phẫu thuật

PHẪU THUẬT TẠO HÌNH THẨM MỸ MẮT

1. TRƯỚC PHẪU THUẬT:

1.1. Khám và chuẩn đoán:

❖ Lâm sàng:

- Tình trạng tổng quát của bệnh nhân (khám nội khoa nếu cần)
- Tình trạng và hình thái mắt tại chỗ: hình thái mắt, mí mắt, góc mắt.
- Tình trạng của da mi và tổ chức dưới da
- Tình trạng và hình dáng ở cung mày.
- Chuyển khám và đo thị lực (nếu cần)

❖ Cận lâm sàng:

- Chụp hình tiền phẫu
- Xét nghiệm thường qui và những xét nghiệm khác (nếu cần)

1.2. Lập kế hoạch điều trị:

- Chọn phương pháp phẫu thuật
- Chọn phương pháp vô cảm.
- Sử dụng thuốc sau phẫu thuật
- Chăm sóc vết thương sau phẫu thuật

1.3. Giải thích tiến trình điều trị và xác nhận sự đồng ý của bệnh nhân bằng văn bản cam kết.

2. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH THẨM MỸ MẮT

- Vô cảm

- Đường rạch da can thiệp tủy thiệp tủy chúc dưới da, tạo hình mí (nếu cần)
- Chỉnh hình mũi bằng các phương pháp K-wire, naal packing osteotomy, chỉnh hình vách ngăn, đầu mũi (có m)
- Khâu vết thương
- Băng ép và cố định vết thương.

3. SAU PHẪU THUẬT TẠO HÌNH THẨM MỸ MẮT:

- Sử dụng kháng sinh 5 ngày - 7 ngày + kháng viêm giảm đau
- Chườm lạnh trong 48 giờ
- Chườm nóng những ngày sau.
- Hướng dẫn vệ sinh vết thương
- Cắt chỉ sau 1 tuần
- Chụp lại ảnh và đánh giá sau 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 1 năm

374/ PHỤC HÌNH CÓ ĐỊNH CÀU RĂNG

PHỤC HÌNH CÓ ĐỊNH CÀU RĂNG

1. CHẨN ĐOÁN

- Mất răng lẻ tê hàm trên, hàm dưới còn răng ở hai đầu khoảng mất răng

2. CHỈ ĐỊNH

- Khớp cắn thuận lợi, thăng bằng.
- Vị trí và số lượng các răng trụ phải tương xứng với các răng mất.
- Răng trụ có tùy lành mạnh hoặc được chữa nội nha và tái tạo tốt
- Răng có mô nha chu lành mạnh, tỉ lệ thân /chân nhỏ hơn hoặc bằng 1

- Chân răng có hình dạng vững chắc trong xương hàm .

- Dùng đ鑑 n醗 cao khớp cắn

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH CÓ ĐỊNH CÀU RĂNG:

- Bệnh nhân bị đa sâu răng , chất lượng mô răng kém .

- Khớp cắn không thuận lợi , không có răng đối xứng

- Răng trụ có thân răng ngắn , nhỏ , răng nghiêng nhiều

- Răng cht tủy chưa được nội nha , răng có bệnh nha chu .

- Răng có buồng tủy quá to (nếu muốn bảo tồn tủy)

4. PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ CÓ ĐỊNH CÀU RĂNG

4.1. Lấy dấu làm cầu mao tạm

4.2. - Mài cùi , lấy dấu .

- Ghi dấu tương quan khớp cắn

- Gắn cầu răng tạm

4.3. Thủ sùron , chọn màu răng

4.4. Thủ và gắn cầu răng .

4.5. Tái khám.

Phương pháp điều trị	Thuốc, nguyên vật liệu - hóa chất
1. Lấy dấu	1. Alginat, cao su Cao su hydrophylic vinyl polysiloxane: light, putty, ly, g��
2. Thủ sùron	2. M�� mài nhựa, m�� kim cương, đá mài, ly, g��ng.
3. Lắp răng	3. M�� mài nhựa, m�� kim cương, ly, g��ng, cement (glass ionomer).

PHỤC HÌNH CỐ ĐỊNH MÃO KIM LOẠI TOÀN DIỆN

1. CHẨN ĐOÁN

- Răng bị mất nhiều mô răng, không thể tái tạo bằng các miếng trám thông thường.
- Có thể thực hiện trên răng sống, răng đã lấy tủy, cho cùi răng giả

2. CHỈ ĐỊNH

- Để che chở và tái tạo một thân răng bị sâu vỡ lớn , hoặc do chấn thương mà không thể trám bền vững được
- Thiếu sán men ngà, bị nứt men răng
- Dùng để điều chỉnh lại vị trí thân răng và khớp cắn cho những răng mọc lệch lạc mà không thể chỉnh hình được
- Dùng nâng cao khớp cắn , làm phần giữ cho cầu răng
- Dùng để bao bọc các răng sẽ mang mọc cho một hàm giả tháo lắp có mô răng yếu hoặc có hình thể không thuận

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH :

- Răng có buồng tủy lớn (nếu muốn bảo tồn tủy)
- Răng bị bệnh nha chu
- Răng nghiêng lệch quá nhiều
- Răng phía trước (vì lý do thẩm mỹ)

4. PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

4.1. Lấy dấu làm mão tạm

4.2. Mài cùi , lấy dấu .

Xác định tương quan cắn khớp Gắn mão tạm

4.3. Thủ và gắn mão .

4.4. Tái khám .

Phương pháp điều trị	Thuốc, nguyên vật liệu - hóa chất
1. Lấy dấu	1. Cao su hydrophylic vinyl polysiloxane: light, putty, Alginato, ly, găng

2. Lắp răng

2. Mũi kim cương, đá mài, cement (glass ionomer), giấy cắn, ly, găng.

376/ PHỤC HÌNH CÓ ĐỊNH MÃO SỨ

PHỤC HÌNH CÓ ĐỊNH MÃO SỨ

1. CHẨN ĐOÁN

- Răng bị mất nhiều mô răng, không thể tái tạo bằng các miếng trám thông thường
- Răng bị thiếu sán men ngà, bị nứt men răng

2. CHỈ ĐỊNH PHỤC HÌNH CÓ ĐỊNH MÃO SỨ

- Răng bị mất chất lớn do sâu răng hay chấn thương
- Thiếu sán men ngà, răng nhiễm sắc
- Răng mọc lệch lạc mà không thể chỉnh hình được hoặc bệnh nhân không muốn chỉnh hình
- Dùng nâng cao khớp cắn, làm phàn giữ cho cầu răng
- Răng có chiều cao thân răng trung bình hoặc cao

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH PHỤC HÌNH CÓ ĐỊNH MÃO SỨ

- Răng có buồng tủy quá to, răng có kích thước ngoài trong nhỏ
- Thân răng có chiều cao quá thấp
- Răng bị bệnh nha chu

4. PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ PHỤC HÌNH CÓ ĐỊNH MÃO SỨ

4.1. Lấy dấu làm mao tạm

4.2. Mài cùi, lấy dấu

Ghi dấu tương quan khớp cắn Gắn mao răng tạm

4.3. Thủ sùron : kiểm tra sự khít sát của sùron và cùi răng, kiểm tra đường hoàn tất, chọn màu răng

4.4. Thủ và gắn mao

4.5. Tái khám

Phương pháp điều trị	Thuốc, nguyên vật liệu - hóa chất
1. Lấy dấu	1. Alginat, cao su hydrophylic vinylpolysiloxane.
2. Thủ sùron	2. Mũi mài nhựa, mũi kim cương, đá mài, ly, găng.
3. Lắp răng	3. Mũi mài nhựa, mũi kim cương, ly, găng, cement (glass ionomer).

377/ PHỤC HÌNH THÁO LẮP TOÀN BỘ RĂNG

PHỤC HÌNH THÁO LẮP TOÀN BỘ

1. CHẨN ĐOÁN

- Mất răng toàn bộ hàm trên, hàm dưới

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh mất răng toàn bộ hàm trên, hàm dưới

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH :

- Dị ứng với vật liệu làm hàm giả

- Bệnh nhân có rối loạn tâm thần và không hợp tác khi điều trị

4. PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

4.1. Lấy dấu sơ khởi.

4.2. Thủ khay cá nhân , làm vành khít , lấy dấu sau cùng

4.3. Thủ sáp xác định mặt phẳng nhai phục hình, ghi kích thước dọc và tương quan tâm, chọn màu răng

4.4. Thủ hàm sáp/ thủ răng

4.5. Lắp hàm mài chỉnh khớp cắn

4.6. Chữa đau

Phương pháp điều trị	Thuốc, nguyên vật liệu - hóa chất
1. Lấy dấu sơ bộ	1. Alginate, ly, găng.
2. Lấy dấu sau cùng	2. Hợp chất nhiệt dẻo (peri compoud), cao su Hydrophilic vinylpolysiloxane
3. Thủ sáp	3. Sáp lá, mũi mài nhựa, đá mài, ly, găng.
4. Thủ răng	4. Giấy nhám, giấy cắn, mũi mài nhựa, mũi kim cương, ly, găng.
5. Lắp răng	5. Mũi mài nhựa, giấy cắn, giấy nhám, ly găng.

378/ PHÁC ĐỒ CẤY GHÉP IMPLANT THƯỜNG QUY

PHÁC ĐỒ CẤY GHÉP IMPLANT THƯỜNG

I. TRƯỚC PHẪU THUẬT

1. Khám và chẩn đoán

1.1. Lâm sàng:

- Tình trạng tổng quát của bệnh nhân (khám nội khoa nếu cần)
- Tình trạng răng miệng tại chỗ: mô cứng mô mềm
- Lấy dấu nghiên cứu
- Làm máng phẫu thuật, phác thảo phục hình

1.2. Cận lâm sàng:

- Chẩn đoán hình ảnh
- Xét nghiệm thường quy và những xét nghiệm khác nếu cần.

2. Lập kế hoạch điều trị

- Kế hoạch Phục hình trên Implant
- Xác định số lượng, vị trí implant
- Lựa chọn implant (hệ thống, kích thước)
- Xác định quy trình phẫu thuật:
- Lật vạt, không lật vạt, ghép xương hay không ghép xương), xác định phương thức vô cảm

3. Giải thích tiến trình điều trị và xác nhận sự đồng ý của bệnh nhân bằng bản cam kết

II. ĐIỀU TRỊ

1. Phẫu thuật:

- a. Lật vạt hay không lật vạt?
- b. Sử dụng máng hướng dẫn phẫu thuật hay không?
- c. Xác định độ vững ổn ban đầu của implant
- d. Xác định nâng hay không nâng xoang?
- e. Sử dụng vật liệu ghép xương hay không? (khối lượng và số lượng)

2. Phục Hình

a. Phục hình tạm

- Phục hình cố định hay phục hình tháo lắp
- Tụa trên implant, răng hay nướu
- Gắn phục hình sau lành thương mô mềm hay sau phẫu thuật
- Điều chỉnh khớp cắn: nhả khớp hay chạm khớp

b. Phục hình vĩnh viễn

- Tái khám, Chụp phim, đánh giá.
- Bọc lộ, đặt trụ lành thương mô mềm nếu cần (sau 1 - 2 tuần)

- Xác định phương pháp, dụng cụ, vật liệu lấy dấu
- Chụp phim kiểm tra độ khít sát của trụ lấy dấu với implant (nếu cần)
- Lấy dấu, gửi labo
- Thủ phục hình
- Gắn tạm
- Gắn vĩnh viễn (đường hoàn tất trên nướu hay dưới nướu)
- Chụp phim kiểm tra.
- Tái khám đánh giá, điều chỉnh phục hình (nếu cần) sau 1 tuần

III. THEO DÕI - DUY TRÌ

1. Sau Phẫu thuật

- Sử dụng kháng sinh từ 5 - 7 ngày + Kháng viêm, giảm đau
- Súc miệng với dung dịch sát khuẩn ít nhất 5 ngày sau phẫu thuật.
- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng

2. Sau phục hình:

- Thời gian theo dõi duy trì?
- X-quang 6 tháng 1 lần.
- Cạo vôi răng + xử lý mặt gốc răng nếu cần.
- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng.

PHÁC ĐỒ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH THẨM MỸ

3. TRƯỚC PHẪU THUẬT:

5.1. Khám và chuẩn đoán:

- Lâm sàng: Tình trạng tổng quát của bệnh nhân (khám nội khoa nếu cần)
- Cận lâm sàng:
- Chụp hình tiền phẫu
- Xét nghiệm thường qui và những xét nghiệm khác(nếu cần), xquang phổi thẳng, panorex, cephalo

5.2. Lập kế hoạch điều trị:

- Chọn phương pháp phẫu thuật
- Chọn phương pháp vô cảm.
- Sử dụng thuốc sau phẫu thuật
- Chăm sóc vết thương sau phẫu thuật

5.3. Giải thích tiến trình điều trị và xác nhận sự đồng ý của bệnh nhân bằng văn bản cam kết.

6. PHẪU THUẬT

- Phương pháp có đặt Implant vùng cắm : đặt implant để cho cắm nhô hơn, không cấn thiệp trên xương cắm.
- Phương pháp không đặt implant vùng cắm : tức là phương pháp cắt và trượt xương vùng cắm để tạo hình cắm
- Kết hợp cả hai phương pháp : kết hợp cắt trước xương cắm và đặt implant để tạo hình cắm.

7. SAU PHẪU THUẬT:

- Sử dụng kháng sinh 5 ngày - 7 ngày + kháng viêm giảm đau
- Súc miệng bằng nước súc miệng có kháng khuẩn
- Hướng dẫn vệ sinh vết thương

- Cắt chỉ sau 1 tuần
- Chụp lại ảnh và đánh giá sau phẫu thuật

380/ PHÁC ĐỒ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH THẨM MỸ SEO

PHÁC ĐỒ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH THẨM MỸ SEO

1. TRƯỚC PHẪU THUẬT:

1.1. Khám và chuẩn đoán:

- Lâm sàng: Tình trạng tổng quát của bệnh nhân (khám nội khoa nếu cần)
- Cận lâm sàng:
 - Tình trạng tại chỗ: mô sẹo, kích thước.., đã được điều trị chưa.
 - Xét nghiệm thường qui và những xét nghiệm khác (nếu cần).

1.2. Lập kế hoạch điều trị:

- Chọn phương pháp phẫu thuật
- Chọn phương pháp vô cảm.
- Sử dụng thuốc sau phẫu thuật
- Chăm sóc vết thương sau phẫu thuật

1.3. Giải thích tiến trình điều trị và xác nhận sự đồng ý của bệnh nhân bằng văn bản cam kết.

2. PHẪU THUẬT

- Vẽ vùng phẫu thuật
- Phương pháp phẫu thuật

3. SAU PHẪU THUẬT:

- Sử dụng kháng sinh 5 ngày - 7 ngày + kháng viêm giảm đau
- Hướng dẫn vệ sinh vết thương
- Cắt chỉ sau 1 tuần
- Chụp lại ảnh và đánh giá sau phẫu thuật.

381/ PHÁC ĐỒ QUY TRÌNH PHẪU THUẬT THẨM MỸ CẮT MÔI

PHÁC ĐỒ QUY TRÌNH PHẪU THUẬT THẨM MỸ CẮT MÔI

1. MỤC ĐÍCH:

Bao gồm các dịch vụ: cắt môi trên và môi dưới dày thành mỏng, cắt môi dưới trái tim (chẻ nhẹ). Để tạo khuôn mặt cân đối.

2. PHƯƠNG PHÁP:

- Xét nghiệm máu: công thức máu, TS, TC (có thể có TQ, TCK, thử đường huyết nếu cần) (tùy theo cơ địa bệnh nhân)
- Gây tê.
- Thời gian thực hiện: 30 phút.
- Cắt môi trên (hoặc môi dưới hoặc cả hai môi) mỏng bớt để cân đối hài hòa với môi dưới (hoặc môi trên) và không để留下.
- Cắt môi trái tim: tạo 1 đường chẻ nhẹ ở giữa môi dưới, tạo cho môi dưới có hình trái tim.

3. SAU PHẪU THUẬT:

- Ngày hôm sau đến thay băng, rửa vết thương.
- 7 ngày sau cắt chỉ.
- Hạn chế nói, không được ăn thức ăn cứng, khi ăn phải nhai nhẹ nhàng và cẩn thận. Sau khi ăn phải súc miệng. Không để vết thương đóng mài.

- Sau khi cắt chỉ, môi vẫn còn sưng, tiếp tục giữ khô cho đến khi lành hẳn.
- Môi đẹp tự nhiên sau từ 1 đến 3 tháng.

382/ PHÁC ĐỒ QUY TRÌNH PHẪU THUẬT THẨM MỸ GÒ MÁ CAO

PHÁC ĐỒ QUY TRÌNH PHẪU THUẬT THẨM MỸ GÒ MÁ CAO

1. CHỈ ĐỊNH:

- Bệnh nhân > 18 tuổi có nhu cầu điều trị hạ thấp gò má cao.

2. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: bệnh toàn thân.

3. QUY TRÌNH:

- Khám, làm bệnh án.
- Chụp phim: Blondeau, Hirtz.
- Chụp hình mặt thẳng, nghiêng.
- Xét nghiệm máu: công thức máu, TS, TC (có thể có TQ, TCK, thử đường huyết nếu cần) (tùy theo cơ địa bệnh nhân).
- Nhịn ăn, uống bắt đầu từ 22h ngày trước mổ.
- Phẫu thuật:
 - Cắt rời xương gò má qua đường trong miệng.
 - Di chuyển xương gò má đến vị trí mong muốn.
 - Kết hợp xương bằng mini plate.
- Sau mổ:
 - Ăn lỏng 1 tháng.

- Sử dụng kháng sinh chích trong 1 tuần.
 - Truyền dịch, giảm đau trong 3 ngày.
 - Chụp phim Blondeau, Hirtz kiểm tra.
- Tái khám:
- 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 1 năm sau mổ.
 - Chụp phim, Blondeau, Hirtz, chụp hình mặt thẳng, nghiêng vào các thời điểm bệnh nhân tái khám.

383/ PHÁC ĐỒ QUY TRÌNH PHẪU THUẬT THẨM MỸ GƯƠNG MẶT THÀNH GƯƠNG MẶT TRÁI XOAN

PHÁC ĐỒ QUY TRÌNH PHẪU THUẬT THẨM VUÔNG CHỮ ĐIỀN THÀNH GƯƠNG MẶT

1. CHỈ ĐỊNH:

Bệnh nhân > 18 tuổi có nhu cầu điều trị gương mặt vuông chữ điền.

2. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: bệnh toàn thân.

3. QUY TRÌNH:

- Khám, làm bệnh án.
- Chụp phim: Cephalo, Panorex, Face.
- Chụp hình mặt thẳng, nghiêng.
- Xét nghiệm máu: công thức máu, TS, TC (có thể có TQ, TCK, thử đường huyết nếu cần) (tùy theo cơ địa bệnh nhân)
- Nhịn ăn, uống bắt đầu từ 22h ngày trước mổ.
- Phẫu thuật:

- Cắt góc hàm và bờ dưới xương hàm dưới qua đường trong miệng.
 - Kết hợp xương bằng mini plate nếu cần.
- Sau mổ:
- Ăn lỏng 1 tháng.
 - Sử dụng kháng sinh chích trong 1 tuần.
 - Truyền dịch, giảm đau trong 3 ngày.
 - Chụp phim Cephalo, Panorex, Face kiểm tra.
- Tái khám:
- 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 1 năm sau mổ.
 - Chụp phim Cephalo, Panorex, Face, chụp hình mặt thẳng, nghiêng vào các thời điểm bệnh nhân tái khám.

384/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ

385/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHO RĂNG SỮA ÁP - XE QUANH CHÓ

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHO RĂNG SỮA ÁP - XE QUANH CHÓ TRẺ EM

1. CHẨN ĐOÁN:

1.1. Lâm sàng:

- Răng có thể có lỗ sâu hoặc không, mô mềm xung quanh răng có sưng đỏ, có mủ.

- Gõ đau ít hay nhiều tùy tổn thương hoặc không đau.
- Răng lung lay từ độ 1 tới độ 4 (tùy nghiêm trọng ít hay nhiều).

1.2. Cận lâm sàng (nếu có):

Phim X-quang: có thau quang xung quanh răng, có thể tiêu xương chân răng.

1.3. Chẩn đoán xác định: Áp-xe quanh chóp răng.

2. ĐIỀU TRỊ:

2.1. Chỉ định:

Rạch áp-xe, cho toa thuốc.

2.2. Chống chỉ định tương đối:

Bệnh nhân có tiền sử về các bệnh tim mạch, bệnh về máu,... (cho trẻ khám chuyên khoa và có ý kiến của bác sĩ có thể dùng được trong thời gian điều trị).

2.3. Điều trị:

- Rạch áp-xe, cho toa thuốc và hẹn tái khám.

Thuốc : Tùy thực tế trên lâm sàng, có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.

- Kháng sinh:

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

- Trẻ em trên 12 tuổi: Dùng liều người lớn: 500 mg, cách 8 giờ 1 lần.
- Trẻ em đến 10 tuổi: 125-250 mg, cách 8 giờ 1 lần.
- Trẻ dưới 20 kg thường dùng liều 20 - 40 mg/ kg thể trọng/ ngày.

- **Metronidazole 250mg:**

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

- Kháng viêm:

- **Lysozym 90mg:**

o Trẻ em trên 30 tháng tuổi: 4,5 mg/kg/ngày, chia 3 lần uống.

• **Dexamethazone 0,5mg:**

o Liều thường dùng cho trẻ em: 0,024 - 0,34 mg/kg/ngày chia làm 4 liều.

• **Prenisone 5 mg:**

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

- **Giảm đau:**

• **Paracetemol 500mg, 325mg, 250mg (gói), 125mg (gói):**

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

o Trẻ em 10 - 11 tuổi: 480 mg, mỗi 4-6 giờ một lần uống.

o Trẻ em 9 - 10 tuổi: 400 mg, mỗi 4 - 6 giờ một lần uống.

o Trẻ em 6 - 8 tuổi: 320 mg, mỗi 4 - 6 giờ một lần uống.

o Trẻ em 4 - 5 tuổi: 240 mg, mỗi 4 - 6 giờ một lần uống.

o Trẻ em 2-3 tuổi: 160 mg, mỗi 4 - 6 giờ một lần uống.

o Trẻ em 1 - 2 tuổi: 120 mg, mỗi 4 - 6 giờ một lần uống.

- Thời gian dùng thuốc từ 5 - 7 ngày.

- Tái khám:

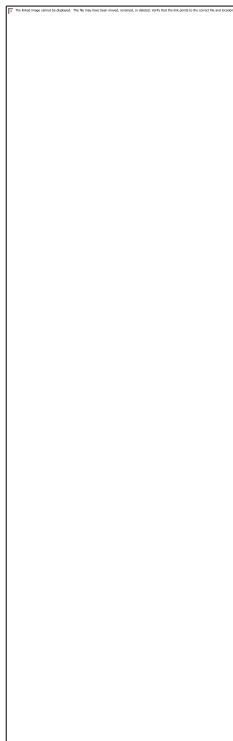
• Cho chụp phim X-quang: nếu được có thể điều trị lấy tủy toàn phần để bảo tồn răng.

• Nhổ răng.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ DỊ TẬT MÔI - HÀM ÉCH

1. CHẨN ĐOÁN:

- Sự gãy đốt của búc thành biểu mô do sự trung bì hóa không hoàn toàn ở 3 tháng đầu của thai kì dẫn đến sự hình thành khe hở.



Phân loại khe hở hàm éch



Cận lâm sàng: Xét nghiệm huyết học thường quy, sinh hóa máu, nước tiểu.

2. ĐIỀU TRỊ:

2.1. Chỉ định:

- Đôi với khe hở môi một bên: từ 6 tháng tuổi trở lên, cân nặng tối thiểu $6\frac{1}{2} kg$.
- Đôi với khe hở môi hai bên: từ 12 tháng tuổi trở lên, cân nặng tối thiểu 10kg.
- Đôi với khe hở hàm éch từ 12 tháng tuổi trở lên và dưới 15 tuổi; sau phẫu thuật khe hở môi 1 năm.

2.2. Chống chỉ định:

- Không đạt yêu cầu trong chỉ định.

- Bệnh tim bẩm sinh, các rối loạn chuyển hóa và sinh hóa máu không cho phép can thiệp phẫu thuật.
- Các trường hợp viêm nhiễm đường hô hấp, chống chỉ định của gây mê.

3. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ:

3.1. Phương pháp điều trị:

Phẫu thuật tạo hình mô, tạo hình hàm éch.

3.2. Thuốc: Tùy thực tế trên lâm sàng, có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.

- **Kháng sinh trong mổ:** Với trẻ sơ sinh liều dùng Cefotaxim: 50mg/kg thể trọng/ngày, chia làm 2 - 4 lần IV (ti

- Sau mổ có thể bổ sung kháng sinh uống:

- **Amoxycillin 250mg/ gói:** Liều thường dùng cho trẻ dưới 20 kg là: 20 - 40 mg/ kg thể trọng/ ngày, chia làm 3 lần uống.
- **Amoxicillin 250mg + Acid Clavulanic 125 mg:** Liều dùng thông thường cho trẻ em dưới 40 kg: 20 mg/kg cân nặng/ ngày, chia làm 3 lần uống.
- **Cephalexine 250mg/ gói:** Liều thường dùng cho trẻ em: 25 -60mg/kg thể trọng/ngày, chia làm 2 - 3 lần uống.
- **Erythromycine 250mg/ gói:** Liều thường dùng cho trẻ em: 30 -50mg/kg thể trọng/ngày, chia làm 2 - 4 lần uống.

- **Kháng viêm:** có thể dùng:

• **Prednisone 5mg:** Liều thường dùng cho trẻ em: 0,14 - 2 mg/kg thể trọng, chia làm 4 lần uống.

- **Giảm đau và hạ sốt:**

• **Paracetamol 250mg, 150mg, 80mg (gói):** Liều thường dùng cho trẻ em 10 - 15mg/kg thể trọng/mỗi 4 - 6 giờ.

3.3. Thời gian điều trị:

- Trung bình khoảng 5 - 7 ngày sau phẫu thuật.

3.4. Tái khám sau 01 tuần; chế độ ăn mềm và lỏng.

3.5. Biến chứng có thể xảy ra như: Chảy máu sau mổ cần ép gạc hoặc kiềm tra lại đốt và khâu cầm máu, sưng

VẬT LIỆU TIÊU HAO TRONG ĐIỀU TRỊ DỊ TẬT MÔI - HÀM ÉCH BẨM SINH

4. Phẫu thuật tạo hình mô

- Dao 11, 15 : 3 lưỡi - 4 lưỡi

	<ul style="list-style-type: none"> - Chỉ + Vicryl 4.0 : 2 tép + Vicryl 5.0 : 1 tép + Nylin 6.0 : 2 tép - Thuốc tê : 2 ống
5. Phẫu thuật tạo hình HE	<ul style="list-style-type: none"> - Toàn bộ 1 bên + Vicryl : 2 tép + Silk 3.0 : 1 tép + Dao 11,15 : 2 cái + Surgycell : 1 miếng - Toàn bộ 2 bên + Dao : 2 cái (11- 15) + Vicryl : 3 tép + Silk 3.0 : 1 tép + Surgycell : 1 miếng + Thuốc tê : 2 ống
6. Phẫu thuật ghép XOR	<ul style="list-style-type: none"> - Dao 11 - 15 : 2 lưỡi - Vicryl : 3.0 : 1 tép - Spongol : 1 miếng - Thuốc tê : 2 ống
4. Phẫu thuật sửa sẹo	<ul style="list-style-type: none"> - Dao 11 - 15 : 2 - 3 lưỡi - Vicryl 4.0 : 2 tép - Vicryl 5.0 : 2 tép - Nylon 6.0 : 2 tép - Thuốc tê : 2 ống

387/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GÂY ĐÓNG CHÓP CHO RĂNG VĨNH VÀNG

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GÂY ĐÓNG CHÓP CHO RĂNG VĨNH VÀNG BẰNG MTA

(Mineral Trioxide Aggregate)

1. CHỈ ĐỊNH:

- Răng vĩnh viễn chưa đóng chót.
- Viêm tủy không hồi phục.
- Hoại tử tủy.

2. ĐIỀU TRỊ:

- Lấy tủy toàn phần.
- Quay Ca(OH)2 trong 1 tuần.
- Trám MTA vùng chót, đặt gòn âm trong buồng tủy, trám tạm (Caviton).
- Trám bít ống tủy bằng vật liệu trám bít sau 1 ngày, trám tạm.
- Trám kết thúc bằng vật liệu trám kết thúc (GIC hay Composite)

388/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ HOẠI TỦ TҮY CHO RĂNG VĨNH VIỄN

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ HOẠI TỦ TҮY CHO RĂNG

1. CHẨN ĐOÁN:

1.1. Lâm sàng:

- Đau hoặc không đau, răng đổi màu (so sánh với màu răng bên cạnh hoặc gần đó bình thường). Mô mềm xung lõi dò ở mô mềm vùng chân răng). Tổn thương có thể lộ tủy hay không, có lỗ sâu trên răng.
- Răng lung lay, gõ đau hoặc không đau (gõ bằng cán gương với lực nhẹ).

1.2. Cận lâm sàng (nếu có):

Phim X-quang: có thấu quang quanh chóp răng, dây chằng nha chu dãn rộng, có thể có tiêu xương chân răng.

1.3. Chẩn đoán xác định: Hoại tử tuy (K0.41).

2. ĐIỀU TRỊ:

2.1. Chỉ định:

- Lấy tuy chân răng; hoặc nhổ nếu nhiễm trùng nhiều, răng lung lay không giữ được.

2.2. Chóng chỉ định tương đối:

- Bệnh nhân có tiền sử các bệnh tim mạch, bệnh về máu,... (cho trẻ khám chuyên khoa và có ý kiến của bác sĩ chỉ định dùng được trong thời gian điều trị).

2.3. Điều trị:

- Lấy tuy toàn phần hoặc nhổ nếu nhiễm trùng nhiều, răng lung lay không giữ được.

Thuốc: Tùy thực tế trên lâm sàng, có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.

- Kháng sinh:

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

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

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

o Trẻ dưới 20 kg thường dùng liều 20 - 40mg/ kg thể trọng/ ngày.

• Metronidazole 250mg:

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

- Kháng viêm:

• Lysozym 90mg:

o Trẻ em trên 30 tháng tuổi: 4,5mg/kg/ngày, chia 3 lần uống.

• Dexamethazone 0,5mg:

o Liều thường dùng cho trẻ em: 0,024 - 0,34 mg/kg/ngày chia làm 4 liều.

• **Prednisone 5mg:**

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

- **Giảm đau:**

• **Paracetemol 500mg, 325mg, 250mg (gói), 125mg (gói):**

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

o Trẻ em 10 - 11 tuổi: 480mg, mỗi 4-6 giờ một lần uống.

o Trẻ em 9 - 10 tuổi: 400mg, mỗi 4 - 6 giờ một lần uống.

o Trẻ em 6 - 8 tuổi: 320mg, mỗi 4 - 6 giờ một lần uống.

o Trẻ em 4 - 5 tuổi: 240mg, mỗi 4 - 6 giờ một lần uống.

o Trẻ em 2-3 tuổi: 160mg, mỗi 4 - 6 giờ một lần uống.

o Trẻ em 1 - 2 tuổi: 120mg, mỗi 4 - 6 giờ một lần uống.

- Thời gian dùng thuốc từ 5 - 7 ngày.

389/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ KHÓ THỞ CẤP - CẤP CỨU

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ KHÓ THỞ CẤP -

Có 2 loại khó thở do chấn thương:

- *Khó thở do tắt nghẽn khí đạo trên.*

- *Khó thở do thanh quản phù nề chèn ép.*

I. TRIỆU CHỨNG:

- Khó thở do nghẹt khí đạo trên do máu cục, đàm nhót, dị vật như: mảnh xương, mảnh răng, đất cát từ ngoài vào
- Khó thở thanh quản do phù nề chèn ép, do sang chấn trực tiếp vào khí quản hoặc chảy máu bên trong lan rộng
- Trường hợp nặng thể hiện khó thở thanh quản cấp độ III:
 - Tăng nhịp thở > 25 lần/phút.
 - Tiếng thở rít lên (người khác có thể nghe thấy).
 - Hít sâu làm pháp phồng cánh mũi, nhìn thấy lõm xương đòn, xương úc và co kéo cơ liên sườn.

2. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ:

- Đôi với khó thở do nghẹt khí đạo trên: lấy hết dị vật và hút sạch miệng mũi, kiểm tra tình trạng tụt lưỡi rồi chờ
- Đôi với khó thở cấp III cần làm ngay:
 - Nếu có thể cắm một kim lớn qua mang giáp nhẫn, thổi hổ trợ trong khi chờ làm tiếp ở mục sau.
 - Đặt ngay ống nội khí quản.
 - Mở khí quản: mở vào sụn nhẫn và tùy tình trạng bệnh nhân lúc đó.

3. THUỐC DÙNG: Tùy thực tế trên lâm sàng, có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù

- Thuốc kháng sinh: có thể dùng các loại kháng sinh phổ rộng như:

- Nhóm Cefalosporin:

- o Cefotaxim 1g:

- ❖ Liều thường dùng cho người lớn: 1 - 2 g/ngày chia làm 2 lần tiêm bắp, tiêm mạch.
- ❖ Liều thường dùng cho trẻ em: 100 - 150 mg/kg/ngày chia làm 2 - 4 lần tiêm bắp, tiêm mạch.
- ❖ Với trẻ sơ sinh: Liều dùng 50 mg/kg/ngày chia làm 2 -4 lần tiêm bắp, tiêm mạch.

- o Dalacin 600 mg:

- ❖ Người lớn: 1,2 - 2,4g/ngày, chia làm 2 - 4 lần tiêm. Tối đa 4,8g/ngày và không nên tiêm bắp quá 600 mg một
- ❖ Trẻ em lớn hơn 1 tháng: 20 - 40 mg/kg/ngày, chia 3 - 4 lần tiêm.

❖ Trẻ sơ sinh nhỏ hơn 1 tháng tuổi: 15 - 20 mg/kg/ngày, chia làm 3 - 4 lần tiêm.

- Thuốc chống phù nề: dùng các loại thuốc tác dụng nhanh và mạnh như:

• **Methylprednisolone** 40mg:

o Liều thường dùng cho người lớn: 1 lọ / 24 giờ - tiêm mạch/tiêm bắp.

o Trẻ em: 1-2mg/kg/ngày/tiêm mạch/tiêm bắp.

- Truyền dịch hồi sức.

- Theo dõi và thay băng theo qui định mở khí quản.

- Thay băng mỗi ngày hoặc khi dơ.

- Hút đàm nhót mỗi 15 - 30 phút nếu dịch tiết nhiều.

390/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ LOẠI BỆNH U NANG VÙNG HÀM MẶT

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ LOẠI BỆNH U NANG VÙNG HÀM MẶT

1. CHẨN ĐOÁN:

1.1. U nang lành tính trong mô mềm:

1.1.1. Dấu hiệu lâm sàng:

- Khối sưng lùng nhùnghay giới hạn rõ.

- Phát triển chậm.

- Sờ mềm, chắc, di động.

- Không đau (trừ khi bị nhiễm trùng thứ phát).

- Có hay không có hạch ngoại biên.

1.2. U nang lành tính trong xương hàm:

1.2.1. Dấu hiệu lâm sàng:

- Giai đoạn tiêm ẩn:

- Không có triệu chứng.
- Phát hiện tình cờ.
- Trường hợp nhiễm trùng gây đau nhức.

- Giai đoạn biến dạng xương:

- Phồng bè mặt xương.
- Bệnh nhân có cảm giác nặng nề.
- Chèn ép thần kinh gây dị cảm hay mất cảm giác.

- Giai đoạn phá vỡ bè mặt xương:

- Nằm dưới niêm mạc.
- Sờ thấy khói lùng nhùngh không đau, pingpong (\pm).
- Bờ xương xung quanh mỏng, bén nhọn.

- Giai đoạn tạo đường dò và gây biến chứng:

- Niêm mạc phủ trên mỏng dần và thủng gây lỗ dò trong hay ngoài miệng.

2. CẬN LÂM SÀNG:

- Siêu âm.

- Ponction.

- X- quang: quanh chóp, Panorex, Occlusal, CT...

- Giải phẫu bệnh.

3. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH:

- Giải phẫu bệnh.

4. ĐIỀU TRỊ:

4.1. Chỉ định: Lấy u - nang, giải phẫu bệnh lý.

4.2. Phác đồ điều trị:

- Phẫu thuật lấy u - nang.

- Giải phẫu bệnh lý.

- Nội khoa: Tùy thực tế trên lâm sàng, có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.

- Kháng sinh:

• **Amoxicillin 500mg (viên nén, viên sủi bột):**

o Liều thường dùng cho người lớn: 1 viên X 3 viên/ ngày (uống).

• **Hoặc Cephalexin 500mg:**

o Liều thường dùng cho người lớn: 1 viên X 3 lần/ngày (uống).

• **Hoặc Clindamycin 150mg:**

o Liều thường dùng cho người lớn: 2 viên x 3 lần/ngày (uống).

• **Hoặc Erythromycine 500mg:**

o Liều thường dùng cho người lớn: 1 viên x 3 lần/ngày (uống).

• **Hoặc Cefotaxim 1g:**

o Liều thường dùng cho người lớn: 1 lọ x 2 lân/ngày/tiêm bắp, tiêm mạch.

o Liều dùng cho trẻ em: trẻ em 50mg/kg thể trọng/24 giờ/ chia làm 2-4 lần, tiêm bắp, tiêm mạch.

- **Kháng viêm:**

• **Methylprednisolone 40mg/lọ:** Liều thường dùng cho người lớn: 1 -2 lọ /24 giờ-tiêm mạch/tiêm bắp.

- **Thuốc giảm đau:**

• **Paracetamol 500mg:** Liều thường dùng cho người lớn: 1 viên x 3 lần/ ngày (uống).

- **Paracetamol codein 530mg/viên:** Liều thường dùng cho người lớn: 1 viên X 3 lần (uống).
- **Diclofenac 75mg/ ống:** Liều thường dùng cho người lớn: 1 - 2 ống/ 24 giờ - tiêm bắp.
- **Tenoxicam 20mg/lọ:** Liều thường dùng cho người lớn: 1 lọ /24 giờ tiêm bắp, tiêm mạch.

5. THEO DÕI, CHÉ ĐỘ CHĂM SÓC VÀ TÁI KHÁM:

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.
- Giữ vết thương khô và sạch.
- Rửa vết thương, thay băng hàng ngày.
- Tái khám sau 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng.
- Biến chứng và cách xử lý:
 - **Nhiễm trùng:** thường hiếm xảy ra, điều trị bằng kháng sinh và rạch dẫn lưu nếu có tụ mủ.
 - **Tụ máu:** Dẫn lưu máu tụ.
 - **Tổn thương thần kinh làm yếu liệt hoặc dị cảm mồi, lưỡi:** thường là tạm thời và mất đi sau 6 tháng.

VẬT LIỆU TIÊU HAO TRONG ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG TRONG ĐIỀU TRỊ U NANG VÙNG HÀM MẶT

STT	TÊN VẬT LIỆU	ĐƠN VỊ TÍNH
01	Kim nha	Cây
02	Dao mổ số 15	Lưỡi
03	Chỉ kẽm cố định hàm	Cuộn
04	Mũi khoan trụ	Mũi
05	Mũi khoan hình quả táo	Mũi
06	Sugicel	Miéng
07	Sphongel	Miéng
08	Chỉ khâu	Sợi
09	Lưỡi cưa cắt đoạn xương	Lưỡi
10	Nẹp tái tạo	Lõ

391/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ MÒN CỔ RĂNG

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ MÒN CỔ RĂNG

1. CHẨN ĐOÁN:

1.1 Lâm sàng:

- Bệnh nhân đến khám vì các triệu chứng ê buốt khi ăn ngọt, chua, lạnh,khi bàn chải chạm vào hoặc triệu chứng bệnh nhân đến ở giai đoạn muộn.
- Khám thấy tồn thương hình chêm(đỉnh quay vào trong, đáy tam giác ở phía ngoài), đáy cứng không có ngà mủ

1.2 Cận lâm sàng:

- XQ trường hợp tồn thương sâu sẽ thấy có đường thấu quang ngang vùng cổ răng

2. ĐIỀU TRỊ:

- Tồn thương nông: thoa Seal Protect
- Tồn thương sâu: trám phục hồi bằng Composite.
- Tồn thương có triệu chứng bệnh lý tủy và bệnh lý vùng quanh chóp thì điều trị giống như bệnh lý tủy và bệnh

3. SAU ĐIỀU TRỊ :

- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng
- Tái khám răng định kỳ

392/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RĂNG KHÔN LÊCH, NGANG, NGẦM B

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RĂNG KHÔN LỆCH, NGANG CHỨNG

1. CHẨN ĐOÁN:

1.1. Chẩn đoán sơ bộ:

1.1.1. Lâm sàng:

- Mặt sưng nề, mắt cân xứng, đau nhẹ hay đau nhiều.
- Há miệng hạn chế.
- Vùng răng liên hệ sưng đỏ, đau, có mủ.
- Bệnh nhân có thể thấy sốt nhẹ.

1.1.2. Cận lâm sàng:

- X-Quang: Panorex, cận chớp.
- Trên phim thấy hình ảnh răng khôn lệch, ngang, ngầm biến chứng.

1.2. Chẩn đoán xác định:

Biến chứng răng khôn: lệch, ngang, ngầm.

2. ĐIỀU TRỊ:

2.1. Chỉ định:

- Răng khôn lệch, ngang, ngầm.

2.2. Chống chỉ định:

- Bệnh nhân tiểu đường, tim mạch, các bệnh lý về máu...(muốn phẫu thuật phải xin ý kiến Bác sĩ chuyên khoa).
- Trong giai đoạn điều trị ung thư (xạ trị).
- Phụ nữ có thai: 3 tháng đầu, 3 tháng cuối của thai kỳ.

2.3. Phác đồ điều trị:

2.3.1. Phương pháp điều trị: Khám và làm bệnh án.

- Xét nghiệm máu: công thức máu, TS, TC (có thể có TQ, TCK, thử đường huyết nếu cần) (tùy theo cơ địa bệnh nhân)
- X-Quang.
- Phẫu thuật được tiến hành các bước như sau:
 - Sát trùng tại chỗ bằng Povidone Iodine 10%.
 - Gây mê vùng gai Spix, gây mê tại chỗ.
 - Rạch vạt hình tam giác hoặc tứ giác.
 - Bóc tách niêm mạc, bọc lô răng 8 mặt ngoài, mặt xa.
 - Khoan xương ổ răng + tạo điểm tựa, cắt chia răng.
 - Nạo dũa, bơm rửa, kiểm tra vết thương.
 - Khâu vết thương.

1.1.5. Thuốc dùng trong điều trị: Tùy thực tế trên lâm sàng, có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.

- KHÁNG SINH:

- **Clindamycin (viên nang 150mg , 300mg):**

- Đối với người lớn:

- ❖ 150 - 300 mg, uống mỗi 6 giờ 1 lần.
 - ❖ Nhiễm khuẩn nặng: 450 mg, uống mỗi 6 giờ 1 lần. ◦ Đối với trẻ em:
 - ❖ 3 - 6 mg/kg thể trọng, uống mỗi 6 giờ 1 lần.
 - ❖ Trẻ em dưới 1 tuổi hoặc cân nặng dưới 10 kg: 3,75mg, uống mỗi 8 giờ/lần.
 - ❖ Dùng 5 đến 7 ngày tùy từng trường hợp.

- **Hoặc Cephalexin (viên nang 250mg, 500mg):**

- Đối với người lớn:

- ❖ Liều thường dùng: 250 - 500 mg, uống mỗi 6 giờ một lần.
- ❖ Liều có thể lên tới 4g/ngày. Nhưng khi cần liều cao hơn, cần cân nhắc dùng một cephalosporin tiêm.

o Đối với trẻ em:

- ❖ Liều thường dùng: 25 - 60mg/kg thể trọng trong 24 giờ, chia thành 2 - 3 lần uống.
- ❖ Trường hợp nhiễm khuẩn nặng, liều tối đa là 100mg/kg thể trọng trong 24 giờ.

o Dùng 5 đến 7 ngày tùy từng trường hợp.

• **Hoặc Ciprofloxacin (viên nén 200mg, 500mg):**

- o Chỉ dùng cho người lớn: Liều thường dùng 500 mgx 2 lần/ngày (uống).
- o Dùng 5-7 ngày tùy từng trường hợp nhiễm trùng nặng nhẹ.
- o Chống chỉ định: Quá mẫn cảm với Ciprofloxacin hay các loại Quinolone khác, trẻ em thiếu niêm, phụ nữ có thai.

- **KHÁNG VIÊM:**

• **Dexamethasone (viên nén 0,5mg):**

- o Người lớn: 1 viên x 3 lần/ngày (uống).
- o Dùng 3 - 6 ngày tùy từng trường hợp nhiễm trùng nặng hay nhẹ.
- o Chống chỉ định: Loét dạ dày, tá tràng, cao huyết áp, bệnh tủy giáp... .thận trọng khi dùng đối với trẻ em.

• **Hoặc Acid Tiaprofenic (viên nén 100mg):**

o Người lớn:

- ❖ Liều tấn công: 2 viên X 3 lần/ngày (uống).
- ❖ Liều duy trì: Tính từ ngày thứ 4: 3 - 4 viên/ngày.

o Chỉ dùng cho trẻ em trên 3 tuổi: 10mg/ kg/ ngày, chia làm 3 - 4 lần uống.

o Nên uống thuốc vào bữa ăn, thời gian điều trị từ 5 - 10 ngày.

o Chống chỉ định: Quá mẫn với Tiaprofenic Acid. Bệnh nhân lén cơn suyễn hoặc nổi mề đay, loét dạ dày, tá tràng cuối.

- **GIẢM ĐAU:**

• **Paracetamol (viên nén, viên sủi 500mg):**

- o Đối với người lớn: 1 viên x 3 lần/ngày.
- o Đối với trẻ em: Liều dùng: 20 - 30 mg/kg/ngày.
- o Dùng khoảng 3 ngày hoặc nhiều ngày hơn tùy từng trường hợp.

• **Hoặc Ibuprofen 200 mg + Paracetamol 325 mg (viên nén):**

- o Người lớn và trẻ em trên 12 tuổi: Liều thường dùng 1 viên mỗi 6 giờ.
- o Chóng chỉ định: Hội chứng polyp mũi, tiền sử phù mạnh, loét dạ dày tá tràng.
- o Dùng 3-5 ngày tùy từng trường hợp.

2.4. Thời gian điều trị:

- Theo dõi sau phẫu thuật, hẹn sau 1 tuần cắt chỉ.
- Không ngâm nước muối sau nhổ răng, ngâm nước đá lạnh thời gian đầu.
- Vệ sinh răng miệng sạch sẽ, ăn thức ăn mềm...

2.5. Biến chứng:

- Chảy máu sau nhổ răng khôn: tìm nguyên nhân chảy máu xử lý tại chỗ, khâu cầm máu.
- Phù nề: cắt chỉ mũi rời thoát dịch, bơm rửa ổ răng.

393/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RĂNG SÂU MEN

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RĂNG SÂU

1. CHẨN ĐOÁN

1.1 Lâm sàng:

- Bệnh nhân không có cảm giác đau.
- Thôi khô thấy mát lớp men trong mờ, xuất hiện các đốm trắng đục trên men
- Thám trâm mắc lại khi thăm khám, hơi ê nhẹ.

1.2 Cận lâm sàng:

X-Quang ít có giá trị chẩn đoán.

2 ĐIỀU TRỊ:

- Áp gel Fluor (sang thương sớm).
- Trám bít hố rãnh.
- Tạo xoang ,trám composite vì lý do thẩm mỹ.

	Vật tư tiêu hao
Tạo xoang	Ly,gants,ống hút nước bọt Các loại mũi khoan
Trám	Đai(kim loại ,cellulose), chêm gỗ,tăm bông trám răng, giấy nhám kẽ ,giấy cắn ,các mũi đánh bóng.

3. SAU ĐIỀU TRỊ:

- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng
- Tái khám răng định kỳ

394/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RĂNG SÂU NGÀ

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RĂNG SÂU

1. CHẨN ĐOÁN

1.1 Lâm sàng:

- Bệnh nhân cảm thấy buộc khi gặp kích thích ngọt, chua, lạnh ;hết kích thích thì hết đau.
- Khám thấy tổn thương sâu răng tiến triển đến ngà.

1.2 Cận lâm sàng: X-Quang có vùng thấu quang chưa tới buồng tủy.

2. ĐIỀU TRỊ:

- Làm sạch và tạo xoang.
- Trám phục hồi.

	Vật tư tiêu hao	Thuốc-hóa chất
Tạo xoang	Ly,gants,ống hút nước bọt Các loại mũi khoan	
Trám phục hồi	Đai(kim loại ,cellulose), chêm gỗ,tăm bông trám răng,giấy nhám kẽ,giấy cắn, các mũi đánh bóng.	Dycal,Ultrabler GIC ,GIC LC,V ,đặc các màu-

3. SAU ĐIỀU TRỊ :

- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng
- Tái khám răng định kỳ

395/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RĂNG VIÊM QUANH CHÓP MÃN

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RĂNG VIÊM QUANH CHÓP MÃN

1. CHẨN ĐOÁN:

1.1 Lâm sàng:

- Bệnh nhân không có triệu chứng toàn thân.
- Răng bị đổi màu sậm, hơi đau khi gõ và sờ.
- Có thể có lỗ dò ở nướu tương ứng với răng đau.
- Thủ điện không có phản ứng.

1.2 Cận lâm sàng:

X-Quang :có vùng thấu quang quanh chóp .

2 ĐIỀU TRỊ:

- Điều trị nội nha

	Vật tư tiêu hao	Thuốc-hóa chất
Mở tủy Lấy tủy hoại tử	Ly,gants,ống hút nước bọt Các loại mũi khoan Trám gai các loại	
Làm sạch- tạo hình ống tủy	Trám dũa các loại Trám nạo các loại Mũi gate các số Ống tiêm nhựa bơm rửa	Dug dịch Dakin 1,5%
Băng thuốc	Côn giấy các số	Rockle's, Ca(OH)2 O
Trám bít ống tủy	Lentulo, lèn côn Côn gutta-percha các loại	Oxyt kẽm,Eugenol,En
Trám phục hồi thân răng (Không hoặc có chốt)	Mũi khoan chốt Chốt Đai(kim loại ,cellulose), chêm gỗ,tăm bông trám răng,giấy nhám kẽ,giấy cắn,các mũi đánh bóng .	Xi măng gắn chốt GIC Composite lỏng ,đặc c

- Điều trị nội nha kết hợp phẫu thuật cắt chóp.

- Nhổ răng: các trường hợp răng không thể phục hồi chức năng ăn nhai, thẩm mỹ hoặc điều trị không thành công

3. SAU ĐIỀU TRỊ:

- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng
- Tái khám răng định kỳ. Chụp phim để đánh giá sự phục hồi của tổ chức vùng chóp răng sau 6,12 tháng .

396/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RĂNG VIÊM TỦY CÓ HỒI PHỤC

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RĂNG VIÊM TỦY CÓ HỒI PHỤC

1. CHẨN ĐOÁN:

1.1 Lâm sàng:

- Bệnh nhân đau do kích thích như ăn ngọt, chua, lạnh.
- Đau nhói và khu trú khoảng vài giây.
- Bệnh nhân không có tiền sử của một cơn đau trước đây.
- Khám thường thấy tổn thương sâu răng lớn hoặc các tổn thương mô cứng khác như mòn răng ,thiểu sǎn..nhưng răng không đau.

1.2 Cận lâm sàng: X quang :vùng chóp răng bình thường.

2 ĐIỀU TRỊ:

- Lấy hết phần ngà bệnh..
- Trám tạm theo dõi (1-2 tuần)
- Nếu hết đau ,trám phục hồi.

	Vật tư tiêu hao	Thuốc-hó
Lấy hết phần ngà bệnh- Tạo xoang	Ly,gants,ống hút nước bọt Các loại mũi khoan	Ca(OH)2 kẽm,Eug
Trám tạm theo dõi		
Trám phục hồi	Đai(kim loại,celMose), chêm.gỗ,tăm bông trám răng,giấy nhám kẽ,giấy cắn,các mũi đánh bóng .	GIC ,GIC lỏng ,đặc

3. SAU ĐIỀU TRỊ:

- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng
- Tái khám răng định kỳ

397/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RĂNG ÁP XE TÁI PHÁT

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RĂNG ÁP XE TÁI PHÁT

1. CHẨN ĐOÁN:

1.1 Lâm sàng:

- Triển triển nhanh từ nhẹ đến sưng nhiều
- Đau dữ dội khi gõ và sờ
- Răng bị lung lay và trồi cao hơn
- Trường hợp nặng, bệnh nhân bị sốt.

1.2 Cận lâm sàng: X-Quang :có vùng thấu quang quanh chóp.

2 ĐIỀU TRỊ:

- Thuốc:Tùy thực tế trên lâm sàng có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.
- Thuốc dùng đường uống ,liều thường dùng cho người lớn:

• Kháng sinh:

- o Amoxicillin 500mg+AcidQavulanic125mg: 1 viên x 3 lần/ngày.
- o Spiramycin750000IU + Metronidazole125mg: 2 viên x 3 lần/ngày.

• Kháng viêm:

- o Prednisone 5mg: 1 viên X 3 lần/ngày.

- o Dexamethasone 0,5mg: 1 viên X 3 lần/ngày.
- o Methylprednisolone 16mg: 1 viên/ngày (sáng).
- o Lysozym 90mg: 1 viên x 3 lần/ngày.

• **Giảm đau:**

- o Paracetamol 500mg: 1 viên x 3-4 lần/ngày.

• **Kháng viêm & giảm đau:**

Ibuprophen 200 mg+paracetamol 325mg: 1 viên x 3 lần/ngày.

Thời gian dùng thuốc từ 5-7 ngày.

Sau đó điều trị như điều trị viêm quanh chót mõm

3. SAU ĐIỀU TRỊ :

- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng
- Tái khám răng định kỳ.

398/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM NHIỄM VÙNG HÀM MẶT

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM NHIỄM VÙNG HÀM MẶT

1. CHẨN ĐOÁN: Mô tả

1.1. Chẩn đoán sơ bộ:

1.1.1. Dấu hiệu lâm sàng:

- Vẻ mặt nhiễm trùng: mệt mỏi, hốc hác.
- Sung nóng đỏ đau vùng mặt.

- Sốt cao, sưng đỏ đau lan tỏa vùng mặt.
- Lưỡi dơ, hôi.
- Há miệng hạn chế, nuốt đau, đôi khi khó thở.

1.1.2. Cận lâm sàng:

- Bạch cầu tăng cao.
- X quang: hình ảnh thấu quang quanh chóp răng (nếu nguyên nhân do răng).

1.2. Chẩn đoán xác định:

- Viêm nhiễm vùng hàm mặt do răng, do chấn thương.

2. ĐIỀU TRỊ:

2.1. Chỉ định: viêm nhiễm vùng hàm mặt.

2.2. Phác đồ điều trị:

- Loại bỏ nguyên nhân.
- Rạch tháo mủ + dẫn lưu -> kháng sinh đồ (nếu có dấu hiệu tụ mủ).

2.3. Thuốc: Tùy thực tế trên lâm sàng, có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.

- Kháng sinh:

• Viêm nhiễm nhẹ:

o Amoxiclyne 500mg + clavulanate 125mg (viên nén):

❖ Liều thường dùng cho người lớn và trẻ em lớn hơn 40kg: 1 viên x 3 lần/ngày uống.

❖ Trẻ em dưới 40kg: Liều dùng thông thường 20 mg/ kg/ ngày, chia làm 3 lần uống.

o Hoặc Clindamycin 150mg (viên nang):

❖ Liều thường dùng cho người lớn: 150 - 300mg, uống mỗi 6 giờ 1 lần.

❖ Nhiễm khuẩn nặng: 450mg, uống mỗi 6 giờ 1 lần. o Viêm nhiễm lan tỏa - nặng:

❖ Cefotaxim 1g/1lọ:

- + Trong trường hợp nhiễm trùng nặng, liều thường dùng cho người lớn từ 2 - 6 g chia làm 2 hoặc 3 lần, IV.
- + Trẻ em: Liều thường dùng 100 - 150 mg/kg/ngày, chia làm 2 đến 4 lần, IV (tiêm mạch). Trong trường hợp nh 200mg/kg/ngày.

❖ Clindamycin 600mg/ lọ - pha thêm 100ml Nacl 9% 0 01 lọ - 02 lọ / 24 giờ - TTM XX giọt / 1' hoặc phổi hợp

❖ Gentamycin 80mg/ ống, 01 ống - 2 ống/24 giờ - TB, hoặc phổi hợp thêm nếu do vi trùng yếm khí:

❖ Metronidazol 250mg/ viên: 2 viên X 3 lần/ngày

❖ Hoặc Metronidazol 500mg/ 100 ml/ chai: 1 - 2 chai/ 24 giờ / TTM / 20 phút.

o Kháng viêm:

❖ Methylprednisolone 40 mg/ lọ:

+ Người lớn: 1 lọ -2 lọ/ngày-TM/TB.

+ Trẻ em: 1-2mg/kg/ngày/TM/TB.] o Thuốc giảm đau:

❖ Acetaminophen 500mg/ viên :

+ Người lớn: 1 viên x 3 viên (uống).

+ Trẻ em: 10 - 15mg/ kg/ 4 - 6h, uống.

❖ Hoặc Acetaminophen + codein 530mg/ viên:

+ Người lớn: 1 viên x 3 lần (uống).

❖ Hoặc Diclofenac 75mg/ ống:

+ Người lớn và trẻ em trên 14 tuổi: 1-2 ống/24h/tiêm bắp.

o Nâng cao thể trạng - bù điện giải - nước trong trường hợp bệnh nhân không ăn uống được:

❖ Lactate Ringel 500ml/ chai: 1 -2 chai/ 24 giờ TTM/XXX giọt/1'

❖ Glucose 5 % 500ml/ chai: 1 -2 chai/ 24 giờ- TTM/XXX giọt/ 1'

- ❖ Vitamin C 1000mg sủi/ viên: 1 viên / 24 giờ - uống.
- ❖ Hoặc Vitamin C 500mg/ ống: 1 - 2 ống / 24 giờ - TM.

2.4. Thời gian điều trị:

- Thời gian điều trị 5-7 ngày.
- Theo dõi - ché độ chăm sóc - tái khám:
 - Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.
 - Tình trạng nhiễm trùng.
 - Kết hợp - kháng sinh đồ -> điều trị thuốc kháng sinh hợp lý.
 - Làm lại xét nghiệm máu sau 05 ngày điều trị (trường hợp nặng).

2.5. Biến chứng - xử lý:

- Nhiễm trùng lan tỏa -> nhiễm trùng máu -> cấy máu.
- Hội chẩn khoa - hội chẩn bệnh viện hoặc liên bệnh viện.

VẬT LIỆU TIÊU HAO TRONG ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM NHIỄM VÙNG HỐ

1. Viêm tủy không do răng - Thuốc tê : 2 ống

(rạch tháo mủ) - Beradine : sát trùng

- Dao 11 : 1 lưỡi
- Ống cao su dẫn lưu : 1 ống
- Ống tiêm 10 cc bơm rửa 3 - 5 ống
- Gòn gạc
- Băng keo
- Lọ cây mủ : 1 lọ
- Chỉ 3.0 : 1 tép

- Nước cát oxy già : bơm rửa

2. Viêm tủy do răng - Thuốc tê : 2 ->5 ống

- Dao 11 : 1 lưỡi

- Chỉ 3. 0 : 1 tép

- Lọ cây mủ

- Ống cao su dẫn lưu : 1 ống

- Ống tiêm 10 cc bơm rửa : 3 ->5 ống

- Gòn + gạc

- Băng keo

- Nước cát + oxy già bơm rửa

- Betadine sát trùng : 1 lọ

399/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM TỦY CHO RĂNG VĨNH VIỄN

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM TỦY CHO RĂNG

1. Chẩn đoán:

1.1. Lâm sàng:

- Đau khi có kích thích: nóng, lạnh, chua, ngọt, khi ăn nhai... hết kích thích hết đau.

- Đau liên tục, uống thuốc giảm đau cũng không đỡ.

- Khám trong miệng:

• Răng sâu lớn, mô mềm xung quanh răng có biểu hiện viêm, nhiễm trùng (sưng đỏ, có thể có lỗ dò).

- Răng lung lay nhẹ hoặc không, đau khi gõ nhẹ (đôi khi triệu chứng lâm sàng rất điển hình của viêm tuy cấp kèm theo).

1.2. Cận lâm sàng: Phim X-quang:

- Độ lan rộng của tổn thương mô răng (độ thấu quang) tới tuy hoặc gần sát sừng tuy. Hoặc có điều trị lấy tuy bu quanh chóp hoặc không.
- Dây chằng nha chu dẫn rộng hoặc bình thường.
- Chóp chân răng đóng kín hoặc chưa đóng chóp.

1.3. Chẩn đoán xác định:

Viêm tuy

2. Điều trị:

2.1. Chỉ định:

- Tùy theo tổn thương trên lâm sàng và phim X-quang.
- Che tuy trực tiếp hoặc gián tiếp bằng Hydroxit Canxi - Ca(OH)2.
- Điều trị tuy: lấy tuy chân.

2.2. Chống chỉ định tương đối:

- Bệnh nhân có tiền sử các bệnh tim mạch, bệnh về máu,... (cho trẻ khám chuyên khoa và có ý kiến của bác sĩ chuyên khoa trước khi điều trị).

2.3. Điều trị:

Tùy theo tổn thương trên lâm sàng và phim X-quang:

- Điều trị bảo tồn: Che tuy trực tiếp hoặc gián tiếp bằng Hydroxit Canxi -Ca(OH)2.
- Điều trị tuy: Lấy tuy chân, nếu răng chưa đóng chóp phải điều trị đóng chóp chân răng trước khi trám ống tuy.

Thuốc: Tùy thực tế trên lâm sàng, có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.

- Kháng sinh:

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

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

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

❖ Trẻ dưới 20 kg thường dùng liều 20 - 40mg/ kg thể trọng/ ngày.

o **Metronidazole 250 mg:**

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

- **Kháng viêm:**

o **Lysozym 90mg:**

❖ Trẻ em trên 30 tháng tuổi: 4,5mg/kg/ngày, chia 3 lần uống.

o **Dexamethazone 0,5mg:**

❖ Liều thường dùng cho trẻ em: 0,024 - 0,34 mg/kg/ngày chia làm 4 liều.

o **Prednisone5 mg:**

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

- **Giảm đau:**

o **Paracetemol 500mg, 325mg, 250mg (gói), 125mg (gói):**

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

❖ Trẻ em 10 - 11 tuổi: 480mg, mỗi 4-6 giờ một lần uống.

❖ Trẻ em 9 - 10 tuổi: 400mg, mỗi 4 - 6 giờ một lần uống.

❖ Trẻ em 6 - 8 tuổi: 320mg, mỗi 4 - 6 giờ một lần uống.

❖ Trẻ em 4 - 5 tuổi: 240mg, mỗi 4 - 6 giờ một lần uống.

❖ Trẻ em 2-3 tuổi: 160mg, mỗi 4 - 6 giờ một lần uống.

❖ Trẻ em 1 - 2 tuổi: 120mg, mỗi 4 - 6 giờ một lần uống.

- Thời gian dùng thuốc từ 5 - 7 ngày.

400/ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ÁP XE QUANH CHÓP RĂNG CHO RĂNG

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ÁP XE QUANH CHÓP RĂNG VIỄN

1. CHẨN ĐOÁN:

1.1. Lâm sàng:

- Răng có thể có lỗ sâu hoặc không, mô mềm xung quanh răng có sưng đỏ, có mủ.
- Gõ đau ít hay nhiều tùy tổn thương hoặc không đau.
- Răng lung lay từ độ 1 tới độ 4 (tùy nhiễm trùng ít hay nhiều).

1.2. Cận lâm sàng (nếu có):

Phim X-quang: có thấu quang xung quanh răng, có thể tiêu xương chân răng.

1.3. Chẩn đoán xác định: Áp-xe quanh chóp răng

2. ĐIỀU TRỊ:

2.1. Chỉ định: Rạch áp-xe, cho toa thuốc.

2.2. Chống chỉ định tương đối:

Bệnh nhân có tiền sử dị ứng thuốc tê, các bệnh tim mạch, bệnh về máu,... (cho trẻ khám chuyên khoa và có ý kiến các thuốc trẻ có thể dùng được trong thời gian điều trị).

2.3. Điều trị:

- Rạch áp-xe, cho toa thuốc và hẹn tái khám.

- Kháng sinh:

• AmoxicilHine 250mg (viên nang, gói), 500mg (viên nang):

- ❖ Trẻ em trên 12 tuổi: Dùng liều người lớn: 500mg, cách 8 giờ 1 lần.
- ❖ Trẻ em đến 10 tuổi: 125-250mg, cách 8 giờ 1 lần.
- ❖ Trẻ dưới 20 kg thường dùng liều 20 - 40mg/ kg thể trọng/ ngày.

• Metronidazole 250mg:

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

- Kháng viêm:

• Lysozym 90mg:

- ❖ Trẻ em trên 30 tháng tuổi: 4,5 mg/kg/ngày, chia 3 lần uống.

• Dexamethazone 0,5mg:

- ❖ Liều thường dùng cho trẻ em: 0,024 - 0,34 mg/kg/ngày chia làm 4 liều.

• Prenisone 5mg:

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

- Giảm đau:

• Paracetemol 500mg, 325 mg, 250 mg (gói), 125 mg (gói):

- ❖ Trẻ em trên 12 tuổi: dùng theo liều người lớn: 500mg, 4-6 giờ một lần uống.
- ❖ Trẻ em 10 - 11 tuổi: 480mg, mỗi 4-6 giờ một lần uống.
- ❖ Trẻ em 9 - 10 tuổi: 400mg, mỗi 4 - 6 giờ một lần uống.
- ❖ Trẻ em 6 - 8 tuổi: 320mg, mỗi 4 - 6 giờ một lần uống.
- ❖ Trẻ em 4 - 5 tuổi: 240mg, mỗi 4 - 6 giờ một lần uống.
- ❖ Trẻ em 2-3 tuổi: 160mg, mỗi 4 - 6 giờ một lần uống.

❖ Trẻ em 1 - 2 tuổi: 120 mg, mỗi 4 - 6 giờ một lần uống.

- Thời gian dùng thuốc từ 5 - 7 ngày.

- Tái khám:

• Cho chụp phim X-quang: nếu được có thể điều trị lấy tủy chân răng để bảo tồn răng.

• Nhổ răng.

- Thuốc: Tùy thực tế trên lâm sàng, có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.

401/ PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH THẨM MỸ MŨI

PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH THẨM MỸ MŨI

1. TRƯỚC PHẪU THUẬT:

1.1. Khám và chuẩn đoán:

♦ Lâm sàng:

- Tình trạng tổng quát của bệnh nhân (khám nội khoa nếu cần)

- Tình trạng và hình thái mũi tại chỗ da mũi, tổ chức dưới da, hệ thống nâng đỡ: xương, sụn mũi, đầu mũi, độ lõm mũi, van mũi, cuốn mũi.

♦ Cận lâm sàng:

- Chụp hình tiền phẫu

- Xét nghiệm thường qui và những xét nghiệm khác(nếu cần)

1.2. Lập kế hoạch điều trị:

- Chọn phương pháp phẫu thuật

- Chọn phương pháp vô cảm

- Thời gian phẫu thuật cố định mũi sau phẫu thuật
- Sử dụng thuốc sau phẫu thuật

1.3. Giải thích tiến trình điều trị và xác nhận sự đồng ý của bệnh nhân bằng văn bản cam kết.

2. PHẪU THUẬT

- Vô cảm
- Đường rạch da : trong mũi, ngoài mũi.
- Chỉnh hình mũi bằng các phương pháp K-wire, naal packing osteotomy, chỉnh hình vách ngăn, đầu mũi (có m)
- Khâu vết thương
- Băng ép và cố định mũi.

3. SAU PHẪU THUẬT:

- Sử dụng kháng sinh 7 ngày - 10 ngày + kháng viêm giảm đau
- Chườm lạnh trong 48 giờ
- Chườm nóng những ngày sau.
- Hướng dẫn vệ sinh vết thương
- Cắt chỉ sau 1 tuần
- Chụp lại ảnh và đánh giá sau 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 1 năm

402/ PHẪU THUẬT CẮT GỐC RĂNG

PHẪU THUẬT CẮT GỐC RĂNG

1. CHẨN ĐOÁN:

1.1. Chẩn đoán sơ bộ:

1.1.1. Lâm sàng:

- Bất thường trong cấu trúc giải phẫu chân răng mà không thể nội nha được.
- Răng có nang quanh chóp.
- Gãy ngang chóp chân răng.
- Sai sót trong quá trình điều trị nội nha (trám bít ống tủy quá chóp...).
- Sang thương quanh chóp quá lớn không thể điều trị bằng nội nha đơn thuần

1.1.2. Cận lâm sàng:

X-Quang (X-Quang có thấu quang chóp răng nhiễm trùng).

1.2. Chẩn đoán xác định:

Răng nhiễm trùng chóp.

2. ĐIỀU TRỊ:

2.1. Chỉ định:

- Những trường hợp thất bại trong điều trị nội nha hay không thể điều trị nội nha thành công.

2.2. Chóng chỉ định:

- Răng lung lay, tiêu xương nhiều.
- Bệnh nhân tiểu đường, tim mạch, các bệnh lý về máu. (muốn phẫu thuật phải xin ý kiến Bác sĩ chuyên khoa).
- Trong giai đoạn điều trị ung thư (xạ trị).
- Phụ nữ có thai: 3 tháng đầu, 3 tháng cuối của thai kỳ.

2.3. Phác đồ điều trị:

- Xét nghiệm máu: công thức máu, TS, TC (có thể có TQ, TCK, thử đường huyết nếu cần) (tùy theo cơ địa bệnh

- Sát trùng tại chỗ bằng Povidone Iodine 10%.
 - Gây mê tại chỗ, gây mê vùng (gây mê lỗ khâu cái trước hoặc lỗ khâu sau hoặc lỗ cầm).
 - Tạo vật hình L hoặc hình thang, bán nguyệt.
 - Bóc tách, dùng mũi khoan trụ mở xương ở răng ngoài để bóc lộ chóp răng.
 - Cắt chóp răng bằng mũi trụ.
 - Nạo sạch tổ chức viêm (nếu cần có thể dùng Acide Tricloracétique 30% (AT) để đốt tổ chức viêm).
 - Dùng mũi tròn loại bỏ vụn xương, tổ chức viêm.
 - Bơm rửa bằng dung dịch NaCl 0.9%.
- KHÁNG SINH:**
- **Clindamycin (viên nang 150mg, 300mg):**
 - Đối với người lớn:
 - ❖ 150 - 300 mg, uống mỗi 6 giờ 1 lần.
 - ❖ Nhiễm khuẩn nặng: 450 mg, uống mỗi 6 giờ 1 lần. ◦ Đối với trẻ em:
 - ❖ 3 - 6 mg/kg thể trọng, uống mỗi 6 giờ 1 lần.
 - ❖ Trẻ em dưới 1 tuổi hoặc cân nặng dưới 10 kg: 3,75 mg, uống mỗi 8 giờ 1 lần.
 - Dùng 5 đến 7 ngày tùy từng trường hợp.
 - **Hoặc Cephalexin (viên nang 250mg , 500mg):**
 - Đối với người lớn:
 - ❖ Liều thường dùng: 250 - 500mg, uống mỗi 6 giờ một lần.
 - ❖ Liều có thể lên tới 4 g/ngày. Nhưng khi cần liều cao hơn, cần cân nhắc dùng một cephalosporin tiêm.
 - Đối với trẻ em:
 - ❖ Liều thường dùng: 25 - 60 mg/kg thể trọng trong 24 giờ, chia thành 2 - 3 lần uống.

❖ Trường hợp nhiễm khuẩn nặng, liều tối đa là 100 mg/kg thể trọng trong 24 giờ.

o Dùng 5 đến 7 ngày tùy từng trường hợp.

• **Hoặc Ciprofloxacin (viên nén 250mg , 500mg):**

o Chỉ dùng cho người lớn: Liều thường dùng 500mg x 2 lần/ngày (uống).

o Dùng 5-7 ngày tùy từng trường hợp nhiễm trùng nặng nhẹ.

o Chống chỉ định: Quá mẫn với Ciprofloxacin hay các loại Quinolone khác, trẻ em thiếu niêm, phụ nữ có thai, ch

- **KHÁNG VIÊM:**

• **Dexamethasone (viên nén 0,5mg):**

o Người lớn: 1 viên x 3 lần/ngày (uống).

o Dùng 3 -6 ngày tùy từng trường hợp.

o Chống chỉ định: Loét dạ dày, tá tràng, cao huyết áp, bệnh tuyến giápthận trọng khi dùng đối với trẻ em.

• **Hoặc Tiaprofenic Acid (viên nén 100mg):**

o Người lớn:

❖ Liều tấn công: 2 viên x 3 lần/ngày (uống).

❖ Liều duy trì: Tính từ ngày thứ 4: 3 - 4 viên/ngày.

o Chỉ dùng cho trẻ em trên 3 tuổi: 10mg/kg/ngày, chia làm 3 - 4 lần uống.

o Nên uống thuốc vào bữa ăn, thời gian điều trị từ 5 - 10 ngày.

o Chống chỉ định: Quá mẫn với Tiaprofenic Acid. Bệnh nhân lên cơn suyễn hoặc nỗi mề đay, loét dạ dày, tá tràn cuối.

- **GIẢM ĐAU:**

• **Paracetamol (viên nén 500mg, viên sủi 500mg):**

o Đối với người lớn: 1 viên x 3 lần/ngày.

o Đối với trẻ em: Liều dùng: 20 - 30 mg/kg/ngày.

o Dùng khoảng 3 ngày hoặc nhiều ngày hơn tùy từng trường hợp.

• **Hoặc Ibuprofen 200mg + Paracetamol 325mg (viên nén):**

o Người lớn và trẻ em trên 12 tuổi: Liều thường dùng 1 viên mỗi 6 giờ.

o Chóng chỉ định: Hội chứng polyp mũi, tiền sử phù mạch, loét dạ dày tá tràng.

o Dùng 3-5 ngày tùy từng trường hợp.

- Khâu vết mổ và hẹn: 3 ngày tái khám, 1 tuần sau cắt chỉ.

- Biến chứng, cách xử trí:

• Nhiễm trùng tái phát sau phẫu thuật cắt gốc:

o Nếu nhẹ thì nạo lại ổ nhiễm trùng, mài chỉnh khớp cắn...

o Nếu răng lung lay nhiều, ổ nhiễm trùng tái phát lớn thì nhổ răng.

403/ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH THẨM MỸ MÔI, MŨI

PHẪU THUẬT TẠO HÌNH THẨM MỸ

2. TRƯỚC PHẪU THUẬT:

3.1. Khám và chuẩn đoán:

♦ Lâm sàng: Tình trạng tổng quát của bệnh nhân (khám nội khoa nếu cần)

♦ Cận lâm sàng:

- Sẹo môi trên kích thước, kiểu của sẹo

- Khám cung răng, khẩu cá, xương hàm trên, hàm dưới

- Lấy dấu cung răng nếu cần.

- Chụp hình tiền phẫu
- Xét nghiệm thường qui và những xét nghiệm khác (nếu cần).

3.2. Lập kế hoạch điều trị:

- Chọn phương pháp phẫu thuật
- Chọn phương pháp vô cảm.
- Sử dụng thuốc sau phẫu thuật
- Chăm sóc vết thương sau phẫu thuật

3.3. Giải thích tiến trình điều trị và xác nhận sự đồng ý của bệnh nhân bằng văn bản cam kết.

4. PHẪU THUẬT

- Phương pháp vô cảm : mê, tê
- Vẽ phát họa đường mổ
- Phương pháp mổ

5. SAU PHẪU THUẬT:

- Sử dụng kháng sinh 5 ngày - 7 ngày + kháng viêm giảm đau
- Hướng dẫn vệ sinh vết thương
- Cắt chỉ sau 1 tuần
- Chụp lại ảnh và đánh giá sau phẫu thuật.

404/ PHỤC HÌNH THÁO LẮP BÁN PHẦN NỀN NHỰA

PHỤC HÌNH THÁO LẮP BÁN PHẦN NỀN N

1. CHẨN ĐOÁN

- Mất răng lẻ tẻ hàm trên, hàm dưới.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khoảng mất răng quá dài không thể làm phục hình cố định
- Mất răng phía sau và không còn răng cuối.
- Có thể thực hiện dùng để che phủ những thiếu hổng trong khoang miệng
- Bệnh nhân không muôn mài răng

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Dị ứng với vật liệu làm hàm giả
- Bệnh nhân có rối loạn tâm thần và không hợp tác khi điều trị

4. PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

- 4.1. Lấy dấu nghiên cứu
- 4.2. Lấy dấu, chọn màu răng
- 4.3. Thủ sáp, xác định tương quan cắn khớp
- 4.4. Thủ răng kiểm tra khớp cắn và thẩm mỹ
- 4.5. Lắp hàm mài chỉnh khớp cắn
- 4.6. Chữa đau

Phương pháp điều trị	Thuốc, nguyên vật liệu - hóa chất
1. Lấy dấu	1. Alginat, ly, găng.
2. Thủ sáp	2. Sáp lá, cồn, ly, găng.
3. Thủ răng	3. Mũi mài nhựa, đá mài, ly, găng.
4. Lắp ráp	4. Nhựa nấu, giấy nhám, mũi mài nhựa, mũi khoan (trụ, tròn), mũi kim c

405/ PHỤC HÌNH THÁO LẮP KHUNG LIÊN KẾT

PHỤC HÌNH THÁO LẮP KHUNG LI

1. CHẨN ĐOÁN

- Mất răng lẻ tẻ hàm trên, hàm dưới

2. CHỈ ĐỊNH

- Những răng còn lại có đủ khả năng chịu lực cho những răng đã mất
- Yêu cầu thẩm mỹ
- Mất nhiều răng khoảng cách răng trụ quá xa

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH :

- Răng mang mắc cài là răng cửa
- Răng trụ có mô nha chu suy yếu

4. PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

- 4.1. Lấy dấu nghiên cứu
- 4.2. Mài cùi , lấy dấu răng mang mắc cài , xác định tương quan khớp cắn
- 4.3. Thủ sườn có mang mắc cài
- 4.4. Thủ phục hình cố định có mang mắc cài , lấy dấu kết hợp phục hình tháo lắp khung và phục hình cố định có mang mắc cài
- 4.5. Thủ khung có mang mắc cài , Xác định tương quan cắn .
- 4.6. Thủ răng
- 4.7. Gắn phục hình cố định và phục hình tháo lắp . Điều chỉnh khớp cắn .

4.8. Tái khám ,chữa đau

Phương pháp điều trị	Thuốc, nguyên vật liệu - hóa chất
1. Mài cùi , lấy dấu PHCD	1. Alginate, cao su nặng, nhẹ, ly, găng,
2. Thủ sườn có mắc cài	2. Ly, găng.
3. Thủ PHCD có mang mắc cài	3. Mũi kim cương, đá mài, ly, găng.
4. Lấy dấu kết hợp PHTL + PHCD có mang mắc cài	4. Giấy nhám, mũi mài nhựa, giấy cắn,
5. Thủ khung có mang mắc cài	5. Mũi kim cương, giấy cắn, ly, găng.
6. Thủ răng	6. Mũi mài nhựa, mũi kim cương, ly, gă

406/ PHỤC HÌNH THẨM MỸ THÁO LẮP KHUNG BỘ

PHỤC HÌNH THẨM MỸ THÁO LẮP K

1. CHẨN ĐOÁN

- Mất răng lẻ tẻ hàm trên , hàm dưới

2. CHỈ ĐỊNH

- Những răng còn lại có đủ khả năng chịu lực cho những răng đã mất
- Khớp cắn bình thường
- Có thể thực hiện như một nẹp nha chu khi hàm mất răng bán phần có mô nha chu bị tổn thương hoặc suy yếu
- Phục hồi khớp cắn sau một phẫu thuật hàm mặt

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH :

- Bệnh nhân có rối loạn tâm thần và bệnh nhân không hợp tác khi điều trị
- Các răng trụ xoay nhiều
- Quá nhiều khoảng mất răng xen kẽ trên khung hàm

- Răng trụ có mô nha chu suy yếu

4. PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

4.1. Lấy dấu nghiên cứu

4.2. Mài ổ tựa mặt nhai, mài chỉnh độ lèm, mài chỉnh khớp cắn, lấy dấu

4.3. Thủ khung

4.4. Xác định tương quan khớp cắn, chọn màu răng

4.5. Thủ răng

4.6. Lắp hàm, mài chỉnh khớp cắn

4.7. Chữa đau

Phương pháp điều trị	Thuốc, nguyên vật liệu - hóa chất
1. Lấy dấu	1. Alginat, ly, găng.
2. Thủ sáp	2. Sáp lá, cồn, ly, găng.
3. Thủ răng	3. Mũi mài nhựa, đá mài, ly, găng.
4. Lắp răng	4. Giấy nhám, mũi mài nhựa, giấy cắn, mũi kim cương, ly, găng.

407/ VIÊM NUÓU (do cao răng)

VIÊM NUÓU (do cao răng)

1. CHẨN ĐOÁN:

1.1. Triệu chứng:

- Lâm sàng: Chảy máu nướu tự phát hoặc khi có kích thích (thăm khám, chải răng, ăn nhai....).

- Tại chỗ: vôi răng + mảng bám nhiều.

1.2. Chẩn đoán xác định: Viêm nướu.

2. ĐIỀU TRỊ:

2.1. Chỉ định:

- Cạo vôi răng.

2.2. Phác đồ điều trị:

- Khám và làm bệnh án.
- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng.
- Cạo vôi răng 2 hàm.
- Đánh bóng 2 hàm (Pumice + chổi/ đài cao su).
- Thời gian điều trị: 01 ngày.
- Tái khám sau 06 tháng.

2.3. Hỗ trợ điều trị:

- Kem đánh răng.
- Nước súc miệng.

408/ TÚI NHA CHU SÂU, TIÊU XƯƠNG/THIẾU HỒNG XƯƠNG < 2 VÁCH

TÚI NHA CHU SÂU, TIÊU XƯƠNG/THIẾU HỒNG XƯƠNG < 2 VÁCH

1. CHẨN ĐOÁN:

1.1. Triệu chứng:

- Xương tiêu, mất vách xương quanh chân răng (<2 vách).

- Tiêu xương theo chiều ngang, dọc.

- Mát thâm mĩ.

1.2. Chẩn đoán xác định: Nha chu viêm.

2. ĐIỀU TRỊ:

2.1. Chỉ định:

- Phẫu thuật ghép xương.

2.2. Phác đồ điều trị:

- Khám và làm bệnh án.

- Xét nghiệm máu: công thức máu, TS, TC (có thể có TQ, TCK, thử đường huyết nếu cần) (tùy theo cơ địa bệnh

- Chụp phim X-quang.

- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng.

- Cạo vôi răng.

- Gây tê tại chỗ bằng Lidocain 2%.

- Bóc tách vạt bộc lộ sang thương bằng cây tách bóc.

- Ghép xương Porites.

- Khâu Silk 3.0/ 4.0.

- Thời gian điều trị 01 ngày.

- Tái khám sau: 07 ngày.

1.1.4. Thuốc dùng trong điều trị : Tùy thực tế trên lâm sàng, có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.

- Kháng sinh:

• Cephalexin 500mg:

❖ Liều thường dùng cho người lớn: 1 viên X lần/ngày (uống).

- ❖ Dùng khoảng 7 ngày tùy từng trường hợp.
 - Spiramycin 750.000 UI + Metronidazol 125mg.
- ❖ Liều thường dùng cho người lớn: 2 viên x 3 lần/ngày (uống).
- ❖ Dùng từ 5 - 7 ngày tùy từng trường hợp.
 - Kháng viêm:
 - Dexamethasone 0,5mg:
 - ❖ Liều thường dùng cho người lớn: 1 viên x 1 lần/ngày (uống).
 - ❖ Dùng từ 3-6 ngày tùy từng trường hợp nhiễm trùng nặng hay nhẹ.
 - ❖ Chóng chỉ định: Loét dạ dày, tá tràng, cao huyết áp, bệnh tuyến giáp....
 - Giảm đau:
 - Paracetamol 500mg (viên nén, viên sủi):
 - ❖ Liều thường dùng cho người lớn: 1 viên X 3 lần/ ngày (uống).
 - ❖ Dùng khoảng 3 ngày hoặc nhiều ngày hơn tùy từng trường hợp.
 - Paracetamol 325mg + Ibuprofen 200mg:
 - ❖ Liều thường dùng cho người lớn: 1 viên X 3 lần/ ngày (uống).
 - ❖ Dùng khoảng 3 ngày hoặc nhiều ngày hơn tùy từng trường hợp.
 - ❖ Chóng chỉ định: Loét dạ dày, tá tràng, hội chứng polyp mũi, tiền sử phù mạch....
 - Kem đánh răng.
 - Nước súc miệng.

ĐIỀU TRỊ RĂNG LỆCH LẠC ĐƠN GIẢN

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Chẩn đoán sơ bộ:

1.1.1. Khám lâm sàng:

Răng lệch lạc nhẹ, đơn giản, chỉ khu trú ở một số răng.

1.1.2. Khám cận lâm sàng: X Quang

- Không có sai lệch xương hàm.
- Răng lệch lạc.

1.2. Chẩn đoán: Răng lệch lạc đơn giản.

2. ĐIỀU TRỊ:

2.1. Chỉ định: Khí cụ tháo lắp đơn giản.

2.2. Chống chỉ định: Bệnh nhân không hợp tác.

2.3. Phương pháp điều trị:

- Chụp hình, lấy dấu, đồ mẫu hàm thạch cao trước điều trị
- Chuyển Labo thực hiện khí cụ bằng nhựa tự cứng.
- Lắp khí cụ trên miệng bệnh nhân.
- Điều chỉnh khí cụ định kỳ.
- Kết thúc điều trị, chụp hình, lấy dấu, chụp phim X-quang kiểm tra sau điều trị, gắn hàm duy trì (nếu cần)
- Tái khám

410/PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH - BỆNH VIỆN NGUYỄN TRÃI

411/CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ NGỘ ĐỘC CẤP

CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ NGỘ ĐỘC CẤP

I. NGUYÊN TẮC CHUNG:

- Khi gặp bệnh nhân bị ngộ độc, phải đảm bảo bệnh nhân không có khó thở và có thể bắt được mạch. Nếu có, phải đảm sự sống cho bệnh nhân.
- Bệnh nhân ngộ độc thường được xếp vào 1 trong 6 hội chứng ngộ độc
- Hỏi tiền sử, bệnh sử để xác định:
 - * Loại độc chất, nồng độ và lượng độc chất?
 - * Đường vào: uống, hít, qua da?
 - * Thời gian từ lúc ngộ độc đến lúc nhập viện?
 - * Triệu chứng?
 - * Các biện pháp sơ cứu và xử trí tuyệ́n trước?

- Khám thực thể bệnh nhân ngộ độc nên ghi nhận: dấu hiệu sinh tồn, đường kính đồng tử, tình trạng da (khô, ướt, quang).

II. CÁC HỘI CHỨNG NGỘ ĐỘC:

Hội chứng	Biểu hiện lâm sàng có thể gặp
Giống giao cảm (Sympathomimetic)	Tăng huyết áp, nhịp tim nhanh, đồng tử dãn, vã mồ hôi, có thể sốt, vã vã, ảo giác

Kháng tiết Acetylcholine (Anticholinergic)	Nhịp tim nhanh và tăng thân nhiệt. Dấu hiệu thần kinh trung ương gồm kích động trường hợp nặng có thể co giật. Dấu hiệu thần kinh ngoại biên gồm dẫn đồng tử đỏ, ứ nước tiêu và giảm nhu động ruột.
Tiết Acetylcholine (Cholinergic)	Nhịp tim chậm, suy hô hấp do liệt và giảm SpO2 do co thắt phế quản, đồng tử co giật và hôn mê.
Thuốc gốc, thuốc phiện (Opiate)	Tụt huyết áp, nhịp tim chậm, suy hô hấp, hạ thân nhiệt, đồng tử co nhỏ, giảm nhạy cảm, hôn mê.
Thuốc ngủ an thần (Sedative hypnotic)	Tụt huyết áp, nhịp tim chậm, thở chậm, hôn mê.
Ngoại tháp	Co cứng cơ, cứng cổ, ưỡn cứng người, cứng hàm, cơn trộn ngược mắt

III. CHẨN ĐOÁN: dựa vào

- bệnh sử
- Vỏ thuốc, chai thuốc còn sót lại
- Khám lâm sàng: dấu hiệu sinh tồn, hội chứng ngộ độc, biến chứng thứ phát do ngộ độc
- Kết quả xét nghiệm sinh hóa máu, khí máu, tìm độc chất trong máu và trong nước tiểu

IV. XỬ TRÍ NGỘ ĐỘC CẤP:

Mục đích:

- Loại trừ độc chất khỏi cơ thể.
 - Phá hủy hoặc trung hòa độc chất bằng chất giải độc đặc hiệu
 - Điều trị các biến chứng thứ phát do ngộ độc
1. Cấp cứu ban đầu: xử trí các trường hợp nguy kịch đe dọa tính mạng

- Đặt nội khí quản khi có suy hô hấp, bệnh nhân hôn mê có nguy cơ hít sặc

- Lập đường truyền tĩnh mạch

- Theo dõi huyết áp, điện tâm đồ

2. Loại bỏ độc chất: nhiều biện pháp, càng nhanh càng tốt

2.1. Ngăn chân hấp thu:

- Ngoài da: làm sạch da, tóc bằng nước ấm, xà phòng, dầu gội. Rửa mắt bằng nước muối 0.9%

- Trong dạ dày:

* Gây nôn: khi bệnh nhân tỉnh

+ Uống 200ml nước, ngoáy họng ở góc hàm. Hoặc + Uống 30ml sirup ipecac, bệnh nhân sẽ nôn sau 15 phút + C chất ăn mòn.

* Rửa dạ dày:

+ CĐ: ngộ độc do uống trong vòng 2-3 giờ

Không gây nôn được

Lấy dịch dạ dày tìm độc chất

+ CCĐ: bệnh nhân lơ mơ, mê. Nếu cần phải đặt NKQ, bơm bóng chèn trước khi rửa

Uống chất ăn mòn (acid, kiềm)

+ Kỹ thuật: bệnh nhân nằm đầu thấp, nghiêng trái, dùng nước muối sinh lý hay nước pha muối (4g/l), rửa đến k

Có thể lặp lại sau 3-4 giờ, nếu cần.

* Uống than hoạt: để hấp thu độc chất + CĐ: độc chất có trong dạ dày- ruột + CCĐ: bn mê, co giật, hay uống ch nước uống qua ống thông dạ dày, có thể lặp lại liều 20-30g mỗi 4 giờ/lần 2.2. Tăng thải trừ:

* Thuốc nhuận trường: tăng đào thải độc chất.

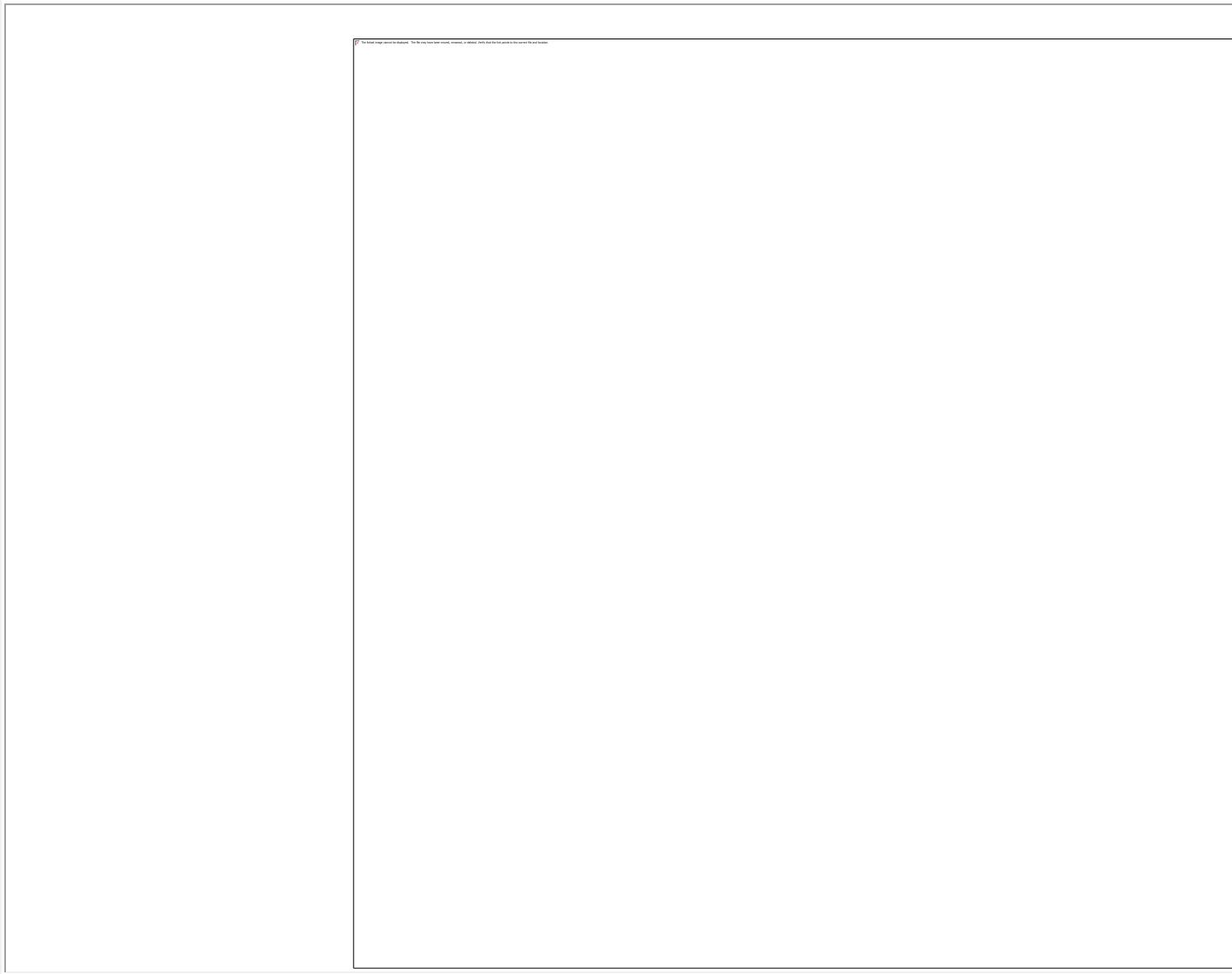
CCĐ: bn có suy thận, suy tim, tăng huyết áp

* Truyền dịch và lợi tiểu: khi huyết áp ổn định, và chưa có suy thận

* Thận nhân tạo hay lọc máu

Thuốc giải độc:

ĐỘC CHẤT	CHẤT GIẢI ĐỘC	LIỀU NGƯỜI LỚN
Acetaminophen	N-acetylcysteine	140 mg/kg (uống) Sau đó: 70 mg/kg mỗi 4 giờ x 17 liều
Anticholinesterase (Vd: Phosphohruco)	Atropinsulfate Pralidoxim	1-5 mg TM (TB, TDD) mỗi 5-10ph 1-2g TTM/30 phút, sau đó 0,5 g/giờ
Ethylene glycol	Ethanol	0,6 g/kg pha G 5% TM trên 30 - 45ph, Sau đó 110 mg/kg/giờ Duy trì: [alcohol]/máu 100 - 50mg/dl
HC ngoại tháp	Diphenhydramine Benztropinemesylate	25-50 mg TM (TB, uống) 1-2 mg TM (TB, u)
INH	Pyridoxine	Tương đương lượng INH
Methanol	Ethanol	0,6 g/kg pha G 5% TM trong 30-45 phút, Sau Duy trì: [alcohol]/máu 100-150 mg/dl
MetHb	Methylene blue	2mg/kg TM trong 5 phút, lập lại sau 1 giờ
Thuốc phiện	Naloxone	0,4-2 mg TM (TB, TDD, NKQ)
Antivitamine K	Vitamin K1 Plasma tươi đông lạnh	10 mg TM, TB, TDD Tùy LS



412/ CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ TRƯỚC MỘT CHẨN THƯƠNG MẮT

CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ TRƯỚC MỘT CHẨN THƯƠNG MẮT MỚI XẢY RA

NGUYÊN NHÂN CHẨN THƯƠNG MẮT:

- Dị vật nồng: bụi, gỗ, kim loại, ...
- Bóng mắt: axit, bazơ.
- Đụng dập: quả bóng , cú đấm.
- Xuyên thủng: cây đinh, cọng kẽm, ...

KHÁM LÂM SÀNG CHẨN THƯƠNG MẮT:

1- Khám mi và các bộ phận phụ: Tìm vết rách, đường vào.

2- Khám phần trước nhãn cầu: kết mạc, giác mạc, tiền phòng, móng mắt, đồng tử, góc tiền phòng, thủy tinh thể, huyết tiền phòng, đứt chân móng, phôi kẹt móng, lệch, sa, vỡ thủy tinh thể.

3- Khám phần sau nhẫn cầu: Pha lê thể, võng mạc

- ◆ Có đục, xuất huyết pha lê thể?
- ◆ Có phù, xuất huyết, rách, bong võng mạc?
- ◆ Thị thần kinh: - túc thì: ít hồi phục, thường dẫn đến teo thị.
 - sau 24-48h: Chèn ép, phẫu thuật giải áp.

4- Đánh giá vận nhẫn: khi đã chắc chắn không thủng nhẫn cầu.

CÂN LÂM SÀNG CHẨN THƯƠNG MẮT:

Siêu âm, XQ giúp tìm dị vật.

ĐIỀU TRỊ CHẨN THƯƠNG MẮT:

1. Nguyên tắc:

Cần điều trị cấp cứu tại cơ sở chuyên khoa để xử trí kịp thời vết thương hoặc theo dõi về mắt.

2. Tồn thương ở phần trước nhẫn cầu:

- Xuất huyết dưới kết mạc: Sẽ thoái triển tự nhiên
- Trợt giác mạc: Col. Tobrex hoặc Col. Cloraxin 0,4% x 6 lần. Băng mắt.
- Xuất huyết tiền phòng: Nghỉ ngơi, uống nhiều nước, thuốc tan máu bầm, theo dõi nhẫn áp. Chỉ can thiệp ngoại khi ngấm máu giác mạc).
- Tồn thương móng mắt: Thường là theo dõi, nếu phòi móng phải phẫu thuật
- Tồn thương thủy tinh thể: Đa số là điều trị nội ôn mới phẫu thuật khi thủy tinh thể lệch, vỡ. Chỉ mổ sớm khi sa

3. Tồn thương ở phần sau nhẫn cầu:

- Xuất huyết pha lê thể: cho nghỉ ngơi, uống nhiều nước, theo dõi máu tiêu bằng siêu âm.
- Tồn thương võng mạc và phù cực sau: dùng corticoid toàn thân.
- Rách võng mạc: quang đông.

4. Những tồn thương khác:

Điều trị riêng vết thương mi mắt (khâu cẩn thận, khâu cơ nâng mi, tái tạo lè đạo).

5. Theo dõi:

Cần theo dõi đều đặn trong nhiều tháng, kể cả chấn thương đụng dập nhẹ nhằm phát hiện biến chứng thứ phát như nhăn áp, bong võng mạc...

413/ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ CHÈN ÉP TIM CẤP

CHÈN ÉP TIM CẤP

Chèn ép tim cấp tùy thuộc vào thể tích lượng dịch trong khoang màng tim, tốc độ tạo lập dịch, nếu nhanh chỉ cần 2000ml mới gây chèn ép tim cấp.

NGUYÊN NHÂN CHÈN ÉP TIM CẤP:

Những nguyên nhân chung:

Virus

Nhiễm nấm bệnh tạo keo Thuốc chống đông

- Chấn thương
- Nhiễm trùng
- Nhiễm tia
- U bướu

Hội chứng Dressler - Do thuốc chống đông

Phình tách vách động mạch

Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng có absces vòng van

Những trường hợp chèn ép tim cấp xảy ra ở những Khoa cấp cứu:

- Sau đặt điện cực vào buồng tim

- Sau đặt đường truyền tĩnh mạch trung tâm
- Sau can thiệp mạch vành qua da
- Sau phẫu thuật tim
- Bóc tách quai động mạch chủ lên
- Chấn thương vào thành ngực
- Vỡ tim sau nhồi máu cơ tim
- Hội chứng ure huyết cao
- Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng
- Do những bệnh ác tính di căn vào (K vú, K phổi).

CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định:

- ❖ Nhịp nhanh(>100 lần/phút) không có tiếng ngựa phi.
- ❖ Khó thở hay thở nhanh.
- ❖ Huyết áp thấp.
- ❖ Áp lực tĩnh mạch cổ tăng cao (hoặc CVP >15cm nước).
- ❖ Mạch nghịch.

2. Điện tâm đồ:

Với 12 chuyền đạo có thể thấy điện thế thấp ở các chuyền ngoại biên, so le điện thế, bất thường PR. Người ta ghi nhận không chuyên biệt (0-42%). Chính vì thế ECG ít có giá trị trong chẩn đoán chèn ép tim cấp.

3. XQ tim phổi thẳng:

Bóng tim không to khi lượng dịch ít, bóng tim to kèm góc tâm hoành có góc tù thường lượng dịch đã nhiều, phổi

4. Siêu âm tim:

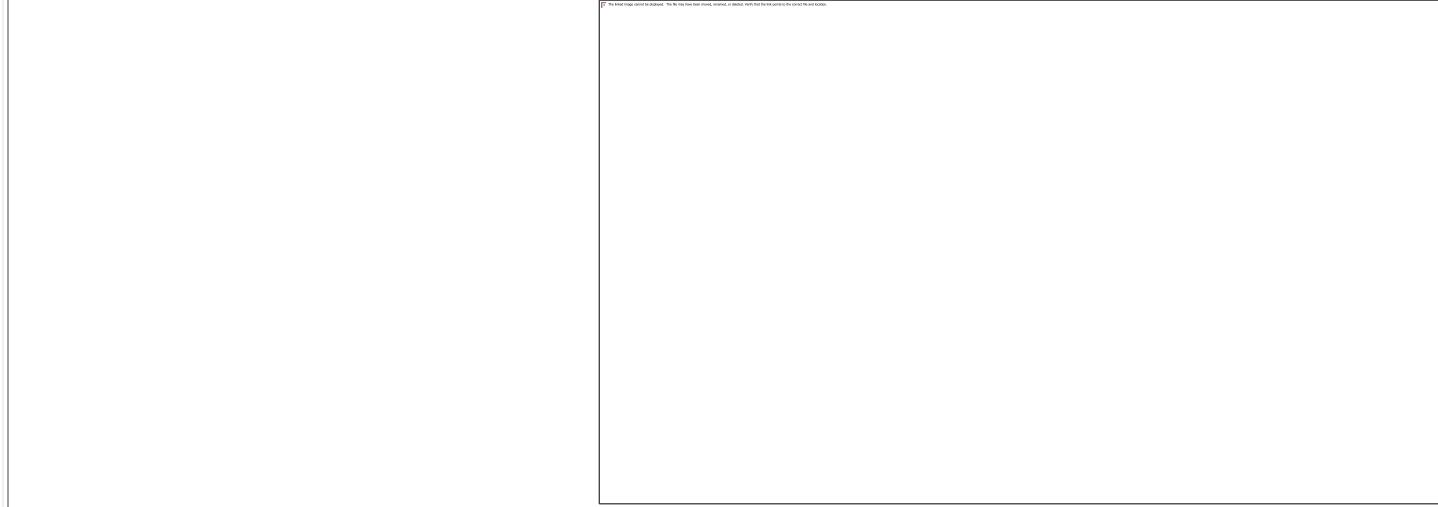
- Vai trò của siêu âm tim 2 D rất quan trọng trong chẩn đoán chèn ép tim cấp:

❖ Dấu hiệu tim đú đúra: khi lượng dịch màng tim nhiều ❖ Dấu đè sụp các buồng tim:

- + Dấu đè sụp tâm trương nhĩ phải: độ nhạy 100% và độ đặc hiệu 82%, thời gian đè sụp càng lâu thì độ đặc hiệu càng cao.
- + Dấu đè sụp tâm trương thất phải: độ nhạy 78%. Khi có dày thất phải, tăng áp tim phải, tăng áp phổi thì dấu đè sụp càng rõ.
- + Dấu đè sụp tâm trương nhĩ trái: gấp trong tràn dịch màng tim lượng nhiều hoặc khu trú bên trái.
- + Dấu đè sụp tâm trương thất trái: khi có tràn dịch màng tim khu trú, sau phẫu thuật tim.

5. Chụp CT ngực:

Phát hiện lượng dịch nhỏ khoảng 50ml. Đây là phương tiện không xâm lấn có độ nhạy cao phát hiện dịch màng



CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Tràn dịch màng phổi lượng nhiều có thể gây triệu chứng chèn ép tim cấp trên lâm sàng và dấu đè sụp tâm trương siêu âm, chúng ta có thể dễ dàng phân biệt và tiến hành cho tháo dịch màng phổi ngay.

ĐIỀU TRỊ CHÈN ÉP TIM CẤP:

Chọc tháo dịch qua siêu âm tim: người chọc hoặc hướng dẫn chọc phải có kinh nghiệm và trực tiếp làm siêu âm

Có 3 nguyên tắc chung khi tiến hành tháo dịch màng tim:

- Chọn vị trí dịch nhiều không có cấu trúc cơ quan cản trở.
- Hướng kim chọc song song với khoang dịch và tiếp tuyến với bề mặt tim
- Phối hợp điểm vào kim và hướng kim

Trong thời gian chờ chọc dẫn lưu, ta có thể đặt đường truyền tĩnh mạch. Xem xét chỉ định Dopamin song song

Tai biến trong chọc dịch màng tim: thủng tim

THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM:

- Dịch màng tim cần phải được xét nghiệm đếm tế bào, cấy tế bào học để xác định bệnh nguyên.
- Siêu âm tim kiểm tra ngay sau khi chọc tháo dịch
- X quang ngực ngay sau chọc dò để loại trừ tràn khí màng phổi

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Intensive Care Medicine. Lippincott- Raven 2005
2. The Merck Manual. Mark H .Beers,MD 2006

414/ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ MIGRAINE

MIGRAINE

I. ĐẠI CƯƠNG MIGRAINE:

- ♦ Migraine là bệnh gặp rất phổ biến: 15% phụ nữ và 5% nam giới.
- ♦ Khởi phát từ thời niên thiếu hay thanh niên, đạt đến đỉnh về tỉ lệ lưu hành (25% dân số) ở phụ nữ trung niên v
- ♦ Rất hiếm khởi phát lần đầu sau tuổi 50.

II. LÂM SÀNG:

(1) Đau đầu với đặc điểm: cơn có thể kéo dài vài giờ đến vài ngày, ... có thể kết hợp với một số triệu chứng khác choáng váng, say xẩm.

(2) Yếu tố khởi phát: yếu tố tâm lý, môi trường, hormon, chế độ ăn.

(3) Dấu hiệu báo trước: các triệu chứng về tâm thần hay thần kinh thực vật như trầm cảm hoặc kích thích: uống ón lạnh, đổ mồ hôi, ngáp.

(4) Tiền triệu (aura):

- Tiền triệu điển hình là triệu chứng thị giác dạng “dương tính”: chói sáng và di chuyển, tiền triệu “âm tính”: m
- Ngoài ra có thể gặp tiền triệu cảm giác bản thể: tê bì và châm chích lan rộng dần ở một chi trên và mặt cùng b

(5) Sau cơn: mệt mỏi, uể oải, cảm giác yếu toàn thân và buồn ngủ.

III. CHẨN ĐOÁN MIGRAINE:

A. Chẩn đoán xác định:

1) Migraine không tiền triệu:

- ◆ Số cơn đau đầu: nhiều cơn (ít nhất 5 cơn).
- ◆ Thời gian đau đầu: 4-72 giờ.
- ◆ Đặc điểm đau đầu: có ít nhất 2 trong các đặc điểm sau:
 - Vị trí đau: 1/2 đầu.
 - Cường độ đau trung bình hay nặng.
 - Nặng lên với các hoạt động thể lực thông thường.
- ◆ Các triệu chứng kết hợp: có ít nhất 1 trong các triệu chứng sau:
 - Buồn nôn hay nôn.
 - Sợ ánh sáng và sợ tiếng ồn (thường có sợ mùi).

2) Migraine có tiền triệu:

- ◆ Các cơn đau đầu thỏa các tiêu chuẩn trên, cộng với các tiền triệu có các đặc điểm sau:
 - Số cơn có tiền triệu: ít nhất 2 cơn.
 - Thời gian của tiền triệu: 5-10 phút và biến mất trong vòng 60 phút.
- ◆ Đặc điểm của tiền triệu: có ít nhất 3 trong các đặc điểm sau:
 - 1 hoặc nhiều triệu chứng có phục hồi hoàn toàn của rối loạn cục bộ chức năng vỏ não hay thân não.
 - Có ít nhất 1 triệu chứng tiền triệu kéo dài hơn 4 phút hoặc các triệu chứng xuất hiện liên tiếp.
 - Không có triệu chứng nào kéo dài hơn 60 phút.
- Đau đầu xuất hiện trong vòng 60 phút với các tiêu chuẩn đau đầu Migraine không tiền triệu.

B. Chẩn đoán phân biệt:

- 1) Đau đầu do lạm dụng thuốc: đau đầu khởi phát với đặc điểm Migraine điển hình nhưng sau đó cơn dày lên và của Migraine và đau đầu dạng căng thẳng.
- 2) Đau đầu khủng khiếp chưa từng có: xuất huyết dưới nhện.

IV. ĐIỀU TRỊ MIGRAINE:

A. Nguyên tắc điều trị:

♦ Cắt cơn đau đầu.

♦ Chức năng của thày thuốc:

- Giải thích cho bệnh nhân hiểu rõ.

- Chỉ định những thay đổi lối sống và thuốc thích hợp, tránh lệ thuộc thuốc.

- Điều chỉnh với những tình huống mới.

B. Điều trị cắt cơn:

1) Cơn đau đầu mức độ nhẹ:

♦ Aspirin ± caffeine: 650-1300 mg/4-6 giờ.

♦ NSAIDs:

- Sodium naproxen: 275-550 mg/6-8 giờ.

- Ibuprofen: 400-800 mg/6-8 giờ.

♦ Các loại NSAIDs khác:

♦ Các thuốc úc ché COX-2:

♦ Acetaminophen ± caffeine: 650-1300 mg/4-6 giờ.

♦ Acetaminophen + caffeine + aspirin: 2 viên/4 giờ.

♦ Midrin (acetaminophen + isometheptene + dichloralphenazone): liều đầu 2 viên, sau đó 1 viên/30-60 phút nếu cần.

♦ Thuốc chống nôn:

- Dimenhydrinate: 50-100 mg (uống hoặc nhét trực tràng).

- Metoclopramide: 10 mg (uống).

2) Đau đầu mức độ trung bình:

♦ Nhóm triptans:

- Sumatriptan: có 2 dạng xịt và viên:

* Xịt 1 lần đầu tiên, lặp lại 1 lần sau 1 giờ;

* Viên 25, 50, 100 mg: 1 viên đầu, nếu cần, lặp lại 1-2 liều cách nhau > 1 giờ, tối đa 2-3 viên.

- Zolmitriptan (2.5, 5 mg): liều dùng giống sumatriptan.

- Almotriptan (viên 12.5 mg): liều dùng giống sumatriptan.

♦ Nhóm NSAIDs: sodium naproxen, ibuprofen.

♦ Thuốc giảm đau: acetaminophen hoặc aspirin + butalbital ± codein.

♦ Ergot:

- Ergotamine tartrate: 1-2 mg (uống hoặc đặt hậu môn), lặp lại nếu cần.

- Dihidroergotamine (Tamik) 3 mg x 1-2 lần.

3) Đau đầu mức độ nặng:

♦ Triptans: sumatriptan 6 mg (TDD).

♦ Dihidroergotamine: 0.5-1 mg (TDD hoặc TB), tối đa 3 mg.

♦ Butorphanol: xịt mũi 1 nhát, lặp lại sau 90 phút nếu cần.

C. Điều trị dự phòng:

1) Chỉ định điều trị dự phòng:

♦ Tần suất cơn dày thường xuyên phải dùng thuốc (2-3 cơn/tuần).

♦ Cơn thura nhưng bệnh nhân không chấp nhận được.

♦ Không đáp ứng hoàn toàn với điều trị cắt cơn.

♦ Cơn tăng dần dù đã thay đổi lối sống.

2) Các thuốc dùng trong phòng ngừa:

♦ Thuốc úc ché beta:

- Atenolol 25-100 mg 2 lần/ngày.

- Propranolol 20-80 mg 2 lần/ngày.

- Metoprolol 50-100 mg 2 lần/ngày.

♦ Thuốc chống co giật:

- Topiramate 25-50 mg 2 lần/ngày.

- Sodium valproate 300-1000 mg 2 lần/ngày.

- Gabapentin 900-2500 mg/ngày.

♦ Thuốc ức chế kênh calci:

- Verapamil 180-320 mg/ngày.

- Flunarizine (sibelium) 5-10 mg/ngày.

♦ Thuốc chống trầm cảm: amitryptilin 10-50 mg/ngày

♦ Thuốc ức chế MAO: phenelzine 15 mg 3 lần/ngày.

D. Điều trị hỗ trợ:

♦ Sinh hoạt điều độ.

♦ Chế độ ăn tránh bột ngọt, thức ăn có độ cồn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Đại học Y Dược TPHCM. Bộ môn Thần Kinh. Vũ Anh Nghị (2012). Thần Kinh Học. Bài 19: Đau đầu, tr 292-

2. Đại học Y Dược TPHCM. Bộ môn Thần Kinh. Vũ Anh Nghị (2013). Sổ tay lâm sàng thần kinh sau đại học. C

3. Đại học Y Dược TPHCM. Bộ môn Thần Kinh. Vũ Anh Nghị (2010). Chẩn đoán và điều trị đau đầu. Chương 3

415/ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ NGỘ ĐỘC ACETAMINOPHEN

I. ĐẠI CƯƠNG

Acetaminophen (N-acetyl-p-aminophenol= APAP, paracetamol) là thuốc được sử dụng rộng rãi cho điều trị giảm đau.

Hiện có rất nhiều chế phẩm chứa hoạt chất này phổ biến trong thuốc trị cảm cúm, giảm đau phối hợp với dẫn xuất quan đến ngộ độc chủ ý hay vô ý.

II. SINH LÝ BỆNH

Thuốc hấp thu hoàn toàn sau uống 1h, nồng độ đỉnh đạt sau 45 phút khoảng [8-32pg/ml]. Thời gian bán huỷ là 2-3h.

- Ở người lớn 325 - 1000mg/4-6 giờ; khuyến cáo tối đa 4 g/ngày.
- Độc tính ít khi 7,5- 10g/24giờ và tăng khi dùng đơn độc > 250mg/kg hoặc > 12g/24 giờ. Độc gan nặng > 350mg/kg.
- Khi quá liều, thuốc hấp thu sau 4 giờ. Nồng độ đỉnh đạt lâu nhất được ghi nhận là 16giờ.
- Phải chú ý đến:

+ Thiếu hụt Glutathion: Suy dinh dưỡng, suy giảm miễn dịch, nghiện rượu.

+ Uống các chất tăng hoạt tính P450: Isoniazid, Rifampicin, Omeprazole, Carbamazepine, phenobarbital, phenytoin.

III. CHẨN ĐOÁN NGỘ ĐỘC ACETAMINOPHEN

1- Lâm sàng:

- Giai đoạn I (0,5 - 24 giờ): nôn, buồn nôn, vã mồ hôi, tái nhợt, thᾶn thở, lo âu.

Đôi khi, nặng tổn thương gan và tăng sớm 8 -12 giờ, 1/2 BN tăng trong 24 giờ.

- Giai đoạn II (24 - 72 giờ): LS và CLS tổn thương gan rõ. Lúc đầu, triệu chứng GĐ I thường cải thiện trong khi

Tiến triển: đau hạ sườn (P), gan to và đau. PT kéo dài, tăng Bilirubine, thiếu niệu, suy gan, suy thận.

- Giai đoạn III (72 - 96 giờ): bắt thường chức năng gan nặng nhất. Triệu chứng GĐI tái hiện lại với vàng da, lú lác, huyết nội tạng.

Những dấu hiệu tổn thương gan nặng: Tăng ALT và AST thường > 10.000 UI/L, Prothrombine Time kéo dài, tăng lactate, và Bilirubine toàn phần > 4mg/dL.

Suy thận cấp gấp trong 25% tổn thương gan nặng.

Tử vong thường xảy ra trong giai đoạn này thường do suy đa cơ quan.

- Giai đoạn IV (4 ngày - 2 tuần) : giai đoạn hồi phục N4 và hoàn toàn 07 ngày sau quá liều. Hồi phục có thể chậm, nghiêm trọng có thể trở về bình thường sau vài tuần.

2- Cân lâm sàng (Các xét nghiệm được thực hiện mỗi ngày trong 3 ngày liên tiếp để đánh giá tình trạng bệnh)

- Đo [APAP] máu; cần tầm soát độc chất khác trong máu và nước tiểu nếu bệnh sử không rõ ràng.Nếu nồng độ giờ ngộ độc. Không cần thiết định lượng trong nước tiểu và dịch dạ dày.

- Hủy hoại tế bào gan: AST, ALT tăng cao. Bắt đầu tăng giờ 24 và cao nhất giờ 72.

- Út mật: tăng Bili, Phosphatase kiềm tăng.

- PT giảm, KMĐM, acid lactic máu.

- Điện giải đồ, chức năng thận, đường huyết, ECG, TPTNT.

IV. ĐIỀU TRỊ NGỘ ĐỘC ACETAMINOPHEN

1. Các biện pháp A,B,C: gồm hỗ trợ chức năng sống, hô hấp, tuần hoàn.

2. Loại bỏ chất độc: Rửa dạ dày thực hiện trong vòng vài giờ sau ngộ độc vì thuốc hấp thu nhanh và đôi khi rửa chất đối kháng.

3. Than hoạt:

Liều là 1mg/kg CN trong 30phút-1giờ đầu. CCĐ: rối loạn tâm thần và không thể bảo vệ đường thở.

4. Chất đối kháng: NAC (N-ACETYLCYSTEIN): Là tiền chất của Glutathione, là chất đối vận (antidote) được

❖ Chỉ định dùng: NAC (N- ACETYLCYSTEIN)

* [APAP] trên đường «có thể độc tính cho gan» của toán đồ Rumack-Matthew.

* Dùng liều 150mg/kg (hoặc 7,5g) và không thể đo trong 8giờ sau uống.

* Không xác định thời điểm và nồng độ > 10mcg / mL.

* CLS tồn thương gan với bệnh sử quá liều.

* Dùng liều lặp lại quá mức và nồng độ > 10mcg/mL.

❖ Đường uống 72 giờ: 18 liều NAC

+ Ban đầu 140mg/kg + Sau đó 70mg/kg/4giờ x 17 liều.

Suy gan do chưa dùng hoặc dùng NAC muộn: dùng 18 liều và kéo dài liên tục 70mg/kg/4giờ tối khi suy gan horrible

❖ Truyền tĩnh mạch 21 giờ tổng liều 300mg/kg.

+ Ban đầu: 150mg/kg/1giờ.

+ Sau đó: 50mg/kg/4 giờ và tiếp 100mg/kg/16 giờ.

❖ Truyền tĩnh mạch 48 giờ, 13 liều:

+ Ban đầu: 140mg/kg/1giờ + Sau đó: 70mg/kg/1giờ x 4giờ x 12liều.

Pha loãng tỷ lệ 1/5 với glucose 5%.

Nếu suy gan thì tiếp tục truyền duy trì 6,25 mg/kg/giờ đến khi tri giác cải thiện (hoặc hồi phục bệnh cảnh não gan)

- Lựa chọn đường uống hay truyền tĩnh mạch phụ thuộc vào lâm sàng.

- Không có thử nghiệm lâm sàng nào so sánh hai phương thức điều trị.

- Đường uống dùng cho giai đoạn tiền lâm sàng, nhiễm độc gan.

Đường truyền tĩnh mạch nên dùng cho suy gan, không dung nạp hay CCĐ đường uống, đang mang thai.

❖ Tác dụng có hại:

- Uống: mùi khó chịu và ói mửa, tác dụng phụ răng miệng.

- TTM là những phản ứng phản vệ (17%): phát ban, ngứa, phù mạch, co thắt phế quản, nhịp tim nhanh và hạ huyết áp có thể khởi động lại sau một giờ nếu không tái diễn

5. Lọc máu:

Hỗ trợ suy gan cấp.

6. Ghép gan:

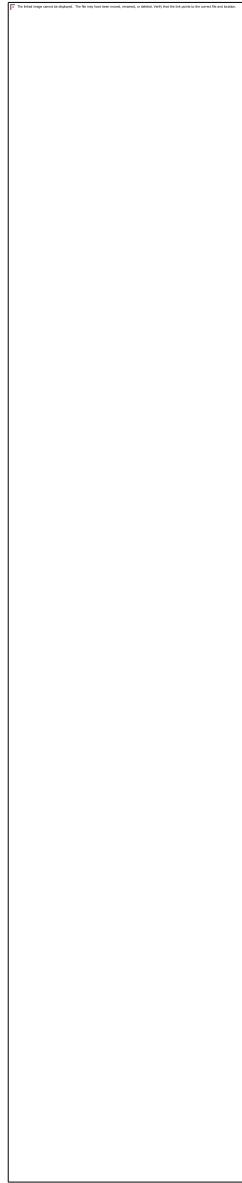
Tiêu chuẩn của King:

- pH động mạch < 7,3 mà thất bại với hồi sức dịch

- bệnh cảnh não mức III, IV

- PT > 100s

- Creatinine huyết thanh > 3.4mg/dL (301 pmol/L).



Tài liệu tham khảo

1. Ngộ độc Paracetamol của bệnh viện Trung Vương.
2. Phác đồ điều trị 2013 phần nội khoa bệnh viện Chợ Rẫy.

3. Tài liệu upto date 19.3.
4. Harrison's 18 edition.
5. Goldfrank's Manual of toxicologic emergencies.

416/ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ NGỘ ĐỘC THUỐC PHIÊN

NGỘ ĐỘC THUỐC PHIÊN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Opium (thuốc phiện, nha phiến) là một hỗn hợp các alkaloids, gồm có morphine và codeine, được trích ra từ cây opium.
- Một opiate (chế phẩm có thuốc phiện) là một thuốc thiên nhiên, phát xuất từ opium (heroin, codeine, và morphine).
- Một opioid là bất cứ thuốc nào có hoạt tính giống opium, gồm có các opiates và tất cả các thuốc tổng hợp và bán tổng hợp.

II. CHẨN ĐOÁN NGỘ ĐỘC THUỐC PHIÊN

1. Biểu hiện lâm sàng

Tam chứng cổ điển của ngộ độc opioid là hôn mê, ức chế hô hấp, và co giật.

bệnh nhân có thể có hạ huyết áp, hạ thân nhiệt, tim nhịp chậm, da xanh tím, phản xạ gân-xương giảm và có nhu cầu thở tăng, nhịp hô hấp dưới 12/phút, và bằng có sử dụng ma túy, có độ nhạy cảm 92% trong sự đáp ứng với naloxone.

Giãn đồng tử hay các đồng tử bình thường có thể xảy ra với ngộ độc opioid trong những tình huống sau đây: ngưng thở, rò rỉ khí, và vào cùng với những thuốc khác; sau khi sử dụng naloxone; tình trạng giảm oxy mô (hypoxia); sử dụng trước các thuốc như meperidine, morphine, propoxyphene, hay pentazocine (Fortal).

2. Cận Lâm Sàng

- Khí máu động mạch, SpO₂ để theo dõi tình trạng hô hấp của bệnh nhân
- Đo ECG. Methadone gây kéo dài QT, và Propoxyphene gây QRS rộng.

- Heroin được tìm thấy trong máu và nước tiểu qua xét nghiệm sàng lọc tìm độc chất. Tramadol, fentanyl và một số loại thuốc khác cũng có thể được tìm thấy trong nước tiểu.

III. XỬ TRÍ NGỘ ĐỘC THUỐC PHIỆN:

1. Hồi sức tích cực nội khoa:

Đặt nội khí quản, thở máy nếu bệnh nhân ngưng thở Chống co giật, điều trị phù phổi nếu có

2. Điều trị đặc hiệu: NALOXONE

* Úc chê thàn kinh chủ yếu:

- Tần công: Liều thứ 1: 0,4 mg IV

Liều thứ 2: 0,4 mg IV sau L1 2phút

- Duy trì : 0,25 mg/giờ /6 -10h (05 ống pha 40ml NaCl 9%0 (Glucose 5%) TTM 5ml/giờ)

* Úc chê hô hấp chủ yếu:

- Tần công: 2mg IV

Lập lại mỗi 2 phút đến tổng liều 10mg.

- Duy trì: 1,2mg/h / 6 -10h

(15 ống pha 40ml NaCl 9% (Glucose 5%) TTM 8 ml/giờ).

* Trong trường hợp cấp cứu không có đường truyền tĩnh mạch, Naloxone có thể được cho dưới lưỡi, qua niêm mạc họng.

3. Điều trị hỗ trợ

Noradrenaline được sử dụng trong trường hợp có tụt huyết áp.

4. Theo dõi:

- Nếu bệnh nhân hồi phục sau khi sử dụng liều đầu mà không có triệu chứng trong vòng 4-6 giờ, bệnh nhân có thể bị tái phát.

- Trường hợp ngộ độc Methadone, thời gian điều trị Naloxone có thể từ 24-48 giờ. VỚI LEVO-A-ACETYLMETHDOL, THỜI GIAN ĐIỀU TRỊ LÂU DÀI HƠN.

Tài liệu tham khảo :

1. Vũ Văn Đính và cộng sự (2012), Hồi sức cấp cứu toàn tập, NXB Y học.

2. Hofman, R.S; Nelson,L.S; Howland, M.A; Lewin, N.A; Flomenbaum, N.E and Goldfrank, L.R (2007). Sedative toxicologic emergencies

417/ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA KHỚP

THOÁI HÓA KHỚP

I. ĐẠI CƯƠNG THOÁI HÓA KHỚP

Thoái hóa khớp là quá trình lão hóa mang tính chất quy luật của tổ chức sụn, các tế bào và tổ chức ở khớp và quan hệ đầu tiên vào năm 1886 bởi bác sĩ J.K. Spender. Đây là bệnh thường gặp nhất trong các bệnh lý xương khớp chính gây đau, mất khả năng vận động, giảm chất lượng cuộc sống ở người cao tuổi, gây tổn hại đến kinh tế gia đình.

Tổn thương cơ bản đầu tiên là sụn khớp, sau đó tổn thương xương dưới sụn, dây chằng, các cơ cạnh khớp và mà biến đổi hình thái của toàn bộ ổ khớp và gây mất chức năng của khớp.

II. CHẨN ĐOÁN THOÁI HÓA KHỚP

1. Chẩn đoán thoái hóa khớp gói

a. Triệu chứng lâm sàng

- Đau khớp: có tính chất cơ học, liên quan đến vận động, đau diễn biến thành từng đợt, hoặc có thể đau liên tục
- Hạn chế vận động: khi bước lên hoặc xuống cầu thang, đang ngồi ghế đứng dậy, ngồi xổm, đi bộ lâu xuất hiện
- Biến dạng khớp: thường do các gai xương tân tạo, lệch trực khớp hoặc do thoát vị màng hoạt dịch.
- Các dấu hiệu khác:
 - + Tiếng lụp cụp khi vận động
 - + Dấu hiệu “phá rỉ khớp” là dấu hiệu cứng khớp buổi sáng khoảng 30 phút.
 - + Có thể sờ thấy các “chòi xương” ở quanh khớp
 - + Teo cơ
 - + Tràn dịch khớp

b. Cận lâm sàng

- X quang qui ước: có 3 dấu hiệu
 - + Hẹp khe khớp: khe khớp không đồng đều, bờ không đều
 - + Đặc xương dưới sụn: gấp ở phần đầu xương
 - + Hình ảnh tân tạo xương (gai xương, chồi xương)

Tiêu chuẩn phân loại thoái hóa khớp trên X quang của Kellgren và Lawrence:

- +Giai đoạn 1: gai xương nhỏ hoặc nghi ngờ có gai xương.
- +Giai đoạn 2: gai xương rõ.
- +Giai đoạn 3: hẹp khe khớp vừa.
- +Giai đoạn 4: hẹp khe khớp nhiều kèm xơ xương dưới sụn.

- Các phương pháp khác: MRI, CT ít được sử dụng để chẩn đoán, nội soi khớp thường chỉ được dùng trong điều trị khớp phát hiện tràn dịch khớp.

c. Chẩn đoán xác định

Tiêu chuẩn chẩn đoán chỉ dành cho thoái hóa khớp gối nguyên phát và thoái hóa khớp háng còn thoái hóa các khớp lâm sàng và loại trừ các nguyên nhân khác.

Tiêu chuẩn chẩn đoán thoái hóa khớp gối của Hội tháp khớp học Hoa Kỳ (ACR - American College of Rheumatology)

Lâm sàng, x quang, xét nghiệm	Lâm sàng đơn thuần
1.Đau khớp gối	1.Đau khớp
2.Gai xương ở rìa khớp (x quang)	2.Lạo xạo khi cử động
3 .Dịch khớp là dịch thoái hóa	3.Cứng khớp dưới 30 phút
4.Tuổi > 40	4.Tuổi > 38
5.Cứng khớp dưới 30 phút	5.Sờ thấy phi đại xương
6.Lạo xạo khi cử động	
Chẩn đoán xác định khi có yếu tố 1,2	Chẩn đoán xác định khi có yếu tố 1,2,3,4
hoặc 1,3,5,6 hoặc 1,4,5,6	hoặc 1,2,5 hoặc 1,4,5

Theo Liên đoàn chống Tháp khớp Châu Âu (EULAR - European League Against Rhumatism) 2009: Chẩn đoán sau:

- Ba triệu chứng cơ năng: đau, cứng khớp, hạn chế chức năng.

- Ba triệu chứng thực thể: đau lạo xao (bào gỗ), hạn chế vận động, chói xương Chẩn đoán khi có 3 triệu chứng

2. Chẩn đoán thoái hóa cột sống thắt lưng và cột sống cổ

Chủ yếu do tổn thương các đĩa đệm, thân sống ở cột sống thắt lưng và cột sống cổ gây ra các biểu hiện lâm sàng. Trong một số trường hợp bệnh nhân có biểu hiện thoái hóa có chèn ép rễ thần kinh thì gây ra các biểu hiện đau

2.1. Chẩn đoán thoái hóa cột sống thắt lưng:

Chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng và hình ảnh X quang

• Đau thắt lưng cấp tính:

+ Gặp ở lứa tuổi 30-40. Cơn đau xuất hiện sau một động tác mạnh, đột ngột và trái tư thế.

+ Đau thường ở vùng cột sống thắt lưng. Có thể đau cả ở hai bên, nhưng không lan. Hạn chế vận động, đau tăng khi hít sâu. Có thể có co cứng cơ cạnh cột sống vào buổi sáng và giảm đau khi vận động.

• Đau thắt lưng mạn tính:

+ Khi đau thắt lưng kéo dài trên 3 tháng, thường tổn thương đĩa đệm (hẹp khe liên đốt) kết hợp với tổn thương cột sống (cách ly). Thường gặp ở lứa tuổi 30-50.

+ Đau âm ỉ vùng cột sống thắt lưng, không lan xa, đau tăng khi vận động, đau tăng khi thay đổi tư thế, khi thay đổi tư thế.

+ Cột sống có thể biến dạng một phần và hạn chế một số động tác cúi, nghiêng.

• Đau cột sống thắt lưng - đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm:

+ Xảy ra khi vòng sọ bị rách đứt và nhô nhô lồi vào trong ống sống, chèn ép lên rễ của dây thần kinh sống hoặc hai bên.

+ Thường xảy ra ở những người trên 40 tuổi

+ Cột sống thắt lưng có thể bị biến dạng, vẹo và hạn chế một số động tác, dấu Lasegue dương tính, phản xạ gân co vòng.

• Dấu hiệu X quang:

+ X quang qui ước: thường có dấu hiệu thoái hóa cột sống như hẹp khe đĩa đệm, gai xương, hẹp lỗ liên hợp.

+ MRI: thấy rõ được thoái hóa cột sống và thoát vị đĩa đệm, vị trí đĩa đệm chèn ép rễ thần kinh.

+Chụp cắt lớp vi tính cũng có thể phát hiện được tổn thương.

2.2.Chẩn đoán thoái hóa cột sống cổ:

Thoái hóa cột sống cổ có thể gặp ở các đốt sống, nhưng vị trí C5-C6 và C6-C7 thường gặp nhất.

Chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng và hình ảnh X quang

+Đau vùng cổ gáy cấp hoặc mãn tính, hạn chế vận động, đau tăng khi mệt mỏi, căng thẳng, lao động nặng, khi t

+Nhức đầu vùng chẩm, thái dương, trán và hai hố mắt thường vào buổi sáng.

+Có khi đau phối hợp với tê tay do đám rối thần kinh cánh tay bị chèn ép.

+Có khi kèm theo: nhức đầu, chóng mặt, ù tai, hoa mắt, mờ mắt, nuốt vướng. do ảnh hưởng của gai xương chèn hiện của hội chứng tiền đình, và các cơn thiếu máu não cục bộ thoáng qua.

+Cột sống cổ biến dạng, vẹo và hạn chế một số động tác, hai cơ thang thường co cứng

+Đôi khi gai xương mọc ở phía sau đốt sống (mỏm mọc và liên mỏm gai sau) chèn ép vào tủy sống hoặc dây chống sống gây hội chứng chèn ép tủy cổ, bệnh nhân có dấu hiệu liệt cứng nửa người hoặc tứ chi tăng dần.

•Dấu hiệu X quang: tổn thương cột sống cổ tương tự như cột sống thắt lưng.

3. Chẩn đoán phân biệt

+ Viêm khớp dạng thấp; viêm khớp Gout; viêm cột sống dính khớp, viêm khớp phản ứng, lao khớp; viêm khớp

+ Đối với đau cột sống thắt lưng: cần chú ý phân biệt với nhiều nguyên nhân gây đau lưng khác: Thoát vị đĩa đệm, dây chằng vàng, hoặc viêm thân sống đĩa đệm, đa u tủy xương, K di căn cột sống.

III. ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA KHỚP

1. Các biện pháp điều trị chung thoái hóa khớp

Giáo dục bệnh nhân: về nguyên nhân, điều trị, kiểm soát cân nặng, tránh cho khớp bị quá tải bởi vận động và c

Các biện pháp không dùng thuốc: tập thể dục, kích thích điện, siêu âm, liệu pháp lạnh/nhiệt, xoa bóp; nẹp, dụng

Thuốc điều trị

- Thuốc tác dụng tại chỗ

- Thuốc giảm đau đơn thuần; thuốc giảm đau thuộc nhóm gây nghiện

- Thuốc kháng viêm không steroid
- Thuốc tiêm corticoid vào khớp; tiêm acid Hyaluronic vào khớp
- Thuốc làm thay đổi cấu trúc sụn khớp
- Phẫu thuật: Nội soi rửa ổ khớp; cắt xương - chỉnh trực khớp; phẫu thuật thay khớp

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị triệu chứng

- Thuốc kháng viêm giảm đau (NSAID) khi các thuốc giảm đau không hiệu quả, tùy theo cơ địa bệnh nhân mà nhằm đạt được sự an toàn và hiệu quả cho bệnh nhân.
- Tiêm corticoid vào khớp: dùng cho các trường hợp thoái hóa khớp kèm theo phản ứng viêm nhất là khi có tràn dịch khớp.
- Các thuốc NSAID và giảm đau bôi tại chỗ.
- Đối với đau cột sống do thoái hóa có kèm theo co cứng cơ có thể cho thêm nhóm dẫn cơ (Myodocalm, Myonal, ...)
- Trong trường hợp bệnh nhân có đau rẽ thần kinh do thoái hóa cột sống chèn ép thì các nhóm giảm đau thần kinh.

2.2. Điều trị lâu dài

- Thuốc làm giảm quá trình thoái hóa và bồi dưỡng sụn khớp: Glucosamine sulphate 1500mg/ngày, Diacerin 500mg/ngày
- Tiêm Hyaluronic acid (HA) vào ổ khớp: tác dụng thay thế dịch khớp, bảo vệ các tổ chức của khớp, cải thiện các khớp gối ở các giai đoạn (trừ khi có chỉ định thay khớp)

Liều dùng: tùy theo trọng lượng của phân tử HA có thể tiêm 3 đến 5 lần cách nhau mỗi tuần (hiện nước ta chưa có 12 tháng).

2.3. Điều trị không dùng thuốc

Chế độ sinh hoạt, tập luyện: nghỉ ngơi, giảm chịu lực cho khớp; tập cơ từ đầu đùi, tập vận động vừa sức, đều đặn quen xáu làm tăng chịu lực của khớp (ngồi xổm, xách hoặc mang vác vật nặng...)

Chế độ ăn uống: chú trọng ăn kiêng nếu bệnh nhân thừa cân. Ăn nhiều thực phẩm giàu protein, calci và vitamin.

Tập vật lý trị liệu. Giảm cân nặng. Điều chỉnh các yếu tố nguy cơ khác.

2.4. Điều trị phẫu thuật

- Nội soi rửa ổ khớp.
- Cắt xương - chỉnh trực, thay khớp nhân tạo khi các biện pháp điều trị bảo tồn thất bại.

418/ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ TRẠNG THÁI ĐỘNG KINH

TRẠNG THÁI ĐỘNG KINH

(Status Epilepticus)

Trạng thái động kinh là tình trạng cơn co cứng - co giật kéo dài trên 05 phút hoặc hai cơn liên tiếp không có khoảng thời gian bình thường.

* Đánh giá ban đầu :

- Khám thần kinh
- Đánh giá hô hấp tuần hoàn
- Lập 2 đường truyền
- Cận lâm sàng: glucose/máu, điện giải đồ, BUN, creatinin, khí máu động mạch..., CT scan não, MRI não, dịch màng...

* Xử trí ban đầu :

- Thông thoáng đường hô hấp bằng thủ thuật kéo nghiêng đầu cằm, hút đàm nhớt.

- Đè phòng cắn lưỡi hoặc gây rãnh.

- Thở oxy 4 - 6l/phút

* Điều trị thuốc chống co giật

I. Bước 1 :

1/. Lorazepam 0,02 - 0,03mg/kg TMC Hoặc Midazolam 0,05mg/kg TMC Diazepam 0,1mg/kg TMC

2/. Phenytoin 20mg/kg truyền TM tốc độ 25 - 50mg/phút Hoặc Fosphenytoin 20mg/kg

II. Bước 2 : (sau khi thất bại bước 1)

Đảm bảo hô hấp : Đặt nội khí quản hoặc thở máy

1/. Phenobarbital : 20mg/kg tốc độ truyền 100mg/phút Duy trì 1 - 4mg/kg/giờ trong 24 giờ, sau đó giảm liều dần

2/. Midazolam 0,2mg/kg TMC Duy trì : 0,05 - 0,5mg/kg/giờ

Sau 24 giờ không co giật (giảm liều 1mg/kg/phút mỗi 15 phút)

III. Bước 3 :

- Sau 45 - 60 phút bước 2 thất bại

- Thở máy

- Xem xét sử dụng: Propofol 1 - 2mg/kg/giờ (có thể tăng liều 10 -12mg/kg/giờ) sau 24 giờ trạng thái động kinh

Tài liệu tham khảo

1. Uptodate Status Epilepticus (2012).

2. Sổ tay lâm sàng thần kinh Đại học Y Dược, (2009)

419/ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN SIÊU VI B MẠN TÍNH

VIÊM GAN SIÊU VI B MẠN TÍNH

1. ĐẠI CƯƠNG VIÊM GAN SIÊU VI B MẠN TÍNH:

- Viêm gan siêu vi B là một vấn đề toàn cầu hiện nay, với 1/3 dân số thế giới bị lây nhiễm, đặc biệt là tại các khu

400.000 người bị nhiễm mạn tính suốt đời. Riêng Việt Nam có khoảng 15 -20% dân số bị nhiễm HBV mạn. Bệnh không có triệu chứng cho đến khi có biến chứng nặng như xơ gan, ung thư tế bào gan.

- Virus viêm gan B có thể lây nhiễm qua máu, dịch tiết âm đạo, tinh dịch và lây từ mẹ sang con lúc sinh.

2. CHẨN ĐOÁN VIÊM GAN SIÊU VI B MẠN TÍNH:

2.1. Dịch tễ:

- Tiền căn gia đình có người thân bị viêm gan.

- Tiền căn cá nhân: có quan hệ tình dục không an toàn, dùng chung kim tiêm, thủ thuật xuyên qua da, truyền máu

2.2. Lâm sàng: có thể có hoặc không có triệu chứng. Bệnh nhân viêm gan mạn có thể có các triệu chứng như gan to, mệt mỏi, đau tức hạ sườn phải.

2.3. Cận lâm sàng:

❖ AST, ALT tăng kéo dài hơn 06 tháng.

❖ HBsAg (+)

❖ HBV - DNA (+)

❖ Siêu âm: mật độ gan thô

❖ Sinh thiết gan: có hình ảnh viêm gan mạn.

3. ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN SIÊU VI B MẠN TÍNH:

3.1. Mục tiêu điều trị:

Mục tiêu cơ bản của điều trị viêm gan siêu vi B mạn là ức chế lâu dài nồng độ HBV -DNA trong huyết thanh để giảm nồng độ virus, giảm thiểu biến chứng, cải thiện chất lượng sống.

3.2. Chỉ định điều trị: Cần đủ 2 tiêu chuẩn sau:

- Bệnh viêm gan siêu vi B đang tiến triển với ALT tăng >2 lần giới hạn trên của trị số bình thường, hoặc sinh thời bình/nặng và/hoặc xơ hoá trung bình (đánh giá bằng phương pháp không xâm lấn cũng có giá trị).

- Có sự tăng sinh của virus được xác định trong 2 trường hợp (theo APASL):

⇒ HBsAg (+), HBeAg (-) và HBV - DNA > 2×10^4 IU/ml.

⇒ HBsAg (+), HBeAg (+) và HBV - DNA > 2×10^3 IU/ml.

- Đối với những bệnh nhân có HBV - DNA (+) nhưng ALT liên tục bình thường hay tăng ít không có khuyến cáo điều trị.

3.3. Phác đồ điều trị:

3.3.1. Bệnh nhân mới chưa từng điều trị

3.3.1.1. Thuốc uống: chọn 1 trong những thuốc sau:

- Lamivudin: 100 mg/ngày.
- Adefovir: 10 mg/ngày.
- Entercavir: 0,5 - 1 mg/ngày.
- Có thể dùng 1 thuốc hoặc phối hợp Lamivudin + Adeóvir hoặc Entercavir + Adefovir.

3.3.1.2. Thuốc tiêm:

- Interferon: 10 triệu đơn vị/tuần x 24 tuần.

- Peg - interferon:

 ⇒ 2a: 180 pg/tuần x 24 tuần

 ⇒ 2b: 1 - 1,5 pg/tuần x 24 tuần

3.3.2. Ngưng điều trị (thuốc uống):

3.3.2.1. HBeAg (+):

- Ngưng thuốc sau khi có chuyển đổi huyết thanh (HBeAg (-)) và HBV DNA dưới ngưỡng phát hiện 6 - 12 tháng
- Tiếp tục đến khi mất HBsAg (có khả năng không hạn định thời gian) đối với bệnh nhân xơ gan,

3.3.2.2. HBeAg (-): tiếp tục thuốc uống cho đến khi mất HBsAg hoặc xem xét ngừng thuốc nếu HBV DNA dưới

3.3.3. Ở những bệnh nhân đã được điều trị thuốc kháng virus: Lamivudin 100mg/ngày hoặc Adefovir 10mg/ngày không có đáp ứng tối ưu sau 06 tháng chuyển sang 1 loại thuốc khác nhóm (Tenofovir hoặc Entecavir) hoặc phâ

3.3.4. Viêm gan siêu vi B mạn tính biến chứng xơ gan còn bù: nếu ALT tăng và nồng độ HBV - DNA trên ngưỡng ALT bình thường, có thể dùng thuốc uống hoặc tiêm.

3.3.5. Viêm gan siêu vi B mạn tính biến chứng xơ gan mất bù: chống chỉ định Interferon, nên dùng Tenofovir, Entecavir.

3.3.6. Trường hợp ALT tăng 1 - 2 lần giá trị bình thường, nồng độ HBV -DNA cao, có tiền sử gia đình liên quan các phương pháp không xâm lấn đánh giá mức độ xơ hoá để quyết định điều trị.

3.3.7. Phụ nữ viêm gan siêu vi B đang được điều trị thuốc uống và có thai: nên tiếp tục các thuốc nhóm B trong

Tránh các thuốc nhóm C: Lamivudin, Adefovir, Entecavir. Chống chỉ định interferon. Lamivudin có thể sử dụng truyền từ mẹ sang con.

3.3.8. Bệnh nhân kháng thuốc:

- Kháng Lamivudin: phối hợp với Adefovir hay chuyển sang dùng Tenofovir.
- Kháng Adefovir: phối hợp hay chuyển qua Lamivudin, Entecavir hay chuyển qua Tenofovir.
- Kháng Entecavir: phối hợp Tenofovir hay Adefovir.
- Kháng Lamivudin và Adefovir: chuyển qua phối hợp Entecavir + Tenofovir.

3.4. Điều trị hỗ trợ:

Nghỉ ngơi, tránh lao động nặng, hạn chế các thuốc gây hại cho gan, không uống rượu bia. Đối với bệnh nhân có giảm các thức ăn có chất sắt (thịt bò, đồ biển, rau muống, rau đền, cải xanh).

4. THEO DÕI VIÊM GAN SIÊU VI B MẠN TÍNH:

- Trong thời gian điều trị:

⇒ Theo dõi các triệu chứng lâm sàng, AST, ALT, HBeAg mỗi 3 tháng.

⇒ Nếu dùng Tenofovir hay Adefovir cần theo dõi creatinine.

⇒ Kiểm tra nồng độ HBV - DNA vào tuần thứ 12 để đánh giá đáp ứng hoặc thất bại điều trị. Bệnh nhân có đáp ứng tốt cần theo dõi sau 6 tháng. Nếu thất bại thì thêm thuốc hoặc chuyển thuốc khác.

- Sau khi ngưng điều trị cần theo dõi mỗi tháng trong 03 tháng, rồi mỗi 03 tháng trong 1 năm đầu để phát hiện tái phát.

- Đối với bệnh nhân có nồng độ HBV -DNA cao, men gan bình thường cũng cần theo dõi mỗi 03 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. EASL clinical practice guidelines. J Hepatol 2012.
2. Harrison's Gastroenterology and Hepatology 2010.

420/ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VIÊM KHỚP VÂY NÉN

VIÊM KHỚP VÂY NÉN

I. ĐẠI CƯƠNG VIÊM KHỚP VÂY NÉN

Viêm khớp vảy nén (Psoriatic Arthritis) là bệnh lý viêm khớp mạn tính ở các khớp ngoại biên và/hoặc cột sống thường xuất hiện nhiều năm sau khi bị vảy nén da, song có thể xuất hiện đồng thời, hoặc trước khi có vảy nén da khoảng 10% - 40% bệnh nhân vảy nén có có viêm khớp vảy nén. Bệnh hay gặp nhất là ở độ tuổi 30 - 50. Tỷ lệ

Là bệnh tự miễn, nguyên nhân chưa rõ, có thể do sự kết hợp giữa yếu tố di truyền, môi trường và miễn dịch. Bệnh HLA-B27 (thể cột sống), HLA-DR (thể viêm nhiều khớp). Tác nhân nhiễm khuẩn, chấn thương có thể là những quan trọng của tế bào T, sự tăng tạo các cytokine tiền viêm như TNF-a, IL-1, IL-6, IL-8; tăng sinh mạch máu, x

II. TRIỆU CHỨNG VIÊM KHỚP VÂY NÉN

1. Lâm sàng

-Viêm khớp và/hoặc viêm cột sống: Tính chất và mức độ tùy theo thể lâm sàng. -Viêm ngón (ngón tay, ngón chân tay hoặc ngón chân (chân > tay), gặp ở 20% - 30% bệnh nhân.

-Bệnh lý điểm bám tận: Là đặc điểm hay gặp trong viêm khớp vảy nén, bao gồm viêm cân gan chân, viêm lồi cẳng quanh xương chậu.

-Tổn thương vảy nén da: Có thể nhiều, lan rộng, hoặc ít, kín đáo, thậm chí không thấy.

-Tổn thương móng: Lõm móng, bong móng, sừng hóa và các triệu chứng loạn dưỡng móng khác.

-Hiếm gặp: Viêm kết mạc, viêm móng mắt, hở van động mạch chủ, loét miệng, niệu đạo, v.v...

2. Các thể lâm sàng

2.1.Thể viêm vài khớp không đối xứng (< 5 khớp). Chiếm khoảng 70%, viêm các khớp nhỏ hoặc lớn, thường kh

2.2. Thể viêm nhiều khớp, đối xứng (~ 15%). Bệnh cảnh giống viêm khớp dạng thấp, song thường có yếu tố dạn

2.3. Thể viêm khớp phá hủy (arthritis mutilans) (~5%). Viêm khớp tiến triển nhanh gây phá hủy xương và biến ngón chân.

2.4. Thể cột sống(~5%). Thường kèm theo viêm khớp cùng chậu không đối xứng

2.5. Thở viêm các khớp ngón xa, không đối xứng (<10%). Thường kèm theo loạn dưỡng móng.

3.Cận lâm sàng

3.1. Xét nghiệm. Không có xét nghiệm nào đặc hiệu cho viêm khớp vảy nến.

-Hội chứng viêm: Tăng VS, tăng CRP, tăng gamma globulin, tăng nồng độ bô thể. Thiếu máu trong bệnh lú mạn

-ANA, RF, anti-CCP thường âm tính. Có thể tăng acid uric trong máu.

-Dịch khớp là dịch viêm không đặc hiệu

3.2. Chẩn đoán hình ảnh

-X quang thường quy: hình ảnh hủy xương khớp và tân tạo xương. Thường gặp là dấu hiệu bào mòn, hẹp khe khớp đối xứng.

Tổn thương đặc hiệu là dấu hiệu phá hủy kiểu gọt nhọn đầu xa các xương đốt ngón tạo hình ảnh “bút chì trong tăm” làm khe khớp rộng ra và biến dạng khớp nặng. Có thể có viêm khớp cùng chậu một bên; cầu xương to, thô, không đều.

-Chụp cộng hưởng từ (MRI): ít khi cần thiết, nhạy hơn Xquang, đánh giá sớm các tổn thương viêm điểm bám gai cùng chậu.

III. CHẨN ĐOÁN VIÊM KHỚP VÂY NẾN

1.Chẩn đoán xác định

1.1.Tiêu chuẩn chẩn đoán của Moll và Wright (1973): chẩn đoán viêm khớp vảy nến khi có bệnh vảy nến kèm vảy nén, mục II.2.) và xét nghiệm huyết thanh âm tính đối với viêm khớp dạng thấp (độ đặc hiệu 98% và độ nhạy 95%)

1.2.Tiêu chuẩn CASPAR (2006): chẩn đoán viêm khớp vảy nến khi có viêm khớp kèm theo có ít nhất 3 điểm trung bình (nhạy 91,4%)

- Hiện tại bị vảy nén (được tính 2 điểm, các đặc điểm khác tính 1 điểm)

- Tiền sử bị vảy nén (không tính nếu hiện tại có vảy nén)

- Tiền sử gia đình bị vảy nén (không tính nếu tiền sử hoặc hiện tại có vảy nén)

- Viêm ngón (ngón tay, ngón chân có hình khúc dồi)

- Hình ảnh tạo xương mới cạnh khớp

- Yếu tố dạng thấp (RF) âm tính

- Loạn dưỡng móng điển hình (lõm móng, tăng sừng hóa, bong móng)

2. Chẩn đoán phân biệt: Viêm khớp dạng thấp, viêm cột sống dính khớp, viêm khớp phản ứng (hội chứng Reiter), thoái hóa các khớp liên đốt ngón xa) và tổn thương da trong bệnh lý khác, không phải do vẩy nến.

IV. ĐIỀU TRỊ VIÊM KHỚP VẨY NẾN

1. Nguyên tắc điều trị

-Kết hợp điều trị song song các tổn thương da, khớp và ngoài khớp. Kết hợp giữa dùng thuốc và các biện pháp khoa học cần thiết để chỉnh sửa, thay khớp ở giai đoạn muộn.

-Với các thể viêm nhẹ, khu trú ở một vài khớp có thể chỉ cần dùng NSAID đơn độc hoặc phối hợp với chích corticosteroid hoặc sử dụng các thuốc điều trị cơ bản như methotrexate và/hoặc các chế phẩm sinh học

2. Điều trị tổn thương da

-Tổn thương nhẹ: Dùng thuốc bôi tại chỗ như anthralin, mỡ vitamin D, salixylate, corticosteroid

-Tổn thương da nặng: phối hợp với các thuốc điều trị toàn thân như methotrexate, liệu ứng hóa - quang (PUVA) acid retinoic, cyclosporine, các thuốc sinh học (chẳng hạn ustekinumab, infliximab)

3. Các thuốc điều trị viêm khớp vảy nến

3.1.Thuốc kháng viêm không steroid (NSAID) là nhóm thuốc thường được lựa chọn đầu tiên, song chủ yếu để điều trị nhanh nhẹ, thường không có tác dụng trên tổn thương da, không ngăn chặn được sự phá hủy khớp. Lưu ý các tác dụng phụ thận, tim mạch.

3.2. Corticosteroid: Rất thận trọng khi sử dụng thuốc corticoid đường toàn thân vì hiệu quả hạn chế và có thể làm hoặc ngưng thuốc. Corticoid có thể cần thiết đối với bệnh nhân đã sử dụng corticoid kéo dài hoặc trong đợt bệnh pháp điều trị khác.

Với các thể viêm vài khớp có thể tiêm corticoid nội khớp.

3.3. Các thuốc điều trị cơ bản, làm thay đổi bệnh (DMARD): Chỉ định cho viêm khớp vẩy nến thể trung bình và kh�

-Methotrexate (MTX): là DMARD được sử dụng rộng rãi nhất trong viêm khớp vẩy nến, dùng đơn độc hoặc pha tuân, bắt đầu bát liều thấp, tăng dần tùy theo đáp ứng điều trị và tác dụng phụ. Tác dụng phụ có thể gồm buồn nôn; nồng hơn là các ức chế tủy xương, nhiễm độc gan, xơ phổi. Bổ sung acid folic khoảng 1mg/ngày có thể làm

-Các DMARD khác: Sulfasalazine (SSZ), leflunomide (LEF), cyclosporine A (CsA) và các thuốc úc chế miễn dịch khác. Sulfasalazine thường được lựa chọn sau MTX.

3.4. Các thuốc sinh học: Được chỉ định cho những bệnh nhân nặng hoặc không đáp ứng đầy đủ với các thuốc DMT đơn độc hoặc phối hợp với MTX

-Thuốc kháng TNF - α: Infliximab (Remicade), etanercept (Enbrel), adalimumab (Humira), golimumab (Simponi) đầu tiên.

-Thuốc sinh học khác: Ustekinumab (Stelara: kháng IL-12/IL-23); abatacept (Orencia: kháng tế bào T); rituximab (ức chế tế bào T)

V. THEO DÕI VÀ TIỀN LƯỢNG

-Cần theo dõi đáp ứng điều trị và các tác dụng phụ của thuốc (công thức máu, VS,

CRP, men gan, chức năng thận), biến chứng nhiễm trùng da, phát hiện và điều trị các bệnh phối hợp.

-Tiền lượng phụ thuộc vào mức độ tổn thương da, số lượng khớp viêm. Khoảng 20% bệnh nhân tiến triển nặng, tật nặng. Các yếu tố tiền lượng nặng: Tổn thương da lan rộng, tổn thương móng nặng,

viêm nhiều khớp (> 5 khớp), bào mòn xương nhiều, nhiễm HIV. Việc sử dụng corticoid có thể là một yếu tố làm

421/ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT NÃO

XUẤT HUYẾT NÃO

I. ĐẠI CƯƠNG:

- ♦ Xuất huyết não (XHN) là tình trạng máu chảy vào trong nhu mô não hoặc não thất, lúc mới xuất huyết máu la vỏ màng tân tạo và được gọi là khối máu tụ.
- ♦ Tỷ lệ XHN dao động quanh con số 10% và 10.4% (theo dữ liệu của NINDS Stroke Data Bank).

- ◆ Một số dân tộc, đặc biệt là Nhật Bản có tỷ lệ XHN cao khoảng 30%, tại nước ta theo một số khảo sát phân loại
 - ◆ Tỷ lệ XHN gia tăng theo tuổi và tỷ lệ nam nhiều hơn nữ.

II. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐÁNH GIÁ XUẤT HUYẾT NÃO:

1) Tiêu chuẩn chẩn đoán :

- ◆ Bệnh cảnh lâm sàng hướng đến đột quỵ XHN: xuất hiện đột ngột của các triệu chứng thiếu sót thần kinh định vị, liệt mềm nửa người, liệt mặt cùng bên liệt, hai mắt liếc nhìn sang bên không liệt).
 - ◆ Hình ảnh học CT và MRI não được chỉ định để chẩn đoán XHN trong giai đoạn khởi phát. CT có độ nhạy cảm là tiêu chuẩn vàng để xác định chảy máu não, MRI gradient echo và T2W cũng có độ nhạy như CT nhưng thời gian chụp lâu.
 - ◆ Chụp CT mạch máu và CT có cản quang có thể giúp phát hiện kích thước khối máu tụ qua hình ảnh thoát mạc. MRA và MRV là những kỹ thuật có độ nhạy tốt để xác định nguyên nhân thứ phát của XHN. DSA được chỉ định biệt những bệnh nhân trẻ không có tăng huyết áp.
 - ◆ Ngoài ra các xét nghiệm về chức năng đông máu, các xét nghiệm về bệnh viêm, tầm soát bệnh ác tính sẽ được thực hiện.

2) Chẩn đoán nguyên nhân :

- (1) Tăng huyết áp là nguyên nhân hàng đầu gây XHN thông qua hai cơ chế: hình thành thoái hóa lipid-hyalin của Charcot-Bouchard và sự tăng đột ngột huyết áp gây vỡ động mạch ở người không có THA trước đó. Vị trí thường xuyên ở đáy não, các động mạch cạnh đường giữa của thân nền, động mạch tiểu não.

(2) Bệnh amyloid mạch máu: thường gặp ở bệnh nhân lớn tuổi. Vị trí thường gặp là não thùy, nơi giáp ranh giữa hai bán cầu.

(3) Dị dạng mạch máu não: các loại dị dạng chủ yếu gây ra XHN là động tĩnh mạch, túi phình động mạch, u máu trước 40 tuổi. Vị trí có thể não thùy nhưng đôi khi gặp ở sâu (nhân đuôi).

(4) U não: 70% u não gây xuất huyết là ác tính.

(5) Do thuốc: các thuốc liên quan đến chất gây nghiện (cocain), các thuốc giống giao cảm, thuốc chống đông, clonazepam. Thông thường các thuốc gây XHN dự hậu rất xấu.

(6) Các nguyên nhân khác: viêm mạch, viêm tắc tĩnh mạch, nghiện rượu và không rõ nguyên nhân.

3) Đánh giá ban đầu :

- ♦ Hỏi bệnh sử và khám: tìm các dấu hiệu chấn thương. Đánh giá điểm GCS và phản xạ thân não (nếu hôn mê) hoặc huyêt áp, độ bão hòa oxy, tình trạng thông khí.
 - ♦ Chụp CT- scan sọ não: xác định nơi chảy máu, hiệu ứng choán chổ và tình trạng não úng thủy. Kiểm tra công ECG: loại trừ nhồi máu cơ tim.

III. ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT NÃO:

1) Nguyên tắc điều trị :

- ◆ Hạn chế lan rộng tổn thương
- ◆ Bảo đảm tưới máu não
- ◆ Phòng ngừa biến chứng
- ◆ Phục hồi chức năng
- ◆ Phòng ngừa tái phát

2) Điều trị đặc hiệu :

- ◆ Ngăn chặn sự chảy máu tiếp diễn bằng cách điều chỉnh các rối loạn đông máu và tiêu cầu (nếu có): PTT và APTT plasma tươi đông lạnh (2-6 đơn vị) tốt nhất là điều trị bằng phức hợp prothrombin cô đặc PCCs (prothrombin complex) tĩnh mạch khi có INR kéo dài (mục tiêu INR < 1.3).
- ◆ Kiểm soát sờm huyết áp: HA tâm thu > 200 mmHg ở bệnh nhân không tăng áp lực nội sọ trên lâm sàng và HA lực nội sọ trên lâm sàng (Nicardipine 5-15 mg/giờ).
- ◆ Can thiệp ngoại khoa khi: XH tiểu não > 3 cm đè ép não thất tư hoặc não úng thủy kèm với dấu thần kinh định hướng trung tâm (< 45 tuổi) có GCS 9-12 điểm hoặc XHN thùy lớn có GCS giảm tiến triển; chọn lựa: bệnh nhân tăng áp lực nội sọ ở một số bệnh nhân chọn lựa.

3) Điều trị hỗ trợ :

Giữ áp lực tưới máu não (CPP) > 70 hoặc áp lực động mạch trung bình (MAP) > 70 ở bệnh nhân không có tăng áp lực MAP > 80. Theo dõi HA liên tục. Các biện pháp:

- ◆ Tăng thông khí có kiểm soát (mục đích PaCO₂ 28-32 mmHg; chỉ sử dụng trong thời gian ngắn).
- ◆ Mannitol truyền đường tĩnh mạch nhanh ngắn hạn (3-5 ngày). Không nên sử dụng mannitol thường qui.
- ◆ Giảm đau, hạ sốt (nếu có sốt) và an thần.
- ◆ Nên sử dụng dung dịch đẳng trương để hồi sức với mục đích duy trì tình trạng bình thê tích. Nếu cần thiết, sử dụng glucose 80-120 mg/dl. Tránh làm hạ đường huyết.
- ◆ Theo dõi các CLS như điện giải đồ, công thức máu, tình trạng đông máu và nồng độ thuốc.
- ◆ Duy trì đường huyết bằng insulin để đạt glucose 80-120 mg/dl. Tránh làm hạ đường huyết.

- ♦ Duy trì natri máu bình thường trừ khi có chỉ định khác (nếu tăng áp lực nội sọ hoặc phù não gây hiệu ứng cho nhắc sử dụng natri ưu trương).

IV. THEO DÕT VÀ TÁI KHÁM XUẤT HUYẾT NÃO:

- ♦ Tái khám mỗi tuần trong tháng đầu, sau đó mỗi 2 tuần, khi tình trạng ổn định tái khám mỗi tháng.
- ♦ Khám lâm sàng, đánh giá bằng thang điểm NIHSS, chỉ số Barthel và thang điểm Rankin điều chỉnh.
- ♦ Đảm bảo kiểm soát huyết áp, kiểm soát đường huyết, điều chỉnh các yếu tố nguy cơ.
- ♦ Phối hợp thuốc ức chế men chuyển và lợi tiểu indapamid.
- ♦ Tập vật lý trị liệu và tái hòa nhập cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Đại học Y Dược TPHCM. Bộ môn Thần Kinh. Vũ Anh Nghị (2012). Thần Kinh Học. Bài 15: Mạch máu não và các bệnh lý liên quan.
2. Đại học Y Dược TPHCM. Bộ môn Thần Kinh. Vũ Anh Nghị (2013). Sổ tay lâm sàng thần kinh sau đại học. Cánh cung.
3. Đại học Y Dược TPHCM. Bộ môn Thần Kinh. Vũ Anh Nghị (2012). Chẩn đoán và điều trị tai biến mạch máu não: Giai đoạn cấp tại bệnh viện, tr 124-149.

422/ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ XƠ GAN

XƠ GAN

Xơ gan là bệnh gan mạn tính, trong đó các tế bào gan bị thoái hóa, hoại tử và thay thế bởi những đám tế bào gan Nguyên nhân thường gặp

- Do viêm gan siêu vi B, C.
- Do rượu.
- Do ứ mật nguyên phát, thứ phát.
- Do suy tim phải.

- Do một số nguyên nhân khác như rối loạn chuyển hóa sắt, đồng, bệnh gan tự miễn, bệnh gan thoái hóa mỡ không rõ nguyên nhân.

CHẨN ĐOÁN XƠ GAN

1. Chẩn đoán xác định

- **Xơ gan còn bù:** là giai đoạn sớm kéo dài của xơ gan, triệu chứng chưa rõ ràng, nghèo nàn, bệnh nhân chỉ cảm thấy mệt mỏi, đau bụng.

- **Xơ gan mất bù:** triệu chứng rõ ràng với hai hội chứng thường gặp

- Hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa:

Bóng bụng, lách to, tuần hoàn bàng hệ kiêng cửa chủ ở bụng, dãn tĩnh mạch thực quản, dãn tĩnh mạch trĩ, có thể xuất hiện hoại tử ruột.

Các triệu chứng cường lách có thể gặp như: thiếu máu, giảm tiêu cầu, lách to.

- Hội chứng suy tế bào gan gồm có

◆ Gầy ốm, suy kiệt.

◆ Ăn kém, chậm tiêu.

◆ Rối loạn tiêu hóa.

◆ Thiếu máu.

◆ Sao mạch ngoài da.

◆ Xuất huyết da niêm.

◆ Vú to ở nam giới.

◆ Vàng da, xạm da.

Xét nghiệm cận lâm sàng

- Hồng cầu giảm, bạch cầu giảm.

- Tiêu cầu giảm sóm.

- Taux de Prothrombin giảm.

- SGOT, SGPT tăng.

- Bilirubin tăng.
- Protide toàn phần với Albumin giảm, gamma Globulin tăng.
- GGT tăng.
- Xét nghiệm dịch bụng: Rivalta (-), đạm <25g/l, tế bào <250 tế bào/mm³.
- Siêu âm bụng: gan xơ, bờ gò gồ ghề, lách to, có dịch cổ trướng trong ổ bụng. Có thể thấy huyết khối tĩnh mạch cùi chỏ.
- Nội soi dạ dày: dãy tĩnh mạch thực quản.
- Nội soi trực tràng: dãy tĩnh mạch trĩ.
- Sinh thiết gan: xơ hóa từng phần hay toàn bộ gan.
- HBV và HCV có thể dương tính. Tìm dấu chứng bệnh gan tự miễn, bệnh gan thoái hóa mỡ, rối loạn chuyển hóa protein.

Phân loại CHILD-PUGH

Child A: 5 - 7 Đ Child B: 8 - 10 Đ Child C: >11 Đ

Triệu chứng	1 Đ	2 Đ
Hôn mê gan	Không	Nhẹ
Cổ trướng	Không	Nhẹ
Bilirubin (mg/l)	<26	26 - 51
Tỷ lệ Prothrombin (%)	>70	40 - 70
Albumin (g/l)	>35	28 - 35

2. Chẩn đoán phân biệt

- Lao màng bụng.
- K di căn màng bụng (K buồng trưng).
- Hội chứng thận hư.
- Suy tim phổi.
- Bệnh hệ thống Collagenose.

ĐIỀU TRỊ XƠ GAN

- Nghỉ ngơi tại giường.
- Hạn chế muối và nước trong chế độ ăn nếu có phù nhiều.
- Thuốc lợi tiểu nhóm Furosemide, Spironolactone có thể phối hợp, chỉnh liều, cần theo dõi điện giải đồ, chức năng thận. Nếu sử dụng lợi tiểu liều cao và hạn chế muối nước tốt mà vẫn không đáp ứng có thể bệnh nhân đã vào xơ gan già.
- Chọc tháo dịch bàng khi quá căng. Nên < 2000ml/lần, 1 - 2 lần/tuần.
- Có thể sử dụng Albumine khi lượng Albumine trong máu quá thấp. Albumine 20 - 25% 50ml truyền tĩnh mạch.
- Vitamin K 10mg/ngày khi tỷ lệ Prothrombin quá thấp.
- Kháng sinh phối hợp điều trị nhiễm trùng dịch bàng hoặc nhiễm trùng khác đi kèm.
- Điều trị biến chứng hôn mê gan.

BIỂN CHỨNG XƠ GAN

- Suy tế bào gan, hôn mê gan.
- Xuất huyết tiêu hóa do dãn vỡ tĩnh mạch thực quản.
- Hội chứng gan thận.
- Nhiễm trùng, nhiễm trùng dịch bàng.
- Tràn dịch màng phổi.
- K gan trên nền xơ gan.
- Suy kiệt.

423/ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ ĐỘNG KINH

ĐỘNG KINH

I. ĐẠI CƯƠNG ĐỘNG KINH:

- ◆ Động kinh là bệnh thần kinh thường gặp thứ hai, ảnh hưởng 1% dân số.
- ◆ Tỉ lệ dân số bị động kinh ở Việt Nam: 0.6-1%.
- ◆ Động kinh trẻ em có tần suất cao trong khoảng 10 năm đầu, giảm dần và tăng lên từ tuổi 50.

II. CHẨN ĐOÁN ĐỘNG KINH:

1) Tiêu chuẩn chẩn đoán:

- ◆ Chẩn đoán dựa vào hỏi bệnh sử cẩn thận, khám thần kinh và làm một số xét nghiệm, chụp hình não bộ để chẩn khi nào cơn động kinh bắt đầu, mô tả chi tiết những biến cố khi cơn động kinh xảy ra, tiền căn sức khỏe của BN
- ◆ Cận lâm sàng: Chụp CT Scan sẽ cho thông tin chi tiết về cấu trúc bình thường của não, những bất thường cấu quan đến động kinh
- ◆ Chụp MRI ngoài thông tin nhận được như chụp CT Scan, MRI não còn phát hiện các dị dạng bẩm sinh xơ chia biệt được hoạt động điện bất thường trong não mà sinh ra cơn động kinh. Nó cũng giúp nhận biết vị trí, độ nặng

2) Chẩn đoán nguyên nhân:

- ◆ Khoảng 60-75% các trường hợp không rõ nguyên nhân. Các nguyên nhân sau có thể phát hiện: tổn thương não (như thiếu O₂), ngộ độc, nhiễm trùng thần kinh trung ương, chấn thương đầu, u não, TBMMN...

3) Chẩn đoán phân biệt:

- ◆ Co giật do nguyên nhân tâm lý: ngất, Migraine, hạ đường huyết, bệnh não do biến dưỡng, TIA, rối loạn giấc ngủ, co thắt nửa mặt, cơn hoảng loạn, tác dụng phụ của thuốc và độc chất

4) Phân loại động kinh:

Phân loại quốc tế các cơn động kinh:

A - Cơn động kinh cục bộ:

(1) Cơn động kinh cục bộ đơn giản:

- VỚI DẤU HIỆU VẬN ĐỘNG.
- VỚI TRIỆU CHỨNG CẢM GIÁC.
- VỚI DẤU HIỆU HOẶC TRIỆU CHỨNG THỰC VẬT.
- VỚI TRIỆU CHỨNG TÂM THẦN.

(2) Cơn động kinh cục bộ phức tạp:

- Khởi phát với cơn cục bộ đơn giản tiếp theo là rối loạn ý thức.
- Bắt đầu với rối loạn ý thức ngay từ khi khởi phát.

(3) Cơn động kinh cục bộ toàn thể hóa thứ phát:

- Cơn động kinh cục bộ đơn giản toàn thể hóa.
- Cơn động kinh cục bộ phức tạp toàn thể hóa.
- Cơn động kinh cục bộ đơn giản rồi phức tạp sau đó toàn thể hóa.

B - Cơn động kinh toàn thể:

- (1) Cơn vắng ý thức: điên hình và không điên hình.
- (2) Cơn giật cơ.
- (3) Cơn co giật.
- (4) Cơn co cứng.
- (5) Cơn co cứng co gồng.
- (6) Cơn mất trương lực.

C - Các cơn động kinh không phân loại.

Phân loại các hội chứng động kinh:

A - Liên quan cục bộ:

- (1) Vô căn.
- (2) Triệu chứng.
- (3) Nguyên nhân ẩn.

B - Toàn thể:

- (1) Vô căn.
- (2) Nguyên nhân ẩn hay triệu chứng.

(3) Triệu chứng.

C - Các hội chứng động kinh không được xác định cục bộ hay toàn thể.

D - Các hội chứng đặc biệt.

III. ĐIỀU TRỊ ĐỘNG KINH:

1) Nguyên tắc điều trị:

- ♦ Điều trị các cơn động kinh, không điều trị theo EEG
- ♦ Bắt đầu liều thấp tăng dần
- ♦ Đơn trị liệu đầu tiên
- ♦ Tăng liều thuốc theo hiệu quả lâm sàng, độc tính
- ♦ Theo dõi nồng độ thuốc (phenytoin (PHT), Phenobarbital (PB), carbamazepine (CBZ))
- ♦ Kết hợp thuốc khi cần và thích hợp các thuốc có cơ chế khác nhau (ví dụ valproic acid (VPA) và lamotrigine (LTG) thuốc có cùng cơ chế (ví dụ CBZ + PHT, benzodiazepine (BZP) + PB), tránh kết hợp các thuốc cạnh tranh dược lực)
- ♦ Ngưng thuốc chống động kinh từ từ đặc biệt BZP và PB.

2) Điều trị đặc hiệu:

a. Nếu có nguyên nhân: điều trị nguyên nhân và điều trị động kinh

b. Nếu không có nguyên nhân hoặc nguyên nhân không điều trị được: điều trị chống động kinh. Một số gợi ý sử dụng:

- ♦ Động kinh toàn thể nguyên phát: VPA, CBZ, LTG, hay TPM, PHT, PB
- ♦ Động kinh cục bộ hay động kinh không xác định được: CBZ, VPA, LTG hay TPM, PHT, PB
- ♦ Động kinh vắng ý thức trẻ nhỏ: VPA hay ethosuximide (ESM), LTG, VPA + LTG/ ESM
- ♦ Các cơn cục bộ:

- Vô căn (các cơn động kinh có tính gia đình lành tính) CBZ hay VPA, VPA + LTG

- Triệu chứng (động kinh thùy thái dương, động kinh thùy chẩm...): CBZ, VPA, TPM, LTG, PHT, PB

• Các thuốc có thể làm nặng cơn động kinh:

Carbamazepine: cơn vắng ý thức, giật cơ, co cứng co giật toàn thể

Vigabatrin: cơn vắng ý thức, giật cơ

BZP: cơn vắng ý thức, trạng thái co cứng

Barbiturate: cơn vắng ý thức

Gabapentin: giật cơ

• Các tác dụng phụ đặc hiệu:

CBZ: nổi ban, \$ Stevens Johnson, giảm bạch cầu, giảm Natri máu VPA: tăng cân, rụng tóc, viêm tụy, suy gan P

PHT: tăng sản lợi, rậm lông, nổi ban

LTG: nổi ban, \$ Sjogren

TPM: giảm cân, sỏi thận, toan máu

c. Phẫu thuật động kinh: nhằm lấy bỏ vùng não gây ra động kinh, làm gián đoạn thế chia. Chỉ định trong các trường hợp động kinh cục bộ, động kinh kháng trị đối với các phương pháp điều trị nội khoa (>2 loại thuốc điều trị không hiệu quả) và động kinh gây trở ngại lớn trong sinh hoạt hàng ngày, học tập, làm việc và quan hệ xã hội của người bệnh

d. Phương pháp đặt máy kích thích TK X: phương pháp này cũng hiệu quả trong một số trường hợp động kinh không đáp ứng với các phương pháp khác.

IV. THEO DÕT VÀ TÁI KHÁM:

Quan trọng là phải giáo dục bệnh nhân, gia đình và những người liên quan về tình trạng bệnh lý động kinh, khả năng lây nhiễm mà bệnh nhân có thể gặp phải do bệnh lý, do quá trình sử dụng thuốc và thời gian sử dụng thuốc. Thời gian tái khám sau 1-2 tuần trong 2 tháng (đánh giá đáp ứng thuốc, tác dụng phụ, điều chỉnh liều thuốc). Khi ổn định có thể theo dõi m

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

4. Đại học Y Dược TPHCM. Bộ môn Thần Kinh. Vũ Anh Nhị (2012). Thần Kinh Học. Bài 18: Động kinh, tr 28
5. Đại học Y Dược TPHCM. Bộ môn Thần Kinh. Vũ Anh Nhị (2013). Sổ tay lâm sàng thần kinh sau đại học. C
6. Bệnh viện Chợ Rẫy. Phác đồ điều trị 2013. Động kinh, tr 970-974.

CÁC ĐƯỜNG LÂY TRUYỀN BỆNH VÀ BIỆN PHÁP PHÒNG NGỪA

I. Các đường lây truyền bệnh :

1. Lây truyền qua đường tiếp xúc :

Lây truyền qua đường tiếp xúc là kiểu lây nhiễm quan trọng và phổ biến nhất trong nhiễm khuẩn bệnh viện và đặc biệt là lây nhiễm qua đường tiếp xúc trực tiếp và lây nhiễm qua đường tiếp xúc gián tiếp.

Truyền bệnh qua tiếp xúc trực tiếp xảy ra khi các tác nhân gây bệnh lây truyền trực tiếp từ người bệnh sang người khỏe mạnh qua các vật trung gian.

Lây nhiễm qua đường tiếp xúc gián tiếp là lây nhiễm do tiếp xúc giữa cơ thể cảm thụ với vật trung gian đã bị nhiễm, thiết bị y tế, bom kim tiêm, quần áo đã bị nhiễm bẩn hoặc tay bẩn.

Những nhóm bệnh thường lây qua đường này :

- ❖ Nhiễm khuẩn đường ruột: Tiêu chảy do vi khuẩn hoặc vi rút như Clostridium difficile, E coli 10157 : H7, Shigella, Campylobacter, Enteropathogenic Escherichia coli.
- ❖ Nhiễm khuẩn đường hô hấp: vi rút gây bệnh đường hô hấp như vi rút hợp bào, vi rút cúm, giả cúm và vi rút giang mai.
- ❖ Nhiễm khuẩn da có tính lây cao như: bạch hầu da, Herpes, chốc, viêm mô tế bào, nhọt do tụ cầu ở trẻ em.
- ❖ Nhiễm khuẩn mắt: viêm kết mạc mắt xuất huyết do vi rút.
- ❖ Nhiễm các vi khuẩn đa kháng như tụ cầu vàng kháng Methicilin (MRSA) hoặc các gram âm đa kháng.

Nhiễm khuẩn khác với các bệnh nguyên qua đường máu cũng được coi là lây truyền qua đường tiếp xúc, tuy nhiên chúng không lây qua đường máu nên tách thành một mục riêng.

2. Lây truyền qua đường giọt bắn :

Phương thức lây bệnh qua giọt bắn khác với phương thức lây bệnh qua đường tiếp xúc là ở chỗ tác nhân gây bệnh (đường kính ≥ 5μm) phát ra khi người bệnh ho, hắt hơi, nói chuyện bắn vào kết mạc mắt, niêm mạc mũi, miệng của người感染者 có trong các giọt bắn có thể truyền bệnh từ người sang người trong một khoảng cách ngắn (< 1 mét).

Những nhóm bệnh thường lây con đường này là các nhóm vi rút, vi khuẩn gây bệnh ở đường hô hấp như :

- ❖ Adenovirus, cúm mùa, SARS, cúm gia cầm A/H5N1, cúm A/H1N1, Haemophilus Influenza type B, viêm phổi.
- ❖ Nhiễm não mô cầu, quai bị, Parvovirus, Rubella.

3. Lây truyền qua đường không khí :

Khi người bệnh ho, hắt hơi hoặc làm những thủ thuật xâm lấn vào đường thở nhằm hỗ trợ hô hấp như hút đàm, những giọt bắn chứa mầm bệnh có kích thước rất nhỏ (< 5pm) những hạt này bay ra môi trường xung quanh sẽ lingers trong không khí và có thể bị hít vào bởi những người xung quanh. Khi chúng hít vào sẽ làm tăng nguy cơ lây nhiễm cho những người xung quanh.

Những bệnh lây qua đường này bao gồm 3 nhóm bệnh chính là lao, sởi và thủy đậu, những người bệnh bị cúm A/H1N1 cũng là một trong số đó. Các bệnh này đều có khả năng lây truyền bằng đường không khí như lao phổi, sởi, thủy đậu, cúm A/H1N1, SARS.

II. Các biện pháp phòng ngừa :

1. Phòng ngừa chuẩn :

Phòng ngừa chuẩn là tập hợp các biện pháp phòng ngừa cơ bản áp dụng cho tất cả những người bệnh trong các cơ sở y tế, nhằm giảm thiểu nguy cơ lây truyền bệnh cho người bệnh và những người xung quanh.

Việc tuân thủ các biện pháp của phòng ngừa chuẩn đóng góp quan trọng vào việc giảm nhiễm khuẩn liên quan đến tay và nồng độ vi khuẩn trong môi trường.

Nội dung của phòng ngừa chuẩn

- Vệ sinh tay
- Sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân
- Vệ sinh hô hấp và vệ sinh khi ho
- Sắp xếp người bệnh
- Tiêm an toàn và phòng ngừa tổn thương do vật sắc nhọn
- Vệ sinh môi trường
- Xử lý dụng cụ dùng lại (khử khuẩn - tiệt khuẩn)
- Quản lý đồ vải
- Quản lý chất thải

2. Phòng ngừa qua đường lây truyền :

Phòng ngừa qua đường lây truyền áp dụng cho những người bệnh nghi ngờ có nhiễm những tác nhân gây bệnh khí hoặc qua giọt bắn. Ba phòng ngừa này có thể kết hợp với nhau cho những bệnh có nhiều đường lây truyền. **L** được kết hợp với phòng ngừa chuẩn.

2.1. Phòng ngừa qua đường tiếp xúc :

Phòng ngừa lây truyền qua đường tiếp xúc chú ý các điểm :

- Cho người bệnh nằm phòng riêng, nếu không có phòng riêng, xếp người bệnh ở cùng phòng với người bệnh nh
- Mang găng sạch, không vô trùng khi đi vào phòng. Trong quá trình chăm sóc bệnh nhân, cần thay găng sau khi độ vi khuẩn cao (phân, dịch dẫn lưu).
- Mang áo choàng và bao giày sạch không vô trùng khi vào phòng bệnh nhân và cởi ra trước khi ra khỏi phòng.
- Tháo găng, áo choàng trước khi ra khỏi phòng và rửa tay ngay bằng dung dịch sát khuẩn.
- Hạn chế tối đa việc vận chuyển người bệnh.
- Thiết bị chăm sóc người bệnh nên sử dụng một lần cho từng người bệnh riêng biệt.

2.2. Phòng ngừa lây truyền qua giọt bắn :

Những biện pháp phòng ngừa lây truyền qua giọt bắn bao gồm: Rửa tay, mang khẩu trang y tế, nhất là với những người bệnh, bố trí người bệnh nằm phòng riêng hoặc cùng phòng với người bệnh nhiễm cùng tác nhân gây bệnh, hạn chế tối đa vận chuyển người bệnh nếu cần thì phải mang khẩu trang cho người bệnh.

2.3. Phòng ngừa lây truyền qua đường không khí :

Những biện pháp phòng ngừa qua đường không khí bao gồm : Sắp xếp người bệnh nằm phòng cách ly có ít nhất (>12 ACH/giờ) hoặc tốt nhất là phòng có áp lực âm. Nếu sử dụng phýông pháp thông khí tự nhiên, cần chọn phòng đạt thông khí tối đa. Phòng ngừa lây truyền qua đường không khí bao gồm việc mang khẩu trang có hiệu lực lọc cho người bệnh, chỉ vận chuyển trong những trường hợp hết sức cần thiết và người bệnh phải mang khẩu trang khi r

Tài liệu tham khảo :

- Chương trình và tài liệu đào tạo Kiểm soát nhiễm khuẩn cho nhân viên y tế tuyến cơ sở - Bộ Y Tế.
- Quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn - Bệnh viện Chợ Rẫy.

425/ GLÔCÔM NGUYÊN PHÁT GÓC ĐÓNG (PPRIMARY ANGLE CLOSURE GLAUCOMA - TĂNG NHÃN ÁP CẤP, THIÊN ĐẦU THỐNG)

GLÔCÔM NGUYÊN PHÁT GÓC ĐÓNG (PPRIMARY ANGLE CLOSURE GLAUCOMA - TĂNG NHÃN ÁP CẤP, THIÊN ĐẦU THỐNG)

Glôcôm là từ chỉ nhóm bệnh có đặc điểm chung là tăng nhãn áp quá mức của mắt bình thường, gây tổn thương thường.

PHÂN LOẠI GLÔCÔM

Glôcôm góc đóng nguyên phát có thể được phân loại như sau:

- Cấp tính (Acute)
- Bán cấp (Subacute)
- Mãn tính (Chronic)

TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG (SYMPTOMS & SINGS)

1. Biểu hiện cơ năng

- Đau nhức: nhức đầu, nhức mắt cùng bên dữ dội, xảy ra đột ngột.
- Nhìn mờ, thấy ánh hào quang, thấy quầng nhiều màu sắc quanh nguồn sáng (cầu vòng).
- Kèm buồn nôn, hay nôn ói (do dây thần kinh X bị kích thích).
- Mắt đỏ.

2. Biểu hiện thực thể

- Đo thị lực giảm nhiều, nặng mất thị lực (Visual loss)
- Nhãn áp cao $\geq 35\text{mgHg}$ (bình thường 10-21 mmHg Goldmann)
- Đòng tử dẫn, méo, 4-5ly
- Mắt phản xạ ánh sáng
- Cương tụ rìa giác mạc

- Tiền phòng nôn, thủy dịch bị vẫn đục nhẹ (hiện tượng Tyndall(+)) khi khám trên kính sinh hiển vi
- Soi góc tiền phòng: dính hay đóng góc
- Giác mạc mờ hay phù giác mạc
- Khó quan sát các môi trường phía sau của đáy mắt do giác mạc bị phù trong bệnh tăng nhãn áp cấp

ĐIỀU TRỊ GLÔCÔM

1. Điều trị rất quan trọng vì nó luôn xuất hiện cả 2 mắt, mặc dù chỉ có một mắt xảy ra và mắt kia có nguy cơ.
2. Ba mục đích điều trị: cắt cơn cấp tính, bảo vệ mắt còn lại, dứt điểm.
3. Điều trị nội khoa → tạm thời, sau đó chủ yếu là phẫu thuật (khi nhãn áp xuống bình thường).

* Điều trị nội khoa:

- Úc chế Anhydrase Carbonic

Acetazolamide (Diamox) 0,25g/viên. Ngày uống không quá 1g (4v/ngày)

Bù Kali (do tác dụng phụ của Diamox)

- Co đồng tử: nhổ collyre Pilocarpine 2% nhổ 4 lần/ngày (mỗi 6h)
- β bloquant: collyre Timolol 0,5%, 1% nhổ 2 lần/ngày (Betoptic collyre)
- Giảm đau, an thần

- Trong trường hợp nhãn áp quá cao > 41mmHg ta có thể truyền Mannitol 20% 500ml tốc độ 50-60 giọt/phút

* Điều trị ngoại khoa:

- Khi dính góc ít → cắt mỏng mắt chu biên
- Khi dính góc nhiều → cắt bẹ cứng mạc

* Điều trị dự phòng mắt còn lại

- 40%-50% có khả năng xuất hiện mắt còn lại sau 4-5 năm, do đó ta cần điều trị dự phòng, bằng phương pháp cao (sau 1 tuần điều trị mắt đã lên cơn tăng nhãn áp ổn định).

- Nếu phương pháp điều trị Laser không có kết quả ^ ta cắt mỏng mắt bằng phẫu thuật.

KẾT LUẬN

- Glôcôm nguyên phát góc đóng (hay còn gọi là tăng nhãn áp cấp, thiên đầu thống) là một cấp cứu về mắt.
- Ta nên chẩn đoán sớm, chẩn đoán chính xác, chẩn đoán phân biệt với các bệnh đau mắt cấp khác, để có hướng thương thị thần kinh cho bệnh nhân.
- Điều trị dự phòng mắt còn lại.
- Khuyên đi khám định kỳ và người thân đi kiểm tra về mắt (khi người trong gia đình đã bị lên cơn tăng nhãn áp cho mọi người).

Tài liệu tham khảo:

- General of ophthalmology
- Atlas of Clinical ophthalmology
- Tài liệu CK I bộ môn Mắt ĐHYD

426/ NGUYÊN NHÂN, ĐIỀU TRỊ TĂNG NATRI MÁU

TĂNG NATRI MÁU

I- ĐẠI CƯƠNG

- Tăng natri máu xảy ra khi nồng độ natri máu $> 145 \text{ mEq/L}$.
- Đánh giá và điều trị thường tập trung vào hai câu hỏi sau:
 1. Tình trạng thể tích dịch của bệnh nhân như thế nào?
 2. Đây là ván đề cấp tình hay mạn tính?

II- NGUYÊN NHÂN TĂNG NATRI MÁU

Chia thành hai nhóm chính:

- 1- Tăng lượng natri vào

2- Mất nước (nhóm này thường gấp hơn): bao gồm mất nước qua thận (lợi tiểu thẩm thấu và đái tháo nhạt); mất đường hô hấp, da, tiêu hoá, thường gấp là tiêu chảy thẩm thấu do lactulose, sorbitol, hôi chứng kém hấp thu và...

III- BIỂU HIỆN LÂM SÀNG TĂNG NATRI MÁU

- Tương tự như hạ natri máu, các triệu chứng của tăng natri máu chủ yếu là triệu chứng thần kinh, mức độ nặng của các triệu chứng tùy thuộc mức độ tăng và tốc độ tăng natri máu.
- Tăng natri máu dẫn đến tăng áp suất thẩm thấu máu sẽ rút nước ra khỏi tế bào dẫn đến mất nước nội bào gây ra teo não và các triệu chứng thần kinh mà lâm sàng thường gặp gồm: miosis, rối loạn các triệu chứng nặng thường ít gặp khi $[Na^+] < 160 \text{ mEq/L}$.

IV- XÉT NGHIỆM TĂNG NATRI MÁU

Tăng natri máu chắc chắn sẽ làm tăng áp suất thẩm thấu máu, do đó không cần đo áp lực thẩm thấu (ALTT) mà tăng natri máu gồm ALTT nước tiểu và natri niệu.

1. Áp lực thẩm thấu nước tiểu (ALTTnt).

- Khi ALTTmáu tăng sẽ kích thích bài tiết ADH dẫn đến cô đặc nước tiểu tối đa ALTTnt $> 800 \text{ mOsm/L}$, và thường tăng chung với ADH.
- ALTTnt tăng chứng tỏ trực ADH-thận không bị tổn thương. Do đó nguyên nhân tăng natri máu có thể là: tăng thận lâu rồi

2. Natri niệu.

- Các nguyên nhân tăng natri sẽ làm $[Na^+] \text{ niệu} > 100 \text{ mEq/L}$.
- Ngược lại $[Na^+] \text{ niệu} < 20 \text{ mEq/L}$ gặp trong các nguyên nhân gây mất nước và giảm thể tích.

V- ĐIỀU TRỊ TĂNG NATRI MÁU

1. Nguyên tắc chung.

Mục tiêu điều trị của tăng natri máu:

- (1) bù lượng nước mất
- (2) điều trị bệnh nguyên nhân.

$[Na^+] \text{ máu}$ phải được giảm xuống từ từ, giữ cho natri máu không giảm quá $0,5 \text{ mEq/L/giờ}$ ($< 12 \text{ mEq/L}$ trong 24h) để tránh gây phù não và các biến chứng thần kinh nghiêm trọng

2. Bù nước mất.

Giả sử muốn đưa $[Na^+]$ về mức bình thường là 140 mEq/L, thì

lượng nước thiếu (water deficit) = $[(Na \text{ hiện tại} - 140)/140] \times TBW$. Trong đó

lượng nước toàn cơ thể tính tương tự như trong hạ natri máu.

Ví dụ: bệnh nhân nữ 60kg, có $[Na^+]$ 160 mEq/L, muốn đưa $[Na^+]$ xuống 140 mEq/L thì lượng nước cần bù = 4.

Tốc độ bù nước, giữ cho $[Na^+]$ không giảm quá 0,5 mEq/L/giờ ($< 12 \text{ mEq/L trong } 24 \text{ giờ đầu tiên}$).

Bù nước qua đường tĩnh mạch có một số hạn chế:

(1) quá tải tuần hoàn (nếu dùng NaCl nhược trương 0,45%)

(2) tăng đường máu (nếu dùng dextrose 5%).

Vì vậy, cách bù nước an toàn nhất là qua đường tiêu hóa (uống hoặc đặt thông dạ dày).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Giles H, Vijayan A. Fluid and electrolyte management. In: Manual of medical therapeutics

2. Verbalis JG, Stern RH. Hyponatremia treatment guidelines 2007: expert panel recommendations. The American

3. Phác đồ điều trị 2013 phần nội khoa bệnh viện Chợ Rẫy

4. Điều trị học nội khoa Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

427/ NGUYÊN NHÂN, ĐIỀU TRỊ VIÊM CƠ TIM

VIÊM CƠ TIM

Viêm cơ tim (VCT) là một quá trình viêm kèm theo hoại tử cơ tim.

Nét đặc trưng về mô học của VCT là thâm nhiễm do viêm khu trú hoặc lan tỏa với sự tổn thương của những phần giới hạn ở cơ tim mà còn có thể bao gồm cả nội tâm mạc, màng ngoài tim và bộ máy van lân cận.

PHÂN LOAI

Có thể chia

1. VCT do siêu vi:

Người ta phân lập được rất nhiều loại siêu vi có thể gây nên VCT: Coxsackie A và B, Influenza A và B, Echovirus, Hepatitis, Epstein Barr virus, Mumps, Poliomyelitis, Herpes Simplex, Herpes Zoster, Rubella, Rubeola, Vaccinia

a - Bệnh cảnh lâm sàng :

- Triệu chứng viêm cơ tim:

- Sốt, lù đù, mệt mỏi, đau khớp, đau cơ, hồng ban . . . trước khi có triệu chứng của tim mạch.
- Triệu chứng khó chịu ở vùng ngực kiểu màng ngoài tim thường gặp cũng có thể theo kiểu thiếu máu cục bộ có

- Thăm khám:

- Sốt, huyết áp thấp.

- Rối loạn nhịp: tim nhanh (không tương xứng với mức độ sốt, tăng ngay cả khi nghỉ ngơi và khi gắng sức), tim chậm hiếm gặp.

- Âm thổi tâm thu của hai lá và ba lá thường gấp, cường độ T1 có thể giảm, có thể nghe T3, T4.

- Trường hợp suy tim nặng có thể kèm tĩnh mạch cổ nổi, ran ở phổi, tiếng ngựa phi, phù ngoại vi.

- Tiếng cọ màng tim và màng phổi cũng thường gấp.

b - Cân lâm sàng :

- Điện tâm đồ: nhịp tim nhanh

- X quang lồng ngực: bong tim to

- Siêu âm tim: EF giảm

- Sinh thiết cơ tim: qua đường TM vo mm thất P.

Các xét nghiệm khác:

♣ Tăng tốc độ lắng máu.

♣ Kháng thể tự thân tăng: TNF, IL-6, IgG3.

♣ Việc phát hiện Gen của virus trong sinh thiết nội mạc cơ tim bằng kỹ thuật tái tổ hợp DNA là một công cụ chung
c -Điều trị viêm cơ tim:

- Chủ yếu là điều trị triệu chứng

- ❖ Điều trị suy tim: như phác đồ điều trị suy tim.

2) Viêm cơ tim do vi trùng:

Điều trị nêu theo kháng sinh đồ. Trong khi chờ kết quả kháng sinh đồ có thể dùng nhóm Cephalosporin thế hệ 3-4, Aminoglycoside, Penicilline, Quinolone . . . hoặc thuốc điều trị lao đặc hiệu. Ceftriaxone: 2-4 gam/1 lần/ngày/ IV/ IM và Gentamycine: 1mg/ kg/ IM / IV /12giờ.

3) Viêm cơ tim tự miễn:

- ❖ VCT do tế bào không lò: hiếm gặp. Đặc trưng là sự xuất hiện tế bào không lò đa nhân trong cơ tim, đặc biệt thường kết hợp với 1 số bệnh tự miễn như loét đại tràng, bệnh Crohn, bệnh nhược cơ.

Biểu hiện: khởi phát đột ngột: sốt. ECG rối loạn dẫn truyền gồm block nhĩ thất cao độ, rối loạn nhịp thất.

Điều trị viêm cơ tim: bệnh diễn tiến xấu dần, bất chấp điều trị. Sinh thiết cơ tim thường giúp chẩn đoán bệnh. Đ Azathioprine và corticoide có vẻ có lợi kéo dài thời gian chờ ghép tim hoặc tử vong.

- ❖ Sarcoidosis : đây là bệnh lý u hạt hệ thống chưa rõ nguồn gốc. Đặc điểm mô học là u hạt dạng không bả đậu đến tủy thương cơ quan. Tủy thương tim thông thường biểu hiện là đột tử. Các phần của tim bị thay thế bằng các

Chẩn đoán khó khăn: Phải nêu cản tìm biểu hiện tủy thương ở cơ quan khác: X quang phổi, ECG, siêu âm tim, s đặc hiệu cao.

4) Tác nhân lý hóa:

Các chất phóng xạ, Lithium, Arsenic ... có thể gây VCT, thường qua quá trình lâu dài.

TIÊN LUỢNG

- Phần lớn các trường hợp VCT không triệu chứng sẽ tự giới hạn không bị rối loạn chức năng tim tồn lưu.

- Những bệnh nhân VCT có triệu chứng tiên lượng xấu hơn. Những bệnh nhân có thể tự hồi phục ở bất cứ giai đoạn nào, có thể ổn định hoặc tiến triển thành bệnh cơ tim dẫn và suy tim. (VCT tế bào không lò, bệnh AIDS)
- Có một tỉ lệ nhỏ bệnh nhân đột tử bất chấp điều trị.

428/ NHIỄM CETON ACID VÀ TĂNG ÁP LỰC THẨM THÁU MÁU TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

NHIỄM CETON ACID VÀ TĂNG ÁP LỰC THẨM THÁU MÁU TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

I. ĐẠI CƯƠNG:

- ❖ Nhiễm ceton acid có đặc điểm glucose huyết tăng cao, thường lớn hơn 250mg/dL, pH máu nhỏ hơn 7,3, dự trù tính mạnh.
- ❖ Tăng áp lực thẩm máu xảy ra khi glucose huyết tăng cao hơn 600mg/dL trong đa số các trường hợp, áp lực thường lớn hơn 7,3, dự trữ kiềm > 1 mEq/dL, nhiễm ceton không có hoặc rất ít.

II. CÁC YẾU TỐ THÚC ĐẨY:

- ❖ Đái tháo đường mới phát hiện.
- ❖ Ngưng tiêm insulin hoặc ngưng thuốc viên glucose huyết.
- ❖ Nhiễm trùng cấp hoặc mạn tính.
- ❖ Chấn thương.
- ❖ Phẫu thuật.
- ❖ Sang chấn tâm lý.v.v...

III. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG:

1. Nhiễm ceton acid:

Thường bệnh nhân có các triệu chứng như:

- ❖ Ăn nhiều, uống nhiều, tiểu nhiều, gầy sút kết hợp với mệt mỏi, chán ăn, buồn ói, ói mửa, đau bụng, triệu chứng này thường kèm theo cơn đau bụng cấp do các nguyên nhân khác như viêm tụy cấp, viêm ruột thừa.
- ❖ Mất nước rõ rệt, da niêm khô, mạch nhanh, huyết áp hạ, hoặc hạ huyết áp tư thế, tĩnh mạch cổ xẹp, lượng nước tiểu Kussmaul và mùi ceton trong hơi thở. Tình trạng tri giác thay đổi từ lơ mơ, lú lẫn, đến hôn mê. Hôn mê sâu có thể kéo dài vài ngày hay cả tuần. Bệnh nhân có thể có dấu hiệu kinh định vị như giảm cảm giác, liệt nhẹ một bên hoặc hai bên, rung cơ, co giật toàn thân hoặc từng phần thường xuất hiện trong 1/3 trường hợp.

2. Tăng áp lực thẩm thấu máu:

- ❖ Tình trạng bệnh nhân thường mất nước nặng hơn, rối loạn tri giác lơ mơ, hôn mê. Thời gian đi vào hôn mê lâu có thể kéo dài vài ngày hay cả tuần. Bệnh nhân có thể có dấu hiệu kinh định vị như giảm cảm giác, liệt nhẹ một bên hoặc hai bên, rung cơ, co giật toàn thân hoặc từng phần thường xuất hiện trong 1/3 trường hợp.

IV. CẬN LÂM SÀNG:

1. Trong nhiễm ceton acid:

- ❖ Glucose huyết trong khoảng 350-900mg/dL (19,4-50 mmol/L). Ceton máu dương tính ở độ pha loãng 1/8 hay 1/10.
- ❖ pH < 7,3, dự trữ kiềm < 15 mEq/l, PCO₂ < 40mg, khoảng trống anion tăng.
- ❖ Natri trong máu có thể bình thường, tăng hay giảm. Natri máu có thể giảm giả vì glucose huyết và ceton huyết.
- ❖ Kali máu có thể tăng do toan máu mặc dù có tình trạng thiếu kali của có thể, lượng kali thiếu do mất qua nước > 5mEq/kg cân nặng.
- ❖ Phosphate máu tăng 6-7mg/dL.
- ❖ Áp lực thẩm thấu máu thường dưới 320mOsm/L.
- ❖ Creatinin máu và BUN có thể tăng do giảm lượng máu đến thận.
- ❖ Khoảng 90% trường hợp tăng amylase máu ít liên quan đến viêm tụy cấp, cần xét nghiệm lipase máu để loại trừ.

2. Trong tăng áp lực thẩm thấu máu:

- ❖ Trong trường hợp nhẹ bệnh nhân mất ít nước, hạ Na do pha loãng cũng như Na mất qua đường niệu do đó Na < 135mEq/l.
- ❖ Trong trường hợp mất nước nhiều trung bình từ 8-10 lít, đường huyết tăng rất cao từ 800-2400mg/dL, áp lực thẩm thấu máu > 150mOsm/L.

- ❖ Ceton máu có thể dương tính nhẹ trong một số trường hợp.

V. CHẨN ĐOÁN:

1. Tiêu chí chẩn đoán nhiễm ceton acid và tăng áp lực thẩm thấu máu (ADA 2009):

Tiêu chí chẩn đoán	Nhiễm ceton acid	
	Nhẹ	Trung bình
Đường huyết	> 250	> 250
pH máu ĐM	7.25-7.30	7.00-7.24
Bicarbonat (mEq/L)	15-18	10 đến <15
Ceton nước tiểu	Dương	Dương
Ceton huyết thanh	Dương	Dương
ALTT (mOsm/kg)	Thay đổi	Thay đổi
Khoảng trống anion	> 10	> 12
Thay đổi tri giác	Tinh táo	Tinh/ ngủ gà
		Hôn mê

2. Công thức tính khoảng trống anion: (Anion gap)

$$\text{Na}^+ - (\text{Cl}^- + \text{HNO}_3) = 12.$$

3. Tính áp lực thẩm thấu máu:

$$\text{ALTT máu} = 2 \text{ Na}^+ (\text{mEq/L}) + \text{Glucose huyết} (\text{mmol/L}).$$

VI. XỬ TRÍ:

* Mục tiêu điều trị:

- ❖ Phục hồi thể tích tuần hoàn, tưới máu mô.

❖ Giảm glucose huyết và đưa áp lực thẩm thấu máu về mức bình thường, điều chỉnh ceton máu, điều chỉnh điện ống dẫn lưu dạ dày nên được đặt trong trường hợp bệnh nhân hôn mê để dự phòng các biến chứng.

1. Bồi hoàn thể tích tuần hoàn:

1.1. Bệnh nhân nhiễm ceton acid:

- ❖ Lượng dịch mất trung bình khoảng 4-5 lít trong nhiễm ceton acid khi chẩn đoán.

- ❖ Dung dịch được dùng đầu tiên thường là dung dịch đăng trương NaCl 0,9% .
- ❖ Truyền 2 lít trong 2-3 giờ đầu giúp phục hồi thể tích tuần hoàn. Sau đó nên dùng dung dịch nhược trương 0,4% thiểu 3-4 lít trong 8 giờ để phục hồi tưới máu bình thường.
- ❖ Trong trường hợp bù dịch > 5 lít trong 8 giờ thường dễ góp phần gây các biến chứng như hội chứng suy hô hấp.
- ❖ Khi glucose huyết khoảng 250mg/dL nên bù thêm dịch glucose 5% để duy trì mức glucose huyết trong tình trạng hạ đường huyết cũng như phù não do hậu quả giảm đường huyết quá mạnh.

1.2. Bệnh nhân tăng áp lực thẩm thấu máu:

- ❖ Bù nhiều dịch hơn, bệnh nhân mất trung bình 100 - 200ml/kg hay khoảng 9 lít.
- ❖ Trong trường hợp bệnh nhân hạ huyết áp nên sử dụng dung dịch đăng trương NaCl 0,9%, tất cả các trường hợp đều cần.
- ❖ Lượng dịch bù trung bình 4-6 lít trong 4-8 giờ đầu.
- ❖ Theo dõi cẩn thận lượng dịch bù, nước tiểu, huyết áp và tình trạng chức năng thận.
- ❖ Khi glucose huyết khoảng 250mg/dL nên sử dụng thêm dung dịch glucose 5%

2. Sử dụng insulin:

2.1. Trong nhiễm ceton acid:

- ❖ Sử dụng insulin sớm ngay khi bù dịch thay thế, dùng insulin tác dụng nhanh (Actrapid, Regular).
- ❖ Tiêm tĩnh mạch liều 0,1 đơn vị/kg cân nặng, mục đích kích thích thụ thể của insulin ở mô, ức chế tân sinh đường.
- ❖ Duy trì truyền insulin 0,1 đơn vị/kg/giờ.
- ❖ Trong trường hợp glucose huyết không giảm tối thiểu 10% trong giờ đầu tiên, lặp lại liều tiêm tĩnh mạch.
- ❖ Trong trường hợp hiếm gặp để kháng insulin sau 2 liều tiêm tĩnh mạch, liều gấp đôi insulin được khuyến cáo mỗi giờ.
- ❖ Liều insulin truyền tĩnh mạch nên hiệu chỉnh với mục tiêu giảm glucose huyết 50-70mg/dL/giờ.
- ❖ Khi glucose huyết giảm đến 250mg/dL, nên chú ý sử dụng thêm glucose 5%.
- ❖ Khi pH máu về bình thường, bicarbonate > 15mEq/L có thể chuyển đường tiêm dưới da.

- ❖ Trước khi ngưng truyền tĩnh mạch nên sử dụng mũi tiêm dưới da insulin 1 giờ trước đó.

2.2. Trong tăng áp lực thẩm thấu máu:

- ❖ Nhu cầu insulin sử dụng ít hơn.
- ❖ Tiêm tĩnh mạch liều 0,15 đơn vị/kg cân nặng duy trì truyền insulin 0,1 đơn vị/kg/giờ theo dõi glucose huyết và glucose huyết 50-70mg/dL mỗi giờ.
- ❖ Khi bệnh nhân ổn định và glucose huyết khoảng 250mg/dL có thể chuyển sang insulin tiêm dưới da.

3. Bù kali và phosphate máu:

3.1. Trong nhiễm ceton acid:

- ❖ Nếu không có suy thận và lượng nước tiểu đầy đủ, bù kali sau 2 đến 3 giờ bù dịch đầy đủ, lượng kali bù khoảng bình thường hay thấp. Không bù thêm khi kali vẫn còn $> 5,5\text{mEq/L}$ và bệnh nhân suy thận, cần đánh giá tình trạng hợp.

Khi bệnh nhân có nước tiểu, dựa trên kết quả ion đồ:

- + Khi $\text{K}^+/\text{máu} > 6\text{mEq/l} \rightarrow 0 \text{ mEq K}^+/\text{giờ}$
- + Khi $\text{K}^+/\text{máu} > 5,6\text{mEq/l} \rightarrow 10 \text{ mEq K}^+/\text{giờ}$
- + Khi $\text{K}^+/\text{máu} > 4-5\text{mEq/l} \rightarrow 20 \text{ mEq K}^+/\text{giờ}$
- + Khi $\text{K}^+/\text{máu} > 3-4\text{mEq/l} \rightarrow 30 \text{ mEq K}^+/\text{giờ}$
- + Khi $\text{K}^+/\text{máu} < 3\text{mEq/l} \rightarrow 40 \text{ mEq K}^+/\text{giờ}$

Theo dõi các dấu hiệu tăng giảm kali trên điện tâm đồ. Khi bệnh nhân phục hồi nên cho ăn thức ăn chứa nhiều kali.

- ❖ Bù phosphate máu ít khi cần, tuy nhiên khi phosphate máu $< 1\text{mg/dL}$ nên bù thêm phosphate.
- ❖ Cần thận khi bù nhanh phosphate có thể gây hạ calci máu xuất hiện những cơn tétan.

3.2. Tăng áp lực thẩm thấu máu:

- ❖ Hạ kali máu trong TALTT ít hơn so với nhiễm toan acid, hạ kali thường do sử dụng insulin do đó nên bù kali khoảng 10mEq kali trong những lít dịch đầu tiên, theo dõi sát điện giải khi bù kali.
- ❖ Bù phosphate khi phosphate máu $< 1\text{mg/dL}$, khi bệnh nhân tỉnh có thể bù theo đường uống.

4. Bù bicarbonate:

- ❖ Bicarbonate được sử dụng khi $\text{pH} < 7$ và cần theo dõi cẩn thận để ngăn ngừa sử dụng quá mức.

❖ Trong trường hợp cần bù bicarbonate liều dùng 50-100ml bicarbonate 7,5% (44-88mEq) pha trong 1 lít dung bicarbonate trong dung dịch đẳng trương.

❖ Nên sử dụng sớm và có thể lặp lại cho đến khi pH > 7,1.

❖ Không nên sử dụng bicarbonate khi pH > 7,1 vì gia tăng nguy cơ kiềm chuyển hoá và gây loạn nhịp.

5. Điều trị các yếu tố thúc đẩy:

❖ Nếu nghi có nhiễm trùng có thể dùng ngay kháng sinh để điều trị trong khi chờ đợi kết quả xét nghiệm.

6. Điều trị hỗ trợ:

❖ Bệnh nhân hôn mê cần xoay trở, hút đàm nhót.

❖ Nếu bệnh nhân ói nhiều, hút dịch dạ dày sau khi đặt ống dạ dày. Đặt nội khí quản khi cần, vô trùng thật kỹ cá

7. Theo dõi:

❖ Mạch, huyết áp, nhịp thở mỗi 30 phút. Lượng nước tiểu mỗi giờ.

❖ Nhiệt độ mỗi 4 giờ.

❖ Theo dõi glucose huyết mao mạch mỗi 30-60 phút trong 4 giờ đầu tiên, sau đó mỗi 2 giờ. Khi có vấn đề bất tĩnh mạch.

❖ Theo dõi điện giải trong máu mỗi 2 giờ cho đến ổn định, sau đó theo dõi mỗi 4 giờ. Có thể theo dõi toan máu khi pH > 7.

❖ Không theo dõi tình trạng toan máu bằng thể ceton.

❖ Các xét nghiệm cần làm khi mới nhập viện và lặp lại khi cần: Công thức máu,

BUN, creatinin máu, pO₂, pCO₂, calci, phosphate trong máu, tổng phân tích nước tiểu, cây nước tiểu, cây máu,

8. Khi bệnh nhân xuất viện:

❖ Giáo dục sức khoẻ cho BN, kiểm soát huyết áp, glucose huyết, lipid máu.

❖ Bệnh nhân đái tháo đường type 2 sau khi nhiễm ceton có thể dùng trở lại thuốc viên điều trị đái tháo đường s

429/ PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ UNG THƯ GAN NGUYÊN

UNG THƯ GAN NGUYÊN PHÁT

- Là ung thư xuất phát từ tế bào biểu mô gan.
- Thường do nhiễm siêu vi viêm gan B, C
- Có xơ gan đi kèm trong khoảng 60% các trường hợp.
- Tiên lượng xấu, tỷ lệ tử vong cao .

CHẨN ĐOÁN UNG THƯ GAN NGUYÊN PHÁT

1. Chẩn đoán xác định:

- Lâm sàng: triệu chứng nghèo nàn trong giai đoạn đầu.
 - Nam nhiều hơn nữ.
 - Tuổi khoảng 40 - 50 tuổi gấp nhiều
 - Mệt mỏi, ăn kém ngon, sụt cân nhanh, có thể có vàng da, cỗ trưởng, suy kiệt...
 - Di căn theo đường máu và hạch bạch huyết vào hạch mạc treo và phúc mạc (dịch cỗ trưởng với Rivalta dương tính)
- Cận lâm sàng
 - Hồng cầu, Hct giảm nhẹ, VS tăng.
 - AFP tăng cao.
 - Chức năng gan ít xáo trộn nếu không kèm theo xơ gan.
 - Siêu âm thấy u gan đa ổ hoặc đơn ổ.
 - Chụp CT scanner hoặc MRI gan để xác định u gan (nếu cần thiết).
 - Sinh thiết gan làm GPBL tìm tế bào ác tính (nếu có thể được).
 - Xét nghiệm HCV, HBV, tìm dấu chứng bệnh gan tự miễn, bệnh gan thoái hóa mỡ.

2. Chẩn đoán phân biệt:

- Áp xe gan.
- Hemangiome gan.
- Nang gan.
- Adenome gan.
- Nhiễm ký sinh trùng ở gan (sán lá gan).
- Gan nhiễm mõi khu trú.

ĐIỀU TRỊ UNG THƯ GAN NGUYÊN PHÁT

- Phương pháp TOCE (tiêm hóa chất vào khối u gan và làm tắc mạch)
- Chỉ định cắt gan khi khối u nhỏ, khu trú ở một thùy hay một phân thùy.
- Cột thắt động mạch gan.
- Điều trị u gan bằng sóng cao tần (RFA).
- Ghép gan khi có điều kiện

TOCE ĐIỀU TRỊ UNG THƯ GAN (HCC)

CHỈ ĐỊNH

- K gan có chỉ định TOCE:
 - K gan nguyên phát không thể phẫu thuật cắt bỏ.
 - Tái phát sau phẫu thuật.
 - K gan đơn ống, đã ổn.
 - K gan thứ phát.
- K gan vỡ (cáp) ổn định huyết động..
- K gan vỡ dưới bao (bán cáp).

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- SGOT-SGPT tăng gấp 3 lần.
- Bilirubin tăng gấp 4 lần.
- Huyết khối tĩnh mạch cửa.
- Suy thận.
- Cỗ trướng nhiều.
- Di căn ngoài gan.

XÉT NGHIỆM CẬN LÂM SÀNG

- Huyết đồ: hồng cầu, bạch cầu, CT bạch cầu, tiêu cầu, Hb, Hct.
- Đường huyết.
- Bun, creatinine huyết.
- GGT.
- SGOT-SGPT.
- Bilirubin tự do - kết hợp.
- Protid toàn phần, điện di Protid.
- Alpha Foeto Protein (AFP).
- Đông máu toàn bộ: TQ, TCK, TC.
- XQ phổi, siêu âm tim, ECG.
- Siêu âm Doppler gan.
- CT scanner cản quang vùng bụng.
- Sinh thiết gan (tiêu chuẩn vàng) tìm tế bào ác tính

Chú ý: Trường hợp không có kết quả sinh thiết gan nhưng trên lâm sàng và xét

nghiệm cận lâm sàng (AFP) gợi ý đến K gan thì vẫn có thể hội chẩn với chuyên viên TOCE để tiến hành phu

TRÌNH TỰ THỰC HIỆN PHƯƠNG PHÁP TOCE

Bệnh nhân được nhập viện, tiến hành thăm khám, thực hiện các xét nghiệm cận lâm sàng đầy đủ, sau cùng hội c làm TOCE.

KỸ THUẬT

1. Gây tê tại chỗ, chọc dò động mạch đùi chung.

2. Dùng ống thông chẩn đoán đưa chọn lọc vào động mạch thân tạng hay động mạch mạc treo tràng trên để chẩn đánh giá hệ tĩnh mạch cửa.

3. Đưa chọn lọc vào động mạch gan phải hoặc trái và nếu được, vào chọn lọc các nhánh hạ phân thùy nuôi dườn

4. Bơm hỗn hợp Lipiodol - thuốc chống ung thư:

- Lipiodol 10 - 20ml (X ml < 1,5 đường kính khối u).

- Thuốc chống ung thư.

• Adriamycin 40 - 100mg, tùy thuộc kích thước khối u và m^2 da cơ thể.

• Cisplatin (CDDP) 60mg/ m^2 (2mg/kg - tổng liều 100 - 150mg).

• Mitomycin C 10 - 20mg.

5. Làm tắc động mạch gan bằng các chất gây thuyên tắc Spongel.

6. Chụp kiểm tra.

THEO DÕI SAU TOCE

Biến chứng thường gặp sau khi làm TOCE:

1. Hội chứng sau thuyên tắc:

- Sốt:

• Thường sốt xảy ra 2 - 3 ngày sau TOCE, sau đó giảm dần.

• Xử trí: lau mát, hạ nhiệt Paracetamol.

• Nếu sốt hơn 7 ngày phải tiến hành kiểm tra CTM để tìm ổ nhiễm trùng.

- Đau hụt sườn phải:

- Thường xảy ra ngay sau khi làm TOCE và 2 ngày sau sẽ giảm.
- Nếu đau nhiều có thể dùng Nidal 1 - 2 ống/ ngày.

- Nôn ói:

- Rất thường gặp.
- Nếu nôn ói nhiều có thể dùng Primperan sau 2 - 3 ngày giảm dần.

2. Nhiễm trùng:

Nếu sốt kéo dài hơn 7 ngày phải kiểm tra CTM - cáy máu tìm nguyên nhân nhiễm trùng.

3. Chảy máu động mạch nuôi:

Băng ép nên duy trì từ 24 - 48 h sau khi TOCE thông thường duy trì đến 48 h và chân phải không cử động sau khi máu động mạch nuôi thì băng lại và kiểm tra chức năng máu toàn bộ. Nếu có rối loạn chức năng động máu phải

4. Hematome động mạch nuôi:

Hiếm gặp, thường do khi tiến hành làm TOCE hoặc đè ép sau khi làm thủ thuật không kỹ.

5. Bí tiểu:

Thường gặp sau khi làm TOCE, thường sau khi làm xong 5 - 6 h bệnh nhân vẫn không đi tiểu được, khám có cảm giác đau đớn ở bàng quang, thường chỉ bí tiểu tạm thời, sau đó bệnh nhân sẽ tự đi tiểu lại được.

6. Suy chức năng gan:

- Sau khi làm TOCE 2 ngày phải kiểm tra lại chức năng gan.
- Đa số các trường hợp SGOT-SGPT tăng khá cao, vàng da, báng bụng có thể nhiều lên và bệnh nhân dễ vào hôn mê.
- Sau khi làm TOCE: truyền glucose 10% - 20% nuôi ăn khoảng 600ml/ngày kèm uống sữa.
- Có thể dùng Duphalac, Nissel.
- Kháng sinh: Rocephin 1g/ngày, trong 3 ngày.

7. Biến chứng tắc mạch:

- Nhồi máu cơ tim.

- Tắc mạch não.
 - Tắc mạch chi.
 - Nhồi máu mạc treo.
 - Thuyên tắc phổi.
- ❖ Thông thường sau khi làm TOCE bệnh nhân phải được theo dõi 5 - 7 ngày.

Xuất viện 4 - 6 tuần sau tái khám, kiểm tra lại toàn bộ xét nghiệm như trên. Đánh giá lại kết quả xem còn cần là

430/ PHÁC ĐỒ CHI TIẾT CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH THẬM MẠN

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH THẬM MẠN

“BỆNH THẬM MẠN” theo KDOQI & KDIGO

Chẩn đoán dựa vào những bất thường 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 thường bệnh học mô thận (sinh thiết thận)

- Dấu chứng tổn thương thận

♦ bất thường nước tiểu (tiêu đạm)

♦ bất thường sinh hóa máu (HC ống thận)

♦ bất thường về hình ảnh học

- bệnh nhân ghép thận

2- Giảm ĐLCT $< 60\text{ml/ph}/1,73\text{ m}^2$ da kéo dài trên 3 tháng

♦ kèm hoặc không kèm tổn thương thận

Định nghĩa Bệnh thận mạn (Chronic Kidney Disease: CKD)

KDIGO: K

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

Độ lọc cầu thận (GFR)

Albumine niệu (Albuminuria)

XÉT NGHIỆM TÂM 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. Cení 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 Uớc đoán	Biểu hiện LS và CLS
1	>90	Chức năng thận bình thường
2	60-89	Giảm GFR nhẹ
3a	45-59	Giảm GFR nhẹ-trung bình
3b	30-44	Giảm 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, ĐTD, viêm cầu thận...	Có	Không
Kích thước 2 thận nhỏ	Có	Không
Trụ rỗng/nước tiểu	Có	Không
Hồi phục chức năng thận về bình thường	Không	Có
Tăng kali máu, toan chuyển hoá, thiếu máu Tăng phosphate máu HC uré máu cao	Có	Có

Yếu tố ảnh hưởng tốc độ tiến triển suy thận KDOQI

1. Bệnh căn nguyên

- ĐTD, Bệnh cầu thận, thận đa nang, ghép thận > Tăng HA, bệnh ống thận mô kẽ

2. Yếu tố có thể thay đổi được

- Tiêu đạm

- Tăng huyết áp

- Tăng đường huyết

- Giảm albumine máu

- Hút thuốc lá

3. Yếu tố không thay đổi được

- Nam

- Người da đen

- Lớn tuổi

- ĐLCT cơ bản thấp

4. Kiểm soát tốc độ tiến triển suy thận Điều trị bệnh căn nguyên

Điều trị các yếu tố thúc đẩy suy thận

Chiến lược toàn cầu

- Chẩn đoán 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 đoạn cuối, hoặc ngăn bn phải điều trị thay thế thận
- Một khi bệnh nhân vào suy thận mạn (STM) giai đoạn cuối, chuẩn bị điều trị thay thế thận và điều trị các biến

Chiến lược điều trị theo giai đoạn 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 loạn đi tiểu, Bất thường XN hình ảnh	Chẩn đoán, điều trị bệnh Điều nguy cơ tim mạch
2	60 - 89	Biến chứng nhẹ	+ Uớc đoán tốc độ tiến triển
3	30 - 59	Biến chứng trung bình	+ Đánh giá và điều trị biến ch
4	15 - 29	Biến chứng nặng	+ Chuẩn bị điều trị thay thế th
5	< 15	Hội chứng uré máu cao Bệnh tim mạch	+ Điều trị thay thế thận (nếu c

Giai đoạn sau tiếp tục làm việc của giai đoạn 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 đoạn 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 $\leq 140/90$ (1B)

- Nếu ACR $\geq 30\text{mg/g}$, HA mục tiêu $\leq 130/80$ (1B)

2. Dùng ACEI hoặc ARB

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

- BN ĐTD or không ĐTD, nếu ACR $\geq 300\text{mg/g}$: ACEI or ARB (2D)

3. Kiểm soát 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 $< 1,3\text{g/Kg/ngày}$ (2C)

5. Tiết chế muối : Na $< 2\text{g/ngày}$ tương ứng với NaCL $< 5\text{g/ngày}$ (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 $< 0,5\text{g}/24\text{h}$

Tiêu đạm và tốc độ giảm GFR trên bệnh thận không do ĐTD

Tiêu đạm càng nhiều, tốc độ giảm GFR càng nhanh

Tiêu đạm càng nhiều, tỷ lệ suy thận càng nhiều

Tác dụng ngoại ý của ACEI và ARB

Tác dụng ngoại ý	Lưu ý
Do úc ché ACE hoặc AT1R	
Hà huyết áp	Thường gặp khi bắt đầu điều trị, hoặc tăng liều
Giảm GFR hoặc Suy thận cấp	Nguy cơ cao trên bn có bất thường tưới máu thận
Tăng kali máu	Thường gặp trên BN ĐTD, dùng đồng thời NSAID, lợi tiểu giữ Kali, ACEI nhiều
Do úc ché 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: ché độ ăn DASH, giảm mỡ bão hòa, và cholesterol,

ché độ ăn giảm carbohydrate trên bn ĐTD, giảm đạm trên bn BTM gd 4-5, giảm Kali trên bn BTM gd 4-5.

- Giảm cân về cân nặng lý tưởng

- Hoạt động thể lực (20phút/ngày)

- Bỏ hút thuốc lá

- Giảm uống rượu

Ché độ ăn giảm muối và các biện pháp điều trị khác

	Giảm tử vong do mọi NN	Giảm bệnh mạch vành	Giảm NMCT	Giảm TBMMN
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%
<i>Bibbin Domingo K et al, N Engl J Med (2010), 362, 590-9</i>				

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
5. Mất máu do XHTH, lấy máu XN, mất qua màng lọc, dây lọc
6. Rối loạn chuyển hóa nội tiết tố gây PEM, đè kháng insulin, insulin like growth factor,

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 thoái giáng protein

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

Chi số dinh dưỡng	Ý nghĩa
Giảm albumin huyết thanh	Giảm nồng độ protein m (visceral protein concentration)
Creatinine huyết thanh thấp	Giảm khối lượng cơ
Urê thấp	Giảm nhập chất dinh d
Giảm Potassium, phosphor, cholesterol	Giảm các chất khác

CHẾ 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 ti

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 thường 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 thường 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 ĐTD cao hơn không ĐTD

Thiếu máu hồng cầu đắng sắc đắng 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 (điển 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. Nấm việt thường 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 tu

Chẩn đoán 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
- * Càn truyền máu 1-2 lít mỗi tuần
2. HC lưới <10.000/uL, Bạch cầu và tiểu cầu bình thường

PRCA xuất hiện khi albumin được thay bằng polysorbate 80 và việc dùng EPO bằng đường tiêm dưới da gđ tru

Điều trị hội chứng uré máu cao

1. Tiết ché nước nhập= nước xuất +500ml
2. Tiết ché 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 ché 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 đoán 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. Thảm 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, bn chưa phải lọc máu và tránh các biến chứng của hội chứng uré máu cao (làm giảm thời gian sống và chất lượng)
3. XN: Crétatinine HT > 10mg%, BUN > 100mg%

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Điều trị học nội khoa 2012-Đại Học Y Dược TPHCM

2. Phác đồ điều trị Nội Khoa 2013-BV Chợ Rẫy TPHCM
3. K-DOQI:Kidney Disease Outcome Quality Initiatives 2002,2007
4. KDIGO:kidney disease improving global outcome 2012
5. The Kidney-Brenner B.M
6. The Lancet,2010

431/ PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN ĐIỀU TRỊ PHÙ PHỔI CẤP

PHÙ PHỔI CẤP

Phù phổi là tình trạng ứ đọng dịch ở ngoài lòng mạch, trong khoảng mô kẽ phổi và trong phế nang.

Phù phổi cấp do tim là một trong 3 thể lâm sàng của suy tim cấp bao gồm: phù phổi cấp do tim, choáng tim và đ

PHÂN LOẠI - NGUYÊN NHÂN:

1. Mất cân bằng các lực Starling

❖ Tăng áp lực mao mạch phổi:

♦ Do suy tim trái.

♦ Không do suy tim trái (hẹp hai lá).

♦ Do tăng áp động mạch phổi chủ động (do tăng tưới máu phổi).

❖ Giảm áp thẩm keo (giảm albumine máu):

Do bệnh thận, gan, dinh dưỡng.

❖ Tăng áp lực âm ở mô kẽ:

♦ Chọc tháo tràn khí màng phổi nhanh với áp lực âm mạnh.

♦ Áp lực âm nhiều trong tắc đường thở cấp kèm tăng thể tích cuối kỳ thở ra (hen phế quản).

❖ Tăng áp thẩm keo ở mô kẽ: chưa có mô hình lâm sàng hay thực nghiệm.

2. Rối loạn tính thẩm màng phế nang-mao mach.

3. Suy hô hấp mach.

4. Không rõ cơ chế.

CHẨN ĐOÁN PHÙ PHỔI CẤP DO TIM

Chẩn đoán phù phổi cấp là một chẩn đoán lâm sàng.

Chẩn đoán được xác định dựa trên sự kết hợp bệnh sử, khám lâm sàng và hình ảnh ứ dịch trên phim X quang ngực với việc xác định chẩn đoán.

1. Lâm sàng phù phổi cấp do tim

Thông thường bệnh nhân được khám trong tình trạng phù phổi đã tiến triển. Các biểu hiện ở giai đoạn này thường

❖ Triệu chứng cơ năng:

♦ Cảm giác ngột thở nhiều, tăng lên khi nằm nên bệnh nhân phải ngồi thở. ♦ Lo lắng, hốt hoảng vì cảm giác sắp

❖ Triệu chứng thực thể

Nhìn

- Thở nhanh, vã mồ hôi.

- Dùng cơ hô hấp phụ

- Ho, khạc bọt hòng

- Đầu chi tím tái

Sờ:

- Mạch nhanh.

- Đầu chi lạnh.

- Huyết áp tăng do tăng trương lực giao cảm.

Nghe:

- Thở ồn ào, có tiếng lọc sọc.
- Phổi: ran ẩm, bọt, rít từ đáy dâng nhanh lên đỉnh, tràn ngập hai phế trường
- Tim: khó nghe do ran ở phổi, có thể nghe được tiếng ngựa phi.

2. Cân lâm sàng phù phổi cấp do tim

- X-quang: bóng tim to, sung huyết phổi.
- ECG: nhịp nhanh xoang.
- Siêu âm tim: EF giảm.
- Xét nghiệm sinh học: tăng BNP.

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Chẩn đoán phân biệt: hen phế quản cấp, ARDS.

ĐIỀU TRỊ PHÙ PHỔI CẤP DO TIM

1. Điều trị hỗ trợ ban đầu :

- Oxy: là liệu pháp hàng đầu ở bệnh nhân có suy hô hấp, cung cấp oxy sao cho $\text{PaO}_2 > 60 \text{ mmHg}$.
- Tư thế bệnh nhân: cho bệnh nhân ngồi hoặc quay đầu giường cao lên để cải thiện thông khí, tăng ú máu ở hệ thống tĩnh mạch do trọng lực, nhờ đó giảm lượng máu về tim.
- Giữ đường truyền tĩnh mạch.
- Giảm công của tim: nghỉ ngơi tuyệt đối, dùng thuốc giảm đau, an thần nhẹ.

2. Điều trị bằng thuốc:

- Morphine sulphate: Liều sử dụng là 2-5mg TM/10 - 25 phút đến lúc hiệu quả hoặc xuất hiện tác dụng phụ. Cần hô hấp.
- Furosemide liều khởi đầu 20-80mg TM, có vai trò rất quan trọng giảm tiền tải ngay. Có thể tăng đến 200mg n
- Thuốc dẫn mạch: Nitroglycerin và các nitrates có tác dụng dẫn tiêu tĩnh mạch, làm giảm lượng máu về tim, giảm trương.

Dùng Glyceryl Trinitrat 0,1% 10ml 2 ống pha vào dung dịch ngọt 5% truyền tĩnh mạch (liều 2ml/giờ) tăng dần tùy tình huống lâm sàng.

Lưu ý các chống chỉ định của Nitrates:

- Mạch > 110 lần/phút hoặc dưới 50 lần/phút.
- Huyết áp tâm thu < 90mmHg.
- Nhồi máu cơ tim thất phải.
- Nitroprusside: ích lợi trong phù phổi cấp do hở van cấp và tăng huyết áp. Đặt catheter ĐM hệ thống và ĐM phổi
- ❖ Thuốc trợ tim
 - ❖ Dobutamine: có tác dụng kích thích thụ thể β_1 và thụ thể β_2 nhiều hơn thụ thể α nên có tác dụng tăng co bóp tim, giảm hậu tải. Thuốc được dung bằng đường truyền tĩnh mạch với liều khởi đầu 1-2 pg/kg/phút tăng dần đến lúc tim nhanh quá mức hoặc loạn nhịp thất. Thuốc không hiệu quả ở bệnh nhân suy tim tâm trương hoặc suy tim với loạn nhịp.
 - ❖ Digitalis: không còn được sử dụng như một thuốc trợ tim để điều trị phù phổi cấp nữa tuy vẫn còn được dùng như một thuốc chống loạn nhịp tim để kiểm soát nhịp thất ở những bệnh nhân phù phổi cấp do nhịp nhanh.

Thảm phân hoặc siêu lọc máu

Dùng cho bệnh nhân suy thận và kháng thuốc lợi tiểu.

Thông tim phải: trong trường hợp không thấy có đáp ứng tức thì với điều trị. Dùng catheter Swan-Ganz đặt ở ĐM lượng tim nhằm chẩn đoán phân biệt phù phổi cấp do tim và không do tim.

ĐIỀU TRỊ CÁC YẾU TỐ THÚC ĐẨY

Việc xác định yếu tố nào là yếu tố thúc đẩy, yếu tố nào là nguyên nhân nhiều khi rất khó. Các yếu tố thúc đẩy thường là:

- ❖ Tăng huyết áp
- ❖ Thiếu máu cơ tim cục bộ
- ❖ Loạn nhịp nhanh hoặc chậm mới phát
- ❖ Tăng thể tích tuần hoàn do bệnh nhân ăn mặn hoặc được truyền dịch quá mức
- ❖ Nhiễm trùng

❖ Thiếu máu

❖ Cường giáp

❖ Dùng các thuốc có tác dụng giữ nước và muối như steroid hoặc thuốc kháng viêm không steroid hoặc thuốc có số thuốc điều trị loạn nhịp và thuốc điều trị ung thư

❖ Xuất hiện một bệnh lý khác ngoài tim nhưng có liên hệ tim mạch, ví dụ như suy thận làm tăng ú dịch trong cơ

ĐIỀU TRỊ NGUYÊN NHÂN

Tùy nguyên nhân cụ thể mà có biện pháp điều trị thích hợp.

♦ Nhồi máu cơ tim cấp

♦ Hở van hai lá cấp

♦ Thủng vách liên thất

TAI LIỆU THAM KHẢO:

1. Hurst' The Heart Manual of Cardiology, 13 edition, Chapter 19, 205-211, 2013

2. PGS. TS. BS. Phạm Nguyễn Vinh và CS, Khuyến cáo của Hội Tim mạch học VN về chẩn đoán và điều trị suy tim và chuyên hóa, Nhà xuất bản Y học, 2008

432/ PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN ĐIỀU TRỊ SỎI TÚI MẬT

Warning: file_get_contents(<http://678.com.vn/phac-do/nguyen-trai/42.php>): failed to open stream: HTTP request failed! in D:\websvr\xampp\craw2000phacdo\t1.php on line 93

Fatal error: Uncaught Error: Call to a member function find() on boolean in D:\websvr\xampp\craw2000phacdo\t1.php(94): find_contains(false, 'div#noidung', '<h1 align="cent...', '<div id="t1">' in D:\websvr\xampp\craw2000phacdo\t1.php on line 21