

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành Phác đồ điều trị một số bệnh thường gặp tại khoa Khám bệnh –Liên chuyên khoa thuộc Trung tâm Y tế Phú Thiện

GIÁM ĐỐC TRUNG TÂM Y TẾ PHÚ THIỆN

Căn cứ Luật khám bệnh, chữa bệnh số 15/2023/QH15 ban hành ngày 09/01/2023.

Căn cứ Quyết định số 563/QĐ-UBND ngày 07 tháng 02 năm 2026 của UBND tỉnh Gia Lai về việc quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Trung tâm Y tế Phú Thiện;

Theo đề nghị của Hội đồng khoa học và Trưởng phòng Kế hoạch Nghiệp vụ.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này là Phác đồ điều trị một số bệnh thường gặp tại khoa Khám bệnh –Liên chuyên khoa thuộc Trung tâm Y tế Phú Thiện (Phác đồ điều trị 24 bệnh kèm theo).

Điều 2. Phác đồ điều trị một số bệnh thường gặp tại khoa Khám bệnh –Liên chuyên khoa được áp dụng tại Trung tâm Y tế Phú Thiện.

Điều 3. Tổ chức thực hiện

- Các khoa lâm sàng chịu trách nhiệm triển khai thực hiện phác đồ điều trị nêu tại Điều 1.

- Trưởng các khoa lâm sàng có trách nhiệm phổ biến, hướng dẫn, kiểm tra việc thực hiện đối với toàn bộ nhân viên y tế thuộc phạm vi quản lý.

Điều 4. Trưởng phòng Kế hoạch nghiệp vụ, Trưởng/Phó các khoa lâm sàng và cá nhân có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này.

Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký./.

Nơi nhận:

- Như Điều 4;
- Lãnh đạo TTYT;
- Lưu: VT, KHN.

**KT. GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC**



Bùi Phi Sang

SỞ Y TẾ GIA LAI
TRUNG TÂM Y TẾ PHÚ THIÊN



PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ MỘT SỐ BỆNH THƯỜNG GẶP TẠI
KHOA KHÁM BỆNH-LIÊN CHUYÊN KHOA

PĐĐT.05.KB-LCK

(Ban hành kèm theo quyết định số /QĐ-TTYT ngày tháng năm 2026
của Trung tâm Y tế Phú Thiện)

	Người viết	Người kiểm duyệt	Người phê duyệt
Họ và tên	BSCKI. Tống Văn Minh	BSCKI. Mã Thị Thu Huyền	BSCKI. Bùi Phi Sang
Ký			
Chức danh	Phó trưởng khoa Khám bệnh-LCK	Trưởng phòng KHN	Phó giám đốc

MỤC LỤC

- Bài 1. Tăng huyết áp
- Bài 2. Loét dạ dày-tá tràng
- Bài 3. Điều trị helicobacter pylori
- Bài 4. Đái Tháo đường Type 2
- Bài 5. Viêm tiểu phế quản
- Bài 6. Tiêu chảy nhiễm trùng
- Bài 7. Nhiễm trùng nhiễm độc thức ăn
- Bài 8. Viêm quầng và viêm mô tế bào
- Bài 9. Bệnh Tay -Chân- miệng
- Bài 10. Quai bị
- Bài 11. Bệnh sởi
- Bài 12. Bệnh Rubella
- Bài 13. Bệnh thủy đậu
- Bài 14. Zona
- Bài 15. Sốt xuất huyết Dengue
- Bài 16. Cúm mùa
- Bài 17. Nhiễm siêu vi không xác định
- Bài 18. Viêm đường hô hấp trên
- Bài 19. Viêm phổi ở trẻ em
- Bài 20. Viêm phế quản cấp
- Bài 21. Mày đay
- Bài 22. Rối loạn tiền đình
- Bài 23. Viêm dạ dày
- Bài 24. Rối loạn lipid máu

BÀI 1. TĂNG HUYẾT ÁP

11.1. ĐỊNH NGHĨA

Tăng huyết áp (THA) là khi (một hoặc cả hai):

- HA tâm thu ≥ 140 mmHg (BN từ 18 – <60 tuổi) hay ≥ 150 mmHg (BN từ 60 tuổi trở lên).
- HA tâm trương ≥ 90 mmHg.

11.2. PHÂN LOẠI THA (theo JNC 7)

Phân loại	Huyết áp tâm thu (mmHg)	Huyết áp tâm trương (mmHg)
Bình thường	< 120	< 80
Tiền THA	120 – 139	80 – 89
THA độ 1	140 – 159	90 – 99
THA độ 2	≥ 160	≥ 100

11.3. CẬN LÂM SÀNG

Xét nghiệm thường quy:

- Đường huyết lúc đói.
- Cholesterol, Triglycerid, LDL, HDL.
- Natri, kali máu.
- Acid uric.
- Creatinin máu (có ước lượng GFR).
- Tổng phân tích nước tiểu, xét nghiệm tìm đạm vi thể.
- ECG, siêu âm tim.

11.4. ĐIỀU TRỊ (theo JNC 8)

11.4.1. Mục tiêu điều trị

- BN ≥ 60 tuổi: HA tâm thu < 150 mmHg và HA tâm trương < 90 mmHg.
- BN < 60 tuổi: HA tâm thu < 140 mmHg và HA tâm trương < 90 mmHg.
- BN > 18 tuổi có bệnh thận mạn tính hoặc đái tháo đường: HA tâm thu < 140 mmHg và HA tâm trương < 90 mmHg.

11.4.2. Nguyên tắc điều trị

- Thay đổi lối sống kết hợp giáo dục bệnh nhân tuân thủ chế độ điều trị.
- Tuân thủ nguyên tắc từng bước và theo cá thể.
- Không hạ HA quá nhanh.
- Điều chỉnh các yếu tố nguy cơ bệnh tim mạch khác đã phát hiện được (rối loạn lipid, ĐTD, rối loạn dung nạp đường huyết, béo phì, hút thuốc lá,...) để giảm nguy cơ tim mạch toàn bộ.
- Điều trị lâu dài, đạt huyết áp mục tiêu với liều duy trì tối thiểu thích hợp.
- Không phối hợp ACEI và ARB.
- Chú ý điều kiện kinh tế của BN.

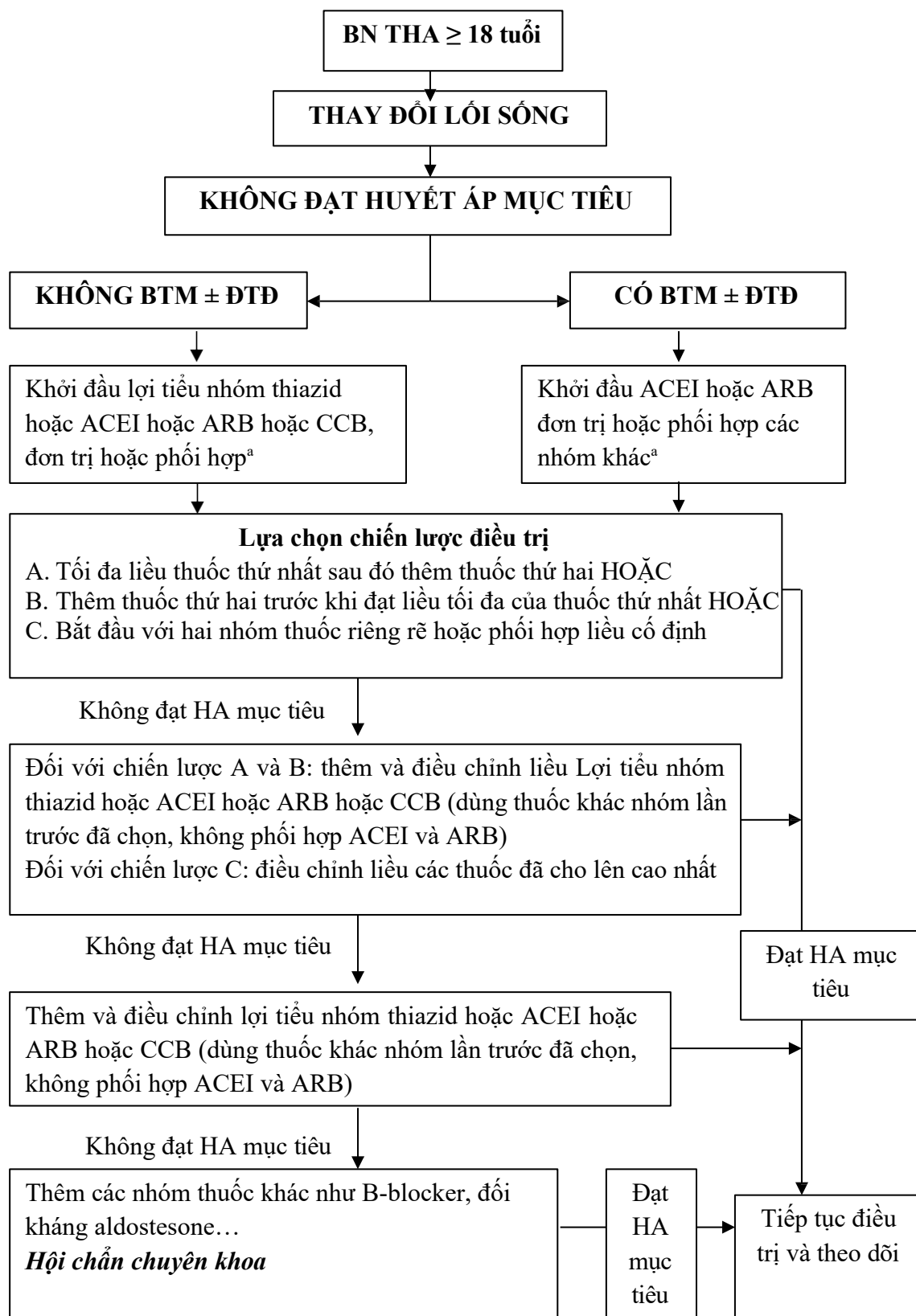
11.4.3. Các thuốc hạ huyết áp thường dùng

- Thuốc lợi tiểu Thiazid: Hydrochlorothiazid, Indapamid,...
- Thuốc ức chế kênh Ca (CCB): Amlodipin, Felodipin,...
- Thuốc ức chế thụ thể Angiotensin (ARB): Losartan, Candesartan, Telmisartan, Irbesartan, Valsartan,...
- Thuốc ức chế men chuyển angiotensin (ACEI): Captopril, Enalapril, Perindopril,...
- Thuốc ức chế Beta: Atenolol, Metoprolol,...

Các nhóm thuốc	Liều (mg/ngày)			Lưu ý
	Khởi đầu	Thường dùng	Số lần /ngày	
A. Lợi tiểu nhóm thiazid				
Hydrochlorothiazid	12,5 - 25	25 - 50	1 - 2	CCĐ: Suy thận CrCl < 30
Indapamide	1,25	1,25 - 2.5	1	
B. ACEI				
Captopril	12,5	150 - 200	2	Chỉnh liều khi suy thận.
Enalapril	2,5	20	1 - 2	
Perindopril	4	4 - 8	1 - 2	
Lisinopril	5	40	1	
C. ARB				
Candesartan	4	12 - 32	1	Có báo cáo ca lâm sàng có thể gây tổn thương gan. Thận trọng khi sử dụng.
Losartan	25	50 - 100	1 - 2	
Telmisartan	40	40 - 80	1	
D. B-blocker				
Atenolol	25 - 50	100	1	Chỉnh liều khi suy thận.
Bisoprolol	5	5 - 10	1	
Carvedilol	6,25	6,25 - 25	2	CCĐ: Bệnh gan có triệu chứng, suy giảm chức năng gan.
E. CCB				
Amlodipin	5	10	1	Chỉnh liều khi suy gan
Nifedipin extended release	30 - 60	30 - 90	1	Tăng liều dần mỗi 7 – 14 ngày

Phụ lục 1: Lưu đồ điều trị tăng huyết áp

(BTM = bệnh thận mạn tính, ĐTĐ = đái tháo đường)



BÀI 2. LOÉT DẠ DÀY - TÁ TRÀNG

12.1. ĐẠI CƯƠNG

Loét dạ dày - tá tràng là tổn thương gây khuyết lớp niêm mạc dạ dày - tá tràng với độ sâu ít nhất là đến lớp dưới niêm mạc. Nguyên nhân gồm:

12.1.1. Loét dạ dày - tá tràng có liên quan nhiễm trùng

- Nhiễm *Helicobacter pylori* (Hp) (thường gặp nhất).
- Nhiễm virus như: CMV, *Herpes virus*,...

12.1.2. Loét dạ dày - tá tràng không liên quan nhiễm trùng

- Do stress.
- Hóa chất: NSAID, Aspirin, Corticosteroid, rượu, urê huyết cao, dịch mật,...
- Do bất thường về nội tiết (Tăng tiết Acetylcholin, ACTH, cortisol...), do rối loạn vận động dạ dày,...

12.2. CHẨN ĐOÁN

12.2.1. Lâm sàng

- Đau vùng thượng vị (80 – 90% trường hợp), có thể đau lan dọc theo xương ức, vùng trước tim hay ra sau lưng, thường kèm cảm giác nóng rát.
- Loét tá tràng thường đau lúc bụng đói (sau ăn 3 – 4 giờ), đau lúc ngủ; (có nhiều lúc đau nhiều ban đêm từ 1 - 3 giờ sáng làm bệnh nhân thức dậy). Thường được giảm đau do thức ăn, sữa, antacid.
- Loét dạ dày thường đau sau ăn (15 – 30 phút), ít đau nhất hoặc không đau khi bụng trống (một cách tự nhiên hoặc do bệnh nhân ói). Do đó, hầu hết bệnh nhân loét dạ dày đều tránh ăn và sụt cân.
- Nôn ói, ói.
- Chán ăn, sụt cân.
- Rối loạn tiêu hóa: đầy hơi, khó tiêu, táo bón hoặc tiêu chảy.

12.2.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm tìm Hp, xét nghiệm mô học, cấy vi khuẩn mẫu sinh thiết niêm mạc dạ dày, xét nghiệm dịch vị hay chất nôn ói tìm độc chất... ⇒ để tìm nguyên nhân gây loét dạ dày tá tràng.
- Tùy các chẩn đoán phân biệt, các biến chứng cần theo dõi ⇒ có các chỉ định cận lâm sàng phù hợp khác.

12.3. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Khó tiêu chức năng (khó tiêu không do loét).
 - Viêm trào ngược thực quản - dạ dày (GERD).
 - Viêm tụy cấp.
 - Viêm túi mật cấp.
 - U tân sinh ổ bụng (u dạ dày, gan, tụy,...).
-

- Nhồi máu cơ tim vùng hoành,...

12.4. BIẾN CHỨNG

- Xuất huyết tiêu hóa: thường gặp, 15 – 20% BN loét có 1 hoặc nhiều lần bị xuất huyết tiêu hóa.
- Thủng ổ loét: Thường gặp ở nam gấp 4 – 8 lần nữ.
- Hẹp môn vị.
- Loét xuyên thấu dính vào cơ quan lân cận: thường là tụy, đường mật, mạc nối, mạc treo đại tràng,...
- Ung thư trên nền ổ loét.

12.5. ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA

12.5.1. Mục đích

- Giảm nhanh triệu chứng.
- Làm lành vết loét
- Ngừa loét tái phát.
- Giảm biến chứng do loét.
- Loại trừ nguyên nhân gây bệnh.

12.5.2. Điều trị không dùng thuốc

- Cần tránh tuyệt đối thức ăn gây tổn thương niêm mạc dạ dày, tá tràng: rượu bia, thuốc lá, thức ăn có nhiều gia vị chua cay.
- Tránh hoạt hóa acid mật: giảm ăn chất béo.
- Tạo môi trường đệm trong dạ dày: nên ăn nhiều bữa trong ngày, mỗi bữa không nên ăn quá no, ăn nhẹ, ăn lỏng – Ăn bữa cuối trước ngủ tối 3 giờ.
- Tránh suy nghĩ căng thẳng, stress.
- Có thể dùng sữa để trung hòa nhanh acid dạ dày.

12.5.3. Thuốc điều trị

12.5.3.1. Thuốc ức chế tiết acid

Là thuốc chính điều trị loét dạ dày tá tràng Thời gian điều trị: 08 tuần đối với loét tá tràng, 12 tuần đối với loét dạ dày. Có thể sử dụng 1 trong 2 nhóm sau:

- Thuốc ức chế bơm proton (PPI = Proton Pump Inhibitor). Nên uống 1 lần/ngày trước ăn sáng 30 phút, liều chuẩn:
 - + Omeprazole 20 – 40 mg.
 - + Lansoprazole 30 mg.
 - + Pantoprazole 40 mg.
 - + Esomeprazole 40 mg.
 - + Rabeprazole 20 mg.
 - Các thuốc kháng thụ thể H_2 , liều dùng hàng ngày:
 - + Cimetidine 800 mg, tối trước ngủ hoặc 400 mg x 3 lần.
 - + Ranitidine 300 mg tối trước ngủ hoặc 150 mg x 2 lần.
 - + Nizatidine 300 mg tối trước ngủ hoặc 150 mg x 2 lần.
 - + Famotidine 40 mg tối trước ngủ hoặc 20 mg x 2 lần.
-

12.5.3.2. Các thuốc điều trị triệu chứng

- Kháng acid: có chứa Hydroxyt nhôm hoặc Magne, có tính trung hòa acid, giúp giảm đau nhanh.
- Các nhân hoạt hóa bề mặt: Sucralfat (1 g/viên hoặc gói).
 - + Giúp bảo vệ niêm mạc dạ dày.
 - + Uống trước 3 bữa ăn 1 giờ và trước khi ngủ.
- Protaglandin tổng hợp (Misoprostol, Enprotil). Chống tiết tương đối yếu.
- Các thuốc tác động lên chức năng vận động dạ dày ruột.
- Chống co thắt hướng cơ trơn: Drotaverin, Mebeverine,...
- Thuốc hỗ trợ vận động dạ dày – ruột: Domperidon, Metoclopramid, nhóm đồng vận thụ thể 5 - HT4 (Mosaprid).

12.5.3.3. Diệt Helicobacter pylori

(Xem bài điều trị Helicobacter pylori để điều trị nguyên nhân gây bệnh).

12.5.3.4. Điều trị xuất huyết tiêu hóa trên do viêm loét dạ dày – tá tràng

- Đây là cấp cứu nội – ngoại khoa.
- Cần đánh giá mức độ mất máu, tình trạng huyết động, và yếu tố tiên lượng nặng khi điều trị.
- Phối hợp các biện pháp hồi sức (bồi hoàn thể tích tuần hoàn, truyền máu, duy trì huyết động ổn định, hỗ trợ hô hấp ...) với điều trị cầm máu và điều trị nguyên nhân.
- Cầm máu nội khoa:
 - + Đặt thông dạ dày: theo dõi tình trạng mất máu, rửa dạ dày với Natriclorid 0,9%.
 - + PPI: Esomeprazol hoặc Pantoprazol hoặc Omeprazol.
 - Liều tấn công: 80 mg tiêm tĩnh mạch chậm.
 - Liều duy trì TTM 8 mg/giờ x 72 giờ (có thể đến 5 ngày).
 - Khi tình trạng xuất huyết ổn định, chuyển sang PPI uống.
 - + Điều trị nội soi can thiệp: thời điểm tiến hành nội soi tùy thuộc vào mức độ chảy máu, tình trạng chảy máu còn tiếp diễn hay không và tùy vào tình trạng toàn thân của bệnh nhân.
- Điều trị ngoại khoa khi có chỉ định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phác đồ điều trị BV Chợ Rẫy năm 2013, BV Nhân Dân 115 năm 2014.
 2. Bài tiết acid dịch vị và bệnh lý liên quan.
 3. PGS.TS Đào Văn Long – Nhà xuất bản Y học năm 2014.
-

BÀI 3. ĐIỀU TRỊ *HELICOBACTER PYLORI* TRONG BỆNH LÝ DẠ DÀY - TÁ TRÀNG

13.1. ĐẠI CƯƠNG

Vi khuẩn *Helicobacter pylori* (*H.p*) từ lâu đã được phát hiện sống tại lớp nhày ngay sát lớp biểu mô niêm mạc dạ dày. Khoảng 60 - 90% loét dạ dày tá tràng là do *H.p*. Từ năm 2005, Tổ chức y tế thế giới chính thức xếp *H.p* là nguyên nhân gây ung thư dạ dày. Vi khuẩn *H.p* còn gây ra một số bệnh khác tại dạ dày như chứng khó tiêu chức năng. Ngoài ra, *H.p* còn gây bệnh tại ngoài cơ quan tiêu hóa như bệnh giảm tiêu cầu tiền phát...

13.2. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ

13.2.1. Có nhiễm *H.p* gây ra các bệnh dạ dày - tá tràng

- Loét dạ dày.
- Loét hành tá tràng.
- Chứng khó tiêu chức năng.
- Ung thư dạ dày đã phẫu thuật hoặc cắt bớt niêm mạc.

13.2.2. Dự phòng ung thư dạ dày

- Những người có bố, mẹ, anh em ruột bị ung thư dạ dày.
- Khối u dạ dày: adenoma, polyp tăng sản đã cắt.
- Viêm teo toàn bộ niêm mạc dạ dày.
- Viêm teo lan hết toàn bộ niêm mạc thân vị dạ dày.
- Người có nhiễm *H.p* mà quá lo lắng về *H.p* gây ung thư dạ dày.

13.3. PHƯƠNG PHÁP CHẨN ĐOÁN

13.3.1. Chẩn đoán nhiễm *H.p* qua nội soi tiêu hóa trên

- Test nhanh urease: độ nhạy 85 – 90%, độ đặc hiệu 95% - 98%.
- Mô bệnh học: độ nhạy > 95%; độ đặc hiệu > 95%.
- Nuôi cấy.

13.3.2. Chẩn đoán nhiễm *H.p* không qua nội soi tiêu hóa trên

- Test thở: độ nhạy 95% và độ đặc hiệu 96%.
- Tìm kháng thể kháng *H.p* trong huyết thanh.
- Xét nghiệm tìm kháng nguyên *H.p* trong phân.

13.3.3. Lưu ý

- Trước khi làm xét nghiệm chẩn đoán nhiễm *H.p* cần:
 - + Ngưng PPI, Anti H₂ ít nhất 02 tuần.
 - + Ngưng kháng sinh và Bismuth ít nhất 04 tuần.
- Trong thực tiễn lâm sàng chỉ dùng test nhanh urease và test hơi thở để chẩn đoán và theo dõi điều trị nhiễm *H.p*. Nuôi cấy vi khuẩn dùng để làm kháng sinh đồ trong trường hợp vi khuẩn kháng kháng sinh.

13.4. ĐIỀU TRỊ

13.4.1. Nguyên tắc

- Cần bắt buộc làm xét nghiệm *H.p* trước.
- Sử dụng kháng sinh đường uống.
- Phải điều trị phối hợp thuốc giảm tiết acid với ít nhất 2 loại kháng sinh.

13.4.2. Phác đồ điều trị lần đầu

Tùy trường hợp cụ thể có thể lựa chọn 1 trong các phác đồ sau:

13.4.2.1. Phác đồ 3 thứ thuốc

Được lựa chọn ở những nơi **tỉ lệ kháng Clarithromycin < 20%** (lưu ý ở Miền Nam, vào năm 2006, tỉ lệ kháng Clarithromycin nguyên phát đã là 30,4%).

- Bao gồm các thuốc:
 - + Thuốc ức chế bơm Proton (Proton Pump Inhibitor: PPI) liều chuẩn x 2 lần/ngày, uống trước ăn 30 phút.
 - + Và 2 trong 3 kháng sinh sau:
 - Clarithromycin 500 mg x 2 lần/ngày, uống sau ăn.
 - Amoxicillin 1 g x 2 lần/ngày uống sau ăn.
 - Metronidazol 500 mg x 2 lần/ngày uống sau ăn.
- Thời gian điều trị: 14 ngày.

13.4.2.2. Phác đồ 4 thuốc có Bismuth

Bao gồm các thuốc:

- PPI liều chuẩn x 2 lần/ngày, uống trước ăn 30 phút.
- Bismuth uống lúc bụng trống:
 - + Subsalicylat 525 mg x 4 lần/ngày hoặc
 - + Subcitrat 120 mg x 4 lần/ngày.
- Metronidazol 500 mg x 2 lần/ngày, uống sau ăn.
- Doxycyclin 100 mg x 2 lần/ngày uống sau ăn (hoặc Tetracyclin 1 g x 2 lần/ngày).
- Thời gian điều trị: 14 ngày.

13.4.2.3. Phác đồ 4 thuốc không có Bismuth (Phác đồ 3 kháng sinh)

- Bao gồm các thuốc:
 - + PPI.
 - + Clarithromycin.
 - + Amoxicillin.
 - + Metronidazol.
- Liều và cách dùng như trên, thời gian điều trị: 14 ngày.

13.4.2.4. Phác đồ nối tiếp

- 5 – 7 ngày đầu:
 - + PPI liều chuẩn x 2 lần/ngày, uống trước ăn 30 phút.
 - + Amoxicillin 1 g x 2 lần/ngày, uống sau ăn.
- 5 – 7 ngày kế tiếp:
 - + PPI liều chuẩn x 2 lần/ngày, uống trước ăn 30 phút.

- + Clarithromycin 500 mg x 2 lần/ngày, uống sau ăn.
- + Metronidazol/Tinidazol: 500 mg x 2 lần/ngày, uống sau ăn.

13.4.3. Phác đồ điều trị lần thứ 2

13.4.3.1. Phác đồ 4 thuốc có Bismuth, nếu trước đó chưa dùng điều trị.

13.4.3.2. Phác đồ 3 thuốc có Levofloxacin, nếu trước đó đã dùng phác đồ có Bismuth.

- Bao gồm các thuốc:
 - + PPI: liều chuẩn x 2 lần/ngày, uống trước ăn 30 phút.
 - + Amoxicilline: 1g x 2 lần/ngày, uống sau ăn.
 - + Levofloxacin: 250 - 500 mg x 2 lần/ngày, uống sau ăn.
- Thời gian điều trị: 14 ngày.

13.4.4. Phác đồ điều trị khi thất bại nhiều lần

Nên nuôi cấy và làm kháng sinh đồ để chọn kháng sinh phù hợp. Tăng liều PPI hay chọn PPI ít chuyển hóa qua CYP2C19 (Rabeprazol, Pantoprazol) để tăng hiệu quả điều trị.

13.4.5. Lưu ý

- Trường hợp bệnh nhân bị loét dạ dày tá tràng thì cần phải điều trị các thuốc kháng tiết acid tiếp theo đủ thời gian theo phác đồ điều trị loét dạ dày tá tràng (vd: PPI liều chuẩn 8 tuần nếu loét tá tràng, 12 tuần nếu loét dạ dày).
- Khi điều trị diệt *H.p*, bệnh nhân cần tuân thủ liều thuốc điều trị, cách uống thuốc, không hút thuốc lá, uống rượu bia trong đợt điều trị.

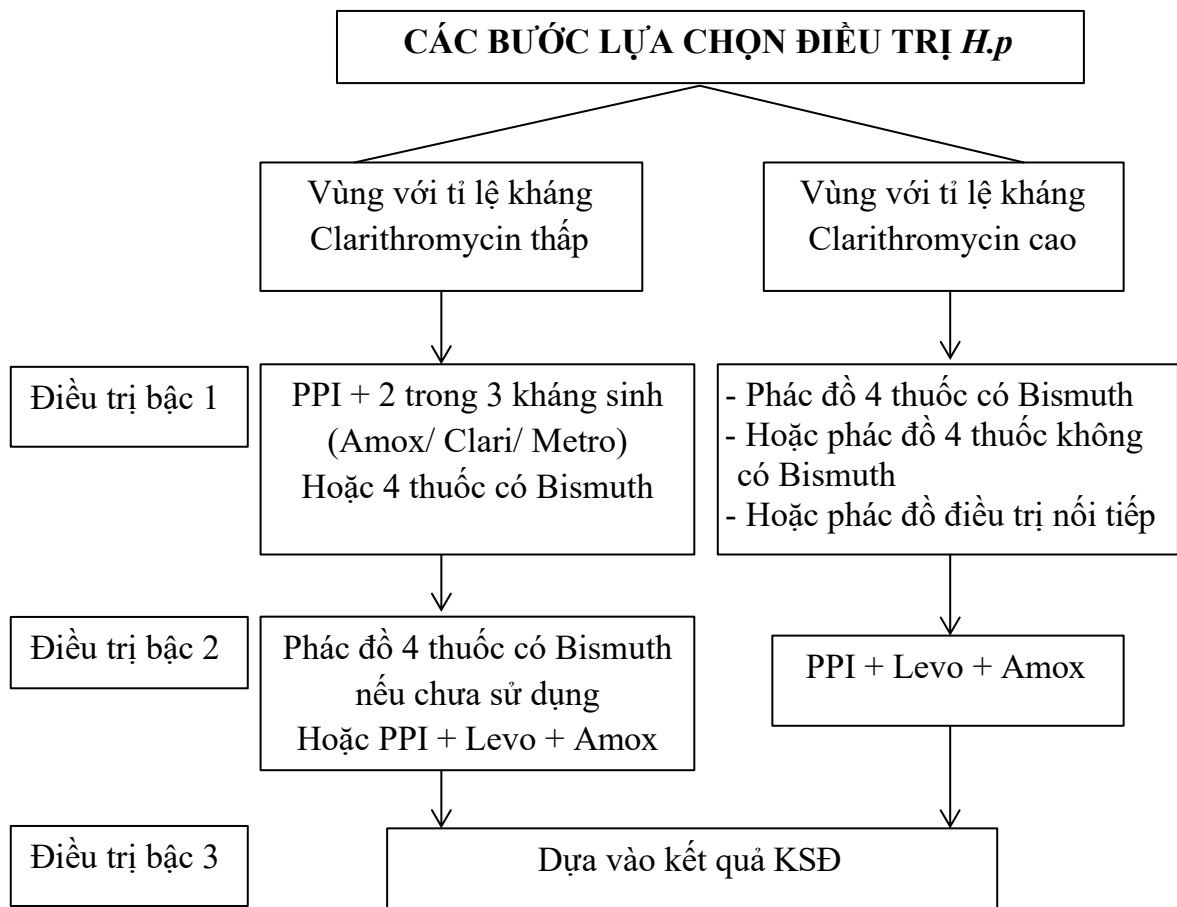
13.4.6. Theo dõi

- Cần làm xét nghiệm để kiểm tra kết quả điều trị diệt *H.p* (có thể dùng xét nghiệm test thở để kiểm tra khi không nội soi tiêu hóa, không dùng xét nghiệm huyết thanh).
- Nên nội soi định kỳ để đánh giá tổn thương hay xét nghiệm mô bệnh học trong các trường hợp sau:
 - + Viêm teo dạ dày mãn tính.
 - + Di sản ruột, loạn sản ở dạ dày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn Bộ Y Tế (2015) Diệt *Helicobacter Pylori* trong bệnh lý dạ dày tá tràng, trang 178 – 180.
2. Hội Khoa Học Tiêu Hóa Việt Nam (2013), Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị *Helicobacter pylori* Việt Nam, Nhà xuất bản Y học.
3. Phác đồ điều trị Bệnh viện Chợ Rẫy năm 2013. Phác đồ điều trị Bệnh viện Nhân Dân Gia Định 2014.
4. Bài tiết Acid dịch vị và bệnh lý liên quan. PGS.TS Đào Văn Long, NXB Y Học 2014.

Phụ lục 1: Sơ đồ điều trị Helicobacter Pylori



BÀI 4. ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2

14.1. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh đái tháo đường (WHO, IDF – 2012, ADA - 2013) dựa vào một trong 4 tiêu chí sau :

1. Mức Glucose huyết tương lúc đói $\geq 7,0$ mmol/l (≥ 126 mg/dl).
2. Mức Glucose huyết tương $\geq 11,1$ mmol/l (200 mg/dl) ở thời điểm 2 giờ sau nghiệm pháp dung nạp Glucose bằng đường uống.
3. HbA1c $\geq 6,5\%$.
4. Có các triệu chứng lâm sàng của đái tháo đường và mức Glucose huyết tương ở thời điểm bất kỳ $\geq 11,1$ mmol/l (200 mg/dl).

❖ **Những điểm cần lưu ý:**

- Nếu chẩn đoán dựa vào Glucose huyết tương lúc đói và/hoặc nghiệm pháp dung nạp Glucose bằng đường uống, thì phải làm hai lần vào hai ngày khác nhau.
- Có những trường hợp được chẩn đoán là đái tháo đường nhưng lại có Glucose huyết tương lúc đói bình thường. Trường hợp này phải ghi rõ chẩn đoán bằng phương pháp nào. Ví dụ “Đái tháo đường typ 2 – Phương pháp tăng Glucose máu bằng đường uống”.

14.2. ĐIỀU TRỊ

14.2.1. Nguyên tắc chung

14.2.1.1. Mục đích

- Duy trì lượng Glucose máu khi đói, Glucose máu sau ăn gần như mức sinh lý, đạt mức HbA1c lý tưởng, nhằm giảm các biến chứng có liên quan, giảm tỷ lệ tử vong do đái tháo đường.
- Giảm cân nặng (với người béo) hoặc không tăng cân (với người không béo).

14.2.1.2. Nguyên tắc

- Thuốc phải kết hợp với chế độ ăn và luyện tập. Đây là bộ ba trong điều trị bệnh đái tháo đường.
- Phải phối hợp điều trị hạ Glucose máu với điều chỉnh các rối loạn lipid máu, duy trì trị số huyết áp hợp lý, phòng chống các rối loạn đông máu,...
- Khi cần phải dùng Insulin như: đợt cấp của bệnh mạn tính, bệnh nhiễm trùng nặng, nhồi máu cơ tim, ung thư, phẫu thuật,...

14.2.2. Mục tiêu điều trị

Chỉ số	Tốt	Chấp nhận	Kém
Glucose máu (mmol/l)			
- Lúc đói	4,4 – 6,1	$\leq 6,5$	$> 7,0$
- Sau ăn	4,4 – 7,8	$> 7,8$ đến $\leq 9,0$	$> 9,0$

Chỉ số	Tốt	Chấp nhận	Kém
HbA1c (%)	$\leq 7,0$	$> 7,0$ đến $\leq 7,5$	$> 7,5$
Huyết áp (mmHg)	$\leq 140/80$ $\leq 130/80$, nếu có bệnh thận do ĐTĐ	130/80 đến 140/90	$> 140/90$
Cholesterol TP (mmol/l)	$< 4,5$	4,5 đến $\leq 5,2$	$\geq 5,3$
Triglycerid (mmol/l)	$< 1,5$	$\leq 2,3$	$> 2,3$
LDL (mmol/l)	$< 1,7$	$\leq 2,0$	$\geq 3,4$

Mục tiêu điều trị và thuốc điều trị cần cá thể hóa để đạt hiệu quả điều trị tốt nhất với ít nguy cơ hạ đường huyết nhất (Vd: HbA1c cần đạt $< 6,5\%$ ở BN trẻ, không có bệnh tim mạch, nhưng có thể ở mức 7,5 – 8% ở BN lớn tuổi, có bệnh lý tim mạch,...)

14.2.3. Điều trị không dùng thuốc

14.2.3.1. Luyện tập vận động thể lực thích hợp

❖ Lưu ý:

- Không gắng sức khi Glucose huyết > 250 mg/dl và ceton máu dương tính.
- HA tối đa phải < 180 mmHg trong quá trình luyện tập.

14.2.3.2. Dinh dưỡng

- Giảm cân nặng nếu thừa cân béo phì.
- Dùng carbohydrate hấp thụ chậm, mỡ chứa axit béo không no,...
- Ngưng hút thuốc lá,...

14.2.4. Các nhóm thuốc điều trị hạ Glucose huyết

- Thuốc uống: 6 nhóm.
- Thuốc chích: Insulin,...

14.2.4.1. Các nhóm thuốc hạ Glucose huyết uống

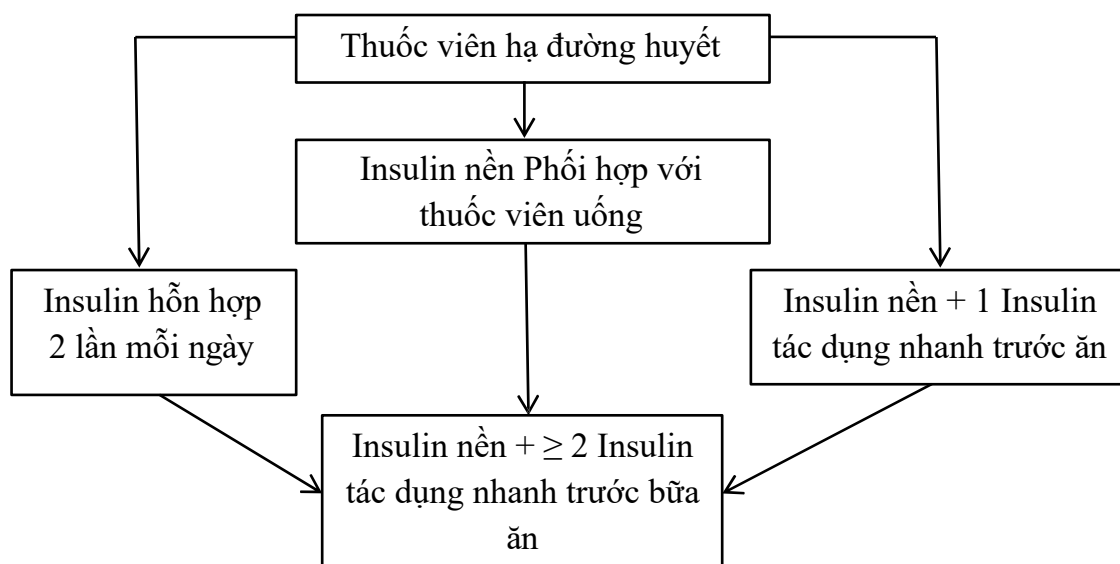
1. Biguanid.
2. Sulfonylurease (SU).
3. Glinide.
4. Thiazolidinedion.
5. Ức chế men Alpha – Glucosidase.
6. Ức chế men DPP – 4 (Gliptin).

14.2.4.2. Insulin

Loại Insulin (Tiêm dưới da)	Bắt đầu tác dụng	Đỉnh	Thời gian tác dụng
Tác dụng rất nhanh	15 – 30 phút	0,5 – 1 giờ	3 – 5 giờ
Tác dụng nhanh	30 phút	2 – 4 giờ	6 – 8 giờ
Tác dụng trung bình	1 – 2 giờ	6 – 12 giờ	18 – 24 giờ

Loại Insulin (Tiêm dưới da)	Bắt đầu tác dụng	Đỉnh	Thời gian tác dụng
Tác dụng dài (Lantus, Detemir)	3 – 6 giờ	Không	24 giờ

- Chỉ định dùng Insulin:
 - + Có thai.
 - + Có bệnh cấp tính khác đi kèm (NMCT cấp, nhiễm khuẩn nặng, can thiệp phẫu thuật...).
 - + Nhiễm Ceton acid, hôn mê tăng áp lực thẩm thấu.
 - + Khi dùng viên hạ Glucose huyết không đạt hiệu quả điều trị, hoặc có các chống chỉ định (suy gan, suy thận, dị ứng...).
 - + Có thể chỉ định ngay từ lần khám đầu tiên nếu HbA1c > 9% và đường huyết lúc đói > 15 mmol/L.
- Một số điểm lưu ý khi sử dụng Insulin:
 - + Khi tiêm dưới da tác dụng của thuốc: tiêm vùng bụng > bắp tay > mông, đùi.
 - + Khi tiêm dưới da vào vùng có vận động (bụng/bơi lội; bắp tay/tenis) thuốc sẽ tác dụng nhanh hơn, ngắn hơn.
 - + Phải thay đổi vị trí tiêm thường xuyên để tránh loạn dưỡng mô mỡ
 - + Chú ý nguy cơ hạ đường huyết khi tiêm.
 - + Thuốc gây tăng cân.
 - + Có thể phối hợp: Metformin, ức chế men α -Glucosidase, ức chế men DPP – 4.
 - + Có thể phối hợp với SU, Glinide nếu dùng insulin nền.
 - + Không nên phối hợp SU, Glinide nếu đã dùng Insulin nhanh.
- Các phác đồ điều trị với Insulin, kết hợp Insulin với thuốc viên hạ đường huyết:
 - + Cách 1: Phối hợp với Insulin nền
 - Thuốc viên đang uống nếu là S.U giảm 50% liều đang điều trị và chỉ uống khi vào buổi sáng.
 - Phối hợp với Insulin nền 1 lần/ngày vào buổi tối trước khi đi ngủ (liều 0,1 – 0,2 đơn vị/kg; chỉnh liều cứ 3 - 4 ngày /lần).
 - + Cách 2: Thuốc hạ đường huyết uống + Insulin hỗn hợp vào trước bữa ăn.
 - Insulin hỗn hợp tiêm 02 lần trước bữa ăn sáng chiều.
 - Insulin nền + Insulin nhanh trước mỗi bữa ăn. Nếu điều trị hoàn toàn bằng Insulin, liều khởi đầu thường 0,25 – 0,5 đơn vị/kg/ngày.



- Trong điều trị nên đưa lượng Glucose máu về mức tốt nhất có thể (cần chú ý tại biên hạ đường huyết do thuốc) và đạt HbA_{1c} mục tiêu trong vòng 3 tháng.
- Theo dõi, đánh giá tình trạng kiểm soát mức Glucose trong máu bao gồm: Glucose máu lúc đói, Glucose máu sau ăn và HbA_{1c} (thường đo 3 tháng 1 lần. Nếu Glucose ổn định tốt có thể đo HbA_{1c} mỗi 6 tháng 1 lần).

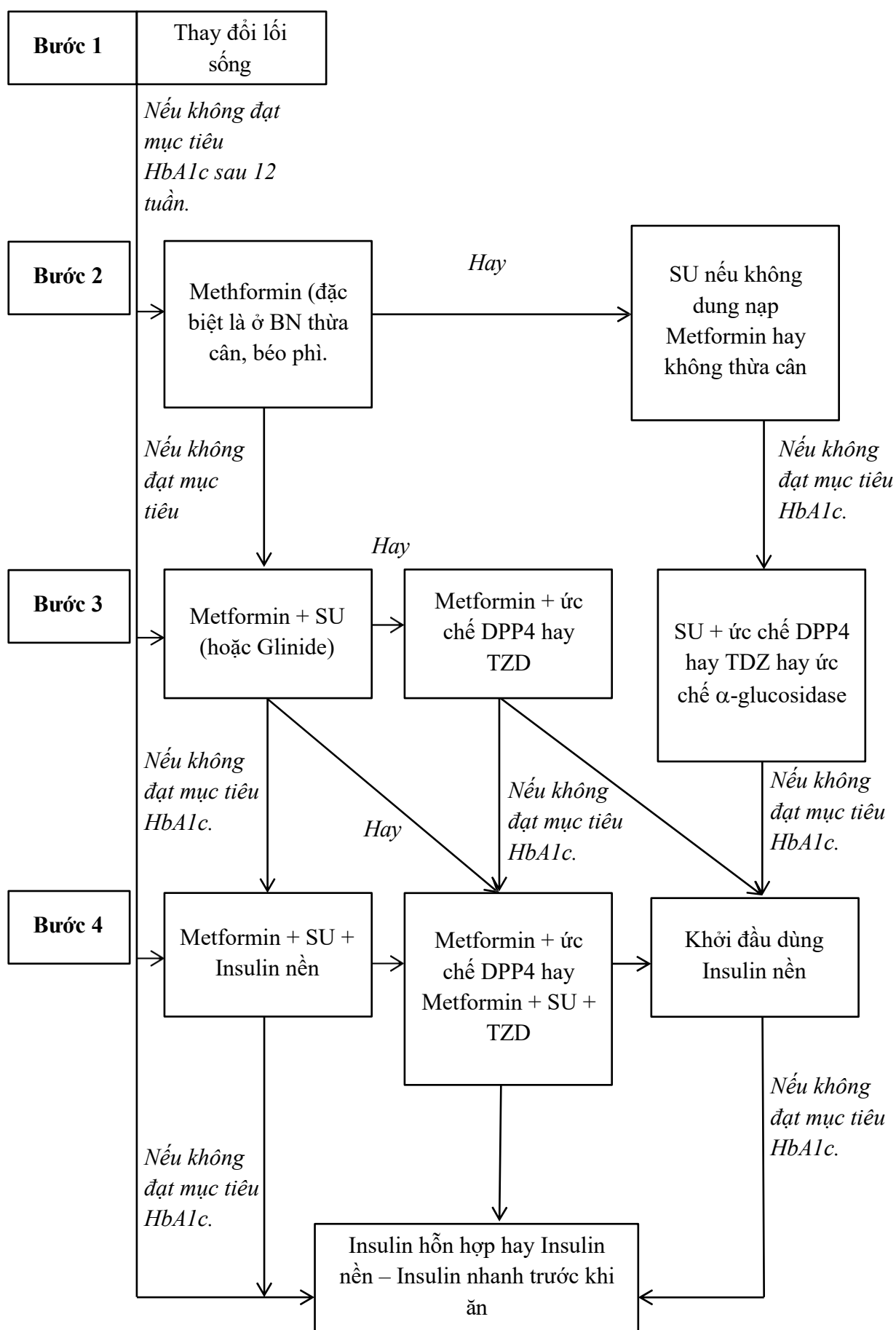
14.2.5. Phòng ngừa và kiểm soát bệnh tim mạch

- Bên cạnh điều chỉnh Glucose máu, phải đồng thời lưu ý cân bằng các thành phần lipid máu, các thông số về đông máu, duy trì số đo huyết áp theo mục tiêu.
- Điều trị tăng huyết áp:
 - + Thuốc được lựa chọn là ức chế men chuyển, ức chế thụ thể Angiotensin II; không khuyến cáo phối hợp 2 thuốc này với nhau.
 - + Thuốc được lựa chọn tiếp theo là ức chế Canxi và lợi tiểu.
- Điều trị rối loạn lipid máu.
 - + Nếu BN không có bệnh tim mạch: LDL < 2,6 mmol/l.
 - + Nếu BN có bệnh tim mạch: thì dùng Statin dù trị số mỡ máu là bao nhiêu và LDL mục tiêu < 1,7 mmol/l.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội tiết chuyển hóa của bộ Y Tế (tháng 9/2014).*
2. *Tài liệu của Hội Nội Tiết và Đái Tháo đường Việt Nam 2013.*
3. *Phác đồ điều trị bệnh viên Chợ Rẫy năm 2013.*

Phụ lục 1: Sơ đồ lựa chọn thuốc và phối hợp thuốc



Phụ lục 2: Các thuốc hạ glucose máu bằng đường uống

1. Biguanide

- Metformin là thuốc duy nhất trong nhóm còn được sử dụng.
- Làm giảm 1 – 1,5% HbA_{1c}.
- Dùng đơn độc không gây hạ Glucose máu, có thể làm giảm cân (có lợi ở bệnh nhân ĐTĐ thừa cân, béo phì).
- Là thuốc thường chọn khởi đầu điều trị cho bệnh nhân ĐTĐ type 2.
- Liều khởi đầu 500 mg hoặc 850 mg: (1 viên/ngày), thường uống vào buổi chiều, ngay trước hoặc sau ăn, tăng liều mỗi 5 - 7 ngày để giảm tác dụng phụ.
- Hiện nay, liều tối đa khuyến cáo là 2.000 mg/ngày hoặc 850 mg x 3 lần/ngày. Tăng liều hơn nữa không tăng thêm hiệu quả nhưng sẽ tăng tác dụng phụ.
- Chống chỉ định:
 - + Suy tim nặng.
 - + Bệnh phổi làm giảm oxy mô, bị thiếu oxy mô cấp (Nhồi máu cơ tim, nhiễm trùng nặng,...).
 - + Suy thận (GFR < 50 ml/phút).
 - + (GFR 30 – 45 ml/phút: dùng giảm liều + theo dõi điều trị BS chuyên khoa).
 - + Suy gan nặng, nghiện rượu mãn tính.
- Chú ý:
 - + Cần thận khi dùng ở BN > 80 tuổi.
 - + Ngưng Metformin ít nhất 6 – 24 giờ trước khi chụp cản quang.
 - + Dùng kéo dài nên bổ sung Vitamin B12.
- Tác dụng phụ:
 - + Rối loạn tiêu hóa (buồn nôn, tiêu chảy,...).
 - + Khi RLTH: Giảm liều hoặc chuyển Metformin phóng thích chậm (Glucophage XR, Panfor SR) có thể giảm tác dụng phụ.

2. Sulfonylureas

- Uống trước khi ăn 30 phút.
 - Làm giảm HbA_{1c} 1 - 1,5%, giảm Glucose máu trung bình 50 - 60 mg/dl.
 - Các thuốc thế hệ 2 (Gliclazid, Glimepirid, Glipirid) được ưu chuộng hơn thế hệ 1 (Chlorpropamid, Tolbutamid) vì tốt hơn và an toàn hơn.
 - Tác dụng phụ: Nguy cơ hạ Glucose huyết, thuốc gây tăng cân.
 - Liều thông thường:
 - + Gliclazid MR 30 - 120 mg/ngày.
 - + Glimepirid 1 - 6 mg/ngày.
 - Chống chỉ định:
 - + Dị ứng thuốc, nhiễm toan, có thai.
 - + Suy gan.
 - + Suy thận (từ trung bình -> nặng) (Gliclazid có thể dùng, nhưng giảm liều).
 - 3. Glinides (Repaglinid; Nateglinid...). Kích thích tiết Insulin sau ăn
 - Giảm HbA_{1c} 1 - 1,5%.
-

- Thuốc làm tăng cân, và gây nguy cơ hạ đường huyết.

4. Thiazolidinediones

- Làm giảm HbA1c 0,5 - 1,4%.
- CCD: suy tim, tăng men gan > 3 lần.
- Hiện tại ở Việt Nam:
 - + Rosiglitazon (Avandia) cấm dùng do tăng biến cố tim mạch.
 - + Pioglitazone (Actos) không làm tăng biến cố tim mạch, còn được sử dụng, nhưng chú ý nguy cơ gây ung thư bàng quang của thuốc.

5. Ức chế men Glucosidase

- Chậm hấp thu carbohydrate nhưng không làm giảm nhiều calo.
- Làm giảm HbA1c 0,5 – 0,8%.
- Uống ngay trước ăn để làm giảm rối loạn tiêu hóa.
- Thế hệ 1 (Acarbose: Glucobay 50 mg), thế hệ 2 (nhóm Voglibose: Basen 0,2 mg).

6. Ức chế men DDP4 (Gliptin)

- Làm giảm HbA1c 0,5 - 1%.
 - Dùng đơn độc không gây hạ đường huyết, không làm thay đổi cân nặng.
 - Thuốc hiện có ở Việt Nam:
 - + Sitagliptin (Januvia 100 mg).
 - + Saxagliptin (Onglyza 5mg).
 - + Vildagliptin (Galvus 50 mg).
 - + Linagliptin (Trajenta 5mg).
-

BÀI 5. VIÊM TIỂU PHẾ QUẢN

15.1. ĐẠI CƯƠNG

15.1.1. Định nghĩa lâm sàng

- Viêm tiểu phế quản là bệnh lý viêm nhiễm cấp tính do virus của các phế quản cỡ nhỏ và trung bình, xảy ra ở trẻ < 2 tuổi, đặc trưng bởi hội chứng lâm sàng bao gồm ho, khò khè, thở nhanh ± co lõm lồng ngực.

15.1.2. Nguyên nhân

- RSV: hàng đầu (50 -75%), Adenovirus (10%) (type 3, 7, 21)
- Các nguyên nhân khác: Parainfluenza, Influenza virus, Human metapneumovirus, Mycoplasma...

15.1.3. Yếu tố nguy cơ

- Tuổi < 3 tháng.
- Tiền sử sanh non, nhẹ cân, suy hô hấp sơ sinh (đặc biệt khi phải giúp thở).
- Bệnh tim bẩm sinh, đặc biệt tim bẩm sinh tím, có cao áp phổi.
- Bệnh phổi mạn tính sẵn có: loạn sản phế quản - phổi, thiếu sản phổi,...
- Suy dinh dưỡng nặng.
- Suy giảm miễn dịch: bẩm sinh, mắc phải.

15.2. LÂM SÀNG

15.2.1.1. Bệnh sử

- Khởi phát từ từ với sốt nhẹ, ho, sổ mũi, khò khè, khó thở.

15.2.1.2. Tiền căn

- Khò khè (nếu có, cần phân biệt với hen).

15.2.1.3. Khám lâm sàng

- Nhịp thở nhanh theo tuổi.
- Dấu co lõm ngực, khò khè.
- Ran phổi: ran ngáy, rít (còn có thể có ran ẩm, nổ).

15.3. CẬN LÂM SÀNG

- Xét nghiệm thường qui.
- Công thức máu: hướng nhiễm virus.
- CRP: bình thường.
- X quang ngực thẳng: các thay đổi không đặc hiệu hay bình thường. Thường thấy hình ảnh ứ khí phế nang (thường khu trú ở đáy phổi), có thể gặp hình ảnh xẹp phổi.
- Khí máu động mạch: khi có suy hô hấp cần thở NCPAP hay giúp thở.
- PCR và ELISA chẩn đoán RSV trong dịch mũi hầu: không chỉ định đại trà.

15.4. CHẨN ĐOÁN

15.4.1. Chẩn đoán có thể

Chủ yếu vẫn là chẩn đoán lâm sàng:

- Tuổi < 24 tháng.
- Biểu hiện lâm sàng: ho, khò khè, thở nhanh $\pm$ co lõm ngực.
- Yếu tố dịch tễ: thành dịch, mùa mưa, mùa lạnh.
- Phân độ viêm tiểu phế quản:

	Nhẹ	Trung Bình	Nặng
Tri giác	- Tỉnh táo, bú tốt.	- Tỉnh táo, bú kém.	- Bứt rứt, kích thích, li bì. - Bỏ bú rên rỉ.
Nhịp thở (lần/phút)	< 50	50 - 70	> 70. Thở không đều (có cơn ngừng thở)
Rút lõm ngực	(-)	(+)	Nặng
SpO ₂	> 95% với khí trời	92-95% với khí trời	< 92% với khí trời, tím
Yếu tố nguy cơ	(-)	(-)	(+)

15.4.2. Chẩn đoán phân biệt

- Hen: có tiền căn khò khè và đáp ứng tốt với khí dung Salbutamol. Tuy nhiên ở trẻ trên 18 tháng cần nghĩ đến hen dù là cơn đầu.
- Viêm phổi.
- Ho gà: cần lưu ý là trẻ < 3 tháng khi bị VTPQ có thể có biểu hiện ho dạng ho gà.
- Suy tim.
- Dị vật đường thở.
- Các nguyên nhân khò khè hiếm gặp khác (mềm sụn phế quản, vòng nhẫn mạch máu, các bệnh lý bẩm sinh khác): chỉ nghĩ đến khi có dấu hiệu gợi ý hoặc diễn tiến không điển hình.

15.5. ĐIỀU TRỊ

15.5.1. Chỉ định nhập viện

- Trẻ dưới 3 tháng tuổi.
- Có yếu tố nguy cơ.
- Có dấu hiệu nguy hiểm: tím tái, bỏ bú hoặc bú kém (trẻ nhỏ hơn 2 tháng), không uống được (trẻ trên 2 tháng), li bì – khó đánh thức, co giật, suy dinh dưỡng nặng.
- Thở co lõm ngực, thở nhanh (trên 70 lần/phút).
- Có dấu hiệu mất nước.

15.5.2. Viêm tiểu phế quản nhẹ

- Điều trị ngoại trú.
- Không chỉ định kháng sinh, thuốc dẫn phế quản, Corticoid.
- Chỉ cần điều trị triệu chứng.
- Thông thoáng đường thở, nhỏ mũi thường xuyên.
- Tiếp tục cho trẻ ăn/bú bình thường, chia lượng thức ăn ra nhiều bữa nhỏ.
- Cho trẻ uống nước nhiều.

- Hạ sốt (nếu có).
- Chỉ sử dụng thuốc giảm ho an toàn, không chứa Antihistamin cũng như các chất có thể có tác dụng phụ quan trọng khác.
- Hướng dẫn các dấu hiệu nặng cần đến khám lại ngay.
- Tái khám sau 2 ngày.

15.5.3. Viêm tiểu phế quản trung bình: Cho nhập viện

15.5.3.1. Điều trị hỗ trợ hô hấp

- Thông thoáng đường thở, hút đờm nhớt thường xuyên.
- Nằm đầu cao.
- Thuốc dẫn phế quản (β_2 agonists):
- Khi bệnh nhi có khò khè kèm khó thở co lõm ngực, có thể cho Salbutamol khí dung 3 lần cách nhau 20 phút và cần phải đánh giá đáp ứng sau 1 giờ:
- Nếu có đáp ứng sau 1 giờ: có thể dùng tiếp.
- Nếu không có đáp ứng: không cần dùng tiếp.
- Liều lượng: Salbutamol: 0,15 mg/kg/lần (tối thiểu: 1,5 mg, tối đa: 5 mg/lần).
- Nước muối ưu trương 3%: pha chung với thuốc dẫn phế quản (Salbutamol) phun khí dung.
- VLTL hô hấp: trường hợp khò khè kéo dài, có hình ảnh xẹp phổi trên x quang.

15.5.3.2. Cung cấp đủ nước - điện giải - dinh dưỡng

- Tiếp tục cho ăn uống, bú, nên chia thành nhiều bữa ăn nhỏ để vẫn bảo đảm đủ năng lượng cho trẻ.
- Chú ý nếu trẻ thở nhanh > 60 lần/phút cần cho bú cẩn thận vì nguy cơ hít sặc cao.

15.5.3.3. Kháng sinh

- Khi có dấu hiệu bội nhiễm vi trùng.
- Kháng sinh được lựa chọn ban đầu như trong trường hợp viêm phổi do vi trùng.

15.5.3.4. Corticoid

- Chỉ định trong trường hợp nghi ngờ hen hoặc trong trường hợp có suy hô hấp.
- Liều lượng: Prednison: 1 – 2 mg/kg/ngày (bệnh nhi còn uống được), hoặc Hydrocortison: 5 mg/kg/lần (TMC) mỗi 6 giờ, hoặc Dexamethason: 0,15 mg/kg/lần mỗi 6 – 8 giờ.

15.5.4. Viêm tiểu phế quản nặng

Bên cạnh các điều trị như VTPQ trung bình cần cho trẻ nằm khoa hồi sức tích cực, cần theo dõi sát mạch, nhịp thở, SpO₂, khí máu động mạch.

15.5.4.1. Hỗ trợ hô hấp: thở oxy, NCPAP, giúp thở tùy mức độ suy hô hấp.

- Thở oxy ẩm qua canuyn chỉ định khi:
 - + Tím tái.
 - + Thở nhanh > 70 lần/phút, co lõm ngực nặng.
 - + Rên rì.

- + Bỏ bú hay bú kém.
- Thở oxy sao cho SaO₂ đạt được > 90%, tốt nhất > 95%.
- Chỉ định thở NCAP:
 - + Vẫn còn tím tái khi thở oxy với FiO₂ = 40%.
 - + Thở nhanh > 70 lần/phút dù đang thở oxy.
 - + Có hình ảnh xẹp phổi trên X-quang.
- Sau khi phun khí dung Salbutamol tình trạng lâm sàng không cải thiện có thể xem xét dùng thêm khí dung Adrenalin 1% liều lượng 0,4 - 0,5 ml/kg/lần tối đa 5ml.

15.5.4.2. Cung cấp đủ nước - điện giải – dinh dưỡng

- Chỉ định nuôi ăn qua sonde dạ dày khi:
 - + Thở nhanh trên 70 – 80 lần/phút.
 - + Nôn ói liên tục nếu ăn uống bằng đường miệng.
 - + Khi trẻ ăn uống/bú mà SpO₂ giảm dưới 90% dù có thở oxy.
 - + Kém phối hợp các động tác nuốt – nuốt – hô hấp, tăng rõ rệt công hô hấp khi ăn uống/bú.
- Chỉ định truyền dịch - nuôi ăn bằng đường tĩnh mạch: khi trẻ có mất nước, hoặc khi nuôi ăn bằng đường tiêu hóa chỉ có thể cung cấp được không quá 80 ml/kg/ngày.
- Cần lưu ý hội chứng tăng tiết ADH không thích hợp. Khi có hội chứng này cần giới hạn cung cấp bằng 2/3 nhu cầu cần bản.

15.5.5. Các điều trị khác

- Cần rửa tay trước và sau khi chăm sóc trẻ và cách ly nếu RSV (+).
- Ipratropium bromide: chỉ sử dụng trong trường hợp nghi ngờ hen và phối hợp với Salbutamol khí dung.
- Ribavirin: chỉ định khi RSV (+), bệnh nhi phải thở máy, có yếu tố nguy cơ. Thuốc cần sử dụng ở dạng khí dung qua nội khí quản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Viêm tiểu phế quản. Phác đồ điều trị. BV Nhi Đồng 1.
2. Bronchiolitis in infants and children: Clinical features and diagnosis. Authors
3. Pedro A Piedra, Ann R Stark,. Jan 19, 2015. www.uptodate.com ©2015 UpToDate
4. Bronchiolitis. PICU guideline. St Mary Hospital UK.

BÀI 6. TIÊU CHẢY NHIỄM TRÙNG

Tiêu phân lỏng không thành khuôn nhiều hơn 2 lần/24 giờ trong vòng 2 tuần được coi là tiêu chảy cấp, quá 2 tuần gọi là tiêu chảy kéo dài. Tiêu chảy nhiễm trùng là tiêu chảy do tác nhân vi sinh gây ra. Hai bệnh cảnh hay gặp: tiêu toàn nước và tiêu đàm máu.

1.1. CHẨN ĐOÁN

1.1.1. Dịch tễ học

Chủ yếu lây qua đường ăn uống, điều kiện vệ sinh kém.

1.1.2. Lâm sàng

- Phần lớn tiêu toàn nước là do virus (nhiều nhất là Rotavirus sau đó là Norovirus) hoặc do vi trùng ETEC (*Enterotoxigenic Escherichia coli*). Riêng dịch tả có yếu tố dịch tễ và lâm sàng tiêu ra nước thoáng đục có mảng lợn cợn với mùi tanh đặc biệt, không sốt.
- Tiêu phân đàm máu do vi trùng xâm lấn (*Shigella*, EIEC-*Enteroinvasive Escherichia coli*, *Salmonella non-Typhi*) hoặc amip gây ra (trẻ em rất ít khi bị lỵ amip).
- Đôi khi kèm triệu chứng nôn ói, đau bụng, mót rặn...
- **Đánh giá mức độ mất nước** (Dựa theo Armon 2001, Bộ Y Tế 2009):

Mất nước nhẹ	Mất nước trung bình	Mất nước nặng
Chỉ khát nước, không có dấu hiệu thực thể của tình trạng mất nước.	- Niêm mạc miệng khô. - Mắt trũng (ít hoặc không nước mắt khi khóc). - Thời gian làm đầy mao mạch và dấu véo da < 2 giây. - Tình trạng tri giác có biến đổi (ngủ gà hoặc kích thích). - Thở sâu (kiểu toan huyết).	Các dấu hiệu ở nhóm “mất nước vừa” tăng thêm. <i>Cộng với:</i> - Giảm tưới máu ngoại vi (tay chân lạnh, tái; thời gian làm đầy mao mạch và dấu véo da* > 2 giây). - Huyết áp hạ (HA tâm thu < 80 mmHg) hoặc kẹt (khoảng cách HA tâm thu - tâm trương < 20 mmHg). - Mạch nhanh nhẹ khó bắt, HA không đo được.

*Dấu véo da thực hiện ở da bụng.

1.1.3. Chẩn đoán phân biệt

Cần loại trừ các bệnh cấp cứu khác như lồng ruột, viêm ruột thừa, thai ngoài tử cung vỡ hoặc cơn bão giáp... và tiêu chảy là triệu chứng của những bệnh khác như thương hàn, viêm tai giữa, nhiễm trùng huyết...

1.2. ĐIỀU TRỊ

1.2.1. Chỉ định nhập viện

- Mất nước nặng.
- Mất nước trung bình: cần truyền dịch khi ói nhiều hoặc không đảm bảo uống đủ.
- Rối loạn tri giác.
- Sốt cao liên tục không hạ, nghi ngờ nhiễm trùng huyết.
- Nhà xa cơ sở y tế.

1.2.2. Bù nước điện giải: bằng dung dịch Oresol.

Bộ Y tế khuyến cáo dùng dung dịch ORS có áp suất thẩm thấu thấp 245 mmol/L, mỗi gói pha 200 ml nước chín nguội.

1.2.3. Kháng sinh

1.2.3.1. Chỉ định

- Tiêu toàn nước: không dùng kháng sinh, trừ trường hợp nghi dịch tả.
- Trẻ nhỏ tiêu chảy + co giật (mà không có tiền sử sốt làm kinh) thường do *Shigella* gây ra: dùng kháng sinh.
- Tiêu đàm máu (đại thể, vi thể):
 - + Trẻ em: dùng kháng sinh điều trị như lỵ trực trùng; nếu soi phân có thể tư dưỡng *E. histolytica*: điều trị như lỵ amip.
 - + Người lớn: Nếu bệnh cấp tính dùng kháng sinh; nếu bệnh trên 1 tuần xem xét điều trị như lỵ amip. Chú ý cơ địa có bệnh nền mạn tính hoặc > 60 tuổi, hoặc suy giảm miễn dịch (tiểu đường, xơ gan, AIDS...) cân nhắc sử dụng kháng sinh.

1.2.3.2. Kháng sinh

Kháng sinh được dùng tùy thuộc tính nhạy cảm của vi trùng gây bệnh (chủ yếu là *Shigella*), có thể thay đổi theo từng địa phương và từng thời điểm. Theo dõi đáp ứng với kháng sinh sau 48 giờ, nếu không cải thiện rõ thì cần xem xét lại chẩn đoán hoặc đổi kháng sinh.

Kháng sinh dùng trong tiêu chảy

Kháng sinh	Người lớn	Trẻ em
Ciprofloxacin	500 mg x 2 lần/ngày x 3 – 5 ngày	30 mg/kg/ngày chia 2 lần x 3 – 5 ngày
Norfloxacin	400 mg x 2 lần/ngày x 3 – 5 ngày	25 mg/kg/ngày chia 2lần/ngày x 3 – 5 ngày
Ofloxacin	400 mg x 2 lần/ngày x 3 – 5 ngày	15mg/kg/ngày chia 2 lần/ngày x 3 – 5 ngày
Azithromycin	1000 mg/ngày 1 liều x 3 – 5 ngày	20 mg/kg/ngày 1 liều x 3 – 5 ngày
Metronidazol	500 mg x 3 lần/ngày x 5 – 10 ngày (nửa liều nếu điều trị <i>Giardia</i>)	35 mg/kg/ngày chia 3 lần x 5 – 10 ngày (nửa liều nếu điều trị <i>Giardia</i>)

1.2.4. Các thuốc phụ trợ trị tiêu chảy

- **Kẽm (Zinc)** nguyên tố 20 mg/ngày cho trẻ 6 tháng tuổi trở lên và người lớn, 10 mg/ngày cho trẻ dưới 6 tháng.
- Các men vi sinh Probiotic (*Lactobacillus* hoặc *Saccharomyces*) có thể dùng trong trường hợp tiêu chảy không đàm máu hoặc tiêu chảy liên quan đến kháng sinh để rút ngắn thời gian tiêu chảy.
- Thuốc kháng tiết Racecadotril có thể dùng trong những trường hợp tiêu chảy do cơ chế xuất tiết.
- Chống chỉ định các thuốc giảm nhu động ruột (Loperamid).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Bệnh học truyền nhiễm*, Trường Đại Học Y Dược, 1998.
 2. *Diarrhea Treatment Guidelines Including new recommendations for the use of ORS and zinc supplementation for Clinic-Based Healthcare Workers*. WHO 2005.
 3. *Guidelines for the control of shigellosis, including epidemics due to Shigella dysenteriae type 1*. WHO 2005.
-

BÀI 7. NHIỄM TRÙNG NHIỄM ĐỘC THỨC ĂN

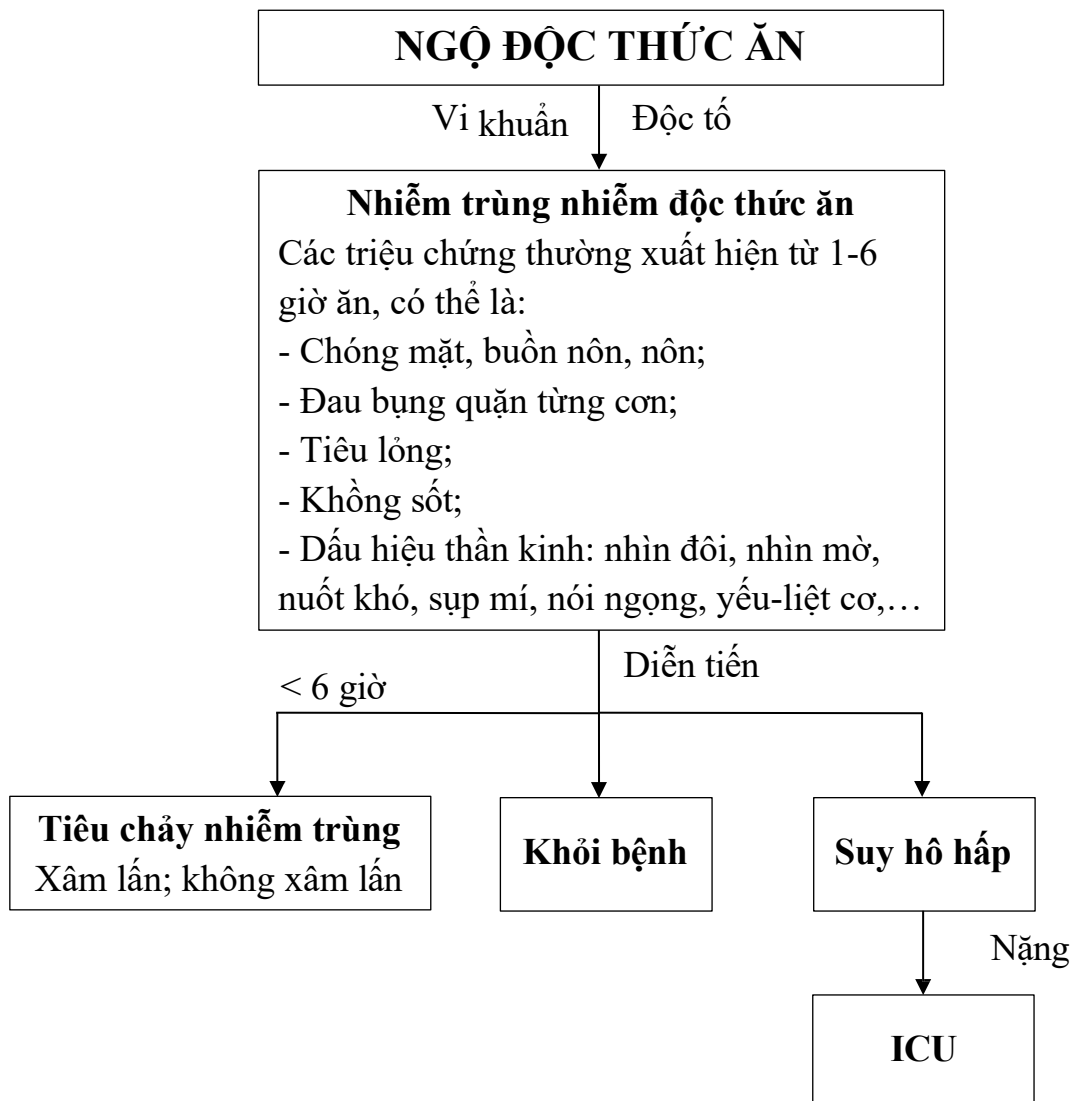
Nhiễm trùng nhiễm độc thức ăn là bệnh truyền nhiễm cấp tính lây theo đường tiêu hoá. Bệnh cảnh lâm sàng chính là hội chứng viêm dạ dày, ruột cấp tính. Bệnh thường khởi phát đột ngột sau khi ăn phải thức ăn đã bị ô nhiễm bởi vi sinh vật gây bệnh hoặc độc tố của chúng.

2.1. CHẨN ĐOÁN

2.1.1. Dịch tễ học

- Chủ yếu lây truyền qua đường ăn thức ăn hoặc uống nước bị nhiễm bẩn.
- Có thể nhiều người cùng ăn mắc bệnh.
- Yếu tố nguy cơ:
 - + Cơ địa: Trẻ nhỏ, trẻ suy dinh dưỡng, người suy giảm miễn dịch.
 - + Tập quán ăn uống thiếu vệ sinh : ăn thức ăn chưa được nấu chín, hâm lại nhiều lần, không có thói quen rửa tay trước khi ăn và sau khi đi tiêu, điều kiện vệ sinh kém.

2.1.2. Lâm sàng



NGOẠI TRÚ

Tác nhân gây bệnh	Triệu chứng
1-6 giờ <i>Staphylococcus aureus</i> <i>Bacillus cereus</i>	Nôn ói, tiêu chảy Nôn ói, tiêu chảy
8-16 giờ <i>Clostridium perfringens</i> <i>B. cereus</i>	Đau bụng, tiêu chảy, ít khi ói
>16 giờ <i>Vibrio</i> <i>cholera</i> <i>ETEC</i> <i>EHEC</i> <i>Salmonella spp</i> <i>Campylobacter</i> <i>jejuni</i> <i>Shigella spp</i> <i>Vibro parahaemolyticus</i>	Tiêu phân lỏng Tiêu đàm máu Tiêu chảy nhiễm trùng Tiêu chảy nhiễm trùng Hội chứng lỵ Hội chứng lỵ

2.2. ĐIỀU TRỊ

2.2.1. Nguyên tắc điều trị

- Bù nước điện giải.
- Điều trị triệu chứng, không dùng thuốc cầm tiêu chảy.
- Hỗ trợ hô hấp (khi suy hô hấp).
- Xem xét sử dụng kháng sinh.
- Kháng độc tố đặc hiệu theo tác nhân.

2.2.2. Kháng sinh

Kháng sinh	Người lớn	Trẻ em
Ciprofloxacin	500 mg x 2 lần/ngày x 3 – 5 ngày	30 mg/kg/ngày chia 2 lần x 3 – 5 ngày
Norfloxacin	400 mg x 2 lần/ngày x 3 – 5 ngày	25 mg/kg/ngày chia 2 lần/ngày x 3 – 5 ngày
Ofloxacin	400 mg x 2 lần/ngày x 3 – 5 ngày	15mg/kg/ngày chia 2 lần/ngày x 3 – 5 ngày
Azithromycin	1000 mg/ngày 1 liều x 3 – 5 ngày	20 mg/kg/ngày 1 liều x 3 – 5 ngày

BÀI 8. VIÊM QUÀNG VÀ VIÊM MÔ TẾ BÀO

3.1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm quầng (erysipelas) và viêm mô tế bào (cellulitis) là tình trạng nhiễm trùng da do vi khuẩn xâm nhập qua da.

Tác nhân thường gặp là Beta-hemolytic streptococci, *S. aureus*. Một số tác nhân khác có thể gặp như vi khuẩn gram (-) (*H. influenza*, *N. meningococcus*, *Pseudomonas aeruginosa*), yếm khí (*Clostridium* species) hay liên quan thú nuôi cắn (*Pasteurella multocida* và *Capnocytophaga canimorsus*), tiếp xúc nguồn nước nhiễm khuẩn (*Aeromonas hydrophila* và *Vibrio vulnificus*).

3.2. LÂM SÀNG

- **Biểu hiện tại chỗ:** Da đỏ, phù nề và nóng. Lỗ chân lông sưng huyết, tiết dịch vàng, có thể có bóng nước, mảng bầm xuất huyết, hoại thư... Viêm đỏ mạch bạch huyết, hạch vùng sưng to.
 - + Viêm quầng thường tổn thương da nông, vị trí ở mặt, tai, chi dưới.
 - + Viêm mô tế bào thường tổn thương vùng da sâu và mô mỡ dưới da. Vị trí ở chi dưới, quanh mắt, thành bụng, mông, quanh hậu môn.
- **Toàn thân:** vẻ mặt nhiễm trùng nhiễm độc, hoặc biểu hiện hội chứng đáp ứng viêm toàn thân.
- Yếu tố thuận lợi:
 - + Tổn thương da do côn trùng cắn, trầy xước, vết thương xuyên thấu, tiêm chích.
 - + Viêm da như chàm, hay xạ trị.
 - + Nhiễm trùng da sẵn có chốc lở hay viêm kẽ, thủy đậu, phù do suy tĩnh mạch.

3.3. XÉT NGHIỆM

- CTM, CRP.
- Xquang: khi cần chẩn đoán phân biệt với viêm xương tủy.
- Siêu âm mô mềm.
- Cấy mủ/dịch sang thương, làm KSD.
- Các xét nghiệm chẩn đoán bệnh nền nếu có.

3.4. CHẨN ĐOÁN

3.4.1. Chẩn đoán

- Chủ yếu biểu hiện lâm sàng.
- Kết quả cấy bệnh phẩm giúp xác định tác nhân.

3.4.2. Chẩn đoán phân biệt

- Nếu hồng ban lan nhanh kết hợp với nhiễm độc hệ thống:
 - + Viêm cân cơ hoại tử.
 - + Hội chứng sốc độc tố.

NGOẠI TRÚ

- + Hoại thư sinh hơi.
- Viêm mô tế bào:
 - + Áp-xe da.
 - + Hồng ban di chuyển.
 - + Herpes zoster.
 - + Viêm khớp mủ.
 - + Viêm xương tủy.
- Các chẩn đoán phân biệt khác:
 - + Viêm da tiếp xúc.
 - + Gout.
 - + Phản ứng thuốc.
 - + Viêm mạch máu.
 - + Côn trùng cắn.

3.5. ĐIỀU TRỊ

3.5.1. Hỗ trợ

- Nâng cao vùng tổn thương giúp dẫn lưu dịch và giảm phù nề.
- Chăm sóc da tránh để khô.
- Điều trị bệnh nền.

3.5.2. Kháng sinh

3.5.2.1. Nguyên tắc chọn lựa kháng sinh và đường dùng

- Tuỳ thuộc vào tác nhân, bệnh nền, một số tình huống đặc biệt như: bị súc vật cắn hay tiếp xúc nguồn nước nhiễm bẩn.
- Tổn thương có mủ hay không.
- Thời gian điều trị 7-10 ngày hoặc kéo dài hơn nếu bệnh nặng.

3.5.2.2. Viêm mô tế bào

- ❖ **Có mủ: nên lựa chọn kháng sinh điều trị tụ cầu kháng Methicilline (MRSA) theo bảng thuốc uống.**

Bảng lựa chọn kháng sinh uống cho tụ cầu kháng Methicilline		
Thuốc	Liều người lớn	Liều trẻ em (> 28 ngày)
Clindamycin	300 đến 450 mg x 3 lần/ngày uống	40 mg/kg / ngày chia làm 3-4 lần
Trimethoprim-sulfamethoxazole	960 mg x 2 lần /ngày	8 đến 12 mg Trimethoprim/kg ngày chia làm 2 lần
Doxycycline	100 mg x 2 lần /ngày	≤ 45 kg: 4 mg/kg ngày chia làm 2 lần > 45 kg: 100 mg x 2 lần /ngày
Linezolid*	600 mg x 2 lần /ngày	<12 tuổi: 30 mg/kg ngày chia làm 3 lần ≥12 tuổi: 600 mg x 2 lần /ngày

* khi điều trị thất bại với các KS khác.

- ❖ **Không có mủ: nên lựa chọn kháng sinh cho tụ cầu nhạy methicilline (MSSA) và beta-hemolyticstreptococci theo bảng sau:**

Bảng lựa chọn kháng sinh cho tụ cầu nhạy Methicilline và beta-hemolytic streptococci		
	Liều người lớn	Liều trẻ em (> 28 ngày)
Oxacillin	500 mg x 4 lần/ngày	25-50 mg/kg/ngày chia 4 lần
Cloxacillin	500 mg x 4 lần/ngày	15 mg/kg x 4 lần ngày
Cephalexin	500 mg x 4 lần/ngày	25-50 mg/kg/ngày chia 3-4 lần
Clindamycin	300-450 mg x 3-4 lần/ngày	20-30 mg/kg/ngày chia 4 lần

3.5.2.3. Viêm quầng

	Liều người lớn	Liều trẻ em (> 28 ngày)
Penicillin/ Amoxicillin	500 mg x 3-4 lần/ngày	25-50 mg/kg/ngày chia 3-4 lần
Erythromycin	250 mg x 4 lần/ngày	30-50 mg/kg/ngày chia 2-4 lần

3.5.2.4. Viêm mô tế bào liên quan thú nuôi cắn

- Chọn lựa một trong các thuốc sau:
 - + Amoxicillin - Clavulanate / Doxycycline / Trimethoprim-sulfamethoxazole / Penicillin VK / Cefuroxime / Moxifloxacin. **Phối hợp:**
 - + Metronidazole hay clindamycine.

3.5.2.5. Viêm mô tế bào liên quan đến tiếp xúc nguồn nước

- Cephalexin + Levofloxacin + Metronidazole hay
- Clindamycin + Levofloxacin.

3.6. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Tái khám ngay nếu có sốt, sang thương lan rộng, các biểu hiện nặng khác như mệt, lừ đừ, khó thở.
- Tái khám mỗi 2-3 ngày trong 7 ngày đầu của bệnh.

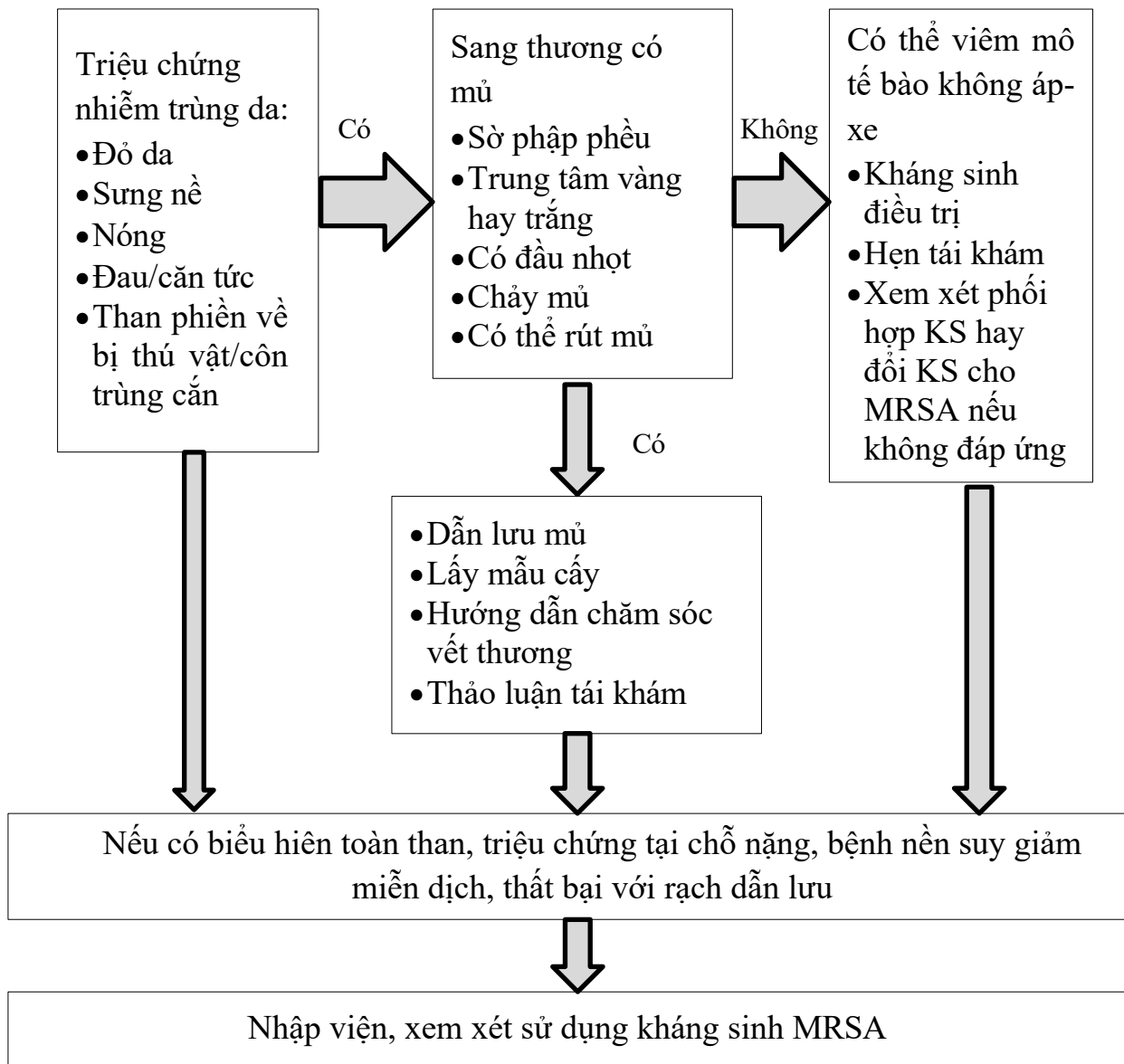
3.7. CHỈ ĐỊNH NHẬP VIỆN

- Nếu sang thương tiếp tục tăng thêm.
- Tổn thương nhiều nơi.
- Sốt.
- Biểu hiện triệu chứng toàn thân nặng.
- Những bệnh nhân có bệnh nền sẵn có như tiểu đường, phù,...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Viêm mô tế bào. Hướng dẫn sử dụng kháng sinh 2015. BYT. NXB Y học.
2. Cellulitis and erysipelas. Larry M Baddour. www.uptodate.com ©2015 UpToDate
3. Skin and Soft tissue infection, Molly F. Sarikonda, Infectious Disease Subspecialty Consult, The Washington Manual Series 2013. p.185-210.
4. Outpatient management of skin and soft tissue infections in the era of community-associated MR. CDC 2007.

**Phụ lục 1: Lưu đồ xử lý nhiễm trùng da và mô mềm
ở bệnh nhân ngoại trú**



BÀI 9. BỆNH TAY - CHÂN - MIỆNG

4.1. ĐẠI CƯƠNG

Thường do Enterovirus 71 và Coxsackie A16 gây ra. Bệnh thường gặp chủ yếu ở trẻ dưới 5 tuổi và xảy ra từ tháng 3 đến tháng 5 và từ tháng 9 đến tháng 11.

4.2. BỆNH SỬ

Trẻ có biểu hiện sốt nhẹ, bỏ bú và xuất hiện bóng nước ở tay chân, loét miệng.

4.3. LÂM SÀNG

4.3.1. Triệu chứng chung

- Loét miệng: vết loét đỏ hay phỏng nước đường kính 2-3 mm ở niêm mạc miệng, lợi, lưỡi, gây đau miệng, bỏ ăn, bỏ bú, tăng tiết nước bọt.
- Phát ban dạng phỏng nước: Ở lòng bàn tay, lòng bàn chân, gối, mông.
- Sốt.

4.3.2. Triệu chứng thần kinh

Xuất hiện vào ngày 2-5 của bệnh:

- Rung giật cơ (giật mình chơi với): Từng cơn ngắn 1-2 giây, chủ yếu ở tay và chân, dễ xuất hiện khi bắt đầu giấc ngủ hay khi cho trẻ nằm ngửa.
- Ngủ gà, bứt rứt, chơi với, đi loạng choạng, run chi, rung giật nhãn cầu.
- Yếu, liệt chi, liệt dây thần kinh sọ não.
- Tăng trương lực cơ.
- Co giật, hôn mê là dấu hiệu nặng, thường đi kèm với suy hô hấp, tuần hoàn.

4.3.3. Triệu chứng tim mạch

Thường theo sau triệu chứng thần kinh:

- Mạch nhanh > 150 lần/phút, thời gian đổ đầy mao mạch chậm trên 2 giây.
- Da nổi vân tím, vã mồ hôi, chi lạnh.
- Giai đoạn đầu có huyết áp tăng, giai đoạn sau mạch, huyết áp không đo được.

4.3.4. Triệu chứng hô hấp

- Thở nhanh, rút lõm ngực, khô khè, thở rít, thở nông, thở bụng, thở không đều.

4.4. XÉT NGHIỆM

4.4.1. Xét nghiệm thường qui

- Công thức máu.
- Đường huyết.
- Bạch cầu cao > 16.000/mm³ hay đường huyết > 160 mg/dl là các triệu chứng cảnh báo bệnh nặng.

4.4.2. Xét nghiệm tìm tác nhân (thực hiện tại nội viện)

- RT-PCR hoặc phân lập vi rút bệnh phẩm hầu họng, phỏng nước, trực tràng, dịch não tủy tìm xác định nguyên nhân do EV71, *Coxsackievirus* A16.
-

4.5. CHẨN ĐOÁN**4.5.1. Chẩn đoán sơ bộ**

- Yếu tố dịch tễ: tuổi, mùa, vùng lưu hành bệnh, số trẻ mắc bệnh trong cùng một thời gian.
- Lâm sàng: Loét ở miệng, phỏng nước điển hình ở lòng bàn tay, lòng bàn chân, gối, mông, kèm sốt hoặc không.

4.5.2. Chẩn đoán phân biệt**4.5.2.1. Các bệnh có biểu hiện loét miệng**

- Viêm loét miệng (aphth): Vết loét sâu, có dịch tiết, hay tái phát.

4.5.2.2. Các bệnh có phát ban da

- Sốt phát ban: hồng ban xen kẽ ít dạng sần, thường có hạch sau tai.
- Dị ứng: hồng ban đa dạng, không có phỏng nước.
- Viêm da mủ: Đỏ, đau, có mủ.
- Thủy đậu: Phỏng nước nhiều lứa tuổi, rải rác toàn thân.
- Nhiễm trùng huyết do não mô cầu: mảng xuất huyết hoại tử trung tâm.
- Sốt xuất huyết Dengue: Chấm xuất huyết, bầm máu, xuất huyết niêm mạc.

4.5.2.3. Bệnh lý khác

- Viêm màng não do vi trùng.
- Viêm não-màng não do virus khác.
- Nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn, viêm phổi, viêm thanh khí phế quản.

4.5.3. Chẩn đoán xác định

- PCR bệnh phẩm tìm enterovirus dương tính hay nuôi cấy có virus gây bệnh.

4.5.4. Phân độ lâm sàng

Tiêu chuẩn đánh giá: Có ít nhất một trong các dấu hiệu:

Phân độ		Dấu hiệu
Độ 1		- Chỉ loét miệng và/hoặc tổn thương da
Độ 2a		- Bệnh sử có giật mình dưới 2 lần/30 phút và không có lúc khảm. - Sốt trên 2 ngày, hay sốt trên 39 ⁰ C, nôn, lừ đừ, khó ngủ, quấy khóc.
Độ 2b	Nhóm 1	- Giật mình ghi nhận lúc khám. - Bệnh sử có giật mình ≥ 2 lần /30 phút. - Bệnh sử có giật mình kèm theo một dấu hiệu sau: + Ngủ gà. + Mạch nhanh > 130 lần /phút (khi trẻ nằm yên, không sốt).
	Nhóm 2	- Sốt cao $\geq 39,5^{\circ}\text{C}$ (ở hậu môn) không đáp ứng với thuốc hạ sốt. - Mạch nhanh > 150 lần /phút (khi trẻ nằm yên, không sốt).

Phân độ		Dấu hiệu
		- Thất điều: run chi, run người, ngồi không vững, đi loạng choạng. - Rung giật nhãn cầu, lác mắt. - Yếu chi hoặc liệt chi, liệt thần kinh sọ: nuốt sặc, đổi giọng
Độ 3		- Mạch nhanh > 170 lần/phút (khi trẻ nằm yên, không sốt). - Một số trường hợp có thể mạch chậm (dấu hiệu rất nặng). - Vã mồ hôi, lạnh toàn thân hoặc khu trú. - HA tâm thu tăng: + Trẻ dưới 12 tháng HA > 100 mmHg. + Trẻ từ 12 tháng đến dưới 24 tháng HA > 110 mmHg. + Trẻ từ trên 24 tháng HA > 115 mmHg. - Thở nhanh, thở bất thường: Con ngưng thở, thở bụng, thở nông, rút lõm ngực, khô khè, thở rít thì hít vào. - Rối loạn tri giác (Glasgow < 10 điểm), tăng trương lực cơ.
Độ 4		- Sốc. - Phù phổi cấp. - Tím tái, SpO₂ < 92%. - Ngưng thở, thở nấc.

4.6. XỬ TRÍ

4.6.1. Nguyên tắc

- Chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, chỉ điều trị hỗ trợ (không dùng kháng sinh khi không có bội nhiễm).
- Theo dõi sát, phát hiện sớm, phân độ đúng và điều trị phù hợp.
- Bảo đảm dinh dưỡng đầy đủ, nâng cao thể trạng.

4.6.2. Điều trị cụ thể

- Dinh dưỡng đầy đủ theo tuổi. Trẻ còn bú cần tiếp tục cho ăn sữa mẹ.
- Hạ sốt khi sốt cao bằng Paracetamol liều 10 mg/kg/lần (uống) mỗi 6 giờ hoặc lau mát.
- Vệ sinh răng miệng. Nghỉ ngơi, tránh kích thích.
- Kháng sinh: chỉ dùng kháng sinh khi có bội nhiễm.

4.6.3. Theo dõi và tái khám

- Dặn dò thân nhân các dấu hiệu cảnh báo để tái khám ngay.
- Tái khám mỗi 1 - 2 ngày trong 8 - 10 ngày đầu của bệnh. Trẻ có sốt phải tái khám mỗi ngày cho đến khi hết sốt ít nhất 48 giờ.

4.6.4. Chỉ định nhập viện

Nhập viện trên khi bệnh nhân từ độ 2a trở lên hoặc khi có dấu hiệu cảnh báo như sau:

- Sốt cao $\geq 39^{\circ}\text{C}$.
- Thở nhanh, khó thở.
- Giật mình, lừ đừ, run chi, quấy khóc, bứt rứt khó ngủ, nôn nhiều.
- Đi loạn choạng.
- Da nổi vân tím, vã mồ hôi, tay chân lạnh.
- Co giật, hôn mê.

4.7. PHÒNG BỆNH

- Hiện chưa có vắc xin phòng bệnh đặc hiệu.
 - Áp dụng các biện pháp phòng bệnh đối với bệnh lây qua đường tiêu hoá, đặc biệt chú ý tiếp xúc trực tiếp với nguồn lây, hoặc gián tiếp qua đồ dùng hàng ngày.
-

BÀI 10. QUAI BỊ

Bệnh quai bị là một bệnh nhiễm trùng cấp tính do vi rút quai bị gây ra. Bệnh lây lan qua đường hô hấp. Bệnh thường xảy ra ở trẻ em và tự khỏi sau 5-7 ngày nhưng đôi khi gây biến chứng như viêm tinh hoàn, viêm màng não nước trong,...

5.1. CHẨN ĐOÁN

5.1.1. Chẩn đoán sơ bộ

5.1.1.1. Dịch tễ

- Tiếp xúc với người bị quai bị 2-3 tuần trước.
- Chưa mắc bệnh, chưa chủng ngừa quai bị.

5.1.1.2. Lâm sàng

- Sốt.
- **Viêm tuyến mang tai:** thường gặp nhất (70%), sưng đau vùng mang tai 1 hoặc 2 bên, miệng ống Sténon đỏ, đôi khi viêm họng đỏ, nổi hạch góc hàm. Có thể bị viêm cả tuyến dưới hàm và dưới lưỡi.
- Viêm các tuyến khác như:

- + **Viêm tinh hoàn, mào tinh hoàn** (15-20 %) 1 bên (75 %) hoặc 2 bên, thường gặp ở TE sau dậy thì và người lớn, xảy ra sau viêm tuyến mang tai 7-10 ngày, lúc này tuyến mang tai có thể còn sưng hoặc hết sưng.
- + Viêm tụy cấp: (3-7 %).
- + Viêm buồng trứng, viêm tuyến giáp: hiếm gặp.

Các biểu hiện trên có thể xuất hiện trước, cùng lúc hoặc sau khi viêm tuyến mang tai.

- Viêm hệ thần kinh:
 - + **Viêm màng não lymphô bào cấp: thường gặp** (16 %), thường 3 – 5 ngày sau viêm tuyến mang tai.
 - + Viêm não, viêm thần kinh sọ: hiếm gặp.

Thời gian lây bệnh khoảng: 6 ngày trước khi có triệu chứng và 7 ngày sau khi có triệu chứng.

5.1.1.3. Cận lâm sàng

- Bạch cầu máu bình thường hoặc giảm
- Amylase máu, nước tiểu tăng trong 2-3 tuần, chỉ có giá trị gợi ý.

5.1.2. Chẩn đoán xác định

Chỉ cần làm khi quai bị thể không điển hình hoặc chẩn đoán phân biệt:

- Huyết thanh chẩn đoán tìm kháng thể IgM.
- Phân lập vi rút (trong nước bọt, dịch não-tủy, nước tiểu).
- PCR tìm vi rút trong bệnh phẩm nước bọt, dịch não-tủy, nước tiểu.

NGOẠI TRÚ

5.1.3. Chẩn đoán phân biệt

5.1.3.1. Các sang thương vùng cổ khác

- Viêm tuyến nước bọt, mang tai do tác nhân khác như tụ cầu: Sưng, **nóng**, đỏ, đau, mủ chảy ở lỗ Stenon.
- Áp xe tuyến mang tai do vi trùng (tụ cầu, *Burkholderia pseudomallei*..).
- Viêm hạch, lao hạch...

Khám lâm sàng cẩn thận, siêu âm mô mềm vùng cổ, các xét nghiệm công thức máu, cấy máu (khi cần), amylase máu, amylase nước tiểu,... giúp chẩn đoán phân biệt.

5.1.3.2. Tổn thương tinh hoàn do nguyên nhân khác

- Lao, *Burkholderia pseudomallei*, lậu, xoắn tinh hoàn.

5.2. ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ

5.2.1. Chỉ định điều trị ngoại trú

Khi chỉ có biểu hiện viêm tuyến mang tai đơn thuần, đảm bảo tái khám theo hẹn hoặc khi có biểu hiện viêm nơi khác như: viêm tinh hoàn, viêm màng não, viêm tụy cấp,...và cách ly tại nhà cho hết sưng tuyến mang tai.

5.2.2. Theo dõi ngoại trú

- Tái khám sau 3-5 ngày.
- Chăm sóc tại nhà:
 - + Không bôi, đắp vùng tuyến mang tai.
 - + Nghỉ học (nghỉ làm) 7 ngày (tính từ ngày sưng tuyến mang tai).
 - + Tránh tiếp xúc với người xung quanh.
- Dấu hiệu nặng cần tái khám ngay và nhập viện:
 - + Đau bụng.
 - + Nôn ói.
 - + Đau đầu.
 - + Sưng đỏ vùng bìu.

5.2.3. Điều trị đặc hiệu: không có

5.2.4. Điều trị triệu chứng

- Nghỉ ngơi.
- Vệ sinh răng miệng.
- Thuốc hạ nhiệt, giảm đau (và giảm viêm nếu mức độ viêm nhiều paracetamol, ibuprofen...).
- Corticoid 5 - 7 ngày nếu có viêm tinh hoàn: Liều corticoid:
 - + **Người lớn:** Prednisone 60 mg/ngày hoặc Methylprednisolone: 32 - 48 mg/lần/ngày tùy theo trọng lượng bệnh nhân.
 - + **Trẻ em:** Prednisone 1 mg/kg/ngày. Methylprednisolone 1 mg/kg/lần/ngày.

5.3. TIÊU CHUẨN NGỪNG CÁCH LY

Nên sau 1 tuần từ khi phát bệnh (thường sau sưng tuyến mang tai) để tránh

lây lan.

5.4. PHÒNG NGỪA

- Chỉ định: Trẻ em > 1 tuổi, đặc biệt tuổi trước dậy thì, thanh thiếu niên, cá nhân sống trong tập thể đông đúc.
- Tiêm vaccin 3 trong 1 (sởi - quai bị - rubella MMR) 2 lần: lần 1 thường lúc 12-15 tháng tuổi, lần 2 lúc 4-6 tuổi. Ở trước tuổi dậy thì hoặc người lớn chưa có tiền sử quai bị chưa có miễn dịch khuyến cáo tiêm 2 liều cách nhau ít nhất 1 tháng. Bảo vệ được 75 - 95 %.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Harrison's Principles of Internal Medicine, 18th Edition Textbook.*
2. *Giáo trình Bệnh Truyền Nhiễm của Bộ môn Nhiễm ĐHYD TPHCM.*
3. *Viện vệ sinh – Y tế công cộng TP. Hồ Chí Minh:*
<http://www.ihph.org.vn/index.php/benh-truyen-nhiem/249-benh-quai-bi-parotitis>.

BÀI 11. BỆNH SỞI

Bệnh sởi là một bệnh nhiễm trùng cấp tính do vi rút sởi gây ra. Bệnh lây lan qua đường hô hấp. Bệnh thường xảy ra ở trẻ em và tự khỏi sau 7 ngày nhưng dễ gây biến chứng nguy hiểm như viêm phổi, viêm tai giữa, tiêu chảy, suy dinh dưỡng,...

6.1. CHẨN ĐOÁN

6.1.1. Chẩn đoán sơ bộ

6.1.1.1. Dịch tễ

- Chưa chủng ngừa sởi, hay chủng không đủ liều.
- Chưa bị sởi.
- Tiếp xúc với bệnh nhân sởi 8 -10 ngày trước.

6.1.1.2. Lâm sàng

❖ Thể điển hình

- Giai đoạn ủ bệnh: 10-14 ngày.
- Giai đoạn khởi phát: 2-4 ngày. Bệnh nhân sốt cao, viêm long đường hô hấp trên và viêm kết mạc, đôi khi có viêm thanh quản cấp, có thể thấy hạt Koplik là các hạt nhỏ 0,5-1 mm màu trắng có quầng ban đỏ ở trên niêm mạc miệng.
- Giai đoạn toàn phát: Kéo dài 2-5 ngày. Thường sau khi sốt cao 3-4 ngày bệnh nhân bắt đầu phát ban, xuất hiện từ sau tai, sau gáy, trán, mặt, cổ dần lan đến thân mình và tứ chi, cả ở lòng bàn tay và gan bàn chân, ban hồng dát sần, khi căng da thì ban biến mất. Khi ban mọc hết toàn thân thì thân nhiệt giảm dần.
- Giai đoạn hồi phục: Ban nhạt dần rồi sang màu xám, bong vảy phần sẫm màu. Nếu không xuất hiện biến chứng thì bệnh tự khỏi. Có thể có ho kéo dài 1-2 tuần sau khi hết ban.

❖ Thể không điển hình

- Biểu hiện lâm sàng có thể sốt nhẹ thoáng qua, viêm long nhẹ và phát ban ít, toàn trạng tốt. Thể này dễ bị bỏ qua, dẫn đến lây lan bệnh mà không biết.
- Bệnh nhân cũng có thể sốt cao liên tục, phát ban không điển hình, phù nề tứ chi, đau mỏi toàn thân, thường có viêm phổi nặng kèm theo. Xét nghiệm có thể có tăng men gan.

6.1.1.3. Cận lâm sàng

- Công thức máu: thường thấy giảm bạch cầu, giảm bạch cầu lympho và có thể giảm tiểu cầu.
 - X quang phổi có thể thấy viêm phổi kẽ. Có thể tổn thương nhu mô phổi khi có bội nhiễm vi trùng.
 - Huyết thanh chẩn đoán: Kể từ ngày thứ 3 sau khi phát ban để tìm kháng thể IgM. Có thể thực hiện 2 lần. Hiệu giá kháng thể lần 2 cao gấp ít nhất 4 lần so với lần đầu.
 - Phân lập vi rút.
 - Phản ứng khuếch đại gen (PCR) từ máu, phết mũi-họng.
-

6.1.2. Chẩn đoán xác định

- Kháng thể IgM đặc hiệu hoặc PCR (+)

6.1.3. Chẩn đoán phân biệt

- Rubella: Không có biểu hiện viêm long, ban mịn hơn sởi, xuất hiện và biến mất nhanh, thường không sốt cao, anti Rubella IgM (+).
- Sốt phát ban do các siêu vi khác (ECHO, Cocksackie, HHV-6,..): không có biểu hiện viêm long.
- Dị ứng thuốc: tiền sử dùng thuốc, không có biểu hiện viêm long.

6.2. BIẾN CHỨNG

Các biến chứng thường gặp của sởi là viêm tai giữa, viêm thanh quản, viêm phế quản, viêm phổi, tiêu chảy, bùng phát lao tiềm ẩn, viêm não.

6.3. ĐIỀU TRỊ

6.3.1. Tiêu chuẩn điều trị ngoại trú

Sởi không có biến chứng, đảm bảo cách ly tại nhà từ lúc viêm long đến 5 ngày sau phát ban.

6.3.2. Theo dõi ngoại trú

- Tái khám mỗi ngày nếu còn sốt cao, các trường hợp khác tái khám 2-3 ngày, khi cần.
- Các dấu hiệu nặng cần khám lại ngay và nhập viện:
 - + Co giật (trẻ em), thay đổi tri giác (người lớn).
 - + Thở mệt.
 - + Sốt cao liên tục không hạ.
 - + Đau tai, chảy mủ tai.
- Nghỉ học hoặc nghỉ làm và hạn chế tiếp xúc với người xung quanh ít nhất 5 ngày sau phát ban.

6.3.3. Kháng sinh

- Chỉ dùng khi có biến chứng bội nhiễm vi trùng (viêm phổi, viêm tai giữa, nhiễm trùng tiêu hóa,...).

6.3.4. Biện pháp nâng đỡ

- Nghỉ ngơi tại giường.
- Tăng cường dinh dưỡng.
- Vệ sinh da, mắt, miệng họng.
- Hạ sốt:
 - + Áp dụng các biện pháp hạ nhiệt vật lý như lau nước ấm, chườm mát.
 - + Dùng thuốc hạ sốt paracetamol hoặc ibuprofen khi sốt cao.
- Giảm ho.
- Bồi phụ nước, điện giải qua đường uống. Chỉ truyền dịch duy trì khi người bệnh nôn ói nhiều, có nguy cơ mất nước và rối loạn điện giải.

6.3.5. Vitamin A

- < 6 tháng tuổi : 50.000 UI/liều/ngày x 2 ngày uống.
-

NGOẠI TRÚ

- Từ 6 tháng đến 12 tháng tuổi : 100.000 UI/liều/ngày x 2 ngày
 - Trên 12 tháng tuổi : 200.000 UI/liều/ngày x 2 ngày
- Trẻ suy dinh dưỡng và trẻ có dấu hiệu ở mắt do thiếu vitamin A nên thêm một liều vào ngày hôm sau và liều thứ ba 4 tuần sau đó.

6.4. PHÒNG NGỪA

- Chương trình tiêm chủng mở rộng tại Việt Nam thực hiện mũi tiêm sởi thứ 1 lúc trẻ 9 tháng tuổi và mũi tiêm thứ 2 lúc 18 tháng tuổi. Mũi tiêm này chỉ chứa vaccine sởi. Ngoài ra hiện có các vaccine phối hợp với sởi (**sởi-rubella-quai bị**).
- Vắc-xin sởi là loại vắc-xin *sống giảm độc lực* nên không dùng cho phụ nữ có thai, trẻ suy giảm miễn dịch tiên phát, trẻ bị bệnh lao chưa được điều trị, bệnh nhân ung thư, bệnh nhân ghép tạng, bệnh nhân đang điều trị thuốc ức chế miễn dịch hoặc trẻ bị bệnh AIDS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Harrison's Principles of Internal Medicine, 18th Edition Textbook*
 2. *Giáo trình Bệnh Truyền Nhiễm của Bộ môn Nhiễm ĐHYD TPHCM*
 3. *Quyết định Bộ Y tế số 1327/QĐ-BYT ngày 18/4/ 2014 ban hành “Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh sởi”.*
-

BÀI 12. BỆNH RUBELLA

7.1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh Rubella là một bệnh nhiễm trùng cấp tính do vi rút Rubella gây ra. Bệnh lây lan qua đường hô hấp. Lâm sàng gồm sốt, phát ban, nổi hạch. Bệnh thường nhẹ ở trẻ em và tự khỏi sau 4-5 ngày nhưng ở phụ nữ mang thai 3 tháng đầu có thể gây dị dạng cho thai nhi.

7.2. CHẨN ĐOÁN

7.2.1. Chẩn đoán sơ bộ

7.2.1.1. Dịch tễ

- Tiếp xúc với người bị Rubella.
- Chưa mắc bệnh.
- Chưa chủng ngừa Rubella.

7.2.1.2. Lâm sàng

Có thể không triệu chứng hoặc:

- Sốt nhẹ.
- Phát ban dát sẩn, riêng biệt, biến mất nhanh. Lan từ đầu mặt đến các phần còn lại của cơ thể.
- Sổ mũi.
- Hạch dọc bên cổ.
- Đau khớp (hay gặp ở phụ nữ).
- Lưu ý:
 - + Con của phụ nữ mang thai trong 3 tháng đầu dễ bị *hội chứng rubella bẩm sinh (CRS)* (51%)
 - + Thời gian lây bệnh nhiều: 7 ngày trước khi nổi ban và 3 ngày sau khi nổi ban.

7.2.1.3. Cận lâm sàng

- Bạch cầu máu bình thường hoặc giảm.
- Huyết thanh chẩn đoán tìm IgM (anti-rubella IgM).
- PCR.

7.2.2. Chẩn đoán xác định

Lâm sàng và anti-Rubella IgM(+) hoặc PCR(+).

7.2.3. Chẩn đoán phân biệt

- Sởi: kèm viêm long.
- Dị ứng thuốc: tiền sử dùng thuốc, ngứa nhiều.

7.3. ĐIỀU TRỊ

7.3.1. Tiêu chuẩn điều trị ngoại trú

Rubella không có biến chứng, đảm bảo cách ly tại nhà 5 ngày sau phát ban.

NGOẠI TRÚ

7.3.2. Theo dõi ngoại trú

- Tái khám mỗi ngày nếu còn sốt cao, các trường hợp khác tái khám 2-3 ngày.
- Nghỉ học hoặc nghỉ làm và hạn chế tiếp xúc với người xung quanh ít nhất 5 ngày sau phát ban.

7.3.3. Điều trị triệu chứng

- Nghỉ ngơi.
- Vệ sinh răng miệng.
- Thuốc hạ nhiệt, giảm đau.

7.4. PHÒNG NGỪA

- Chương trình Tiêm chủng mở rộng quốc gia hiện có vắc-xin Sởi - Rubella (MR).
- Tiêm vắc-xin 3 trong 1 (sởi - quai bị - rubella) cho trẻ 2 lần: lần 1 lúc 12-15 tháng tuổi, lần 2 lúc 4-6 tuổi.
- Phụ nữ tiêm ngừa vắc-xin rubella phải tránh có thai *ít nhất 4 tuần* kể từ khi tiêm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Harrison's Principles of Internal Medicine, 18th Edition Textbook*
 2. *Giáo trình Bệnh Truyền Nhiễm của Bộ môn Nhiễm ĐHYD TPHCM*
 3. *Bộ Y Tế (2013) – Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Rubella.*
 4. http://www.wpro.who.int/vietnam/topics/immunization/measles_rubella/faq_measles_rubella_campaign/vi/
-

BÀI 13. BỆNH THỦY ĐẬU

8.1. ĐẠI CƯƠNG

Thủy đậu là một bệnh nhiễm trùng cấp tính do vi rút Varicella zoster (VZV) gây ra. Bệnh lây lan qua đường hô hấp và tiếp xúc trực tiếp với bệnh nhân. Bệnh thường nhẹ và tự khỏi sau 5-7 ngày (cơ địa miễn dịch bình thường) nhưng gây biến chứng nguy hiểm trên những cơ địa có miễn dịch kém.

8.2. CHẨN ĐOÁN

8.2.1. Chẩn đoán sơ bộ

8.2.1.1. Dịch tễ

- Tiếp xúc với người bị thủy đậu trong khoảng 10 - 20 ngày trước.
- Chưa mắc bệnh, chưa chủng ngừa thủy đậu.

8.2.1.2. Lâm sàng

- Sốt nhẹ, đôi khi sốt cao ở người lớn hoặc người có suy giảm miễn dịch.
- Sang thương da niêm mạc: dát-sần, bóng nước trong, bóng nước đục, bóng nước đóng mài, có *nhiều giai đoạn* sang thương cùng 1 thời điểm, lan theo hướng ly tâm (mặt → da đầu → thân → chi). Bóng nước càng nhiều, bệnh càng nặng.
- Thời gian lây bệnh: **2 ngày trước khi nổi bóng nước** và 6 ngày sau khi nổi bóng nước.

8.2.1.3. Cận lâm sàng

- Bạch cầu máu bình thường hoặc tăng nhẹ khi bội nhiễm.
- Nạo đáy của mụn nước đem soi sẽ gặp tế bào đa nhân khổng lồ Tzanck (độ nhạy 60 %).
- PCR VZV từ dịch bóng nước.

8.2.2. Chẩn đoán xác định

- Tìm **kháng nguyên** trong dịch ở sang thương bằng nhuộm kháng thể huỳnh quang trực tiếp (VZV DFA) hoặc PCR (VZV PCR).
- Tìm **kháng thể** kháng VZV trong huyết thanh.

8.2.3. Chẩn đoán phân biệt

- Chốc lở bóng nước.
- Bóng nước do Herpes simplex.
- Bệnh tay chân miệng.

8.3. BIẾN CHỨNG

- Bóng nước bội nhiễm. Thường do vỡ bóng nước (*Streptococcus pyogenes* và *Staphylococcus aureus*)
- Viêm phổi thủy đậu: hay gặp ở người có cơ địa suy giảm miễn dịch, phụ nữ có thai.
- Viêm não: 0,1 - 0,2 %, có thể gây tử vong.

NGOẠI TRÚ

- Zona (giời leo): thường xảy ra người lớn là kết quả của nhiễm VZV tiềm tàng hoặc tái hoạt.

8.4. ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ

8.4.1. Tiêu chuẩn điều trị ngoại trú

- Thủy đậu không có biến chứng, trên cơ địa bình thường và bệnh nhân đảm bảo cách ly được tại nhà cho đến khi bóng nước đóng mào (thường sau khi bóng nước xuất hiện 1 tuần).
- Những trường hợp khác nên nhập viện cách ly và điều trị theo phác đồ nội trú.

8.4.2. Tiêu chuẩn ngưng cách ly để tránh lây lan cho cộng đồng

- Lúc các nốt đậu đã khô.
- Nên sau 1 tuần từ khi phát bệnh để tránh lây lan.

8.4.3. Điều trị đặc hiệu

- **Acyclovir** chỉ có hiệu quả rõ rệt khi sử dụng trong 24 giờ đầu tiên kể từ khi phát ban.
- Liều cho trẻ em: 20 mg/kg/liều (tối đa 800 mg/liều) $\times$ 5 lần mỗi ngày, uống trong 5 ngày.
- Liều cho người lớn: 800 mg $\times$ 5 lần mỗi ngày, uống trong 5 ngày.
- Viên trình bày: 200 mg, 400 mg, 800 mg.

8.4.4. Điều trị triệu chứng

- Hạ sốt bằng acetaminophen.
- Tránh bội nhiễm bằng tắm xà phòng và bôi xanh methylene. Ở trẻ nhỏ, cần cắt ngắn móng tay.
- Chống ngứa bằng kháng histamine.

8.5. DỰ PHÒNG

- Dự phòng chung: cách ly 24 - 48 giờ trước khi có bóng nước đến khi bóng nước đóng mào.
- Chủng ngừa:
 - + Trẻ em từ 12 -18 tháng 1 liều duy nhất (có thể áp dụng cho trẻ < 13 tuổi).
 - + Trẻ từ 13 tuổi và người lớn chưa có miễn dịch: tiêm 2 liều cách nhau 4 - 8 tuần.
 - + Lưu ý: Phụ nữ có thai, người đang suy giảm miễn dịch không có chỉ định chủng ngừa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Harrison's Principles of Internal Medicine, 18th Edition Textbook.*
2. *Giáo trình Bệnh Truyền Nhiễm của Bộ môn Nhiễm ĐHYD TP.HCM.*
3. <https://umm.edu/health/medical/altmed/condition/varicellazoster-virus>.

BÀI 14. ZONA

9.1. ĐẠI CƯƠNG

Zona (dân gian gọi là **giời leo**) là một bệnh lây do siêu vi với đặc điểm là hồng ban đau với mụn nước dọc theo 1 vùng cơ thể. Bệnh do siêu vi thủy đậu VZV tái hoạt hóa (khi khỏi bệnh thủy đậu, siêu vi VZV không chết mà tìm hạch thần kinh rẽ sau và dây số V để tiềm ẩn).

Tỷ lệ mắc mới là 1-3/1000 (4-12/1000 ở tuổi > 65).

9.2. LÂM SÀNG

- Sốt, nhức đầu, mệt mỏi sau đó xuất hiện tăng cảm hoặc dị cảm ở nơi sắp nổi zona.
- Sau 1-2 ngày (nhưng có thể lâu đến 2 tuần) bệnh nhân nổi mụn nước **theo phân bố thần kinh da (dermatome) ở 1 bên cơ thể**. Vị trí thường gặp: mắt, tai (hội chứng Ramsay Hunt), liên sườn, chi,...
- Sau 7-10 ngày mụn nước sẽ khô, đóng vảy và liền da.

9.3. CHẨN ĐOÁN

- Lâm sàng.
- Huyết thanh chẩn đoán VZV IgM.
- PCR VZV (60 % độ nhạy và độ đặc hiệu).
- Nuôi cấy tìm VZV (độ nhạy 14%).

9.4. BIẾN CHỨNG

- Bội nhiễm da.
- Yếu vận động.
- Tổn thương mắt (zona mắt).
- *Đau thần kinh sau zona*: đau kéo dài từ vài tháng đến hàng chục năm.

9.5. ĐIỀU TRỊ

9.5.1. Tiêu chuẩn điều trị ngoại trú

Zona không kèm biến chứng (bội nhiễm, yếu vận động, tổn thương mắt...) và không kèm bệnh nền nặng (tăng huyết áp, tiểu đường...).

9.5.2. Điều trị đặc hiệu

- Kháng siêu vi: acyclovir (Zovirax), valacyclovir (Valtrex), or famciclovir (Famvir). Valacyclovir tốt hơn Acyclovir. Không giúp tránh được **đau sau zona**.
- Liều cho người lớn : 800 mg x 5 lần mỗi ngày, uống trong 7-10 ngày.
- Giảm đau: Gabapentin, Paracetamol, Glucocorticoid, chống trầm cảm (Amitriptyline). Thường dùng Gabapentin uống, liều dùng khởi đầu 100 mg/8 giờ, liều có thể thay đổi từ 300 mg/ngày đến 1.800 mg/ngày tùy theo sự dung nạp của mỗi bệnh nhân.
- Săn sóc sang thương da phòng bội nhiễm.

BÀI 15. SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

10.1. ĐẠI CƯƠNG

- Sốt xuất huyết dengue (SXHD) là bệnh truyền nhiễm gây dịch do vi rút dengue gây nên. Vi rút truyền từ người bệnh sang người lành do muỗi đốt. Muỗi *Aedes aegypti* là côn trùng trung gian truyền bệnh chủ yếu.
- Bệnh xảy ra quanh năm, thường gia tăng vào mùa mưa. Bệnh gặp ở cả trẻ em và người lớn.

10.2. PHÂN LOẠI

10.2.1. Mức độ nặng của bệnh

- Sốt xuất huyết Dengue.
- Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo (có một trong các triệu chứng: vật vã, lừ đừ, li bì, đau bụng vùng gan, gan to > 2 cm, nôn nhiều, xuất huyết niêm mạc).
- Sốt xuất huyết Dengue nặng (sốc, xuất huyết nặng, suy tạng).

10.2.2. Giai đoạn bệnh

- Giai đoạn sốt (N1 – N3).
- Giai đoạn nguy hiểm (N4 – N6).
- Giai đoạn hồi phục (>N7).

10.3. TIẾP CẬN BỆNH NHÂN SXHD

10.3.1. Hỏi bệnh sử

- Ngày xuất hiện triệu chứng sốt hoặc có biểu hiện bệnh.
- Khai thác kỹ các triệu chứng gợi ý SXHD: chán ăn, buồn nôn, đau bụng, đau đầu, đau cơ, đau khớp, đau sau hốc mắt.
- Tình trạng tiêu chảy, nước tiểu; số lượng dịch đã được uống hoặc truyền.
- Thay đổi về tình trạng tinh thần, cơn giật.
- Đánh giá các dấu hiệu cảnh báo.
- Yếu tố dịch tễ: trong gia đình, hoặc hàng xóm có người mắc SXHD không? Có đi đâu khác chỗ ở không?
- Khai thác tình trạng bệnh lý đi kèm: béo phì, có thai, tiểu đường, tăng huyết áp, bệnh mạn tính khác...

10.3.2. Khám thực thể

- Đánh giá tình trạng tinh thần, ý thức.
 - Đánh giá tình trạng huyết động (mạch, HA, tình trạng tưới máu ngoại biên).
 - Đánh giá tình trạng hô hấp: nhịp thở, kiểu thở.
 - Khám bụng: chú ý gan to? tăng cảm giác đau vùng gan khi khám? Dịch ổ bụng?
 - Đánh giá tình trạng xuất huyết (vị trí, mức độ).
 - Phát hiện các triệu chứng bất thường khác.
-

10.3.3. Xét nghiệm

- Công thức máu (BC, DTHC, TC): khi tiểu cầu giảm, bạch cầu bình thường hoặc giảm, dung tích hồng cầu tăng.
- Test nhanh NS1 (ngày 1 – 5) hoặc IgM-dengue , IgG-dengue (sau ngày 5).

10.4. CHẨN ĐOÁN**10.4.1. Chẩn đoán sơ bộ**

- Sống hoặc đi tới vùng dịch tễ Dengue.
- Sốt cao đột ngột, liên tục kéo dài từ 2-7 ngày.
- Kèm 2 trong số các dấu hiệu sau: chán ăn và buồn nôn, sung huyết da, đau đầu, đau cơ, có một trong các dấu hiệu cảnh báo, nghiệm pháp dây thắt dương tính, giảm bạch cầu.

10.4.2. Chẩn đoán phân biệt

Các bệnh biểu hiện giống giai đoạn sốt của bệnh SXHD	
Hội chứng giống cúm	Cúm, quai bị, nhiễm trùng hô hấp trên
Các bệnh có phát ban	Rubella, sởi, nhiễm não mô cầu, liên cầu lợn
Các bệnh tiêu chảy	Rotavirus, nhiễm trùng đường ruột khác
Có triệu chứng thần kinh	Viêm não-màng não, sốt cao co giật
Các bệnh biểu hiện giống giai đoạn nguy hiểm của bệnh SXHD	
Nhiễm trùng	Sốt rét, thương hàn, nhiễm trùng huyết
Bệnh lý ác tính	Bệnh bạch cầu cấp, bệnh ác tính khác
Các bệnh cảnh lâm sàng khác: đau bụng	Viêm ruột thừa cấp, viêm túi mật cấp, thủng ruột,...

10.4.3. Chẩn đoán xác định

- Chẩn đoán sơ bộ + DTHC tăng, TC giảm + kháng nguyên NS1, Kháng thể IgM, IgG dương tính.

10.5. XỬ TRÍ**10.5.1. Nguyên tắc**

- Phần lớn các trường hợp đều được điều trị ngoại trú, chủ yếu là điều trị triệu chứng và phải theo dõi chặt chẽ phát hiện sớm biến chứng xảy ra để xử trí kịp thời.
- Đánh giá, phân loại mức độ bệnh và xử trí trong trường hợp cấp cứu ban đầu.

10.5.2. Điều trị cụ thể**10.5.2.1. Sốt xuất huyết Dengue: Điều trị ngoại trú, dặn dò**

- Nghỉ ngơi tại giường.
- Khuyến khích người bệnh uống nhiều nước, nước trái cây, các dung dịch điện giải đẳng trương (ORS), nước cơm. Ăn thức ăn dễ tiêu, giàu dinh dưỡng.
- Dùng thuốc hạ nhiệt chỉ được dùng Paracetamol đơn chất, liều dùng từ 10-15 mg/kg cân nặng/lần, cách nhau mỗi 4-6 giờ. Tổng liều không quá 60 mg/kg/24

NGOẠI TRÚ

giờ. Không dùng Aspirin, Analgin, Ibuprofen để điều trị vì có thể gây xuất huyết, toan máu.

- Hướng dẫn cho người chăm sóc đưa người bệnh tới bệnh viện gần nhất ngay lập tức nếu có bất kỳ dấu hiệu cảnh báo nguy hiểm nào sau đây: chảy máu, nôn liên tục, đau bụng nhiều, lơ mơ, rối loạn ý thức hoặc co giật, tay chân lạnh, khó thở...
- Diệt muỗi sinh sản trong nhà, xung quanh nhà.

10.5.2.2. Theo dõi tái khám

- Tái khám ngay khi có các triệu chứng: chảy máu, nôn ói nhiều, đau bụng nhiều, rối loạn ý thức: lơ mơ hoặc co giật, tay chân lạnh, khó thở...
- Hẹn tái khám mỗi ngày cho đến khi hết sốt 2 ngày, tổng trạng tươi tỉnh, ăn uống ngon miệng, tiểu cầu > 50k/Ul. Khi người bệnh tái khám, BS cần đánh giá người bệnh toàn diện, làm xét nghiệm DTHC, TC.

10.5.2.3. Chỉ định nhập viện

- SXHD xảy ra trên cơ địa đặc biệt (béo phì, có thai, tiểu đường, bệnh mạn tính,...).
- SXHD có dấu hiệu cảnh báo.
- SXHD nặng.
- Bệnh nhân có hoàn cảnh xa cơ sở y tế, sống một mình.

10.6. PHÒNG BỆNH

- Diệt muỗi, lăng quăng; môi trường thông thoáng sạch sẽ, khô ráo.
 - Tránh muỗi đốt.
-

BÀI 16. CÚM MÙA

11.1. CHẨN ĐOÁN

11.1.1. Chẩn đoán sơ bộ

11.1.1.1. Dịch tễ

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

11.1.1.2. Lâm sàng có hội chứng Cúm

- Sốt, thường trên 38°C.
- Đau nhức cơ toàn thân.
- Biểu hiện về hô hấp như đau họng, hắt hơi, ngạt mũi, chảy nước mũi, ho, khó thở.

11.1.1.3. Cận lâm sàng

- Công thức máu bạch cầu bình thường hoặc giảm.
- Hình ảnh chụp X quang phổi bình thường hoặc có tổn thương thâm nhiễm lan tỏa ở phổi.

11.1.2. Chẩn đoán xác định

- Phát hiện RNA virus bằng kỹ thuật RT-PCR và/hoặc phân lập virus cúm A/H1N1, H3N2 từ các bệnh phẩm: phết mũi, phết họng, dịch mũi hầu, dịch rửa phế quản.

11.1.3. Chẩn đoán mức độ bệnh

11.1.3.1. Cúm chưa có biến chứng

- Lâm sàng có biểu hiện hội chứng cúm đơn thuần.

11.1.3.2. Cúm có biến chứng (cúm nặng)

- Lâm sàng nghi ngờ hoặc xác định kèm theo một trong các biểu hiện sau:
 - + Có tổn thương phổi với biểu hiện suy hô hấp trên lâm sàng (thở nhanh, khó thở, SpO₂ giảm, PaO₂ giảm) và/hoặc,
 - + Có các biến chứng thứ phát như viêm xoang, viêm phổi do bội nhiễm vi trùng, sốc nhiễm trùng, suy đa phủ tạng.
 - + Có các dấu hiệu nặng lên của các bệnh lý mạn tính kèm theo (bệnh phổi, bệnh gan, suy thận, đái tháo đường, bệnh tim mạch, bệnh về máu).

11.1.4. Các đối tượng nguy cơ dễ có biến chứng khi mắc cúm

- Trẻ em: dưới 5 tuổi, suy dinh dưỡng, béo phì, hen phế quản hoặc bị suy giảm miễn dịch bẩm sinh hay mắc phải.
 - Người già trên 65 tuổi.
 - Phụ nữ có thai.
 - Người lớn mắc các bệnh mạn tính (như đã nêu trên).
 - Suy giảm miễn dịch (bệnh nhân đang điều trị thuốc chống ung thư, Corticoid kéo dài, HIV/AIDS).
-

11.2. ĐIỀU TRỊ

11.2.1. Điều trị ngoại trú

11.2.1.1. Tiêu chuẩn điều trị ngoại trú

- Cúm mùa chưa biến chứng và trên các đối tượng không có yếu tố nguy cơ biến chứng nặng.

11.2.1.2. Điều trị

- Cách ly điều trị tại nhà, hạn chế tiếp xúc với người xung quanh.
- Chủ yếu là điều trị triệu chứng. Thuốc kháng virus không có chỉ định điều trị đối với cúm mùa chưa biến chứng và trên các đối tượng không có yếu tố nguy cơ biến chứng nặng.
- Hạ sốt: Chỉ dùng Paracetamol khi sốt trên 38,5°C, không dùng thuốc nhóm Salicylate như Aspirin để hạ sốt.
- Đảm bảo cân bằng nước điện giải.
- Đảm bảo chế độ dinh dưỡng hợp lý.

11.2.1.3. Theo dõi ngoại trú

- Theo dõi các triệu chứng lâm sàng ở nhà: sốt, ho, đau ngực, khó thở, ...
- Tái khám sau khoảng 2 – 3 ngày cho đến khi hết triệu chứng lâm sàng.
- Tái khám ngay nếu có các dấu hiệu nặng cần nhập viện trong mục 11.1.3.2.

11.2.2. Chỉ định nhập viện điều trị nội trú

- Cúm có biến chứng.
- Cúm có kèm theo các yếu tố nguy cơ dễ gây biến chứng.

11.3. PHÒNG BỆNH

- Đeo khẩu trang khi tiếp xúc với người bệnh nghi nhiễm cúm.
 - Tăng cường rửa tay.
 - Vệ sinh hô hấp khi ho khạc.
 - Tránh tập trung đông người khi có dịch xảy ra.
 - Tiêm phòng vắc xin cúm.
 - + *Nên tiêm phòng vắc xin cúm hàng năm.*
 - + *Các nhóm có nguy cơ lây nhiễm cúm nên được tiêm phòng cúm là:*
 - Nhân viên y tế.
 - Trẻ từ 6 tháng đến 8 tuổi.
 - Người có bệnh mạn tính (bệnh phổi mạn tính, bệnh tim bẩm sinh, suy tim, đái tháo đường, suy giảm miễn dịch...).
 - Người trên 65 tuổi.
-

BÀI 17. NHIỄM SIÊU VI KHÔNG XÁC ĐỊNH

12.1. ĐẠI CƯƠNG

- Nhiễm siêu vi không xác định (thường gọi là nhiễm siêu vi) (mã ICD10: B34.9) là bệnh lý nhiễm siêu vi trùng cấp tính, thường tự giới hạn.
- Hầu hết các trường hợp nhiễm siêu vi là nhiễm siêu vi hô hấp trên, bao gồm viêm họng, viêm xoang và cảm lạnh.
- Các nhiễm siêu vi hô hấp khác như cúm, viêm phổi, viêm thanh khí phế quản hay viêm tiểu phế quản; nhiễm siêu vi tiêu hoá như viêm dạ dày ruột (tiêu chảy siêu vi); nhiễm siêu vi hệ thần kinh trung ương, gan và da được đề cập trong các bệnh đặc hiệu khác.

12.2. LÂM SÀNG

- Sốt thường là triệu chứng khởi phát bệnh và kéo dài khoảng 3 ngày. Đôi khi sốt là triệu chứng duy nhất.
- Sung huyết mũi, hắt hơi, sổ mũi trong, nếu dịch tiết mũi đổi màu có thể bệnh nhân bị bội nhiễm vi trùng.
- Ho.
- Phát ban da.
- Các triệu chứng khác: nhức đầu, đau họng, khàn tiếng, nổi hạch cổ, biếng ăn.
- Triệu chứng tiêu hoá: đau bụng, tiêu chảy, nôn ói ít gặp hơn.

12.3. XÉT NGHIỆM

- Công thức máu.
- Xét nghiệm chẩn đoán tác nhân nếu cần.

12.4. CHẨN ĐOÁN

12.4.1. Chẩn đoán có thể

Chủ yếu dựa vào lâm sàng.

12.4.2. Chẩn đoán phân biệt

Một số bệnh lý: nhiễm siêu vi như sốt xuất huyết Dengue, sốt phát ban...; nhiễm vi trùng khác. Ngoài ra cần lưu ý chẩn đoán phân biệt các bệnh lý nội khoa có sốt.

12.5. ĐIỀU TRỊ

12.5.1. Điều trị triệu chứng

Thường không có điều trị đặc hiệu cho hầu hết các trường hợp nhiễm siêu vi. Tuy nhiên, nhiều biện pháp có thể giúp giảm triệu chứng như:

- Chăm sóc hỗ trợ.
 - Bù nước đầy đủ bằng đường uống.
 - Thông thoáng mũi bằng nước muối dạng nhỏ giọt hay dạng xịt.
-

NGOẠI TRÚ

- Hạ sốt và giảm đau: Acetaminophen: 10 - 15 mg/kg lần mỗi 4 - 6 giờ hay Ibuprofen 5 - 10 mg/kg x 3 lần/ngày (không sử dụng Ibuprofen khi nghi ngờ sốt xuất huyết).
- Nôn ói:
 - + Trẻ em: Domperidon 0,2 - 0,25 mg /kg/lần x 3 lần/ngày.
 - + Người lớn: Metochlopramid*
- Nổi ban: kháng Histamin nếu bệnh nhân ngứa.
- Sổ mũi: thuốc chống xung huyết mũi như Phenylephrin*, Ipratropium.
- Giảm ho: Dextromethorphan*, Guaifenesin, thuốc ho thảo dược.
- * Lưu ý: một số thuốc sử dụng thận trọng cho trẻ em.
- Kháng sinh nếu có bằng chứng bội nhiễm vi trùng.

12.5.2. Theo dõi ngoại trú

- Theo dõi các triệu chứng lâm sàng ở nhà: sốt, ho, sổ mũi, ói, tiêu chảy...
- Tái khám sau khoảng 2 – 3 ngày cho đến khi hết triệu chứng lâm sàng.
- Tái khám ngay nếu có các dấu hiệu nặng cần nhập viện trong mục 12.5.3.

12.5.3. Tiêu chuẩn nhập viện

- Sốt cao biến chứng co giật.
- Đối với nhiễm siêu vi đường hô hấp: các dấu hiệu suy hô hấp như thở nhanh, thở co kéo, tím tái,...
- Đối với nhiễm siêu vi đường tiêu hóa: tiêu chảy hoặc nôn ói có dấu hiệu mất nước.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Overview of Viral Infections.* Craig R. Pringle. MSD Manual 2015. <http://www.msdmanuals.com/home/infections/viral-infections/overview-of-viral-infections>.
 2. *Sore throat in children and adolescents: Symptomatic treatment.* Pedro A Piedra, Ann R Stark. Jan 2015. www.uptodate.com ©2015 UpToDate.
 3. *The common cold in adults: Diagnosis and clinical features, Treatment and prevention.* Daniel J Sexton, MD. Jan 2015. www.uptodate.com ©2015 UpToDate.
-

BÀI 18. VIÊM ĐƯỜNG HÔ HẤP TRÊN

Viêm hô hấp trên là viêm nhiễm vùng tai mũi họng thường do virus, nếu chăm sóc tốt đa số BN sẽ tự khỏi.

13.1. VIÊM MŨI CẤP VÀ BIẾN CHỨNG VIÊM XOANG

13.1.1. Viêm mũi cấp

13.1.1.1. Nguyên nhân

Thường do virus, hay gặp là: Rhinovirus, Coronavirus, Parainfluenza virus, Respiratory Syncytial virus, Influenza virus và Adenovirus.

13.1.1.2. Lâm sàng

- Thời gian ủ bệnh từ 2 - 3 ngày.
- Các dấu hiệu chính: chảy mũi, nghẹt mũi, nhầy mũi, đau họng và ho, trẻ sốt từ 38 – 39°C, nước mũi ban đầu trong sau đó đục.
- Viêm mũi do Rhinovirus, bệnh nhân bị chảy mũi, nghẹt mũi, nhầy mũi, từ ngày đầu, bệnh ồ ạt trong 2 - 3 ngày đầu, có kèm theo viêm họng và ho. Sổ mũi, nhầy mũi, kéo dài trong vài ba ngày nhưng ho thì còn kéo dài hơn 1 tuần.
- Nếu do Adenovirus trẻ có bị viêm kết mạc kèm theo.
- Khám mũi: niêm mạc mũi đỏ, chảy nước mũi trong hay đục, niêm mạc mũi có khi bóng như kiếng chứng tỏ xuất tiết. Chỉ có Adenovirus có viêm họng kèm theo, niêm mạc họng đỏ, đau rát họng và ho nhiều.

13.1.1.3. Chẩn đoán

- Bệnh xuất hiện theo mùa và nhiều người mắc phải, lây lan nhanh, tìm thấy siêu vi trong nước mũi.
- Chẩn đoán phân biệt:
 - + Viêm mũi vận mạch: triệu chứng giống trên nhưng không theo mùa, không lây lan, bệnh tái đi tái lại nhiều lần.
 - + Viêm mũi dị ứng: chỉ nhầy mũi, ngứa mũi có kèm nghẹt mũi.

13.1.1.4. Điều trị

- Nếu chưa có biến chứng bội nhiễm thì chỉ **điều trị triệu chứng** không cần dùng kháng sinh.
- Chỉ làm thông thoáng mũi: nhỏ mũi hoặc xịt mũi bằng Natri Chlorua 0,9 % hoặc Natri Chlorua ưu trương 2,5 – 3 %.
- Nếu đau họng thì điều trị tại chỗ bằng súc miệng nước muối.
- Nếu ho: uống thuốc ho thảo dược hoặc dextromethorphan (liều trẻ > 2 tuổi: 1 mg/kg/ngày chia ra 3 lần) để giảm ho.
- Thuốc antihistamine không có tác dụng cụ thể.

13.1.1.5. Theo dõi

Tái khám mỗi 3 ngày trong vòng 7-10 ngày.

13.1.1.6. Phòng ngừa

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

NGOẠI TRÚ

- Tiêm vacxin phòng cúm, phế cầu.
- Điều trị các bệnh nhiễm trùng tai mũi họng, răng hàm mặt, suy giảm miễn dịch.
- Vệ sinh răng miệng.

13.1.2. Viêm xoang cấp

13.1.2.1. Nguyên nhân

- Biểu chứng do nhiễm trùng thứ phát, các vi khuẩn thường thấy là: *H.influenzae*, tụ cầu, *Moraxella catarrhalis*, vi khuẩn hiếm khí và siêu vi.

13.1.2.2. Lâm sàng

- Viêm xoang thường hình thành trong giai đoạn bị viêm mũi cấp.
- Ngoài nhức đầu, nghẹt mũi, mất mùi bệnh nhi còn bị chảy mũi mủ, nếu bị viêm xoang hàm cấp khám thấy mủ chảy khe giữa, nếu viêm xoang sàng thì bờ dưới hồ mắt vùng khóc trong mắt bị phù nề, hờ kết mạc, di động mắt bị giới hạn.
- Đối với trẻ > 12 tuổi xoang trán, xoang bướm mới mở. Viêm xoang trán thì nhức vùng trán vào buổi sáng, viêm xoang bướm thì nhức âm ỉ trong sâu, thường nhức vào ban đêm, ngoài triệu chứng nhức trẻ còn bị ho, hơi thở hôi. Viêm xoang sàng, xoang trán dễ gây biến chứng áp xe não.
- X-quang, CT scan xoang giúp rất nhiều trong chẩn đoán viêm xoang

13.1.2.3. Điều trị

- Chọn một trong các loại kháng sinh sau:
 - + Amoxicillin 50 - 80 mg/kg/ngày, chia 3 lần, 10 đến 15 ngày.
 - + Amoxicillin + Clavulanic acid: 50 – 80 mg/kg/ngày, chia 2 - 3 lần, 10 đến 15 ngày.
 - + Cefaclor 20 – 40 mg/kg/ngày, chia 2 lần, 10 ngày.
 - + Cefuroxime 30 mg/kg/ngày, chia 2 lần, 10 ngày.
 - + Cefixim 10 mg/kg/ngày, chia 1 - 2 lần, 10 ngày
 - + Cefpodoxim 10 mg/kg/ngày, chia 1 - 2 lần, 10 ngày.
 - + Cefdinir 15 mg/kg/ngày, chia 2 lần, 10 ngày.
- Trường hợp dị ứng với nhóm Beta-Lactam, dùng nhóm Macrolid như:
 - + Erythromycin 50 mg/kg/ngày, uống 10 ngày hoặc:
 - + Azithromycin 10 mg/kg/ngày, uống 5 ngày.
- Kháng viêm: Alphachymotrysin 1 viên × 3 - 4 lần/ngày uống 5 ngày.
- Giảm đau, hạ sốt: Paracetamol 10 - 15 mg/kg × 3 – 4 lần/ngày.

13.2. VIÊM HỌNG CẤP

Viêm họng là bệnh thường xảy ra ở lứa tuổi đi học, có thể do virus hoặc vi khuẩn. Vi khuẩn thường gặp là *Streptococcus*. Virus thường gặp là *Rhinovirus*, *Coronavirus*, *Parainfluenza virus*, *Respiratory syncytial virus*, *Influenza virus* và *Adenovirus*.

13.2.1. Lâm sàng

- Sốt ho, sổ mũi, đau họng.
- Viêm mạc họng viêm đỏ.

13.2.2. Chẩn đoán

- Tiêu chuẩn lâm sàng: sổ mũi, nghẹt mũi, rát họng, khám họng viêm đỏ.
- Tiêu chuẩn CLS: BC máu tăng chủ yếu Lympho tăng, nếu viêm họng do nhiễm khuẩn Neutrophil tăng.
- Viêm họng do liên cầu khuẩn tan huyết nhóm A:
 - + Có ≥ 3 trong 4 dấu hiệu:
 - Sốt.
 - Viêm họng xuất tiết.
 - Sưng đau hạch trước cổ.
 - Không ho.
 - + Hoặc test nhanh *Streptococci* Group A dương tính.

13.2.3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm họng có giả mạc: cần phân biệt với bạch hầu và nhiễm Epstein Barr virus.
- Có loét miệng: cần phân biệt tay chân miệng, loét áp-tơ.
- Nếu sốt cao liên tục từ 3 ngày cần phân biệt với sốt xuất huyết.

13.2.4. Điều trị

- Nguyên tắc:
 - + Điều trị triệu chứng, bệnh tự khỏi sau 7-10 ngày.
 - + Kháng sinh khi có bội nhiễm hay viêm họng do vi trùng.
 - Điều trị triệu chứng:
 - + Hạ sốt.
 - + Xem xét sử dụng thuốc kháng Histamin khi có hắt hơi, sổ mũi.
 - + Thuốc ho với nguồn gốc thảo dược.
 - Chọn một trong các loại kháng sinh sau:
 - + Penicillin V 50.000 đv/kg/ngày chia 4 lần, uống 10 ngày.
 - + Amoxicillin 50 mg/kg/ngày uống 10 ngày.
 - + Amoxicillin + clavulanic acid 50 mg/kg/ngày, chia 2-3 lần, trong 5-7 ngày.
 - + Cephalexin 40 mg/kg/ngày, chia 2 lần, trong 5 - 7 ngày.
 - + Cefadroxil 30 mg/kg/ngày, 1 lần trong ngày, trong 5-7 ngày.
 - + Cefaclor 20 - 40 mg/kg/ngày, chia 2 lần, trong 7 ngày.
 - + Cefuroxime 30 mg/kg/ngày, chia 2 lần, trong 5 - 7 ngày.
 - + Cefixim 10 mg/kg/ngày, chia 1-2 lần, trong 5 - 7 ngày.
- Trong trường hợp dị ứng với nhóm beta-lactam, dùng nhóm Macrolid, như:
- + Erythromycin 50 mg/kg/ngày uống 5-7 ngày hoặc
 - + Azithromycin 10 mg/kg uống 1 lần trong ngày, trong 5 ngày.
-

13.2.5. Tái khám: mỗi 3 ngày cho đến khi bệnh ổn định.

13.2.6. Tiêu chuẩn nhập viện

- Sốt cao không đáp ứng với thuốc hạ sốt.
- Bệnh kéo dài trên 10 ngày.
- Bệnh có biến chứng.

13.2.7. Biến chứng

- Áp xe quanh amidan.
 - Áp xe thành sau họng.
- Xử trí nhập viện theo chuyên khoa.

13.3. VIÊM TAI GIỮA CẤP

Bệnh thường gặp ở trẻ từ 6 - 24 tháng, thường do: nhóm *Streptococcus*, *Hemophilus influenza* hoặc *Moxarella catarrhalis*. Ngoài ra, có thể do siêu vi Influenzae, Enterovirus, Rhinovirus.

13.3.1. Lâm sàng

Sốt cao 38 - 39°C, bỏ bú, hay ói, trẻ bị đau tai, chạm vào tai bé khóc ré lên, nghe kém nhưng thường khó phát hiện, khám tai màng nhĩ trẻ phồng lên di động kém, nếu không điều trị kịp vài ngày sau màng nhĩ trở nên vàng sau đó vỡ mủ, sau khi chảy mủ, trẻ bớt sốt, giảm nhức tai.

13.3.2. Điều trị

- Chỉ định kháng sinh khi:
 - + trẻ < 2 tuổi có viêm tai giữa 2 bên.
 - + trẻ có chảy mủ tai.
 - + trẻ viêm tai giữa nặng hơn hoặc không cải thiện sau 48-72 giờ.
- Lựa chọn kháng sinh:
 - + Amoxicillin/ Amox-clavulanate.
 - + Cefuroxim/ Cefaclor.
 - + Khi bị dị ứng nhóm beta - lactam: Erythromycin/ Clarithromycin/ Azithromycin.
- Điều trị triệu chứng: hạ sốt, giảm đau, rửa tai bằng Oxy già.

13.3.3. Biến chứng

- Viêm màng não: nhập viện.
- Viêm xương chũm cấp: khám chuyên khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. *Antibiotics in the treatment of acute respiratory infections in young children*. Geneva, World Health Organization, 1990.
 2. Eric A. F. Simoes, Thomas Cherian, *Acute Respiratory Infections in Children, Disease Control Priorities in Developing Countries*. 2nd edition.
 3. *Management of Acute Bronchitis in Healthy Adults*. *Infect Dis Clin North Am*; 18 (4): 919-37.
-

4. Ann-Christine Nyquist, Ralph Gonzales,. *Antibiotic Prescribing for Children With Colds, Upper Respiratory Tract Infections, and Bronchitis. JAMA.* 1998;279(11):875-877.
 5. Chow AW, Benninger MSBrook I, Brozek JL, GoldsteinEJ et al. *IDSA Clinical practice guideline for acute bacterial rhinosinusitis in children and adults. Clin Infect Dis.* 2012 Apr.54(8):e72-e112.
 6. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh hô hấp 2012.* Bộ Y tế.
 7. *Phác đồ điều trị nhi khoa ngoại trú (2016).* BV Nhi đồng 2.
 8. *Phác đồ điều trị nhi khoa ngoại trú (2017).* BV Nhi đồng 1.
-

BÀI 19. VIÊM PHỔI TRẺ EM

14.1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm phổi là tình trạng viêm nhu mô phổi do tác nhân nhiễm trùng. Tác nhân vi trùng thường gặp ở trẻ dưới 5 tuổi là *Streptococcus pneumoniae* và *Haemophilus influenza*. Trong khi đó tác nhân thường gặp ở trẻ trên 5 tuổi là *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* và *S. pneumoniae*.

14.2. LÂM SÀNG

Chẩn đoán viêm phổi và mức độ nặng (viêm phổi, viêm phổi nặng) ở trẻ em chủ yếu dựa vào lâm sàng.

14.2.1. Viêm phổi

Trẻ ho, sốt kèm theo ít nhất một trong các dấu hiệu:

- Thở nhanh:
 - < 2 tháng tuổi: ≥ 60 lần/phút.
 - 2 - < 12 tháng tuổi: ≥ 50 lần/phút.
 - 1 - 5 tuổi: ≥ 40 lần/phút.
 - > 5 tuổi: ≥ 30 lần/phút.
- Rút lõm lồng ngực (phần dưới lồng ngực lõm vào ở thì hít vào).
- Khám phổi thấy bất thường: giảm thông khí, có tiếng bất thường (ran ẩm, ran phế quản, ran nổ...).

14.2.2. Viêm phổi nặng

Chẩn đoán viêm phổi nặng khi trẻ có dấu hiệu của viêm phổi kèm theo ít nhất một trong các dấu hiệu sau:

- Dấu hiệu toàn thân nặng:
 - + Bỏ bú hoặc không uống được.
 - + Rối loạn tri giác: lơ mơ hoặc hôn mê.
 - + Co giật.
- Dấu hiệu suy hô hấp nặng (thở rên, rút lõm lồng ngực rất nặng).
- Tím tái hoặc $SpO_2 < 90\%$.
- Trẻ < 2 tháng tuổi.

14.3. CẬN LÂM SÀNG

- CTM, X-quang ngực thẳng.
- CRP.
- Huyết thanh chẩn đoán: *Mycoplasma*, *Chlamydia*.

14.4. CHẨN ĐOÁN

- **Lâm sàng:** Sốt, ho, thở nhanh, rút lõm lồng ngực, ran ẩm nổ.
 - **X-quang phổi:** có thể có tổn thương phế nang và/hoặc mô kẽ, tuy nhiên mức độ tổn thương trên X-quang có thể không tương xứng với lâm sàng.
 - Chẩn đoán phân biệt:
-

- + Hen.
- + Dị vật đường thở.
- + Bệnh phổi bẩm sinh.
- + Tim bẩm sinh.

14.5. XỬ TRÍ VIÊM PHỔI

14.5.1. Điều trị ngoại trú

Viêm phổi không có dấu hiệu nặng hay rất nặng.

14.5.2. Nguyên tắc điều trị

- Đánh giá đúng mức độ nặng nhẹ của bệnh.
- Dùng kháng sinh phù hợp (dựa vào lâm sàng, lứa tuổi).

14.5.2.1. Điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm

- Amoxicillin 80-90 mg/kg/ngày hoặc amoxicillin/ clavulanate 50-80mg/kg/ngày, Cephalosporin thế hệ thứ II (cefuroxim, cefaclor), Cephalosporin thế hệ thứ III (cefpodoxim, cefdinir), thời gian điều trị ít nhất là 5 ngày.
- Viêm phổi nghi do vi trùng không điển hình (*M.pneumoniae*, *C.pneumoniae*):
 - + Erythromycin 40 - 50 mg/kg/24 giờ chia làm 3 - 4 lần, uống trong 7-10 ngày.
 - + Clarithromycin 15 mg/kg/24 giờ chia 2 lần, uống trong 7-10 ngày.
 - + Azithromycin 10 mg/kg uống 1 lần/ngày, trong 3 - 5 ngày.
 - + Levofloxacin:
 - Đối với trẻ 6 tháng – 5 tuổi: 8-10 mg/kg mỗi 12 giờ.
 - Đối với trẻ > 5 tuổi: 10 mg/kg/ngày, ngày 1 lần, liều tối đa 750 mg/ngày, trong 5-7 ngày.
- Tái khám sau 24 đến 48 giờ để đánh giá đáp ứng điều trị:
 - + Nếu trẻ giảm sốt, bớt thở nhanh, không thở gắng sức, ăn tốt hơn: tiếp tục kháng sinh hết liệu trình.
 - + Nếu trẻ còn sốt, còn thở nhanh, xuất hiện các dấu hiệu của viêm phổi nặng, có các dấu hiệu toàn thân nặng, hoặc bệnh không cải thiện phải cho trẻ nhập viện.

14.5.2.2. Điều trị triệu chứng

- Hạ sốt.
- Hạn chế sử dụng Dextromethorphan và anti-Histamin.
- Xem xét sử dụng loãng đàm trong một số trường hợp.

14.6. THEO DÕI

Hẹn tái khám sau 2-3 ngày hoặc sớm hơn nếu phát hiện có dấu hiệu nặng.

14.7. PHÒNG BỆNH

- Tiêm chủng theo lịch, tiêm ngừa cúm, phế cầu.
- Tránh khói bụi, thuốc lá.
- Dinh dưỡng đầy đủ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bradley JS, Byington CL, Shah SS, et al. The management of community-acquired pneumonia in infants and children older than 3 months of age: Clinical practice guidelines by the Pediatric Infectious Diseases Society and the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 2011; 53:e25.
 2. The Management of Community-Acquired Pneumonia in Infants and Children Older Than 3 Months of Age: Clinical Practice Guidelines by the Pediatric Infectious Diseases Society and the Infectious Diseases Society of America 2012.
 3. American Academy of Pediatrics. Antibacterial drugs for pediatric patients beyond the newborn period. In: *Red Book: 2015 Report of the Committee on Infectious Diseases, 30th*, Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS (Eds), American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, IL 2015 p.884.
 4. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh hô hấp 2012. Bộ Y tế.
 5. Phác đồ điều trị viêm phổi trẻ em 2014. Bộ Y tế.
 6. Phác đồ điều trị nhi khoa (2016). BV Nhi đồng 2.
 7. Phác đồ điều trị nhi khoa (2017). BV Nhi đồng 1.
-

BÀI 20. VIÊM PHẾ QUẢN CẤP

15.1. ĐẠI CƯƠNG

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

15.2. CHẨN ĐOÁN

15.2.1. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán viêm phế quản cấp hầu hết chỉ cần dựa vào lâm sàng.

15.2.1.1. Lâm sàng

- Khởi phát viêm long đường hô hấp trên với sốt nhẹ, viêm mũi họng (hắt hơi, chảy mũi, đau họng), có thể viêm xoang, viêm amidan, viêm tai giữa, sau lan dần xuống khí quản, phế quản.
- Sốt nhẹ hoặc sốt cao, nhiều trường hợp không có sốt.
- Ho khan nhiều trong những ngày đầu, ho từng cơn dai dẳng, cảm giác đau rát bỏng sau xương ức, khàn tiếng. Sau đó ho khạc đàm nhầy, đàm trắng, vàng, xanh hay mủ, có khi lẫn máu.
- Có thể có kèm khó thở tăng dần.
- Khám phổi ban đầu hầu hết đều bình thường, sau đó có thể nghe ran rít, ran ngáy.
- Trường hợp diễn tiến nặng hơn, thở nhanh, khó thở tăng rõ rệt, co kéo cơ hô hấp phụ, xanh tím.

15.2.1.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm: công thức máu có thể thấy số lượng bạch cầu tăng ($>10.000/mm^3$), bạch cầu đa nhân trung tính tăng.
- X-quang lồng ngực: bình thường hoặc có thể thấy thành phế quản dày, không có giá trị chẩn đoán xác định viêm phế quản cấp. X-quang lồng ngực chỉ nên thực hiện khi nghi ngờ viêm phổi, xẹp phổi.

15.2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm tiểu phế quản.
- Viêm phổi.
- Hen.
- Viêm hô hấp trên.
- Dị vật phế quản bỏ quên.
- Trào ngược dạ dày thực quản.

15.3. ĐIỀU TRỊ

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

15.3.1. Điều trị triệu chứng

- Nghỉ ngơi.
 - Bảo đảm đủ dịch, điện giải, dinh dưỡng.
 - Hạ sốt.
-

NGOẠI TRÚ

- Cần nhắc sử dụng chống dị ứng nếu bệnh nhân có viêm mũi dị ứng kèm theo, cho kháng Histamin thế hệ 2 như: Fexofenadin, Loratadin hay Cetirizin.
- Thuốc giảm ho: thường không khuyến cáo, tuy nhiên nếu ho khan nhiều quá gây khó chịu, đau ngực, mất ngủ, nguy cơ xuất huyết não, thì có thể dùng Terpin Codein hoặc Dextromethorphan. Ở trẻ em có thể dùng thuốc ho có nguồn gốc thảo dược.
- Thuốc loãng đàm, kháng viêm dạng men: thường không khuyến cáo, tuy nhiên, nếu đàm nhiều, nhầy đặc khó khạc, ngoài khuyến khích uống nhiều nước, tập vật lý trị liệu, có thể cho N-Acetylcystein, Eprazinon, Bromhexin,...
- Nếu bệnh nhân khò khè, nghe phổi có ran rít, ran ngáy: Có thể dùng thuốc giãn phế quản Salbutamol 5 mg phun khí dung 1 ống x 2-4 lần/ngày hoặc Salbutamol 100 mcg 2 nhát xịt, hoặc thậm chí cho uống Salbutamol 2 mg 1 viên x 3 lần/ngày, Bambuterol 10 mg 1 viên/ngày; Có thể dùng kháng viêm: có thể dùng Prednison, Prednisolon, Methylprednisolon 0.5-1 mg/kg/ngày uống x 5-7 ngày, nên dùng 1 lần buổi sáng (nếu không có chống chỉ định).

15.3.2. Điều trị kháng sinh

- Không khuyến cáo dùng kháng sinh cho viêm phế quản cấp.
- Xem xét chỉ định kháng sinh trong một số trường hợp sau:
 - + Lâm sàng không cải thiện hoặc cải thiện chậm.
 - + Ho khạc đàm đục, vàng hoặc xanh.
 - + Bệnh nhân lớn tuổi hoặc có kèm bệnh nền như bệnh tim phổi mạn, suy thận mạn, xơ gan, thần kinh cơ, suy giảm miễn dịch...
- Các thuốc kháng sinh có thể chọn 1 trong các loại sau:
 - + Amoxicillin 3 g/ngày, chia 3 lần/ngày uống x 5-7 ngày.
 - + Amoxicillin/Clavulanic acid 2 g/ngày, chia 2 lần/uống x 5-7 ngày.
 - + Clarithromycin 500 mg 1 viên x 2 lần/ngày x 5-7 ngày.
 - + Azithromycin 500 mg 1 viên/ngày x 3-5 ngày.
 - + Cefaclor 250 mg 1 viên x 3 lần/ngày x 5-7 ngày.
 - + Cefuroxim 500 mg 1 viên x 2 lần/ngày x 5-7 ngày.

15.4. THEO DÕI

- Hẹn tái khám sau 3 ngày hoặc sớm hơn nếu phát hiện thấy có dấu hiệu nặng (thở nhanh, thở co kéo, rối loạn tri giác, lừ đừ, bỏ ăn...).
- Nhập viện khi không đáp ứng điều trị.

15.5. PHÒNG BỆNH

- Loại bỏ yếu tố kích thích: không hút thuốc lá, tránh khói bụi trong, ngoài nhà, môi trường ô nhiễm, giữ ấm vào mùa lạnh, vệ sinh răng miệng.
 - Tiêm vacxin phòng ngừa cúm, phế cầu, đặc biệt ở những trường hợp có bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, suy tim, cắt lách, tuổi trên 65.
 - Điều trị các bệnh nhiễm trùng tai mũi họng, răng hàm mặt, suy giảm miễn dịch.
-

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aagaar E., Gonzales R. (2004). *Management of Acute Bronchitis in Healthy Adults. Infect Dis Clin North Am*; 18 (4): 919-37.
 2. Ann-Christine Nyquist, Ralph Gonzales,. *Antibiotic Prescribing for Children With Colds, Upper Respiratory Tract Infections, and Bronchitis. JAMA.* 1998;279(11):875-877.
 3. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh hô hấp 2012.* Bộ Y tế.
 4. *Phác đồ điều trị nhi khoa (2016).* BV Nhi đồng 2.
 5. *Phác đồ điều trị nhi khoa (2017).* BV Nhi đồng 1.
-

BÀI 21. MÀY ĐAY

16.1. ĐẠI CƯƠNG

Mày đay là tình trạng phản ứng của mao mạch trên da, cơ chế phức tạp, trong đó có sự tác động của chất trung gian hóa học là histamine. Đây là 1 bệnh da phổ biến, dễ nhận biết, nhưng khó xác định chính xác nguyên nhân.

16.2. PHÂN LOẠI

Có thể chia thành 2 loại:

- Mày đay cấp tính: Diễn tiến bệnh < 6 tuần, thường gặp ở trẻ em hay những bệnh nhân có yếu tố cơ địa.
- Mày đay mạn tính: Diễn tiến bệnh ≥ 6 tuần, có thể kéo dài dai dẳng nhiều năm, thường gặp ở lứa tuổi trung niên.

16.3. NGUYÊN NHÂN

- Các chất gây dị ứng trong không khí: phấn hoa, lông động vật, mạt bụi nhà, nấm mốc,...
- Một số loại thực phẩm (tôm, cua, cá, trứng, sữa, đậu phộng, đồ uống có cồn,...), chất phụ gia.
- Côn trùng chích.
- Nhiễm siêu vi, nhiễm trùng, nhiễm ký sinh trùng.
- Thuốc: có thể gây mày đay cấp hoặc mạn. Các thuốc thường gặp là kháng sinh, NSAIDS, thuốc ức chế men chuyển, thuốc ngừa thai, thuốc cản quang, huyết thanh, vaccine,...
- Các yếu tố khác:
 - + Tiếp xúc với nước, thay đổi nhiệt độ môi trường đột ngột, ánh nắng, lạnh, vận động gắng sức, cọ sát tì đè,... có thể kích phát mày đay (mày đay vật lý).
 - + Mày đay có thể nặng hơn trong thai kỳ và trước chu kỳ kinh.
 - + Mày đay mạn tính có thể là một đặc điểm có liên quan đến các bệnh lý quan trọng như: cường giáp, nhược giáp, bệnh tạo keo (lupus đỏ), hội chứng Schintzler, viêm mạch, ung thư,...

16.4. LÂM SÀNG

- Phát ban ngoài da:
 - + Là sẩn màu hồng, giới hạn rõ, có thể tạo thành từng mảng, xuất hiện và biến mất nhanh (24 giờ) không để lại dấu vết gì trên da phát ban có thể lặn ở chỗ này nhưng nổi lên ở chỗ khác.
 - + Thường xuất hiện nhiều vào buổi chiều tối và sáng sớm, giảm vào buổi trưa.
 - Phù mạch (Phù Quinke): sưng phù ở các mô dưới da và niêm mạc, cơ chế tương tự mày đay, có thể xuất hiện hiện đơn thuần, khi có xuất hiện phù mạch kèm, tiên lượng xấu hơn mày đay đơn thuần.
-

- Da vẻ nổi.
- Ngứa: hầu hết các trường hợp đều có ngứa da kèm.

16.5. CẬN LÂM SÀNG

- Công thức máu: chú ý bạch cầu đa nhân ái toan.
- SGOT, SGPT.
- Test lấy da với các dị nguyên cụ thể để tìm 1 số tác nhân gây dị ứng.
- Định lượng IgE đặc hiệu với các dị nguyên nghi ngờ.
- Các xét nghiệm để tầm soát nguyên nhân hay bệnh lý khác đi kèm khi lâm sàng có gợi ý.
- Xét nghiệm tầm soát tác nhân ký sinh trùng.

16.6. CHẨN ĐOÁN

- Chủ yếu dựa vào biểu hiện lâm sàng và hỏi bệnh sử (mối liên quan giữa sự xuất hiện mày đay và tiền sử tiếp xúc).
- Tiền sử gia đình và bệnh nhân có thể có các bệnh dị ứng khác đi kèm như: chàm, viêm mũi dị ứng, viêm kết mạc dị ứng, hen phế quản,...
- Các biểu hiện của mày đay luôn có sự cải thiện khi điều trị với thuốc kháng histamin, nếu người bệnh hoàn toàn không đáp ứng với điều trị → cần lưu ý tìm chẩn đoán phân biệt khác.

16.7. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Hồng ban đa dạng.
- Nấm da.
- Mày đay mạn tính trong các bệnh lý quan trọng đi kèm.

16.8. ĐIỀU TRỊ

16.8.1. Phương pháp điều trị

- **Bước 1:** Xác định và loại trừ các nguyên nhân tiềm ẩn, các yếu tố khởi phát (nếu có thể).
- **Bước 2:** Sử dụng thuốc.

16.8.2. Thuốc điều trị

- Thuốc kháng Histamin và Glucocorticoid là thuốc chủ yếu để kiểm soát triệu chứng.

16.8.2.1. Thuốc kháng histamin: gồm có kháng Histamin H1 và H2

- Thuốc kháng Histamin H1 là thuốc điều trị chính trong tất cả các thể mày đay. Có 2 thế hệ:
 - + Kháng Histamin H1 thế hệ 1 (Chlopheniramin, Hydroxyzine): thời gian tác dụng ngắn (4-6 giờ), có phản ứng gây buồn ngủ.
 - + Kháng Histamin H1 thế hệ 2 (Acrivastine, Cetirizine, Fexofenadine): thời gian tác dụng dài, ít đi qua hàng rào máu não, ít hoặc không gây buồn ngủ.
 - Một số lưu ý khi dùng thuốc:
-

NGOẠI TRÚ

- + Thời gian điều trị:
 - Mày đay cấp : khoảng 1 tuần.
 - Mày đay mạn: để có kết quả điều trị ổn định, thời gian điều trị nên kéo dài, nên sử dụng thuốc kháng Histamin đều đặn kể cả khi không có triệu chứng.
- + Nếu đáp ứng điều trị kém với một thuốc kháng Histamin H1 thế hệ 2 đang dùng, có thể:
 - Tăng liều lên gấp 2-4 lần so với liều thông thường.
 - Đổi sang 1 kháng Histamin H1 thế hệ 2 khác.
 - Kết hợp với kháng Histamine H1 thế hệ 1.
 - Nếu triệu chứng nặng, có thể sử dụng Corticosteroid toàn thân trong 3 – 7 ngày.

16.8.2.2. Glucocorticoid

- Được chỉ định phối hợp điều trị với các thuốc kháng Histamin 1 đợt ngắn (3-7 ngày), trong những trường hợp mày đay nặng hay những trường hợp đáp ứng kém với các thuốc kháng Histamin. Có thể dùng Prednisone, Prednisolone, Methyl Prednisone.
- Liều trung bình:
 - + Người lớn: 20 - 30 mg Prednisone/ngày.
 - + Trẻ em: 0.05 - 1mg Prednisone/kg/ngày.
 - + Nên chia làm 2 lần/ngày.

16.9. CHỈ ĐỊNH NHẬP VIỆN, THEO DÕI TÁI KHÁM

16.9.1. Chỉ định nhập viện: Mày đay nặng, kết hợp phù Quincke.

16.9.2. Các chỉ số cần theo dõi

- Tình trạng lâm sàng.
- Công thức máu.
- Nồng độ IgE đặc hiệu.....(nếu có thể).

16.9.3. Thời gian tái khám

- Mày đay cấp tính 3-5 ngày.
- Mày đay mạn tính: 2- 4 tuần.

16.10. PHÒNG BỆNH

- Những người có cơ địa dị ứng và đã có tiền sử bị mày đay cần cố gắng xác định nguyên nhân gây bệnh và tránh tối đa việc tiếp xúc với các yếu tố này.
- Những người đang trong đợt cấp của mày đay, cũng cần tránh tối đa việc tiếp xúc với các yếu tố kích phát không đặc hiệu như: đồ uống có gas, thức ăn lên men, gió lạnh, thay đổi nhiệt độ đột ngột...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phác đồ điều trị Bệnh Viện Da Liễu năm 2014 (trang 85-95).
 2. Phác đồ điều trị Bệnh Viện Nhân Dân 115 (trang 1201 – 1204).
-

3. *Dị ứng – miễn dịch lâm sàng, sách dùng cho bác sĩ và học viên sau Đại Học, PGS.TS Phan Quang Đoàn, 2009, trang 65 – 79.*
 4. *EAACI/GA2LEN/EDF/WAO guideline: management of urticaria. Allergy 2009; 64; 1427-144.*
-

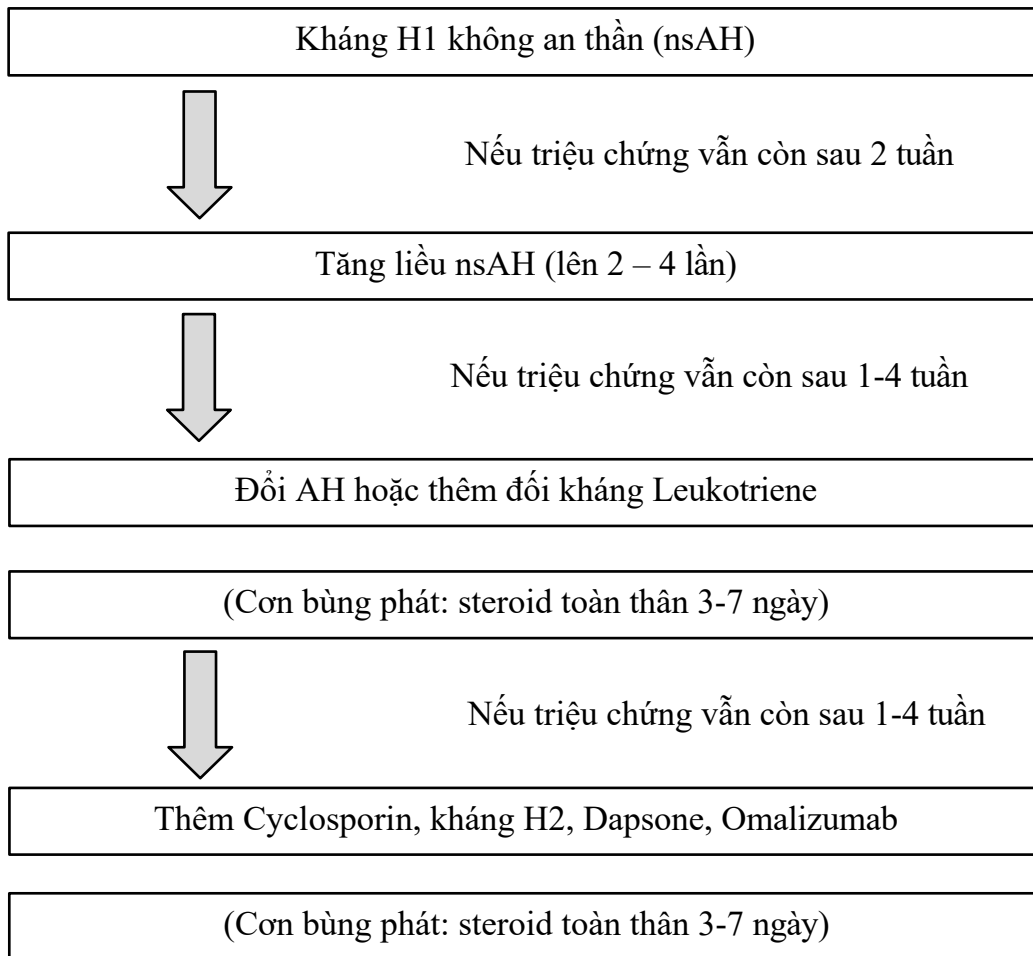
Phụ lục 1: Liều điều trị thông thường của một số thuốc kháng Histamin H1 thường dùng

Tên thuốc	Liều dùng thông thường	Mức độ nguy cơ trong thai kỳ	Lưu ý tình trạng cần phải chỉnh liều
Kháng Histamin H1 thế hệ 1			
Chlopheniramin (viên 4 mg) (siro 2 mg/5 ml)	NL: 4 mg x 3-4 lần/ngày TE: 0,35 mg/kg/24giờ	B (Tuy nhiên không dùng trong 3 tháng cuối thai kỳ)	Thận trọng ở BN > 60 tuổi Phù đại TLT, nhược cơ
Diphenhydramin (viên 25, 50 mg) (siro: 6,25; 12,5/5 ml)	NL: 25-50 mg x 3-4 lần/ngày TE: 5 mg/kg/24 giờ	B	Suy gan
Hydroxyzine (viên 25,50; 100 mg)	NL: 25-50 mg x 3 lần/ngày TE: 2 mg/kg/24 giờ	C	Suy gan
Kháng Histamin H1 thế hệ 2			
Acrivastine (viên 8 mg)	8mg x 3 lần/ngày	B	Suy thận
Cetirizine (viên 5 mg, 10 mg) (siro 5 mg/1ml)	Uống 1 lần/ngày ≥ 6 tuổi: 5- 10 mg/ngày 2-6 tuổi: 5 mg/ ngày 6 tháng – 2 tuổi/ 2.5 mg/ngày	B	Suy gan, suy thận
Desloratadine (viên 2.5-5 mg) (siro 5 mg/ml)	Uống 1 lần/ngày; liều: ≥12 tuổi: 5 mg/ngày 6-12 tuổi: 2.5mg/ngày 1-6 tuổi: 1,25mg/ngày 6-12 tháng: 1mg/ngày	C	Suy gan, suy thận
Ebastine (viên 10 mg)	Uống 1 lần/ngày; liều: ≥12 tuổi: 10-20 mg 6-12 tuổi: 5 mg 2-5 tuổi: 2.5 mg	B	Suy thận, suy gan, QT kéo dài
Fexofenadine (viên 30, 60, 180 mg)	≥ 12 tuổi: 60 mg x 1-2 lần/ngày 180 mg x 1 lần/ngày 6-12 tuổi: 30 mg x 1-2 lần/ngày	C	Suy thận

NGOẠI TRÚ

Tên thuốc	Liều dùng thông thường	Mức độ nguy cơ trong thai kỳ	Lưu ý tình trạng cần phải chỉnh liều
Levocetirizine (viên 5 mg)	≥ 6 tuổi: 5 mg x 1 lần/ngày	B	Suy gan, suy thận
Loratadine (viên 10mg)	≥ 6 tuổi: 10 mg x 1 lần/ngày	B	Suy gan, suy thận

Phụ lục 2: Sơ đồ điều trị mày đay mạn



Ghi chú: AH (antihistamin H1): Kháng histamine H1; nsAH (non- sedating H1 antihistamine): kháng histamine H1 không an thần.

BÀI 22. RỐI LOẠN TIỀN ĐÌNH

17.1. ĐẠI CƯƠNG

Rối loạn tiền đình là hội chứng của nhiều nguyên nhân khác nhau mà biểu hiện thường gặp nhất là chóng mặt.

17.2. PHÂN LOẠI

Trong thực hành lâm sàng có thể chia thành 2 loại chính:

- Rối loạn tiền đình nguồn gốc ngoại biên.
- Rối loạn tiền đình nguồn gốc trung ương.

17.2.1. Rối loạn tiền đình có nguồn gốc ngoại biên

Chóng mặt thường khởi phát đột ngột với mức độ trầm trọng trong khoảng vài phút đến vài giờ và có thể kèm theo triệu chứng ù tai, buồn nôn, nôn.

Nguyên nhân:

- Chóng mặt tư thế kịch phát lành tính (chiếm 80% các trường hợp chóng mặt).
- Chóng mặt áp lực (say tàu xe, máy bay).
- Viêm mê đạo, viêm tai giữa.
- Bệnh Ménière.
- Di chứng chấn thương đầu, và phẫu thuật vùng đầu mặt cổ.

17.2.2. Rối loạn tiền đình có nguồn gốc trung ương

Thường khởi phát từ từ, ít khi khởi phát đột ngột, cường độ trung bình, triệu chứng thường kéo dài từ vài tuần có khi đến vài tháng.

Nguyên nhân:

- Chóng mặt Migraine.
- Tổn thương thần kinh: u dây thần kinh VIII, u sào bào, u màng não, tiểu não...
- Bệnh lý mạch máu não: thiếu máu động mạch cột sống – thân nền (chiếm 50% các ca chóng mặt do nguyên nhân mạch máu), nhồi máu động mạch sống nền, nhồi máu một vùng hành não, nhồi máu tiểu não, xuất huyết tiểu não,...

17.3. LÂM SÀNG

- Chóng mặt: Bệnh nhân có cảm giác đồ vật xung quanh xoay tròn, cảm giác sợ ngã, có thể kèm triệu chứng buồn nôn, nôn.
- Mất thăng bằng.
- Rung giật nhãn cầu.
- Có thể kèm biểu hiện rối loạn thần kinh thực vật: vã mồ hôi, mạch nhanh...
- Cần chú ý khai thác hoàn cảnh xuất hiện triệu chứng, độ dài triệu chứng, ngoài ra, khi khám bệnh cần chú ý phát hiện những dấu hiệu thần kinh, tình trạng bất thường thính lực, viêm tai giữa... đi kèm, nếu có → khám chuyên khoa nội thần kinh, chuyên khoa tai mũi họng để tìm nguyên nhân.
- **Chóng mặt tư thế kịch phát lành tính:** thường gặp ở nữ, tuổi 30-50. Chóng mặt xảy ra đột ngột khi thay đổi tư thế đầu hay cơ thể, cảm giác xoay tròn, kéo dài 1 đến 2 phút, có thể kèm theo buồn nôn nhưng ít khi nôn. Có thể gặp

NGOẠI TRÚ

ở những người có tiền sử chấn thương vùng đầu, hoặc có biểu hiện nhiễm trùng hô hấp trên do virus ở giai đoạn sớm dẫn tới tổn thương bên trong mê đạo. Nếu không điều trị, bệnh có thể tự khỏi sau vài tuần đến vài tháng, tỉ lệ tái phát cao (1 năm 18%, 3 năm 30%).

17.4. CẬN LÂM SÀNG

- Xét nghiệm cơ bản thường quy để đánh giá chỉ định dùng thuốc.
- Siêu âm mạch máu ngoài sọ.
- CT scan sọ não, MRI não được chỉ định trong chóng mặt có nguồn gốc trung ương.

17.5. ĐIỀU TRỊ

17.5.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị tùy thuộc vào nguyên nhân.
- Xử trí cơn chóng mặt cấp để làm giảm khó chịu cho bệnh nhân và để phòng chống tai nạn cho người bệnh.
- Trong cơn chóng mặt cấp, cho bệnh nhân nằm đầu thấp, ít ánh sáng, tránh di chuyển.

17.5.2. Thuốc điều trị trong cơn chóng mặt cấp

- Thuốc chống nôn:
 - + Metoclopramide:
 - Viên 10 mg: 1 viên/lần x 2 lần/ngày;
 - Ống 10 mg: 01 ống TB/lần nếu bệnh nhân nôn nhiều.
 - + Domperidon (viên 10 mg): 1-2 viên/lần x 3 lần/ngày;
 - + Dimenhydrinate (viên 25 mg): 1-2 viên/lần x 2-3 lần/ngày.
- Thuốc điều trị chóng mặt:
 - + Betahistine (viên 8, 16 mg): 8-16 mg/ngày x 3 lần/ngày;
 - + Flunarizine (viên 5mg):
 - < 65 tuổi: 1 viên/lần x 2 lần/ngày;
 - > 65 tuổi: 1 viên/ngày (tối).
 - + Cinnarizine (viên 25mg): 1 viên/lần x 3 lần/ngày.
 - + Acetyl Leucine:
 - Viên 500 mg: 1 viên/lần x 3 lần/ngày;
 - Ống 500 mg: 1 ống/TB lần x 2-4 lần/ngày.
- Thuốc giải lo âu: Diazepam.
- Thuốc hỗ trợ điều chỉnh suy giảm nhận thức tiền đình: Piracetam, Gigobiloba, Almitrin - Raubasine.

17.5.3. Các phương pháp hỗ trợ khác

- Nên tránh ăn uống nhiều, ăn ít muối, đặc biệt đối với bệnh Ménière (vì có thể làm tăng phù mê đạo).
 - Nghỉ ngơi, thư giãn đầy đủ.
-

- Vận động tiền đình (trường hợp chóng mặt tư thế kịch phát lành tính): bắt đầu càng sớm càng tốt trong giai đoạn cấp (Chương trình tập luyện với bài tập liệu pháp thích nghi).

17.6. CHỈ ĐỊNH NHẬP VIỆN

Con chóng mặt cấp làm cho bệnh nhân khó chịu nhiều hoặc cần theo dõi để loại trừ các bệnh lý khác.

17.7. TÁI KHÁM

Đối với chóng mặt kịch phát lành tính thì tái khám: tái khám mỗi 2 tuần. Sau giai đoạn cấp bệnh nhân nên được điều trị củng cố 3-4 tuần để làm giảm tỉ lệ và kéo dài thời gian bị tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *GS.TS Nguyễn Văn Chương, Thực hành lâm sàng và thần kinh học, Nhà xuất bản Y học Hà Nội năm 2013.*
 2. *Phác đồ điều trị Bệnh Viện Nhân Dân 115 (năm 2014).*
-

BÀI 23 . VIÊM DẠ DÀY

18.1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm dạ dày (VDD) là tình trạng tổn thương niêm mạc dạ dày do tác động của quá trình viêm.

- VDD cấp: Tổn thương niêm mạc dạ dày cấp tính, với hình ảnh mô bệnh học có sự thâm nhập nhiều bạch cầu đa nhân trung tính.
- VDD mạn tính: tổn thương niêm mạc dạ dày diễn tiến âm thầm với hình ảnh mô bệnh học thâm nhập nhiều bạch cầu đơn nhân, tương bào.

18.2. NGUYÊN NHÂN

18.2.1. Do nhiễm khuẩn

- Thường gặp nhất là nhiễm *H.pylori* (là tiền đề cho viêm dạ dày mạn hoạt động).
- Nhiễm liên cầu alpha tan máu.
- Nhiễm ký sinh trùng: giun lươn,...
- Nhiễm virus: CMV, herpes virus,...

18.2.2. Không do nhiễm trùng

- Rượu.
- Stress tâm lý.
- Stress thứ phát do chấn thương, phẫu thuật, nhiễm trùng, sốc, suy hô hấp, suy thận, suy gan,...
- Do thuốc, hóa chất: NSAIDS, Aspirin, Corticosteroid, Rượu, Urê huyết cao, Trào ngược dịch mật, Tia xạ,...

18.3. CHẨN ĐOÁN

18.3.1. Lâm sàng

- Đau vùng thượng vị, khó chịu vùng thượng vị.
- Ợ chua, ợ nóng.
- Buồn nôn, nôn.
- Đầy bụng chán ăn, ăn chậm tiêu.
- Nôn ra máu, tiêu phân đen.
- Đôi khi không có triệu chứng rõ rệt.

18.3.2. Cận lâm sàng

- Chẩn đoán đại thể khi nội soi dạ dày và mô bệnh học mẫu mô sinh thiết là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán:
 - Nếu bệnh nhân < 55 tuổi chỉ có các triệu chứng: khó tiêu, đau thượng vị, buồn nôn, ợ hơi,... có thể trì hoãn nội soi và điều trị triệu chứng, thuốc ức chế bơm proton trong 4 tuần → đánh giá lại.
 - Nếu bệnh nhân ≥ 55 tuổi hoặc có những triệu chứng báo động bệnh lý ác tính đường tiêu hóa (sụt cân, thiếu máu, hạch to, có tiền sử loét dạ

dày hay tiền sử gia đình có K dạ dày...) hoặc có xuất huyết đường tiêu hóa thì nên nội soi dạ dày, để tìm chẩn đoán xác định ngay.

- Xét nghiệm tìm nguyên nhân: tìm *Helicobacter pylori*, tìm ký sinh trùng,...

18.4. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Nhồi máu cơ tim cấp vùng hoành.
- Viêm tụy cấp, viêm túi mật cấp,...
- Xuất huyết tiêu hóa do nguyên nhân khác.

18.5. ĐIỀU TRỊ

18.5.1. Mục tiêu điều trị

- Giảm triệu chứng.
- Bảo vệ và kích thích tái sinh niêm mạc dạ dày.
- Điều trị nguyên nhân.

18.5.2. Điều trị

18.5.2.1. Điều trị không dùng thuốc

- Tránh suy nghĩ căng thẳng, stress.
- Tránh các thức ăn gây tổn thương niêm mạc dạ dày: rượu bia, thuốc lá, thức ăn chua cay, giảm ăn chất béo (giảm hoạt hóa acid mật).
- Tránh ăn quá no, bữa ăn cuối trong ngày nên ăn trước khi ngủ 3 giờ.
- Có thể dùng sữa để giúp trung hòa nhanh acid dạ dày.

18.5.2.2. Điều trị dùng thuốc (các nhóm thuốc và liều thường dùng ở người lớn)

- Thuốc giảm co thắt cơ trơn:
 - + Spasmaverin (viên 40 mg): 1-3 viên/lần x 3 lần/ngày.
 - + Trimebutin (viên 100 mg): 1-2 viên/lần x 3 lần/ngày.
 - + Drotaverin (viên 40 mg): 1-2 viên/lần x 3 lần/ngày.
 - Thuốc điều hòa vận động dạ dày, chống đầy hơi, chống nôn:
 - + Domperidone (viên 10 mg): 10-20 mg/lần x 3 lần/ngày (uống trước ăn 15', chống chỉ định khi xuất huyết tiêu hóa).
 - + Metoclopramide (viên 10 mg): ½ -1 viên/lần x 3 lần/ ngày (uống trước ăn, chống chỉ định khi xuất huyết tiêu hóa).
 - + Itopride hydrochloride (viên 50 mg): 1 viên/lần x 3 lần/ngày (uống trước ăn).
 - + Simethicone (viên 80 mg): 1-2 viên/lần x 3 lần/ngày (Nhai kỹ hoặc ngậm sau ăn).
 - Thuốc giảm lo âu an thần:
 - + Sulpiride (viên 50 mg): 1-3 viên/ngày.
 - + Etifoxine (viên 50 mg): 3 viên/ngày.
 - + Diazepam...
 - Thuốc trung hòa acid, giúp giảm đau nhanh: Varogel, Phosphalugel,...
-

NGOẠI TRÚ

- Thuốc bảo vệ niêm mạc dạ dày: Sucrafate, Rebamipid, dẫn chất Protaglandins,...
- Thuốc kháng tiết acid: ức chế thụ thể H₂, ức chế bơm proton (PPI) (Liều, cách dùng: xem thêm trong bài loét dạ dày tá tràng).

Trong những ngày đầu, do phải ức chế dẫn các bơm proton, tác dụng ức chế acid có sự chậm trễ, vì vậy, nếu bệnh nhân có biểu hiện viêm dạ dày mức độ nặng, có thể dùng PPI đường tĩnh mạch hoặc đường uống gấp đôi liều chuẩn để nhanh chóng kiểm soát được acid dạ dày cho bệnh nhân.

18.5.2.3. Điều trị nguyên nhân: điều trị giải quyết nguyên nhân gây viêm dạ dày đi kèm

- Viêm dạ dày phối hợp nhiễm *Helicobacter pylori* (HP): xem bài điều trị HP.
- Viêm dạ dày do nguyên nhân nhiễm trùng khác, điều trị đặc hiệu bằng kháng sinh, kháng siêu vi.
- Viêm dạ dày do ăn mòn (rượu, thuốc kháng viêm,...), do hóa chất, do xạ trị chấm dứt nguyên nhân gây bệnh càng sớm càng tốt.

18.5.3. Chỉ định nhập viện

- Chưa loại trừ tình trạng đau bụng, nôn ói nhiều do nguyên nhân khác.
- Có biểu hiện xuất huyết tiêu hóa.

18.5.4. Tái khám

- Nếu bệnh nhân tổng trạng khá, không xuất huyết tiêu hóa, không có những triệu chứng báo động: tái khám sau 2- 4 tuần.
- Thời gian tái khám: có thay đổi tùy tình trạng bệnh nhân và bệnh lý đi kèm.

18.6. DỰ PHÒNG

Một số nguyên nhân gây viêm dạ dày có thể dự phòng được:

- Thay đổi về lối sống (xem phần điều trị không dùng thuốc).
- Tất cả bệnh nhân trước khi điều trị lâu dài với thuốc có nguy cơ gây tổn thương niêm mạc dạ dày cần làm xét nghiệm tìm *Helicobacter pylori* và điều trị nếu có kết quả dương tính.
- Điều trị dự phòng với PPI/Misoprotol khi bệnh nhân điều trị các thuốc có nguy cơ gây tổn thương niêm mạc dạ dày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phác đồ điều trị Bệnh Viện Chợ Rẫy năm 2013.
2. Phác đồ điều trị Bệnh Viện Nhân Dân 115 năm 2014.
3. PGS.TS Đào Văn Long, Bài tiết acid dịch vị và bệnh lý liên quan, Nhà xuất bản Y học năm 2014.
4. Đặng Vạn Phước và Châu Ngọc Hoa (2009), Điều trị học nội khoa, Nhà xuất bản Y học.
5. Gyawali, C và Manasra, A (2010), “Gastrointestinal diseases”, The Washington Manual of Medical Therapeutics 33rd Edition.

BÀI 24. RỐI LOẠN LIPID MÁU

19.1. ĐẠI CƯƠNG

- Rối loạn lipid máu là tình trạng bệnh lý khi có một hoặc nhiều thông số lipid bị rối loạn (tăng cholesterol, tăng triglycerid, tăng LDL-C, hoặc giảm HDL-C...).
- Rối loạn lipid máu là nguyên nhân gây ra một số bệnh lý tim mạch, nội tiết, chuyển hóa.
- Nguyên nhân của rối loạn lipid máu do nguyên phát như di truyền hoặc thứ phát do chế độ dinh dưỡng, lối sống ít vận động hay các bệnh lý gây ra như suy giáp, hội chứng thận hư....
- Điều trị rối loạn lipid máu: thay đổi lối sống (tăng cường vận động thể lực, thay đổi chế độ ăn: hạn chế bia rượu, mỡ động vật...) hoặc dùng thuốc giảm lipid máu. Điều trị rối loạn lipid máu nhằm giảm nguy cơ xuất hiện bệnh lý tim mạch, nội tiết, chuyển hóa.

19.2. NGUYÊN NHÂN

19.2.1. Rối loạn lipid máu tiên phát

- Rối loạn lipid máu nguyên phát là nguyên nhân do gen, có thể di truyền hay đột biến, không thể khắc phục hay thay đổi được. Các rối loạn này chiếm tỷ lệ rất nhỏ trong cộng đồng, thường phát hiện từ trước lứa tuổi thiếu niên, trong gia đình có nhiều người cùng mắc và gây ra các bệnh lý tim mạch nặng nề từ rất sớm, tuổi thọ thấp.
- Rối loạn lipid máu nguyên phát gồm các dạng sau:
 - + Do đột biến gen: làm tăng tổng hợp quá mức hoặc giảm ly giải cholesterol, triglyceride, LDL-C.
 - + Do di truyền: thiếu hụt men lipase, rối loạn gen tổng hợp HDL-C, tăng triglyceride máu tiên phát, tăng lipid máu hỗn hợp mang tính gia đình.

19.2.2. Rối loạn lipid máu thứ phát

- Chế độ dinh dưỡng: ăn nhiều chất béo, nội tạng động vật, nghiện rượu,...
- Lối sống thụ động.
- Hút thuốc lá.
- Một số bệnh lý: suy giáp, hội chứng thận hư, hội chứng Cushing, đái tháo đường, HIV,...
- Thuốc: corticoid, ức chế miễn dịch, thuốc ngừa thai,...

19.3. LÂM SÀNG

Thông thường rối loạn lipid máu âm thầm, không biểu hiện triệu chứng nên đa số bệnh nhân thường không chú ý đến, tuy nhiên khi rối loạn lipid máu nặng và kéo dài thì có các dấu hiệu điển hình có thể gặp trên lâm sàng:

- Dấu hiệu tích tụ lipid ngoại biên:
 - + Ban vàng (Xanthlasma) vùng quanh mắt.
-

NGOẠI TRÚ

- + U vàng (Xanthomas) ở dưới da, ở gân duỗi bàn tay và bàn chân.
- Dấu hiệu tích tụ lipid ở nội tạng:
 - + Gan: gan nhiễm mỡ, viêm gan thoái hóa mỡ,...
 - + Mạch máu: xơ vữa động mạch, nhồi máu cơ tim, nhồi máu não, bệnh lý mạch máu ngoại biên,...
 - + Tụy: viêm tụy cấp.

19.4. CHẨN ĐOÁN

- Chẩn đoán xác định dựa vào các dấu hiệu lâm sàng và xét nghiệm các thành phần lipid máu: Cholesterol toàn phần, Triglyceride, LDL-C và HDL-C.

LDL - C (mg%)	
<100	Tối ưu
100 - 129	Gần tối ưu
130 - 159	Giới hạn cao
160 - 189	Cao
≥ 190	Rất cao
Cholesterol toàn phần (mg%)	
< 200	Bình thường
200 - 239	Cao giới hạn
≥ 240	Cao
HDL - C (mg%)	
< 40	Thấp
≥ 60	Cao
Triglyceride (mg%)	
< 150	Bình thường
150 - 199	Cao giới hạn
200 - 499	Cao
≥ 500	Rất cao

- Những đối tượng cần tầm soát để chẩn đoán sớm rối loạn lipid máu:
 - + Tất cả các những người dưới 40 tuổi nên được xét nghiệm bilan lipid mỗi 5 năm.
 - + Đối với người trên 40 tuổi nên xét nghiệm bilan lipid máu định kỳ mỗi năm một lần để phát hiện sớm và xử lý kịp thời.
 - + Đối với người có các yếu tố nguy cơ tim mạch hay bệnh lý tim mạch như tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh mạch vành xét nghiệm định kỳ mỗi 3-6 tháng.

19.5. ĐIỀU TRỊ

19.5.1. Mục tiêu điều trị

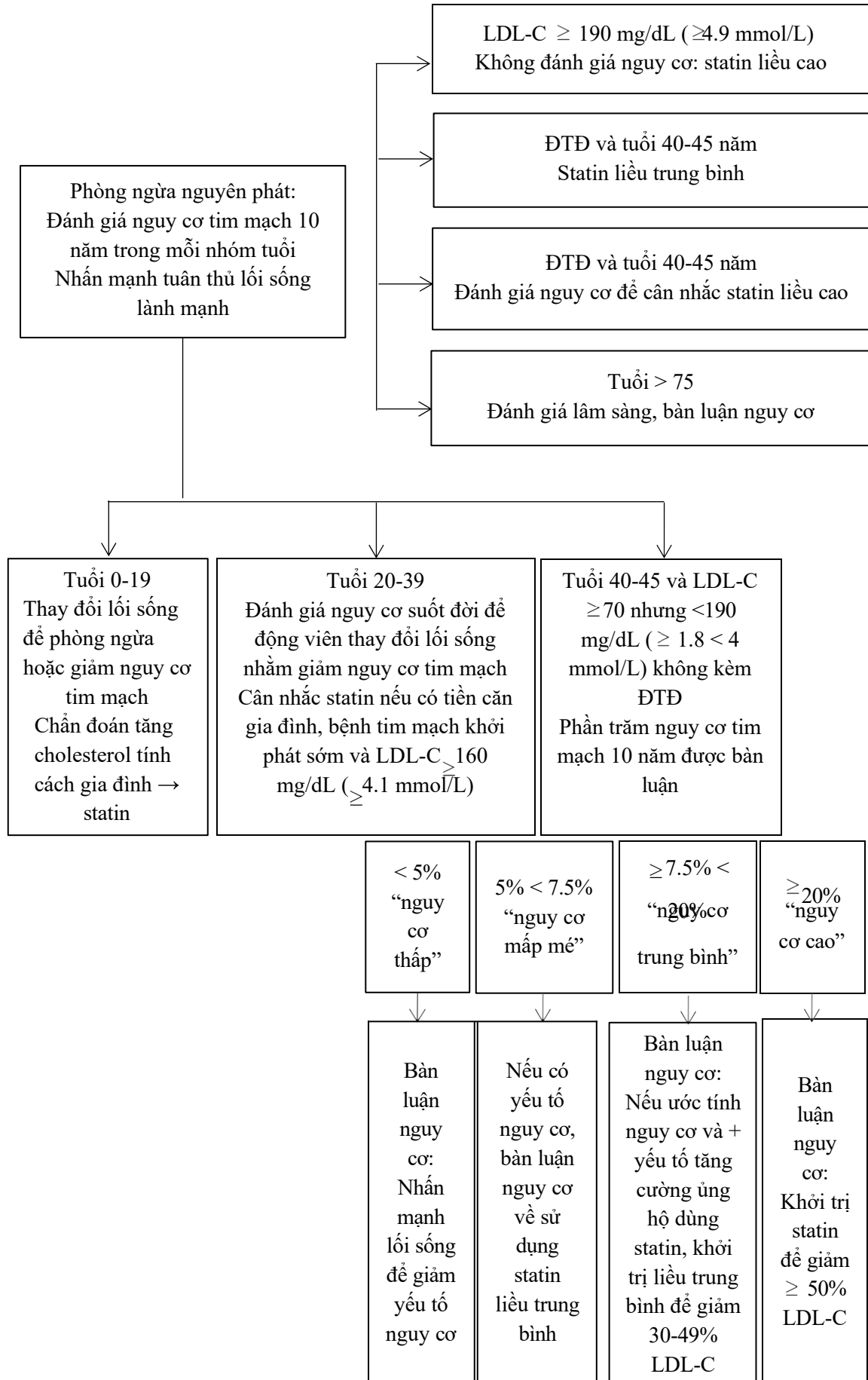
- Đối với LDL-C:
 - + Phòng ngừa nguyên phát (nhóm nguy cơ rất cao) và phòng ngừa thứ phát: mục tiêu giảm 50% LDL-C trước khi điều trị và cố gắng đạt LDL-C đích < 1.4 mmol/L (55 mg%).

- + Phòng ngừa nguyên phát ở nhóm nguy cơ cao: mục tiêu giảm 50% LDL-C trước khi điều trị và cố gắng đạt LDL-C đích < 1.8 mmol/L (70 mg%).
- + Phòng ngừa nguyên phát ở nhóm nguy cơ trung bình: đạt LDL-C đích < 2.6 mmol/L (100 mg%).
- + Phòng ngừa nguyên phát ở nhóm nguy cơ thấp: đạt LDL-C đích < 3 mmol/L (116 mg%).
- Đối với non-HDL: (non-HDL = Cholesterol toàn phần – HDL-C)
 - + + Nguy cơ rất cao: < 2.2 mmol/L (85 mg%).
 - + + Nguy cơ cao: < 2.6 mmol/L (100 mg%).
 - + + Nguy cơ thấp: < 3.4 mmol/L (130 mg%).
- Đối với Triglyceride:
Chưa có mục tiêu cụ thể tuy nhiên một vài khuyến cáo khuyên đạt mục tiêu Triglyceride < 1.7 mmol/L (150 mg%).

19.5.2. Điều trị tăng Cholesterol máu

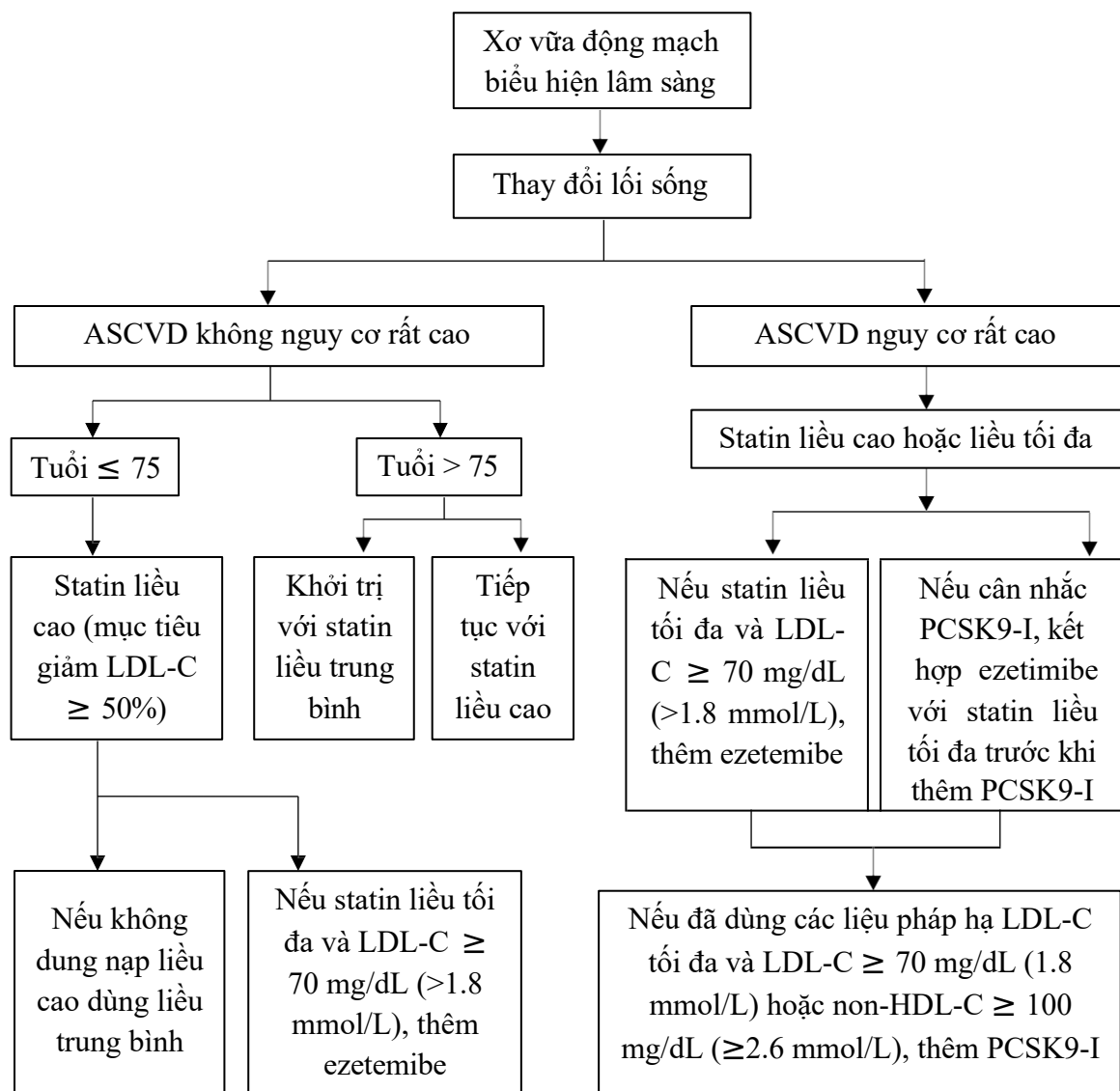
19.5.2.1. Phòng ngừa tiên phát

- Việc kiểm soát các yếu tố nguy cơ đối với bệnh tim mạch do xơ vữa (ASCVD), trong đó có tăng LDL-C ở bệnh nhân chưa có biến cố tim mạch trước đó gọi là phòng ngừa tiên phát.
 - Xác định các yếu tố nguy cơ: tuổi, tăng huyết áp, hút thuốc lá, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, tiền căn gia đình có bệnh lý tim mạch sớm (nam < 55 tuổi, nữ < 65 tuổi), béo phì → Ước tính nguy cơ tim mạch 10 năm bằng thang điểm ASCVD risk score.
 - Xác định các yếu tố tăng cường nguy cơ:
 - + Tiền sử gia đình mắc bệnh lý xơ vữa động mạch sớm (nam < 55 tuổi, nữ < 65 tuổi).
 - + Tăng cholesterol máu nguyên phát.
 - + Hội chứng chuyển hóa.
 - + Bệnh thận mạn với eGFR từ 15-59 ml/phút/1.73 m².
 - + Tình trạng viêm mạn tính (viêm khớp dạng thấp, vẩy nến, HIV).
 - + Mãn kinh trước 40 tuổi hoặc bệnh lý thai kỳ như tiền sản giật.
 - + Chứng tộc nguy cơ cao (Nam Á).
 - + Bất thường lipid như tăng lipoprotein a ≥ 50 mg/dl hoặc tăng apo B ≥ 130 mg/dl.
 - + Chỉ dấu sinh học như CRP ≥ 2 mg/l hoặc ABI < 0.9.
 - Hướng dẫn điều trị:
-



19.5.2.2. Phòng ngừa thứ phát

- Đối với những bệnh nhân đã có biến cố tim mạch (ASCVD) bao gồm:
 - + Bệnh tim mạch vành biểu hiện bằng nhồi máu cơ tim, hội chứng vành mạn, tái thông mạch vành.
 - + Bệnh mạch máu não biểu hiện bằng đột quỵ và cơn thiếu máu não thoáng qua.
 - + Bệnh động mạch ngoại biên biểu hiện bằng đau cách hồi và thiếu máu cục bộ chi quan trọng.
 - + Xơ vữa động mạch chủ và phình động mạch chủ ngực hoặc bụng.
- Phòng ngừa thứ phát có thể làm giảm nguy cơ xuất hiện biến cố tim mạch đã có tái phát hay các biến cố tim mạch khác.
- Hướng dẫn điều trị:



NGOẠI TRÚ

- ASCVD nguy cơ rất cao khi có các biến có trong 4 biến cố tim mạch chính kèm 1 hay nhiều yếu tố nguy cơ cao sau đây:
 - + Tuổi ≥ 65 .
 - + Tăng cholesterol máu gia đình.
 - + Tiền sử phẫu thuật bắc cầu động mạch vành trước hoặc PCI không liên quan đến biến cố tim mạch chính.
 - + Đái tháo đường.
 - + Tăng huyết áp.
 - + Bệnh thận mãn tính (eGFR 15-59 mL/phút/1,73 m²).
 - + Hút thuốc lá.
 - + LDL-C tăng cao LDL-C ≥ 100 mg/dL ($\geq 2,6$ mmol/L) mặc dù dung nạp tối đa liệu pháp statin và ezetimibe.
 - + Tiền sử suy tim sung huyết.

19.5.2.3. Các nhóm thuốc điều trị

- Statin:

Statin	Liều hàng ngày (ngày 1 lần)		
	Cường độ cao	Cường độ trung bình	Cường độ thấp
Atorvastatin	40-80mg	10-20mg	-
Rosuvastatin	20-40mg	5-10mg	-
Simvastatin	-	20-40mg	10mg
Pravastatin	-	40-80mg	10-20mg
Lovastatin	-	40mg	20mg

- Ezetimibe:
 - + Thuốc ức chế hấp thụ cholesterol, không dùng đơn trị liệu mà thường phải phối hợp với statin nhằm làm tăng hiệu quả giảm LDL-C
 - + Liều dùng: 10mg/ngày 1 lần
 - + Thận trọng trên bệnh nhân xơ gan Child B-C, không chỉnh liều trên bệnh nhân suy thận.
- PCSK9-1.

19.5.3. Điều trị tăng Triglyceride máu

19.5.3.1. Các phương pháp điều trị

❖ Thay đổi lối sống: giữ vì trò quan trọng nhất trong điều trị hạ Triglyceride máu

- Giảm cân, duy trì BMI từ 18.5 – 22.9.
- Ngưng hút thuốc lá.
- Tăng hoạt động thể lực, duy trì 30 phút/ngày, tối thiểu 5 ngày/tuần.
- Ngưng hoặc giảm lượng rượu dùng mỗi ngày (tối đa 20-30g cồn/ngày đối với nam, 10-20g cồn/ngày đối với nữ).
- Giảm lượng carbohydrate dùng mỗi ngày.
- Giảm sử dụng đường đơn (glucose, fructose) và đường đa (lactose, sucrose).

- Sử dụng chất béo không bão hòa như dầu thực vật (dầu đậu nành, dầu oliu...) trừ dầu dừa và dầu cọ.

❖ **Thuốc hạ lipid máu**

Thuốc	Liều lượng	Giảm Triglyceride	Giảm LDL-C	Thận trọng và chống chỉ định
Fenofibrate	145-200 mg/ngày	41-53%	6-20%	Suy gan, suy thận
Gemfibrozil	600mg 2 lần/ngày	35-50%	10-15%	Suy gan, suy thận
Statin	Tùy loại, giảm LDL càng nhiều giảm Triglyceride càng nhiều	10-33%	20-60%	Xơ gan mất bù, bệnh thận mạn giai đoạn cuối
Omega-3	2g 2 lần/ngày	23-45%	4-49%	Dị ứng với cá
Acid nicotinic	1-2g/ngày, dùng liều thấp nhất tăng dần	25-30%	10-25%	Bệnh gan tiến triển, loét dạ dày tá tràng,

❖ **Điều trị khác: thường cân nhắc chỉ định trong trường hợp viêm tụy cấp do tăng triglyceride nặng**

- Insulin.
- Heparin.
- Thay huyết tương.

19.5.3.2. Hướng dẫn điều trị

❖ **Nồng độ Triglyceride 150-199 mg/dL**

- Mục tiêu: đưa LDL-C về mục tiêu, sau đó điều chỉnh non-HDL rồi mới tới Triglyceride.
- Phương pháp:
 - + Thay đổi lối sống.
 - + Thuốc:
 - Statin là lựa chọn đầu tay trên những bệnh nhân chưa đạt LDL-C.
 - Khi mục tiêu LDL-C và non-HDL đã đạt, fibrate là lựa chọn đầu tay trong điều trị tăng triglyceride máu.

❖ **Nồng độ Triglyceride 200-499 mg/dL**

- Mục tiêu: đưa LDL-C về mục tiêu, sau đó điều chỉnh non-HDL rồi mới tới Triglyceride.
- Tầm soát nguyên nhân thứ phát: do lối sống, đái tháo đường, hội chứng thận hư, suy thận, suy giáp,...
- Phương pháp:

NGOẠI TRÚ

- + Thay đổi lối sống.
- + Thuốc:
 - Statin cường độ trung bình tới cao vừa có vai trò giảm LDL-C, vừa giảm Triglycerid được lựa chọn đầu tay trên nhưng bệnh nhân chưa đạt mục tiêu LDL-C.
 - Khi LDL-C đã đạt hoặc gần đạt mục tiêu, cân nhắc phối hợp thêm niacin, omega-3 để đạt mục tiêu non-HDL.
 - Khi mục tiêu LDL-C, non-HDL đã đạt, fibrat là lựa chọn tiếp theo trong kiểm soát tăng triglyceride máu.

❖ **Nồng độ Triglyceride ≥ 500 mg/dL**

- Mục tiêu: đưa Triglyceride < 500 mg/dL rồi tới mục tiêu LDL-C.
- Tầm soát nguyên nhân thứ phát.
- Phương pháp:
 - + Thay đổi lối sống.
 - + Thuốc:
 - Fibrate, niacin hoặc omega-3 là lựa chọn đầu tay trong việc giảm Triglyceride máu nhằm ngừa viêm tụy cấp.
 - Khi bệnh nhân kèm các bệnh lý do xơ vữa (bệnh mạch vành, bệnh mạch máu não, bệnh mạch máu ngoại biên) phải phối hợp với statin nhằm làm giảm các biến cố tim mạch và đạt được mục tiêu LDL-C. Tuy nhiên sự phối hợp này phải cá thể hóa, khi phối hợp fibrat và statin sẽ làm tăng nguy cơ tăng men gan, tiêu cơ vân đặc biệt khi statin dùng phối hợp liều cao.

19.6. THEO DÕI

19.6.1. Hiệu quả điều trị

- Kiểm tra lipid máu: 4 -12 tuần sau khi khởi trị hay khi điều chỉnh liều thuốc. Sau khi đạt được mục tiêu, kiểm tra lipid máu mỗi năm (ngoại trừ trường hợp không tuân thủ điều trị hoặc cần kiểm tra thường xuyên hơn).

19.6.2. Tác dụng phụ

- Tăng men gan:
 - + Xét nghiệm men gan trước điều trị, sau đó mỗi 8-12 tuần sau điều trị hoặc chỉnh liều thuốc. Kiểm tra ALT thường xuyên không được khuyến cáo trừ khi xuất hiện triệu chứng tổn thương gan.
 - + Nếu ALT tăng dưới 3 lần giới hạn trên, tiếp tục điều trị, kiểm tra lại trong vòng 4-6 tuần.
 - + Nếu tăng > 3 lần giới hạn trên, ngưng điều trị hoặc giảm liều và kiểm tra men gan trong vòng 4-6 tuần. Nên thận trọng khi sử dụng statin lại mặc dù ALT đã về bình thường.
 - + Nếu ALT tăng kéo dài, tìm nguyên nhân khác.
- Hủy cơ vân:

- + Trước điều trị nếu CK tăng gấp 4 lần giới hạn trên, không nên bắt đầu, kiểm tra lại trước khi bắt đầu điều trị thuốc.
- + Kiểm tra CK định kì không được khuyến cáo trừ khi bệnh nhân có triệu chứng đau cơ. Nên cảnh giác tăng CK khi sử dụng ở bệnh nhân cao tuổi, sử dụng các thuốc khác đồng thời, bệnh gan hoặc thận mạn, vận động viên.
- + Nếu CK lớn hơn 10 lần, ngừng điều trị, kiểm tra chức năng thận và xét nghiệm CK mỗi 2 tuần theo dõi.
- + Nếu CK tăng nhỏ hơn 10 lần, không triệu chứng, tiếp tục sử dụng và kiểm tra CK mỗi 2-6 tuần.
- + Nếu CK tăng nhỏ hơn 10 lần kèm triệu chứng, ngưng điều trị statin và theo dõi CK mỗi 2 tuần và so sánh với CK trước khi khởi động điều trị thuốc. Xem xét nguyên nhân tăng CK thoáng qua, nếu CK tăng kéo dài nên tìm xem có bệnh lý cơ hay không.
- + Xem xét điều trị kết hợp hoặc điều trị thay thế - Nếu CK tăng dưới 4 lần - Nếu không có triệu chứng, tiếp tục statin. Nếu có triệu chứng, theo dõi triệu chứng và nồng độ CK.
- + Nếu tiếp tục triệu chứng, ngừng điều trị statin và đánh giá lại chỉ định statin, xem xét điều trị statin cùng hoặc khác nhóm, liều thấp, cách ngày, hoặc 1-2 lần/tuần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Hội tim mạch học Việt Nam. Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị rối loạn lipid (2015).*
 2. *Mach F, Baigent C, Catapano AL, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. European heart journal 2020;41:111-88. 2.*
 3. *Miller M. ACC/AHA lipids & ASCVD guidelines: 2018 update. Metabolism: clinical and experimental 2019;99:116-8.*
 4. *AACE Guideline (2017); Managenent of dyslipidemia and prevention of atherosclerosis.*
 5. *Stone NJ, et al. 2013 ACC/AHA Blood Cholesterol Guideline. Circulation (2013).*
 6. *Kevin M. Johnson, MD, David A. Dowe, MD. Accuracy of Statin Assignment Using the 2013 AHA/ACC Cholesterol Guideline Versus the 2001 NCEP ATP III Guideline.JACC. VOL. 64, NO. 9, (2014)*
 7. *David C. Goff, Jr, et al. 2013 ACC/AHA Guideline on the Assessment of Cardiovascular Risk. Circulation. (2013)*
 8. *Alberico L. Catapano et al. ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias (2016).*
-

