

TIÊU CHẨY CẤP Ở NGƯỜI LỚN

BỘ MÔN NHIỄM- ĐẠI HỌC Y DƯỢC TPHCM
BS NGUYỄN QUANG TRUNG

BỆNH CẢNH LÂM SÀNG

HC lâm sàng Vị trí tổn thương	Cơ chế bệnh sinh	Tác nhân	Bệnh cảnh lâm sàng
Viêm DD - Ruột <i>Gastro-Enteritis</i> Nôn ói nhiều DẠ DÀY RUỘT NON	RL hấp thu của niêm mạc viêm (virút) Độc tố sẵn trong thức ăn (preformed) gây nôn, co thắt, hay tiết nước điện giải.	Virút: <i>Rotavirus</i> <i>Norovirus</i> <i>Enteric adenovirus</i> Vi trùng <i>S. aureus</i> <i>B. cereus</i>	Nôn nhiều, sớm Tiêu fân nước Tự giới hạn sau 7 ngày Ngộ độc thức ăn Ủ bệnh ngắn (<6g-<48g) tự giới hạn sau 12- 24g

BỆNH CẢNH LÂM SÀNG

HC lâm sàng vị trí tổn thương	Cơ chế bệnh sinh	Tác nhân	Bệnh cảnh lâm sàng
Tiêu phân nước cấp RUỘT NON	RL hấp thu ở vili Độc tố ruột (in vivo) gây tiết nước, điện giải (vi trùng) Rối loạn hấp thu ở vili hay bờ bàn chải bởi niêm mạc viêm	Virút (như trên) Vi trùng <i>Vibrio cholera</i> <i>ETEC</i> <i>S. aureus</i> <i>Bacillus cereus</i> <i>Clostridium perfringens</i> Ký sinh trùng: <i>Cryptosporidium</i> <i>Cyclospora</i> <i>cayetanansis</i> <i>Giardia, Trichomonas</i> <i>Giun lươn</i>	Phân nhiều nước, tần số tương ứng lượng phân Không đau bụng/ đau quanh rốn BC phân: (-) Oocyte/Phân (nhuộm kháng acid) Dưỡng bào hoạt động không ăn Hồng cầu

BỆNH CẢNH LÂM SÀNG

HC lâm sàng vị trí tổn thương	Cơ chế bệnh sinh	Tác nhân	Bệnh cảnh lâm sàng & xét nghiệm
Viêm đại tràng cấp RUỘT GIÀ ĐOẠN CUỐI HỒI TRÀNG	Viêm, hoại tử tạo ổ loét hồi tràng & ruột già	Vi trùng <i>Shigella</i> <i>EIEC, EHEC</i> <i>Salmonella sp.</i> <i>Campylobacter spp</i> <i>Clostridium difficile</i> Ký sinh trùng <i>E. histolytica</i>	TC toàn thân & sốt Đau quặn hạ vị hay HC Trái Tiêu lắt nhắt Mót rặn. Phân nhầy Ấn đau dọc khung ĐT Phân: BC đa nhân(+++) HC (+) Dưỡng bào hoạt động ăn HC

Đánh giá mất nước và phân độ thiếu nước

David A Sack, R Bradley Sack, G Balakrish Nair, A K Siddique. Lancet 2004; 363: 223–33

Triệu chứng	Không dấu mất nước	Có Mất nước ($\geq 2^*$)	Mất nước nặng ($\geq 2^*$)
Tổng trạng	Tỉnh táo	Bứt rứt	Mệt lã, li bì
Mắt		Trũng *	Trũng sâu và khô *
Nước mắt	Còn	Không*	Không*
Miệng và lưỡi	Còn ướt	Khô*	Rất khô*
Khát	Không	Khát, háo nước	Không uống được
Véo da (Pinch)	Mất nhanh	Mất chậm	Mất rất chậm

Người lớn, trẻ >5t, mất nước nặng có thêm: Huyết áp thấp, mất mạch quay.

Trẻ SDD thể teo hay thể phù không đánh giá dấu véo da

Nước mắt dùng đánh giá cho trẻ em

ĐIỀU TRỊ BÙ NƯỚC

Phác đồ: Chương trình chống tiêu chảy quốc gia hay IMCI

Bù nước mất trước nhập viện:

Phác đồ A (không mất nước): ORS uống sau khi tiêu (hay 50ml/kg/4giờ)

Phác đồ B: (có mất nước): uống hay truyền nếu mất nước nhanh 60-90ml/kg/4-6 giờ)

Phác đồ C: (nặng): Truyền (30ml/kg/30 phút + 70ml/kg/2g30phút) + ORS khi bớt nôn, uống được.

Bù nước duy trì (tùy tốc độ mất nước tiếp) căn cứ vào:

Bảng xuất nhập mỗi giờ theo ghi chú điều dưỡng

Tính chất phân: nước trong: 10- 20 ml/kg/giờ; nước xanh 5 ml/kg/giờ).

Bù nước nhu cầu trong ngày:

ĐIỀU TRỊ KHÁNG SINH

2. Kháng Sinh (*V. cholerae*): giảm mất nước, mau hồi phục, ngăn

KHÁNG SINH	Liều dùng/ ngày x 3 ngày	
	TRẺ CON	NGƯỜI LỚN
ERYTHROMYCINE	12.5 mg/kg x 4 lần	250 mg x 4 lần
AZITHROMYCINE	20 mg/kg	1g
CIPROFLOXACINE	15 mg/kg x 2	500mg x 2
TETRACYCLIN	12,5mg/kg x 4	500mg x 4
DOXYCYCLIN	4-6 mg/kg	300mg
liều duy nhất	(Không áp dụng < 8 tuổi)	

18. VÀNG DA

Nội dung

1. Tiếp cận vàng da
2. Phân tích các xét nghiệm trong viêm gan siêu vi A, B, C, D và E cấp
3. Nguyên tắc điều trị và theo dõi viêm gan siêu vi cấp
4. Phòng ngừa viêm gan siêu vi A, B

VÀNG DA

Sinh lý bài tiết mật và chuyển hóa bilirubin

Tiếp cận vàng da

- VD không sốt: vàng da trước gan, tại gan và sau gan
- VD do bệnh tế bào gan: viêm gan cấp
- VD do bệnh lý đường mật- tiết mật
- VD có sốt: bệnh lý nhiễm trùng

Viêm gan là gì? Tình trạng tổn thương hoặc hoại tử tế bào gan, aspartate aminotransferase (AST) và alanine aminotransferase (ALT) tăng. Người bệnh tăng men gan có thể có triệu chứng hoặc không có triệu chứng

ULN (giá trị bình thường cao): 35 U/L đối với nam, 25 U/L đối với nữ*

Viêm gan cấp: xảy ra ≤ 6 tháng (men gan thường tăng x10 lần). **Viêm gan mạn:** > 6 tháng

VIÊM GAN CẤP

Nguyên nhân của viêm gan cấp: có nhiều nguyên nhân

*Viêm gan do thuốc

*Viêm gan do rượu/ độc chất

*Viêm gan siêu vi

*Viêm gan tự miễn

*Viêm gan do chuyển hóa

XÉT NGHIỆM TRONG VIÊM GAN SIÊU VI CẤP

- aminotransferase huyết thanh ALT, AST tăng 1000-2000 U/L
 - VGSV: ALT > AST (AST tế bào gan (tế bào chất, ty thể) + tế bào khác, ALT tế bào chất- gan)
 - men gan bình thường sau 1-4 tháng
- Bilirubin tăng
 - BN có vàng da bilirubin > 43 $\mu\text{mol/L}$
 - Bilirubin 85-340 $\mu\text{mol/L}$, TT # GT (ưu thế GT >85%, TT >50%)
 - Bilirubin có thể tiếp tục tăng mặc dù men gan bắt đầu giảm
 - Bilirubin > 340 $\mu\text{mol/L}$: phân biệt bệnh lý vàng da tán huyết
- TQ là yếu tố tiên lượng bệnh (nặng <70%)- thường không đáp ứng vit K
- Albumin bình thường

XÉT NGHIỆM

Dấu ấn huyết thanh chẩn đoán nguyên nhân viêm gan siêu vi cấp

-HAV cấp: anti-HAV IgM*

-HBV cấp: HBsAg, anti-HBc IgM*

-Anti-HCV: xuất hiện sau nhiễm 8-12 tuần, có thể lặp lại lần 2

-HDV: HBsAg, anti-HDV IgM*, anti-HBc IgM (-/+)

-HEV cấp: anti-HEV IgM*

Siêu âm: giúp loại trừ bệnh lý tắc mật sau gan

Thường qui: Công thức máu: Bạch cầu máu bình thường (lymphocyte không điển hình)

Đường huyết; Creatinin máu; TPTNT; Xquang phổi: thường trong giới hạn bình thường

ĐIỀU TRỊ

Người bệnh nên nghỉ ngơi, hạn chế thức khuya và làm việc nặng cho đến khi hết vàng da

Chế độ ăn ít béo nhiều chất bột đường giúp bệnh nhân đỡ đầy bụng. Khuyến khích bệnh nhân ăn nhiều vào buổi sáng, vì lúc đó bệnh nhân đỡ chán ăn và mệt mỏi hơn buổi chiều. Khi người bệnh thèm ăn trở lại, chế độ ăn nhiều chất đạm có thể giúp họ nhanh chóng hồi phục. Không cần thiết phải bổ sung vitamin, các amino axit và những chất tan trong chất béo

Không được uống rượu, bia hay dùng những chất được cho là thuốc hoặc thảo dược điều trị gan không theo chỉ định của thầy thuốc

Không dùng thuốc ảnh hưởng hay gây độc cho gan

Corticoide không thúc đẩy tốc độ hồi phục hoặc hỗ trợ miễn dịch trong viêm gan siêu vi

ĐIỀU TRỊ

Đối với viêm gan siêu vi B cấp theo Hướng dẫn của Bộ Y tế 2019, có chỉ định dùng Entecavir hoặc Tenofovir (TDF, TAF) cho đến khi mất HBsAg trong:

- Viêm gan siêu vi thể tối cấp
- Viêm gan siêu vi B cấp kèm theo ít nhất 2 trong 3 tiêu chí sau: i. bệnh não gan ii. Bilirubin toàn phần > 51 iii. INR > 1,5
- Bệnh kéo dài > 4 tuần với bilirubin có xu hướng tăng

THEO DÕI DIỄN TIẾN BỆNH

Tiêu chuẩn nhập viện

- dấu hiệu lâm sàng nặng: biến chứng suy gan, bệnh lý nặng đi kèm
- vàng da
- men gan, bilirubin, TQ thay đổi nặng
- bệnh gan sẵn có
- nhà xa, lo lắng
- hay uống rượu, uống thuốc gia truyền

Theo dõi lúc nằm viện

- tri giác, tổng trạng, sinh hiệu
- vàng da, xuất huyết, chiều cao gan
- xét nghiệm sau 3-5 ngày

VGSV cấp phần lớn người bệnh tự hồi phục, ít khi xảy ra biến chứng suy gan. Tác nhân có thể chuyển sang bệnh mạn tính là HBV, HCV, HDV, HEV (cơ địa ghép tạng)

PHÒNG NGỪA

Viêm gan siêu vi A

Thụ động sau tiếp xúc: KT 0,02 ml/kg TB bảo vệ ít nhất 3 tháng; 0,06 ml/kg TB bảo vệ 3- 5 tháng

Chủng ngừa vaccin tạo kháng thể chủ động (SV bị bất hoạt bởi formalin)

Sau chủng 4 tuần, bắt đầu có KT bảo vệ, hiệu quả kéo dài 20- 30 năm

Chích **2 mũi**, phác đồ 0-6, liều vaccin cho đối tượng <19 tuổi bằng nửa liều của người lớn (>1 tuổi)

CĐ: người chưa có MD, bệnh gan mạn (HBV, HCV)

PHÒNG NGỪA

Viêm gan siêu vi B

- PN cho trẻ sơ sinh/ thai phụ có HBsAg (+), 0,5 ml HBIG, TB, liều duy nhất, ngay sau sinh

và bắt đầu chủng ngừa vắc xin cho trẻ trong vòng 12 giờ đầu

- PN thụ động sau phơi nhiễm: kháng thể 0,06 ml/kg TB, liều duy nhất
chủng ngừa vắc xin có thể bắt đầu trong vòng 1-2 tuần sau tiếp xúc (2 tuần – qhtd)

kháng thể HBIG và vaccin có thể cùng một lúc, ở 2 vị trí khác nhau

- chủ động bằng vắc xin theo phác đồ 0-1-6
- Engerix-B, <20 tuổi, ½ liều so với người lớn

CẢM ƠN SỰ THEO DÕI CỦA CÁC BẠN

