

SOẠN BÀI NỘI

PHẦN I: ĐIỀU TRỊ CÁC BỆNH VÀ CÁC RỐI LOẠN KHÁC.

PHẦN II: CÁC CLS NỘI KHOA

MỤC TIÊU:

TIM MẠCH	TIÊU HÓA	THẬN	HÔ HẤP
BỆNH VẠN TIM : HẸP HỖ 2 LÁ, HẸP HỖ CHỦ (UỖ TIỀN HẸP 2 LÁ)	XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA	HCTH	BỆNH LÝ ĐƯỜNG DẪN KHÍ: HEN,COPD, DẪN PQ
TĂNG HUYẾT ÁP	VIÊM TỤY CẤP	BỆNH THẬN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG	NHIỄM TRÙNG ĐƯỜNG HÔ HẤP: VP, LAO, ABCESS
HỘI CHỨNG VÀNH CẤP	XƠ GAN VÀ BIẾN CHỨNG	BỆNH THẬN MẠN	K PHỔI
SUY VÀNH MẠN	LOÉT DD-TT	TÔN THƯƠNG THẬN CẤP	CHẨN ĐOÁN TDMP,TKMP
SUY TIM		NHIỄM TRÙNG TIỂU	HO RA MÁU, THUYỀN TẮC PHỔI.
ECG. XQUANG NGỰC SIÊU ÂM TIM	DỊCH MB SINH HÓA MÁU CÁC TEST HP	TPTNT CẦY NT SÂ BỤNG CÁC XÉT NGHIỆM NT	XQUANG KMĐM HÔ HẤP KỶ DỊCH MP

PHẦN I: ĐIỀU TRỊ CÁC BỆNH VÀ CÁC RỐI LOẠN KHÁC.



TRẠI TIM MẠCH

YTNC TIM MẠCH:

KHÔNG ĐỔI	CÓ THỂ THAY ĐỔI
Tuổi: >45 ở nam và >55 ở nữ. Giới: nam=nữ sau 40 tuổi. Tiền căn gia đình có bệnh tim mạch sớm: nam<55, nữ <65	THA. RLLP ĐTD Hút thuốc lá Thừa cân, béo phì Lười vận động

ĐIỀU TRỊ HẸP VAN 2 LÁ- MỘT SỐ VẤN ĐỀ BỆNH VAN TIM

TỔNG QUAN

-Hẹp 2 lá: van không mở -> nghẽn dòng máu chảy từ nhĩ (T) -> thất (T) trong thời kỳ tâm trương.

-Nguyên nhân: 99% là hậu thấp. Trong đó 2/3 là nữ.

-Ứ máu nhĩ T -> Dẫn nhĩ T -> Ứ máu mao quản phổi -> tăng áp phổi -> Hở van ĐMP
 -> dày dẫn thất P -> hở van 3 lá -> Ứ đọng tuần hoàn ngoại biên (phù chi, gan to, tĩnh mạch cổ nổi).

Hậu quả:

-Thất T bình thường, mạch ngoại biên nhỏ, HA thấp.

-Ứ máu phổi: dễ nhiễm trùng phổi, phù phổi cấp.

-Nghẽn mạch: 50% ở não, 50% cơ quan khác.

Lâm sàng:

-Mỏm: rung miêu tâm trương, T1 đánh, clac mở van 2 lá.

-Bờ T xương ức: dấu nảy thất P

-KLS 2 (T): P2 tăng cường độ, T2 tách đôi

-Dấu hiệu suy tim P

CLS

-ECG

+Dày nhĩ T:

+DI,DII: P>=0.12s, hình chữ M

- +V1: P có 2 pha, pha âm > 0.04s
- +Trục sóng P: +45 đến -30
- +Dấu hiệu **đầy thất P:**
- +V1: R/S >1
- +**Trục tim lệch P.**
- X-quang:** bờ T 4 cung
 - Nhĩ T lớn
 - Lớn thất P, nhĩ P
 - ĐMP lớn
 - Phù mô kẽ: Kerley B
 - Hình ảnh vôi hóa lá van/ vòng van
- Siêu âm tim**
- Thông tim:**
 - +Chỉ định khi độ nặng của hẹp van không tương hợp giữa lâm sàng và SA tim.
 - +Tìm nguyên nhân khác gây TAP không phù hợp với độ nặng của hẹp
- Mức độ hẹp van:** nhẹ > 1.5 > vừa > =1 > nặng.

ĐIỀU TRỊ

1/Nội khoa:

Mục đích:

- Chậm tiến triển của TAP
- Giảm nguy cơ thuyên tắc
- Giảm triệu chứng suy tim
- Lối sống sinh hoạt: hạn chế gắng sức, hạn chế muối, tránh các yếu tố làm tăng áp nhĩ T: sốt, tim nhanh, gắng sức.

Lợi tiểu: điều trị khi có sung huyết, phù.

Digitalis:

- Rung nhĩ đáp ứng thất nhanh
- Suy tim phải

-Đây là thuốc không làm thay đổi huyết động và không tác dụng ở BN hẹp 2 lá-nhịp xoang.

Phòng ngừa nhiễm trùng: luôn xem xét cấy máu trước khi bắt đầu điều trị kháng sinh ở mọi BN có bệnh van tim.

Thuốc chặn beta và ức chế kênh Ca (nhóm non-DPH):

-Nhịp xoang nhanh

-Rung nhĩ đáp ứng thất nhanh

Kháng đông:

Chỉ định: phòng ngừa thuyên tắc/ hẹp 2 lá:

Rung nhĩ

Tiền căn lấp mạch (ngay cả nhịp xoang).

Huyết khối nhĩ T

Hẹp 2 lá nặng + nhịp xoang+ nhĩ T lớn nhiều > 55mm hoặc khi SÂ có tương phản tự phát.

Điều trị với Heparin. Sau đó dùng wafarin (vĩnh viễn nếu rung nhĩ/hẹp 2 lá).

Mục tiêu duy trì INR 2-3

Điều trị ho ra máu:

-Nằm thẳng đứng

An thần

-Lợi tiểu mạnh.

Điều trị rung nhĩ:

-Kiểm soát tần số/Rung nhĩ:

+Không ổn về huyết động: tụt HA, phù phổi, đau ngực -> shock điện chuyển nhịp đồng bộ

+Ổn về huyết động: ức chế Ca, chặn b, Digoxin (ưu tiên 2 thuốc đầu nếu tình trạng tăng khi gắng sức).

Kiểm soát tần số/Rung nhĩ:

Suy tim và không có đường dẫn truyền phụ:

1/Metoprolol

TM: 2.5-5 mg (bolus trong 2ph) -> 3 liều.

Uống: 25-100mg x2 / ngày (viên 25, 50mg).

2/Verapamil

TM: 0.075-0.15 mg/kg/2ph

Uống: 120-360 mg/ngày (chia làm nhiều liều)

Hoặc

Diltiazem (viên 30-60mg).

TM: 0.25 mg/kg/2ph, duy trì 5-15mg/giờ.

Uống: 120-360 mg/ngày (chia làm nhiều liều)

3/ Digoxin

TM: 0.25mg mỗi 2h đến khi đủ 1.5mg. Duy trì 0,125-0.375 mg/ ngày bằng đường TM hoặc uống.

Uống: 0.5mg/ngày

4/Amiodarone (khi có đường dẫn truyền phụ).

TM: 150 mg/10 ph. Duy trì 1mg/ph trong 6h, tổng liều 100-400 mg/ngày

Uống: 800mg/ngày trong 1 tuần, sau đó giảm còn 600 rồi 400mg.

Phục hồi nhịp xoang:

-Shock điện chuyển nhịp: khi điều trị kháng đông đủ 3 tuần, sau shock 4 tuần dùng lại.

+Nếu không thể điều trị kháng đông thì SÂ thực quản để loại trừ huyết khối nhĩ T trước khi shock

+Đốt điện

-Thuốc:

+Ibutilide 1mg TM chậm/10ph (nếu <60kg dùng liều 0.01mg/kg) => phục hồi nhịp xoang.

Theo dõi ECG phòng ngừa xoắn đỉnh do tác dụng phụ của thuốc.

Thuốc duy trì nhịp xoang:

+Amiodarone

Tấn công: TM: 150mg/10ph hoặc uống 800mg/ngày/tuần sau đó giảm 200mg/ngày mỗi tuần.

Duy trì: 1mg/ph trong 6g, sau đó 0.5mg/ph TM hoặc uống với liều 100-400mg/ngày

TD phụ: giảm HA, giảm nhịp tim, tương tác thuốc (warfarin, digoxin), ảnh hưởng da, tuyến giáp, phổi, mắt và gan.

Nếu BN chỉ có triệu chứng khi gắng sức thôi + khả năng có nhịp tim nhanh:

Dùng chẹn b hoặc ức chế Ca nhóm non DPH.

Phòng ngừa cấp:

- Ít nhất 10 năm sau đợt cấp cuối cùng và đến 40 tuổi.
- Phòng ngừa suốt đời nếu BN có nguy cơ cao viêm họng.
- Benzathine PNC G 1.2 triệu đơn vị TB 1 tháng hoặc
- Erythromycine: 250 mg x2 (u)/ ngày

2/Điều trị can thiệp:

Chỉ định: BN có triệu chứng nặng, TAP, hẹp vừa đến nặng

-Ở BN triệu chứng nhẹ đến vừa kèm cải thiện với điều trị nội: hẹn theo dõi bằng SÂ định kỳ.

Nong van bằng bóng qua da: khi van mỏng, không vôi hóa, không dày lan tỏa dây chằng, không hở van quan trọng.

Theo NYHA: nong khi

-NYHA II-IV, hẹp vừa-nặng và hình dạng van thuận lợi, không huyết khối nhĩ T.

-BN không triệu chứng, hình dạng van thuận lợi, có TAP >50mmHg lúc nghỉ, >60 khi gắng sức. Không có huyết khối nhĩ T.

Chống CD:

+Huyết khối nhĩ T, hở vừa-nặng

+Điểm số SÂ van >8 (tương đối): độ di động-dày lá van-dày dây chằng dưới van-đóng vôi (1-4đ/yếu tố).

*≤8: cho kết quả trong thời gian tốt

*>8: kết quả kém sau nong, kèm nguy cơ hở 2 lá.

PT nong van bằng PT khi:

NYHA III-IV với hẹp 2 lá vừa đến nặng.

Nếu không có huyết khối: PT tim kín, nếu có => PT tim hở.

Tiên lượng điều trị nong van:

Tái hẹp: 2-60%

Tái hẹp thực sự: <20% sau 10 năm

CÁC BỆNH LÝ VAN TIM

	HỎ 2 LÁ	HỎ CHỦ	HẸP CHỦ
--	----------------	---------------	----------------

Nguyên nhân	<p>Cấp: tổn thương cấu trúc van cấp.</p> <p>Mạn: Thấp tim chiếm 2/3 trường hợp, bẩm sinh, xơ hóa</p>	<p>-2/3 là thấp tim</p> <p>-Vôi hóa van</p> <p>-Tổn thương cấu trúc van</p> <p>-Bẩm sinh</p>	<p>-Bẩm sinh 3-6%, bất thường cấu trúc van</p> <p>-Thấp tim: 14-35%</p> <p>-Thoái hóa: vôi hóa, xơ hóa ở BN có YTNC (tuổi cao, hút thuốc lá, tăng LDL, giảm HDL,...)</p>
TCCN	<p>Mệt, khó thở tăng dần.</p> <p>Hở hai lá nặng, cấp: suy thất T và phù phổi cấp</p>	<p>Mạn: hội hộp, đánh trống ngực, tim nhanh khi gắng sức hay xúc động, choáng váng khi thay đổi tư thế.</p> <p>Cấp: truy tim mạch thành lĩnh: khó thở nặng, tụt HA</p>	<p>-Đau thắt ngực.</p> <p>-Ngất</p> <p>-Khó thở khi gắng sức và sau cùng là suy tim</p>
TCTT	<p>Sờ: dày thất T, mỏm tim nảy mạnh, lệch ngoài đường trung đòn, co1 thể sờ thấy rung miêu tâm thu ở mỏm</p> <p>Nghe: âm thổi tâm thu, $\geq 3/6$, âm sắc cao, toàn-cuối-đầu tâm thu. Đầu TT(gợi ý hở cấp), thường lan lên nách, ra sau lưng(lá trước), hoặc lan vào xương ức, vùng van ĐMC(nếu do lá sau). Nghe rõ thì thở ra, khi BN nằm nghiêng T</p> <p>T1 thường êm, T1 mạnh => loại trừ hở</p>	<p>Mạn:</p> <p>Sờ: mỏm tim lệch, rung miêu tâm trương dọc bờ T xương ức, rung miêu tâm thu ở hõm ức lan lên dọc ĐMC.</p> <p>Nghe: T1 nhẹ, A2 nhỏ, P2 bị lấp do ATTTTr, gallop T3</p> <p>ATTTTr: nghe ở KLS3(T) tần số cao, dạng decrescendo lan dọc x.ức đến mỏm rõ</p>	<p>Sờ: mạch chậm, nhỏ, kéo dài</p> <p>HA: thường normal, muộn => giảm HA tâm thu</p> <p>Lệch mỏm tim do dày dẫn thất T</p> <p>Rung miêu tâm trương ở đáy, hõm ức và dọc ĐM cảnh, rõ khi BN ngồi, nghiêng ra trước và thở ra hết sức.</p> <p>TCTT của suy thất P</p> <p>Nghe: T1 bình thường, T2 có thể nghe 1 tiếng, P2 mạnh gợi ý có tăng áp phổi, T3,T4 ở mỏm gợi ý dày dẫn thất T</p> <p>Âm thổi giữa tâm thu.</p>

	<p>2 lá nặng</p> <p>T3,T4, rù tâm trương ngắn sau T3 ở mỏm nếu hở nặng.</p>	<p>khi BN ngồi, nghiêng ra trước và thở ra hết sức và nín thở.</p> <p>AT phun máu giữa tâm thu do hở van</p> <p>Rung tâm trương Austin Flint: ở mỏm, giữa và cuối tâm trương trong hở chủ nặng</p> <p>Ngoại biên:</p> <p>-Dấu musset: đầu gật gù theo nhịp</p> <p>-Mạch Corrigan: mạch nảy mạnh, chìm nhanh.</p> <p>-dấu Muller: lập lờ vòm hầu thì tâm thu</p> <p>-Dấu Trauber: tiếng súng thì tâm thu-tâm trương ở ĐM đùi.</p> <p>-Mao quản Quincke: dấu nhấp nháy đầu ngón tay.</p> <p>-Dấu Duroziez: âm thổi đôi ĐM đùi.</p> <p>-dấu Hill:</p>	<p>Dạng phụt, hình trám, bắt đầu sau T1, rõ ở ổ van ĐMC, lan lên cảnh 2 bên</p>
--	---	---	---

		HATT ở khoeo lớn hơn ở tay 60mmHg	
CLS	<p>-ECG: lớn nhĩ T, rung nhĩ, lớn thất T (hở nặng).</p> <p>-Xquang ngực: nhĩ T lớn, thất T lớn, vết đóng vôi trên van, có thể thấy sung huyết TM phổi, kerleyB</p> <p>-SÂ tim</p>	<p>ECG: hở nặng(trụ lệch T, dày thất T, TMCT, bloc nhánh hoặc bloc NT).</p> <p>Xquang: bóng tim đập kiểu chuông, quai ĐMC phình to, vết đóng vôi.</p>	<p>ECG: dày thất T, nhĩ T lớn, rung nhĩ, bloc NT hoặc bloc trong thất.</p> <p>Xquang: bông tim to hoặc bình thường.</p> <p>Thất T dẫn dày=> hình ảnh cung 3 phòng to</p> <p>Vôi hóa van</p> <p>GD sau: thất T lớn, sung huyết phổi, lớn ĐMP, và tim P</p> <p>SÂ tim</p>
Biến chứng	<p>RLN nhĩ, rung nhĩ, truyền tắc</p> <p>Phù phổi cấp</p> <p>Suy tim T,P, toàn bộ</p> <p>Thấp tái phát</p> <p>VNTM</p>	<p>Suy tim T=> toàn bộ</p> <p>VNTMNT</p> <p>Thấp tái phát</p> <p>TMCT,NMCT</p>	<p>Suy tim</p> <p>TMCT</p> <p>VNTMNT</p> <p>Thấp tái phát</p> <p>Die</p>

Phân độ	Tùy thuộc SÂ tim: nhẹ-TB-nặng	Dựa vào SÂ tim	Thông tin T để phân độ:		
			Áp lực	Hẹp vừa	Hẹp nặng
			Thất T	140	180/20
			ĐMC	120/88	110/80

TĂNG HUYẾT ÁP

TIẾP CẬN THA

Chẩn đoán đây là THA?		HA tâm thu		HA tâm trương
	HA phòng khám	≥ 140	và/hoặc	≥ 90
	HA liên tục			
	Trung bình ngày	≥ 135	và/hoặc	≥ 85
	Trung bình đêm	≥ 120	và/hoặc	≥ 70
	24h	≥ 130	và/hoặc	≥ 80
	HA ở nhà trung bình	≥ 135	và/hoặc	$\geq 85(\text{mmHg})$
<p>Ưu tiên sàng lọc THA ở BN trên 18 tuổi</p> <p>Khuyến cáo đo HA: đo hai lần</p> <p>-Chẩn đoán ngay khi $\text{HATT} \geq 180$ hoặc $\text{HATTr} \geq 110\text{mmHg}$ và có tổn thương cơ quan</p> <p>-Kiểm tra HA sau 3 năm nếu trước đó là tối ưu.</p> <p>-Kiểm tra sau 2 năm nếu trước đó HA bình thường.</p> <p>-Tầm soát mỗi năm ở nhóm còn lại. Ở BN >50 tuổi, thời gian giữa các lần đo ngắn lại.</p> <p>-Đo HA 2 tay ở lần đầu tiên khám (nếu chênh $>15\text{mmHg}$ gợi ý xơ vữa và nguy cơ tim mạch). Lấy bên tay có HA cao</p>				

	<p>nhất.</p> <p>-Nằm nghỉ 5p trước đó, không uống cafe 1h, không hút thuốc 15p, không đang sử dụng thuốc cường giao cảm</p> <p>-Ở người lớn chưa điều trị nhưng $160 > \text{HATT} > 140$ hoặc $100 > \text{HATTr} > 90$ cần sàng lọc THA áo choàng trắng bằng đo HA tại nhà/ban ngày-ban đêm-24h. Tương tự với trường hợp nghi ngờ THA ẩn giấu.</p>			
Phân độ THA		HA tâm thu		HA tâm trương
	Tối ưu	<120	và	<80
	Bình thường	120-129	và/hoặc	80-84
	Bình thường cao	130-139	và/hoặc	85-89
	Độ 1	140-159	và/hoặc	90-99
	Độ 2	160-179	và/hoặc	100-109
	Độ 3	≥ 180	và/hoặc	≥ 110
	THA tâm thu đơn độc	≥ 140	và	<90
THA cơn hay liên tục	<p>*THA cơn: ngoài cơn HA bệnh nhân bình thường (ngoài cơn không dùng thuốc). Thường do stress, u tủy thượng thận</p> <p>*THA liên tục: hay gặp nhất</p> <p>*THA áo choàng trắng: HA tại phòng khám $\geq 140/90$ và HA tại nhà $\leq 135/85\text{mmHg}$</p> <p>*THA ẩn giấu: HA tại phòng khám $<140/90$ và HA tại nhà $\geq 135/85\text{mmHg}$.</p>			
Thể THA:	<p>-THA tâm thu đơn thuần: $\text{HATT} \geq 140$ và $\text{HATTr} < 90$.</p> <p>-THA tâm trương</p> <p>THA 2 số: hay gặp nhất.</p>			
Nguyên nhân THA	<p><u>Thứ phát:</u></p> <p>-Do thuốc: gây cường aldosteron thứ phát, cam thảo (THA+ hạ K máu), COR(giữ muối, nước), thuốc ngừa thai Estroprogesterone.</p>			

	<p>-Do hẹp eo ĐMC: BN trẻ, HA chỉ trên cao, HA chỉ dưới thấp, mạch bẹn giảm hoặc mất. A6TTT nghe LS3 (T), rõ ở lưng, giữa cột sống, vùng bả vai. Chụp Xquang: hình ảnh khuyết ở bìa dưới xương sườn 3-6</p> <p>-Do thận: thận đa nang, ứ nước, VCTC, VCT mạn, lao thận, K thận, viêm quanh thận, abscess quanh thận, chấn thương thận, bệnh lý đường tiết niệu (sỏi, u, bướu chèn tắc nghẽn), bệnh lý mạch máu thận (hẹp ĐM thận gây giảm tưới máu => hoạt hóa hệ RAA).</p> <p><u>-Do bệnh lý nội tiết:</u></p> <p>+Cường giáp: tăng co bóp => tăng CLT => THA</p> <p>+Nhược giáp: giảm nhịp tim => tăng sức cản NB =>THA</p> <p>+Cường tuyến cận giáp: tăng Ca máu => vôi hóa nhu mô thận/ tăng co mạch (tăng sức cản NB) => THA</p> <p>+HC Cushing: do dùng COR kéo dài.</p> <p>+U tủy thượng thận: phát hiện qua đo Holter 24h, BN trẻ, tim nhanh, THA cơn, trước khi lên cơn BN tê rần chi, da xanh do co mạch, nhức đầu, chóng mặt</p> <p>+U vỏ thượng thận (bệnh Conn): BN trẻ, THA, hạ Ca máu/LS (co cứng cơ, dị cảm, mệt mỏi, trầm cảm, RL trí nhớ).</p> <p>+Bệnh to đầu chi: tăng GH</p> <p>+Do thai kỳ</p> <p>+Bệnh lý tạo keo: viêm nút quanh ĐM, lupus</p> <p>+Bệnh lý não: u não, u tiểu não, viêm màng não.</p> <p>+Stress</p> <p><u>Vô căn</u></p>
Biến chứng	<p>Tại tim:</p> <p>-Phì đại thất T: (85% phì đại đồng tâm, 15% lệch tâm), tăng nguy cơ NMCT gấp 3 lần, suy tim 4 lần, stroke 6 lần</p> <p>-Suy mạch vành: mạn => CĐTNÔĐ, cấp => NMCT.</p> <p>Não: 85% là nhồi máu, 10% là xuất huyết não, có thể là cơn thiếu máu não thoáng qua.</p> <p>Thận: Bệnh thận mạn do THA: tiểu máu vi thể, tiểu đạm do tổn thương mạch máu thận, cầu thận.</p>

	<p>Mắt: soi đáy mắt</p> <p>Độ 1: lòng ĐM co nhỏ, <2/3 đường kính TM</p> <p>Độ 2: dấu S.Gunn - bất chéo động-tĩnh mạch.</p> <p>Độ 3: Độ 2 + phù nề, xuất tiết, xuất huyết võng mạc.</p> <p>Độ 4: Độ 3+ phù gai thị.</p> <p>Mạch máu: xơ vữa, bệnh ĐM chi dưới (đau cách hồi), phình bóc tách ĐM chủ</p>
Yếu tố thúc đẩy (đối với cơn THA)	-Thường 2 nguyên nhân là: bỏ điều trị và ăn mặn
CLS cần làm	<p>Cơ bản: ECG 12 chuyển đạo, tỷ lệ albumin/creatinin nước tiểu (phát hiện tiểu đạm vi thể), creatinin máu và eGFR (phát hiện bệnh thận mạn), hormon tuyến giáp, catecholamine nước tiểu 24h, định lượng cortisol máu.</p> <p>Sàng lọc biến chứng: SÂ tim, SÂ ĐM cảnh, SÂ bụng tổng quát+ Doppler, soi đáy mắt, CT scan não, chụp ĐM thận.</p> <p>Thường quy: CTM, ion đồ, đường huyết đói, bilan lipid máu (cholesterol toàn phần, HDLc, LDLc, TG). TPTNT</p>

Chỉ định nhập viện:

- THA lần đầu có tổn thương cơ quan.
- Nghỉ ngơi THA thứ phát
- THA độ 2 ở người trẻ <40 tuổi, và loại trừ thứ phát
- THA kháng trị: khi không đạt HA mục tiêu khi đã điều trị đủ 3 thuốc trong phác đồ, trong đó có 1 lợi tiểu. Thường kháng trị ở THA thứ phát
- THA đột ngột trước đó bình thường.
- THA cấp cứu.

Chỉ định tìm nguyên nhân THA:

- THA do thuốc
- Khởi phát đột ngột mà trước đó bình thường.
- Tuổi <30 hoặc THA tâm trương ở BN >65 tuổi.
- HA đột ngột không kiểm soát ở BN mà trước đó kiểm soát rất tốt.
- THA ác tính
- Hạ K máu không kiểm soát hoặc quá mức.

ĐIỀU TRỊ:

Nguyên tắc:

- Giảm tối đa tử suất, nguy cơ tim mạch chung.
- Xác định ngưỡng HA ban đầu cần điều trị và đích HA cần đạt: độ THA, bệnh phối hợp và nhóm tuổi.
- Kiểm soát bệnh đồng mắc và nguy cơ tim mạch.
- Xác định và loại bỏ yếu tố ngăn cản sự tuân thủ điều trị ở BN.

NGƯỠNG CẦN ĐIỀU TRỊ

-HA bình thường cao (130-139/85-89): thay đổi lối sống, xem xét điều trị ở BN có nguy cơ rất cao tim mạch, đặc biệt nguy cơ liên quan bệnh MV

-THA độ 1: thay đổi lối sống + điều trị ở BN nguy cơ từ trung bình trở lên. Ở BN nguy cơ thấp, điều trị khi thay đổi lối sống 3-6 tháng nhưng không soát HA.

-THA độ 2+3: Thay đổi lối sống + điều trị cho all BN, đích kiểm soát HA phải đạt sau 2-3 tháng.

ĐÍCH ĐIỀU TRỊ:

- Đích đầu tiên là <140/90mmHg. Ở những BN dung nạp tốt, xem xét <=130/80mmHg.

Nhóm tuổi	Ranh giới đích điều trị HATT (mmHg)					Đích HATT _r
	THA chung	THA ĐTD	THA bệnh thận mạn	THA bệnh mạch vành	Đột quỵ, TIA	
18-64	120-130 nếu dung nạp	120-130 nếu dung nạp	130-140 nếu dung nạp	120-130 nếu dung nạp	120-130 nếu dung nạp	70-80
>=65	130-140 nếu dung nạp	130-140 nếu dung nạp	130-140 nếu dung nạp	130-140 nếu dung nạp	130-140 nếu dung nạp	70-80
Đích HATT _r	70-80	70-80	70-80	70-80	70-80	

ĐIỀU TRỊ KHÔNG DÙNG THUỐC: 035 140 530

- 0: Không hút thuốc.
- 3: đi bộ 3km hoặc 30 phút mỗi ngày.

5: 5 khẩu phần rau củ trái cây/ngày

140: HATT <140mmHg.

5: Cholesterol toàn phần <5mmol/L

3: LDLc <3 mmol/L

0: không thừa cân, đái tháo đường.

DỪNG THUỐC:

Theo JNC8, có 3 thuốc hàng 1: Lợi tiểu, Ức chế Ca (CCB), UCMC/UCTT

Nhóm chẹn beta đứng hàng 2.

Phối hợp đầu tay: UCMC/UCTT+ CCB hoặc CCB+ lợi tiểu hoặc lợi tiểu +UCMC/UCTT.

-Khi HA không kiểm soát tốt sau 1 tháng: cân nhắc dùng đồng loạt 3 thuốc hàng 1.

-Khi THA kháng trị: thêm spironolactone 25-50mg/ngày hoặc lợi tiểu khác hoặc ức chế beta => Tham khảo chuyên gia về THA.

Nhóm thuốc	Tên	Liều/ngày	Chống chỉ định	
			Tuyệt đối	Tương đối
Lợi tiểu	Furosemide Hydrochlorothiazide Indapamide Spironolactone Amiloride	20-80mg 25-50mg 1.25-2.5mg 25-100mg 5-10mg	Gout	Hội chứng chuyển hóa Không dung nạp glucose, có thai Tăng Ca, hạ K máu
Chẹn beta:	Atenolol Bisoprolol Metoprolol tartrate/succinate Nebivolol Carvedilol Labetalol Propranolol	25-100 2.5-10 100-200/ 50-200 5-40 12.5-50 200-800 10-40mg	Hen, block xoang nhĩ, block AV độ cao Nhịp tim chậm <60l/ph	Hội chứng chuyển hóa Không dung nạp glucose Vận động kém
Chẹn Ca	Amlodipine	2.5-10		Tim nhanh

DHP	Felodipine Nifedipine	2.5-10 30-90mg		Suy tim EF giảm Phù chân rộng trước đó
Chẹn Ca non DHP	Diltiazem Verapamil	120-240 120-360mg	Block xoang nhĩ, block AV độ cao RL chức năng thất T, LVEF<40%. Nhịp chậm <60l/ph	
UCMC	Captopril Enalapril Lisinopril Ramipril Imidapril	12.5-100 5-40 5-40 2.5-10 2.5-10mg	Có thai, tiền căn phù mạch. Tăng K máu >5.5mmol/L Teo ĐM thận 2 bên	Phụ nữ đang cho con bú + không ngừa thai hữu hiệu.
UCTT	Candesartan Irbesartan Telmisartan Valsartan	4-32 150-300 40-80 80-320mg		
Đối kháng thụ thể mineralcorticoid			Suy thận cấp hoặc eGFR <30 ml/ph Tăng K máu	

CHIA NHÓM CHEN BETA:

-Nhóm chẹn beta chọn lọc + không dẫn mạch: Atenolol, Bisoprolol, Metoprolol

-Nhóm chẹn beta chọn lọc+ dẫn mạch: Nebivolol.

-Nhóm không chọn lọc +không dẫn mạch: Propranolol, Nadolol, Sotalol

-Nhóm không chọn lọc + dẫn mạch: Carvedilol

Thuốc tan trong nước thải qua thận

-Tan trong mở thải qua gan

THEO DÕI SAU ĐIỀU TRỊ:

- HA giảm sau 2 tuần và tiếp tục giảm sau 2 tháng.
- Đạt đích sau 2-3 tháng điều trị.
- Tầm soát tổn thương cơ quan mỗi 2 năm
- Khuyến cáo BN thường xuyên kiểm tra huyết áp.

THA VÀ CÁC BỆNH ĐẶC BIỆT:

1/ **THA+BMV**: hàng đầu chọn beta+ UCMC/UCTT, nếu không đạt thêm chọn Ca DHP, lợi tiểu. Nếu đạt, dùng chọn Ca DHP khi cần.

2/ **THA+DTĐ**: ưu tiên UCMC/UCTT khi có đạm niệu

3/ **THA+suy tim/phì đại thất T**:

-Ngưỡng điều trị: 140/90, đích điều trị: 130-140/70-80 mmHg

-EF giảm: UCMC/UCTT + chọn beta + lợi tiểu và kháng aldosterone khi cần. Nếu dung nạp với UCMC/UCTT xem xét thay bằng **Valsartan+Sacubitril**

-EF bảo tồn + ứ dịch: lợi tiểu

-THA+ dày thất T: UCMC+ chọn Ca hoặc lợi tiểu.

4/ **THA+ BỆNH THẬN MẠN**:

-Bước 1: UCMC/UCTT + chọn Ca hoặc lợi tiểu.

-Bước 2: kết hợp 3 thuốc

-Bước 3: THA kháng trị: thêm spironolactone 25-100mg/ngày hoặc lợi tiểu khác.

Chú ý:

+Tiêu chẩn chẩn đoán BTM.

+Cho lợi tiểu quai khi eGFR<30 ml/ph

+Nguy cơ tăng K máu khi dùng spironolactone, daac985 biết khi eGFR <45 và K máu >4.5mmol/L.

PHÂN TẦNG NGUY CƠ TIM MẠCH THA:

Giai đoạn Bệnh THA	Các YTNC khác, TTCQ đích hoặc bệnh	Phân độ HA (mmHg)			
		BT- Cao HATT 130–139 HATT _r 85–89	Độ 1 HATT 140–159 HATT _r 90–99	Độ 2 HATT 160–179 HATT _r 100–109	Độ 3 HATT ≥ 180 HATT _r ≥ 110
Giai đoạn 1 (không biến chứng)	Không có YTNC	Nguy cơ thấp	Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao
	1 hoặc 2 YTNC	Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ Trung bình - cao	Nguy cơ cao
	≥ 3 YTNC	Nguy cơ thấp-trung bình	Nguy cơ trung bình -cao	Nguy cơ cao	Nguy cơ cao
Giai đoạn 2 (bệnh không triệu chứng)	TTCQĐ, Bệnh thận mạn giai đoạn 3 hoặc ĐTD không tổn thương cơ quan	Nguy cơ trung bình – cao	Nguy cơ cao	Nguy cơ cao	Nguy cơ cao – Rất cao
Giai đoạn 3 (bệnh có triệu chứng)	Bệnh Tim Mạch có triệu chứng, Bệnh Thận Mạn giai đoạn ≥ 4, hoặc ĐTD có tổn thương cơ quan đích	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao

YTNC:yếu tố nguy cơ; TTCQĐ: tổn thương cơ quan đích; ĐTD:đái tháo đường

NGUY CƠ TIM MẠCH 10 NĂM:

Nguy cơ rất cao	<p>Những người có bất kỳ các biểu hiện sau: Có bệnh tim mạch (Lâm sàng hoặc cận lâm sàng) Bệnh tim mạch trên lâm sàng bao gồm Nhồi máu cơ tim , Hội chứng vành cấp, bệnh động mạch vành hoặc tái tưới máu động mạch khác, đột quỵ, tai biến mạch máu não thoáng qua, tách thành động mạch chủ, bệnh mạch máu ngoại biên. Bệnh tim mạch xác định trên hình ảnh bao gồm: mảng vữa xơ đáng kể (V.d. hẹp ≥ 50%) khi chụp mạch hoặc siêu âm. . Điều này không bao gồm dày lớp nội trung mạc ĐMC. ĐTD với tổn thương cơ quan đích, V.d. protein niệu hoặc với nguy cơ chính như THA độ 3 hoặc tăng cholesterol. Suy thận nặng (eGFR < 30 mL/phút/1.73 m²) Chỉ số nguy cơ 10 năm theo SCORE ≥ 10%</p>
Nguy cơ cao	<p>Những người có bất kỳ các biểu hiện sau: Sự gia tăng rõ của một YTNC, đặc biệt cholesterol > 8 mmol/L (> 310 mg/dL) V.d. tăng cholesterol gia đình, THA độ 3 (HA ≥ 180/110 mmHg) Hầu hết các bệnh nhân ĐTD khác (trừ một số người trẻ ĐTD thể 1 và không có YTNC chính, có thể là nguy cơ vừa) DTT do tăng huyết áp Suy thận mức độ vừa với eGFR 30-59 mL/phút/1.73 m²) Chỉ số nguy cơ 10 năm theo SCORE là 5-10%</p>
Nguy cơ vừa	<p>Những người có: Chỉ số nguy cơ 10 năm theo SCORE từ 1% đến < 5% THA độ 2 Nhiều người trung niên thuộc về nhóm này</p>
Nguy cơ thấp	<p>Những người có: Chỉ số nguy cơ 10-năm theo SCORE là < 1%</p>

HỘI CHỨNG VÀNH CẤP:

5 type NMCT

1/NMCT: quan trọng nhất

2/NMCT thứ phát sau BTTMCB

3/Đột tử do tim **died**

4/Kết hợp nong MV hoặc stent **PSI +/- stent**

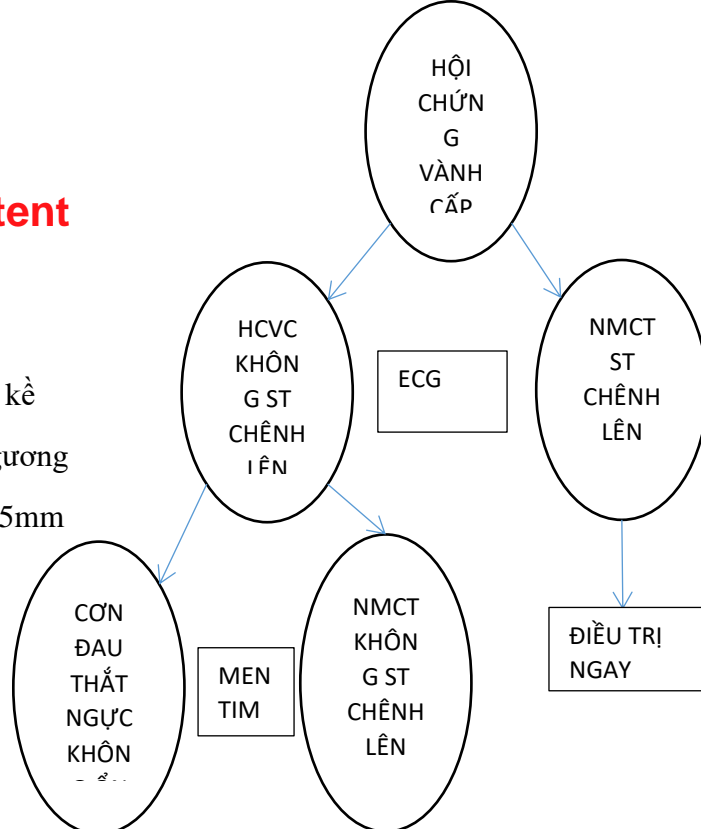
5/PT bắc cầu ĐMV **CABG**

Chẩn đoán NMCT:

- ST chênh lên $\geq 1\text{mm}$ ở ≥ 2 chuyển đạo liên kề
- Kèm ST chênh xuống ở các chuyển đạo soi gương
- Ở V2,V3 cần chênh lên $\geq 2\text{mm}$ ở nam và 1.5mm ở nữ

Chẩn đoán STEMI:

NMCT CẤP GIỜ THỨ? CÓ HAY KHÔNG CÓ ST CHÊNH LÊN? VÙNG NHỒI MÁU? BIẾN CHỨNG? BỆNH KÈM THEO



1/ Có NMCT:

Đau thắt ngực: lúc nghỉ, dài $\geq 20\text{ph}$, dữ dội, vã mồ hôi, khó thở, không giảm khi ngậm nitroglycerine.

ST chênh lên hoặc không.

Men tim tăng: Troponin T,I

2/ Vùng nhồi máu

-Trước vách: V1->V4

-Vùng bên: V5,V6,DI, aVL

-Thành trước rộng: V1->V6, DI, aVL

-Thành dưới: DII,DIII, AVF (vùng hoành).

-Sau thực: V7,8,9 => hình ảnh soi gương ở V1,2,3 (sóng T rộng và cao, ST chênh xuống).

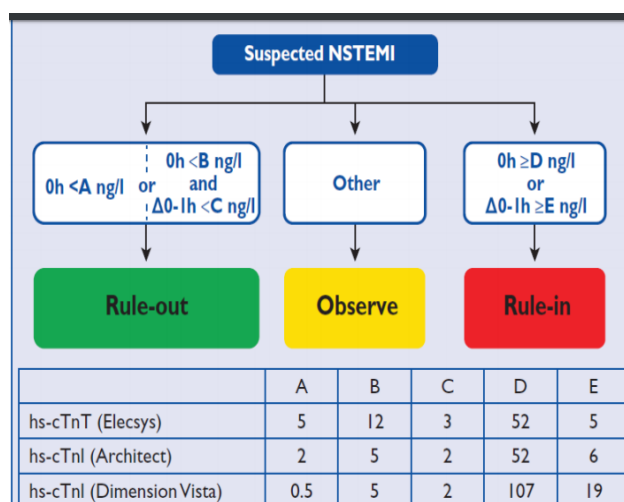
-Thất P: V3R,V4R,V5R nếu có nhồi máu thành dưới.

3/ Biến chứng:

-Phân độ Killip-suy bơm

I: không triệu chứng II: Gallop T3, ran phổi

III: phù phổi cấp IV: Choáng tim: tử vong 85%, bóng đối xung ĐMC, thở máy, tăng co bóp cơ tim (Dopamin, Doputamin, Noreadrenaline), xem xét can thiệp MV cấp cứu.



-Rối loạn nhịp.

-Tổn thương cấu trúc tim: hở van, sa van, rách van, vỡ tim, thủng vách liên thất

+Chụp MV

+PT bắc cầu MV cấp cứu.

+Bóng đối xung+ vận mạch

-Huyết khối

4/ Đánh giá nguy cơ:

THANG ĐIỂM TIMI: 0-2:LOW, 3-4:MEDIUM, 5-7:CAO

1. Tuổi >65.

2. ≥ 3 YTNC bệnh MV: tăng cholesterol, tiền căn gia đình,THA, ĐTĐ, hút thuốc lá.

3. Hẹp ĐMV trước >50%

4. Điều trị aspirin trong vòng 7 ngày.

5. ≥ 2 cơn đau thắt ngực trong 24h

6. ST chênh

7. Tăng men tim

THANG ĐIỂM GRACE:

Lúc nhập viện:

Thấp ≤ 108 < Trung bình ≤ 140 < Cao.

Sau xuất viện đến 6 tháng:

Thấp ≤ 88 < Trung bình ≤ 118 < Cao

5/ Thái độ xử trí tùy thuộc nhóm nguy cơ ESC 2017

NGUY CƠ RẤT CAO	Huyết động không ổn hoặc sốc tim	TỨC THỜI TRONG VÒNG 2H
	Đau ngực tái phát, kháng trị nội	
	RL nhịp, ngưng tim	
	Có biến chứng cơ học ở tim	
	Suy tim cấp	
	Thay đổi ST-T tái phát, ST chênh lên từng lúc	
NGUY CƠ CAO	Men tim đang tăng	SỚM TRONG
	Động học đoạn ST-T	

	Grace score >140	24H
NGUY CƠ TRUNG BÌNH	ĐTD	72H
	Suy thận, eGFR<60ml/ph	
	LVEF <40%	
	Đau ngực sau NMCT sớm	
	Trước đây có làm PCI	
	Trước đây có CABG	
	Grace score <140 và >109	
NGUY CƠ THẤP	Không có cái nào ở trên	CHỌN LỰA ĐIỀU TRỊ

ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ

NỘI KHOA: CỬA-KIM: <10ph, CỬA -WIRE <90ph

-Nhập CCU,ICU: đủ thiết bị HSCC

-Lập đường truyền: kim lớn-18

-Oxygen: SaO2 máu <90% hoặc PaO2 <60mmHg, 2-4l/ph, tăng liều nếu SaO2 còn thấp

-Giảm đau: Nitrate/chẹn beta/Morphine

-Nitrate: dẫn mạch, giảm đau, giảm kích thước nhồi máu. CCD: M<50l/ph, HATT<90, NMCT thất P, hẹp buồng tổng thất T, đang điều trị RL cường dương trong vòng 36h

+Nitroglycerin 0.4mg NDL 1x3 lần mỗi 5 phút

-Chẹn beta: giảm nhu cầu oxy cơ tim, giảm đau, giảm size nhồi máu.

+Dùng sớm trong vòng 24h đầu

+Metoprolol 5mg TM mỗi 5p, nếu huyết động ổn, có thể uống.

-Morphin: giảm đau trung ương, 2-4mg mỗi 5-10ph đến khi có TD phụ (suy hô hấp/ nhịp tim chậm). Luôn dự phòng Atropin/Naloxon.

-UCMC: giảm hậu tải, chống tái cấu trúc cơ tim, giảm tỷ lệ tử vong ngắn hạn.

- +Tốt ở BN suy tim, NMCT thành trước. CCD: HA tụt, suy thận.
- +Dùng sớm trong vòng 24h đầu.
- +Lisinopril, Captopril, Enalapril, liều thấp.
- +HATT<100 => giảm liều, <90 nhưng thuốc. Ở BN có THA, ngưng thuốc khi HATT <120mmHg.

-Kháng tiểu cầu: Dùng kèm aspirin 12 tháng

- +Prasugrel nạp 60mg, duy trì 10mg/ngày. CCD: BN <60kg, >75 tuổi, có TC đột quỵ.
- +Ticagrelor nạp 180mg, duy trì 180mg/ngày.
- +Clopidogrel nạp 600mg, duy trì 75 mg/ngày.
- +Các thuốc này đều chuyển hóa qua men P2Y12 ở gan

-Kháng đông: Aspirin

- +Liều nạp: 150-300mg (u) hoặc 80-150mg TM.
- +Duy trì: 75-100mg/ngày
- +Chuẩn bị trước PCI và điều trị vĩnh viễn.

Heparin không phân đoạn: UFH:

+Thời gian sử dụng ít nhất là 48h, tốt nhất là suốt thời gian nằm viện cho tới 8 ngày.

+Liều nạp: 60UI/kg tối đa 4000, duy trì 12UI/kg. Tối đa 24000UI/24h.

+Nếu dự định dùng kháng đông hơn 48h, ưu tiên chọn Henoxaparin

*Cre <2.5mg/dL ở nam và <2mg/dL ở nữ.

*Liều:

.<75 tuổi =>1mg/kg/12h TDD

.>75 tuổi: 0.75mg/kg/12h TDD.

.Bất kể tuổi nếu eGFR <30ml/ph: 1mg/kg/24h

-Statin: dùng cho mọi BN

- +Mục tiêu: LDLc<70 mg/dL(1.8mmol/L)
- +Simvastatin giúp tăng HDL nhanh nhất: 20-40mg/ngày.
- +Atorvastatin: giảm triglyceride nhanh nhất: 40-80mg/ngày.
- +Rosuvastatin giảm LDL nhanh nhất: 20-40mg/ngày.

+Chú ý chức năng gan do các thuốc STATIN chuyển hóa qua gan: CYP2C9(Flu, Rosu), CYP3C4(Ator, Lo-, Sim-).

-TIÊU SỢI HUYẾT: tốt nhất trong 2-3h đầu, tối đa trong vòng 12h, **chỉ dùng cho NMCT có ST chênh lên.**

+**CCĐ:** Đang có XH, RLĐM, có chấn thương mới, vừa mới PT >10 ngày hoặc có chảy máu <10 ngày, PT ngoại TK<2 tháng, XHTH-niêu <6 tháng, tiền sử đột quy, phình mạch máu não, phình bóc tách ĐMC ngực, bệnh lý nội khoa tiến triển, có thai.

+Biến chứng: **XH đặc biệt là XH não, RLCN tiêu cầu.**

Đặc điểm	Streptokinase	Alteplase	Reteplase	TNK-tPA
Liều	1.5 triệu UI TM trong 30-60 ph	100mg/90p	10UI-10UI bolus cách nhau 30ph	Tiêm TM 1 lần duy nhất: -30mg nếu <60kg -Tăng 5mg mỗi 10kg cân nặng.
Tái thông sau 90p	50%	75%	75%	75%
Giảm tử vong	+	++	++	++
XH não	+	++	++	++

ĐIỀU TRỊ CAN THIỆP:

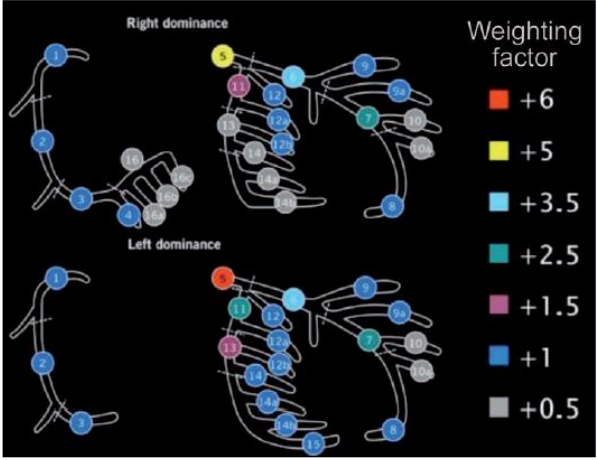
PCI: Primary Percutaneous Coronary Intervention : **can thiệp MV qua da** thì đầu, chọn khi:

- Tắc 1 nhánh, đoạn gần nhánh xuống trước (T)>
- Nhiều nhánh có điểm SYNTAX <22 + nguy cơ PT cao.
- Chống CD PT.
- BN >80 tuổi, nhiều bệnh nền.

CABG: **PT bắc cầu ĐMV**, chọn lựa khi:

- ĐMV (T), điểm SYNTAX >33.
- Nhiều nhánh+ SYNTAX >22, trong đó có nhánh xuống trước (T).
- Tái hẹp stent
- Bệnh tim thực thể.

SYNTAX SCORE: tham khảo.

Bước	Biến đánh giá	Mô tả
1	Ưu thế	Vai trò của mỗi đoạn mạch vành thay đổi tùy thuộc vào động mạch vành ưu thế (phải hoặc trái). Đồng ưu thế không tồn tại như một lựa chọn trong thang điểm SYNTAX
2	Đoạn mạch vành	<p>Đoạn mạch vành bị bệnh ảnh hưởng trực tiếp lên thang điểm tùy thuộc vào vị trí, điểm số dao động từ 0.5-6</p> 
3	Đường kính hẹp	<p>Điểm số của từng phân đoạn động mạch vành bệnh được nhân với 2 trong trường hợp hẹp 50-99% và 5 trong trường hợp tắc hoàn toàn.</p> <p>Trong trường hợp tắc hoàn toàn, điểm sẽ được thêm vào như sau:</p> <p>Trên 3 tháng hoặc không rõ: + 1</p> <p>Góc tù: +1</p> <p>Cầu nối: + 1</p> <p>Đoạn đầu tiên nhìn thấy ở xa: +1 cho mỗi đoạn không nhìn thấy</p> <p>Nhánh phụ tại nơi tắc:</p> <ul style="list-style-type: none"> - + 1 nếu <1.5 mm - + 1 nếu <1.5 và ≥ 1.5 mm - + 0 nếu ≥1.5 mm kể cả đoạn chia đôi
4	Tổn thương chia 3	<p>Sự hiện diện của tổn thương chia 3 thêm điểm bổ sung dựa trên số lượng các phân đoạn bệnh:</p> <p>1 đoạn : +3</p> <p>2 đoạn : + 4</p>

		3 đoạn : +5 4 đoạn: + 6
5	Tổn thương chia đôi	Sự hiện diện của tổn thương chia đôi thêm điểm bổ sung dựa trên phân loại Medina Medina 1,0,0 or 0,1,0 or 1,1,0: + 1 điểm Medina 1,1,1 or 0,0,1 or 1,0,1 or 0,1,1: + 2 điểm Ngoài ra , sự hiện diện của một góc phân nhánh < 70 ° thêm 1 điểm.
6	Hẹp lỗ vào	Có hẹp lỗ vào : +1
7	Tổn thương xoắn vặn nặng	Có xoắn vặn nặng của đoạn gần : +2
8	Chiều dài đoạn hẹp	Chiều dài đoạn hẹp >20 mm: +1
9	Vôi hóa	Vôi hóa nặng: +2
10	Huyết khối	Hiện diện huyết khối: +1
11	Bệnh lan tỏa / mạch máu nhỏ	Có bệnh lan tỏa và hẹp đoạn xa sau tổn thương (nghĩa là có ít nhất 75% chiều dài của đoạn xa sau tổn thương có đường kính < 2 mm): + 1 điểm cho mỗi đoạn

CĐ tái thông MV:

-Bệnh cảnh: CĐTN ổn định, HC vành cấp.

-Mức độ đau ngực: không đau, CCS: I-IV

I: đau ngực khi hoạt động thể lực mạnh.

II: đau xuất hiện khi leo > 1 tầng lầu hoặc đi bộ hơn 2 dãy nhà

III: đau khi leo trong 1 vòng lầu, đi bộ <=2 dãy nhà

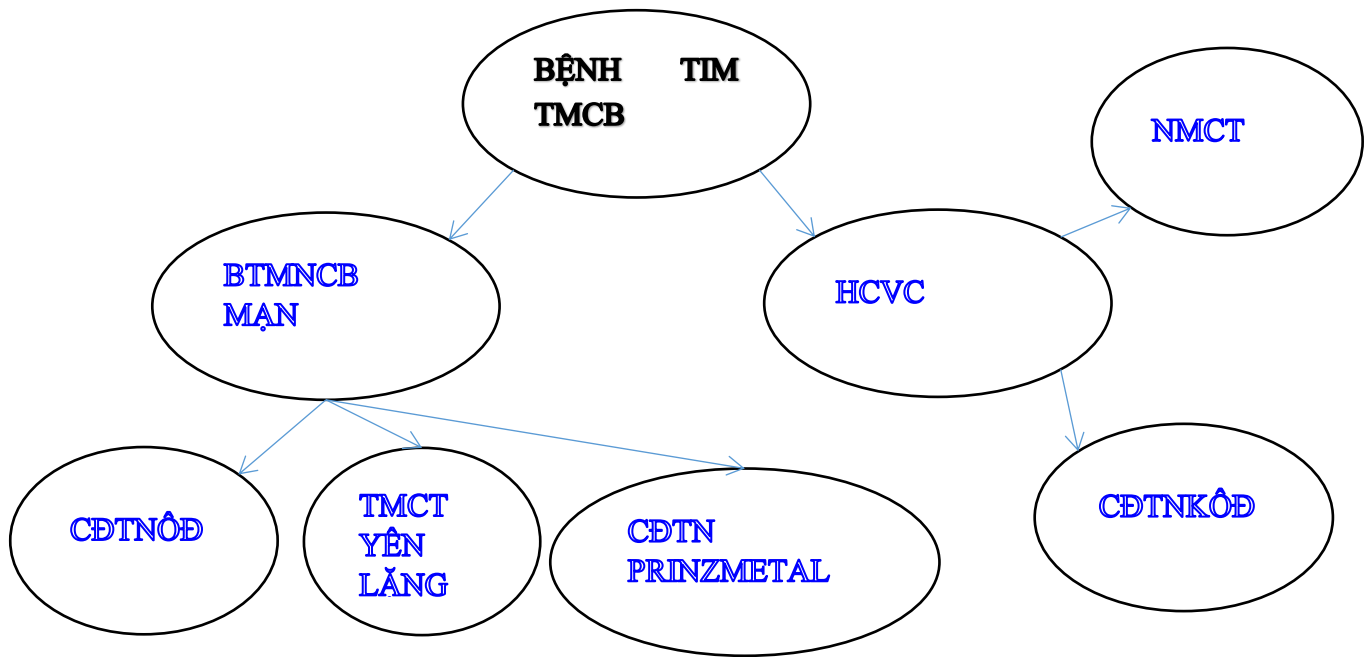
IV: đau khi nghỉ ngơi, làm việc nhẹ.

-Mức độ TMCB

-Mức độ đáp ứng điều trị nội.

-Mức độ tổn thương.

SUY VÀNH MẠN VÀ ECG SUY VÀNH MẠN:



MỤC TIÊU ĐIỀU TRỊ:

- Phòng NMCT
- Giảm đau ngực
- Cải thiện chất lượng cuộc sống.

CỤ THỂ:

Đảm bảo YTTĐ, YTNC

YTTĐ: Làm thay đổi cán cân cung-cầu Oxy

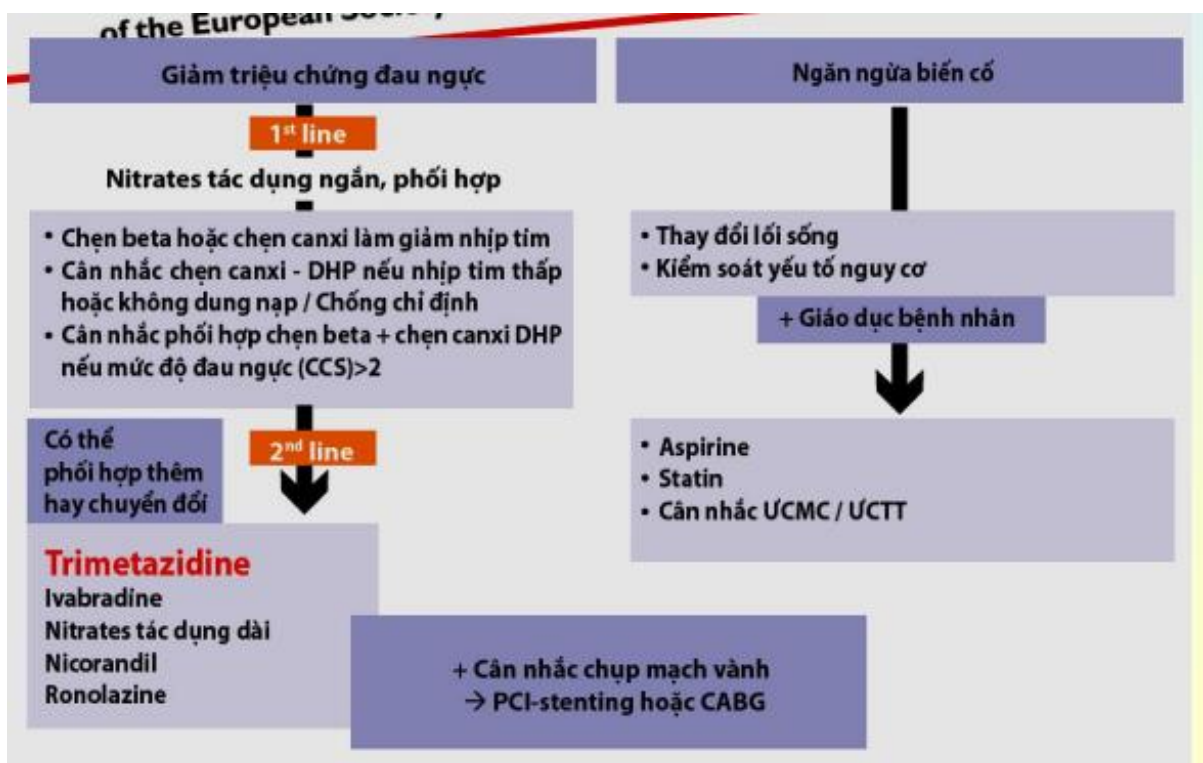
- Sốt
- Thiếu máu
- Nhịp tim nhanh
- Cường giáp
- Nhiễm trùng.
- Tăng HA
- Stress.

YTNC:

- Thừa cân béo phì: duy trì BMI 20-25 kg/m², giảm cân hơn nửa không bảo vệ tim mạch.
- Vòng eo: nam <90 và nữ dưới 80 cm.

- Ăn ít muối <5g/ngày.
- Tập thể dục ≥ 3 lần/tuần, mỗi 30 phút/lần.
- 200g rau + 200g trái/ ngày
- Ăn cá ≥ 2 lần/tuần.
- Xét nghiệm thường quy: lipid, glucose, creatinin mỗi năm.
- Rượu bia: nam <2 lon/ngày và 1 lon/ ngày đối với nữ.
- Bỏ hút thuốc lá. Giảm stress
- Mục tiêu
- +HA <130-139/80-85 mmHg, ở BN có ĐTĐ, BTM <140/85mmHg.
- +HbA1c mục tiêu: <7% và tùy vào từng cá nhân.
- +Ngừa cúm ở người già bằng vaccin cúm mỗi năm.
- +LDLc <70mg/dL (1.8 mmol/L). Bệnh thận mạn gđ 3-5: dùng ATOR, FLU, PITA, ROSU.

THUỐC:



Nhóm chống TMCB: ức chế Ca, chẹn beta, Nitrate nicorandil.

+Hàng đầu: chẹn beta, chẹn Ca.

+Hàng 2: Nitrate tác dụng dài/Ivabradine/Nicorandil/ Ranolazine/Trimetazidine.

Nhóm ngừa biến chứng NMCT: kháng kết tập tiểu cầu, Statin, UCMC.

NHÓM CHỐNG TMCB:

Tên thuốc	CCĐ	TD phụ	Liều
Nitrate: -Không dùng chung rượu, tối đa 3 liều cách nhau mỗi 5ph. Hết 3 liều không giảm => NV	bệnh cơ tim phì đại có tắc nghẽn	nhức đầu, đỏ bừng mặt, hạ HA, nhịp tim nhanh, Methb máu.	Limitral 2.5mg 3 viên/ngày
Ivabradine: giảm tăng cung thông qua giảm nhịp tim	RLN tim Dị ứng Suy CN gan	RL thị giác Nhức đầu Chóng mặt Chậm nhịp tim Rung nhĩ	Procoralan 5mg viên x2 /ngày
Nicorandil: dẫn vi mạch vành	Choáng tim Suy tim HA thấp	Nhức đầu Chóng mặt Buồn nôn, hạ HA Loét DD	Pecrandil 10 mg x2 /ngày
Trimetazidine: tiết kiệm O2 sử dụng của TB cơ tim	Parkinson Suy thận nặng Run, dị ứng	RL tiêu hóa, RL vận động. Nhức đầu	VASTAREL 35mg.
Ranolazine: giảm chuyển hóa TB => giảm nhu cầu O2	Xơ gan	Táo bón Chóng mặt, buồn nôn QT dài.	500-1000mg x2 lần/ngày
Chẹn beta O: Output L: Lower BP O: Oxygen demand	Không chọn lọc trên tim	-ISA	Carvedilol, Propranolol, Nadolol, Timolol,
		+ISA	Pindolol, Carteolol
	Chọn lọc trên	-ISA	Metoprolol, Atenolol, Esmolol,

L: Loạn nhịp	tim		Bisoprolol, Nebivolol
		+ISA	Acebutolol Celiprolol
	Nói chung chọn nhóm chọn lọc beta1 + (-ISA) là tối ưu, tan trong mỡ => thâm qua HRMN => ức chế TKTW hiệu quả.		
	Lựa chọn chẹn beta dựa vào CN gan-thận -Gan 100% - Thận 0%: Carvedilol, Propranolol, Metoprolol -Thận 100% - Gan 0%: Atenolol, Nadolol, Sotalol -Chưa rõ CN gan-thận: Bisoprolol		
Chẹn Ca -Khi không dùng được chẹn beta. -Cần kết hợp với chẹn beta kiểm soát đau ngực -Đau ngực Prinzmetal: đau tự nhiên không do gắng sức, lúc nghỉ, nửa đ êm về sáng. ST chênh lên trong cơn. Gắng sức không xuất hiện	Non-DHP	Verapamil Diltiazem	
	DHP	Thế hệ 1	Nifedipine
		Thế hệ 2	Isradipine Nicardipine Felodipine
		Thế hệ 3	Amlodipine
	Thế hệ càng mới, tính chọn lọc mạch máu càng tăng, tác dụng dẫn mạch tốt.		

THUỐC NGỪA BIẾN CHỨNG: xem thêm bài ACS

-Aspirin: 75-325 mg/ngày, suốt đời. CCD : dị ứng, loét tiêu hóa

-Clopidogrel 75mg/ngày + aspirin (dùng nếu CCD aspirin),

+stent thường: 1-12 tháng

+stent thuốc: 12-24 tháng

-Statin.

ĐIỀU TRỊ CAN THIỆP:

-PCI: ít đau, hồi phục nhanh 2 tuần so với 12 tuần CABG, tái hẹp 10% sau 6 tháng.

-CABG: kéo dài chất lượng CS, sau 10 năm 50% đau tái phát, suy mảnh ghép.

ĐIỀU TRỊ SUY TIM:

Chẩn đoán suy tim:

SUY TIM (T)/ (P)/ TOÀN BỘ, EF (giảm/trung gian/ bình thường), PHÂN ĐỘ (NYHA,ACC/AHA), YTTĐ, NGUYÊN NHÂN, ĐIỀU TRỊ TRƯỚC ĐÓ (nếu có).

TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN SUY TIM THEO FRAMINGHAM

TC CHÍNH	TC PHỤ
-Khó thở khi nằm hoặc kịch phát về đêm. -TMCN -Ran phổi -Tim to -Phù phổi cấp, gallop T3 -Tăng áp lực TM >16cmH2O. Phản hồi gan-cảnh	-Phù mắt cá chân, ho về đêm -KT khi gắng sức -Gan to -TDMP -FVC giảm 1/3 so với tối đa -Nhịp tim nhanh >120 l/ph
TC CHÍNH/PHỤ: sụt >4.5kg trong 5 ngày đáp ứng điều trị	
CHẨN ĐOÁN (+): 2 TIÊU CHẨN CHÍNH or 1 TC CHÍNH +2 TC PHỤ.	

EF:

>=50%: SUY TIM EF **BẢO TỒN**: NT-proBNP tăng >125, LS gợi ý suy tim +SÂ tim

<=40%: SUY TIM EF **GIẢM**: UCMC/UCTT + chẹn beta +/- lợi tiểu +/- chẹn Ca

41-49%: SUY TIM EF BẢO TỒN, GIỚI HẠN. (**TRUNG GIAN**): SÂ tim

PHÂN ĐỘ SUY TIM: NYHA- có bệnh tim

I: KT khi gắng sức

II: KT khi hoạt động thể lực bình thường, thoải mái khi nghỉ ngơi

III: KT khi hoạt động dưới thông thường.

IV: KT khi nghỉ ngơi.

Nhẹ: NYHA I, **TB:** II-III, **nặng:** IV

YTTĐ suy tim:

- | | |
|--------------------------|--------------|
| +Ăn mặn | +TMCT,NMCT |
| +Không tuân thủ điều trị | +RL nhịp |
| +THA | |
| +Thiếu máu | +Uống rượu |
| +Có thai | +Nhiễm trùng |

NGUYÊN NHÂN

SUY TIM TÂM THU

- Bệnh MV: TMCT, NMCT
- Tăng áp lực mạn: THA, bệnh van tim có tắc nghẽn.
- Quá tải thể tích mạn: hở van tim, shunt T-P trong tim, ngoài tim
- Bệnh cơ tim hạn chế/ dẫn nỡ: di truyền, thâm nhiễm, thuốc/độc chất
- Bệnh tim phổi: tâm phế mạn, mạch máu phổi.
- Tăng cung lượng : cường giáp, thiếu máu mạn, bệnh Beri-beri (vitB1).

SUY TIM TÂM TRƯỞNG

- Bệnh ĐMV
- THA
- Hẹp van ĐMC
- Bệnh cơ tim phì đại, hạn chế

ĐIỀU TRỊ: SUY TIM EF GIẢM

NGUYÊN TẮC:

- Điều trị nguyên nhân, YTTĐ.
- Nội khoa:
 - +Không thuốc
 - +Thuốc

KHÔNG DỪNG THUỐC

-Hạn chế muối, nước

+Muối <5g ngày, ăn không nêm, không chấm, không ăn đồ hộp.

+Nước: Suy nhẹ-TB: 1500-2000ml/ngày. Suy nặng: 500-1000ml/ngày.

-Sinh hoạt:

+Hoạt động thể lực tùy mức độ suy tim: tiếp tục nghề nếu được, tham gia hoạt động xã hội

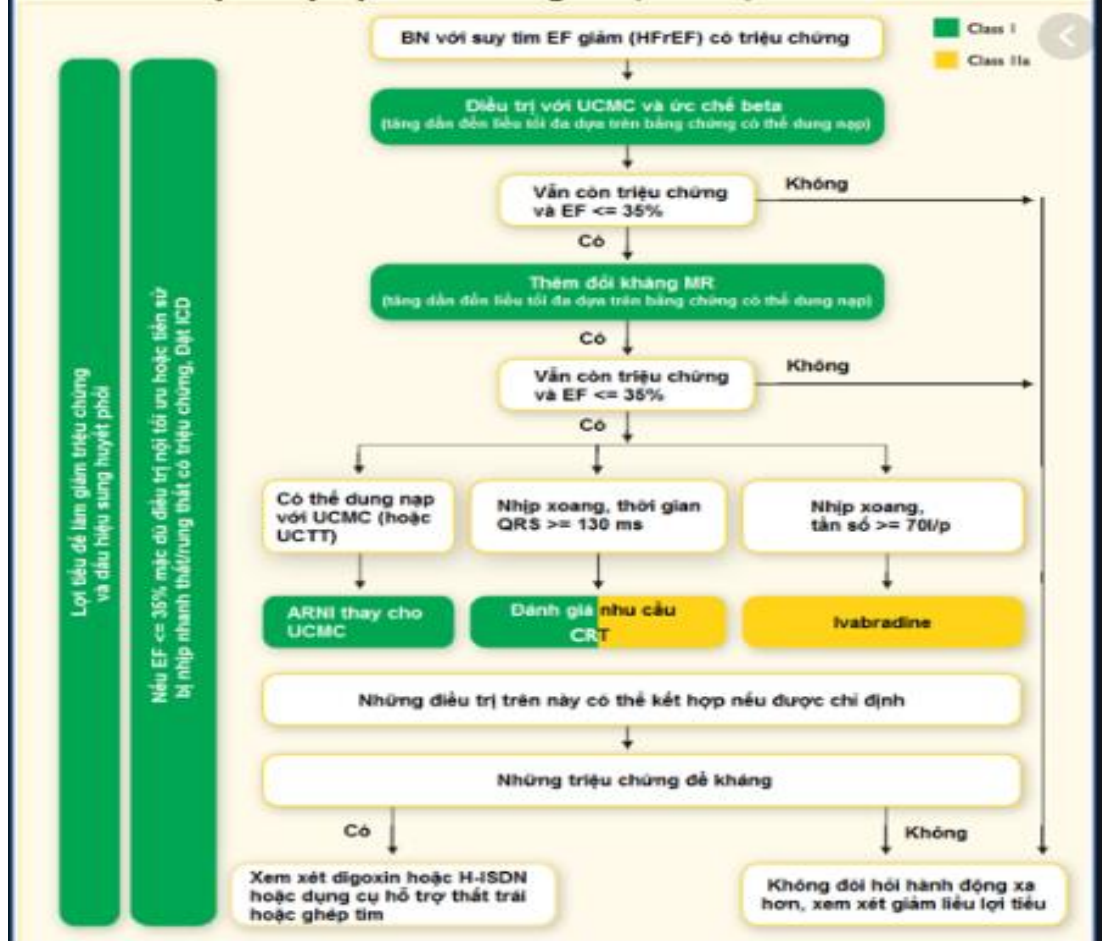
+Suy nặng: nghỉ ngơi tại giường.

-Ngưng thuốc lá, giảm cân, tập TD

-Ngừa thai, bỏ rượu, chủng ngừa cúm 1 năm/lần.

DỪNG THUỐC: UCMC/UCTT +chẹn beta + kháng aldosterone +/- lợi tiểu +/- chẹn Ca DHP

Nhóm	Đặc điểm
Chẹn beta	-Ức chế hoạt hóa thụ thể b-adrenergic, giảm tử vong, triệu chứng -Dùng cho suy tim II-IV
UCMC	-Giảm hệ RAA, giao cảm -Giảm TC+ tử vong. -Mọi giai đoạn suy tim. -Dùng liều thấp tăng dần
Kháng aldosterone	-Spironolactone
Lợi tiểu	-Tăng thải muối, nước, giúp giảm tiền tải. -Dùng khi suy tim ứ dịch
Ivabradine	-BN còn TC, EF <=35%, nhịp xoang >=70l/ph
UCTT	-Thay thế UCMC nếu BN dung nạp UCMC đủ liều.
Digoxin-trợ tim	-Suy tim tâm thu với rung nhĩ đáp ứng thất nhanh/ nhịp xoang -Dùng đường TM hoặc uống



CAN THIỆP TIM MẠCH:

- PT: van tim, bệnh MV
- Đặt máy tạo nhịp: RL nhịp chậm
- Cấy máy phá rung: rung thất
- Dụng cụ trợ thất:
- Ghép tim:

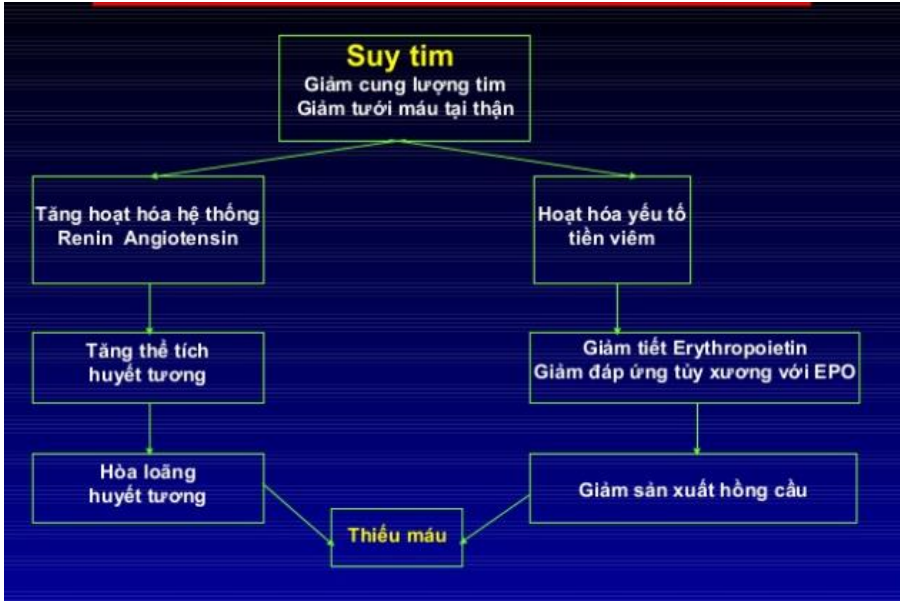
TRÌNH BỆNH:

Thầy Minh	<p>-hsTroponin T tăng gấp 5 lần giới hạn trên => NSTEMI, men tim tiếp tục tăng: NM tiến triển</p> <p>-Chỉ định Clopidogrel khi chọn CABG, trong vòng 3h đầu.</p> <p>-Statin trong ACS là liều cao.</p> <p>-Captopril dùng 3 lần/ngày, Enalapril 2 lần/ ngày, các UCMC khác 1 lần/ngày.</p> <p>-NMct thánh dưới+ thất P: dễ bỏ sót và phải thận trọng vì dễ gây RI dẫn truyền => Block AV độ cao => CcĐ chẹn beta</p>
-----------	--

	<p>-ST chênh lên: gđ tối cấp, có sóng Q: gđ cấp.</p> <p>-NMCT dưới nội mạc:</p> <p>+ST không chênh lên +sóng T âm sâu $\geq 5\text{mm}$</p> <p>+Men tim tăng. Nếu không tăng: chẩn đoán lá TMCT</p> <p>-NMCT xuyên thành: sóng Q hoại tử + ST chênh lên</p> <p>-VN dùng TSH không chọn lọc, chấp nhận nguy cơ XHN vì TSH chọn lọc rất đắt tiền và hiếm. Và chỉ dùng ở NMCT có ST chênh lên</p> <p>-BN có đau ngực, V1 có ST chênh xuống: xử trí \Rightarrow đo ECG V7,V8,V9 tìm NMCT sau thực</p> <p>-NMCT thất P: không điều trị thuốc, chủ yếu truyền dịch, theo dõi huyết động. Vận mạch nếu cần.</p> <p>-Khi nào đo V3R, V4R: Khi NMCT thành dưới (DII, DIII,aVF) chênh lên và chênh xuống ở DI, aVL.</p> <p>-Cách dùng TSH:</p> <p>Bước 1: 1.5 triệu UI, bơm tiêm tự động</p> <p>Bước 2: Heparin 6h sau TSH (dùng ngay sau TSH \rightarrow tăng nguy cơ XHN).</p> <p>-TSH có tác dụng kéo dài 1 năm.</p>	
Cô Thanh Hương- THA, suy tim	BA suy tim	<p>-Suy tim khó thở: khai thác kỹ triệu chứng thở co kéo, thở đảo ngực-bụng.</p> <p>-Đánh giá kỹ các YTTĐ suy tim</p> <p>-AT thực thể: $\geq 4/6$, nghĩa là có rung miu, âm sắc vút cao, lan xa.</p> <p>-AT cơ năng: $\leq 3/6$, do dẫn vòng van do lớn thất hoặc tổn thương cấu trúc lân cận.</p> <p>-Gallop T3: tiếng T3 + tần số $\geq 100\text{l/ph}$, đây là tiếng khóc của cơ tim, khi có suy tim.</p> <p>-T/căn đau thắt ngực + đau thắt ngực hiện tại: gọi ý HCVC ngay.</p> <p>-RL nhịp nhanh: giảm thời gian tâm trương \Rightarrow giảm thể tích nhát bóp \Rightarrow giảm tưới máu não/cơ quan khác.</p> <p>-Nhịp chậm: \Rightarrow cơn Adam stoke: ho ra máu, ho nhiều khi nằm, giảm khi ngồi.</p> <p>-Tiền căn gđ bệnh MV sớm: nam $< 55\text{t}$, nữ $< 65\text{t}$</p>

	<p>-Tiền căn gđ bệnh tim sớm: nam <45t, nữ <55t</p> <p>-Van tim:</p> <p>Rung tâm trương => nghĩ nhiều hẹp 2 lá.</p> <p>ATTT+Carvalo(+): hở van 3 lá (cơ năng do lớn thất P hoặc thực thể do tổn thương van).</p> <p>-Thứ tự thoái hóa lá van; 2 lá=> ĐMC=> 3 lá=> ĐMP.</p> <p>-Suy tim làm tăng men tim, nhưng không có động học.</p>
THA	<p>-Bệnh sử chú trọng khai thác TCCN của biến chứng THA: tiểu bọt, nhức đầu, tiểu ít, tê dị cảm, yếu liệt chi, đau cách hồi.</p> <p>-Levothyroxine (hormon tuyến giáp): tác dụng phụ là HC cường giáp (nhịp nhanh, vã mồ hôi, chi ấm, sụt cân, run tay). 1 viên này chứa 100mcg</p> <p>-Hỏi kỹ tiền căn phù, tiểu máu, sỏi thận.</p> <p>-Cơn THA: >=180/120mmHg.</p> <p>-Hạ K: chú ý dinh dưỡng.</p> <p>-3 nhóm triệu chứng THA:</p> <p>+T/c do THA</p> <p>+T/c của biến chứng</p> <p>+T/c của nguyên nhân</p> <p>-Mô tả mạch: tần số, đều/không đều, biên độ, độ đàn hồi, đối xứng?</p> <p>-3 thể THA: tâm thu đơn thuần/ tâm trương/ 2 số.</p> <p>-THA cơn: ngoài cơn HA bình thường, do stress, u tủy thượng thận (bệnh Conn).</p> <p>-Không phân độ THA: đang điều trị, THA thứ phát.</p> <p>-3 nhóm nguyên nhân chình gây hạ K máu: giảm nhập do dinh dưỡng kém, tăng thải qua thận-tiêu hóa, đưa K vào nội bào. Giảm do dinh dưỡng (cho BN uống nước dừa, ăn chuối rồi thử lại hôm sau).</p> <p>-Cường giáp gây THA tâm thu.</p> <p>-ATTT do hở 2 lá, tăng khi nghiêng T hoặc thở ra, lan sau nách.</p> <p>-ATTT hở chủ: lan lên cổ, hoặc lan bờ T xương ức đến</p>

	<p>mỏm.</p> <p>-Thiếu máu: tán huyết (đặng sắc, đặng bào), Mất ra ngoài (HC nhỏ, nhược sắc), thiếu A.folic (HC to), BTM thấy rõ thiếu máu nhất gđ 4-5, gđ 3 bắt đầu thiếu máu.</p> <p>-LDLc tăng có ý nghĩa khi >160mg/dL</p> <p>-Các thuốc hạ K máu hay gặp: Insulin, đồng vận beta, Theophylline, COR</p> <p>-CCĐ của chẹn Ca non-DHP là Suy tim EF giảm.</p> <p>-Coversyl plus 5mg/1.25mg = Corvesyl (Perindopril)+ Indapamide</p> <p>-Codiovan 80/12.5 Diovan (Valsartan) +Hydrochlorothiazide.</p> <p>-Plendil plus: Felodipine 5mg + Metoprolol 50mg (liều cao).</p>
Cô Hoa- THA-suy tim	<p>-Chú ý: ghi đúng chẩn đoán, biện luận, điều trị đầy đủ cái đã!</p> <p>-Trong điều trị suy tim, có thể cho chẹn beta sau khi tình trạng ổn định với lợi tiểu, UCMC trước đó.</p> <p>-4 thuốc bắt buộc bệnh MV mạn: UCMC, chẹn beta, aspirin, statin.</p> <p>-Xơ gan không gây suy tim!</p> <p>-Nguyên gây suy tim;</p> <p>+Trái: vỡ van ĐMC, hẹp ĐMC, hở 2 lá, THA, viêm cơ tim, BMV.</p> <p>+Phải: hẹp 2 lá, hở 3 lá, tăng áp phổi, tim bẩm sinh.</p> <p>-3 câu hỏi bắt buộc hỏi khi BN có CĐTNCÔĐ:</p> <p>1/ Tình trạng gắng sức trước đó.</p> <p>2/ T/c đau ngực, thời gian 15-20ph</p> <p>3/ Giảm khi nghỉ, đáp ứng với nitroglycerine NDL.</p> <p>-Tác động của mảng xơ vữa / mạch vành:</p> <p>+Giảm sự co giãn mạch vành.</p> <p>+Giảm kích thước lòng mạch.</p> <p>+Tổn thương nội mạch => co mạch.</p> <p>-Chọn lựa đơn trị liệu THA: THA độ 1 + không YTNC, hoặc, >80 tuổi và thể trạng yếu.</p>

	<p>-3 dạng liều Metformin : 500/750XE/1000mg.</p> <p>-40% BN suy tim có thiếu máu. Cơ chế:</p>  <p>-Can thiệp MV ở BN suy tim khi Hb đạt $\geq 9\text{mg/dL}$.</p>
Cô NMCT	<p>Hoà-</p> <p>-Hỏi kỹ nghề nghiệp, BN stress công việc, lối sống tĩnh tại cũng là 1 gợi ý</p> <p>-Xem TV: xem phim kinh dị, đá bóng,...</p> <p>-Chẩn đoán THA ngay khi HATT ≥ 180 or HATTr ≥ 110 và có tổn thương cơ quan đích.</p> <p>-HATTr ở sản phụ là quan trọng: tưới máu nhau thai.</p> <p>-BN nam +THA không điều trị+ đau ngực + cơn THA: nghĩ ngay phình bóc tách ĐMC ngực</p> <p>-BN có ST chênh lên, không đau ngực: do BN >65 tuổi, PT tim mạch, PT lồng ngực, ĐTD</p> <p>-Vi nhồi máu: vẫn tăng men tim, ST không chênh lên</p> <p>-2 sai lầm lớn nhất của sinh viên khi đọc CTM là: BC tăng nhẹ và glucose tăng, đây là ứng bình thường của cơ thể.</p> <p>-SÂ tim trong NMCT chờ đợi điều gì?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1/ Giảm động vùng 2/ Dày thất 3/ Biến chứng cơ học của tim 4/ EF, đánh giá tái cấu trúc cơ tim => lý do chọn lợi tiểu kháng aldosteron.

	<p>-NMCT thành sau dưới, ST chênh lên mới có hở 2 lá cơ năng do rách cơ nhú bám vào.</p> <p>-Atorvastatin trong NMCT: 40mg/ngày</p> <p>-Liều captopril: 50mg x3 lần/ ngày</p> <p>-Hở 2 lá: 85% là ở mỏm lan nách, 15% lan bờ T xương ức (cần tìm saven 2 lá và NMCT sau dưới).</p> <p>-3 thể RLLP : Tăng Choles/LDL, tăng TG và phối hợp</p> <p>-Trong điều trị BMV, ưu tiên LDL là chuẩn.</p> <p>-Điều trị tăng TG khi TG >500, ngừa VTC: fenofibrate 160mg/ngày.</p> <p>-Monitoring 24h trong vòng 3 ngày là bắt buộc ở BN có PT tim mạch.</p>
Tại giường- anh Sĩ	<p>-Mô tả ngoại tâm thu: tần số bao nhiêu/ph, dạng ngoại tâm thu, có liên quan R/T, có trên nền bệnh tim nào khác?</p> <p>-Viêm khớp do thấp: khớp lớn, di chuyển từ khớp này sang khớp kia, không di chứng, từ 15-20 tuổi. Thường sau viêm họng 2-4 tuần, thường do Streptococcus pyogenes.</p> <p>-Nguyên nhân hở van ĐMC cấp: THA, chấn thương.</p> <p>-VKĐT vẫn có thể để lại di chứng ở tim</p> <p>-Hẹp 2 lá hậu thấp có yếu tố gợi ý khi có tổn thương đa van</p> <p>-Khớp: lớn (vai, háng), TB (khủy), nhỏ (bàn ngón).</p> <p>-Trong hẹp van 2 lá, khi nhịp tim nhanh/rung nhĩ: khó nghe rù tâm trương nhưng ngược lại, T1 đánh sẽ dễ nghe hơn.</p>

LÝ THUYẾT CÔ THANH HƯƠNG:

ĐỌC ECG:

-Nhịp gì? Xoang : sóng P luôn (+) ở DII, DII

-Trục gì? Ước lượng bao nhiêu độ?

-Tần số? Cho biết nhịp chậm/TB/nhanh (60-100)

-Sóng P, khoảng PR, phức bộ QRS, đoạn ST-T, sóng T, sóng u (nếu có).

+PR: 0.12-0.2s. PR ngắn do HC kích thích sớm, dẫn truyền qua đường phụ hoặc HC WPW (QRS dẫn rộng, sóng delta, PR ngắn). WPW có 2 type là A và B.

+QRS $\leq 0.1s$. Khi dẫn QRS + nhịp là nhịp trên thất + đã loại HC WPW thì có các nguyên nhân của dẫn QRS

*Block nhánh T: QRS giãn, DI,V6 R cao có móc và không có sóng Q/ V1: dạng rS, QS.

*Block nhánh P: V1 dạng rSr' hoặc rSR' / DI,V6: sóng S phía sau giãn, QRS giãn.

*Chậm dẫn truyền nội thất (IVCD): thường là hậu quả của bệnh lý NMCT, xơ hóa, bệnh cơ tim phì đại. QRS giãn + loại trừ các block T hoặc P.

+ST chênh hay không, sóng T âm hay cao nhọn.

+Khoảng QT:

*Nếu tim $< 100l/ph + QT > 1/2RR$ thì coi như kéo dài

*Cách 2: tính $QTc = QT / \sqrt{RR}$, bình thường $QTc < 0.4$.

*Nguyên nhân QT dài: các thuốc chống RLN nhóm IA và nhóm 2, hạ K máu, hạ Ca máu, đột quy, XH não.

-Các dấu hiệu lớn buồng tim:

+Lớn thất T: S (V1/V2) +R (V5/V6) $> 35mm$

+Dày thất P: kết hợp

*Trục lệch P

*Lớn nhĩ P đi kèm.

*Block nhánh P không hoàn toàn.

*R cao ở V1

*LS gợi ý nguyên nhân lớn thất P: COPD, suy tim P, tăng áp phổi, hẹp vena ĐMP.

* $R(V1) + S(V5/V6) > 10mm$.

+Lớn nhĩ T: nhịp xoang bình thường, sóng P (+) ở DII, dẫn $> 0.12s$ ở DI,DII,aVL, 2 đỉnh cách nhau $> 0.04s$

+Lớn nhĩ P: sóng P cao $> 2.5mm$ cao nhọn ở DII,DIII, aVF.

-Bệnh tim TMCB, NMCT

CÁC RL NHỊP TRÊN THẤT:

1/ RUNG NHỊ

-Không sóng P, sóng f lẫn lẫn

-3 dạng:

+Đáp ứng thất nhanh: tần số >100

+Đáp ứng trung bình: 70-100

+Chậm: <70 ???

2/FLUTTER NHỊ: sóng f răng cưa, tần số 300l/ph

-Đáp ứng thất hay gặp là 2:1 (150 l/phút).

CƠN NHỊP NHANH KỊCH PHÁT TRÊN THẤT:

-Là 1 dạng nhịp nhanh/thất, đều : 150-240 l/ph

-Do vòng vào lại nút AV

3/NHIP BỘ NỔI:

-Là nhịp đều trên thất, có nguồn gốc từ nút AV.

-Sóng P âm ở DII, DIII, hoặc không thấy do lẫn vào QRS

-3 dạng:

+Nhịp thoát bộ nổi 40-60l/ph => bộ nổi mất quyền làm chủ nhịp

+Nhịp bộ nổi gia tốc: 60-100l/ph

+Nhịp nhanh bộ nổi >100l/ph

3/NGOẠI TÂM THU

-Là những phức bộ QRS đến sớm, có 3 dạng:

1/ NTT nhĩ: có nguồn gốc từ vị trí nhĩ, không phải nút xoang. Sóng P thay đổi, QRS hẹp

2/ NTT bộ nổi: QRS hẹp, sóng P(-) ở DII,DIII hoặc không có.

3/ NTT thất: QRS dẫn rộng, dị dạng.

4/NTT THẤT:

-Nhịp đôi: 1 QRS bình thường +1 bất thường.

-Nhịp ba: 2 bình thường +1 bất thường.

-Nhịp cặp đôi: 2 bất thường liền kề

-Nhịp nhanh thất =NTT thất bộ ba (3 bất thường liền kề).

CÁC VẤN ĐỀ NHỎ KHI CÔ DẠY ĐỌC ECG:

-Sóng u:

+ (+) khi hạ K máu

- +(-) khi có BTTMCB
- Hạ K máu/ECG:
 - +PR dài, block AV độ 1, NTT thất.
 - +Sóng T (-), ST chênh xuống
 - +Sóng u (+).
- NTT thất P tiên lượng nhẹ hơn thất T.
- Trục trung gian là trục $0-90^0$
- BN quá cao-gầy, trục tim có thể $80-90$, BN có lớn thất T nhưng trục không lệch T.
- BN mập, béo phì (tim nằm ngang), trục -30 đến 0 có thể là bình thường.
- Sóng T âm V3,V4, dẹt V5: BTTMCB.
- Các dạng NTT thất nguy hiểm:
 - +R/T
 - +Đa dạng/ 1 đạo trình.
 - +Đa ổ.
 - +Đi kiểu bộ hai, bộ ba.
- Trên ECG thấy QRS đa dạng, để phân biệt từ 1 ổ hay đa ổ cần:
 - +Đo $RR'1$ và $RR'2$, so sánh
 - +Nếu $RR'1=RR'2$, đó là từ 1 ổ, ngược lại, là đa ổ => nguy hiểm.
- Chẩn đoán NTT thất:
 - +Đến sớm.
 - +Không sóng P dẫn trước
 - +QRS dị dạng.
 - +Nghỉ bù hoàn toàn
- Sau 1 NTT thất, có thể có PR dài do giảm tưới máu => block AV độ 1.

ECG/BỆNH ĐMV MẠN

Cô Thanh Hương

=> Đọc thêm slide của cô:

GHI CHÚ:

- Bệnh tim do vành thường do bệnh ĐMV

-Bệnh ĐMV chưa chắc gây bệnh tim do vành

-3 thể:

+Con đau thắt ngực.

+NMCT

+TMCT yên lặng

-Hội chứng suy nhút xoang: nhịp chậm xoang, RLN, block xoang nhĩ, ngưng xoang (khoảng cách RR thay đổi, nếu kéo dài sẽ xuất hiện nhịp thoát).

+Nguyên nhân : TMCT, nhánh của ĐMV (P).

+Nhánh gian thất sau: 65-70% do ĐMV (P), còn lại của ĐMV T.

-Mạch vành:

+TB nội mạc: co dẫn

+TB cơ trơn ái vữa: vai trò tạo mảng xơ vữa.

+2/3 ngoài có mạch máu, 1/3 trong vô mạch.

-Vị trí hay tắc: ĐMV nhánh trước (T).

-Cocain: tim nhanh, THA, co thắt ĐMV, độc cơ tim.

-Hội chứng X:

+Đau thắt ngực +chụp MV bình thường.

+Giảm khi điều trị, tăng khi ngưng thuốc

-Đau ngực khi gắng sức: hẹp $\geq 70\%$.

-Đau khi nghỉ: hẹp 90%

-Con đau thắt ngực điển hình:

1/Do stress

2/Khó chịu/nặng ngực sau xương ức lan vai T (không quá hàm dưới), thượng vị (không qua rốn)

3/Giảm khi nghỉ hoặc ngậm Nitroglycerin dưới lưỡi.

+3/3: ĐTN điển hình.

+2/3: ĐTN không điển hình.

+1/3: Đau ngực do tim.

-CĐTNKÔĐ:

+Khi gắng sức

+Tăng dần về thời gian, cường độ đau.

+Đau nặng thực sự do tim trong vòng 1 tháng (CCS III).

1/Thiếu máu cơ tim:

-Sóng T dẹt, hoặc đảo, hoặc lớn-cân đối, nhọn.

-Sóng T bình thường: (+) ở DI,DII, V3-V6.

(-) ở aVR

Thay đổi: CD chỉ $\leq 5\text{mm}$, trước ngực $\leq 10\text{mm}$.

-T (+) ở aVR: mắc sai điện cực, đảo ngược phủ tạng

-qS móc, còn điện thế nhưng ít cơ lạnh sót lại.

-rS: gợi ý NMCT

-R cắt cụt: đánh giá lại R ở các chuyển đạo trước ngực vì nó gợi ý NMCT, block nhánh T, bệnh cơ tim phì đại,.. (R không biến thiên từ V1-V6).

-ST chênh lên, 4-6w sau về đẳng điện. Nếu không SÂ tim kiểm tra phình vách thất

-ECG tâm phế mạn :

+rS ở V1-V6.

+Trục lệch P

+Sóng P phệ: Chuyển trục sóng P sang phải với sóng P nổi bật trong các đạo trình dưới và sóng P dẹt hoặc đảo ngược trong DI và aVL. (P ở DII,DIII $< aVF > 2.5\text{mm}$, P ở V1,V2 $> 1.5\text{mm}$).

TRẠI HÔ HẤP



VIÊM PHỔI

CHẨN ĐOÁN VIÊM PHỔI:

1/ TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN VIÊM PHỔI

2/ VP NÀY VPCĐ/BV/CSYT?

3/ MỨC ĐỘ NẶNG

4/ TÁC NHÂN: YTNC NHIỄM CÁC TÁC NHÂN ĐẶC BIỆT và CÁC TÁC NHÂN HAY GẶP TRÊN TỪNG LOẠI VP.

5/ BIẾN CHỨNG.

1/ TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN VIÊM PHỔI:

-Theo slide của thầy Thượng Vũ:

1/ Ho cấp.

2/ Một trong các triệu chứng: khó thở/ thở nhanh/ sốt / nhịp tim >100/ khám có ran nổ.

3/ Xquang: tổn thương mới hay tiến triển.

-Theo thầy Bảo:

1/ Lâm sàng:

+TCCN: tam chứng màng phổi: sốt cao lạnh run, ho khạc đàm mủ, đau ngực kiểu màng phổi)

+TCTT: hội chứng nhiễm trùng, hội chứng đông đặc + ran nổ khi khám phổi.

2/ CLS: Xquang: hình ảnh đám mờ, đông đặc nhu mô, CTM bạch cầu tăng, NEU ưu thế.

Lưu ý:

+Trường hợp âm tính giả: béo phì, KPT, bất thường cấu trúc phổi, vào BV giai đoạn quá sớm, mất dịch, giảm bạch cầu hạt nặng, BN SGMD nhiễm Pneumocystis Carinii.

+Trường hợp dương tính giả:

*Phù phổi trong suy tim ứ huyết, hẹp 2 lá.

*Nhồi máu phổi.

*HC nguy ngập hô hấp cấp ARDS.

*K phế quản hoặc K di căn phổi.

*Xếp phổi

*VP sau xạ trị.

*Viêm nhu mô phổi không do nhiễm trùng (viêm mạch máu phổi, viêm phế nang dị ứng, viêm mô kẽ miễn dịch).

*Tăng TB ái toan ở phổi.

*Viêm tiểu phế quản tắc nghẽn.

2/ PHÂN BIỆT CÁC DẠNG VP:

-VPCĐ (CAP): VP xuất hiện trên BN không NV hay sống trong viện dưỡng lão trong vòng 2 tuần trước khi xuất hiện triệu chứng VP.

-VPBV (HAP): VP sau nhập viện >48h gồm 2 nhóm: khởi phát sớm (trong vòng 5 ngày sau NV), khởi phát muộn (>5 ngày sau NV).

-VP thở máy: VP sau đặt nội khí quản thở máy >48h.

-Viêm phổi điển hình/ không điển hình: dựa vào TÁC NHÂN không dựa vào bệnh cảnh LS

+Điển hình: do *S.pneumoniae*, *H.influenzae*, *K.pneumoniae* + (LS giống thầy Bão).

+Không điển hình: do *M.pneumoniae*, *Chlamydia spp*, VR với LS không rõ ràng.

-VP không đáp ứng điều trị:

-Không đáp ứng sớm: <72h dùng KS +bệnh cảnh LS xấu đi khi có 1 trong các triệu chứng sau:

1/ Huyết động không ổn định: mạch nhanh, HA tụt, SIRS

2/ SHH xuất hiện hoặc nặng thêm.

3/ Cần phải thông khí cơ học.

4/ Tổn thương trên Xquang tiến triển.

5/ Ổ NT mới (màng não, màng phổi, khớp, máu).

-Không đáp ứng điều trị muộn: >72h dùng KS và 1 trong các triệu chứng sau:

1/ Sốt kèm triệu chứng hô hấp kéo dài

2/ Huyết động không ổn định.

3/ SHH xuất hiện hoặc nặng thêm.

3/ MỨC ĐỘ NẶNG:

VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG:

1/ TC CURB-65: lựa chọn nơi điều trị

1/ Confusion - lú lẫn, RL tri giác

2/ Ure huyết >7mmol/L.

3/ Respiratory rate: > 30l/ph.

4/ Blood pressure <90/60mmHg

5/ >65 tuổi.

*Nhóm 1 (0-1 điểm): ngoại trú.

*Nhóm 2 (2 điểm): nội trú hoặc ngoại trú có kiểm soát.

*Nhóm 3 (3-5 điểm): nội trú, ICU nếu 4-5 điểm.

Tiêu chí	Điểm
Đặc điểm dân số học	
Nam	Tuổi (tính bằng năm)
Nữ	Tuổi (tính bằng năm) – 10
Nằm ở nhà dưỡng lão / điều dưỡng	Tuổi (tính bằng năm) + 10
Bệnh đồng mắc	
Bệnh ung thư	+ 30
Bệnh gan	+ 20
Suy tim ứ huyết	+ 10
Bệnh mạch máu não	+ 10
Bệnh thận	+ 10
Triệu chứng thực thể	
Thay đổi tri giác	+ 20
Tần số thở ≥ 30 lần / phút	+ 20
Huyết áp tâm thu < 90 mmHg	+ 20
Thân nhiệt < 35°C hoặc $\geq 40^\circ\text{C}$	+ 15
Mạch ≥ 125 lần / phút	+ 10
Kết quả xét nghiệm	
pH < 7,35	+ 30
BUN > 10,7 mmol/L	+ 20
Na ⁺ máu < 130 mEq/L	+ 20
Đường máu > 13,9 mmol/L	+ 10
PaO ₂ < 60 mmHg hoặc SpO ₂ < 90%	+ 10
Tràn dịch màng phổi	+ 10

2/ Chỉ số PSI: tham khảo:

Phân nhóm PSI:

- I-II (<70đ): ngoại trú - nguy cơ tử vong 1%
- III (71-90đ): nội trú ngắn hạn, nguy cơ tử vong 3%
- IV (91-130đ): nội trú, nguy cơ tử vong 8-9%
- V (>130đ): ICU nguy cơ tử vong 30%.

3/ TC ATS:

TC CHÍNH	TC PHỤ
1/ Suy hô hấp cần thở máy. 2/ Sốc nhiễm trùng cần vận mạch	1/ Lú lẫn mất định hướng. 2/ Thở >30l/ph 3/ Nhiệt độ <36 ⁰ C. 4/ Hạ HA cần bù dịch tích cực 5/ PaO2/FiO2 <250 6/ Tổn thương đa thùy trên Xquang. 7/ Ure máu >7mmol/L. 8/ WBC <4000/mm ³ . 9/ PLT <100000/mm ³ .
NHẬP ICU KHI CỐ >=1 TC CHÍNH hoặc >=3 TC PHỤ	

VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN:

VPBV nặng khi: có đồng thời HC nhiễm trùng huyết + suy hô hấp + tiến triển nhanh trên Xquang (tăng >50% trong 48h), tổn thương nhiều thùy phổi, tạo hang.

4/ TÁC NHÂN: YTNC NHIỄM CÁC TÁC NHÂN ĐẶC BIỆT và CÁC TÁC NHÂN HAY GẶP TRÊN TỪNG LOẠI VP.

CHẨN ĐOÁN TÁC NHÂN: chắc chắn khi:

- 1/ Cấy máu (+).
- 2/ Cấy dịch, mủ phổi/màng phổi chọc hút (+).
- 3/ Hiện diện P.carinii hoặc M.tuberculosis trong đàm, dịch rửa PQ hay lấy qua nội soi PQ.
- 4/ Phân lập được Legionella pneumoniae.

5/ Hiệu giá kháng thể C.pneumoniae, L.pneumoniae lần 2 >4 lần so với lần đầu.

6/ Kháng nguyên S.pneumoniae (nước tiểu, máu) hoặc L.pneumoniae dương tính.

Khuyến cáo:

Nhóm		Xét nghiệm	Tác nhân:
VPCĐ	Ngoại trú	-Không cần XN -Nhuộm gram, cấy đàm khi BN có YTNS cao nhiễm VK đa kháng hoặc tác nhân không điển hình	- <i>Mycoplasma pneumoniae</i> - <i>Streptococcus pneumoniae</i> . - <i>Chlamydia pneumoniae</i> . - <i>Haemophilus pneumoniae</i> -VR hô hấp
	Nội trú	-Cấy máu 2 lần -Nhuộm gram và cấy 1 mẫu đạt chuẩn. -KN nước tiểu chẩn đoán L.pneumoniae. -Nhuộm Ziehl -Neelsen khi nghi ngờ lao. -Soi cấy đàm tìm nấm: nghi ngờ. -Thực hiện các xét nghiệm liên quan nếu nghi ngờ.	- <i>Streptococcus pneumoniae</i> . - <i>Mycoplasma pneumoniae</i> - <i>Chlamydia pneumoniae</i> . - <i>Haemophilus pneumoniae</i> -NT phối hợp -VK gram (-) đường ruột. -VK kỵ khí (VP hit). -VR hô hấp
	ICU	-Nhuộm gram và cấy 1 mẫu đạt chuẩn, dịch hút rửa PQ hoặc bệnh phẩm lấy qua chải PQ, nội soi PQ hoặc dịch rửa PQ -Các XN làm như nội trú	- <i>Streptococcus pneumoniae</i> . -VK gram (-) đường ruột. - <i>Staphylococcus aureus</i> - <i>Legionella spp</i> - <i>Mycoplasma pneumoniae</i> - <i>Pseudomonas aeruginosa</i> -VR hô hấp
VPBV	Thường quy	-Cấy máu 2 lần. -Nhuộm gram và cấy 1 mẫu đạt chuẩn, dịch hút rửa PQ hoặc bệnh phẩm lấy qua chải PQ,	<u>VPBV KHỞI PHÁT SỚM:</u> - <i>Streptococcus pneumoniae</i> .

		nội soi PQ hoặc dịch rửa PQ -KN nước tiểu chẩn đoán L.pneumoniae.	- <i>H.influenzae</i> -VK kỵ khí <u>VPBV KHỎI PHÁT MUỘN:</u>
	BN có YTNC	-Cấy và nhuộm gram mẫu đàm khi BN có các YTNC: +Nhập ICU. +Thất bại điều trị KS ngoại trú. +X quang có hang. +Giảm BC hạt. +Nghiện rượu. +Bệnh gan mạn nặng. +Bệnh phổi cấu trúc (lao, dẫn PQ), bệnh phổi tắc nghẽn (COPD, hen QP). +Cắt lách +Vừa đi du lịch trong vòng 2 tuần. +KN L.pneumoniae nước tiểu hoặc máu (+). +TDMP	<u>VPBV KHỎI PHÁT MUỘN:</u> -Tụ cầu kháng methicillin (MRSA). -VK gram (-) đường ruột. - <i>P.aeruginosa</i> . - <i>Acinetobacter baumannii</i> <u>YTNC của VPBV:</u> 1/ Dùng KS kéo dài trong vòng 90 ngày 2/ Già >65t. 3/ Bệnh đồng mắc nặng. 4/ SGMD. 5/ Vùng dịch tễ tác nhân gây viêm hầu họng độc lực cao. 6/ Tình trạng tăng nguy cơ hít sặc và ức chế phản xạ ho: PT ngực-bụng, nội khí quản, sonde mũi dạ dày, nằm ngửa.
VP CSYT		-Thường gặp nhất là <i>Staphylococcus.aureus</i> và <i>P.aeruginosa</i> -Các tác nhân khác tương tự VPBV	

TÁC NHÂN TRÊN CƠ ĐỊA ĐẶC BIỆT:

CƠ ĐỊA	TÁC NHÂN
Nghiện rượu	<i>S.pneumoniae</i> , VK kỵ khí miệng, <i>K.pneumoniae</i> , <i>Acinetobacter spp</i>
COPD/Hút thuốc lá	<i>H.influenzae</i> , <i>P.aeruginosa</i> , <i>Legionella</i> sp, <i>S.pneumoniae</i> , <i>C.pneumoniae</i>
Hít	VK gram (-) đường ruột, VK kỵ khí miệng.
Áp xe phổi	CA-MRSA, VK kỵ khí miệng, nấm,

	Mycobacteria không điển hình
Tiếp xúc nước dãi của dơi, chim	Histoplasma capsulatum
Tắc nội phế quản	VK kỵ khí, S.pneumoniae, S.pneumoniae, Staphylococcus aureus
Bệnh phổi cấu trúc (dẫn PQ)	P.aegirunosae, Staphylococcus aureus

5/ BIẾN CHỨNG:

TẠI PHỔI	Suy hô hấp cấp	Khó thở, xanh tím, nhịp tim >100l/ph, thở co kéo, lơ mơ, SpO2 <90%
	Abcess phổi	-HC nhiễm trùng-nhiễm độc (sụt cân, thiếu máu), YTNC (xơ gan, ĐTĐ, VP hít), ho đàm mủ, vẩy máu, mùi hôi. -Xquang: hình ảnh mực nước hơi +/- hủy nhu mô phổi.
	Tràn mủ MP	-HC 3 giảm: gõ đục, RT giảm, RRPN giảm -Không loại trừ => Xquang phổi nghiêng.
	Tràn khí MP	-HC tràn khí MP: RT mất + gõ vang + RRPN mất
HỆ THỐNG	Viêm NTMNT	-Thường trên nền bệnh lý van tim trước đó (van 2 lá, van ĐMC). -XH da niêm, lách to, tiểu máu, nốt Osler (đầu ngón tay, đỏ, đau, cỡ hạt đậu), sang thương Janeway (mảng đỏ ở lòng bàn tay-chân, không đau). -YTNC: chích ma túy
	Viêm màng não mủ	-Cổ gượng, sốt cao, nôn vọt -Dấu TK định vị
	Suy thận cấp trước thận	-Tiểu ít <0.5ml/kg/6h -Dấu mất nước trên LS: véo da mất chậm, đồng tử lõm, mạch nhanh, HA tụt.
	NT huyết	-SIRS + ổ NT -SIRS khi có 2/4 tiêu chuẩn

		1/ Mạch >90l/ph 2/ Thân nhiệt >38 hoặc <36 3/ Thở >20l/ph hoặc PaCO ₂ <32mmHg. 4/ BC >12000 hoặc <4000/mm ³
--	--	--

6/ ĐIỀU TRỊ:

HỒI SỨC CẤP CỨU: A-B-C

Chỉ định đặt NKQ:

- Tắc nghẽn đường thở cấp tính do chấn thương, dị vật, bông đường hô hấp trên, nhiễm trùng, phù mạch, phù nề hay co thắt thanh quản, u thanh quản
- Mất các phản xạ bảo vệ đường thở do bệnh nhân rối loạn tri giác do chấn thương đầu, quá liều thuốc, tai biến mạch máu não hay nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương
- Suy hô hấp giảm oxy máu, tăng CO₂
- Ngừng hô hấp tuần hoàn
- Bệnh nhân chấn thương đầu, nên đặt nội khí quản ngay khi có 1 trong các tiêu chuẩn sau:

- o $GCS \leq 8$
- o Mất các phản xạ bảo vệ đường thở
- o Suy hô hấp
- o Tăng thông khí tự phát
- o Loạn nhịp thở như ngưng thở

Chỉ định đặt nội khí quản không phải làm ngay nhưng có thể cần thiết trước khi di chuyển bệnh nhân:

- Suy giảm mức độ ý thức đáng kể
- Gãy xương hàm cả 2 bên
- Chảy máu nhiều vào miệng hay khoang họng
- Co giật cơn lớn.

Chỉ định nhập ICU: TC theo ATS

Chỉ định thở Oxy

Chỉ định thở máy xâm lấn:

- +Thở BiPAP thất bại.
- +Giảm O₂ máu nặng: PaO₂/FiO₂ <200 hoặc toan hô hấp nặng pH <7.25 và PaCO₂ >60mmHg.
- +Thở >35l/ph.
- +RL tri giác, ngưng thở, tụt HA, choáng, NTH, TDMP lượng nhiều.

ĐIỀU TRỊ NGUYÊN NHÂN: KS

ĐIỀU TRỊ HỖ TRỢ-NÂNG ĐỖ:

-Nghỉ ngơi

-Giảm ho nếu ho khan nhiều.

-VLTL: tăng tiết PQ, RL phản xạ ho, đặt NKQ.

-Phòng ngừa thuyên tắc phổi.

-Thở máy sớm khi có suy hô hấp cấp xuất hiện.

ĐIỀU TRỊ KHÁNG SINH CỤ THỂ

VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG:

NGUYÊN TẮC:

-Khởi động sớm trong vòng 8h đầu

-Dùng đúng và đủ liều.

-Không thay đổi KS trong vòng 72h đầu, trừ các bằng chứng vi sinh hoặc LS xấu đi.

-Chuyển sang uống khi: giảm ho, giảm khó thở, hết sốt 2 lần cách nhau 8h và BN uống được

-Xuất viện khi LS ổn và BN uống được.

Ngoại trú	Nhẹ: không bệnh đồng mắc, không dùng KS trong vòng 3 tháng	Macrolide -Azithromycin 500mg 1 viên uống
	Có bệnh đồng mắc, dùng KS trong vòng 3 tháng nay	Fluroquinolone hô hấp hoặc Betalactam -Levofloxacin 500mg 1,5 viên x2 uống hoặc -Augmentin (Amox/A.Clavu): 1g x2 viên (uống).
	Trung vùng dịch tễ phế cầu kháng Macrolide >25%	Doxycycline: -Doxycycline 100mg 1 viên x2 uống
Nội trú		Fluroquinolone hô hấp + Betalactam -Levofloxacin 750mg/100ml 1 lọ TTM -Ceftriaxone 1g 1 lọ TTM
ICU	Mọi BN	Quinolone hô hấp + beta lactam -Levofloxacin 750mg/100ml 1 lọ TTM -Ceftriaxone 1g 2 lọ TTM

	Dị ứng PNC	Atreonam +quinolone hô hấp -Levofloxacin 750mg/100ml 1 lọ TTM -Atreonam 1g pha với 100ml NaCl 0.9% TTM
	Nghi ngờ P.aegirunosae	Quinolone hô hấp chống Pseudomonas/phế cầu + beta lactam chống Pseudomonas/phế cầu: -Levofloxacin 750mg/100ml 1 lọ TTM -Imipenem 0.5g: 1 lọ + 100ml NaCl 0.9% x4 lần/ngày
	Không loại trừ MRSA: tụ cầu kháng methicillin	Thêm Vancomycin -Vancomycin 1g/100ml pha với NaCl 0.9% x2 TTM
	Không loại trừ MSSA: tụ cầu nhạy methicillin	Thêm Clindamycin: -Clindamycin 600mg: 1 lọ + 100ml NaCl 0.9% x3 lần/ngày TTM

TÓM LẠI:

NỘI TRÚ	KHOA	Không YTNC	<u>2 lựa chọn:</u> 1/ Betalactam +Macrolide 2/Fluroquinolon hô hấp
		Có YTNC nhiễm pseudomonas	Imepenem/Ceftazidime +Quinolon hô hấp
		Có YTNC nhiễm tụ cầu	Thêm Vancomycin
	ICU	Betalactam +quinolon hô hấp	
		-YTNC mạnh mẽ nhất của nhiễm pseudomonas/tụ cầu là cấy/phân lập được trước đây -YTNC gợi ý: 1/ Dùng KS kéo dài trong vòng 90 ngày 2/ Già >65t. 3/ Bệnh đồng mắc nặng. 4/ SGMD. 5/ Vùng dịch tễ tác nhân gây viêm hầu họng độc lực	

		cao. 6/ Tình trạng tăng nguy cơ hti1 sắc và ức chế phản xạ ho: PT ngực-bụng, nội khí quản, sonde mũi dạ dày, nằm ngửa.
--	--	---

VIÊM PHỔI BV:

Khởi phát sớm / Không YTNC nhiễm VK đa kháng	
Không YTNC nhiễm phế cầu kháng PNC	-Levofloxacin 750mg/100ml 1 lọ TTM Hoặc Ceftriaxone 1g 1 lọ x2 TTM
Có YTNC nhiễm phế cầu kháng PNC	-Levofloxacin 750mg/100ml 1 lọ TTM
Khởi phát muộn/ Có YTNC nhiễm VK đa kháng	
Nguy cơ nhiễm K.pneumoniae tiết ESBL hoặc Acinetobacter baumannii	Carbapenem + Levofloxacin: -Meropenem 1g: 1 lọ + 100ml NaCl 0.9% x3/ngày TTM -Levofloxacin 750mg/100ml 1 lọ TTM
Nguy cơ nhiễm MRSA	Betalactam chống Pseudomonas/Carbapenem +Vancomycin/Linezolid +Ciprofloxacin x3 cách 8h/Levofloxacin 750mg/ngày 1/ Meropenem 1g: 1 lọ +100ml NaCl 0.9% x3/ngày TTM 2/ Vancomycin 1g/100ml pha với NaCl 0.9% x2 TTM. 3/ Levofloxacin 750mg/100ml 1 lọ TTM

Nguy cơ nhiễm Legionella	Betalactam Pseudomonas/Carbapenem +Vancomycin/Linezolid +Ciprofloxacin x3 cách 8h/Levofloxacin 750mg/ngày 1/ Meropenem 1g: 1 lọ + 100ml NaCl 0.9% x3/ngày TTM 2/ Vancomycin 1g/100ml pha với NaCl 0.9% x2 TTM. 3/ Levofloxacin 750mg/100ml 1 lọ TTM
--------------------------	---

CHỌN KHÁNG SINH THEO TÁC NHÂN:

TÁC NHÂN	KHÁNG SINH
Streptococcus pneumoniae	-Betalactam -Macrolide -Fluroquinolon hô hấp -Phối hợp betalactam +macrolide
H.influenzae	-Macrolide. Fluroquinolon
Staphylococcus	-MSSA: Cephalosporin thế hệ 1 -MRSA: Vancomycin + Clindamycin
K.pneumoniae	-Betalactam thêm ức chế betalactamase + Carbapenem
P.aeruginosa	-Aminoglycoside (gentamycin) + Carbapenem
Acinetobacter baumannii	Carbapenem/ sulbactam/ Colistin
Kỵ khí	-Betalactam thêm ức chế betalactamase (augmentin)

SAU XUẤT VIỆN: tiêm ngừa cúm/phế cầu.

-Tiêm ngừa phế cầu:

+BN >=65 tuổi.

+2-64 tuổi: kèm theo bệnh HC hình liềm, cắt lách, SGMD (HIV, ung thư máu, bệnh thận mạn, ghép tạng, dùng thuốc UCMD). Hoặc kèm bệnh mạn tính (suy tim, xơ gan, ĐTĐ, COPD,..)

-Tiêm ngừa cúm:

+>=50t

+Sống tại viện dưỡng lão.

+Bệnh tim phổi mạn tính (gồm cả hen).

+ĐTĐ, suy thận, bệnh Hb.

+SGMD

+Người từ 6 tháng-18 tuổi dùng aspirin kéo dài.

+PN có thai đang ở TCN 2-3 và đang trong mùa cúm.

+NVYT, người chăm sóc trực tiếp BN.

COPD

CHẨN ĐOÁN ĐỢT CẤP COPD

1/ ĐỢT CẤP COPD

2/ MỨC ĐỘ

3/ YTTĐ

4/ BIẾN CHỨNG

5/ COPD NHÓM NÀO

6/ BỆNH ĐỒNG MẮC COPD

1/ CHẨN ĐOÁN ĐỢT CẤP COPD:

CHẨN ĐOÁN COPD:

Lâm sàng: khó thở, khô khè, ho mạn tính, có đờm + phơi nhiễm YTNC lâu dài (hút thuốc lá, nghề nghiệp tiếp xúc khói độc, hóa chất bay hơi, ô nhiễm môi trường).

-CLS: hô hấp ký, Xquang ngực

HÔ HẤP KÝ: xem bài phân tích CLS hô hấp ký. Trên hô hấp ký, COPD có FEV1/FVC <0.7 và không đáp ứng với test dẫn phế quản (thể tích tăng <200ml hoặc <12%)

XQUANG:

+KLS dẫn rộng, phổi tăng sáng do nền mạch máu bị hủy

+Bóng khí ở đỉnh và đáy phổi, với đường kính >1cm

+Vòm hoành hạ thấp, góc sườn hoành mở rộng.

+Khoảng sáng sau xương ức >4.5cm

ĐỢT CẤP COPD:

TC ATHONISEN: tăng khó thở + tăng lượng đàm + đàm đổi màu.

2/ MỨC ĐỘ:

Mức độ	Tam chứng	CN phổi	+Tuổi >65 +>=4 đợt kịch phát +Có bệnh đồng mắc	Tác nhân
Nhẹ	1/3	Bình thường	Không	Siêu vi
TB	2/3	FEV1 >50% dự đoán	Không	-H.influezae -M.catarrhalis -S.Pneumoniae -Siêu vi
Nặng	3/3	FEV1<50% dự đoán	Ít nhất 1	-Tất cả nguyên nhân của TB -Pseudomonas -Gram (-) -VK tiết beta lactamase

3/ YTTĐ:

-Hút thuốc lá

-Nhiễm trùng hô hấp dưới:

+Viêm phổi

+Viêm phế quản cấp: thường do VR

+Lao phổi:

-Tiếp xúc hóa chất bay hơi

- Không tuân thủ điều trị:

- Cảm xúc : lo lắng hồi hộp, xúc động mạnh trước đó

- Hoạt động gắng sức

- Yếu tố khí hậu
- Ô nhiễm môi trường

4/ BIẾN CHỨNG:

Cấp

+TKMP: LS có HC tràn khí, BN được chọc khí dẫn lưu để giảm khó thở.

+Suy hô hấp cấp : Khó thở, xanh tím, nhịp tim $>100l/ph$, thở co kéo, lơ mơ, $SpO_2 <90\%$

+Xẹp phổi : HC 3 giảm, khí quản lệch hoặc không.

Mạn:

+Suy hô hấp mạn:

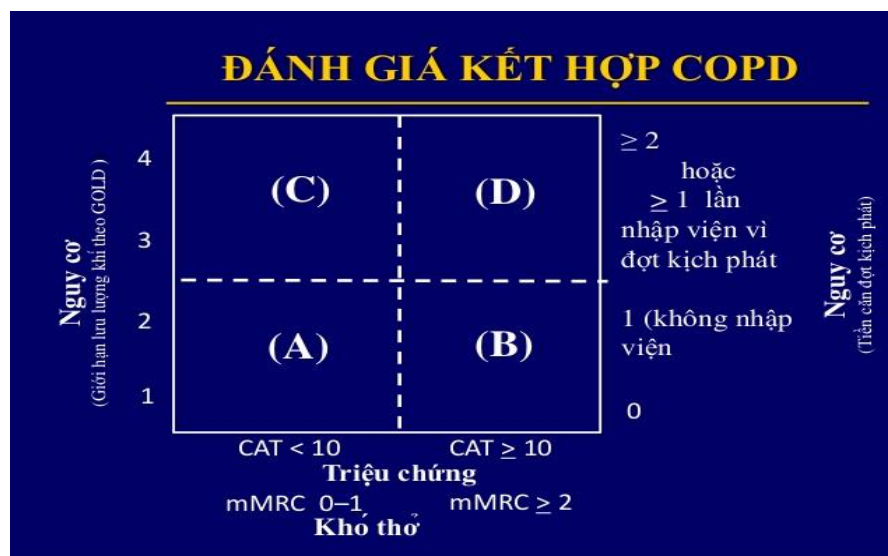
*Tím tái, không lơ mơ, ngủ gà, mức độ khó thở tăng dần.

*KMĐM giảm PaO_2 , tăng $PaCO_2$

+Tâm phế mạn: phù ngoại vi, dấu Harzder (-), TMC nổi (-), gan không sờ chạm, không T3, T4 thất phải

+Đa hồng cầu : nhức đầu, hoa mắt, chóng mặt, giảm tầm nhìn, lòng bàn tay đỏ, mặt-dái tai đỏ bừng.

5/NHÓM



cách nhớ mMRC:

+ 0 : gắng sức

+ 1: đi vội trên đường bằng, lên dốc nhẹ

+ 2: cùng tuổi: chậm hơn/ ngưng lại để thở

+ 3: 100m, vài phút--> thở

+4: k mặc quần áo, ra khỏi nhà

6/ BỆNH ĐỒNG MẮC:

o Tim mạch:

+ TMCT, NMCT

+ THA

+ Suy tim sung huyết

+ RLN, HUYẾT KHỐI

o Hô hấp:

+ Viêm phổi:

+ K phổi, K phế quản:

+ Thuyên tắc phổi

+ Tăng áp phổi

o Tiêu hóa: GERD(trào ngược dạ dày thực quản) , viêm loét dạ dày, HC đại tràng chức năng

O Thận: bệnh thận mạn

o Thần kinh: lo âu, trầm cảm

o Chuyển hóa: ĐTĐ, loãng xương, béo phì, tăng lipid máu

ĐIỀU TRỊ

1/ ĐỢT_CẤP

NGUYÊN TẮC:

-Nhẹ: dùng dẫn phế quản tác dụng nhanh (SABA, SAMA).

-Trung bình: SABA/SAMA+ ICS (uống)+/- kháng sinh.

-Nặng: điều trị tích cực: SABA/SAMA+ ICS+ kháng sinh

CỤ THỂ

Mức độ	Điều trị
Nhẹ	SABA/ SAMA -Combivent 2.5ml 1 ống x3 (PKD) cách 20ph
TB	SABA/SAMA+ ICS (uống)+/- kháng sinh. -Combivent 2.5ml 1 ống x3 (PKD) cách 20ph -ICS: Prednisolon 40mg/ngày x5 ngày Chỉ định KS khi: đàm đổi màu, thở máy/thông khí hỗ trợ -Ceftriaxone 1g/1 lọ x2 TTM

Nặng	<p>-Nhập viện, hoặc ICU khi:</p> <ul style="list-style-type: none"> +SHH giảm O2 hoặc tăng CO2. +Cần thông khí hỗ trợ +Có bệnh kèm theo: suy tim, RLN, suy gan, thận +Không cải thiện sau cấp cứu <p>-Oxygen, SpO2 88-92% : thở O2 có kiểm soát, từ thấp đến cao, theo dõi SpO2</p> <p>*Chỉ định thở BiPAP: có SHH cấp mà không cần đặt NKQ ngay.</p> <ul style="list-style-type: none"> +KT nặng +Thở >30l/ph. +Co kéo cơ hô hấp phụ. +PaO2 <60 mmHg hoặc SpO2 <90% với thở Oxy qua mặt nạ hoặc +PaCO2 >50mmHg và pH <7.35 <p>*Chỉ định thở máy xâm lấn:</p> <ul style="list-style-type: none"> +Thở BiPAP thất bại. +Giảm O2 máu nặng: PaO2/FiO2 <200 hoặc toan hô hấp nặng pH <7.25 và PaCO2 >60mmHg. +Thở >35l/ph. +RL tri giác, ngưng thở, tụt HA, choáng, NTH, TDMP lượng nhiều. <p>SABA/SAMA +ICS toàn thân +KS</p> <p>-Combivent 2.5ml 1 ống x3 (PKD) cách 20ph</p> <p>-ICS: Prednisolon 40mg/ngày x5 ngày</p> <p>-Levofloxacin 750mg/100ml TTM</p> <p>Kháng đông dự phòng:</p>
<p>Khi BN ổn, có thể bổ sung điều trị không dùng thuốc:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Hướng dẫn BN dùng thuốc đúng cách. -Bỏ HTL. -Tiêm vaccin ngừa cúm, phế cầu. -Rửa tay thường xuyên, hạn chế tiếp xúc người bị NT hô hấp. -Tránh ứ đọng nhớt: ho hiệu quả, uống nhiều nước. 	

2/ NGOÀI ĐỢT CẤP:

KHÔNG DÙNG THUỐC = GDSK

- Bỏ hút thuốc lá
- Giảm tiếp xúc YTNC
- Tập PHCN hô hấp: khi vừa vào đợt cấp.
- Vận động thể lực phù hợp mức độ khó thở.
- Tiêm vaccin cúm, phế cầu.

DÙNG THUỐC

ĐỒNG VẬN BETA	SABA	Fenoterol/Albuterol/Levabuterol/Terbutaline
	LABA	Formoterol/Salmeterol/Indacaterol/Olodaterol
KHÁNG CHOLINERGIC	SAMA	Ipratropium/Oxytropium
	LAMA	Tiotropium/Glycopyrronium/Aclidinium/Umeclidinium
ICS	1/ Ventolin (Salbutamol) (2.5ml) 2/ Pulmicort (Budesonide) 3/ Flixotide (Fluticasone)	
KẾT HỢP SABA+SAMA	1/Combivent : Ipratropium + Salbutamol (ống 2.5ml) 2/Berodual: Fenoterol + Ipratropium	
KẾT HỢP LABA+LAMA	1/Ultibro: Indacaterol +Glycopyrronium 2/Spiolto: Tiotropium +Oldaterol	
KẾT HỢP KHÁC:	1/ Seretide: Salmeterol + Fluticasone 2/ Symbicort: Budesonide + Formoterol	

Nhóm	Đầu tay	Thay thế
A	SABA or SAMA khi cần	-SABA+SAMA -LAMA or LABA
B	LABA or LAMA, nếu không giảm, chơi cả hai	LABA+LAMA
C	-LAMA là ban đầu.	LABA+LAMA

	- Vẫn còn => LAMA+LABA là đầu tay do ICS tăng nguy cơ VP	
D	LABA+LAMA, khi cần thêm ICS nếu không kiểm soát -Macrolide nếu có hút thuốc lá (Azithromycin) -Xem xét Roflumilast cho BN có FEV1 <50% và có VPQ mãn	LABA+LAMA+ICS
Thở Oxy	-Dài hạn 18h/ngày -Giúp cải thiện tiên lượng sống trên BN SHH mạn: +SaO2 <=88% hoặc PaO2 <=55mmHg +SaO2 >88% hoặc PaO2>55% MÀ CÓ tăng áp ĐMP, phù ngoại vi, tâm phế mạn, đa hồng cầu -Thông khí không xâm lấn	
PT-Stent	Tham khảo	

Ghi chú:

- Trung tâm điều trị là dẫn PQ
- Nếu ICS gây VP nhiều lần : cắt ICS
- Không điều trị COR đơn thuần (hít, uống) mà phải phối hợp thuốc.
- Cắt ICS mà Eosinophil tăng cao => tăng nguy cơ vào đợt cấp.
- Theophylline:
 - +Có thể dùng thay thế cho các thuốc trên, ưu tiên liều thấp
 - +Cải thiện FEV1, tăng O2 và giảm CO2.
 - +Độc tính: buồn nôn, nôn, RL nhịp, co giật.

-Td phụ của các thuốc

Dẫn phế quản	Đồng vận beta	-Tim nhanh, loạn nhịp -Run tay -Giảm K máu -Giảm nhẹ PaO2
-----------------	---------------	--

	Anticholinergic	-Khô miệng. -Tăng nhãn áp khi thuốc rơi vào mắt -Tiêu khó
ICS		-Viêm phổi -Nấm miệng -ĐTĐ -Đục thủy tinh thể -Loãng xương -Suy thượng thận: RL tiêu hóa, RL tri giác, mạch nhanh,, HA tụt (ngưng COR đột ngột).

TỔNG QUAN VỀ ACOS:

CHẨN ĐOÁN:

-YTNC:

- +Cơ địa dị ứng
- +Hút thuốc lá.
- +Hen nặng từ nhỏ xúu

-TRIỆU CHỨNG:

- +Ho đàm, khò khè nhiều.
- +Khó thở, giảm mức độ gắng sức.
- +Giảm giới hạn hoạt động thể lực
- +Sử dụng cắt cơn thường xuyên.
- +Thường xuyên vào đợt cấp dù đã điều trị chuẩn.

TC CHÍNH:

- Chẩn đoán hen và COPD trên cùng 1 BN
- >40 tuổi.
- Cơ địa dị ứng
- Hút thuốc >10 gói.năm.
- FEV1/FVC sau thuốc <0.7 và FEV1 >80%

ĐIỀU TRỊ:

	Hen nặng hơn	ACOS	COPD nặng hơn
Thuốc	ICS ICS/LABA	ICS+/-LABA+/-LA MA	LAMA +/-LABA
Không thuốc		PHCN Cai thuốc lá	PHCN Cai thuốc lá

HEN

CHẨN ĐOÁN HEN:

1/ ĐỢT CẤP HEN PHẾ QUẢN.

2/ MỨC ĐỘ ĐỢT CẤP

3/ YTTĐ

4/ BIẾN CHỨNG

5/ MỨC ĐỘ KIỂM SOÁT HEN

6/ BỆNH ĐỒNG MẮC:

1/ĐỢT CẤP HEN PQ:

CHẨN ĐOÁN HEN: LS+ HÔ HẤP KỶ

LÂM SÀNG	HÔ HẤP KỶ
<p>Tiền căn:</p> <p>-Bản thân và gia đình.</p> <p>-Có dị ứng nguyên rõ (phấn hoa, bụi gỗ,..) hoặc bệnh lý dị ứng (viêm kết mạc dị ứng, viêm mũi dị ứng,..)</p>	<p>1/ Tắc nghẽn: FEV1/FVC<0.7</p> <p>2/ Thay đổi:</p> <p>-Đáp ứng với test dẫn phế quản : tăng >12% và >200ml</p> <p>-Thay đổi ngày đêm đáng kể >10%, trẻ em 15%</p> <p>-Tăng đáng kể sau dùng thuốc 4 tuần.</p>
<p>TCCN:</p> <p>-4 TC cần nhớ: ho khan/ khó thở/ khó khè/ nặng ngực.</p> <p>-Triệu chứng tăng lên khi nửa đêm về</p>	

sáng, vào mùa lạnh hoặc khi tiếp xúc dị ứng nguyên: siêu vi, gắng sức, xúc động, kích thích, khói thuốc lá,...	
TCTT: -Khò khè thay đổi -Tăng khi gắng sức	

CHẨN ĐOÁN CƠN HEN CẤP:

1/ BN đã được chẩn đoán hen trước đó

2/ Tiêu chí cường độ:

- Khó thở nặng hơn bình thường, khiến BN sợ hãi
- Khó thở nhiều, BN chỉ nói từng câu ngắn, từng chữ.

3/ Tiêu chí thời gian: triệu chứng vẫn kéo dài sau khi

- Dùng thuốc giảm triệu chứng liên tục 3 lần cách 20ph
- Dùng thuốc nhiều hơn 1 lần/4h

2/ MỨC ĐỘ ĐỢT CẤP

Độ nặng	I	II	III	IV
Khó thở	Khi đi lại	Khi nói	Khi nghỉ	
Tư thế	Nằm	Ngồi	Cúi ra trước	
Nói	Nguyên câu	Cụm từ	Từng từ	
Tri giác	+/-kích thích	Kích thích (+)	Kích thích (++)	Lơ mơ, hôn mê
Tần số thở	Tăng	Tăng	>30l/ph	
Kiểu thở co kéo	Không	Có	Có	Di chuyển ngực-bụng nghịch chiều
Thở rít	Vừa, thở ra	Lớn	Lớn	Không nghe

3/ YTTĐ:

- Nhiễm trùng hô hấp
- Dị ứng nguyên
- Chất ô nhiễm không khí (khói bụi, khói thuốc,...)

- Gắng sức, tăng thông khí
- Thay đổi thời tiết (quá lạnh hay quá nóng)
- Cảm xúc

4/ BIỆN CHỨNG:

- +TKMP: LS có HC tràn khí, BN được chọc khí dẫn lưu để giảm khó thở.
- +Suy hô hấp cấp : Khó thở, xanh tím, nhịp tim >100l/ph, thở co kéo, lơ mơ, SpO2 <90%
- +Xẹp phổi : HC 3 giảm, khí quản lệch hoặc không.

5/ MỨC ĐỘ KIỂM SOÁT HEN: đánh giá ngoài cơn hen.

TIÊU CHÍ	ĐÁNH GIÁ
1/ TC ban ngày <=2 lần/tuần	-4/4 tiêu chí: kiểm soát tốt
2/ Dùng thuốc <=2 lần/tuần	-2-3: kiểm soát 1 phần
3/ Không TC ban đêm	-0-1: không kiểm soát
4/ Không có giới hạn hoạt động	

6/ BỆNH ĐỒNG MẮC HEN:

- Viêm xoang, viêm mũi dị ứng.
- Béo phì
- OSA: ngưng thở khi ngủ
- GERD
- RL tâm thần: lo lắng, trầm cảm.

ĐIỀU TRỊ HEN

ĐỢT CẤP:

Các yếu tố làm tăng nguy cơ tử vong do hen:

- Từng bị cơn hen nặng phải đặt NKQ+ thở máy.
- Từng nhập viện/khám cấp cứu trong 1 năm nay
- Đang dùng vừa mới ngưng prednisone uống.
- Không dùng ICS thường xuyên
- Lệ thuốc vào đồng vận beta

- Không tuân thủ điều trị.
 - Có vấn đề tâm thần kinh, không thừa nhận cơn hen.
 - Điều trị cấp cứu cắt cơn thất bại
- => xem xét tăng độ nặng đợt cấp.

1. XỬ TRÍ TẠI NHÀ: coi chơi

- Can thiệp sớm, nhanh chóng đưa đến CSYT.

-4 thành tố:

+Tăng thuốc cắt cơn hàng ngày:

*Tăng số lần sử dụng, dùng buồng đệm.

*SABA hoặc ICS liều thấp

+Tăng thuốc kiểm soát hàng ngày

*Tăng liều COR hít đến 500-1600mcg/ngày trong 7-14 ngày

*Tăng liều COR hít 4 lần đến 2000mcgBDP/ngày

+Thêm COR uống

*Liều prednisone 1mg/kg tối đa 50mg/ngày trong 5-7 ngày: **adult**

*1-2mg/ngày tối đa 40mg/ngày trong 3-5 ngày: **child**

*Cho khi:

1/Không đáp ứng qua việc tăng thuốc cắt cơn và thuốc kiểm soát sau 2-3 ngày

2/ Diễn tiến xấu đi hoặc PEF/FEV1 <60%

3/ Bệnh sử có đợt kịch phát đột ngột.

*Không cần giảm liều nếu COR được dùng <14 ngày.

+Đi khám tại CSYT.

2. TẠI BV:

- Xem xét đặt NKQ
- Xử trí ban đầu: thở O2

-Thuốc cắt cơn:

+SABA: Salbutamol tép PKD 2.5ml

+SABA/SAMA: Combivent tép 2.5ml PKD

+Dẫn PQ+ cor hít: Symbicort

-Cách dùng SABA:

+Theo nhu cầu 4-10 nhát qua MID+buồng đệm.

+Lặp lại mỗi 20ph trong 1 giờ, nếu đáp ứng thì giảm liều:

*6-10 nhát mỗi 1-2h

*4-10 nhát mỗi 3-4h

-Oxy liệu pháp: chỉ định là giảm oxy máu, mục tiêu 90-95%, trẻ em 95-98%, cần thở lại CO2 vì nguy cơ kiềm hô hấp (COPD thì không)

-COR toàn thân:

+Chỉ định trong mọi trường hợp:

*Hen cấp TB trở lên

*SABA cải thiện triệu chứng ít, chậm

*Đợt cấp xảy ra khi đang dùng cor

*Tiền sử đợt cấp cần cor

+COR toàn thân nên cho sớm trong vòng 1h, uống nếu được

+5-7 ngày, 3-5 ngày đối với trẻ em.

-ICS:

+Khí dung:

*Fluticason 500mcg mỗi 15p

*Budesonide 600mcg mỗi 30ph

+Chai xịt và buồng đệm có van:

*Fluticasone 500mcg mỗi 10ph

*Budesonide 400mcg mỗi 30ph

+Tối thiểu 90ph

NGOÀI ĐỢT CẤP:

KHÔNG DÙNG THUỐC:

-Tránh tiếp xúc với thuốc lá

-Vận động thể lực

-Hen nghề nghiệp

-Tránh các thuốc làm xấu đi tình trạng hen: NSAID/chẹn beta

-Kỹ thuật thở đúng

DÙNG THUỐC

Chọn thuốc:

Bậc	Lựa chọn
I	SABA hoặc ICS liều thấp khi cần
II	ICS liều thấp đều đặn+SABA khi cần
III	Người lớn: ICS/LABA liều thấp duy trì +SABA khi cần
IV	Người lớn: ICS trung bình/LABA kèm SABA khi cần Trẻ 6-11 tuổi: chuyển CK
V	Chuyển chuyên khoa + trị liệu cộng thêm ICS trung bình-cao +LABA+...

-Khởi đầu điều trị sớm, ngay sau chẩn đoán:

+ICS hít nếu:

*TC >2 lần/tháng

*Thức giấc >1 lần/ tháng

*Có YTNC khởi phát đợt cấp.

+Khởi đầu bậc cao hơn hoặc lên bậc nếu:

*TC hen ảnh hưởng hoạt động thường ngày và hầu hết các ngày

*Thức giấc >1 lần/ tháng

*Có YTNC khởi phát đợt cấp.

-Sau khi khởi đầu điều trị

+Xem xét đáp ứng sau 3 tháng, tái khám mỗi tháng

+Điều chỉnh liều

+Xem xét xuống bậc nếu kiểm soát tốt trong 3 tháng.

TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI

CHẨN ĐOÁN TDMP:

1/ CÓ TDMP?

2/ LƯỢNG

3/ NGUYÊN NHÂN

4/ BIẾN CHỨNG:

1/ CHẨN ĐOÁN TDMP và LƯỢNG DỊCH

-TCCN:

+Đau ngực kiểu MP

+Ho khan: khi do VP, lao phổi, viêm phế quản kèm theo

+Khó thở: gợi ý TDMP lượng nhiều

+Triệu chứng của bệnh lý nguyên nhân

-TCTT:

+HC 3 giảm

+Lồng ngực có thể phồng lên, kém di động

-Xquang ngực:

Đặc điểm Xq	Không phát hiện	Mờ góc sườn hoành	Mờ đồng nhất, đường cong Damoiseau
Lượng dịch	<100ml	250-500ml	>500ml
Chỉ định chọc dịch MP khi: $V \geq 200\text{ml}$			

2/ NGUYÊN NHÂN

DỊCH THẨM	Nguyên nhân	Đặc điểm	CLS
	Suy tim P/toàn bộ	-Phù 2 chân, TMCN, gan to, phản hồi bụng căng (+)	SÂ tim
	Xơ gan	-HC suy TB gan +HC tăng áp cửa	Fibro scan
	HCTH	-Phù kiểu thận	TPTNT Đạm niệu 24h
	Suy dinh dưỡng: hỏi kỹ chế độ ăn		
DỊCH TIẾT	Nhiễm trùng	-Tùy bệnh cảnh LS của nguyên nhân. -Thường TDMP 1 bên	CTM, CRP
	K màng phổi		CT scan ngực
	Bệnh tạo keo:		Tùy nguyên nhân

	lupus, VKDT		
	Viêm tụy cấp và các nguyên nhân khác		
-Gợi ý dịch thẩm: TDMP 2 bên + Có bệnh căn nguyên gây phù toàn thân. -Tiêu chuẩn vàng nhận diện dịch tiết: LIGHT (đáp ứng ≥ 1 tiêu chuẩn): 1/ProDMP/Pro máu >0.5 2/LDH (DMP)/LDH (máu) >0.6 3/LDH $>200\text{mg}\%$			

3/ BIẾN CHỨNG:

Thường là suy hô hấp cấp: nếu TDMP hai bên, lượng nhiều

4/ PHÂN TÍCH XÉT NGHIỆM DMP:

Màu sắc	-Vàng nhạt, trắng trong: thẩm -Mủ: trắng đục, +mùi hôi (có VK yếm khí) -Trắng đục như sữa: do tắc mạch bạch do K, chấn thương -Hồng/đỏ: chấn thương, K -Tràn máu MP khi Hct DMP $>50\%$ Hct máu \Rightarrow dẫn lưu màng phổi
Sinh hóa	-Triglyceride $>110\text{ mg/dL}$ \Rightarrow TD dưỡng thấp -Tiêu chuẩn light -Glucose DMP: +Glucose $<60\text{mg/dl}$ hoặc <0.5 lần Glucose máu: gợi ý dịch tiết +Glucose DMP=Glucose máu: dịch thẩm -pH: +Thấm: 7.45-7.5 +Tiết: 7.3-7.45 + <7.3 và pH máu bình thường: tràn mủ MP, TD cận VP, K, lao

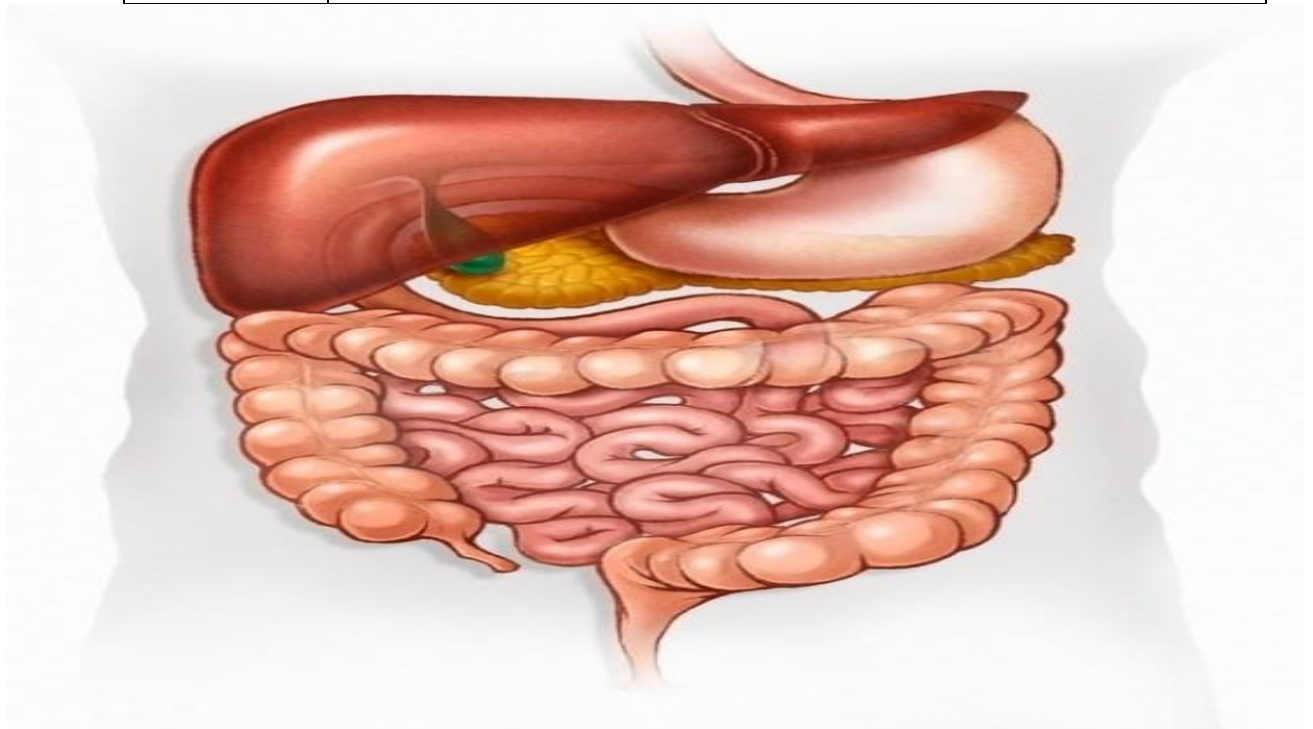
	<p>+pH<7.2: chỉ định dẫn lưu MP</p> <p>-ADA: >40UI/L nhanh cao, chẩn đoán lao MP, nếu có tăng TB lympho kèm theo =>95% chẩn đoán lao MP</p> <p>-Amylase tăng trong VTC</p> <p>-NTproBNP>1500pg/ml: suy tim</p>		
Tế bào	-Hồng cầu:	5K-100K: màu hồng	>100K: màu đỏ
	-Bạch cầu	Số lượng	Thành phần
		<1000: thấp >1000:tiết <5000: do lao, ung thư >10000: tiết do VK, viêm tụy cấp	-Lympho >85%: Lao, lymphoma -Lympho 50-70%: ung thư -NEU ưu thế >50%: Vp do VK, VTC, lao sớm -EOS >10%: TDMP cận VP, tràn máu MP
Vi trùng	<p>-Soi cấy VK</p> <p>-Nhuộm kháng cồn acid (Ziehl-Neelsen): tìm lao</p> <p>-Cấy nấm nếu nghi ngờ</p>		
Cell-block	-Tìm TB dị dạng trong ung thư		
3 nguyên nhân hay gặp	Đặc điểm DMP		
Suy tim	<p>-Pro <3g.dL, nếu dùng nhiều lợi tiểu, >3g/dL</p> <p>-alb máu-alb DMP>1,2d/dL</p> <p>-NTproBNP>1500 pg/mL</p>		
TDMP cận VP	<p>-Khu trú</p> <p>-pH<7.2</p> <p>-Glu <60mg/dL</p> <p>-Nhuộm gram, cấy (+)</p>		
Lao	<p>-ADA>40UI/L</p> <p>-Interferon .140pg/ml</p>		

TRÌNH BỆNH

Thầy Bảo-COPD	<p>-Thầy yêu cầu hoàn chỉnh tóm tắt BA, tóm tắt BA là đủ cho chẩn đoán, chẩn đoán phân biệt</p> <p>-Các nội dung cần nhớ:</p> <p>+KMĐM giúp phân biệt đợt cấp COPD do VP và Viêm phổi/COPD: trong VP/COPD (PaCO₂ giảm hoặc bình thường, PaO₂ giảm), còn trong đợt cấp COPD do VP (PaCO₂ tăng)</p> <p>+CLS: trình bày rõ lý do đề nghị CLS, mong đợi KQ ra sao và phân tích KQ CLS</p> <p>+Thay đổi ECG trong COPD:</p> <p><u>ECG do KPT</u></p> <p>1/ P trục chuyển P: P cao ở DII, DIII, aVF, dẹt hoặc đảo ở DI, aVL</p> <p>2/ Khử cực nhĩ quá mức: PR,ST chênh xuống</p> <p>3/ QRS biên độ thấp ở các CĐ trước ngực</p> <p>4/ Tim xoay trục cùng chiều kim đồng hồ -> chuyển đoạn trung gian chuyển trái +/- sóng S sâu ở V6</p> <p>5/ Sóng rS từ V1->V3 thậm chí đến V6.</p> <p><u>ECG do tâm phế:</u></p> <p>1/ Lớn thất P: trục phải, R/S>1 ở V1.R/S <1 ở V6.</p> <p>2/ Lớn nhĩ P: sóng P cao nhọn >2.5mm ở DII, DIII, aVF và >1.5mm ở V1,V2</p> <p>3/ Rung nhĩ, cuồng nhĩ, nhanh nhĩ kịch phát, nhanh nhĩ đa ổ</p> <p>-Điều trị đợt cấp COPD:</p> <p>+Thở mặt nạ khi thở O₂ 6 lít không đáp ứng, thở 8-10 lít có túi dự trữ khi thở >=8l/ph</p> <p>+BN đợt cấp COPD không cần thở lại CO₂ vì đây là cơ địa tăng CO₂ mạn</p> <p>+BN VP, hen có thể thở lại CO₂ nếu dùng O₂ liệu pháp liều cao, vì sẽ làm giảm nguy cơ kiềm hô hấp.</p> <p>+Ưu tiên dùng COR đường uống cho BN</p> <p>+Ở BN có tiền căn loét DD-TT, THA, ĐTĐ, XHTH do loét: lựa chọn PKD tại chỗ, 2mg x4 lần/ngày.</p>
Thầy Bảo-	Điều trị COPD:

Ôn thi	<p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ventolin 100mcg 2 nhát xịt khi khó thở hoặc -Berodual 20/50mcg 2 nhát x2-3 lần khi khó thở: TC nhiều lên, không đáp ứng Ventolin <p>B:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Onbrez 150-300mcg 1 viên hít sáng (Indacaterol) -Spiriva 2.5 mcg 2 viên hít sáng <p>C:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Spiriva 2.5 mcg 2 viên hít sáng. <p>D: LAMA hoặc LAMA+LABA hoặc LAMA+ICS</p> <ul style="list-style-type: none"> -Spiriva 2.5 mcg 2 viên hít sáng. <i>hoặc</i> -Ultibro 1 viên hít sáng / Spionto (5.5/2.5mcg) 2 viên hít sáng <i>hoặc</i> -Symbicort 160/4.5 hai lần/ngày, mỗi lần 2 nhát -Seretide 25/125mcg 2 lần/ngày, mỗi lần 2 nhát. <p>*ĐT hen:</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td><td> <ul style="list-style-type: none"> -ICS+LABA khi cần -Fixotide 125mcg 1 nhát x2 -Ventolin 100 mcg PKD </td></tr> <tr> <td>2</td><td>Fixotide 125mcg 2 nhát x2</td></tr> <tr> <td>3</td><td> <ul style="list-style-type: none"> -Seretide 25/50mcg 2 nhát xx2 -Symbicort 160/4.5 mcg 2 nhát x2 </td></tr> <tr> <td>4</td><td>Seretide 25/125 2 nhát x2, không đáp ứng thêm 1 LAMA</td></tr> <tr> <td>5</td><td>Seretide 25/125 2 nhát x2, không đáp ứng thêm 1 LAMA</td></tr> </table>	1	<ul style="list-style-type: none"> -ICS+LABA khi cần -Fixotide 125mcg 1 nhát x2 -Ventolin 100 mcg PKD 	2	Fixotide 125mcg 2 nhát x2	3	<ul style="list-style-type: none"> -Seretide 25/50mcg 2 nhát xx2 -Symbicort 160/4.5 mcg 2 nhát x2 	4	Seretide 25/125 2 nhát x2, không đáp ứng thêm 1 LAMA	5	Seretide 25/125 2 nhát x2, không đáp ứng thêm 1 LAMA
1	<ul style="list-style-type: none"> -ICS+LABA khi cần -Fixotide 125mcg 1 nhát x2 -Ventolin 100 mcg PKD 										
2	Fixotide 125mcg 2 nhát x2										
3	<ul style="list-style-type: none"> -Seretide 25/50mcg 2 nhát xx2 -Symbicort 160/4.5 mcg 2 nhát x2 										
4	Seretide 25/125 2 nhát x2, không đáp ứng thêm 1 LAMA										
5	Seretide 25/125 2 nhát x2, không đáp ứng thêm 1 LAMA										
Thầy Phúc-TDMP	<ul style="list-style-type: none"> -Xem bài TDMP -Chưa loại trừ K mp => CT scan ngực cản quang 										
Cô Hòa-	<ul style="list-style-type: none"> -Nên đưa hô hấp ký gần nhất của BN vào tiền căn -Chỉ chẩn đoán phân biệt hen với COPD khi BN nhập viện lần đầu tiên -Đo loãng xương khi BN dùng COR hoặc COPD >10 năm 										

	<p>-Xq chẩn đoán dẫn PQ đến 80%</p> <p>-Hình ảnh ứ khí PN trên Xq: vòm hoành dẹt, phế trường tăng sáng, KLS dẫn</p> <p>-NTHH chiếm 80% nguyên nhân đợt cấp và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu.</p> <p>-Loãng xương trong COPD do hút thuốc, thiếu vitD, giảm BMI, kém vận động, dùng COR, giảm hấp thu chuyển hóa Ca. Đo mật độ xương bằng máy DEXA, T-score <-2.5 chẩn đoán loãng xương, Tscore <-1 là mềm xương.</p> <p>-ICS liều cao kéo dài : fluticasone >100mcg.ngày, budesonide >800mcg, beclotmethason >1000mcg => tăng nguy cơ.</p> <p>-Ở BN COPD vào đợt cấp do VP, sợ hai tác nhân là Pseudomonas, Staphylococcus => dùng thêm Imepenem +Vancomycin.</p>
--	--



TRẠI TIÊU HÓA

XƠ GAN

CHẨN ĐOÁN XƠ GAN

1/ CÓ XƠ GAN

2/ CÒN BÙ HAY MẤT BÙ

3/ NGUYÊN NHÂN GÂY XƠ GAN

4/ PHÂN ĐỘ CHILD-TURCOTTE-PUGH

5/ ĐIỀU TRỊ

1/ CHẨN ĐOÁN XƠ GAN:

Hội chứng suy TB gan

-TCCN: mệt mỏi, chóng mặt, nhức đầu, biếng ăn, sụt cân, tiêu chảy, da vàng, sốt.

-TCTT: gầy, teo cơ, vàng da, niêm nhạt, lòng bàn tay son, sao mạch, nữ hóa tuyến vú, XH dưới da

-TC nặng cấp cứu: bệnh não gan, vàng da sậm, sốt cao $>40^{\circ}\text{C}$, gan teo

Hội chứng tăng áp lực TM cửa:

-Báng bụng, THBH, lách to

Tiêu chẩn vàng: sinh thiết gan

-Nốt tân sinh

-Xơ hóa nhu mô gan

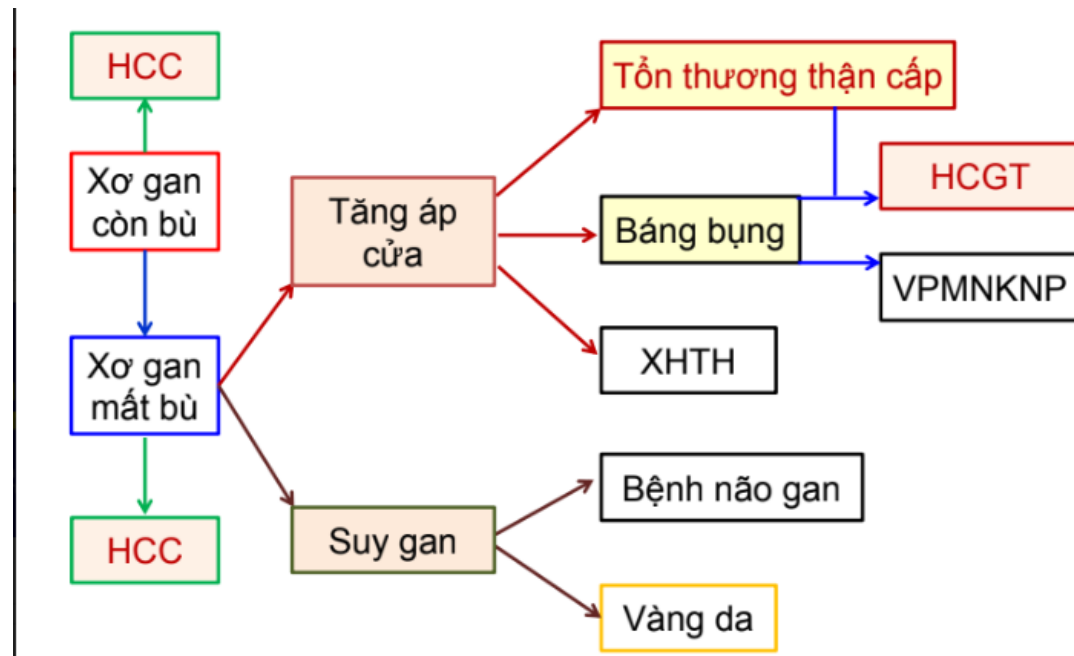
-Cấu trúc bất thường

-TB gan bất thường: tinh thể hóa, loạn sản, tăng sản

Hiện nay rất phổ biến là fibroscan:

- F0: không xơ hóa.
- F1: xơ hóa nhẹ (mild).
- F2: Xơ hóa có ý nghĩa (vùng xám: grey area): xơ lan tỏa đến các vùng gan quanh mạch máu.
- F3: xơ hóa nặng (severe): xơ trải rộng và có sự nối các vùng gan bị xơ vớ nhau.
- F4: xơ gan (cirrhosis) hoặc xơ hóa gan tiến triển (advance liver fibrosis).

2/ CÒN BÙ HAY MẤT BÙ:



3/ PHÂN ĐỘ CHILD-TURCOTTE-PUGH:

TIÊU CHÍ	1	2	3
Bệnh não gan	không	Độ 1-2	Độ 3-4
Báng bụng	không	ít	TB-nhiều
Bilirubin máu	<2mg.dL	2-3	>3
Albumin máu	>3.5g.dL	2.8-3.5	<2.8
TQ kéo dài	<4s	4-6s	>6s
Hoặc INR	<1.7	1.7-2.2	>2.2
Xơ gan ứ mật	Bili <4	4-10	>10
KẾT LUẬN	A: <7đ	B: 7-9đ	C: >10-15đ
Tiên lượng sống 2 năm	85%	57%	35%

Tiền lượng sống 1 năm	100%	81%	45%
------------------------------	------	-----	-----

4/ NGUYÊN NHÂN:

Nguyên nhân	Đặc điểm
Siêu vi B,C	Tiền căn VG mạn do virus B, C
Rượu	Uống rượu > 10 năm Nam >21 đv cồn/ tuần Nữ >14 đv cồn/tuần
Ứ mật	-Vàng da 2-3 tháng/ 1-2 năm -XG ứ mật nguyên phát/thứ phát -Viêm đường mật xơ hóa
Chuyển hóa	-Nhiễm Fe, Cu (vòng Kayser-Fleicher) -Thiếu alpha1-antitrypsin: di truyền, tiền căn gia đình, BN có COPD kèm theo).
Mạch máu	-Xơ gan tim. -Viêm màng ngoài tim co thắt -HC Budd-Chiari: đau bụng, báng bụng, gan to
RL miễn dịch	-Viêm gan tự miễn
Suy dinh dưỡng	-Chế độ ăn
Nhiễm trùng	-Sán máng: BN ở miền Trung, thói quen ăn uống, đau -sốt- vàng da -Giang mai

5/ ĐIỀU TRỊ

Mục tiêu:

-Ngăn chặn YTNC: nền tảng

-Làm chậm quá trình mất bù, chậm tiến triển xơ gan:

- +Cải thiện trục gan-ruột => giảm bất thường vi khuẩn và chuyển vị VK
- +Cải thiện chức năng tuần hoàn: albumin
- +Giảm viêm: statin

+Giảm tình trạng tăng áp cửa: chẹn beta

BÁNG BỤNG

BÁNG BỤNG : Xơ gan +báng: nguy cơ tử vong 40% sau 1 năm và 60% sau 2 năm	Chẩn đoán		-Chọc dịch báng bờ BN báng bụng độ 2-3 hoặc bất kỳ nguyên nhân nào xấu hơn -Đếm NEU và cấy để chẩn đoán VPMNKNP -Đo protein dịch báng để tính SAAG -Đếm TB để phân biệt bệnh ác tính		
				NEU	Cấy
			VPMNKNP	>250/mm ³	+
			Du khuẩn báng	<250/mm ³	+
	Phân độ		-Độ 1: ít, phát hiện qua SÃ -Độ 2: TB, bụng chướng vừa, gõ đục 2 bên hông, thể tích >1500ml -Độ 3: lớn, bụng chướng căng rõ, không sờ được tạng trong bụng		
BÁNG BỤNG KHÔNG BIẾN CHỨNG		Độ 1	-Báng bụng không biến chứng: không NT, không kháng trị, không HCGT -Độ 1: không điều trị		
		Độ 2	-Hạn chế Na: 4.6-6.9g muối/ngày, dinh dưỡng đầy đủ -Lợi tiểu: +Đầu tay là spironolactone bắt đầu 100mg/ngày, tăng 100mg mỗi 72h, tối đa 400mg +Nếu không đáp ứng (giảm cân <2kg/tuần), hoặc tăng K máu, thêm Furosemide 40mg/ngày, tăng 40mg mỗi 72h tối đa 160mg/ngày +Đánh giá: giảm cân tối đa 0.5kg/ngày nếu không phù và 1kg/ngày nếu có phù +Khi kiểm soát được báng bụng: giảm liều đến mức có thể. Theo dõi LS + sinh hóa máu là cần thiết -Ngưng lợi tiểu: Na máu giảm <125mmol/L, tổn thương thần cấp, bệnh não gan sâu đi, chuột rút +Ngưng Furosemide: K máu <3mmol/L		

			+Ngưng Spironolactone nếu K máu >6mmol/L -Truyền albumin 10mg/ngày mỗi tuần tăng thêm 10mg/ngày, tối đa 30mg/ngày nếu BN chuột rút
		Độ 3	-Chọc tháo dịch báng: chọc nhiều+ 1 lần duy nhất -Chọc dịch >5L + nên truyền albumin 8g/1L dịch báng để bảo vệ huyết động -Dùng lợi tiểu tối thiểu sau chọc
	-CCĐ chọc dịch		-BN không hợp tác. -NT da quanh vùng chọc -Có thai -RLDM -Chướng ruột nặng
	-Vị trí chọc:		Điểm nổi 1/3 ngoài và 2/3 trong trên đường nối rốn với gai chậu trước trên 2 bên
	-B/C thuốc lợi tiểu		-Bệnh não gan do lợi tiểu -Suy thận: creatinin máu tăng >100% đến >2mg/dl ở BN đáp ứng điều trị. -Hạ Na máu <125mmol/L -Tăng hoặc giảm K máu: >6mmol/L hoặc <3 mmol/L. -Chuột rút
	-Thuốc khác:		-Không nên dùng NSAID vì nguy cơ hạ Na máu và TTTC -Không nên dùng UCMC, UCTT vì tăng nguy cơ suy thận. -Không nên dùng KS aminoglycoside vì tăng nguy cơ TTTC
	Báng bụng kháng trị		Chẩn đoán: -BN điều trị lợi iểu liều cao spironolacton 400mg +Furosemide 160mg / ngày trong vòng 1 tuần và chế độ ăn muối <90mmol/ngày (5g/ngày). -Giảm cân <0.8kg/4 ngày và lượng Na niệu < Na ăn vào. -Báng bụng độ 2-3 tái phát trong vòng 4 tuần kể từ lúc điều trị

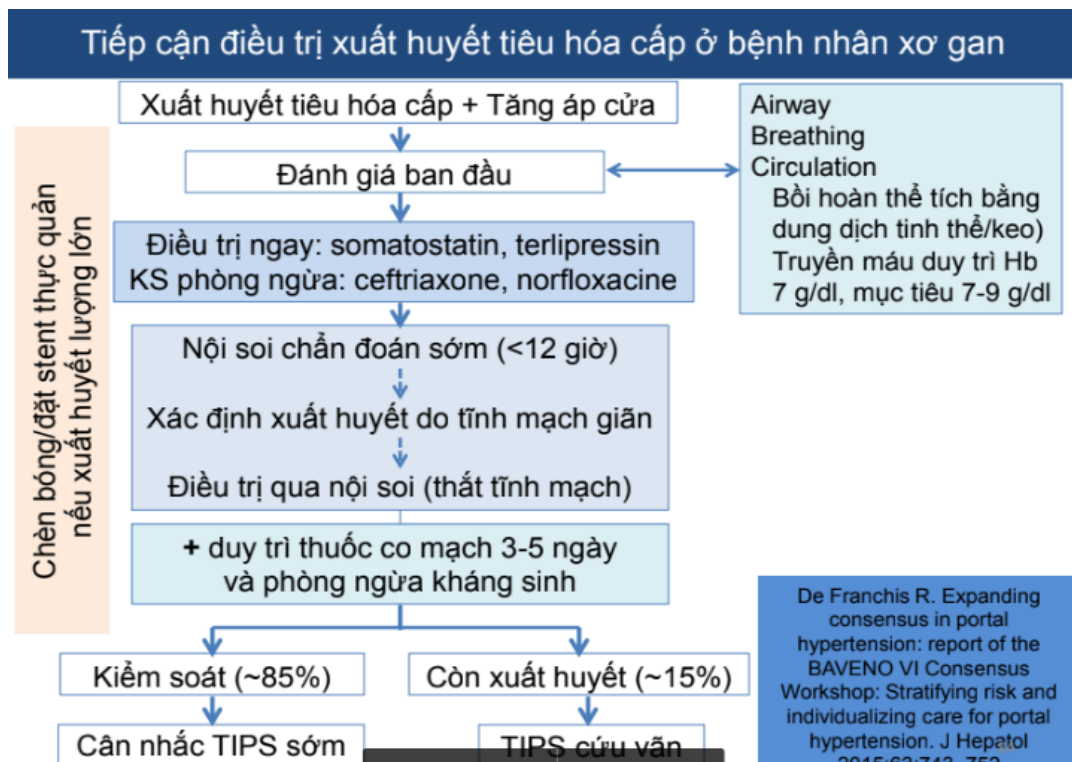
		<p>Điều trị:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Chọc dịch báng lợn lớn kèm albumin -Ngừng lợi tiểu nếu Na niệu $\leq 30\text{mmol/ngày}$ -Tránh sử dụng chẹn beta không chọn lọc -Nếu chọc tháo không hiệu quả \Rightarrow xem xét đặt shunt cửa chủ trong gan (TIPS). có thể cải thiện khả năng sống. Sau đặt nên tiếp tục: <i>lợi tiểu + ăn chế độ ít Na.</i>
		<p>TIPS không khuyến cáo khi:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Bilirubin $> 3\text{mg/dl}$ -TC $< 75\text{K/mm}^3$ -Não gan độ ≥ 2 hoặc bệnh não gan mạn. -NT, suy thận tiến triển. -Tăng áp phổi, RL huyết động

XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA: XEM THÊM BÀI XHTH CỦA THẦY PGS. ĐỨC

Tổng quan:

-42% child A có giãn, con số ở childB/C là 72%

-Tiếp cận:



-Phòng ngừa XHTH do vỡ giãn:

- +TM giãn nhẹ + dấu son hoặc child C: dùng chẹn beta không chọn lọc (NSBB).
- +TM giãn TB hoặc hơn: NSBB hoặc thắt TM tùy lựa chọn BN
- +BN hạ áp tiến triển HA <90mmHg, đang XH, VPMNKNP, TTTC => ngừng NSBB

=>Propranolol 20-40mg x2, tối đa 160mg nếu báng bụng, 320mg nếu không báng bụng.

+Phối hợp cả hai thắt và NSBB làm tăng hiệu quả.

-NSBB: CCD

- +Hen, COPD
- +Nhịp tim <50l/ph, suy nút xoang
- +Block NT độ >=2
- +Sốc giảm thể tích

-Mục tiêu NSBB: nhịp tim lúc nghỉ 55-60l/ph và HATT >=90mmHg.

NHIỄM KHUẨN TRONG XƠ GAN

Nguy cơ NK trong xơ gan là do:

- RLCN gan
- Thông nối cửa -chủ.
- Mất cân bằng VSV đường ruột.
- Chuyển vị VK
- RLCN miễn dịch do xơ gan

	Đặc điểm	Cụ thể
VPMNKNP	Chẩn đoán LS: Xơ gan +bảng bụng + 1 trong các triệu chứng: Sốt/ đau bụng/ nôn/XHTH/ tiêu chảy? Bệnh não gan/ Choáng NT CLS: NEU>250/mm ³ và cấy (+)	-Cộng đồng: Ceftriaxone 1g 2 lọ TTM. -BV: Meropenem 1g pha 100ml NaCl 0.9% x3 lần /ngày , thêm Vancomycin 1g/100ml pha với NaCl 0.9% x2 TTM nếu nhiễm thêm VK gram (+) đa kháng hoặc NTH.
	Đánh giá:	-Chọc lại dịch sau 48h -Nghỉ ngờ thất bại: LS xấu hơn, BC vẫn tăng hoặc giảm <25% sau 48h -Mủ MPNP điều trị như VPMNKNP (Cấy DMP(+) và NEU DMP >250/mm ³ hoặc cấy (-) và NEU DMP >500/mm ³) -Thời gian điều trị 5-7 ngày. -Albumin 1.5g/kg lúc chẩn đoán và 1g/kg vào ngày 3 của bệnh.
	Phòng ngừa: -Thời gian: tiên phát: trong thời gian NV. -Đang XHTH: 7 ngày	-Tiên phát: Norfloxacin 400mg/ngày ở BN Child >=9 và Bilirubin >=3 và CN thận giảm or Na máu giảm or ProDB<15g/L. -Thứ phát: Norfloxacin 400mg/ngày (u)

	Thuốc dùng chung	-Thận trọng PPI, NSBB
NK MÔ MỀM	-BV: Ceftriaxone hoặc Meropenem -CD: Piperacillin+Tazobactam hoặc Ceftriaxone + Oxacillin	
VIÊM PHỔI	-BV: Ceftazidime hoặc Meropenem + Levofloxacin. -CD: Piperacillin+Tazobactam hoặc Ceftriaxone + Macrolide	
NTT	-BV không biến chứng: Fosmomycin, nếu có NT: meropenem +Vancomycin -CD: không biến chứng: Ciprofloxacin, nếu có NT: Ceftriaxone	

TỒN THƯƠNG THẬN CẤP:

Thông số	Định nghĩa
TTTC	Tăng Cr HT $\geq 26,4 \mu\text{mol/L}$ (0,3 mg/dL) trong 48 giờ hoặc tăng 50% so với giá trị nền

Thông số	Định nghĩa
Cr HT nền	Creatinine huyết thanh (Cr HT ổn định ≤ 3 tháng) Nếu không có, trị số Cr HT gần nhất lần nhập viện này Nếu trước đó không có, sử dụng Cr HT lúc nhập viện

TTTC: tổn thương thận cấp
Cr HT: creatinine huyết thanh

Tiêu chuẩn chẩn đoán TTTC trong xơ gan

Angeli P et al. International Club of Ascites. Gut. 2015 Apr; 64(4):531-7

Thông số	Định nghĩa
Cr HT nền	Creatinine huyết thanh (Cr HT ổn định ≤ 3 tháng) Nếu không có, trị số Cr HT gần nhất lần nhập viện này Nếu trước đó không có, sử dụng Cr HT lúc nhập viện

Tổn thương thận cấp giai đoạn

- 1 Tăng Cr HT $\geq 26,4 \mu\text{mol/L}$ (0,3 mg/dL) hoặc tăng Cr HT $\geq 1,5-2 \times$ giá trị nền
- 2 Tăng Cr HT $> 2-3 \times$ giá trị nền
- 3 Tăng Cr HT $> 3 \times$ giá trị nền hoặc Cr HT $\geq 352 \mu\text{mol/L}$ (4 mg/dL) có \uparrow cấp $\geq 26,4 \mu\text{mol/L}$ hoặc bắt đầu điều trị thay thế thận

Cr HT: creatinine huyết thanh

37

Định nghĩa đáp ứng của TTTC

Angeli P et al. International Club of Ascites. Gut. 2015 Apr; 64(4):531-7

Đáp ứng điều trị

Không	TTTC không thoái lui
Một phần	TTTC thoái lui với Cr HT giảm $\geq 0,3 \text{ mg/dL}$ trên giá trị nền
Hoàn toàn	Cr HT trở về giá trị trong vòng 0,3 mg/dL giá trị nền

	Định nghĩa
Cr HT nền	Creatinine huyết thanh (Cr HT ổn định ≤ 3 tháng) Nếu không có, trị số Cr HT gần nhất lần nhập viện này Nếu trước đó không có, sử dụng Cr HT lúc nhập viện

TTTC: tổn thương thận cấp
Cr HT: creatinine huyết thanh

39

Tiếp cận điều trị TTTC ở bệnh nhân xơ gan

Angeli P, et al. J Hepatol 2015;62:968–974



CỤ THỂ:

- Điều trị nguyên nhân
- Tầm soát nhiễm trùng
- Ngưng: lợi tiểu, chẹn beta, UCMC/UCTT, NSAID
- Bù dịch theo nguyên nhân và mức độ mất dịch.

-Nếu trong trường hợp không rõ nguyên nhân và TTTC >1A (Creatinin HT >1.5mg/dL và <2mg/dL) **hoặc** do NT: albumin 20% liều 1g/kg (max 100g) trong 2 ngày liên tục.

-TTTC +báng nhiều: chọc tháo dịch + truyền albumin

HỘI CHỨNG GAN THẬN:

TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN:

1/ Xơ gan + báng bụng.

2/ Chẩn đoán TTTC và

-Không đáp ứng sau 2 ngày liên tục ngưng lợi tiểu và tăng thể tích huyết tương bằng albumin 1g/kg

-Không sốc

-Không dùng thuốc độc thận: NSAID. Aminoglycoside, cản quang).

-Không tổn thương thận cấu trúc: pro niệu <500mg/ngày, tiểu máu <50HC/quang trường, thận bình thường trên SÂ.

ĐIỀU TRỊ: thuốc co mạch và albumin được khuyến cáo khi đủ chẩn đoán HCGT giai đoạn 1A: CreHT>1.5mg/dL.

1/ Terlipressin 1mg TTM mỗi 4-6h hoặc 2mg/ngày . Đánh giá lại sau 48h, nếu cre HT giảm <25% so với đỉnh, tăng liều, max 12mg/ngày. Tác dụng phụ là TMCT=>ECG

2/ Albumin 20% 20-40g/ngày: theo dõi huyết động.

Phòng ngừa HCGT= ngừa AVPMNKNP

-Albumin 1.5g/kg lúc chẩn đoán và 1g/kg vào N3

-Norfloxacin 400mg/ngày (u).

BỆNH NÃO GAN:

Chẩn đoán: Xơ gan (bệnh gan mạn) + Hội chứng RL ý thức +EEG (sóng ba pha chậm, biên độ cao)

PHÂN ĐỘ:

I: Thay đổi chu kỳ ngủ hơi lú lẫn, kích động, run vẩy.

II: Ngủ lịm, mất định hướng, run vẩy.

III: Lơ mơ, lú lẫn nặng, hung hăng, run vẩy

IV: hôn mê

Thang điểm Glasgow:

E - Điểm mở mắt

- Mở mắt có ý thức (tự nhiên): 4 điểm
- Đáp ứng mở mắt khi ra lệnh: 3 điểm
- Đáp ứng mở mắt khi gây đau: 2 điểm
- Không mở mắt: 1 điểm

V - Điểm đáp ứng lời nói tốt nhất

- Trả lời có định hướng: 5 điểm
- Trả lời lộn xộn: 4 điểm
- Trả lời không phù hợp: 3 điểm
- Nói khó hiểu: 2 điểm
- Không trả lời: 1 điểm

M - Điểm đáp ứng vận động tốt nhất

- Thực hiện theo yêu cầu (làm theo lệnh): 6 điểm
- Đáp ứng có định khu khi gây đau: 5 điểm
- Rút chi lại khi gây đau: 4 điểm
- Co cứng mất vỏ khi gây đau(decorticate posturing): 3 điểm
- Tư thế duỗi cứng mất não khi gây đau(decerebrate posturing): 2 điểm
- Không đáp ứng với đau: 1 điểm

Nhẹ: GCS score ≥ 13 ; Trung bình: $9 \leq \text{GCS} \leq 12$; Nặng: $\text{GCS} \leq 8$

YẾU TỐ THỨC ĐÃY:

- Tăng ure huyết
- Thuốc an thần, hướng thần, dẫn xuất á phiện
- XHTH
- Hạ K máu, kiểm máu: lợi tiểu quai, tiêu chảy.
- Ăn nhiều đạm, bón
- Nhiễm trùng.
- RLCN gan tiến triển
- Thông nối cửa-chủ: TIPS, PT

ĐIỀU TRỊ:

-Loại bỏ YTTĐ:

- +Bỏ các thuốc: an thần, morphin, lợi tiểu
- +Bỏ sung K, kẽm

+XHTH: cầm máu, loại bỏ máu khỏi ruột.

-Giảm SX và hấp thu NH₃:

*Đạm:

+Giảm đạm: 20g/ngày, hồi phục, tăng 10g mỗi ngày

+Xem xét đạm thực vật

*Kháng sinh:

+Neomycin: 500-100mg mỗi 6h, thụt giữ 100-200mL dung dịch 1%, có nguy cơ suy thận. Dùng phối hợp lactulose

+Metronidazole 250mg (u) mỗi 6-8h trong 5-6 ngày, có thể độc TKTW

+Rifaximin tốt ở độ I-III, 400mg x3 / ngày.

+Vancomycin 250mgx4/ngày: dùng khi kháng lactulose

*Lactulose:

+Liều đầu 15-45ml uống 2-4 lần/ngày

+Duy trì để BN đi tiêu 3-5 lần/ngày.

+Không dùng khi tắc, liệt ruột

+TD phụ: đầy hơi, tiêu chảy (nặng => tăng Na, giảm K, kiềm máu), đau bụng, giảm V tuần hoàn, suy thận.

*Thụt tháo: nếu bệnh não gan do bón

-Thay đổi dẫn truyền TK: Levodopa/ Bromocriptine/ Flumazenil.

ĐIỀU TRỊ NGUYÊN NHÂN XƠ GAN:

-Bỏ rượu, HTL

-Điều trị ĐTĐ, béo phì, SDD, viêm gan VR

-Xơ gan còn bù +VR<2000IU/ml: vẫn điều trị kháng VR bất kể ALT

+Tenofovir: ưu tiên

+Nếu không điều trị, theo dõi tăng HBV-DNA hoặc mất bù mỗi 3-6 tháng. Nếu có, điều trị là bắt buộc.

-Xơ gan còn bù + HBV-DNA cao => điều trị

-Xơ gan mất bù +> điều trị kháng vi rút vô thời hạn: Entecavir/ Tenofovir

-Theo dõi HCC

XHTH

CHẨN ĐOÁN:

1/ CÓ XHTH

2/ VỊ TRÍ

3/ MỨC ĐỘ

4/ DIỄN TIẾN

5/ NGUYÊN NHÂN

6/ BỆNH NỀN

7/ TIỀN LƯỢNG:

1/ CÓ XHTH:

-Ói ra máu:

+Loại trừ chảy máu cam, ăn tiết canh, ho ra máu.

+Hỏi tính chất máu nôn, thức ăn lẫn, đặt tube Levine

-Tiêu phân đen:

+Loại trừ do bismuth, than hoạt, táo bón

+Touchee rectal

-Tiêu máu đỏ:

+Loại trừ chảy máu sinh dục (nữ)

+Touchee rectal

2/ VỊ TRÍ: phân biệt trên-dưới qua góc Treitz (góc ta-hỗng tràng)

-TRÊN: Ói rra máu (100%), tiêu phân đen (90%), tiêu máu đỏ

-DƯỚI: tiêu phân đen 10%, tiêu máu đỏ

3/ MỨC ĐỘ:

	Nhẹ-I	Trung bình-II	Nặng-III
Lượng	$\leq 10\%$	10-30%	$> 30\%$
Tri giác	Tỉnh, hơi mệt	Chóng mặt/Lo lắng	Lơ mơ, ngất, hốt hoảng
Mạch	< 100	100-120	≥ 120

HATT	>90mmHg	80-90mmHg	<80mmHg
Hạ áp tư thế	Không	Có thể	Chắc chắn
Nước tiểu	Bình thường	Thiếu niệu: <400ml	Vô niệu: <50ml
Da	Ấm	Đỏ mồ hôi	Uớt, lạnh
Hct	>=30%	20-30%	<=20%
RBC	>=3tr/mm ³	2-3	<=2

4/ DIỄN TIẾN:

XHTH lần đầu	Tạm ổn	Đang diễn tiến
Biểu hiện	-Hết ói máu -Tiêu phân đen cũ -Tiêu phân vàng sau 48h	-Còn ói máu -Tiêu phân đen/máu đỏ
Dấu hiệu thiếu máu cấp	-Tĩnh -M,HA ổn -Nước tiểu vàng -Niêm hồng	-Mệt, bứt rứt, lơ mơ. -Mạch nhanh, HA tụt -Thiếu/vô niệu -Da xanh, niêm nhạt
NĐR	Bình thường.	Tăng
CLS	Hb, Hct ổn	Hb, Hct giảm, không tăng dù truyền máu
XHTH tái phát	-Ổn sau 24h => XHTH trở lại	

5/ NGUYÊN NHÂN:

TRÊN	Tàn suất	Tiền căn	Khám
	Loét DD-TT	-Dùng NSAID, aspirin, tiền căn loét DD-TT -XHTH tái phát nhiều lần	-Đau thượng vị
	Vỡ giãn TMTQ	-Xơ gan, Kgan -XHTH tái phát nhiều lần	-HC suy TB gan, HC tăng áp lực TM cửa
	H/c Mallory Weiss	-Nghiện rượu, ói nhiều trước đó -Nghén/thai kỳ	

		-Tự giới hạn sau 24-48h	
	Viêm loét DD-TT	-Bệnh nền nặng	
	Viêm TQ		
	Ung thư dạ dày	-XH rỉ ra kéo dài	-Sụt cân, hạch bụng, u thượng vị
	Dị dạng mạch máu	Sau PT => dò ĐM ruột	
	Khác		
DUỐI	Trĩ	-XHTH tái phát nhiều lần	-Touchee thấy búi trĩ
	K đại-trực tràng	-Tiền căn gia đình	-Touchee rectal
	Polyp đại-trực tràng		-NS đại tràng
	Viêm loét ĐT xuất huyết	-Tiền căn được chẩn đoán VLĐT -Kéo dài từng đợt	-Touchee rectal
	Chảy máu túi thừa	NS đại tràng	
	Dị dạng mạch máu	NS đại tràng	

6/ BỆNH NỀN:

-Bệnh nguyên nhân: xơ gan, K gan, loét DD-TT, K dạ dày, VLĐT, trĩ,...

-Bệnh không liên quan XHTH.

7/ TIỀN LƯỢNG:

Yếu tố	0	1	2	3	Max
Tuổi	<60	60-79	>=80		2
Choáng	Không	Mạch và HATT đều >=100	HATT<100		2
Bệnh nền	Không		-Suy tim	-Suy thận	3

			-TMCT -Bệnh ác tính chưa di căn	-Suy gan -Bệnh ác tính di căn	
Phân tích					
	Tử vong không chảy máu(%)		Tử vong có chảy máu(%)		
3	2		10		
4	4		16		
5	8		23		
6	10		33		
7	15		43		

8/ ĐIỀU TRỊ

Hội sức nội khoa:

1/ Chung:

-Nằm đầu thấp.

-Thở oxy

-Nhịn ăn uống

2/ Bồi hoàn thể tích, lập đường truyền TM

+Ưu tiên chọn LR, NaCl 0.9%, không chọn Glucose ưu trương (10-30%)

+Tốc độ tùy độ nặng, không nâng quá cao >140mmHg, thận trọng BN suy tim sung huyết, BTM, thiếu máu mạn.

+Xem xét chỉ định truyền máu.

Truyền máu		-Ưu tiên HCL> máu toàn phần -Truyền nay nếu có CĐ -Hb <7g/dL hoặc <9g/dL ở BN (>65 tuổi, BMV), và nâng không quá 10g/dL
Truyền chế phẩm máu	Huyết tương tươi đông lạnh	-Khi fibrinogen <1g/L hoặc INR >1.5 -10-15ml/kg -Ở BN già, có bệnh tim: 1ml/kg/h

	Tiểu cầu	-TC <50000 và XH đang tiến triển -1 kit TC tang9 từ 30K-50K/mm3
--	----------	--

3/ Thuốc

4/ Nội soi chẩn đoán

5/ Xem xét can thiệp mạch/ Ngoại khoa

XHTH DO TALTCM:

1/ Đánh giá và đảm bảo ABC:

2/ Bồi hoàn V như trên

3/ Cầm máu:

Bậc 1: Thuốc giảm ALTCM + NS cột thắt

Bậc 2: NS cột thắt.

Bậc 3: NS chích xơ.

Bậc 4: chèn bông

-Thuốc giảm áp lực TMC: co mạch tạng -> giảm V máu đến tạng -> giảm ALTCM, cho ngày khi nghỉ ngơi, dùng 3-5 ngày

+Terlipressin 2mg/4h, giảm còn 1mg.4h sau khi giảm XH

+Somatostatin: 250mg bolus TM, truyền 250mg/h

+Ocreotide: 50mcg bolus TM, truyền 50mcg/h

-NS cầm máu:

+Trong vòng <12h

+Càng sớm càng tốt, ngay sau khi ổn định huyết động.

+Không can chỉnh đông máu

+Bằng chứng chảy máu:

*Đang chảy từ varies, thành TM

*Nipple sign: núm trắng do cục tiểu cầu đóng

+Varies thực quản: EVL >> chích xơ

+Varies dạ dày: chích keo > EVL.

-Chen sonde cầm máu: tạm thời, hiệu quả $\geq 80\%$, có thể gây đầy lệch thực quản, hít sặc, vỡ TQ

+CD: XH ô ạt, chưa thể NS.

+Bơm áp lực 35-45mmHg

+CCĐ: hẹp TQ, mới PT tâm vị, có SHH, suy tim, Rl nhịp, thoát vị hoành

+Kiểm tra áp lực/3h

+Xả bóng mỗi 5s mỗi 6h

+Nếu cầm máu sau 24h -> xả bóng nguyên vị trí 6h-12h -> vẫn ổn: xả bóng dạ dày lưu 6h-12h

*Ổn: rút bóng

*Tái phát: bơm lại, lưu thêm 24h

-Khác:

+KS trong 7 ngày: Norfloxacin 400mg/ngày

+Lactulose: 10g/gói chỉnh để BN đi tiêu phân vàng và 1-3 lần/ngày.

XHTH KHÔNG DO TALTC:

1/ Đánh giá và đảm bảo ABC:

2/ Bồi hoàn V như trên

3/ Điều trị nguyên nhân:

-Giảm acid dạ dày: ưu tiên PPI

+Dùng ngay lúc NV, khi chưa thể NS, tốt nhất trong vòng 24h

+Esomeprazole/Pantoprazole/Omeprazole, ưu tiên đường TM

+Bolus 80mg, bơm tiêm 8mg/h

Đánh giá Forrest qua NS:

Nguy cơ cao	Ia: máu phun thành tia	-ĐT NS +PPI TM liều cao (bolus+PIV trong 72h_ -ĐT NS+PPI TM liều thấp ngắt quãng mỗi 12h
	Ib: Rỉ máu quanh ổ loét	
	IIa: Có mạch máu nhưng không chảy máu	
	IIb: có cục máu đông	
Nguy cơ thấp	IIC: Cặn đen	PPI uống
	III: đáy sạch	

-ĐT nội soi:

+Trong vòng 12-24h

+BN nôn máu nhiều + huyết động không ổn: NS càng sớm càng tốt ngay sau khi ổn định huyết động.

+Có bệnh tim, hô hấp: trì hoãn đến khi ổn M,HA, SaO₂.

+Chích cầm máu:

*Dùng Adrenaline pha loãng để chèn ép tại chỗ.

*Xơ hóa, tạo huyết khối: Polidocanol

*Keo dán mô: Fibrin, Thrombine

+Nhiệt, cơ học.

-Theo dõi tái phát: NC cao khi:

+Forrest nguy cơ cao

+Loét DD dọc phía bờ cong nhỏ, gần ĐM vị trái.

+Loét TT mặt sau, gần ĐM vị tá

+Loét lớn >1-2cm

-Xử trí tái phát:

+Hồi sức nội khoa, xem xét NS lần 2

+Nếu XHTH tiếp diễn/ tái phát sau NS lần 2:

*Can thiệp thuyên tắc TM

*Can thiệp mạch ưu tiên hơn PT

*PT: CĐ khi kèm thủng tạng rỗng hoặc XHTH tái phát kèm sốc + không thể NS + can thiệp mạch không thành công

LOÉT DẠ DÀ-TÁ TRÀNG

CHẨN ĐOÁN: LOÉT DẠ DÀY hoặc LOÉT TÁ TRÀNG

-Loét DD thường loét phần đứng, thành sau, tiền môn vị, thường ói ra máu nếu có biến chứng XHTH

-Loét TT: hành tá tràng 90%. sau môn vị 1-3cm, thường tiêu phân đen.

NGUYÊN NHÂN:

-Nhiễm trùng: Hp. CMV

-Dùng thuốc: NSAID, aspirin, clopidogrel, OCR, spironolactone, hóa trị

-Tăng tiết acid DD: HC Zollinger-Ellison, bệnh lý cường TB G

- Sau cắt hang vị, nghiền tá tràng
- Do stress (nằm ICU), ghép tạng, suy thận, COPD,
- Xơ gan: 6 cơ chế:
 - +XG do rượu: rượu hủy lớp bảo vệ niêm mạc.
 - +Giảm sx mật: giảm tiêu hóa thức ăn,
 - +Thiếu dưỡng niêm mạc dạ dày
 - +Tăng áp cửa => THBH chèn ép ĐM nuôi TB niêm mạc.
 - +SGMD
 - +Giảm NH₃ tại chỗ -> tăng pH và giảm YT bảo vệ

ĐIỀU TRỊ:

-Thay đổi lối sống: uống thuốc đúng giờ, ăn nhiều bữa nhỏ, không ăn quá no, hoặc quá muộn, bỏ rượu, bỏ HTL, bỏ ác thuốc gây loét

-Dùng thuốc:

		Liều	CCĐ	TD phụ
1/ Nhóm giảm tác động acid: nhóm này dùng đơn độc cũng có thể lành	Antacid không hòa tan	-Phosphalugel: 1-2 gói/lần trong 3 lần/ngày (Al). -Phối hợp Al-Mg: Maalox 1-2 viên x4 (nhai).	-Mg: suy thận	-Al: làm táo bón, tích tụ Al trong máu, loãng xương -Mg gây tiêu chảy, suy thận -Dễ tạo sỏi ở BN sỏi thận
	Anti H2	-Ranitidine 150mg 1-2 viên/ngày (u). -Famotidine 20mg 1-2 viên (u).	-Tăng nhạy cảm -CN thận giảm: xem xét giảm liều	-TK: nhức đầu, chóng mặt, buồn ngủ, mất ngủ. -Tiêu hóa: RL tiêu hóa -Nội tiết: rụng tóc, nữ hóa tuyến vú
	PPI	-Esomeprazole 20mg 1 viên	-Suy CN gan,	-Buồn nôn, đau bụng, tiêu

		x2 (u) trước ăn 30-60ph -Rabeprazole 10mg 1 viên x2 (u) trước ăn 30-60ph. -Uống 5-7 ngày. -BN có nguy cơ XHTH cao: PPI truyền TM 72h, sau đó uống liều gấp đôi liều chuẩn 1-2 tuần.	thận	chảy, táo bón
	Ức chế thụ thể choline	Pirenzepine 20-30mg x3/ngày	-Tăng nhãn áp -Bướu lành TTL -Hẹp môn vị	-Làm tăng nặng bệnh nền
2/ Thuốc bảo vệ niêm mạc dạ dày	Sucralfate: Sucrose sulfat nhôm	-Sucralfate 1g x4 lần/ ngày lúc đói, sau dùng từ 1gx2	-Suy thận -Không phối hợp với antacid nhôm	-Táo bón
	Misoprostol	-CD khi BN nguy cơ cao biến chứng loét DD, loét DD, có tiền căn. Dùng đi theo NSAID -Misoprostol 200mcg x4 (u) sau ăn và trước khi đi ngủ	-Dị ứng thuốc -Có thai	-RI tiêu hóa -Quái thai -Co thắt TC
	Bismuth subcitrate	-Loét:120mg x4 /ngày. -Hp: 120-300mgx4 lần/ngày	-Suy thận nặng	-Tiêu phân đen -Buồn nôn, ói mửa

		-Trước hoặc sau ăn 2h -Uống từ 4-8 tuần, tối đa 8 tuần.		
Điều trị Hp	<u>-Hàng đầu:</u> 1/ Esomeprazole 20mgx2 lần/ngày 2/ Bismuth subcitrate 120-300mg x4 lần/ngày. 3/ Tetracycline 500mg x4 lần/ngày 4/ Metronidazole 250mg x4 lần/ngày <u>-Hoặc:</u> 1/ Esomeprazole 20mgx2 lần/ngày 2/ Clarithromycin 500mg x2 lần/ngày 3/ Amoxicillin 1g x2 /ngày 4/ Metronidazole 500mg x2/ngày		-Tùy các thuốc trong PĐ -TG điều trị 14 ngày	-Tùy thuốc
Thời gian:	-Hp: 2 tuần -Loét DD: 10-12 tuần -Loét TT: 6-8 tuần			
Kiểm tra sau điều trị	-Thử nghiệm urease nhanh: sau ngưng KS 4 tuần, PPI 2 tuần -NS lại ngưng hết các thuốc -NS kiểm tra loét DD sau 8 tuần điều trị			
Loét trở	Là loét không lành sau thời gian điều trị và BN không có: -Hút thuốc lá, uống các thuốc gây loét DD-TT -BN không tuân thủ điều trị. -HC tăng tiết acid -K hóa dạng loét			

BIẾN CHỨNG:

- XHTH trên.
- Thủng ổ loét
- Hẹp môn vị

-K dạ dày

-Viêm tụy cấp do thủng ổ loét

ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ

CAO	1/ Tc loét có biến chứng 2/ Có từ 3 YTNC	Các YTNC: ->65 tuổi -Dùng NSAID liều cao -Tc loét không biến chứng -Dùng đồng thời NSAID, COR, kháng đông
TRUNG BÌNH	1-2 YTNC	
THẤP	Không có YTNC	
-Ibuprofen liều cao >1200mg -Naproxen liều cao >1500mg		

CHỈ ĐỊNH KIỂM TRA HP:

1/ Loét DD-TT hoạt động, tiến căn bệnh lý ác tính DD

2/ <60 tuổi +RLTH: ưu tiên không xâm lấn

3/ Khi NS BN khó tiêu

4/ Dùng aspirin liều thấp, lâu dài

5/ GERD + có tiền căn loét DD-TT

6/ Bắt đầu điều trị NSAID lâu dài: bệnh nhân có BMV.

7/ Thiếu máu thiếu sắt không rõ nguyên nhân

8/ Người lớn có ban XHGTC vô căn.

VIÊM TỤY CẤP

CHẨN ĐOÁN:

VIÊM TỤY CẤP GIỜ THỨ? NGUYÊN NHÂN? MỨC ĐỘ? CÓ DẤU HIỆU TIỀN LƯỢNG NẶNG TRONG 48H TỚI? BIẾN CHỨNG

1/ CHẨN ĐOÁN VIÊM TỤY CẤP:

Khi có từ 2/3 tiêu chuẩn sau:

+Đau bụng kiểu tụy

*Khởi phát đột ngột, thượng vị, quanh rốn.

*Lan sau lưng, liên tục, cường độ tăng dần, tối đa sau 30 ph, kéo dài ≥ 24 h

*Giảm khi ngồi cúi ra trước/ nằm cong người nghiêng T

*Nôn xong không giảm đau

+Amylase máu/Lipase máu tăng ≥ 3 lần.

*Amylase tăng sau 1h, về bình thường sau 305 ngày

*Lipase máu tăng đồng thời amylase, nhưng kéo dài hơn

+XN hình ảnh học phù hợp VTC:

*SÂ bụng cho hình ảnh điển hình

*Nếu không: CT-scan không cản quang/MRI, nếu LS không cải thiện sau 48-72h

2/ NGUYÊN NHÂN: HAY GẶP NHẤT

-Sỏi mật

-Rượu

-Tăng TG $> 11 \text{ mmol/L}$ (1000 mg/dL).

3/ CÓ DẤU HIỆU TIỀN LƯỢNG NẶNG TRONG 48H TỚI:

-Hct $> 44\%$ lúc nhập viện và không giảm sau 24h

-CRP $> 150 \text{ mg/l}$ sau 48h

-Suy cơ quan:

+HATT $< 90 \text{ mmHg}$

+PaO₂ $< 60 \text{ mmHg}$

+Creatinin máu $\geq 1.9 \text{ mg/dL}$

-Tiêu chuẩn BISAP: ≥ 3 TC trong vòng 24h

+Bun $.25 \text{ mg/dL}$

+I: RL tri giác, GCS < 15 đ

+S: SIRS lúc NV kéo dài sau 48h

*T > 38 hoặc < 36

*Nhịp tim $.90 \text{ l/ph}$

*NT $> 20 \text{ l/ph}$ hoặc PaCO₂ $< 32 \text{ mmHg}$

*BC > 12000 hoặc < 4000

+Age: >60

+P: TDMP

4/ MỨC ĐỘ NẶNG THEO ATLANTA 2013

VTC NHẸ:

-Không suy tạng và không BC tại chỗ

VTC TB-NẶNG:

-Suy tạng thoáng qua <48h và/hoặc có biến chứng tại chỗ

VTC NẶNG: suy tạng kéo dài >48h.

5/ BIẾN CHỨNG:

TẠI CHỖ	TOÀN THÂN
<ul style="list-style-type: none">-Tụ dịch quanh tụy: sớm-Hoại tử cấp/nhiễm trùng: 10-14 ngày<ul style="list-style-type: none">+CRP >150mg/dL sau 48h+SIRS+Tăng nguy cơ suy cơ quan, tử vong-Nang giả tụy:<ul style="list-style-type: none">+Sau 4 tuần.+Đau TV hằng định sau ăn, có thể chèn ép dạ dày, xuất huyết, nhiễm trùng-Hoại tử tạo vách +/- nhiễm trùng: 4 tuần	<ul style="list-style-type: none">-Đợt kịch phát bệnh nền: COPD, BMV-ARDS, STC không ra BC toàn thân

ĐIỀU TRỊ

BILAN	CỤ THỂ
1/ THEO DÕI	<ul style="list-style-type: none">-Sinh hiệu, nước tiểu, SpO2 mỗi 4h/24h đầu-Hct lúc NV-12h-24h-BUN lúc NV-24h-48h

	<p>-Ion đồ mỗi 24h</p> <p>-CRP 48h sau khởi phát</p>
2/ BÙ DỊCH- CHĂM SÓC TÍCH CỰC	<p>-Suy tạng: nhập ICU</p> <p>-Thở Oxy trong 24-48h đầu để duy trì $SpO_2 \geq 95\%$</p> <p>-Sonde mũi dạ dày khi: BN ói nhiều, trướng bụng, đề kháng thành bụng.</p> <p>-Bù dịch sớm, trong vòng 12-24h đầu, ưu tiên Lactate</p> <p>-Bình thường: LR 5-10ml/kg/h</p> <p>-Mạch nhanh: 20mg/kg/30ph, sao đỏ 3ml/kg/h trong 8-12h tiếp theo</p>
3/ DINH DƯỠNG	<p>-Không ăn uống đường miệng, cho ăn lại khi giảm đau bụng, hết buồn nôn, BN đói và nghe được nhu động ruột: nước-nước đường-cháo-cơm</p> <p>-Không cho béo, sữa</p>
4/ GIẢM ĐAU	<p>-Meperidine 50mg/6-8h TTM</p> <p>-Giảm tiết dịch tụy: VTC nặng, viêm tụy hoại tử, nang giả tụy</p> <p>Ocreotide 0.1mg x3/ngày TDD trong 7-21 ngày</p>
5/ KHÁNG SINH	<p>-Chỉ định KS khi: có bằng chứng NT tại hoặc ngoài tụy. LS không cải thiện sau 7-10 ngày</p> <p>-Meropenem 500mg +100ml NaCl 0.9% TTM trong 8h</p> <p>-KS phòng ngừa khi: có dấu hiệu gợi ý nặng, hoại tử tụy $\geq 30\%$, trong 10-14 ngày.</p>
6/ ĐIỀU TRỊ NGUYÊN NHÂN	<p>-Do sỏi:</p> <p>1/ERCP lấy sỏi trong 72h</p> <p>2/ERCP trong vòng 24h nếu có viêm đường mật.</p> <p>3/ Sau đó nên đặt stent tụy/NSAID hậu</p>

	<p>môn Diclofenac 100mcg</p> <p>4/ Xem xét cắt túi mật NS</p> <p>-Do tăng TG:</p> <p>1/ Lọc huyết tương là ưu tiên, đặc biệt khi: VTC do tăng TG kèm hạ Ca máu, toan acid lactic, suy cơ quan. Mục tiêu TG<500mg/dL.</p> <p>2/ Insulin 0.1-0.3UI/kg/h trong Glucose 5%, duy trì ĐH 150-200mg/dL, theo dõi ĐH mao mạch/4h, TG làm lại sau 12-24h. Mục tiêu TG <500mg/dL.</p> <p>3/ Fenofibrate 160mg/ngày</p>
7/ CAN THIỆP NGOẠI?	<p>-VTC do sỏi mật</p> <p>-Nang giả tụy/XH/vỡ/NT/chèn ép</p> <p>-Hoại tử tụy</p> <p>-Áp xe tụy</p> <p>-Chờ 4 tuần để vách hóa hoại tử => dễ PT</p>

TRÌNH BỆNH

Cô Kiều	<p>1/ Tiếp cận BN sốt: hỏi bệnh, khám LS tìm ổ NT</p> <p>2/ Điều trị bắt buộc của VPMNKTP là ngoại khoa</p> <p>3/ Khi nào không cần chọc ổ bụng kiểm tra?</p> <p>Trả lời: Khi VPMNKTP điển hình trên LS/CLS:</p> <p>-Áp lực DMB tăng, Pro <10g/L</p> <p>-BC tăng, NEU ưu thế tuyệt đối</p> <p>-Cấy (+) thường là E.Coli</p> <p>-Không dấu hiệu VPMNKTP</p> <p>4/ Chẩn đoán phân biệt của VPMNKTP là VPMNKNP, không có chiều ngược lại.</p> <p>5/ Chỉ có 2 trường hợp báng bụng gây VPMNKNP là xơ gan và HCTH</p> <p>6/ Nghi ngờ VPMNKTP khi:</p>
---------	---

	<p>-Cấy ra nhiều loại Vk</p> <p>-NEU rất cao</p> <p>-Pro DB cao, đáp ứng kém điều trị</p> <p>-LDH >LDH máu</p> <p>-Glucose <1g/L</p> <p>->CTscan ngay trước khi hội chẩn ngoại TQ</p> <p>7/ Ion đồ niệu Na/K <1 cho biết thăng bằng Na (+) với chế độ ăn không nêm, không chắt, cân nặng giảm không quá 200g/ngày</p> <p>8/ BTM do ĐTĐ chắc chắn tiểu đạm.</p> <p>9/ 5 câu hỏi khi tiếp cận BN tiêu phân đen:</p> <p>-Thực sự XHTH?</p> <p>-Trên/Dưới?</p> <p>-Ổn?</p> <p>-Nguyên nhân?</p> <p>-Biến chứng</p> <p>10/ HC Banti : dẫn TMTQ ->XHTH</p> <p>-Lách to từ độ 2 trở lên</p> <p>-Huyết đồ: cường lách, giảm 3 dòng TB, HC lưới ngoại vi tăng</p> <p>-CN gan bảo tồn, XHTH tái đi tái lại</p> <p>11/ Xơ gan Child A: HC TALTMC có trước HC suy TB gan, lách to độ 1 + XHTH lần đầu.</p> <p>12/ Báng bụng+ dịch tăng áp +CN gan bảo tồn +Protein thấp, có thể:</p> <p>-HC Bud-Chiari</p> <p>-HC này về sau sẽ có LS giống xơ gan</p> <p>13/ BN nghiện rượu + phù chân báng bụng +RL giấc ngủ:</p> <p>-Xơ gan mất bù do rượu/ Theo dõi não gan</p> <p>-Phân biệt với: bệnh cơ tim giãn nở do rượu : phổi có ran, gan to, da không xạm</p> <p>14/ BN xơ gan tăng động tuần hoàn: chi ấm, còn BN suy tim co mạch -> chi lạnh.</p> <p>15/ XHTH đang diễn tiến: BC và TC vẫn tăng nhẹ, chờ ổn mới làm lại CTM</p>
--	--

	<p>16/ XHTH +xơ gan +nội soi trên dưới bình thường: chẩn đoán XHTH do vỡ giãn TM và điều trị như vỡ giãn TMTQ</p> <p>17/ BN XHTH rỉ rả kéo dài: cơ thể đã dung nạp, khó phân độ.</p> <p>18/ Xơ gan+XHTH lần 1, nguyên nhân theo thứ tự là:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Loét DD-TT -Bệnh DD-TA cửa: do giãn TM dạ dày, cơ chế bảo vệ => XHTH mạn, rỉ rả. Nếu bệnh cấp tính, không điều trị cột thắt TM -Vỡ TMTQ tâm phình vị: +Điều trị như vỡ TMTQ dẫn: chẹn beta +Điều trị loét DD-TT:PPI nếu có -Vỡ dẫn TMTQ <p>19/ 6 nguyên nhân gây giảm TC ở BN xơ gan:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Giảm sản xuất do suy TB gan -Xơ gan do rượu, làm giảm hoạt tính TC -VGSV giảm TC do cơ chế tự miễn -SDD -Do pha loãng -Lách to => hồ chứa TC, giảm TC trong máu <p>20/ Nếu xét nghiệm DB thiếu albumin DB thì làm sao xác định dịch có tăng áp?</p> <p>Trả lời: Alb/máu - Pro/DB>1.1g/dL => dịch tăng áp do TA cửa, nếu <1.1g/dL, có 2 trường hợp</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dịch tăng áp, pro không thấp => xơ gan -Dịch không tăng áp +pro thấp: HCTH,SDD <p>Làm thêm protid máu toàn phần không giảm => Loại trừ HCTH, SDD do BN xơ gan có tổng hợp protid ngoại biên => tăng protid máu</p> <p>21/ Dịch tăng áp, Pro cao, BC tăng, Lym ưu thế, cho 3 chẩn đoán:</p> <ul style="list-style-type: none"> -LaoMB/ xơ gan. -K màng bụng/ xơ gan. -BN sử dụng lợi tiểu làm cô đặc dịch báng/ Xơ gan. <p>22/ Dịch tăng áp, Pro cao, BC bình thường, đã loại trừ HB Bud-Chiari, suy tim, VMNT co thắt, làm gì tiếp?</p>
--	--

	<p>-Làm protid máu toàn phần, >80g/L => Xơ gan tự miễn</p> <p>23/ Xơ gan tim không có XHTH , vì tăng đồng thời áp lực TMC dưới và TM cửa, hiệu áp <12mmHg => không có XHTH</p> <p>24/ HBeAg</p> <p>(+): gđ dung nạp VR điều trị 1 năm, xem xét ngưng nếu tải lượng dưới ngưỡng,</p> <p>(-) trong gđ tái hoạt động => gợi ý đột biến gen => bắt buộc điều trị cả đời.</p> <p>25/ Bn xơ gna mất bù do HBV, không cần làm HBV-DNA nữa</p> <p>26/ Giải phẫu bệnh xơ gan:</p> <p>-F1,F2,F3: xơ hóa => có thể đẩy lùi</p> <p>-F4: có nốt xơ, xơ gan => không đẩy lùi</p> <p>27/ Tỷ số APRI = (số lần tăng AST)/ PLTx100</p> <p>>2: xơ gan, <1: loại trừ xơ gan</p> <p>>1.5: xơ hóa gan, <0.5: loại trừ xơ hóa gan</p> <p>APRI nhạy nhất, ac985 hiệu nhất ở VGC, VG do rượu</p> <p>28/ Xơ gan còn bù:</p> <p>-AST/ALT>1, AST, ALT tăng</p> <p>-PLT giảm</p> <p>-APRI>2</p> <p>-AST, ALT tăng <100 => làm fibroscan.</p> <p>29/ Xơ gan do siêu vi C, điều trị Terlipressin, với liều:</p> <p>-1 ống nếu BN <50kg.</p> <p>-1.5 ống nếu 50-70kg</p> <p>-2 ống nếu >70kg</p> <p>-Đo ECG trước khi cho thuốc: QT dài, xoắn đỉnh => CCĐ.</p> <p>30/ Loét DD, Hp(+), nếu ECG cp1 QT dài => CCĐ phác lod962 có Macrolide.</p> <p>31/ Kháng sinh dự phòng NT/xơ gan: chỉ định khi từ child B trở lên</p> <p>32/ Dự phòng XHTH:</p> <p>-Tiên phát: thuốc +cột thắt</p>
--	--

	<p>+Độ 1 + nguy cơ cao (dấu son, có Child B-C): thuốc</p> <p>+Độ 2: nguy cơ cao thì thất, không thì thuốc</p> <p>+Độ 3: thất</p> <p>-Thứ phát: thuốc+ cột thất có thể chấp nhận xơ hóa</p> <p>33/ Liều NSBB:</p> <p>-Tiên phát: HA giảm .10%</p> <p>-Thứ phát: HA giảm >20%</p> <p>-Nếu không đạt thêm nitrate</p> <p>34/ Tăng liều NSBB:</p> <p>-Mỗi 3 ngày, mỗi lần tăng bằng liều khởi động, đến khi không tăng được nữa: M<55l/ph, AH<85mmHg</p> <p>-3 tháng sau NS lại, mất son => đạt hiệu quả</p> <p>35/ Nitrate trong phòng ngừa XHTH: đầu tay là Imidu (mononitrate)</p> <p>36/ Viêm gan cấp do rượu có chỉ định điều trị COR, và lựa chọn Prednisolone/Methyl Prednisolon</p> <p>37/ Báng bụng/ xơ gan do HBV và rượu là có thể hết được nếu diure962 trị kháng VR và bỏ rượu</p> <p>38/ Phân gđ báng bụng:</p> <p>I: đáp ứng lợi tiểu 100%, mới thành lập (ion đồ và creatinin bình thường).</p> <p>II: đáp ứng lợi tiểu tương đối: 50%, hạ Na máu do pha loãng</p> <p>III: HCGT type 2, cre 1.5-2.5 mg/dL, Na giảm nhiều hơn</p> <p>IV: HCGT type1 và 2</p> <p>39/ Tổn thương thận cấp trước thận do xơ gan , truey62n albumin => hồi phục hoàn toàn.</p> <p>40/ VTC do sỏi: loại trừ khi SÂ 2 lần không thấy sỏi</p> <p>41/ Nghĩ đến do sỏi:</p> <p>-ALT, AST tăng, ALT tăng .150, tác OMC tăng gấp 10 lần.</p> <p>-Amylase tăng rất cao, có thể đến 2000</p> <p>-Làm thêm MRI nếu BN nghi ngờ NT đường mật/SIRS</p> <p>42/ BN có thai +TG>500 vẫn có thể VTC.</p> <p>43/ BN không đau thượng vị => không cho antacid</p>
--	---

	<p>44/ ức chế H2 là thay thế cho antacid, có tác dụng giảm đau. Hiện tượng dung nạp ức chế H2 xảy ra trong vòng 3 ngày sau điều trị.</p> <p>45/ Phối hợp PPI và anti-H2 như thế nào?</p> <p>Trả lời: Anti H2 làm giảm H⁺ ở TB thành => kênh bơm proton không tiết H⁺ => Mất tác dụng PPI</p> <p>-Nên: dùng anti H2 trước, sau đó 3 ngày phối hợp thêm PPI</p> <p>-Cụ thể: Ranitidine 150mg (tác dụng ngắn) 1 viên (u) trước ngủ. Sáng hôm sau Nexium 1 viên 40mg (u)</p> <p>-Phối hợp 2 thuốc này có ý nghĩa trong loét DD-TT kháng trị, GERD kháng trị</p> <p>46/ Rabeprazole : ít chuyển hóa ở gan, độ hoạt hóa cao (nồng độ H⁺ thấp là đủ hoạt hóa thuốc)</p> <p>47/ Pantoprazole không ức chế CYP2C19, rất tốt để dùng theo Clopidogrel ngăn ngừa loét DD (Clopidogrel cũng cần men CYP2C19 để chuyển hóa).</p> <p>48/ Lành ổ loét:</p> <p>-Ổ loét do NSAID sâu hơn do Hp</p> <p>-Thời gian điều trị: 12w do NSAID, 6-8 tuần do Hp</p> <p>-Điều trị 2w khi: loét nhỏ <1cm, tá trắng, chưa biến chứng, do Hp</p> <p>49/Liều PPI:</p> <p>-Cao: 40mg/ngày - GERD, XHTH, do Hp</p> <p>-Chuẩn: 20mg</p> <p>-Thấp: 10mg- cần kéo dài thời gian điều trị</p> <p>50/ Kiểm tra lành ổ loét khi nào/</p> <p>-Nghỉ ngơi ác tính</p> <p>-100% loét DD</p> <p>-Do Hp</p> <p>51/ Liều PPI cho loét kháng trị: tăng 4 lần liều Omeprazole, có thuốc khác tăng 2 lần.</p> <p>52/ Atorvastatin /BN xơ gan: td phụ quá liều: hoại tử cơ, đau cơ</p> <p>53/ DMB</p> <p>-Tăng áp: xơ gan còn bù + lao MB</p> <p>-Không tăng áp: mất bù + lao MB.</p>
--	--

	<p>54/Protein DMB</p> <ul style="list-style-type: none"> -LaoMB/Xơ gan còn bù: Pro >50g/L +Xơ gan mất bù+ Lao MB: pro thay đổi <p>55/ Pro DMB >55 : loại trừ K màng bụng.</p> <p>56/ Glucose DMB:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Bình thường glucose DMB= Glucose máu: khuếch tán 100% -Nếu Glucose DMB > glucose máu: 2 mẫu lấy Xn không cùng lúc. <p>57/ Suy gan cấp/xơ gan:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Vàng da, Bilirubin >5mg/dL -RLDM INR>1,5 -Bệnh não gan <p>58/ HC gan thận type 1 có TTTC, liên quan đến NT nặng, phản ứng viêm, type 2 không có TTTC.</p> <p>59/ Xử trí VTC/xơ gan bàng bụng:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Đau bụng là nghi ngờ ngay VPMNKNP, bó sát chẩn đoán VTC -Khó phát hiện biến chứng tại chỗ -SIRS: dễ dương giả : bàng bụng thì khó thở, khó thở thì thở nhanh, mạch nhanh, BN xơ gan có cường lách khiến BC giảm <4000) -Hct không tăng do thiếu máu mạn -CRP không tăng, do BN xơ gan giảm tổng hợp CRP. <p>60/ 5 thể NT dịch bàng:</p> <ul style="list-style-type: none"> -VPMNKNP cấy (-) -VPMNKNP cấy (+) -VPMNKTP -Du khuẩn bàng <p>61/ Vị trí chọc dò DMB: 1/3 ngoài và 2/3 trong đường nối rốn-GCTT</p> <p>62/ 4 chỉ định KS theo kinh nghiệm:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sốt >37.8⁰C -Đau bụng -Rl tri giác -Chọc dò NEU >250/mm³
--	---

	<p>63/ LS không cải thiện sau 2 lần chọc cách nhau 48h => chụp CT scan bụng.</p> <p>64/ VPMNKNP bệnh viện: dùng Imepenem</p> <p>65/ Chỉ định lợi tiểu trong cơ gan: 5 KHÔNG</p> <p>-KHÔNG NHIỄM TRÙNG</p> <p>-KHÔNG XHTH</p> <p>-KHÔNG HẠ Na NẶNG</p> <p>-KHÔNG NÃO GAN</p> <p>-KHÔNG RLCN THẬN</p> <p>66/ Dùng lợi tiểu khi nào?</p> <p>-Tăng K máu</p> <p>-Giảm V tuần hoàn</p> <p>67/ Liều lợi tiểu: K máu bình thường</p> <p>-Đầu tay: Spironolactone 50mg, tăng 50mg mỗi 3 ngày max 400mg</p> <p>-Phối hợp thêm Furosemide khi có phù chân 20mg/ngày và tăng liều giống spironolactone</p> <p>68/ K giảm:</p> <p>-Dùng only spironolactone</p> <p>69/ Tại sao không dùng Thiazide: vì thuốc có tác dụng dài, khó chỉnh liều</p> <p>70/ Khi nào làm ion đồ niệu bất kỳ?</p> <p>-Khi muốn chỉnh liều</p> <p>-BN giảm cân không như mong muốn</p> <p>-Ăn nhiều muối</p> <p>71/ Na/K niệu >1 => Na thải ra >78mEq/L trong 24h</p> <p>-Do BN không thể điều chỉnh ăn uống</p> <p>=> Tăng liều lợi tiểu</p> <p>72/ Liều max lợi tiểu + BN không giảm cân +Na/K <1: báng bụng kháng trị</p> <p>73/ Tăng liều lợi tiểu mà Na giảm hoặc creatinin tăng: kháng trị</p>
Cô Hảo-bệnh	-Phân biệt rõ XHTH có trước hay não gan có trước.

não gan	<ul style="list-style-type: none"> -Bệnh dạ dày TA cửa: +XHTH + tăng áp cửa +RLDM do xơ gan +Hình ảnh giãn mm ở thân vị > hang vị. -Rockall là thang điểm đánh giá tái XHTH không do TA cửa
---------	---

TRẠI THẬN



BỆNH THẬN MẠN

BỆNH THẬN MẠN, DO NGUYÊN NHÂN GÌ (nếu có), GIAI ĐOẠN, BIẾN CHỨNG

1/ TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN BTM: bất kỳ 1 trong 2 dấu hiệu kéo dài >3 tháng

1/ Dấu chứng tổn thương thận:

-Albumin niệu .30mg/24h, hoặc ACR >30mg/g

-Cặn lắng nước tiểu bất thường

-Điện giải và bất thường khác do bệnh lý ống thận.

-Bất thường mô bệnh học qua sinh thiết

-Bất thường cấu trúc thận qua khảo sát hình ảnh

-Tiền căn ghép thận

2/ Giảm GFR <60ml/ph/1.73m²da.

*PHÂN BIỆT STC VÀ STM

TIÊU CHÍ	STM	STC
1/ Thiếu máu	-Có, tương ứng mức độ suy thận, eGFR <30ml/ph thì bắt đầu giảm	-Không, trừ trường hợp mất máu cấp, tán huyết
2/ SẮ bụng	Thận teo <80mm, vỏ tủy không phân biệt	-Thận to, vỏ tủy rõ
3/ TPTNT	-Thường tiểu đạm -Tiểu máu, tiểu trụ, trụ rộng	-Sạch, ít trụ trong trừ +STC do hoại tử OT cấp: trụ nâu bùn +STC do bệnh CT cấp: trụ HC, tiểu đạm
4/ Rl điện giải	-Ca giảm, loãng xương, còi xương	-Ca bình thường
5/ Tiền căn	-BTM kéo dài >3 tháng -Bệnh nội khoa: THA, ĐTĐ, bệnh lý khớp -Dùng giảm đau kéo dài	-Khoảng 6 ghi nhận THA, ĐTĐ,... -Cre máu, GFR bình thường trước đó
6/ Sau điều trị	-Cre tăng cao, ổn định	-Về bình thường -10% chuyển qua mạn

***RL NỘI TIẾT TRONG STM**

Renin	THA
Erythropoetin	Thiếu máu mạn
Calcitriol	Giảm tổng hợp vitD, loãng xương
Prostaglandin	Dẫn tiểu ĐM vào cầu thận
Tân sinh đường	Giảm tân sinh đường tại thận (10% so với 90% ở gan)

***CÔNG THỨC TÍNH eGFR:** có 3 công thức: MDRD, CKD-EPI và Cockcroft Gault

-Cockcroft Gault: $eGFR = [(140 - \text{tuổi}) \times \text{cân nặng}] / (72 \times \text{Creatinin mg\%})$ (nhân thêm 0.85 nếu là nữ)

-Đơn vị là ml/ph/1.73m²da

-Tốc độ giảm GFR ở BN THA là 2-10ml/ph/năm

-Tốc độ giảm GFR ở BN ĐTĐ là 0-12ml/ph/năm

-Nếu không có bệnh nền: GFR giảm 1ml/ph/năm theo sinh lý

PHÂN GIAI ĐOẠN BTM:

STAGE	GFR	LS+CLS	Thái độ
1	>90	Tiểu albumin và GFR bình thường hoặc tăng	-Chẩn đoán, điều trị -Chậm tiến triển, giảm NC tim mạch
2	60-89	Tiểu albumin và giảm GFR nhẹ	
3	30-59	Giảm GFR trung bình	-Đánh giá điều trị biến chứng
4	15-29	Giảm nặng eGFR	-Chuẩn bị ĐT thay thế thận
5	<15	Suy thận mạn -HC ure huyết cao -BC tim mạch	-ĐT thay thế thận

PHÂN LOẠI CKD VÀ TẦN SỐ THEO DÕI:

Phân loại theo A (albumine niệu)

	Xét nghiệm	Phân loại albumine niệu		
		A 1 Bình thường hoặc tăng nhẹ	A 2 Tăng trung bình	A 3 Tăng nặng
Xác định chẩn đoán	AER (mg/24h)	<30	30-300	>300
	PER (mg/24h)	<150	150-500	>500
Tầm soát albumine niệu	ACR (mg/g)	<30	30-300	>300
	PCR (mg/g)	<150	150-300	>300
	Giấy nhúng	Neg- Vết	Vết đến +	+ hoặc +++

AER: Albumine Excretion Rate
ACR: Albumine Creatinine Ratio

PER: Protein Excretion Rate
PCR: Protein Creatinine Ratio

Phân loại CKD và tần số theo dõi theo KDIGO 2012

Guide to Frequency of Monitoring (number of times per year) by GFR and Albuminuria Category				Persistent albuminuria categories Description and range		
				A1	A2	A3
				Normal to mildly increased <30 mg/g <3 mg/mmol	Moderately increased 30–300 mg/g 3–30 mg/mmol	Severely increased >300 mg/g >30mg/mmol
GFR categories (ml/min/1.73 m ²) Description and range	G1	Normal or high	≥90	1 if CKD	1	2
	G2	Mildly decreased	60–89	1 if CKD	1	2
	G3a	Mildly to moderately decreased	45–59	1	2	3
	G3b	Moderately to severely decreased	30–44	2	3	3
	G4	Severely decreased	15–29	3	3	4+
	G5	Kidney failure	<15	4+	4+	4+

Chẩn đoán bệnh thận căn nguyên ở bn CKD (C: Cause)



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

KDIGO: Kidney Disease Improving Global Outcome 2012

ĐIỀU TRỊ:

Thay đổi lối sống, giảm HA, giảm YTNC tim mạch

*CHẾ ĐỘ ĂN DASH: GĐ 1-2-3 => Không dùng cho CKD 4-5

1/ Giảm NaCl <6g/ngày.

2/ Tăng kali >4g/ngày

3/ Tăng phosphate 1.7g/ngày

4/ Nhiều rau củ, trái cây, chất xơ

5/ Giảm Calci

6/ Giảm thịt đỏ, ăn cá, thực vật

7/ Giảm béo, không transfat

-Giảm cân về lý tưởng

-Bỏ HTL

-Hoạt động thể lực 20ph/ngày

+Nhẹ: làm việc không đổ mồ hôi

+TB: vận động cơ bắp khiến thở nhanh, đổ mồ hôi: lau nhà, làm vườn

+Nặng: Chơi thể thao, chạy bộ, đá banh, leo núi

-Giảm rượu bia

*MỤC TIÊU:

-HA theo KDOGI 2012

+AER<30mg/24h: <=140/90mmHg

+AER>30mg.24h: <=130/80mmHg

-HbA1c: <7%

-Đạm niệu <0.5g/24h

ĐIỀU TRỊ THAY THẾ THẬN: CĐ CHẠY THẬN NHÂN TẠO Ở BN GĐ CUỐI KHI CÓ CHỈ ĐỊNH:

-Tc của suy thận: viêm các màng, RL điện giải, RL kiểm toan

-Không thể kiểm soát huyết động

-SDD tiến triển và không đáp ứng điều trị

-GFR 5-10ml/ph/1.73m²

BIỆN PHÁP	CHỈ ĐỊNH
Thăm phân PM	-Ngoại trú _BN có kiến thức và muốn
Thận NT	-Tại trung tâm 3 lần/tuần -PT mổ ĐM để chuẩn bị

Ghép thận	-Ghi có khả năng
-----------	------------------

4/ BIẾN CHỨNG:

THIẾU MÁU MẠN	<ul style="list-style-type: none"> -TM khi Hb<13.5g/dL ở nam và <12g/dL ở nữ -GFR càng giảm, TM càng nặng -Xuất hiện khi bệnh ở GĐ 3, rõ hơn ở GĐ 4-5 -Cơ chế: <ul style="list-style-type: none"> +Giảm sản xuất Erythropoetin tại tủy +Tán huyết, XHTH do HC ure huyết +SDD, thiếu đạm +Thiếu nguyên liệu: Fe, A.folic, vit B12 -Liều khởi đầu Erythropoetin 80-120UI/kg/tuần, điển hình 6000UI chia làm 3 (T2-4-6) TDD -Hb mục tiêu: 11-12g/dL, không qua 13g/dL -Đánh giá sau tiêm: <ul style="list-style-type: none"> +Nếu tăng Hct tăng <2%, trong 4 tuần, tăng loei62 EPO 50% +Nếu Hct tăng >8% trong 4 tuần, đạt Hb mục tiêu, giảm 25% liều
BIẾN CHỨNG TIM MẠCH	<ul style="list-style-type: none"> -Thận trọng Nt-proBNP, troponin T, GFR -Kiểm soát HA -Dùng UCMC ở gđ 1-2-3 -Tiết chế nhập nhập Pro <0.8g/kg/ngày -Muối <5g/ngày -Vận động 30ph/ngày x5 ngày/ tuần, bỏ HTL -Kiểm soát cân nặng

TÀM SOÁT: 1 lần/năm

- Creatinin HT, eGFR
- Tìm Albumin niệu, hoặc Microalbumin niệu
- Cặn lắng nước tiểu
- SÂ khảo sát hệ niệu

World kidney day: Thursday, week 2nd of March

TỒN THƯƠNG THẬN CẤP:

TỒN THƯƠNG THẬN CẤP/GIAI ĐOẠN/ NGUYÊN NHÂN/ BIẾN CHỨNG

1/ TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN: khi có 1 trong 3 yếu tố:

1/ Creatinin tăng $>0.3\text{mg/dL}$ trong 48h

2/ Creatinin tăng ≥ 1.5 lần nền cách đó 7 ngày

3/ V nước tiểu $<0.5\text{ml/kg/h}$ trong 6h

PHÂN BIỆT:

Xét nghiệm	Trước thận	HTOTC
P thẩm thấu NT	$>500\text{ mos/kg H}_2\text{O}$	$<350\text{ mos/kg H}_2\text{O}$
Na niệu	$<20\text{mEq/}$	$>40\text{mEq}$
Phân suất thải Na	$<1\%$	1-2%
BUN/cre	>20	$<10-15$
Cre niệu/ Cre máu	>40	<20
Cặn lắng NT	Bình thường trụ trong	TB hạt nâu bùn
Tỷ trọng NT	Tăng	

2/ BIẾN CHỨNG STC:

Tim mạch	-THA, suy tim, RLN, NMCT -Phù phổi cấp, thuyên tắc phổi -VMNT, TDMNT, chèn ép tim cấp
RL điện giải	-Tăng K, Phosphat, A.Uric/Giảm: Na, Ca
RL toan kiềm	-Toan máu
TKTW	-RL tri giác (bệnh não do tăng ure huyết nặng)
Huyết học	-Thiếu máu nhẹ
Tiêu hóa	-Chán ăn, nôn ói, XHTH do loét DD

Nhiễm trùng	-VP, NTH, NTT
SDD	-Do BN chán ăn, giảm tổng hợp protein

CÁC GIAI ĐOẠN TTTC:

1/ Khởi đầu: vài h-vài ngày	-BUN, Cre tăng -V nước tiểu giảm	-NT ít dần, thiếu niệu
2/ Tổn thương lan tỏa	-GFR giảm thêm -BUN, cre tiếp tục tăng	-NT <400ml/ngày -Kéo dài 2 tuần đến hàng tháng
3/ Duy trì: 1-2 tuần	-Thiếu niệu kéo dài -GFR giảm mạnh	-Có thể tăng nước tiểu trở lại -BUN < cre bắt đầu giảm
4/ Hồi phục	-CN thận trở về bình thường -5% dễ tiến sang BTM	-BUN, cre ổn định -3-12 tháng

NƯỚC TIỂU:

Bình thường	1-2.5L/ngày	
Thiếu niệu	100-400ml/ngày	-STC trước thận, HCGT
Vô niệu	<100ml/ngày	
Vô niệu hoàn toàn	<50ml/ngày	-Tắc nghẽn đường tiểu -Hoại tử vỏ thận -VCT tiến triển nhanh
Tiểu nhiều	>2.5L/ngày	

LÂM SÀNG:

-Triệu chứng mất nước:

+Chóng mặt, nhức đầu, sụt cân, chóng mặt

+Nước tiểu sậm màu, thiếu niệu hoặc vô niệu

+RL tri giác, môi khô mắt trũng

+HA thấp, tim nhanh, véo da mất chậm

+TM cổ xẹp

-HC ure huyết tăng:

+Tiêu hóa: chán ăn, buồn nôn, ói, liệt ruột

+Thần kinh: ngủ gà, run vẩy, kích thích, động kinh, hôn mê

+Tim mạch: THA, VMNT, suy tim, phù phổi cấp,...

Bệnh cầu thận	-Phù, tiểu ít, tiểu máu, THA, ban XH -TC: viêm họng, NT da
HTOTC	-Thuốc: KS aminoglycoside, Vancomycin, hóa tr5i, cản quang -Ly giải cơ vân: động kinh, đa chấn thương,.. -Tăng acid uric máu: HC ly giải bứu do K, gout
Viêm OT mô kẽ	-Do dị ứng: ngứa, sốt phát ban, đau khớp -Do nhiễm trùng: viêm đài bể thận cấp - sốt, đau hông lưng, tiểu đục, tiểu lắt nhắt,...
Bệnh mạch máu thận	-THA cấp cứu -Thường kèm tổn thương cơ quan đích khác.

TC STC sau thận:

-Cơn đau quặn thận

-RL đi tiểu

-Tiền căn phẫu thuật vùng bụng

-Bệnh lý TK: bệnh lý não-CS, bàng quang TK

MỨC ĐỘ:

Gđ	Creatinin	V nước tiểu
1	-Tăng $\geq 0.3\text{mg/dL}$ hoặc -Tăng $\geq 1.5\text{-}2$ lần giá trị ban đầu	$< 0.5\text{ml/kg/h}$ x6h
2	-Tăng $\geq 2\text{-}3$ lần giá trị ban đầu.	$< 0.5\text{ml/kg/h}$ x12h
3	-Tăng > 3 lần giá trị ban đầu hoặc -Cr $> 4\text{mg/dL}$, với tăng Cre cấp $\geq 0.5\text{mg/dL}$ hoặc Điều trị thay thế thận	-Vô niệu 24h hoặc - $< 0.3\text{ml/kg/h}$ x24h

NGUYÊN NHÂN:

<p>Trước thận</p> <p>55-60%</p>	<p>1/ Giảm thể tích nội mạch:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tiêu -Chảy, ối, XHTH, hút dịch vị, đặt ống dẫn lưu. -Mất nước, tiểu nhiều, đái tháo nhạt -Phỏng, sốc nhiệt -Viêm tụy cấp, HCTH, SDD, xơ gan -Chán ăn, RL tâm thần <p>2/ Giảm cung lượng tim: NMCT, TMCT, suy tim, RLN, bệnh cơ tim, bệnh van tim, tâm phế</p> <p>3/ Do giãn mạch: NTH, thuốc hạ áp, choáng</p> <p>4/ Co mạch thận: epinephrine, cản quang, HC gan thận,..</p> <p>5/ RL điều hòa thận: co tiểu ĐM vào (do NSAID, cyclosporinA), dẫn tiểu ĐM ra: UCMC/UCTT</p>
<p>Tại thận</p> <p>35-40%</p>	<p>1/ Bệnh CT: VCTC +HCTH</p> <p>2/ Viêm mô kẽ cấp: dị ứng, viêm đài bể thận, lupus, HC Sjogren</p> <p>3/ BL ống thận: thiếu tới máu thận và độc chất</p> <ul style="list-style-type: none"> -Thiếu máu do NT và không do NT -Độc chất: cản quang, KS, kháng VR, gây mê, hóa trị, ong đốt, rắn cắn. Tiểu hb do tán huyết, tiểu myo do ly giải cơ vân, tăng a.uric, tăng sản xuất protein (đa u tủy). <p>4/ MM thận</p> <ul style="list-style-type: none"> -Mạch máu lớn: thuyên tắc ĐM thận 2 bên, tắc TM thận do huyết khối -MM nhỏ:THA ác tính, lupus, DIC, thai kỳ, HC HELLP,...
<p>Sau thận:5%</p>	<p>Do tắc nghẽn cơ học: sỏi, u bướu</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tắc nghẽn cơ năng: thuồng cống TC 3 vòng, BQ TK, viêm BQ

ĐIỀU TRỊ:

1/ NGUYÊN NHÂN

2/ NGỪA BIẾN CHỨNG

3/ THEO DÕI KỊP THỜI DIỄN TIẾN BỆNH

1/ TỒN THƯƠNG THẬN CẤP TRƯỚC THẬN:

Do mất dịch	<p>-Dịch truyền tùy vào mức độ mất nước và từng trường hợp</p> <p>-NaCl 0.9% 1000ml/h hoặc 250ml/h (BN già, lớn tuổi).</p> <p>-Theo dõi sinh hiệu, ran phổi, HA</p>
Do suy tim	<p>-Lợi tiểu Furosemide là đầu tay</p> <p>-Doputamin: tăng co bóp, tăng lưu lượng máu đến thận</p> <p>-Xem xét đặt bóng nội ĐM chủ</p> <p>-Hội chứng cung lượng tim thấp kéo dài dù đã điều chỉnh nhịp, tiền tải tối ưu và dùng thuốc vận mạch tối đa (phối hợp trên 2 thuốc).</p> <p>– Hỗ trợ tạm thời trước khi tái thông động mạch vành bị tắc trong bệnh cảnh sốc tim do nhồi máu cơ tim cấp không đáp ứng với điều trị nội khoa tối ưu.</p> <p>– Nhồi máu cơ tim có biến chứng cơ học cấp như hở van hai, thủng vách liên thất làm huyết động không ổn định, tình trạng suy tim dai dẳng, không cải thiện mặc dù đã điều trị nội khoa tối ưu.</p> <p>– Hỗ trợ điều trị nhồi máu cơ tim bằng thuốc tiêu sợi huyết.</p> <p>– Rối loạn nhịp thất dai dẳng, không đáp ứng với điều trị nội khoa tối ưu bằng thuốc.</p> <p>– Đau thất ngực không ổn định, không đáp ứng hoặc đáp ứng ít với trợ với điều trị thuốc.</p> <p>– Hỗ trợ tạm thời tình trạng suy tim mất bù trước khi giải quyết nguyên nhân cơ học hoặc ghép tim.</p> <p>– Hỗ trợ tạm thời chu phẫu cho mổ bắc cầu chủ vành hoặc phẫu thuật ngoài tim ở người bệnh có nguy cơ cao.</p>
Do xơ gan	<p>-Lợi tiểu</p> <p>-Chọc +albumin</p> <p>+TIPS</p> <p>+Vasopressin analogs</p>
Do HCTH	<p>-Lợi tiểu</p> <p>-Truyền Albumin nếu tụt HA</p> <p>-ĐT bệnh nguyên nếu có: COR liều pháp</p>

2/ TTTC TẠI THẬN:

MỔ KẼ	-Loại bỏ nguyên nhân -KS nếu có bằng chứng NT -Xem xét COR
HTOTC	-Dùng lợi tiểu quai cẩn thận, đem BN về thể không thiếu niệu >500ml/24h, sau đó dùng thuốc. -Ngưng thuốc độc thận: NSAID, UCMC, UCTT, Aminoglycoside, cản quang, Amphotericin B
MẠCH MÁU	-Điều trị theo nguyên nhân
CẦU THẬN	-Điều trị theo nguyên nhân

3/ TTTC SAU THẬN: Loại bỏ tắc nghẽn: đặt JJ, PT lấy sỏi, ..

4/ NÂNG ĐỖ:

-Dinh dưỡng: 30-35 kcal/ngày, pro <0.8g/kg/ngày nếu không chạy thận nhân tạo

-Chỉnh liều thuốc theo eGFR

-ĐT chạy thận nhân tạo, chỉ định cấp cứu khi:

+HC ure huyết tăng: run vẩy, tiếng cọ màng tim, bệnh cảnh não, buồn nôn, ói mửa

+Thiếu niệu hoặc vô niệu

+Tăng K máu nặng không đáp ứng điều trị nội khoa

+Phù phổi cấp không đáp ứng ĐT nội.

+Toan máu không đáp ứng ĐT nội.

+BUN >100mg/dL, creatinin máu >10mg/dL.

-Ngộ độc thuốc cần thải: barbiturate (có thể không cấp cứu).

5/ ĐIỀU TRỊ BIẾN CHỨNG: tăng K máu

-YTTĐ tăng K máu:

+Toan máu, thiếu Insulin

+Phòng thích K từ mô phá hủy: chấn thương, ly giải cơ vân, tán huyết, HC ly giải bứơu

+Thuốc, dịch truyền chứa K, lợi tiểu giữ K, NSAID, chẹn beta, UCMC, UCTT

-ECG:

- +Sóng T cao nhọn là sớm nhất
- +Sau đó PR, QRS kéo dài
- +Chậm dẫn truyền nhĩ thất, mất sóng P
- +Rung thất

-Điều trị:

- +Ngưng nhập qua ăn uống.
- +Loại bỏ mô hoại tử, điều trị NT nếu có
- +Canxigluconate 10% ống 5ml 2ong61 pha loãng TMC
- +Insulin actrapid 10UI/25g Glucose TTM
- +Kayexalate 1-2 gói 15g 2-3 lần/ngày

NHIỄM TRÙNG TIỂU:

1/ NTT

2/ TÁC NHÂN

3/ BIỂU CHỨNG

NHIỄM TRÙNG TIỂU

I. Chẩn đoán xác định: $\geq 2/3$ tiêu chuẩn:

A) LS:

- NTT trên (viêm thận bề thận)
 - + Sốt cao 39-40⁰C
 - + Đau hông lưng
 - + Tiểu máu, mủ
 - + Rung thận (+)
 - + BC, CRP tăng
- NTT dưới (viêm BQ, NĐ, TTL)
 - + Sốt nhẹ
 - + HC niệu đạo cấp: tiểu gắt buốt, tiểu lát nhất, tiểu gấp
 - + Đau hạ vị

B) Bạch cầu:

- Gián tiếp: Leukocyte que nhúng (+)
- Trực tiếp: soi tươi $> 10/\text{mm}^3$ (không ly tâm) hoặc $> 5/\text{QT40}$ (ly tâm)

C) VK:

1) Gián tiếp: Nitrite que nhúng (+)

2) Trực tiếp:

- Soi tươi, nhuộm Gr: $\geq 1 \text{ VK/QT100}$ (không ly tâm) hoặc $\geq 1 \text{ VK/QT40}$ (ly tâm)

- Cây (+):

+ Lấy nước tiểu giữa dòng:

* Có TCLS:

+Nam: $\geq 10^3$ khuẩn/ml

+Nữ: $\geq 10^3$ khuẩn coliform/ml hoặc $\geq 10^5$ khuẩn không phải coliform/ml

* Không có TCLS: $\geq 10^5$ khuẩn/ml cùng 1 loại VK qua 2 lần cấy liên tiếp

+ Thông tiểu: $\geq 10^3$ khuẩn/ml

+ Chọc hút BQ: $\geq 10^2$ khuẩn/ml

II. CĐ NV:

- NT nặng
- Không uống được
- Đau nhiều
- Không chắc chắn chẩn đoán

Thể LS	Thời gian điều trị	Lựa chọn KS
Viêm thận bể thận cấp	10-14d	- Loại: + Ngoại trú (uống) * Ciprofloxacin * Bactrim

			+ Nội trú (tiêm) * C2,3 + Aminoglycoside * C2,3 + FQ <u>Y lệnh:</u> - Ciprofloxacin 500mg 1v x 2 (u) - Bactrim 480mg 2v x 2 (u) - Cefuroxime 750mg 1A x 2 (TMC) - Ceftriaxone 2g 1A (TMC) - Cefotaxime 1g 1A x 3 (TMC) - Tobramycin 80mg 1A x 2 (TMC) - Ciprofloxacin 0.2g/100ml 2 lọ x 2 TTM XX g/ph
Viêm BQ cấp	VK	- 3d: phụ nữ 15-45t, không mang thai, không đặt sonde tiểu, không làm thủ thuật đường tiểu, không biến chứng - 7d: kéo dài >7d trước θ, ĐTD, > 65t, dùng màng ngăn âm đạo, tái phát	- Loại (uống): + C1,2 + Nitrofurantoin + Bactrim + FQ <u>Y lệnh:</u> - Cephalexin 0.5g 1v x 3 (u) - Cefuroxime 0.25g 1v x 2 (u) - Nitrofurantoin 100mg 1v x 3 (u) - Bactrim 480mg 2v x 2 (u) - Ciprofloxacin 500mg 1v x 2 (u)
	Nấm	3d	Loại: Fluconazole

			<u>Y lệnh:</u> Fluconazole 0.1g 1v x 3 (u)
	Chlamydia	7-10d	Loại: Doxycycline <u>Y lệnh:</u> Doxycycline 0.1g 1v x 2 (u)
Viêm TTL	- Cấp: 3w - Mạn: 4-6w		- Loại: Ceftriaxone, Bactrim, FQ
Viêm NĐ cấp	Không do lậu (thường do VK Chlamydia trachomatis)	7d	Loại: Doxycycline, Azithromycin <u>Y lệnh:</u> - Doxycycline 100mg 1v x 2 (uống lúc no) - Azithromycin 500mg 2v (uống liều duy nhất)
	Do lậu	1 liều duy nhất	Loại: Cefexime <u>Y lệnh:</u> Cefixime 200mg 2v (uống liều duy nhất)
NTT không TC	7d		- CD điều trị: có thai, trẻ em, ghép thận, giảm biến chứng - Loại: Amoxicillin <u>Y lệnh:</u> Amoxicillin/Clavulanic 500mg 1v x 3 (u)
NTT sau đặt sonde	7d		Loại: FQ ± Cephalosporin; FQ ± Gentamycine <u>Y lệnh:</u> - Ciprofloxacin 500mg 1v x 2 (u) - Ceftriaxone 2g 1A (TMC)

		- Gentamycine 80mg 1A x 2 (TMC)	
--	--	---------------------------------	--

NTT không triệu chứng	-Không đau hông lưng, không HC niệu đạo cấp -Cấy NT giữa dòng 2 lần cách nhau 24h $\geq 10^5$ khuẩn/ml
NTT đơn giản	-Xảy ra ở PN, không cơ địa đặc biệt, không bệnh lý nội khoa, không bất thường GP
NTT phức tạp	-BN có ≥ 1 YTNC 1/ Bế tắc 2/ Tráo ngược 3/ Tuổi + giới 4/ Thủ thuật đường niệu 5/ Bệnh lý nội khoa 6/ Thai kỳ 7/ BQ thần kinh 8/ SGMD -Dễ biến chứng nặng
NTT tái nhiễm	-Nhiễm lại 1 VK mới
NTT tái phát	-Nhiễm lại con cũ

TÁC NHÂN:

Vi sinh vật	Dịch tể	Đặc điểm
E.Coli	85% CĐ 50% NNT BV	
Proteus mirabilis	10% CĐ	Vk sinh urease và thúc đẩy

		tạo sỏi
Staphylococcus coagulase	3-7% CD	PN trẻ sau QHTD
Enterococcus	Người già	Kháng Cepha III
Klebsiella Enterobacter Cintrobacter P.augirunosae	NTBV	Đa kháng
Staphy.aureus	NTBV	NTH
Lao	Chật chột, khu ổ chuột	Tiểu BC vô khuẩn
Nấm	NTBV	-BN đặt thông tiểu lâu dài -ĐTĐ -Sau điều trị KS phổ rộng

CHỈ ĐỊNH CẮY NƯỚC TIỂU:

- Có TCCN và TCTT của NTT
- Theo dõi điều trị
- Khi rút sonde tiểu
- Tầm soát NTT ở thai phụ
- Trước khi làm thủ thuật có liên quan bệnh thận tắc nghẽn.

PHÂN TÍCH CẮY NT

PP lấy	Tiêu chuẩn xác định
Giữa dòng	-Nữ có TCLS và $\geq 10^3$ khuẩn /ml hoặc 10^5 khuẩn.ml và không TCLS

	-Nam có TCLS và $\geq 10^3$ khuẩn /ml -Không TCLS + 10^5 khuẩn/ml và cùng 1 loại VK qua 2 lần cấy liên tiếp.
Chọc hút BQ	$>10^2$ khuẩn/ml
Thông tiểu	$\geq 10^3$ khuẩn /ml

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG:

VIÊM TTL CẤP	-TC của viêm BQ cấp: sốt lạnh run, HC NT -TTL đau khi touchee rectal -BC: abcess TTL, bí tiểu cấp, NTH
VIÊM TTL MẠN	-NTT tái phát thường xuyên. -Tiểu đêm, đau gần hậu môn -Không sốt, không HCNT rõ -Khám HMTT không đặc hiệu -Xoa bóp TTL nghiệm pháp: +Ống 1: 10ml nước tiểu +Ống 2: NT giữa dòng +Ống 3: NT sau xoa bóp +Nếu VK ông 1 gặp 10 lần ống 2 và 3 \Rightarrow NT niệu đạo +Nếu ống 3 có VK vượt trội ống 1,2: Viêm TTL NT
VIÊM ĐBTC	-Sốt cao lạnh run -Đau góc sườn hoành -HC NĐ cấp -TPTNT: trụ BC, SIRS (BC tăng, CRP tăng).

	-Biến chứng: sốc NT, tắc nghẽn, áp xe thận, viêm đài bể thận sinh hơi.
VIÊM BQ CẤP	-HC NĐ cấp -Đau hạ vị, trên x.mu -Tiểu nhiều BC, TB mũ -Tiểu máu đại thể: VBQ xuất huyết
VIÊM NIỆU ĐẠO CẤP	-HC NĐ cấp -Tiểu đục đầu dòng -VK STD
BIẾN CHỨNG	-NTH: gram (-), có bệnh thận tắc nghẽn or SGMD -Abcess thận, quanh thận: rung thận (+) VĐBTC sau 72h, làm thêm HA học. -Hoại tử gai thận: cơ địa ĐTĐ, viêm thận kẽ mạn, sau ghép thận, làm thêm SÂ, chụp bể thận ngược dòng -Viêm BQ-đài bể thận sinh hơi: trên BN ĐTĐ, do E.Coli, VK bệnh viện. Làm thêm HA học

PHÒNG NGỪA NTT THEO CDC

- Chỉ đặt sonde tiểu khi cần, và thực hiện bởi NVYT đã qua huấn luyện
- Đặt sonde tiểu đúng nguyên tắc vô trùng
- Chăm sóc sonde tiểu 1-2 lần/ngày
- Nên sử dụng hệ thống kín
- Cấy NT: lấy mẫu bằng kim 21 và đảm bảo vô trùng
- Không để tắc ống dẫn lưu, và dẫn lưu theo trọng lực.

HCTH:

1/ CHẨN ĐOÁN HCTH:

- Tiểu đạm >3.5g/24/1.73m²da
- Phù toàn thân kiểu thận
- Giảm albumin máu, tăng lipid máu
- HCTH thuần túy: tiểu đạm đơn thuần
- HCTH không thuần túy: kèm ≥1 triệu chứng: THA, tiểu máu, suy thận

2/ NGUYÊN NHÂN

3/ BIỂU CHỨNG

1/ CHẨN ĐOÁN HCTH:

TCLS:

- Phù toàn thân kiểu thận, TD đa màng
- Tiểu ít
- THA, tiểu máu có thể
- LS của bệnh gợi ý nguyên nhân: lupus ban đỏ, ban xuất huyết trong HC Henoch Scholein

CLS:

- TPTNT: đạm niệu 3-5g/L kèm tiểu HC
- Cặn lắng NT: trụ HC, bạch cầu, trụ hạt, trụ trong, trụ TB biểu mô, hạt mỡ, trụ mỡ
- Cặn Addis: tiểu máu vi thể
- Đạm niệu 24h
- Điện di đạm niệu: xác định tiểu đạm chọn lọc hay không chọn lọc, tiểu đạm chọn lọc khi albumin>85%
- Điện di đạm máu: đạm máu giảm <60g/L, albumin <30g/L
- Tăng lipid máu: cholesterol, LDL tăng

-XN CN thận: có thể có suy thận

-SÂ thận:

+Đánh giá bất thường sỏi, giải phẫu

+Thận teo <9cm: HCTH không hồi phục, xơ chai cầu thận, xơ hóa mô kẽ-ống thận

+Tránh BN các XN xâm lấn

+Tránh dùng thuốc UCMD

+Thận to: do ĐTĐ, HIV, thoái hoá dạng bột

2/ NGUYÊN NHÂN

NGUYỄN PHÁT: 90%, sau khi loại trừ thứ phát	THỨ PHÁT
<p>-Sang thương tối thiểu: nam, trẻ tuổi, đáp ứng nhanh, dễ tái phát, lệ thuộc COR</p> <p>-Bệnh CT màng: nam, tiên lượng xấu, THA khó kiểm soát kèm xơ hóa cầu trúc thận. Lắng đọng C3, IgG ở màng đáy cầu thận</p> <p>-Xơ chai khu trú từng vùng: tiên lượng xấu, dẫn đến STM gđ cuối</p> <p>-VCT tăng sinh màng:</p> <p>-VCT liềm</p>	<p>-NT: hậu nhiễm liên cầu trùng, VNTMNT, giang mai, lao, HBV, HCV, HIV, CMV, EBV, KST sốt rét, Toxoplasma</p> <p>-Thuốc: NSAID, Captopril, cản quang, Interferon, Warfarin</p> <p>-Bệnh hệ thống: lupus, HC henoch schlein, HS Good Pasture, VKDT</p> <p>-Bệnh chuyển hóa: ĐTĐ, HCTH bẩm sinh</p> <p>-Ung thư</p> <p>-Khác: ong đốt, nhiễm độc, THA ác tính,..</p>

3/ CHỈ ĐỊNH ST THẬN:

Ngay khi chẩn đoán	Sau 1 thời gian ĐT
<ol style="list-style-type: none">1. Tuổi <12 tháng2. Tiểu máu đại thể hoặc vi thể kéo dài, C3 thấp.3. THA kéo dài4. Suy thận tại thận5. Nghi ngờ thứ phát do nguyên nhân	<p>-Tiểu đạm kéo dài sau dùng COR 4 tuần</p> <p>-Trước khi quyết định dùng cyclosporin hoặc Tacrolimus</p>

khác (nguyên nhân thứ 2, vì sau khi chẩn đoán HCTH thứ phát 1 nguyên nhân, ta không STT)	
---	--

4/ BIẾN CHỨNG:

CẤP	MẠN
<p>*NT:</p> <p>-Viêm mô TB, VPMKNP hay gặp nhất</p> <p>-NTT, VP</p> <p>-Đường do S.pneumoniae, Staphylococcus</p> <p>-Cơ chế do tụ dịch mô kẽ, nứt da tạo đường vào Vk, mất globulinMD, mất transferin giảm CN TB lympho</p> <p>*STC:</p> <p>-Phù làm giảm thể tích máu lưu thông hiệu quả, Na niệu <10mmol/L => lợi tiểu</p> <p>-Tắc nghẽn ống thận do tiểu đạm => COR</p> <p>-Phù mô kẽ thận: lợi tiểu +COR</p> <p>-Phòng ngừa: ngưng UCMC/UCTT,, STATIN,...</p> <p>*Thuyên tắc mạch:</p> <p>-Giảm V máu=> dễ tạo huyết khối</p> <p>-Antithrombin III, tiểu cầu</p> <p>-Bất động</p>	<p>-Tim mạch: THA, suy tim</p> <p>-STM</p> <p>-SDD</p> <p>-Tăng thành phần tủy do thuốc: dễ ngộ độc thuốc</p> <p>-Mất đạm khác, giảm vitD, loãng-xương</p> <p>-Mất transferin=> thiếu sắt</p> <p>-Mất ceruloplasmin: thiếu đồng, kẽm</p>

ĐIỀU TRỊ:

- Điều trị TC: phù
- Đặc hiệu: COR, thuốc UCMD
- Khác: hạ mỡ máu, giảm đạm
- Điều trị biến chứng;
 - +Do thuốc

+Do bệnh

GỒM:	Cụ thể														
Điều trị TC: phù	<p>-Ăn nhạt: <2-3g muối/ngày</p> <p>-Nước nhập: khoảng 80% nước xuất ra</p> <p>-Lợi tiểu: giảm 0.5-1 l/ngày, khoảng 10% cân nặng.</p> <p>-Nếu BN vẫn phù khi dùng lợi tiểu: làm Na niệu, nếu >100mEq => lợi tiểu hiệu quả, phù do BN ăn mặn.</p> <p>-Furosemide 1-2mg/kg 1-2 lần TTM, nếu có STC trước thận => albumin 20%</p> <p><u>Phù kháng trị:</u></p> <p>-Tăng liều, thay đổi đường dùng, phối hợp Thiazide, giữ K.</p> <p>+Hypothiazide 25mg 1-2 viên/ngày (u)</p> <p>+Aldactone 25-50mg/ngày</p> <p>-Ngưng NSAID, kiểm tra chế độ ăn</p> <p>-Truyền albumin máu: khi phù kháng trị lợi tiểu, nghi ngờ STC do giảm V máu. 0.5g/kg/ngày cách ngày 7-10 ngày.</p> <p>-Siêu lọc</p>														
Đặc hiệu: COR, thuốc UCMD	<p>-COR</p> <p>-UCMD: cyclophosphamide (Endoxan 50mg), Azathoprine (Imurel 50mg), cycloporin (Sandimmun Neoral 25mg).</p> <p>ĐÁNH GIÁ ĐIỀU TRỊ</p> <table border="1"> <tr> <td>Hoàn toàn</td><td>-Đạm niệu 24h (-) hoặc Dipsitck (vết) trong 3 ngày liên tiếp</td></tr> <tr> <td>Không hoàn toàn</td><td>-Đạm niệu >0.3g/24h và <3g/24h hoặc giảm .50% so với lần đầu</td></tr> <tr> <td>Tái phát thường xuyên</td><td>>2 lần/6 tháng</td></tr> <tr> <td>Tái phát không thường xuyên</td><td><2 lần trong 6 tháng hoặc <3 lần/năm</td></tr> <tr> <td>Tái phát</td><td>HCTH tái phát sau ngưng thuốc >=4 tuần</td></tr> <tr> <td>Lệ thuộc COR</td><td>Tái phát khi giảm liều hoặc ngưng thuốc <2 tuần</td></tr> <tr> <td>Đề kháng COR</td><td>Tiểu đạm còn sau dùng COR 16 tuần</td></tr> </table>	Hoàn toàn	-Đạm niệu 24h (-) hoặc Dipsitck (vết) trong 3 ngày liên tiếp	Không hoàn toàn	-Đạm niệu >0.3g/24h và <3g/24h hoặc giảm .50% so với lần đầu	Tái phát thường xuyên	>2 lần/6 tháng	Tái phát không thường xuyên	<2 lần trong 6 tháng hoặc <3 lần/năm	Tái phát	HCTH tái phát sau ngưng thuốc >=4 tuần	Lệ thuộc COR	Tái phát khi giảm liều hoặc ngưng thuốc <2 tuần	Đề kháng COR	Tiểu đạm còn sau dùng COR 16 tuần
Hoàn toàn	-Đạm niệu 24h (-) hoặc Dipsitck (vết) trong 3 ngày liên tiếp														
Không hoàn toàn	-Đạm niệu >0.3g/24h và <3g/24h hoặc giảm .50% so với lần đầu														
Tái phát thường xuyên	>2 lần/6 tháng														
Tái phát không thường xuyên	<2 lần trong 6 tháng hoặc <3 lần/năm														
Tái phát	HCTH tái phát sau ngưng thuốc >=4 tuần														
Lệ thuộc COR	Tái phát khi giảm liều hoặc ngưng thuốc <2 tuần														
Đề kháng COR	Tiểu đạm còn sau dùng COR 16 tuần														

	Không dung nạp COR	ĐTĐ không kiểm soát, RL tâm thần, loãng xương nặng.
Khác: hạ mỡ máu, giảm đạm	-Hạ lipid máu: +CĐ: HCTH không đáp ứng, tiểu đạm, tăng LP máu kéo dài, BN có nguy cơ THA, BMV, XVĐM +Statin nên điều trị khi HCTH ổn về triệu chứng, vì có thể gây STC +Atorvastatin (Lipitor) 10mg 2 viên (uống). +Nếu TG tăng cao, Fenofibrate (Lipanthyl supra) 160mg 1 viên (uống) -Giảm tiểu đạm: +Ăn đạm giảm 0.6-0.7g/kg/ngày, UCMC/UCTT +100g thịt lợn có 20g đạm +1 quả trứng 50g có 15g đạm +UCMC: Lisinopril (Zestril) 10 mg 1 viên x2 uống, ngưng UCMC khi Cre máu tăng >30% sau 2-3 tuần, K máu >5mEq/L +UCTT: Lorsartan (Cozaar): 40mg 1-2 viên uống -Ăn uống: ăn nhạt -Nghỉ ngơi	
Điều trị biến chứng cấp:	-VPMKNP/ viêm mô TB +Ceftriaxone 1g TM/24h trong 7-10 ngày +Có thể thay bằng Ampicillin + Gentamycin -Thuyên tắc: +Tránh mất nước, giải quyết nhanh NT +Heparin trọng lượng thất +Warfarin 3-6 tháng	

Sang thương tối thiểu	-Pred 1mg/kg/ngày (max 80mg) Nếu tái phát 2mg/kg/cách ngày (max 120mg) -Trong 4-16 tuần, giảm liều dần trong 6 tháng -Đề kháng/ Lệ thuộc COR: Cyclophosphamide 2-2.5mg/kg trong 8 tuần -Vẫn tái phát: Mycophenolate mofetil 0.5-1g x2 lần/ngày trong 1-2 năm	
Xơ chai	-Chỉ điều trị khi có triệu chứng	

khu trú	<p>-Pred 1mg/kg/ngày (max 80mg)</p> <p>Nếu tái phát 2mg/kg/cách ngày (max 120mg)</p> <p>-Trong 4-16 tuần, giảm liều dần trong 6 tháng</p> <p>-CCĐ Cor, không dụng nạp COR: Cycloporin 3-5mg/kg/ngày</p> <p>-CCĐ UCMD khi: Creatinin máu $>3.5\text{mg}\%$, GFR $<30\text{ml/ph}$ kéo dài và thận teo hoặc BN đang NT nặng đe dọa tử vong.</p>
Bệnh CT màng	<p>-Chỉ điều trị khi có HCTH và kèm 1 trong các:</p> <p>1/ Protein niệu $>4\text{g}/24\text{h}$, không giảm sau ổn THA</p> <p>2/ TC nặng đe dọa tử vong</p> <p>3/ Creatinin máu tăng $>30\%$ trong 6-12 tháng từ lúc chẩn đoán, nhưng GFR không $<25\text{-}30\text{ml/ph}$</p> <p>-Methylprednisolone 1g/kg/ngày TTM trong 3 ngày</p> <p>-Sau đó: methylprednisolone 0.5mg/kg/ngày trong 27 ngày cho đủ 1 tháng</p> <p>-Tháng 2: Cyclophosphamide 2mg/kg</p> <p>-Phòng ngừa huyết khối: Warfarin (bệnh CT màng, Albumin $<25\text{g/L}$, có nguy cơ huyết khối)</p>
TD phụ của COR	<p>A: Adrenal suppression: suy thượng thận</p> <p>B: Bone: loãng xương</p> <p>C: Cataract: đục T3</p> <p>D: Diabetes: ĐT</p> <p>E: Emotion: tâm thần</p> <p>F: Fluid retention: phù</p> <p>G: Gastritis ($<\text{NSAID}$)</p> <p>H: Hypertension</p> <p>I: Infections</p>